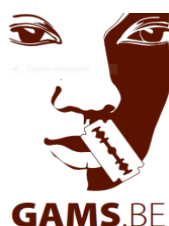


Recommandations visant à améliorer la prévention et la protection des filles et des femmes victimes ou à risque d'excision

Propositions
du GAMS Belgique et d'INTACT
avec le Réseau des Stratégies concertées
de lutte contre les MGF

Janvier 2014



INTACT Asbl

Rue des Palais, 154
1030 Bruxelles
Belgium

Téléphone +32 (0)2 539 02 04
E-mail contact@intact-association.org

GAMS Belgique Asbl

Rue Gabrielle Petit, 6
1080 Bruxelles
Belgium

Téléphone +32 (0)2 219 43 40
E-mail info@gams.be

Table des matières

I - Introduction	6
II- Recommandations transversales	9
A- La formation des professionnels	9
B- La désignation de personnes de référence au sein des professions concernées	10
C- La constitution d'un pool de médiateurs interculturels et interprètes formés à la problématique des MGF	11
D- La formation d'animateurs et animatrices communautaires	11
E- Utilisation d'une méthode de discussion avec les familles	12
F- Autres outils de prévention (soutien aux professionnels et aux familles)	13
1° Diffusion du passeport « STOP MGF » dans les ambassades et dans les travel clinics	13
2° Diffusion du « kit voyage »	13
3° E-learning	14
G- Renforcement des activités de sensibilisation auprès des communautés concernées	14
Résumé des recommandations transversales	15
III - Vers une gestion coordonnée des actions de prévention	16
Résumé des recommandations	17
IV - Recommandations par secteurs	17
A- Au niveau de l'accueil des demandeurs d'asile	17
Résumé des recommandations	18
B- Au niveau des hôpitaux (Sages-femmes, gynécologues et pédiatres)	18
Résumé des recommandations	20
C- Au niveau des consultations ONE	20
Résumé des recommandations	23
D- Au niveau des PSE/PMS	24
Résumé des recommandations	28
E- Au niveau des centres de planning familial et maisons médicales	30
Résumé des recommandations	30
F- Au niveau des CPAS	31
Résumé des recommandations	32
V - Les mesures de prévention et de protection	33
A- Les acteurs de première ligne	33
B- Les équipes SOS enfants	33
C- Le service d'aide à la jeunesse (SAJ) et l'aide consentie	34
D- L'intervention judiciaire	36
VI - Les critères d'évaluation du risque, la détermination d'une échelle de risque	40
VII - Arbre décisionnel général : Mesures de protection sur base de l'échelle de risque	44

VIII - Annexes	45
Annexe 1 - Comité d'écriture et de relecture	45
Annexe 2 - Etudes sur les MGF menées en Belgique	46
Annexe 3 - Protocole de prise en charge des MGF dans la maternité d'Ixelles	47
Annexe 4 - Contextualisation de la problématique	49
Que sont les MGF ?	49
Où sont-elles pratiquées ?	51
Pourquoi sont-elles pratiquées ?	53
L'impact sur la santé sexuelle et reproductive	55
Qu'en est-il en Europe ?	55
Qu'en est-il en Belgique ?	56
Le cadre légal au niveau belge et international	58
Les conventions internationales	58
Les MGF et le droit pénal Belge	60
Les décrets et ordonnances relatifs à la maltraitance et à l'aide à la jeunesse	61
La levée du secret professionnel	63

Acronymes

AMO	Service d'aide en milieu ouvert	OMS	Organisation mondiale de la santé
CEDH	Convention Européenne des Droits de l'Homme	ONE	Office de la naissance et de l'enfance
CGRA	Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides	ONG	Organisation non gouvernementale
CHU	Centre hospitalier universitaire	PAN	Plan d'action national
CL-MGF	Collectif liégeois de lutte contre les mutilations génitales féminines	PMS	(Centre) psycho-médico-social
CLPS	Centre local de promotion de la santé	PSE	Promotion de la santé à l'école
CP	Code pénal	SAJ	Service d'aide à la jeunesse
CPAS	Centre public d'action sociale	SC-MGF	Stratégies Concertées de lutte contre les mutilations génitales féminines
CPF	Centre de planning familial	SPF	Service public fédéral
DGDE	Délégué général aux droits de l'enfant	TMS	Travailleur-se médico-social-e
GA	Groupe d'appui (des SC-MGF)	UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees, Agence des Nations Unies pour les Réfugiés
GAMS	Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles		
FWB	Fédération Wallonie-Bruxelles		
FEDASIL	Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile		
ICRH	International Center For Reproductive Health		
IEFH	Institut pour l'égalité des femmes et des hommes		
MGF	Mutilation génitale féminine		
OE	Office des étrangers		

I - Introduction

Selon le dernier rapport de l'UNICEF paru en 2013, plus de 125 millions de filles et de femmes actuellement en vie dans 29 pays d'Afrique et du Moyen-Orient ont subi une forme de mutilations génitales féminines. Trente millions d'autres filles risquent d'en être victimes au cours des dix prochaines années. Elles seraient plus de 500.000 femmes et filles vivant en Europe à avoir subi des MGF, à un moment ou l'autre de leur vie. En Belgique, une étude du SPF Santé Publique (Dubourg et Richard 2010) a relevé qu'environ 6260 femmes excisées et plus de 1975 fillettes à risque de l'être, vivaient sur le territoire belge.

Les MGF constituent une violation des droits humains les plus fondamentaux tels le droit à la vie, à l'intégrité physique et mentale, le droit à la santé ou encore le droit de ne pas être discriminée en raison de son sexe.

En 2001, la Belgique a introduit dans son code pénal une disposition spécifique (article 409 CP) qui interdit et réprime la pratique des MGF. Le plan d'action national 2010-2014 de lutte contre la violence entre partenaires et d'autres formes de violences intrafamiliales intègre pour la première fois la question des MGF.

Sur le plan européen et international, de nouveaux textes surgissent en vue d'inciter davantage les Etats à prendre des mesures de prévention et de protection des femmes et filles susceptibles d'être victimes de ces pratiques. Ainsi le Conseil de l'Europe a adopté, le 11 mai 2011, la « Convention d'Istanbul » sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique (signée par la Belgique et en attente de ratification). Par ailleurs, l'assemblée générale des Nations-Unies a adopté, le 20 décembre 2012, une Résolution (soutenue par la Belgique) sur l'« Intensification de l'action mondiale visant à éliminer les mutilations génitales féminines ».

Cependant, depuis l'entrée en vigueur de la loi, il y a plus de 12 ans, très peu de plaintes ont été déposées et aucune n'a

donné suite à des poursuites judiciaires. Une recherche-action récente menée par le réseau des stratégies concertées de lutte contre les MGF et soutenue par la FWB (De Brouwere et al. 2013) montre que le nombre de signalements d'enfants à risque d'excision, notamment à l'occasion d'un retour pendant les vacances, augmente. Ainsi, 52 cas ont ainsi pu être recensés entre le 1er janvier 2009 et le 30 juin 2013. La majorité des signalements se concentrent sur les années 2012 et 2013.

En Belgique, les associations de terrain ont pu faire le constat que les mécanismes de prévention et de protection ne sont pas suffisants. En effet, les professionnels connaissent peu ou mal la problématique, ils s'interrogent sur leur rôle, leur obligation ou pas au secret professionnel, l'intérêt de l'enfant, l'approche la plus adaptée, les moyens de protection adéquats,...

A l'instar de pays, tels les Pays-Bas et la Grande-Bretagne, il est essentiel que la Belgique se dote de lignes directrices clarifiant les rôles de chacun, inscrivant ces rôles dans un schéma procédural qui doit nécessairement inclure toutes les mesures préventives possibles. Le défi d'aujourd'hui est de permettre qu'à tous les niveaux, et compte tenu notamment des spécificités communautaires, les interventions soient coordonnées, cohérentes, efficaces, respectueuses des enfants, des familles, mais aussi de la loi.

Dans le cadre du plan d'action national relatif à la lutte contre les violences entre partenaires élargi à certaines autres violences de genre (2010-2014), la Fédération Wallonie Bruxelles, la Région wallonne et la Commission Communautaire Française de la Région de Bruxelles-Capitale se sont engagés à « *Organiser une réunion de concertation sur la meilleure approche en termes de suivi des filles non mutilées avec l'ensemble des acteurs concernés (ONE, SOS Enfants, DGDE, Aide à la jeunesse, Justice et Police, associations de terrain, CGRA), des experts de la thématique et des spécialistes de l'enfance (des spécialistes en éthique)* » (OS.II.c.2.2,

104) et « *Inviter le Conseil supérieur de la promotion de la santé à émettre un avis sur la politique de prévention à conduire en la matière, notamment en ce qui concerne la sensibilisation des professionnels, les procédures de dépistage des situations à risque et le secret professionnel* » (OS.II.c.2.2, 105).

La résolution du 3 mars 2011 de la Chambre des représentants de Belgique visant à lutter contre les mutilations génitales féminines rappelle qu'une approche cohérente associant tous les niveaux de pouvoirs nécessite une série d'action afin de mieux lutter contre les MGF dont la mise en œuvre des propositions visées dans le PAN susmentionné. La résolution rappelle également que les Etats généraux des familles¹ recommandent de mieux lutter contre les MGF.

Le Sénat, dans sa proposition de résolution du 21 juin 2011 visant à lutter contre les mutilations génitales féminines, rappelle la nécessité de faire de cette lutte une priorité politique dans une perspective de respect des droits de l'homme et de solidarité internationale. Il demande aussi que les moyens nécessaires soient dégagés pour la mise en œuvre effective du plan d'action national 2010-2014 susmentionné.

En Flandre, le Vlaamse Forum Kindermishandeling (VFK) a piloté plusieurs sessions de travail spécifiques sur les MGF avec des acteurs clés issus des secteurs santé, police-justice et accompagnement psychosocial. Suite à ces sessions, sur base des propositions de l'ICRH, d'INTACT et du GAMS, le VFK a effectué des recommandations à 9 ministres communautaires et fédéraux pour améliorer la prévention et la protection des victimes (potentielles) de MGF.

En Fédération Wallonie-Bruxelles, le cabinet de la Ministre Fadila Laanan a demandé au GAMS Belgique et à INTACT asbl de faire des propositions pour l'adoption d'un protocole de prévention et de protection des filles et femmes à risque d'excision.

¹ Etats généraux des familles 2005-2006, "Familles et violences", point 3-3.

Le but de ce document de travail est de présenter les recommandations que les deux associations proposent à la lumière de leur connaissance du terrain, de recherches et de projets pilotes menées en Belgique ou en Europe. Des recommandations transversales (valables pour tous les secteurs) et des recommandations spécifiques à chaque secteur sont présentées.

Ces recommandations sont la synthèse de différents travaux et réflexions :

- Ateliers des Stratégies concertées en matière de lutte contre les MGF (voir le site www.strategiesconcertees-mgf.be). Plusieurs ateliers ont été organisés en 2012 pour réfléchir et faire des propositions sur la chaîne prévention-détection-signalement avec des acteurs de prévention de la petite enfance et de l'enfance (ONE, PSE, CPMS), de l'aide à la jeunesse (SAJ, SOS enfants), le DGDE, des professionnels de la santé dans le secteur hospitalier et extrahospitalier (sage-femme, médecin généraliste) et des acteurs associatifs en lien avec les communautés concernées. Il est en effet primordial de prendre en compte les réalités du terrain, la pertinence de telle ou telle approche et sa faisabilité. Des sous-groupes de réflexion se sont créés dans certaines institutions pour faire des propositions concrètes ou tester des expériences pilotes, c'est le cas des PSE de la Ville de Bruxelles et de la COCOF, du service maternité de l'Hôpital Iris à Ixelles ou des services ONE de Liège.
- Recherches quantitatives et qualitatives sur les MGF menées en Belgique (voir la liste des études en annexes).
- Ateliers-Colloques organisés par les associations spécialisées, entre autre le colloque du 23 novembre 2012 organisé par INTACT « *vers un protocole de prévention et protection* » et l'atelier du 18 décembre 2012 organisé par le GAMS Belgique dans le cadre des SC-MGF « *comment parler des MGF aux enfants ?* ».
- Discussion, réflexions avec les professionnels lors des formations que le

GAMS et INTACT ont donné en 2012 aux équipes ONE, PSE/PMS, SAJ, SOS Enfants, maisons médicales, maternités hospitalières,...

- Expériences des associations spécialisées dans leur pratique quotidienne avec le public cible : communautés concernées et professionnels.

Le processus d'écriture des recommandations s'est fait en différentes

étapes: (1) une première version a été rédigée par les asbl GAMS Belgique et INTACT ; (2) cette première version a été relue par une vingtaine d'acteurs de terrain ou de représentants des administrations ou cabinets des ministres concernés (voir la liste des relecteurs en annexe) ; (3) un atelier des stratégies concertées MGF a eu lieu le 15 octobre 2013 afin de présenter les recommandations et les amender quand cela était nécessaire.

II - Recommandations transversales

A- La formation des professionnels

Recommandation adressée au Ministre de l'enseignement supérieur ainsi qu'au Ministre de l'Intérieur (police) et aux organes de gestion des formations continues des professionnels concernés (tels les services d'aide à la jeunesse ou encore l'Institut de formation judiciaire, le CGRA, Fedasil)

Les différentes études menées auprès des professionnels et les signalements reçus par les associations spécialisées montrent la nécessité d'inclure la problématique des MGF dans le cursus de base des professionnels du secteur médico-social ainsi que du secteur police-justice afin d'harmoniser les niveaux de connaissance sur les MGF. Il est en effet beaucoup plus difficile de « rattraper » ce manque de formation initiale par des formations continues qui n'ont pas la même couverture au niveau géographique ou au niveau des différentes spécialités (si certaines formations continues sont obligatoires, d'autres sont à la carte et dépendent de la seule bonne volonté ou motivation des professionnels).

Formation de base

Actuellement, il n'existe aucune harmonisation en matière de cursus de formation au niveau national en ce qui concerne les MGF. A titre d'exemple, le GAMS Belgique donne cours dans certaines écoles de sages-femmes à leur demande (Ecole provinciale de Liège, ISEI ou HELB à Bruxelles,...) sans que cela soit considéré comme un cours faisant officiellement partie du cursus, mais comme un séminaire à l'initiative d'un professeur ou d'une étudiante.

La problématique des MGF devrait être intégrée dans les **cursus de base des professionnels de la santé et du social** des filières suivantes: gynécologie-obstétrique, pédiatrie, médecine générale, sage-femme, infirmier, kinésiste, sexologue, psychologue, assistant social, éducateur, conseiller conjugal, médiateur. Les aspects couvrant la prévention, le dépistage et la prise en charge physique et psychologique seraient ici le plus important.

La problématique des MGF devrait également être introduite dans le **cursus de base des policiers et des magistrats** afin de permettre une première prise de conscience relative à la problématique des MGF.

Au niveau du **secteur de l'éducation**, la problématique pourrait aussi être intégrée dans les 30h de cours destinés à l'approche théorique et pratique de la diversité culturelle et de la dimension de genre prévu dans la grille minimale du programme initial des instituteurs.

Formation continue

Des formations continues sont actuellement proposées par les associations spécialisées comme le GAMS Belgique et INTACT. Elles ont beaucoup de poids et d'envergure quand elles sont organisées de manière institutionnelle par le pouvoir organisateur. Par exemple, l'ONE a planifié plusieurs formations en 2013 au niveau des différentes provinces ce qui a permis une bonne couverture de l'information. Il est également important pour les travailleurs de savoir que leur institution soutient la démarche de formation. Cela induit qu'elle sera aussi à l'écoute et soutenante en cas de signalements d'enfants à risque.

Des formations continues spécifiques pour les magistrats (soutenues par l'Institut de formation judiciaire - IFJ) et pour les policiers (Direction de la formation) devraient être organisées.

En matière d'asile, des formations spécifiques à destination des agents de protection du CGRA ainsi que des interprètes amenés à traiter des dossiers d'asile liés à une crainte de MGF devraient être accentuées. De même, des formations à l'attention des professions en contact avec le public cible dans les Centres d'accueil pour demandeurs d'asile devraient être renforcées.

B- La désignation de personnes de référence au sein des professions concernées

Recommandation adressée aux hôpitaux, travel clinics, SOS enfants, ONE, médecine scolaire, Service d'aide à la jeunesse (SAJ), Parquets, service de police (section jeunesse), centre d'accueil pour demandeurs d'asile, CPAS.

Il est parfois difficile de former toute une équipe sur une problématique aussi spéci-

fique que les MGF. Lors des ateliers des Stratégies Concertées, plusieurs recommandations ont été élaborées en faveur de la désignation de personnes de références dans les différentes institutions susceptibles d'être en contact avec le public cible. Ces personnes de référence constitueraient un relais au sein de leur service pour accompagner/conseiller les collègues confrontés à une situation de MGF. Par exemple, une sage-femme qui reçoit une femme infibulée en salle d'accouchement peut appeler la sage-femme référente MGF dans son hôpital qui pourra lui donner des conseils sur la conduite à tenir.

Des projets en ce sens ont été initiés au sein de maternités et avec certains SAJ en Fédération Wallonie-Bruxelles, mais l'évaluation de ces projets et leur impact n'ont pu encore être réalisés.

Des personnes de référence devraient être désignées au sein des services suivants :

- Hôpitaux (maternités) (en cours avec le soutien du SPF Santé publique)
- Travel clinics
- Equipes SOS Enfants
- ONE
- PSE/PMS
- SAJ
- Parquets majeurs et mineurs, en veillant à faciliter les liens entre ces deux parquets ;
- Services de police (section jeunesse)
- Centres d'accueil (Fedasil, Croix-Rouge,...)
- CPAS

C- La constitution d'un pool de médiateurs interculturels et interprètes formés à la problématique des MGF

Recommandation adressée au Secrétariat d'Etat à l'asile, à la migration et à l'intégration sociale, aux ministres de l'égalité des chances (de la Fédération Wallonie-Bruxelles, de la Région wallonne, de la Région de Bruxelles-Capitale et de la cocof), ainsi qu'aux organismes chargés de former les médiateurs interculturels et traducteurs (tels que Setis, CBAI)

Le problème de communication (à la fois le problème de langue mais aussi les codes culturels) est un des premiers facteurs invoqués par les professionnels comme barrières pour faire de la prévention avec les familles et aborder sereinement la problématique des MGF en étant sûrs d'être compris et de ne pas heurter leurs interlocuteurs. La question de la légitimité du professionnel européen pour aborder la question avec les familles qui pratiquent l'excision revient souvent comme une barrière importante.

Nous recommandons la constitution d'un pool de médiateurs interculturels et interprètes qui pourraient être sollicités par les hôpitaux, les équipes ONE, PSE, SAJ, voir même lors de la phase judiciaire pour être sûrs d'avoir une communication appropriée et culturellement acceptable avec le public cible.

Des collaborations pourraient être envisagées avec des services de traduction sur Bruxelles tels le Setis ou Bruxelles-accueil ainsi qu'avec le Centre bruxellois d'action interculturelle (CBAI) qui forme des médiateurs interculturels.

Définitions : (sources SC-MGF)

Interprètes : L'interprète assure la traduction orale complète et précise des messages des différents interlocuteurs.

Médiateur-trice interculturel-le : Le médiateur interculturel est chargé de faire de l'interprétariat de liaison (traduction entre deux interlocuteurs qui ne parlent pas la même langue) afin d'amener à une compréhension mutuelle. Il ou elle peut également jeter des « ponts entre les cultures » et expliquer les codes culturels respectifs pour mieux comprendre les attitudes (« décodage culturel »). En général, les médiateurs sont issus de la communauté pour laquelle ils assument la fonction de médiation.

Ces professionnels devraient suivre une formation spécifique complémentaire auprès des associations spécialisées.

D- La formation d'animateurs et animatrices communautaires

Recommandation adressée au Secrétariat d'Etat à l'asile, à la migration et à l'intégration sociale, aux Ministres de l'égalité des chances (de la Fédération Wallonie-Bruxelles, de la Région wallonne, de la Région de Bruxelles-Capitale et de la cocof)

A la différence des médiateurs et interprètes, un animateur ou animatrice communautaire est une personne qui ne se contente pas de traduire la parole d'un professionnel ou à décoder les codes culturels pour un professionnel, mais qui peut mener seul des activités de prévention auprès du public cible.

Les animateurs-trices communautaires sont des hommes ou femmes issus des commu-

nautés concernées par l'excision qui ont suivi une formation d'une association spécialisée (GAMS Belgique, CL-MGF). Ils ou elles peuvent diffuser au sein de la communauté des messages de prévention, aider les associations spécialisées à contacter et rassembler les femmes lors d'activités de sensibilisation et jouer le rôle de médiateur en discutant avec la famille concernée lors d'une situation à risque (retour au pays pendant les vacances).

Le travail des animateurs et animatrices communautaires est essentiel pour renforcer la prévention des MGF et effectuer un travail de conscientisation des communautés à la source.

Bien que le GAMS dispose actuellement de trois animatrices communautaires (origines : Djibouti, Guinée, Mauritanie) et le Collectif Liégeois d'une animatrice (origine : Djibouti), il est actuellement impossible pour ces associations de couvrir toute la Belgique et de faire un travail de prévention auprès des différentes familles à risque.

Ces animateurs peuvent travailler soit de manière proactive à partir de leur propre plan d'action (travail de prévention au sein de leur communauté) soit de manière réactive (suite à une demande d'un professionnel, comme les TMS de l'ONE qui demandent à des animatrices de faire un travail de conseil et prévention auprès des familles). Ceci va au-delà de la simple traduction ou décodage culturel, c'est un travail autonome de prévention auprès des familles de personnes formées.

Nous recommandons la **mise en place de formation d'animateurs et animatrices communautaires** couvrant les différentes communautés pratiquant les MGF et couvrant toutes les villes belges les plus touchées par la problématique. Le module de formation doit aborder :

- Le travail sur la motivation pour cette fonction d'animateur communautaire ;
- Le renforcement des convictions par les connaissances (apports

théoriques sur les conséquences médicales et psychologiques) ;

- Le statut de l'animateur-trice dans la communauté (y compris comment réagir aux violences verbales et physiques potentielles lors de leurs activités) ;
- Les techniques d'intervention en individuel ;
- Les techniques de mobilisation de groupe ;
- La mise en projet (à la fin de la formation, les animateurs-trices travaillent sur un projet concret qu'ils ou elles vont mettre en œuvre au sein de leur communauté).

La formation de ces animateurs communautaires nécessitera également de mettre en place des mécanismes et mesure de protection contre de potentiels risques de violence à leur égard. Les MGF étant un sujet tabou, certaines personnes peuvent ne pas apprécier qu'on en parle ouvertement dans les communautés.

Les associations spécialisées pourront être en charge de cette formation et en assurer le suivi par des séances d'intervision régulières. Lors de l'identification des animateurs communautaires potentiels, il faudra être attentif à la balance hommes/femmes, à la diversité des origines (principales communautés concernées représentées) et à la couverture géographique (différentes grandes villes belges).

E- Utilisation d'une méthode de discussion avec les familles

Recommandation adressée au Ministre de l'enseignement supérieur ainsi qu'aux organes de gestion des formations continues des professionnels concernés (tels les service d'aide à la jeunesse ou encore l'Institut de formation judiciaire, le CGRA, Fedasil)

Lors des formations continues réalisées par le GAMS et INTACT auprès des professionnels de la santé ou du social, il y avait une réelle demande concernant les mots à utiliser, les attitudes, l'approche à avoir avec une famille. La peur des réactions des parents paralyse les professionnels et certains n'osent pas se lancer alors qu'ils ont identifié la famille comme « à risque » de continuer la pratique.

Il y a donc un réel besoin d'organiser des formations pratiques, basées sur des études de cas, des mises en situation, mais également de donner des bases aux professionnels sur les techniques d'entretien et la gestion des réactions des parents. En Hollande, les techniques d'entretien ont été introduites dans le guide pour les professionnels et des formations pratiques sont données en technique d'entretien motivationnel.² Le parent qui décide d'abandonner la pratique de l'excision ne va pas le faire après un seul entretien. Il va passer par différentes phases et le rôle du professionnel sera de l'accompagner dans ces différentes phases.

F- Autres outils de prévention (soutien aux professionnels et aux familles)

1° Diffusion du passeport « STOP MGF » dans les ambassades et dans les travel clinics

Recommandation aux Ministres des affaires étrangères et de la santé publique

² RIVM 2010. Standpunt Preventie van Vrouwelijke Genitale Verminking (VGV) door de Jeugdgezondheidszorg.
<http://www.ggd.amsterdam.nl/jeugd/vrouwelijke-genitale/rol-jgz-aanpak-vgv>

Un « passeport STOP MGF » a été élaboré en 2012 en collaboration avec le SPF affaires étrangères, à l'attention des centres de médecine du voyage travel clinics, afin que le personnel médical puisse rappeler l'interdiction légale des MGF aux personnes qui voyagent vers des pays à forte prévalence de MGF. Cet outil a vocation à permettre aux familles de diminuer la pression communautaire et familiale dans le pays d'origine au vu de l'existence de l'interdiction pénale. Pour ce faire, le passeport rappelle le contenu de l'article 409 du Code Pénal, le fait que les parents peuvent être poursuivis s'ils ont pratiqué, facilité ou favorisé l'excision, même réalisée à l'étranger. Le document rappelle également les conséquences de la pratique sur la santé des fillettes

La nouvelle édition du passeport STOP MGF 2013 porte les sceaux des Services Publics Fédéraux (SPF) de la santé, des affaires étrangères et de la justice.

Le passeport STOP FGM 2013 a été traduit en 10 langues, à savoir le français, néerlandais, anglais, arabe, malinké, swahili, peul, moré, somali et afar.

Il est important que ce document soit diffusé adéquatement et notamment dans les ambassades belges à l'étranger.

2° Diffusion du « kit voyage »

Recommandation aux Ministres de l'égalité des chances (de la Fédération Wallonie-Bruxelles, de la Région wallonne, de la Région de Bruxelles-Capitale et de la cocof)

L'approche des grandes vacances correspond également à une augmentation de demandes d'information de la part des professionnels et des actrices et acteurs de première ligne concernant les risques de MGF liés à des retours en vacances au pays.

Il n'a pas toujours été aisé de se procurer ces informations. Les associations spécialisées dans la lutte contre les MGF (INTACT, CL-MGF et GAMS), via les Stratégies Con-

certées de Lutte contre les MGF (SC-MGF), ont donc décidé de mettre au point un « kit MGF » permettant de faciliter l'accès aux informations et documents nécessaires à la prévention/protection dans ce cadre.

Ce kit contiendra :

- Le passeport rappelant la loi belge concernant les MGF (voir point 1°);
- La brochure « Pas d'excision pour ma fille » (conseils pour les parents sur comment préparer son départ et comment agir sur place pour protéger son enfant de l'excision) ;
- Un certificat médical « d'intégrité des organes génitaux externes » (ce certificat est fait avant le départ par le médecin de famille ou le médecin de l'ONE qui suit habituellement la famille et un examen est fait au retour pour vérifier que l'enfant n'a pas été excisée pendant son séjour à l'étranger);
- Un document reprenant des critères objectifs d'échelle de risque ;
- Les liens internet pour se connecter sur le site des études démographiques et santé qui donnent les dernières références en matière de pratique des MGF (par ethnie, par région, etc.);
- La manière de mener un entretien ;
- Le protocole d'action pour les filles à risque ;
- La liste des personnes référentes dans les différents secteurs et les différentes régions ;
- Les informations sur le secret professionnel.

Une diffusion à large échelle de ce kit devra être assurée auprès des professionnels dans les écoles, les hôpitaux, travel clinics, auprès des équipes ONE, PSE/PMS, SAJ, AMO, CPAS,...

3° E-learning

Recommandation adressée aux Ministres de l'égalité des chances

(de la Fédération Wallonie-Bruxelles, de la Région wallonne, de la Région de Bruxelles-Capitale et de la cocof)

A l'instar de ce qui a été développé dans le cadre d'un projet transnational entre des organisations de Chypre, Irlande, Italie et du Portugal et soutenu par le HCR ³ et également développé aux Pays-Bas⁴, il serait souhaitable de développer un e-learning spécifique sur les MGF (outil de formation en ligne interactive pour les professionnels sur les aspects de santé, d'asile, protectionnels et pénaux). Ce projet devrait s'intégrer dans le projet européen existant : il faudrait traduire en français les parties communes aux différents Etats (telles les informations relatives au contexte socio-culturel, médical,...). Il faudrait, par contre, adapter et/ou créer les parties relatives aux procédures d'asile, protectionnelles et pénales, spécifiques au contexte belge.

G- Renforcement des activités de sensibilisation auprès des communautés concernées

Recommandation adressée à la Fédération Wallonie-Bruxelles, à la Région wallonne, à la Région de Bruxelles-Capitale, à la Cocof.

Le travail de sensibilisation auprès des communautés est la mission principale des associations à base communautaire comme le GAMS Belgique. Pour que cela soit effectif, cela suppose d'avoir une couverture géographique suffisante mais également une couverture des ethnies ou des communautés représentées en Belgique. En effet, certaines communautés ne peuvent être

³<http://www.uefgm.org/Course.aspx?Language=EN>

⁴ <http://vgv.ggd.nl>

approchées que par des membres de leur propre communauté. Une animatrice burkinabé aura des difficultés par exemple à aborder une communauté somalienne car les liens tissés au sein des communautés sont très forts et beaucoup d'informations circulent lors des événements sociaux : naissances, mariage, décès... et des réunions comme les tontines⁵.

Le GAMS Belgique et le Collectif liégeois proposent différentes activités dans leurs locaux pour les femmes excisées (suivi individuel ou activités de groupe), mais il y a un réel besoin de renforcer les activités en dehors des murs des associations et d'aller vers les communautés. C'est en ce moment ce qui est réalisé par le GAMS Belgique qui depuis ces deux dernières années se fait inviter dans des tontines et des rassemblements sociaux pour aborder la question des MGF de manière indirecte. Mais ceci se fait encore à une échelle trop petite, expérimentale et il faudrait un pool d'animateurs communautaires pour avoir un impact réel sur les différentes communautés. Cette approche a été réalisée en Hollande où plus de 80 personnes clés ont été formées dans les communautés afin de mener des activités de prévention.

Résumé des recommandations transversales

- **Former les professionnels des secteurs médico-psycho-sociaux, mais**

⁵ Une tontine est une pratique informelle d'épargne et de crédit largement présente en Afrique et dans la migration. Cela consiste en un groupe de personnes qui se réunissent et versent une somme d'argent définie dans un pot commun de manière périodique. Cet argent récolté sera redistribué à un des membres du groupe de manière consécutive (chacun profitera à son tour de la somme récoltée) ou à l'occasion d'un événement particulièrement coûteux (baptême, enterrement, mariage, etc.) étant entendu que chaque membre bénéficiera de la tontine à un moment ou un autre.

aussi des secteurs **police/justice** et de **l'asile** à la thématique des MGF tant dans le cadre des formations de base que des formations continues. En effet, une meilleure formation permettra inévitablement d'améliorer la prévention, la détection et la prise en charge adéquate des situations relatives aux MGF.

- **Désigner des personnes de référence** au sein de professions concernées. Ces personnes de référence constitueraient un relais au sein de leur service pour accompagner /conseiller les collègues confrontés à une situation de MGF.
- **Constituer un pool de médiateurs interculturels et interprètes** qui pourraient être sollicités par les hôpitaux, les équipes ONE, PSE, SAJ, voir même lors de la phase judiciaire. Ils permettraient de faciliter la communication avec le public cible tant sur le plan culturel que sur le plan de la langue utilisée.
- **Engager des animateurs-trices communautaires** couvrant les différentes communautés pratiquant les MGF et couvrant toutes les villes belges les plus touchées par la problématique. Il s'agit là de renforcer la prévention des MGF et effectuer un travail de **conscientisation des communautés** à la source.
- **Former les professionnels à une méthode de discussion** avec les familles
- **Diffuser largement les outils de prévention**, tels que le « Kit voyage », de manière à permettre aux professionnels d'avoir facilement accès aux informations et documents nécessaires à la prévention /protection des femmes et des filles victimes ou à risque de MGF.
- **Traduire et adapter le e-learning MGF « européen »** au contexte belge, (outil de formation en ligne interactive pour les professionnels sur les aspects de santé, d'asile, protectionnels et pénaux).

III - Vers une gestion coordonnée des actions de prévention

Recommandation adressée à la Fédération Wallonie-Bruxelles et à la Région wallonne

Comment concevoir efficacement la prévention de la maltraitance si nous ne pouvons compter sur la collaboration forte entre les différents professionnels (maternités, ONE, PSE, SAJ notamment) qui rencontrent les familles et les enfants à des étapes différentes de leurs vies ?

En Fédération Wallonie-Bruxelles, le système de prévention et de promotion de la santé est géré par différentes institutions qui fonctionnent de manière très différentes. Ainsi, l'ONE est compétent pour accompagner les futurs parents et les enfants jusqu'à 6 ans. Dès l'âge scolaire, les enfants sont soumis aux visites médicales scolaires gérées par les PSE dont la gestion n'est pas centralisée. Par ailleurs, peu d'information circule entre ces différentes institutions. Cette situation génère trop souvent un cloisonnement de la gestion de la (prévention) maltraitance, avec des conséquences qui peuvent être lourdes pour les enfants.

Il s'agit là d'une problématique qui dépasse largement la question des MGF et qui concerne toute la maltraitance infantile, mais qui apparaît pourtant centrale dans la gestion de la prévention relative aux MGF.

Dans le cadre de la thématique des MGF, il serait très important par exemple qu'une équipe ONE ayant détecté un risque réel et non imminent de MGF pour une fillette et ses sœurs éventuelles, transmette cette information au PSE, de manière à éveiller la vigilance des professionnels de la santé qui suivront les enfants.

S'il est vrai qu'il faudrait creuser plus en profondeur les modalités ainsi que le contenu des informations transmises, l'obstacle du secret professionnel ne semble pas insurmontable pour garantir l'intérêt de l'enfant dans ce cadre.

L'article 3 du décret maltraitance du 12 mai 2004 stipule notamment que « (...) Tout intervenant confronté à une situation de maltraitance ou à risques peut interpeller l'une des instances ou services spécifiques suivants aux fins de se faire accompagner, orienter ou relayer dans la prise en charge : le CPMS, le PSE, l'équipe « SOS enfants », le conseiller ou tout autre intervenant compétent spécialisé. Toute coopération doit s'exercer dans la discrétion et ne porter que sur des informations indispensables à la prise en charge ».

Par ailleurs, d'autres obstacles matériels constitueraient également un frein à la transmission d'informations entre professionnels. Ainsi, la non informatisation des dossiers ou l'utilisation de logiciels non compatibles entre institutions posent de gros problèmes dans la transmission d'information.

A terme, l'idée d'un dossier « unique » transmis entre institution devrait pouvoir faire son chemin, à l'instar de ce qui est mis en place aux Pays-Bas.

Résumé des recommandations

- La transmission des informations pertinentes entre institutions (maternités, ONE, PSE/PMS) doit être renforcée et encouragée. En effet, la prévention de la maltraitance doit être envisagée sous l'angle d'une chaîne forte constituée de différentes institutions compétentes qui collaborent entre elles. Si un des maillons de cette chaîne se brise, c'est toute la chaîne de la prévention à la maltraitance qui sera rendue moins efficace.

- Les études nécessaires pour favoriser la collaboration dans le respect des règles de secret professionnel doivent être envisagées. De même, les moyens matériels utiles à ce renforcement de collaboration doivent être dégagés.

IV - Recommandations par secteurs

A- Au niveau de l'accueil des demandeurs d'asile

Recommandations adressées au Secrétariat d'Etat à l'asile et à la migration, à Fedasil et aux CPAS

Suite à la refonte de la Directive « Accueil » et dans le cadre de la transposition de cette Directive au plus tard le 20 juillet 2015, les États membres s'engagent à mettre en place des mesures visant à identifier les personnes vulnérables, parmi lesquelles se trouvent les **victimes de violence physiques ou psychologiques, telles les MGF** (nouvel art. 21). Il s'en déduit que les conditions d'accueil devront être adaptées à ces nouvelles exigences et qu'une attention particulière sera portée à l'accès aux soins de santé ou aux centres d'hébergement. Selon les nouvelles règles,

une telle évaluation devrait intervenir "dans un délai raisonnable", après le dépôt d'une demande et les pays de l'UE devraient veiller à ce que ces besoins spécifiques soient dûment pris en compte.

Cette détection est nécessaire pour :

- Mettre en place un accompagnement adapté du demandeur d'asile ;
- Assurer une prévention efficace des MGF auprès des primo-arrivants et les informer le plus tôt possible, dès leur arrivée en Belgique, de l'interdiction légale des MGF.

Dans ses recommandations intitulées « La protection internationale et les mutilations génitales féminines - les 11 recommandations d'INTACT », datant de juin 2012, INTACT détaille davantage les mesures à mettre en œuvre pour la détection précoce des personnes vulnérables.

Résumé des recommandations

Mettre en place des mécanismes spécifiques de détection au sein des structures d'accueil pour demandeurs d'asile afin d'assurer une prévention efficace des MGF et une meilleure prise en charge des victimes, dont :

- insertion dans le formulaire de l'intake médical, à savoir la consultation médicale d'entrée du demandeur d'asile dans le centre, la référence aux violences subies dans le pays, y compris les MGF ;
- assurer un suivi psycho-socio-médical de la personne concernée ;
- informer la personne sur le contexte des MGF en Belgique (interdiction pénale, prise en charge médicale adaptée et liens avec l'asile) ;
- relai vers les organisations spécialisées pour la prise en charge et notamment assurer la continuité des soins médicaux.

B- Au niveau des hôpitaux (Sages-femmes, gynécologues et pédiatres)

Recommandations adressées aux Ministres de la santé (fédéral, régional, communautaire), au conseil supérieur de la promotion de la santé, à l'ONE.

La grossesse et l'accouchement sont des moments idéaux pour faire le diagnostic d'une mutilation génitale féminine et débiter un travail de prévention pour l'enfant à naître. C'est en effet souvent le seul moment où on peut examiner la vulve et les organes génitaux externes d'une femme sans paraître (trop) intrusif puisque

cela fait partie du suivi de la grossesse. C'est souvent le premier examen gynécologique pour des femmes migrantes et un diagnostic d'excision sera peut-être posé pour la première fois par un professionnel de santé, même chez des femmes qui vivent depuis plusieurs mois ou années en Belgique.

La sage-femme, le gynécologue ou le médecin généraliste qui examine la femme enceinte et découvre une excision ou une infibulation peut entamer la discussion avec la femme. On peut à la fois aborder la question des complications éventuelles chez la femme (*souffre-t-elle d'infections à répétition ? a-t-elle mal en urinant ?*) et également parler de l'avenir de l'enfant (*est-ce que les parents comptent exciser l'enfant si c'est une fille ?*). La mère et les parents d'une manière générale sont sensibles à la santé de leur enfant et sont ré-

ceptifs aux messages donnés à ce moment-là par les soignants.

Si la grossesse est le moment idéal pour entamer le dialogue avec les parents qui veulent le meilleur pour leur enfant, cette occasion n'est pas toujours saisie et il y a beaucoup d'occasions ratées. Encore beaucoup de professionnels ne se sentent pas à l'aise avec la problématique, ne savent pas comment aborder la question, ont peur de heurter la culture de l'autre, ne savent pas s'ils pourront trouver tous les arguments et réponses aux questions et repoussent alors la discussion à un autre moment. On retrouve ainsi des femmes enceintes excisées qui ont été vues 6 ou 7 fois pendant leur grossesse sans qu'il y ait eu une discussion ouverte sur la question avec le soignant. Ce n'est pas l'idéal de laisser cette discussion sensible à l'équipe de la salle d'accouchement souvent débordée, qui doit aussi gérer les urgences.

La recherche-action sur les signalements menée par les Stratégies Concertées⁶ et les contacts avec les équipes des maternités ont permis de voir que la réponse à une situation à risque est souvent très peu coordonnée par manque de protocole au sein des établissements et que les démarches vont varier en fonction du personnel de garde. Ainsi dans un grand hôpital bruxellois, une situation à risque (père qui déclare à la sage-femme vouloir faire exciser sa fille nouveau-né) a généré deux initiatives en parallèle par manque de coordination des acteurs.

On doit citer ici le projet pilote réalisé par la maternité d'Ixelles. Dans cet hôpital, les sages-femmes ont proposé un protocole qui a été validé par les gynécologues et qui est actuellement en vigueur dans le service maternité (voir en annexe 3).

A l'instar de ce projet pilote, des directives simples et la validation d'un protocole au sein de chaque service de maternité

pourrait permettre une meilleure efficacité.

En matière de gestion de l'information, les éléments suivants peuvent être relevés :

- Les hôpitaux sont des grosses structures avec une multitude de personnels qui ne travaillent pas forcément aux mêmes heures et dans les mêmes services. De ce fait, les transmissions écrites sont très importantes pour permettre le flux de l'information et assurer la continuité dans le service.
- **Dossier de la mère** : dès la première consultation, le type de MGF (et si possible avec un dessin en cas de particularité) sera noté dans le dossier médical, ainsi que les points déjà abordés avec la femme et/ou son mari (désinfibulation, prévention pour l'enfant). Ces renseignements récoltés en consultation prénatale seront précieux pour l'équipe de garde qui accueillera la femme lors de l'accouchement et évitera de reposer les mêmes questions.
- **Dossier pédiatrique** : il est également important que le fait que la mère soit excisée soit noté sur la fiche de renseignement qui sert au pédiatre lors de l'examen de l'enfant avant sa sortie. Le pédiatre pourra ainsi lors de l'examen du nouveau-né se renseigner sur la fratrie (sœurs ? leur lieu de naissance ? excisées ?) et réexpliquer à la mère l'importance de préserver l'intégrité physique de son enfant.
- **Communication entre la maternité et l'ONE** : le fait que la mère soit excisée est une information importante à communiquer aux professionnels qui vont continuer à suivre la famille après sa sortie de la maternité afin de s'assurer que des messages de prévention seront régulièrement donnés à la famille : ces personnes peuvent être une sage-femme à domicile, la TMS de quartier de l'ONE, le pédiatre si la famille a prévu que l'enfant serait suivi par un pédiatre, le médecin de famille si c'est le seul interlocuteur que la famille peut citer. Il est important d'être transparent avec la famille et de la prévenir qu'un suivi sera assuré et que l'information a été transmise

⁶ DE BROUWERE Marie, RICHARD Fabienne, DIELEMAN Myriam, Recherche-action sur des signalements de MGF en Belgique. Enquête conduite au sein des associations belges spécialisées (GAMS Belgique, INTACT, Collectif Liégeois MGF), Bruxelles, Ed.GAMS Belgique, 2013.

à la personne qui suivra l'enfant après sa sortie.

Résumé des recommandations

La naissance est un moment idéal pour faire de la prévention. Dès lors, nous recommandons l'élaboration de protocole dans chaque maternité pour savoir quelle action entreprendre devant une patiente excisée. Ce protocole devrait être validé par l'ensemble du personnel de l'équipe de la maternité (sages-femmes, gynécologues, pédiatres).

Le protocole comprendrait les points suivants :

- Diagnostic dès la première consultation prénatale (basée sur pays d'origine et examen clinique). Il est recommandé de bloquer deux plages horaires dans le carnet de rendez-vous pour la première consultation avec une femme excisée ;
- Préparer l'accouchement (et proposer éventuellement la désinfibulation pendant la grossesse) ;
- Expliquer l'interdiction de réinfibulation après l'accouchement ;
- Evoquer avec les parents la pratique de l'excision et ce qu'il envisage pour leurs enfants (même si le nouveau-né est un garçon, utile pour les éventuelles sœurs) ;
- Evaluer le niveau de risque et prendre des actions en fonction du niveau de risque (voir arbre décisionnel, p. 48) ;
- S'appuyer sur des sages-femmes et des gynécologues référents ;
- Favoriser le transfert de l'information (au sein de l'hôpital et ensuite à la sortie avec l'ONE ou le médecin qui va suivre l'enfant). Le protocole MGF de la maternité devra mentionner les supports (informatique, papier) et les canaux de communication choisis pour faire pas-

ser l'information en interne et à l'extérieur. Ajouter si besoin la rubrique excision si elle n'existe pas dans les dossiers médicaux ;

- **Bonne pratique** : protocole MGF à la maternité de l'hôpital d'Ixelles validé par toute l'équipe soignante - prévention de la réinfibulation et prévention de l'excision chez l'enfant- (Voir annexe III, p 52)

C- Au niveau des consultations ONE

Recommandations adressées aux ONE

L'une des principales missions de l'ONE est l'accompagnement de la grossesse puis du jeune enfant et de sa famille et se traduit notamment par l'organisation de consultations prénatales, consultations pour enfants, la promotion de la santé ainsi que l'information des parents et des futurs parents⁷. Cette mission se concrétise par la mise en place de structures spécifiques et l'organisation ou la supervision de différents services.⁸

Les TMS de l'ONE sont des infirmiers ou assistants sociaux qui vont assurer un soutien médico-social aux familles, dans divers contextes: dans des consultations prénatales (49 au total), à domicile, à la maternité, dans des consultations pour enfants (624 au total) ou à bord de cars sanitaires pour les zones rurales (6 cars).

L'action de l'ONE repose sur la prévention primaire, les dépistages et le soutien à la parentalité en matière de santé et de bien-être psycho-social de l'enfant dans son milieu familial et son environnement social. Le suivi préventif est systématisé en programmes prioritaires détaillés dans le Guide de médecine préventive, parmi lesquels on retrouve entre autres le dépistage

⁷ art. 2du Décret du 17 juillet 2002 portant réforme de l'ONE, M.B. 2 août 2002.

⁸ Infos recueillies sur le site officiel de l'ONE : <http://www.one.be/index.php?id=accompagnement>

des pathologies génito-urinaire, la prévention des traumatismes, la prévention de la maltraitance. La dernière édition 2011 du Guide de médecine préventive comprend un chapitre sur les MGF ainsi qu'un autre sur les diagnostics différentiels (comme la coalescence des bords libres des petites lèvres).⁹ Le guide de médecine préventive en consultation prénatale comprend également un chapitre sur les MGF.¹⁰

Dans les **consultations prénatales (CPN)** de l'ONE, les femmes enceintes peuvent y faire suivre gratuitement leur grossesse par un gynécologue, un médecin généraliste ou une sage-femme et bénéficier du soutien d'un TMS. Il existe des CPN dites "de quartier" et des CPN implantées dans les hôpitaux.

Dans presque toutes les **maternités de la Région Wallonie-Bruxelles**, les TMS rendent visite aux jeunes mamans. Ce premier contact est l'occasion de présenter les services offerts par l'ONE et d'envisager la manière dont ils pourront jouer un rôle de soutien pour la famille.

Les **consultations pour enfants (CE)** ont pour rôle de promouvoir, de suivre et de préserver la santé des enfants âgés de 0 à 6 an(s). Elles ont un rôle de dépistage des principales pathologies (examen clinique de tous les systèmes : neurologique, cardio-vasculaire, abdominal, urogénital, visuel, cutané, orthopédique) mais n'ont, en revanche, aucune vocation curative. Au sein des CE, les familles sont accueillies par un comité de volontaires et les enfants sont pris en charge gratuitement par un médecin pédiatre ou généraliste et un TMS. Un programme d'activités et de suivi individuel ou collectif, appelé "projet santé-parentalité", est développé au sein de chaque consultation. Il a pour but de répondre aux besoins spécifiques des familles

qui la fréquentent, en tenant compte des réalités du terrain.

Même si les consultations ONE ne sont pas obligatoires, il semble que la majorité des enfants de 0 à 1 an sont suivis et reçoivent leur vaccination via l'ONE. Pour les enfants entre 1 et 3 ans la fréquentation serait d'environ 75%. Le fait que les consultations soient gratuites favorisent l'accès aux familles les plus démunies et défavorisées. Les familles migrantes concernées par la pratique de l'excision fréquentent largement les services de l'ONE et la prévention de l'excision au sein des CPN ou des CE de l'ONE est donc justifiée. Il faut cependant noter que les équipes ONE prénatales ne sont pas une généralité dans tous les hôpitaux et que l'ONE de secteur (suivi des enfants et accompagnement des familles) n'a lieu que si les parents adhèrent à l'offre de service ONE. Les TMS n'ont pas accès aux familles qui choisissent de faire suivre leurs enfants dans le secteur privé.

L'ONE est une institution essentielle pour mener des **activités de prévention auprès des familles concernées** par la pratique de l'excision, tant au niveau individuel, qu'au niveau de la Communauté ;

Au niveau individuel :

- **Dialogue avec les parents :** lors d'une des premières consultations médicales, aborder le sujet avec les parents issus des pays concernés : soit le médecin dispose des informations de la maternité (voir point IV.b) et il s'appuie sur les informations transmises, soit s'il n'a pas d'information, il s'aide de la carte de prévalences des MGF de l'Afrique ou du monde pour aborder la question et donner les messages de prévention (respect de l'intégrité de l'enfant, danger pour la santé, interdiction par la loi).

⁹ ONE 2011. Prévention et petite enfance. *Guide de médecine préventive du nourrisson et du jeune enfant*, Chapitre 17, annexes 3 et 4.

¹⁰ ONE et GGOLFB 2009. *Guide de Consultation prénatale*. Sous la direction de S. Alexander, F. Debiève, P. Delvoye, C. Kirkpatrick, V. Masson. Editions De Boeck

- **Examen des organes génitaux externes :** l'examen des organes génitaux externes entre dans l'examen général global d'un petit enfant. Il doit être mené dans un cadre plus large que la simple prévention relative aux MGF. En effet, s'il est accompagné de paroles de prévention (soins d'hygiène, explication sur l'anatomie, importance de l'intégrité des organes génitaux), il va au-delà de la prévention ou détection des MGF.

des procédures avant le départ ont pu être mises en place (attestation sur l'honneur, examen médical avant et après, contacts sur place, etc.).

Bonne pratique :

Une expérience pilote à Liège (consultations de St-Marguerite et Féronstrée) a intégré la participation d'une animatrice communautaire du GAMS qui fait un travail de sensibilisation individuel auprès des familles concernées. Les familles à risque sont identifiées par les médecins et les TMS en fonction de l'origine des parents notée sur l'avis de naissance. S'il s'agit de pays concernés par l'excision, la TMS va aborder la question lors des premières visites à domicile. Elle parle du projet de prévention MGF et propose aux parents de rencontrer l'animatrice communautaire du GAMS qui tient des permanences mensuelles ou bi-mensuelles dans la consultation pour enfants de l'ONE. L'animatrice du GAMS dispose d'une petite pièce et peut donc en toute discrétion et autonomie discuter avec la famille. Elle peut voir la mère seule, le père seul ou les deux parents. Certaines familles sont vues plusieurs fois afin que les messages de prévention donnés par l'animatrice puissent murir et être discutés au sein du couple et de la famille avant de revenir rencontrer l'animatrice. La première année de ce projet pilote a été évaluée positivement par l'ONE de Liège et des Consultations Enfants (CE) de l'ONE à Bruxelles ont depuis demandé également l'appui des animatrices du GAMS Belgique. Des projets de voyage en Afrique de petites filles à risque ont pu être arrêtés de plein gré par les parents suite aux séances de conseils des animatrices. Pour d'autres cas,

Au niveau de la communauté :

Dans le cadre des projets santé-parentalité des activités de sensibilisation peuvent être menées en partenariat avec les associations spécialisées. Ainsi le GAMS a animé un atelier sur les bonnes pratiques avec les mères des consultations ONE de Liège des consultations ONE pour valoriser les bonnes pratiques traditionnelles et arrêter les pratiques néfastes comme l'excision. Le Collectif liégeois de lutte contre les MGF organise aussi régulièrement des ateliers de sensibilisation pour les femmes migrantes. Les TMS invitent les mères concernées à s'y rendre.

Par ailleurs, des **mesures spécifiques liées à la détection d'une situation à risque** (annonce d'un voyage dans le pays d'origine avec une petite fille intacte, parents qui annoncent leur désir de suivre la tradition, sœurs de l'enfant déjà excisées,...) devront être mise en œuvre. Dans ces situations, en vue d'assurer une protection de l'enfant à moyen et à long terme, l'ONE veillera à informer les professionnels susceptibles du suivi de l'enfant, tels le PMS/PSE de l'école fréquentée par la famille ainsi qu'éventuellement le médecin généraliste et/ou le pédiatre de la famille.

Des mesures spécifiques liées à la détection d'une famille à risque :

- **En cas d'enfant à risque d'excision** (notamment annonce d'un départ), il est important d'évaluer le niveau de risque (voir point VI) pour classer le cas dans : peu de risque, risque réel non imminent, risque réel et imminent et agir en fonction de l'arbre décisionnel (voir point VII). Dans le cas d'un risque réel et imminent, la consultation ONE devra activer le réseau afin de prendre les mesures préventives nécessaires : une visite à domicile peut être organisée avec une animatrice spécialisée. Dans certains cas, des mesures pourront être prises

dans l'urgence pour empêcher le déplacement de l'enfant dans le pays d'origine.

- En cas de suspicion d'enfant excisée, la première chose à faire avant de déclencher tout le processus est de s'assurer de son diagnostic. Il est ainsi recommandé d'adresser l'enfant à un médecin référent qui pourra confirmer le diagnostic en cas de doute (le GAMS peut donner des noms de médecins référents MGF sur demande). Des types 1 peuvent passer inaperçus et des accollements spontanés des petites lèvres peuvent être confondus avec un type 3. Une fois le diagnostic avéré et confirmé, il faudra prendre

tous les renseignements pour mieux analyser la situation : nationalité et ethnie d'origine, lieu de naissance de l'enfant, fratries et présence éventuelle de sœurs déjà excisées et non excisées. La première chose à faire est de s'assurer que l'enfant excisée ne nécessite pas de soins médicaux, la deuxième chose est de s'assurer que d'autres enfants de l'entourage ne sont pas en danger. Le référent maltraitance de l'ONE sera contacté et une réunion avec le reste de l'équipe sera organisée en urgence pour décider de la conduite à tenir (voir point VII)

Résumé des recommandations

La prévention des MGF entre dans le cadre des missions de l'ONE. Le Guide de médecine préventive prévoit les programmes prioritaires dont le dépistage des pathologies génito-urinaire, la prévention de traumatismes et la prévention de la maltraitance.

Dès lors, il est recommandé de :

- Augmenter le nombre d'examen des organes génitaux dans un cadre global (le guide de médecine préventive ne prévoit actuellement que 4 moments : 15 jours, 1 mois, 1.5 mois et 18 mois) ;
- Prévoir un dialogue avec les parents issus d'un pays/d'une ethnie où l'excision est pratiquée ;
- Consigner les constats dans le dossier médical ;
- Transmettre des informations relatives aux risques ou au constat d'excision à tous les professionnels concernés pour s'assurer d'une protection à moyen et à long terme de l'enfant. Comme pour le lien entre maternité et ONE, le lien entre ONE

et PSE est très important et les faits de MGF (statut de la mère, statut de l'enfant et de ses sœurs) sont des informations importantes à transmettre pour la bonne continuité du suivi par le PSE lorsque l'enfant est scolarisée ;

- Se référer aux services spécialisés et animatrices communautaires en cas de risque avéré.
- Au niveau communautaire : organiser des activités de sensibilisation.

! Bonne pratique : projet pilote avec des animatrices communautaires au sein des ONE de Ste Marguerite et Féronstrée à Liège

D- Au niveau des PSE/PMS

Recommandations adressées aux PSE/PMS

Les PSE/PMS sont, avec les maternités et l'ONE, un des **maillons essentiels dans la chaîne de la prévention** des mutilations génitales féminines. En effet, tous les enfants scolarisés sont soumis à divers bilans de santé durant leur cursus scolaire. Ceux-ci s'inscrivent dans une perspective de prévention et de promotion de la santé¹¹. Par ailleurs, les enfants sont vus individuellement pour un bilan de santé.

L'étude quantitative¹² commandée par le SPF santé contient une estimation des données par tranche d'âges du nombre de fillettes susceptibles d'être à risque de MGF. Ces chiffres permettent d'identifier les services médico-sociaux susceptibles d'être confrontés à la problématique. Ainsi, on estime que 1690 fillettes de 5 à 19 ans sont susceptibles de fréquenter les services de promotion de la santé à l'école.

Les bilans de santé, partiels ou complets, sont obligatoires¹³ et sont réalisés durant les années scolaires suivantes :

- dans l'enseignement maternel : en 1^{ère} et en 3^{ème} année;
- dans l'enseignement primaire : en 2^{ème}, 4^{ème} et 6^{ème} année;
- dans le premier degré de l'enseignement secondaire : en 1^{ère} accueil, en 1^{ère} année com-

plémentaire, en 2^{ème} générale et en 2^{ème} professionnelle;

- dans le deuxième degré de l'enseignement secondaire : en 4^{ème} année; dans l'enseignement spécialisé : 1^{ère} année d'inscription puis tous les deux ans.

Par ailleurs, le décret permet l'organisation de **bilans de santé supplémentaires pour des risques particuliers, ou pour renforcer l'égalité des chances en santé**¹⁴. Ces bilans spécifiques **doivent être prévus pour les primo-arrivants** lorsque ceux-ci ne sont pas inscrits dans une année scolaire au cours de laquelle un bilan obligatoire complet est réalisé.

Quels moyens de détection ?

Avertissement : La détermination de moyen de détection au sein de la médecine scolaire est sujette à de nombreux débats. Nous désirons, à ce stade, faire un état des lieux des différents moyens de détection, sans nous prononcer sur les pistes à privilégier. Pour pouvoir trancher cette question, nous considérons qu'il y aurait lieu d'organiser une **réunion de concertation** avec les autorités et secteurs concernés ainsi qu'avec les associations spécialisées. Un avis du Conseil supérieur de la promotion de la Santé pourrait également être sollicité.

¹¹ Voir décret de la Communauté française du 20 décembre 2001 relatif à la promotion de la santé à l'école et le décret du 16 mai 2002 relatif à la promotion de la santé dans l'enseignement supérieur hors universités, p.

¹² DUBOURG D & RICHARD F. (2010) Etude de prévalence des femmes excisées et des filles à risque d'excision en Belgique. SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement

¹³ Décret du 20 décembre 2001 relatif à la promotion de la santé à l'école, M.B. 17 janvier 2002 et arrêté de gouvernement de la Communauté française du 13 juin 2002 fixant les fréquences, le contenu et les modalités des bilans de santé, M.B. 25 juillet 2002.

¹⁴ L'article 3 de l'arrêté du Gouvernement de la Communauté française fixant les fréquences, le contenu et les modalités des bilans de santé, en application du décret du 20 décembre 2001 relatif à la promotion de la santé à l'école met en œuvre l'article 6, §2, du décret précité et prévoit que « Les bilans de santé supplémentaires spécifiques visés à l'article 6, § 2, du décret sont décidés par le médecin responsable du service ou par le médecin responsable de l'établissement scolaire désigné par la direction du centre.

Deux types de mesures sont envisageables pour détecter les victimes de MGF et les situations à risques. Une première mesure consisterait à discuter avec l'enfant lors de la visite médicale et l'instauration d'un dialogue spécifique avec les parents.

Une seconde mesure consisterait à intégrer un examen des organes génitaux des filles à l'occasion du suivi médical des enfants, lors des visites médicales scolaires. Ces examens pourraient être systématiques ou ciblés.

INTACT a commandé une étude à deux avocats du Cabinet ALTEA (Michel Kaiser et Sarah Ben Messaoud) pour examiner la légalité des moyens de prévention au sein des services ONE et de la médecine scolaire. L'étude est intitulée « *Obstacles juridiques au dépistage des MGF dans le cadre scolaire - Propositions et recommandations sur la faisabilité d'un moyen de prévention de MGF dans le cadre scolaire ou du suivi par l'ONE* ». Cette étude est disponible sur le site d'INTACT (www.intact-association.org).

L'objectif n'est certainement pas ici de reproduire l'étude. Nous nous limiterons à relever quelques points qui apparaissent essentiels.

Quelle que soit la mesure envisagée, il s'agirait d'identifier le public-cible, c'est-à-dire les fillettes qui feraient l'objet de la mesure de dépistage tout en **respectant les règles d'égalité et de non-discrimination** prescrites à la fois par les articles 10 et 11 de la Constitution ainsi que par le Décret de la Communauté française du 12 décembre 2008 relatif à la lutte contre certaines formes de discrimination.

Si l'on instaure une mesure spécifique (examen des organes génitaux ou rencontre spécifique des parents) vis-à-vis de certaines enfants que l'on estime « à risque », une différence de traitement entre les filles soumises à cette mesure de détection et les autres filles apparaît. Le respect des règles d'égalité et de non-discrimination prévus dans la Constitution implique qu'il faut alors pouvoir justifier que cette différence de traitement repose sur un **critère**

objectif et raisonnable qui, au regard du but poursuivi et des effets de la mesure, permet de justifier la différence de traitement en cause¹⁵.

Par ailleurs, il y a également lieu de respecter les dispositions du décret précité du 12 décembre 2008 qui prohibe toute forme de discrimination fondée sur des critères tels que la nationalité, l'origine nationale ou ethnique. La seule exception qui permet d'établir une différence de traitement en fonction d'un critère prohibé concerne les **mesures de discrimination positive**. Il faut donc que la mesure envisagée soit une mesure positive afin de compenser une situation désavantageuse dans laquelle ces personnes se trouvent en raison d'un des critères protégés.

a. le dialogue avec les parents et/ou les enfants

Le dialogue est sans doute un des moyens de prévention les plus efficaces, à condition que les professionnels soient eux-mêmes sensibilisés à la question des MGF et formés aux méthodes d'entretien avec les enfants et les familles. Il permet au personnel soignant d'en connaître davantage sur l'historique de la famille (contexte d'arrivée en Belgique, intégration, perception de l'excision,...) et ainsi **d'évaluer les risques** éventuels pour l'enfant en matière d'excision. La rencontre avec les parents permet de faire passer un message préventif rappelant à la fois les effets néfastes de l'excision sur la santé physique et mentale mais aussi rappelant l'interdiction pénale.

Cependant, en règle générale, les PMS/PSE voient les enfants seuls, sans leurs parents. Or, sans les parents, tant l'évaluation du

¹⁵ Voir résumé de l'étude, acte du colloque du 23 novembre 2012 « Vers un protocole de prévention et de protection des enfants victimes de mutilations génitales féminines », INTACT asbl, p.69 (disponible sur le site www.intact-association.org)

risque¹⁶ que le travail de prévention sera rendu complexe. En effet, par quels moyens assurer qu'une enfant de 10 ans qui n'a jamais entendu parler des MGF puisse réellement être protégée après avoir discuté de la pratique des MGF dans le cadre de la médecine scolaire ? Ne sera-t-elle pas, au contraire, effrayée ? Le problème est d'autant plus important lorsqu'il s'agit d'enfants en bas-âge.

S'il n'est pas impossible d'aborder la question avec les enfants, la présence des parents apparaît donc inévitable à un moment ou un autre. Dans la mesure du possible, il y aurait lieu d'envisager un **dialogue dans le cadre d'une consultation à caractère plus global**, pour éviter toute crispation ou stigmatisation. La question des MGF n'est souvent pas la seule question qui préoccupe les professionnels. D'autres questions de santé, d'intégration à l'école ou autre pourraient être abordées dans ce cadre et faciliteraient sans doute la discussion.

Selon les professionnels qui pratiquent déjà cela, il y aurait lieu de prévoir une heure de rencontre par famille concernée.

Comment déterminer les familles à rencontrer ?

- Tout d'abord, il y aurait lieu de suivre avec attention **les familles détectées par les maternités et/ou l'ONE comme « à risque »**. Ceci implique une collaboration étroite entre les deux institutions et une transmission systématique des données relatives à ce sujet dans le cadre du secret professionnel partagé. Pour ce faire, il faudrait créer de véritables moyens de transmission d'information. Pour ces familles, il serait notamment envisageable d'organiser des **bilans de santé spécifiques** prévus par le décret¹⁷. Cependant, cette proposition de rencontre connaît des limites. Le PSE ne

dispose d'aucun pouvoir de contrainte si les parents ne se présentent pas au rendez-vous fixé.

- L'arrêté de gouvernement de la Communauté française mettant en œuvre le Décret du 20 décembre 2001 mentionne l'obligation d'organiser des **bilans de santé supplémentaire pour les primo-arrivants**. Ces bilans pourraient comprendre la rencontre des parents et faire le tour de toutes les questions relatives à la santé, y compris celle des mutilations génitales féminines lorsque cette question est susceptible de concerner les familles.
- Ensuite, on pourrait envisager l'organisation d'une rencontre avec les parents des enfants susceptibles d'être à risque sur base des critères alternatifs suivants :
 - l'enfant a la **nationalité** d'un pays où l'excision est pratiquée ;
 - Les parents de l'enfant (ou l'un d'eux) sont nés dans un pays où l'excision est pratiquée ;
 - les professionnels reçoivent des informations spécifiques (de la part d'enseignants, des enfants eux-mêmes ou des parents,...) leur permettant de croire qu'un risque existe, à savoir un départ à l'étranger, une déclaration de l'enfant ou d'un des parents... On pourrait aussi supposer que dans le cadre d'une discussion avec l'enfant en consultation des éléments apparaissent (mère ou sœur excisée,...).
- Les familles au sein desquelles on aurait découvert une enfant excisée.

Pour que les critères ainsi retenus soient pertinents et non discriminants, il est bon qu'ils se réfèrent à une source objective, telles une « cartographie » fiable reconnue par une organisation internationale établissant les pays à risque de manière « objective »¹⁸.

¹⁶ En ce qui concerne l'évaluation du risque et les méthodes d'entretien, voir nos recommandations point VI.

¹⁷ art 6 §2 du Décret de la Communauté française du 20 décembre 2001, M.B. 17 janvier 2002.

¹⁸ Voir « carte de prévalence des mutilations génitales féminines dans le monde, Gams 2013 (voir annexe 4).

b. l'examen des organes génitaux externes

La question de l'examen des organes génitaux externes est extrêmement complexe et délicate. Elle a déjà été sujette à nombres de discussions et doit être nuancée. Nous nous référerons à l'étude susmentionnée pour étudier la question sous ses aspects juridiques.

Tout d'abord, bien que l'examen des organes génitaux permette de faire de la prévention sur d'autres types de problématiques, il ne permet pas la détection d'un risque d'excision. En ce sens, il ne permet donc pas de faire de la prévention primaire. Cependant, la détection d'une mutilation déjà pratiquée permettrait, outre l'apport de soins éventuellement nécessaires, d'apporter une protection aux petites sœurs (nées et à naître) des filles examinées.

Par ailleurs, sur le plan de la prévention secondaire, cette détection permettrait d'apporter si nécessaire un suivi à l'enfant sur le plan médical et/ou psychologique, mais elle permettrait aussi d'être attentif à d'autres types de violences pouvant être subies (à moyen terme) par l'enfant dont notamment une éventuelle ré-excision ou encore un mariage précoce ou forcé.

L'examen des organes génitaux pourrait être organisé de manière ciblée ou systématique. Ainsi, le médecin PSE/PMS examinerait soit un groupe déterminé d'enfants susceptibles d'être concernées par les MGF soit l'ensemble des fillettes, à condition que l'objectif de l'examen des organes génitaux externes ne vise pas uniquement les MGF mais également la détection et la prévention d'autres maladies, problèmes d'hygiène ou encore d'autres types de maltraitance ou abus.

Concrètement, l'organisation d'un tel examen au sein des PSE/PMS impliquerait inévitablement la nécessité d'augmenter les moyens humains. En effet, si on allonge la consultation des filles de quelques minutes (3 minutes en plus des +/- 7 minutes/enfant actuellement) pour réaliser un examen des organes génitaux externes

(en ce compris rassurer, examiner et discuter), cela implique une augmentation du temps de travail des professionnels estimé à 20%. Ceci ne peut évidemment se faire au détriment d'autres examens, ce qui implique la nécessité d'augmenter le nombre de professionnels.

Il existe effectivement des obstacles ou des questionnements quant à l'organisation d'un examen des organes génitaux au sein de la médecine scolaire, à savoir notamment :

- certains médecins et la société civile s'interrogent sur les effets de ce type d'examen. En 2007, le Conseil supérieur de promotion de la santé avait rendu un avis défavorable à l'organisation d'un tel examen, vu le risque d'entamer le lien de confiance entre professionnels et patients et vu les dangers à articuler prévention et contrôle¹⁹ ;
- le malaise de certains médecins (surtout les médecins masculins) à examiner les organes génitaux externes des filles ;
- la détection de certains types d'excisions est parfois difficilement identifiable sans formation spécifique ;
- le manque réel de moyens humains et de temps des médecins et des infirmières qui ont des centaines, voire des milliers de dossiers à gérer ;
- la difficulté de faire de la prévention sans les parents ;
- l'examen des organes génitaux ne peut certainement pas se pratiquer à tout âge, pour des questions de pudeur. Il faudrait pouvoir déterminer des critères pour évaluer jusqu'à quand le pratiquer ;
- veiller à respecter les règles d'égalité et de non-discrimination quant au choix du groupe cible sur lequel serait pratiqué l'examen des organes génitaux.²⁰

¹⁹ Avis CSPS « Projet de Plan d'Action National en matière de lutte contre les mutilations génitales », 16 mars 2007.

²⁰ On se réfère ici aux mêmes critères que développés dans le point 1 « Comment déterminer les familles à rencontrer ».

Pour pallier ce genre de problèmes, le médecin PSE qui considère qu'un examen des organes génitaux est nécessaire pourrait renvoyer la fillette vers un service spécialisé. Il pourrait signaler cette démarche et les craintes qui y sont liées au médecin traitant/pédiatre de l'enfant oralement et par écrit.

Quoi qu'il en soit, l'anamnèse pourrait également comprendre des questions pouvant indiquer que l'enfant a subi une excision. Des questions telles que « as-tu des douleurs quand tu urines ? combien de temps cela prend-il ?,... » pourraient être pertinentes dans ce cadre.

Résumé des recommandations

- Prévoir une large concertation entre les autorités et secteurs concernés ainsi qu'avec les associations spécialisées sur la question des moyens de prévention des MGF dans le cadre de la médecine scolaire (dialogue avec les parents, examen des organes génitaux prenant en compte tous les aspects (juridiques, éthiques,...). Un avis du Conseil supérieur de la promotion de la Santé pourrait également être sollicité.
- Le décret habilite le Gouvernement à prévoir l'organisation de bilans de santé supplémentaires pour des risques particuliers²¹. Ces bilans de santé sup-

²¹ L'article 3 de l'arrêté du Gouvernement de la Communauté française fixant les fréquences, le contenu et les modalités des bilans de santé, en application du décret du 20 décembre 2001 relatif à la promotion de la santé à l'école met en œuvre l'article 6, §2, du décret précité et prévoit que : « Les bilans de santé supplémentaires du décret sont décidés par le médecin responsable du service ou par le médecin responsable de l'établissement scolaire désigné par la direction du centre ». Les travaux préparatoires du Décret ne donnent aucune information sur la nature des motifs qui pourraient jus-

plémentaires pourraient s'organiser en présence des parents et éventuellement en présence d'un médiateur interculturel. Ainsi, un bilan de santé spécifique pourrait être organisé dans les cas suivants :

- lorsque l'ONE ou une maternité transmet des informations au PSE qu'une famille est à risque ;
- la nationalité (pays à haute prévalence), le lieu de naissance des parents (pays à haute prévalence) ou des informations complémentaires permettent raisonnablement de croire que le risque d'excision est réel ;
- Le bilan de santé pourrait consister en un dialogue avec les parents, éventuellement combiné à un examen des organes génitaux externes de l'enfant.
- Un bilan de santé spécifique pour les primo-arrivants en présence des parents, éventuellement en présence d'un médiateur interculturel. Le bilan de santé global intégrerait une attention particulière aux mutilations génitales féminines lorsque les personnes primo-arrivantes sont susceptibles d'être concernées par la problématique. Il est recommandé que les écoles transmettent la liste des élèves concernés aux PSE. Une heure de consultation pour ces situations est à prévoir. Les convocations-types doivent pouvoir être traduites dans une langue comprise par la famille concernée.
- Le médecin PSE qui considère qu'un examen des organes génitaux est nécessaire pourrait renvoyer la fillette vers un service spécialisé. Il pourrait signaler cette démarche et les craintes qui y sont liées au médecin traitant/pédiatre de l'enfant oralement et par écrit.
- Quoi qu'il en soit, l'anamnèse pourrait également comprendre des questions pouvant indiquer que l'enfant a subi une excision. Des questions telles que « as-tu des douleurs quand tu urines ? combien de temps cela prend-il ?,... » pourraient être pertinentes dans ce

tifier la mise en place de tels bilans de santé supplémentaire.

cadre.

- Mise à disposition d'outils concrets en support pour les professionnels des PSE/PMS. Il s'agirait tant de documentation leur permettant de s'informer eux-mêmes sur la thématique que de documentation mise à leur disposition pour distribuer aux parents avec lesquels ils ont un dialogue préventif. A ce sujet voir point II.f des recommandations (passeports, doc GAMS, ...)
- Favoriser le renforcement des collaborations et contacts entre PSE/PMS et les écoles (professeurs), notamment par la présence des PSE/PMS aux conseils de participation et aux réunions de concertation. Ceci permettrait que, dans les écoles à forte concentration de familles susceptibles d'être concernées par les MGF, les PSE/PMS rappellent leurs missions et attirent spécifiquement l'attention des professeurs à ce sujet.
- Créer un processus permettant la transmission d'informations pertinentes entre les consultations enfants ONE et les équipes PSE/PMS et également entre PSE/PMS (pour les élèves qui changent d'école). En effet, nous devons envisager la prévention sous l'angle d'une chaîne forte constituée de différentes institutions compétentes en matière de promotion de la santé. Si un des maillons de cette chaîne se brise, c'est toute la chaîne de la prévention à la maltraitance qui sera rendue moins efficace. Nous devons éviter tout cloisonnement dans la gestion des situations à risque et privilégier une collaboration efficace entre institutions. Si les PSE/PMS reçoivent des informations spécifiques sur le risque pour une enfant d'être excisée qui auraient été détectées dès la maternité ou à l'ONE, une attention particulière pourra être portée à l'enfant et à sa famille.
- Pour améliorer le suivi médical des enfants, il est recommandé que les équipes PSE/PMS collaborent avec, notamment, les parents, les médecins généralistes et les pédiatres, les centres locaux de la promotion de la santé, les services d'aide à l'enfance

et à la jeunesse ou encore l'ONE. Le décret du 20 décembre 2001 sur la promotion de la santé à l'école stipule notamment que « cette collaboration vise à rendre optimal l'échange réciproque d'informations en matière d'actions de prévention, d'éducation à la santé et de suivi médical des élèves » (art. 10). Ces acteurs peuvent aussi être des relais privilégiés lorsqu'une attention doit être portée sur une famille « à risque ».

- Enfin, il faut se donner les moyens de ses ambitions en finançant le secteur des PSE/PMS conformément aux besoins des nouvelles missions éventuellement confiées.

E- Au niveau des centres de planning familial et des maisons médicales

Recommandations à la Région wallonne et à la Cocof

Les centres de planning familiaux et les maisons médicales travaillent avec des équipes multidisciplinaires (médecins, assistants sociaux, psychologues, juristes,...) et sont régulièrement confrontés à des patientes excisées qui ont des filles excisées ou à risque de l'être.

Dans le travail en **planning familial**, la question des MGF peut survenir via différentes « portes d'entrée » :

- En animation : une jeune fille qui en parle ouvertement pendant l'animation ou qui interpelle l'animateur à la fin de l'animation et qui fait part d'une crainte d'excision ou d'un problème lié à l'excision.
- En consultation médicale (IVG, consultation gynécologique,...) : la femme n'est pas forcément là pour la raison des MGF.
- En consultation psychologique
- En consultation juridique
- En consultation sociale

Il est possible qu'une mère ou une fille se confie sur la problématique des MGF à une personne de l'équipe qui n'est pas forcé-

ment le médecin. Il est donc important que toute l'équipe soit sensibilisée à la problématique et connaissent les signes de risque afin que cela puisse être discuté et partagé avec les autres collègues en cas de doute (secret professionnel partagé).

Si les MGF ne sont pas directement mentionnés dans les missions du planning familial, il apparaît qu'indirectement, la problématique trouve sa place dans les missions.

En ce qui concerne l'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle (EVRAS) dans les écoles, les thèmes abordés par les centres de Planning familial sont définis de manière très précise dans une liste établie par la Région wallonne ou la COCOF. Seuls les thèmes repris dans cette liste sont comptabilisés dans les activités du planning et donc subsidiés. Les MGF n'en font pas partie de manière claire mais la réforme de l'EVRAS débuté en 2013 est une opportunité pour intégrer la problématique des MGF.

Les **maisons médicales** ont, elles, l'avantage de voir les différents membres de la famille plusieurs fois par an, de bien connaître le contexte familial et mieux évaluer le risque d'excision au sein de la fratrie. Les équipes des maisons médicales peuvent ainsi être impliquées dans l'accompagnement d'une famille avant un départ au pays et dans le suivi des familles à risque en tant qu'acteurs de proximité. Ces services ont l'avantage de pouvoir offrir des soins et services intégrés et polyvalents proches des familles.

Résumé des recommandations

- Former les différents professionnels des équipes multidisciplinaires des centres de planning familial et des maisons médicales à la problématique afin qu'ils puissent offrir un service de proximité aux femmes excisées et à leur famille.

- Permettre le partage d'information au sein de l'équipe pluridisciplinaire en mentionnant la MGF sur la fiche individuelle de la patiente
- Ajouter de manière claire les MGF comme thème d'animation possible dans la liste définie par la Région Wallonne et la COCOF pour les séances EVRAS.
- Intégrer la problématique des MGF aux formations de base à l'EVRAS proposées par les fédérations de planning.

F- Au niveau des CPAS

Recommandations aux CPAS, au Comité stratégique permanent CPAS-conseillers et directeurs de l'aide à la jeunesse

En vertu de l'article 57 de la loi organique, le CPAS assure non seulement **une aide palliative ou curative** aux personnes et aux familles mais encore **une aide préventive**. Il est prévu que cette aide peut être matérielle, sociale, médicale, médico-sociale ou psychologique²². Dès lors, le CPAS a également un rôle important en ce qui concerne la thématique des mutilations génitales féminines tant dans le cadre de la prévention que dans le cadre de l'aide médicale (urgente).

Le CPAS est un service de première ligne privilégié pour détecter les familles concernées par cette pratique. Il est en effet susceptible d'être en contact avec des familles originaires d'un pays où les MGF sont pratiquées. Dès lors, une attention particulière devrait être accordée à ces familles, notamment lorsqu'il reçoit une demande d'aide pour un retour temporaire avec des filles dans le pays d'origine, ou une demande d'information sur un service médical en Belgique qui pratique les MGF, une demande d'aide directement d'une jeune fille menacée d'une MGF.

Dans ce contexte, une discussion devrait être engagée entre le travailleur social et les parents dans une relation de confiance en vue d'assurer en première ligne, une prévention sur les MGF. Cette sensibilisation consisterait à informer la famille non seulement sur les conséquences sur la santé des filles mais aussi sur l'interdiction pénale en Belgique. Lors de cet entretien, le travailleur social peut évaluer s'il y a un

risque ou non de MGF pour les filles (ou enfants à naître). Il pourra se référer au point VI établissant les critères d'évaluation du risque, l'échelle de risque ainsi qu'au point VII, en ce qui concerne l'arbre décisionnel général.

Une femme qui a été excisée/infibulée dans son pays d'origine nécessite parfois un suivi médical et psychologique particulier en fonction des séquelles de cette MGF. Le travailleur social en charge du suivi de la famille peut apporter une aide à cette personne en la guidant vers les associations spécialisées, un médecin et/ou un psychologue.

Un Protocole cadre de collaboration entre les CPAS et les conseillers et directeurs de l'aide à la jeunesse, direction générale de l'aide à la jeunesse²³ a été créé en 2012 afin de mettre en place un **cadre uniforme de collaboration** permettant à chacun des intervenants (CPAS, SAJ et SPJ) d'améliorer ensemble l'aide et le soutien aux jeunes et à leur famille. Ce protocole cadre instaure d'abord un comité stratégique permanent composé à la fois de représentants des CPAS et de l'aide à la jeunesse pour veiller à diffuser le protocole, à assurer son application et son suivi. Le comité est également chargé de programmer des formations communes aux CPAS et services d'aide à la jeunesse.

Le Protocole cadre prévoit ensuite la **désignation d'un référent institutionnel** au sein de chaque CPAS et de chaque SAJ et SPJ pour faciliter les contacts. Les recommandations transversales encouragent chacun des secteurs à désigner un référent spécialisé sur les MGF afin d'orienter/ aviser les autres membres d'une équipe face à une situation à risque. Ce référent institutionnel des CPAS pourrait être en charge des questions relatives aux MGF.

²² Loi organique des (centres publics d'action sociale - Loi du 7 janvier 2002, art. 2) du 8 juillet 1976, M.B. du 05 août 1976; Err. : M.B. du 26 novembre 1976, p. 1502.

²³ Protocole cadre de collaboration entre les Centres publics d'action sociale et les Conseillers et Directeurs de l'aide à la jeunesse-DGAJ, octobre 2012, ed. Liliane Baudart DG de l'aide à la jeunesse, Bruxelles.

Enfin, les acteurs des CPAS et des SAJ sont guidés dans leurs actions de collaboration par certains principes généraux établis dans le Protocole cadre, et dans le respect du secret professionnel partagé.

Résumé des recommandations

- **Former les travailleurs sociaux** à la problématique des MGF (reconnaître une situation présentant un risque, sensibiliser les familles, comment protéger un enfant en danger...etc). Ces formations sont organisées par le **Comité stratégique permanent** en charge des formations communes aux deux secteurs CPAS/ SAJ.
- **Désigner un référent MGF** au sein de chaque CPAS. Il pourrait s'agir du référent institutionnel prévu dans le « protocole de collaboration entre les CPAS et les conseillers et directeurs de l'aide à la jeunesse » (octobre 2012) pour faciliter les contacts entre chacun des services (CPAS, SAJ et SPJ).
- **Mise à disposition d'outils** (affiches avec les taux de prévalence des MGF dans le monde, brochures pour les professionnels et doc/info pour les familles...).
- **Dialogue avec les parents issus d'un pays/ethnie où on pratique les MGF.** La sensibilisation consisterait à informer la famille non seulement sur les conséquences sur la santé des filles mais aussi sur l'interdiction pénale en Belgique.
- **Favoriser le transfert d'informations** relatives aux risques ou au constat d'excision vers les autres professionnels concernés (médecin traitant, ONE, PSE, SAJ), dans les règles du principe du secret partagé et conformément aux dispositions prévues par le Protocole cadre.

V - Les mesures de prévention et de protection

Les recommandations du présent chapitre s'adressent à chaque acteur désigné dans les sous-titres.

La philosophie du décret du 4 mars 1991 relatif à l'Aide à la Jeunesse s'articule autour des priorités suivantes²⁴ :

- **Priorité de l'aide générale**, c'est-à-dire l'aide dispensée par les services de proximité, dits de première ligne tels les CPAS, CPMS, ONE, AMO, les services de santé mentale, les CPF ...
- **Priorité de l'aide donnée dans le milieu de vie**. La règle est de maintenir le jeune tant que faire se peut dans son milieu de vie où une aide appropriée doit lui être apportée. L'éloignement du jeune de son milieu familial et le recours au placement institutionnel doivent toujours être l'exception. Tout sera mis en œuvre pour maintenir ou favoriser les contacts avec la famille ou les familiers sauf si l'intérêt de l'enfant s'y oppose.

A côté de ces deux priorités, le décret met également en avant l'approche préventive, le respect des droits fondamentaux des enfants et des familles ainsi que l'aide négociée/volontaire (déjudiciarisation).

La priorité est donnée à la recherche d'une solution négociée avec les jeunes et leur famille, y compris pour les situations de danger. L'initiative du judiciaire doit rester exceptionnelle et subsidiaire par rapport à l'aide négociée.

²⁴ Colloque du 23 novembre 2012 « vers un protocole de prévention et de prise en charge des victimes de mutilations génitales féminines ? », « Mesures de protection et de suivi », Anne-Marie RENARD Conseillère-adjointe de l'Aide à la Jeunesse, Service de l'Aide à la Jeunesse de Bruxelles, INTACT asbl, p. 88

A- Les acteurs de première ligne

Les intervenants de première ligne, tels que les enseignants, les éducateurs, les assistants-sociaux, les psychologues,... ont un rôle essentiel dans la détection, mais aussi dans la prise en charge des enfants victimes (potentielles) de MGF.

Dans les limites de sa mission, chaque acteur pourra jouer un rôle déterminant et la collaboration effective entre les différents acteurs pour assurer la protection des enfants est essentielle.

C'est en substance ce que prescrit le décret du 12 mai 2004 relatif à l'aide aux enfants victimes de maltraitance stipule en son article 3, §1^{er} : « *Compte tenu de sa mission et de son intérêt à agir, l'intervenant est tenu d'apporter aide et protection à l'enfant victime de maltraitance ou à celui chez qui sont suspectés de tels mauvais traitements. Si l'intérêt de l'enfant le requiert et dans les limites de la mission de l'intervenant et de sa capacité à agir, l'aide est octroyée à sa famille ou à son milieu familial de vie. Cette aide vise à prévenir ou à mettre fin à la maltraitance* ».

§2 « *Afin d'organiser cette aide, tout intervenant qui est confronté à une situation de maltraitance ou à risque peut interpellier une des instances ou services spécifiques suivants aux fins de se faire accompagner, orienter ou relayer dans la prise en charge : le centre psycho-médico-social, le service de promotion de la santé à l'école, l'équipe « SOS enfants », le conseiller ou tout autre intervenant compétent spécialisé* ».

B- Les équipes SOS enfants

En vertu du décret « maltraitance », les équipes SOS enfants, ont elles aussi un rôle incontournable dans l'accompagnement des enfants à risques ou victimes de MGF.

En effet, l'article 9 du décret maltraitance²⁵ prévoit que les équipes SOS enfants doivent « 1° - assurer la prévention individuelle et le traitement des situations de maltraitance d'initiative ou lorsque l'intervention est sollicitée par toute personne, institution ou service ou lorsque l'intervention est demandée par le conseiller de l'aide à la jeunesse en référence à l'article 36,§3 du décret du 4 mars 1991 ou par le directeur en application d'une décision judiciaire en vertu de l'article 38 du décret du 4 mars 1991 relatif à l'aide à la jeunesse (2°...) 3° - Veiller à apporter une aide appropriée à l'enfant victime ou en situation de risque de maltraitance, pour ce faire, les équipes apportent une aide à son milieu familial de vie, en créant si nécessaire des synergies avec le réseau socio-médico-psychologique, sauf si cela porte atteinte à l'intérêt de l'enfant (...) »

Il est intéressant de relever que le décret susmentionné prévoit une intervention très large des équipes SOS enfants dans la mesure où elles peuvent agir non seulement à titre préventif, mais aussi pour traiter les situations de maltraitance avérées et ce, soit d'initiative soit sur mandat.

S'il s'agit d'agir dans le cadre d'une **MGF déjà pratiquée**, l'équipe SOS enfants pourra évaluer les conséquences de l'excision sur la santé physique et mentale de l'enfant et y donner les suites adéquates. Elle devrait également être attentive à la sensibilisation de la famille pour empêcher que les petites sœurs nées ou à naître ne connaissent le même sort.

Dans le cadre de cette action de sensibilisation, dès lors que la thématique des MGF est extrêmement spécifique et requiert des connaissances et des stratégies d'intervention particulières, il serait recommandé aux équipes SOS enfants d'agir en concertation avec des associations spécialisées, telles que le GAMS-Belgique ou encore le Collectif liégeois contre les mutilations génitales féminines. Celles-ci pourraient apporter leur expertise et mettre à leur disposition des animateurs-trices

communautaires pour aborder la question avec les familles.

Si l'intervention des équipes SOS enfants est requise en **cas de crainte d'excision**, par exemple en cas de retour dans le pays d'origine, les actions de sensibilisation à moyen et à long terme en collaboration avec les associations spécialisées seraient également recommandées.

C- Le service d'aide à la jeunesse (SAJ) et l'aide consentie

Lorsque l'aide nécessaire n'a pu être apportée par les services de première lignes, le conseiller peut prendre en charge la situation dans le cadre de **l'aide consentie**, à condition de recevoir l'accord du jeune (s'il a plus de 14 ans) ou des personnes qui en assument la garde de fait si l'enfant a moins de 14 ans^{26,27}.

On le sait, la question des MGF n'est, jusqu'ici, pas une problématique fréquente au sein des SAJ. Or, il s'agit d'une thématique qui requiert des connaissances particulières et une approche spécifique de la part des conseillers et des délégués de l'aide à la jeunesse qui auront à la traiter. Pour faire face à cela, plusieurs mécanismes de soutien pourraient être mis en place²⁸ :

²⁶ Art. 7 du décret de la Communauté française relatif à l'aide à la jeunesse du 4 mars 1991, M.B., 12 juin 1991.

²⁷ Sur le territoire de la Région de Bruxelles-capitale, les mesures maintenant l'enfant dans le milieu familial prises dans le cadre de l'aide consentie relèvent de la compétence de la Communauté française (voir infra) et de la Communauté flamande. L'aide consentie est donc mise en œuvre par le SAJ ou par le Comité voor bijzondere jeugdzorg van Brussel. Chaque bruxellois peut choisir à qui il veut s'adresser.

²⁸ Les deux premiers mécanismes (points 1 et 2) furent proposés par le SAJ de Bruxelles, lors de son intervention au colloque du 23 novembre 2012 intitulé « Vers un protocole de prévention et de protection des enfants victimes de mutilations génitales féminines ».

²⁵ Décret de la Communauté française du 12 mai 2004 relatif à l'aide aux enfants victimes de maltraitance, M.B. 14 juin 2004.

- La désignation d'un réfèrent au sein du SAJ qui, formé à la problématique des mutilations génitales féminines, aurait deux missions :
 - sensibiliser ses collègues à avoir l'esprit en éveil et à être attentif aux signaux d'alerte ;
 - participer aux réflexions autour des prises en charge de ces situations ainsi qu'à leur évaluation.
- La mise en place d'un dispositif pluridisciplinaire qui pourrait être activé à tout moment par les autorités mandantes aux fins de les éclairer, voire même pour participer à la prise en charge de la situation et peut-être même assurer « le fil rouge » dans la situation.
Le dispositif pluridisciplinaire comprendrait des médecins, juristes, groupes de soutien dont INTACT, GAMS-Belgique, Collectif Liégeois contre les MGF ainsi que des personnalités morales reconnues au sein des communautés.
- Intervention dans la famille en collaboration avec un médiateur interculturel formé à la problématique des MGF.

En effet, l'action du SAJ dans ce cadre consistera en la **tâche très complexe d'évaluer le niveau de risque d'excision** et, en fonction, de **mettre en place les mesures de protection et de suivi adéquates**. S'il s'avère que l'enfant a déjà été excisée, il s'agira de s'assurer de la protection des petites sœurs et de s'assurer que de nouvelles violences ne puissent surgir (ré-excision, mariage forcé/précoce,...).

En ce qui concerne les **mesures de protection**, les SAJ pourraient prévoir, en fonction du cas d'espèce :

- le **rappel de l'interdiction pénale et ses conséquences**. Ce rappel s'accompagnerait de la distribution d'un document, tel que le « Passeport STOP MGF » sur lequel figure les sceaux des SPF Justice, Affaires étrangères et Santé ;
- le **rappel des conséquences sur la santé de l'enfant** ;
- la **signature d'un engagement sur l'honneur**. A défaut d'avoir une va-

leur juridique, la signature d'un tel engagement est revêtue d'un caractère hautement symbolique et constituerait une pression concrète sur les parents pour protéger leurs enfants. Attention, pour certaines cultures la valeur donnée à la « parole » est extrêmement importante, de sorte que certains parents pourraient considérer que la signature d'un tel document constitue une humiliation. Il faudra donc être attentif à la manière d'interpréter un refus éventuel ;

- l'obtention de l'accord des parents de soumettre leur fille à un **examen médical avant et au retour du voyage**. Il faudra informer le médecin pour qu'il s'assure de l'identité de l'enfant. En effet, des cas « d'échanges » d'enfants ayant déjà été observés dans ce cadre, il devra vérifier que l'enfant examinée soit bien l'enfant concernée ;
- l'accompagnement des parents dans la mise en place de **mesures pour protéger l'enfant à l'étranger**, à savoir réfléchir avec les parents sur les modalités pratiques à mettre en place pour éviter que l'enfant ne soit excisée à leur insu ou qu'ils puissent résister à la pression familiale et communautaire. Dans ce cadre, la brochure du GAMS Belgique intitulée « Pas d'excision pour ma fille » peut être distribuée ;
- l'accord des parents pour qu'ils participent à des **entretiens de sensibilisation ou groupes de discussion** sur les effets néfastes de la pratique de l'excision, notamment dans le cadre des activités organisées par les associations spécialisées telles que le GAMS-Belgique ou le Collectif liégeois contre les MGF ;
- la **collaboration avec des services tels que l'ONE, les équipes PSE, PMS, SOS enfants** pour assurer une protection de l'enfant à moyen et à long terme.

Il faut effectivement être attentif à ce que la **protection de l'enfant soit assurée à moyen et à long terme**. Ce n'est pas parce

qu'on a pu éviter une fois qu'une enfant ne soit excisée qu'elle ne sera pas sujette à la pratique quelques mois, voire quelques années plus tard. Il est donc essentiel de prévoir le suivi de l'enfant et de la famille à plus long terme. Le SAJ pourrait, dans le cadre de ses compétences lui permettant d'instaurer une aide spécialisée mandatée dans le milieu de vie²⁹, confier la mission aux différents acteurs de première ligne en contact avec la fillette en danger (ONE, PSE/PMS,...) d'assurer un suivi médical ou psycho-éducatif ou encore de lui accorder une attention particulière pendant un laps de temps déterminé³⁰, tout en tenant compte des limites du décret, et de lui en faire rapport.

Le SAJ (le conseiller) peut également demander l'intervention des équipes SOS enfants.

L'intervention du conseiller se limite à l'aide volontaire. De ce fait, si aucun accord ne peut être trouvé avec les personnes intéressées, aucune mesure ne pourra être prise par le conseiller. S'il estime que la fillette court le risque d'être excisée et qu'aucun accord n'est intervenu, le conseiller devra informer le parquet.

D- L'intervention judiciaire

1° Le Procureur du Roi

Le parquet joue un rôle essentiel dans l'orientation des affaires.

Dans le cadre de l'urgence, à savoir lorsque l'intégrité physique et psychique de l'enfant est exposée directement et actuellement à un péril grave, seules des me-

sures de placement³¹ de l'enfant sont prévues par le 4 mars décret du 1991 relatif à l'aide à la jeunesse ou par l'ordonnance bruxelloise du 29 avril 2004 relatif à l'aide à la jeunesse.

Or, dans ce cadre, le placement n'apparaît pas toujours la mesure la plus adaptée. En effet, ce n'est pas la relation entre les parents et l'enfant qui est problématique, mais bien la conviction que l'un ou les deux parents désirent soumettre l'enfant à cette pratique coutumière, la plupart du temps en organisant un voyage à l'étranger.

A l'initiative des professionnels, d'un parent ou de toute autre personne, le parquet a la possibilité de :

a. Ouvrir une « information » (enquête) pour évaluer le risque d'excision (infraction à l'article 409 CP)

Dans ce cadre, les services de police mandatés devront être suffisamment formés pour aborder la question des MGF avec les parents et éventuellement les enfants. A cette occasion, il est certainement utile de rappeler au(x) parent(s) l'interdiction de la pratique des MGF et les conséquences en cas de non-respect de la loi.

A cette occasion, pour éviter un départ à l'étranger en vue d'exciser une enfant, le parquet pourrait évaluer l'opportunité de pratiquer une saisie conservatoire des passeports de la famille.

Le Parquet peut également estimer opportun d'assurer un certain suivi, par exemple, en faisant convoquer la famille à intervalle régulier durant un certain temps.

²⁹ Art. 36, §6 du décret du 4 mars 1991 relatif à l'aide à la jeunesse, M.B. 12 juin 1991.

³⁰ Etudes réalisée par le SDJ Namur à la demande de l'asbl INTACT « La protection des victimes potentielles de mutilations génitales féminines en droit belge au regard des droits fondamentaux, C. Janssen et K. Wintgens, juin 2011 (disponible sur le site www.intact-association.org).

³¹ Article 39 du Décret du 4 mars 1991 relatif à l'aide à la jeunesse, MB. 12 juin 1991 et article 9 de l'ordonnance du 29 avril 2004 de la Commission communautaire commune de la Région de Bruxelles-Capitale, M.B. 1^{er} juin 2004.

b. Saisir un juge d'instruction afin de :

- désigner un médecin légiste qui pourrait réaliser un examen médical de l'enfant dans le cadre d'une suspicion de MGF, à condition que celui-ci soit suffisamment formé pour détecter une MGF. S'agissant d'une mesure très intrusive, il faudrait une présomption très forte d'excision déjà pratiquée ;
- effectuer une perquisition ;
- procéder à une arrestation éventuellement.

c. Effectuer un signalement à la frontière

Le parquet pourrait prendre une mesure préventive visant à éviter que l'enfant ne soit soumis à une excision à l'occasion d'un voyage à l'étranger. En l'espèce, le parquet pourrait empêcher le parent de quitter le territoire belge ou schengen avec l'enfant. Une des possibilités serait que le parquet (section jeunesse) effectue un signalement BNG (banque de données nationale). Cette mesure semble être d'application par certains parquets pour les cas de rapt parentaux.

Cependant, cette mesure de protection peut avoir des limites. En effet, il peut être aisé de quitter l'Europe à partir de l'aéroport d'une autre ville européenne. Cette mesure ne protège pas non plus l'enfant des risques d'excision dans un autre pays européen.

d. Saisir le président du Tribunal de 1^{ère} instance dans le cadre d'un référé civil sur base de l'article 584 du code judiciaire

En cas d'urgence, le Président du tribunal de première instance peut être saisi par le procureur du Roi d'une demande relative à la protection d'une fillette en danger d'excision. Le président du Tribunal de 1^{ère} instance pourra alors prendre des mesures

alternatives au placement telles que par ex. interdire que l'enfant ne quitte le territoire, exiger la réalisation d'un examen médical avant et après le voyage,... (voir infra).

Le recours à cette procédure présenterait cependant quelques limites. Il semblerait que malgré la faculté prévue par la loi, les parquets n'utilisent jamais cette possibilité. Outre certains aspects de procédure avec lesquels les magistrats sont moins familiarisés, la décision ne s'appliquerait qu'aux parents ou personne citées. La protection de l'enfant ne serait pas totale puisque d'autres personnes pourraient emmener l'enfant à l'étranger.

e. Saisir le juge de la jeunesse siégeant en matière civile³²

Le parquet pourrait également saisir le juge de la jeunesse afin qu'il prenne toute mesure relative à l'autorité parentale (voir infra). On pourrait effectivement envisager que le fait de quitter le territoire afin de faire exciser son enfant constitue un exercice abusif de l'autorité parentale qui nécessiterait un recours à la procédure urgente et en référé sur base de l'article 387bis du code civil. Dans ce cadre, le juge de la jeunesse pourrait prononcer une interdiction de quitter le territoire.

f. Renvoyer la situation au Conseiller de l'aide à la jeunesse

En l'absence d'urgence, le conseiller évaluera l'état de danger et/ou de difficultés ainsi que la possibilité de mettre en œuvre les mesures protectionnelles dans le cadre de l'aide consentie. Si le conseiller estime l'enfant en danger et constate la non collaboration des parents ou de l'enfant de plus de 14 ans, il en informe le Parquet et

³² Sur la base de l'article 387bis du Code civil, qui régit les modifications de l'exercice de l'autorité parentale. L'action pourrait être initiée par les parents, le parquet ou toute autre personne pouvant agir dans l'intérêt de l'enfant (grands-parents, etc.).

demande la saisine du Tribunal de la Jeunesse sur base de l'article 38 du décret et de l'article 8 de l'ordonnance.

- g. En cas d'urgence, saisir le juge de la jeunesse en vue d'un placement de l'enfant sur base des articles 39 du décret et 9 de l'ordonnance bruxelloise.*

2° Le juge de la jeunesse

Quand la conviction que le risque d'excision persiste pour une enfant et/ou pour ses sœurs et alors que le SAJ n'a pu aboutir à la mise en place de mesures consenties, le procureur du Roi peut saisir le tribunal de la jeunesse pour contraindre les parents à respecter des mesures visant la protection de l'enfant. Nous sommes dans le cadre de l'aide contrainte. Les mesures de protection seront différentes selon qu'il y a urgence ou non.

a. Risque d'excision imminent

En cas d'urgence, lorsque l'intégrité physique ou psychique de l'enfant est **actuellement et gravement menacée** et lorsqu'il est démontré que l'intérêt du jeune ne permet pas d'attendre l'organisation et la mise en œuvre de l'aide volontaire (ex : départ imminent à l'étranger), le tribunal de la jeunesse, saisi sur base de l'article 39 du décret³³ ou 9 de l'ordonnance³⁴, n'a pas d'autres mesures à sa disposition que de **placer l'enfant en danger**. En Communauté française le placement est prévu pour une période de 14 jours maximum avec une prolongation possible de 60 jours, alors qu'en Région de Bruxelles-Capitale, le placement pourra être de 30 jours, renouvelable une fois.

Dans le cas de craintes d'excision en cas de retour dans le pays d'origine, **cette hypothèse devra être évitée**, sauf cas extrêmes, dans la mesure où, en principe, l'enfant n'est pas particulièrement en danger s'il reste dans sa famille sur le territoire belge. La saisine du président du Tribunal de 1^{ère} instance siégeant en référé devra être privilégiée.

b. Environnement familial détecté « à risque » - absence d'urgence

En l'absence d'urgence, dans les cas où aucun accord ne peut être trouvé avec les parents pour assurer le suivi d'un enfant que l'on estime à risque d'excision, le tribunal de la jeunesse, saisi par le parquet, pourra prendre des dispositions dans le cadre de l'aide contrainte après avoir statué sur l'existence d'un danger grave et actuel.

Nous ne nous attarderons pas sur les spécificités procédurales existantes en Communauté française³⁵ et à Bruxelles³⁶ et nous bornerons à rappeler que la mise en œuvre de la mesure est assurée par le directeur de l'aide à la jeunesse (SPJ) en Communauté française et par le juge lui-même en Région de Bruxelles-capitale. Dans les deux entités, les mesures pourraient notamment prendre la forme d'un suivi médical régulier destiné à vérifier l'intégrité de l'enfant par un service médical de l'ONE, du PSE ou par un pédiatre. Par ailleurs, un suivi éducatif pourrait également être envisagé afin d'engager un travail de sensibilisation des parents à long terme notamment par un service de médiation interculturelle ou un service de santé mentale ou un Centre d'Orientation éducative (COE) ou encore un service spécialisé en matière de MGF.

³³ Décret de la communauté française relatif à l'aide à la jeunesse du 4 mars 1991, *M.B.*, 12 juin 1991.

³⁴ Ordonnance du 29 avril 2004 de la Commission communautaire de la Région de Bruxelles-Capitale relative à l'aide à la jeunesse, *M.B.*, 1 juin 2004.

³⁵ Art. 38 du décret du 4 mars 1991, *op.cit*

³⁶ Art. 8 et 10 ordonnance du 29 avril 2004, *op.cit*.

3° Le président du Tribunal de 1ère instance dans le cadre du référé civil³⁷

Le président du Tribunal de 1ère instance, saisi par le procureur du Roi ou par un des parents, pourrait prendre, dans ce cadre, des mesures alternatives au placement telles que par ex. interdire que l'enfant quitte le territoire, exiger la réalisation d'un examen médical avant et après le voyage. Il faut pour cela que le juge constate un risque sérieux d'excision. La preuve est difficile à apporter : ainsi, le fait qu'un parent soit originaire d'une région ou d'une ethnie où la prévalence des mutilations est élevée ne devrait pas nécessairement suffire à justifier une telle restriction s'il n'y a pas d'autres signaux d'alerte justifiés notamment par le contexte familial ou par d'autres preuves tels que des lettres, des mails, des témoignages sérieux,...

a. L'interdiction de quitter le territoire

Cette mesure interdit aux parents de quitter le territoire en compagnie de l'enfant. L'interdiction de voyager concerne donc uniquement l'enfant et ne restreint pas la liberté de circuler des parents.

Une difficulté importante peut être rencontrée dans le cadre de la mise en œuvre effective de cette décision puisque nous ne pourrions pas compter sur les parents dans ce cadre. Une solution partielle à cette difficulté pourrait dès lors être le signalement, dans le système d'information Schengen (SIS), de l'enfant interdit de déplacement(s) à l'étranger. Ce signalement relèverait de la compétence du parquet. Par ailleurs, on pourrait envisager de faire mention de l'interdiction de quitter le territoire sur les papiers de l'enfant et/ou de ses parents. Cette mesure de sécurité supplémentaire serait, elle aussi, à charge du parquet.

³⁷ Art. 584 Code judiciaire

Le juge pourrait assortir le non-respect de cette interdiction d'une astreinte (art. 1385bis code judiciaire).

b. Refus de délivrance ou retrait du passeport ou des documents d'identité pour une durée déterminée³⁸

L'arrêté royal du 25 mars 2003 prévoit le port obligatoire des documents d'identité des enfants de plus de 15 ans³⁹. Seuls les documents d'identité des enfants de moins de 15 ans et les passeports des mineurs peuvent donc être retirés. S'il existe un risque de MGF lors d'un retour dans le pays d'origine, seule la remise des documents à une entité neutre est envisageable (juge, police, etc.). La remise des documents à l'autre parent ne serait envisageable que si l'un d'eux uniquement a introduit la demande craignant que son conjoint ne fasse exciser l'enfant en cas de départ à l'étranger. De plus, la notification de la décision aux autorités compétentes en matière de délivrance de passeport est préférable, de manière à ce que la famille n'ait pas accès à des duplicatas.

En parallèle à ces mesures prises dans l'urgence, des mesures protectionnelles au fond devraient pouvoir être prises.

³⁸ C. Janssen et K. Wintgens, « La protection des victimes potentielles de MGF en droit belge au regard des droits fondamentaux », JDJ n° 314, avril 2012

³⁹ AR du 25 mars 2003 relatif aux cartes d'identités, art. 1^{er}, M.B., 25 mars 2003.

VI - Les critères d'évaluation du risque, la détermination d'une échelle de risque

L'évaluation du risque d'excision n'est pas une tâche facile : à la différence d'autres formes de maltraitance (coups, négligences, abus sexuels...) la difficulté réside dans le fait qu'il n'y a généralement pas de signe apparent.

Puisqu'il s'agit d'un sujet qu'on ne discute pas en famille et d'une infraction en Belgique, l'enfant ne sera, bien souvent, pas informée de ce qui risque de lui arriver. Les parents, en faisant exciser leur fille, estiment faire le bon choix dans le respect de la tradition. Une autre difficulté à détecter le risque de MGF vient du fait qu'il s'agit d'un acte unique qui, *a priori*, ne se reproduira pas sur l'enfant (sauf en cas de risque de ré-excision). Il est donc crucial pour les professionnels d'être attentifs aux premiers signaux d'alerte afin de prévenir la maltraitance à temps. Le travail de prévention avec la famille doit commencer idéalement au cours de la grossesse des femmes excisées.

Aux Pays-Bas, une étude⁴⁰ a été réalisée pour aider les professionnels dans cette tâche difficile. Cette étude identifie les facteurs de risque d'une MGF et établit une échelle de risque. Pour ces propositions de lignes directrices, nous sommes repartis des critères de risque développés dans le protocole hollandais et l'avons adapté en nous appuyant sur les résultats de la recherche-action sur les signalements menée par le réseau des SC-MGF et sur le contexte belge.

Les indicateurs de risque seront collectés par les professionnels sur base de critères objectifs. Il est important d'objectiver au maximum les critères d'évaluation d'un risque pour éviter que les différents acteurs de prévention ne tombent dans des

interprétations subjectives ou stigmatisantes.

Les informations relatives aux critères de risque de MGF ne sont toutefois pas faciles à collecter ou à vérifier. Elles peuvent être obtenues par le biais d'une ou de plusieurs entrevues avec la famille de l'enfant/les proches durant lesquelles le professionnel tente de répondre aux questions permettant d'évaluer un éventuel risque de MGF (voir ci-dessous). La discussion avec la famille doit être menée de manière à favoriser la confiance mutuelle avec les parents et éviter d'obtenir des réponses « socialement correctes ». Il est important de ne pas sur-questionner les parents sur ce sujet pour éviter que ne s'installe une résistance ou un rejet d'aborder la question des MGF. Des formations pour mieux appréhender la problématique des MGF et le contexte socio-culturel, ainsi que l'apprentissage de techniques de conversation faciliteront le travail des professionnels auprès des familles pour évaluer correctement les situations à risque.

Il n'est pas toujours facile d'obtenir des réponses à tous les éléments de l'échelle de risque, mais il faut essayer d'en récolter le maximum pour être le plus objectif possible. Le projet pilote aux Pays-Bas a démontré que le risque avait souvent été qualifié d'absent alors que beaucoup d'éléments restaient inconnus pour pouvoir considérer l'absence de risque de manière fondée.

Enfin, si la communication est limitée ou impossible en raison de la barrière de la langue, le soutien d'un médiateur interculturel/interprète sensibilisé au préalable sur la question des MGF est recommandé.

Les facteurs de risque

Lors d'un entretien avec les parents ou l'enfant, différentes questions peuvent

⁴⁰ F.I.M. Pijpers | M. Exterkate | M. de Jager, Etude réalisée à la demande du Ministère de la Santé publique et des Sports, Point de vue Prévention des Mutilations génitales féminines (MGF) par les services de santé pour la jeunesse, 2010.

être posées afin d'évaluer l'existence et l'importance d'un risque. Elles peuvent être abordées au fur et à mesure des rencontres.

Les critères permettant d'évaluer le risque de MGF sont les suivants :

- **La mère provient-elle d'un pays et/ou d'une ethnie qui pratique(nt) les MGF ?**⁴¹ L'ethnie est l'indicateur le plus objectif. Si la pratique de l'excision peut être ancrée et séculaire pour certaines ethnies, elle n'a jamais été pratiquée dans d'autres. Dans les pays à forte prévalence (où plus de 90% des femmes sont excisées) comme la Somalie ou la Guinée le pays d'origine reste une bonne indication mais dans les pays à prévalence plus faible comme le Niger (2,2%) ou le Togo (3,9%), la connaissance de l'ethnie est essentielle.
- **Le père provient-il d'un pays et/ou d'une ethnie qui pratique(nt) les MGF?**
- **La mère de la fille est-elle excisée ?** Cette information pourra éventuellement être obtenue via la transmission des informations de l'équipe de la maternité ou pourra provenir de l'anamnèse.
- **La(es) sœur(s) est/sont-elles excisée(s)?** Cette information pourra éventuellement provenir de l'ONE, des dossiers PSE des sœurs, d'un pédiatre ou d'un médecin traitant,...
- **Le conjoint et les membres directs de la famille sont-ils favorables à l'excision?** La position de la famille par rapport à l'excision peut être évaluée lors d'un entretien avec la famille (non seulement le langage, mais également les attitudes et réactions des parents quand le sujet est abordé par le professionnel sont importantes).
- **Existe-t-il une pression de l'environnement ?** A savoir, évaluer le niveau de pression de la communauté ou de la famille en Belgique ou à l'étranger.

⁴¹ Une carte sur la prévalence des MGF dans les différents pays du monde est disponible auprès des associations spécialisées (voir annexe 4).

- **Y'a-t-il des visites régulières (de la famille) à l'étranger et plus particulièrement dans le pays d'origine ?** Des pressions familiales et de la part de la communauté peuvent être exercées sur les parents pour faire exciser les filles lors d'un séjour à l'étranger. Un voyage en avion vers le pays d'origine reste un coût important pour les familles. Un départ avec seulement les filles de la famille et pas les garçons doit faire suspecter fortement la préparation d'une excision.
- **La famille est peu ou mal « intégrée en Belgique »** (depuis combien de temps les parents résident en Belgique? Parlent-ils le français ou le néerlandais? Ont-ils peu ou pas de contacts sociaux (voisins, amis,...) ? Travaillent-ils ?⁴²
- **Y'a-t-il d'autres éléments de nature à confirmer le risque ?** (par exemple les déclarations d'un parent de respecter cette coutume, les témoignages de l'entourage ou de l'enfant elle-même qui a entendu que quelque chose se prépare et qui se confie à une tierce personne,...).

Inversement, il existe aussi des **signes rassurants** :

- Femme qui revient avec son mari à la deuxième consultation afin d'en parler ouvertement avec le professionnel ;
- Parents qui acceptent de signer l'engagement sur l'honneur avant un voyage au pays d'origine et qui prennent rendez-vous pour faire examiner l'enfant avant et après le séjour ;
- Parents qui demandent aux professionnels de renforcer leur capacité à

⁴² Des recherches menées en Suède ou en Allemagne ont pu mesurer les degrés variables d'intégration des communautés dans le pays d'accueil. Certaines communautés arrivées à une période économique plus favorable, ayant trouvé un travail et étant bien intégrées dans le tissu social sont plus enclines à arrêter la pratique que des communautés moins intégrées.

résister à la pression familiale (en demandant les textes de loi, en demandant le contact d'associations sur place, ...) ;⁴³

- Un des parents est engagé dans une association de lutte contre les mutilations génitales féminines ;
- Famille qui ne compte pas voyager ou qui va voyager sans les enfants.

Suite à l'entretien, le professionnel répond à chacune des questions par oui, non ou inconnu. Il peut tenter d'obtenir une réponse à ces questions en se mettant en contact avec d'autres professionnels en contacts avec la famille. Il peut éventuellement proposer une nouvelle rencontre avec les parents au cas où des éléments nécessaires à l'évaluation du risque restent inconnus.

Le risque augmente en fonction du nombre de facteurs de risque existants. Par exemple, le fait que les sœurs aînées sont déjà excisées est particulièrement inquiétant.

En outre, le professionnel devra garder à l'esprit que la pratique de l'excision évolue en fonction de l'origine sociale, culturelle, religieuse et des opinions propres à la famille. Les conditions de migration peuvent également modifier la perception de la famille par rapport à l'excision (le besoin de rattachement à l'appartenance culturelle peut être renforcé ou diminué). Par exemple, si dans le pays d'origine, l'excision est généralement pratiquée sur les fillettes âgées entre 5 et 10 ans, cela ne signifie pas automatiquement que

l'enfant ne court aucun risque en Belgique entre 0 et 5 ans.

Les critères de risque ci-dessus valent également pour les enfants nées de mariages/couples mixtes (un parent belge et un parent originaire d'un pays/ethnie où on pratique les MGF). Les parents ne connaissent pas nécessairement les opinions respectives du conjoint au sujet des MGF.

Il existe également des indicateurs permettant de dissiper le doute d'un risque possible (voir signes rassurant plus haut). Certains parents après des explications et discussions avec des animatrices communautaires lors de consultations ONE ont finalement décidé de ne pas partir au pays avec leur fille jugeant qu'ils n'avaient pas les moyens de la protéger de l'excision une fois sur place dans leur famille. Choisir de rester en Belgique peut aussi être un choix éclairé pour des parents qui ne veulent pas prendre de risque pour leurs filles.

Evaluation de la situation sur base d'une échelle à 5 niveaux

Une fois les facteurs de risque relevés, le professionnel doit pouvoir les placer sur une échelle pour lui permettre d'évaluer l'urgence de la situation et assurer une protection adéquate de l'enfant.

Une fois de plus, nous nous sommes basés sur le protocole hollandais qui prévoit une échelle d'évaluation de la situation sur cinq niveaux :

Niveau 1 : Pas de risque à l'heure actuelle : la fille ne court pas de risque d'être excisée au moment de l'évaluation du risque mais être toujours vigilant en cas de changement dans la cellule familiale (décès de la personne qui protège l'enfant, remariage d'un des parents,...)

Niveau 2 : Risque possible/réel mais pas imminent : la fille court un risque possible d'être excisée, mais si le risque existe, il n'est pas imminent.

⁴³ Parfois les parents ne veulent pas manquer de loyauté envers leurs familles restées au pays et n'osent pas affronter publiquement leur famille par rapport à l'excision. Ils vont donc demander aux professionnels de les aider à mettre en place une stratégie de protection des filles qui ne les mettent pas en danger (exemple : trouver une raison médicale pour que l'enfant ne voyage pas au pays ou faire comme si l'excision avait déjà eu lieu en faisant une fête pour la petite fille et en envoyant les photos au pays, comme ça la famille sur place est rassurée et laisse les parents tranquilles).

Niveau 3 : Risque réel et imminent: la fille court en ce moment un risque réel d'être excisée, il existe des signaux inquiétants (détectés lors d'un entretien ou provenant d'un tiers) qui laissent présager une excision imminente.

Niveau 4 : Suspicion de MGF pratiquée : certains signaux (détectés à l'entretien ou provenant de tiers) laissent entendre que la fille est excisée.

Niveau 5 : MGF constatée : Un médecin ou service de santé a constaté qu'une MGF a été pratiquée sur une enfant. Il convient de l'indiquer dans le dossier médical et d'assurer une prise en charge (médicale, psychologique) de l'enfant. Dans ce cadre, il faut s'interroger sur la nécessité de protéger les éventuelles sœurs encore intactes et sur la nécessité de déposer une plainte sur base de l'article 409 du Code pénal.

La consignation de tous les facteurs de risque et d'évaluation du risque par un intervenant à un moment donné est indispensable pour assurer la protection de l'enfant. Ces informations devront être transmises aux services de santé qui suivront l'enfant (équipes ONE, médecins scolaires, médecin de famille).

Ces informations seront consignées, même en l'absence de risque, un risque pouvant toujours survenir ultérieurement pour l'enfant.

Au cas où l'on ne dispose pas d'assez d'éléments pour considérer qu'un risque de MGF existe ou non, **le risque reste in-**

connu. Dans ce cas, des informations sur les facteurs objectifs de risque devront encore être récoltées (p. ex. lors d'un (nouveau) entretien avec la famille).

Un risque est considéré comme possible en présence des facteurs de risque 1 et 2, c'est-à-dire lorsque les parents de l'enfant proviennent d'un pays ou plus précisément d'une ethnie qui pratique l'excision. C'est également le cas pour les enfants issus de parents 'mixtes' dont un des parents est originaire d'un pays/ethnie qui pratique les MGF. Lors d'un séjour dans le pays du parent où les MGF sont de coutume, le risque de MGF pour l'enfant est toujours possible.

Les critères 3 et 4, c'est-à-dire lorsque la mère ou les sœurs de l'enfant ont été excisées, sont des **facteurs de risque élevés**. L'excision d'une sœur aînée est un risque plus élevé que l'excision de la mère : cela veut dire que les parents n'ont pas su résister à la pression sociale et ont déjà excisé leur(s) fille(s) aînée(s). Par contre, on peut être une mère excisée et avoir fui le pays pour protéger sa ou ses filles de l'excision. Certaines mères ont obtenu l'asile sur base de cette crainte d'excision pour leur fille.

Dans les cas où **un risque possible** d'excision ou un risque réel ou une suspicion de MGF avérée **persiste**, celui-ci **doit être signalé** auprès des instances chargées de la protection de l'enfant (SAJ, SOS-enfant, parquet...) afin d'apporter une aide à l'enfant et sa famille (sur ce point, se référer au chapitre IV sur les mesures de prévention et de protection).

VII - Arbre décisionnel général : Mesures de protection sur base de l'échelle de risque

Niveau 1 : Pas de risque :

1. Consignation des éléments dans le dossier médical
 - a. Vigilance relative à une modification du contexte familial

Niveau 2 : Risque possible /pas imminent :

1. Evaluer le risque en équipe/avec le référent MGF désigné. Des moyens d'actions peuvent être envisagés à ce stade avec le soutien d'un animateur communautaire.
2. Au besoin, contacter INTACT asbl pour des conseils relatifs aux mesures de protection. L'organisation d'une réunion multidisciplinaire est possible.
3. Relais vers des services de 1ère ligne ou SOS enfants, éventuellement avec le soutien d'un animateur communautaire.
4. Demande d'intervention du SAJ dans le cadre de l'aide volontaire
 - a. Mesures de sensibilisation des parents
 - b. Suivi attentif des ONE, PSE, médecin traitants,...
 - c. Suivi jusqu'à ce que l'évaluation du risque soit retombée
5. Saisine du juge de la jeunesse (art. 38 décret 91)
 - a. Mesures de sensibilisation des parents
 - b. Suivi attentif des ONE, PSE, médecin traitants,...

Niveau 3 : Risque réel/imminent :

1. **Signalement systématique au SAJ**
2. **Signalement au parquet** qui saisira si nécessaire le juge de la jeunesse en cas de risque en Belgique (mesure de placement possible). Cependant, en

cas de risque à l'étranger, le parquet pourra saisir le Tribunal de 1ère instance (référé - 584CJ) qui pourra prendre une mesure d'interdiction de quitter le territoire ou de refus de délivrance ou retrait des passeports.

Niveau 4 : Suspicion d'excision :

1. S'assurer du bon diagnostic (examen médical et dialogue avec la famille)
2. En fonction du constat, suivre à nouveau le schéma (excision constatée ou pas, risque ou pas)

Niveau 5 : Excision constatée :

1. S'assurer du bon diagnostic (examen médical complémentaire par un spécialiste ?)
2. Evaluer, en équipe et/ou avec le référent MGF les mesures de protection à envisager, éventuellement avec l'aide de tiers :
 - a. Nécessité de soins (physique et psy)
 - b. Dialogue avec la famille, éventuellement en présence d'un médiateur interculturel. A cette occasion, envisager :
 - i. Rappel de l'interdiction pénale et des conséquences en cas de non-respect.
 - ii. Explication des effets néfastes sur la santé.
 - c. Examiner la nécessité de protection d'autres petites filles telles les sœurs nées ou à naître ou autre fillettes de la Communauté. Des actions pourraient être envisagées avec le soutien de SOS enfants ou du SAJ, en fonction de la situation.
 - d. Envisager l'opportunité d'assurer un suivi de la famille à moyen et à long terme.
3. Envisager la levée du secret professionnel et un dépôt de plainte sur base de l'art. 409 CP.

VIII - Annexes

Annexe 1.

Comité d'écriture et de relecture

Comité d'écriture (dans l'ordre alphabétique):

- Chevalier Charlotte, juriste, Asbl INTACT
- Legros Thérèse, juriste, coordinatrice de L'asbl INTACT
- Richard Fabienne, sage-Femme, coordinatrice du GAMS Belgique

Comité de relecture (dans l'ordre alphabétique) :

- Coppée Stéphanie, socio-anthropologue du Collectif Liégeois contre les MGF, Liège
- De Brouwere Marie, coordinatrice des stratégies concertées MGF
- de Crombrugghe Laetitia, médecin PSE de la Ville de Bruxelles
- Delhaxhe Marylène, médecin, Conseillère Pédiatre, ONE, Liège
- Donnet André, juge de la jeunesse de Nivelles
- Flamand Christine, juriste à l'asbl INTACT
- Goetghebueur Tessa, médecin, Conseillère Pédiatre, ONE, Bruxelles
- Guilbau Cécile, criminologue de parquet, Nivelles
- Jacques Chloé, juriste au Parquet de Bruxelles (section jeunesse)
- Jaspis Patricia, juge au Tribunal de 1ère instance de Nivelles
- Kaizer Michel, avocat, Cabinet Altea
- Loudes Christine, juriste, coordinatrice de la campagne européenne END FGM
- Morren Christine, coordinatrice Accompagnement, ONE, Liège
- Neyrinck Pascale, sage-femme, coordinatrice de projet Mère-Enfant, Hôpital Ixelles Sud (HIS), Bruxelles
- Papazoglou Julie, conseillère, cellule aide à la jeunesse, Cabinet d'Evelyne Huytebroeck, Ministre de l'aide à la jeunesse, de la jeunesse et de l'aide aux personnes
- Renard Anne-Marie, conseillère adjointe, SAJ de Bruxelles
- Thonon Marie, conseillère, cellule aide à la jeunesse, Cabinet d'Evelyne Huytebroeck, Ministre de l'aide à la jeunesse, de la jeunesse et de l'aide aux personnes
- Topic Jasmina, travailleuse médico-social de l'ONE, Liège
- Van der Straeten Karin, collaboratrice du Délégué général aux droits de l'enfant
- Verbrouck Céline, avocate au Cabinet Altea et présidente de l'asbl INTACT
- Wolf Sophie, substitut du Procureur du Roi, Liège

Annexe 2.

Etudes sur les MGF menées en Belgique

Classement par ordre alphabétique :

DE BROUWERE M., RICHARD F., DIELEMAN M. (2013), Recherche-action sur des signalements de MGF en Belgique. Enquête conduite au sein des associations belges spécialisées (GAMS Belgique, INTACT, Collectif Liégeois MGF), Bruxelles, Ed. GAMS Belgique.

DIELEMAN M. (2010), Excision et Migration en Belgique francophone, Rapport de recherche de l'Observatoire du sida et des sexualités pour le GAMS Belgique, Bruxelles.

DUBOURG D. & RICHARD F. (2010), Étude de prévalence des femmes excisées et des filles à risque d'excision en Belgique, Bruxelles, Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement.

JANSSEN C. & WINTGENS K. (2011), La protection des victimes potentielles de mutilations génitales féminines en droit belge au regard des droits fondamentaux, Etude réalisée par le Service Droit des Jeunes-Namur.

KAISER M. & S. BEN MASSOUD (2011), Etude relative aux obstacles juridiques au dépistage des MGF dans le cadre scolaire - Proposition et recommandation sur la faisabilité d'un moyen de prévention de MGF dans le cadre scolaire ou du suivi par l'ONE, Etude commanditée par INTACT auprès du Cabinet d'avocats Xirius, Bruxelles.

LEYE E. & DEBLONDE J. (2004), La législation belge en matière de Mutilations Génitales Féminines et l'application de la loi en Belgique, International Centre for Reproductive Health (ICRH), Publication n° 9.

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

NERAUDAU E. & V. VAN DER PLANCKE, 2011, Pratique du CGRA en cas de reconnaissance du statut de réfugié sur la base du risque de mutilations génitales féminines : contrôle médical annuel et sanctions éventuelles, Etude commanditée par l'asbl INTACT, Bruxelles.

Annexe 3.

Protocole de prise en charge des MGF dans la maternité d'Ixelles

PROTOCOLE de prise en charge des MGF

1^{ère} CPN par SF ou gynéco

- Anamnèse tenant compte des origines (carte d'Afrique)
- Examen médical organes génitaux externes approfondi



Identification du type de MGF (outil GAMS)

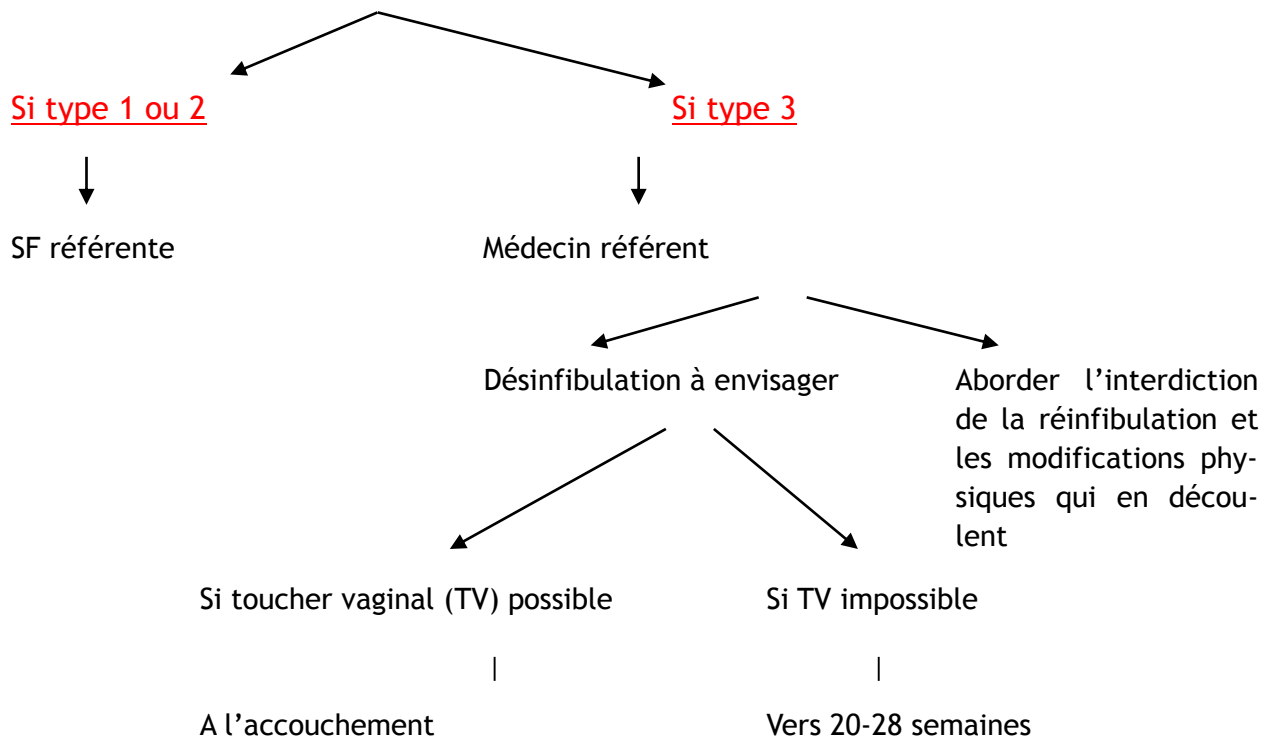
- Informer la patiente (dessins) + aspects santé
- Rappel de l'interdiction (loi)



Inscription dans le dossier médical informatisé

+ Référer

! double plage horaire pour le prochain RV + signaler MGF comme justificatif :



Dans tous les cas :

- Suivi particulier : anémie, inf. urinaire, prise de poids insuffisante, refus vit., peur des instruments, de la douleur...
- Solliciter conseils et/ou orienter la patiente vers organismes spécialisés : GAMS/INTACT (coordonnées au verso) pour préparation à la naissance, info...
- Signalement de la patiente au quartier accouchement : enregistrement étude SPF/St Pierre comme grossesse à risque
- Evaluer risque réinfibulation : consultation postnatale précoce avec gynéco référent pour en discuter avec le mari/la famille et signalement si nécessaire au GAMS
- Evaluer risque potentiel MGF dans l'entourage direct (NN = fille, fratrie) sur base d'une échelle de risques :
 - a. Niveau d'intégration
 - b. Autres membres de la famille excisées
 - c. Retour dans un pays à risque
 - d. Pression sociale et/ou familiale



Si peu de risque :

rester attentif en faisant la liaison avec TMS ONE, TMS quartier, crèche, école...pédiatre.

Ex. médical à la maternité par le pédiatre : rappel aspects santé et interdiction.

Si constat danger réel :

Contacter associations GAMS/INTACT/SAJ (aide consentie)

Liaison avec TMS ONE, TMS quartier, psy, crèche, école ...pédiatre.

Ex. médical à la maternité par le péd : rappel aspects santé et interdiction.

En cas d'urgence absolue :

Signalement au procureur du Roi => juge de la jeunesse peut placer l'enfant ou faire en sorte qu'une interdiction de quitter le territoire soit prononcée

Ou s'adresser ?

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

Rue Gabrielle Petit n°6 à 1080 Molenbeek Tél.: 02/219 43 40

www.gams.be E-mail: info@gams.be

Personne de contact: Annalisa d'Aguanno

INTACT asbl : Tél.: 02/539.02.04

www.intact-association.org E-mail: contact@intact-association.org

Personnes de contact: Thérèse Legros et Christine Flamand

et jeunes femmes victimes ou à risque d'excision

Annexe 4.

Contextualisation de la problématique

Que sont les MGF ?

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit les mutilations génitales féminines comme étant toutes les interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toute autre lésion des organes génitaux féminins pratiquée à des fins non thérapeutiques.⁴⁴

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

Le **type 1** ou clitoridectomie est l'ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du capuchon du clitoris.

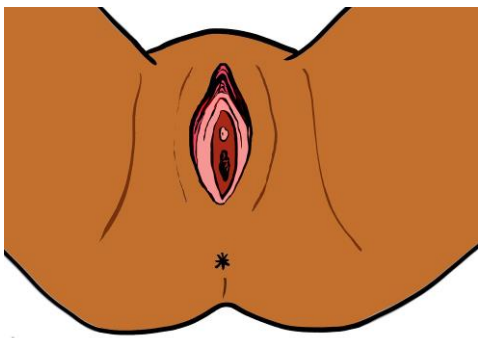
Le **type 2** ou excision concerne l'ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres.

Le **type 3** ou infibulation est le rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par l'ablation et l'accolement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres, avec ou sans excision du clitoris.

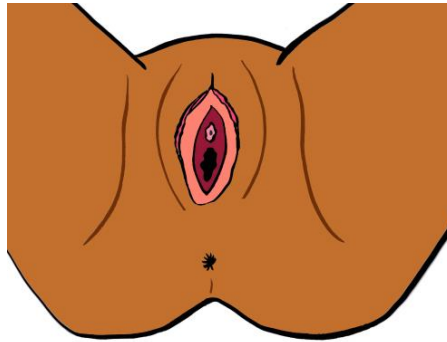
Le **type 4** comprend toutes les autres interventions nocives pratiquées sur les organes génitaux féminins à des fins non thérapeutiques, comme la ponction, le percement, l'incision, la scarification et la cautérisation.

⁴⁴ OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO. Eliminating female genital mutilation. An interagency statement [Online]. World Health Organization; 2008 [cited 2011 Jan 22]. Available from:URL http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596442_eng.pdf

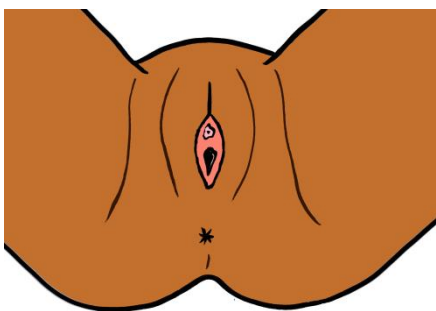
Figure 1 : Les différents types de mutilations génitales féminines



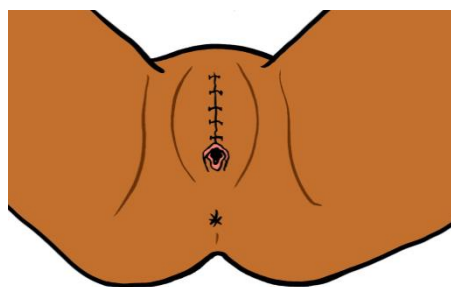
Vulve intacte



Type 1: clitoridectomie



Type 2 : excision



Type 3: infibulation

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

Circoncision et excision

Les mutilations génitales féminines compromettent la santé sexuelle et reproductive de la femme et sont universellement reconnues comme une violation de ses droits fondamentaux. L'excision consiste en l'ablation d'un organe, le clitoris, alors que la circoncision consiste en l'ablation d'un morceau de peau, le prépuce. Ce n'est donc pas comparable au niveau anatomique.

Où sont-elles pratiquées ?

L'UNICEF estime que 100 à 140 millions de filles et de femmes en Afrique ont subi la clitoridectomie, l'excision ou l'infibulation, et qu'au moins trois millions de filles risquent chaque année de subir ces mutilations. La majeure partie des femmes excisées vit en Afrique, où cette tradition persiste dans au moins 28 pays, mais on en trouve également parmi certains groupes d'Amérique Latine, du Moyen-Orient et d'Asie.⁴⁵ La prévalence diffère beaucoup selon les régions, y compris au sein d'un même pays. Le groupe ethnique et la région d'origine en sont des facteurs déterminants. Si la fréquence de l'excision est souvent plus élevée dans les communautés rurales, pauvres et peu instruites, elle peut se retrouver aussi dans de fortes proportions au sein des familles plus aisées et éduquées : les familles résistent difficilement à la pression.

La plupart des pays africains ont ajouté un module sur les MGF à leurs enquêtes nationales démographiques et de santé (EDS), ce qui confère une certaine fiabilité aux données recueillies (carte 1). Une étude nationale récente menée en Irak (MICS 2011)⁴⁶, a montré une prévalence nationale de 8,1% et une prévalence dans la région autonome du Kurdistan (Nord de l'Irak) de 42,8% ce qui était peu connu jusque-là. Dans des pays tels que l'Inde, l'Indonésie, Israël, la Malaisie et les Emirats Arabes Unis, les données proviennent d'études régionales. Il existe également des données ponctuelles concernant des mutilations génitales féminines dans plusieurs autres pays, notamment la Colombie, Oman, l'Arabie Saoudite, l'Iran, le sud du Maroc, le Pérou, le nord de la République Démocratique du Congo et le Sri Lanka.⁴⁷ Au Maroc et en République Démocratique du Congo (RDC), on ne retrouverait l'excision que dans les régions frontalières des pays qui la pratiquent (la Mauritanie pour le Maroc et la République Centrafricaine pour la RDC).

Presque 90 % des cas connus appartiennent aux types 1 ou 2, ou relèvent de manipulations des organes génitaux sans ablation de tissus (type 4). Dans environ 10 % des cas, la mutilation est une infibulation.⁴⁸

⁴⁵ OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO. Eliminating female genital mutilation. An interagency statement [Online]. World Health Organization; 2008 [cited 2011 Jan 22]. Available from: URL http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596442_eng.pdf

⁴⁶ The Central Statistics Organization and the Kurdistan Regional Statistics Office. 2012. Multiple Indicator Cluster Survey 2011, Final Report. Baghdad, Iraq : The Central Statistics Organization and the Kurdistan Regional Statistics Office.

⁴⁷ OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO. Eliminating female genital mutilation. An interagency statement [Online]. World Health Organization; 2008 [cited 2011 Jan 22]. Available from: URL http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596442_eng.pdf

⁴⁸ Yoder PS, Khan S. Numbers of women circumcised in Africa: the production of a total (DHS Working Papers; 39) [Online]. Calverton (USA): Macro International Inc; 2008 [cited 2009 Dec 10]. Available from: URL: <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/WP39/WP39.pdf>

Carte 1. Prévalence des mutilations génitales dans le monde

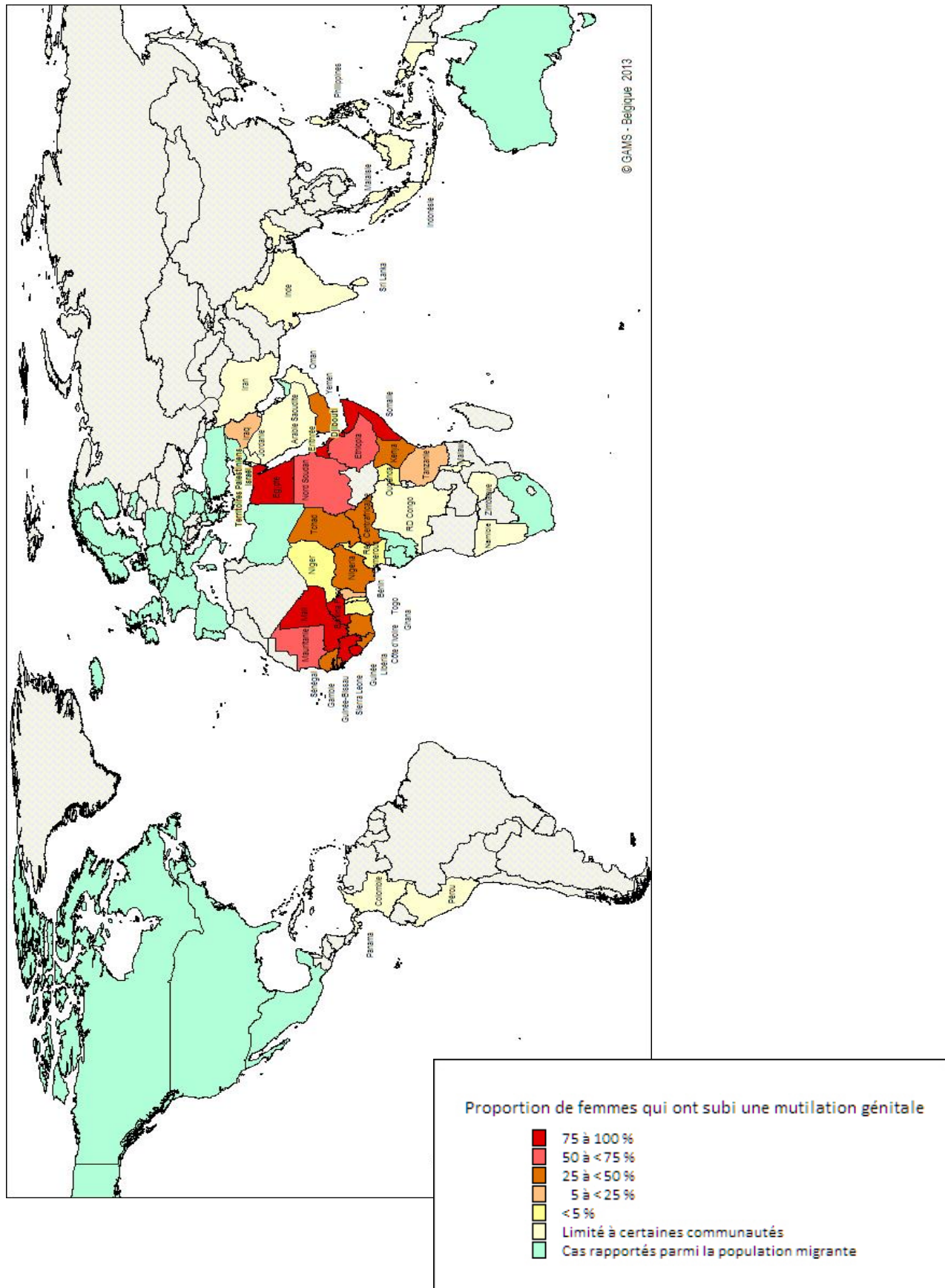


Tableau 1. Taux de prévalence des MGF par pays selon les dernières études DHS et MICS disponibles (femmes de 15-49 ans)

Pays	Prévalence	Source
Bénin	12,9	DHS 2006
Burkina Faso	75,8	DHS 2010-2011
Cameroun	1,4	DHS 2004
Côte d'Ivoire	38,2	MICS 2006
Djibouti	93,1	MICS 2006
Egypte	91,1	DHS 2005
Erithrée	88,7	DHS 2002
Ethiopie	74,3	DHS 2005
Gambie	78,3	MICS 2005/06
Ghana	3,8	MICS 2006
Guinée	95,6	DHS 2005
Guinée-Bissau	44,5	MICS 2006
Iraq	8,1	MICS 2011
Kenya	27,1	DHS 2003
Libéria	45	Yoder & Khan 2008
Mali	85,2	DHS 2006
Mauritanie	72,2	MICS 2007
Niger	2,2	DHS 2006
Nigéria	30	DHS 2008
Nord Soudan	69,4	MICS 2006
Ouganda	1,4	DHS 2006
République centrafricaine	35,9	MICS 2000
Sénégal	25,7	DHS 2010-2011
Sierra Leone	88,3	MICS 2006
Somalie	97,9	MICS 2006
Tanzanie	14,6	DHS 2004/05
Tchad	44,2	DHS 2004
Togo	3,9	MICS 2006
Yémen	38,2	PAPFAM 2003

Pourquoi sont-elles pratiquées ?

La pratique des mutilations génitales féminines est une **violence de genre** enracinée dans les structures sociales, économiques et politiques.

Plusieurs raisons sont invoquées par les populations concernées pour justifier ces pratiques, et maintes combinaisons sont possibles. Les raisons habituellement citées diffèrent selon les pays et les ethnies, mais aussi au sein d'une même ethnie, selon l'âge ou le sexe⁴⁹.

⁴⁹ Gillette-Frenoy I. L'excision et sa présence en France: Etude ethno-sociologique. Paris: GAMS; 1992.

- **Le respect de la coutume ou de la tradition.** C'est la réponse la plus fréquente à la question : pourquoi exciser ? C'est que cela s'est toujours fait, ça se fait, c'est tout. C'est naturel, c'est normal.
- **La cohésion sociale,** l'intégration sociale : pour être comme tout le monde, ne pas être exclue.
- **Le mariage :** une fille non excisée ne trouvera pas de mari. C'est avec le respect de la coutume, une des raisons les plus citées. Certaines filles sont ré-excisées avant le mariage si on s'aperçoit que cela n'a pas été bien fait ou dans le cas des infibulations, si la cicatrice s'est désunie spontanément. Certaines mères reconnaissent les dangers des MGF, mais avouent que le fait de ne pas pouvoir se marier dans leur société est pire que le risque d'avoir des complications suite aux MGF, et que c'est donc le meilleur choix qu'elles puissent faire pour leurs filles.
- **La virginité, la chasteté, la fidélité :** les MGF sont vues comme un moyen de préserver l'honneur de la famille en prévenant tout désir sexuel avant le mariage, pour que la fille reste sage et sérieuse. Dans le cadre de mariages polygames, où le mari ne pourrait peut-être pas satisfaire l'ensemble de ses épouses et où la femme pourrait être frustrée et tentée d'avoir une relation hors mariage, les MGF sont vues comme un moyen de préserver l'honneur du mari.
- **La fécondité :** il existe beaucoup de mythes autour de la fécondité. Ces pratiques sont censées accroître la fécondité et favoriser la survie de l'enfant. Ainsi certaines communautés pensent que le clitoris, s'il n'est pas coupé, atteindra la taille du pénis, ou que le clitoris est un organe dangereux qui pourrait blesser l'homme pendant la pénétration (et le rendre impuissant ou stérile) ou empêcher le bon déroulement de l'accouchement. Plusieurs études ont démontré qu'au contraire l'excision et l'infibulation entraînaient plus de risque de déchirures, d'hémorragie et de mortalité néonatale (travail bloqué en cas d'infibulation).⁵⁰
- **La séduction, la beauté :** en particulier dans les ethnies qui pratiquent l'infibulation, un sexe ouvert, béant est considéré comme laid. Un sexe cousu, fermé, épilé est perçu comme plus hygiénique et il est censé rendre la femme plus attrayante.
- **La pureté, la propreté :** tant qu'une fille n'aura pas été excisée ou infibulée, elle sera considérée comme impure, sale et certaines choses, comme préparer le repas ou servir à manger, lui seront interdites.
- **La religion :** la pratique des MGF est antérieure à l'avènement des religions monothéistes, et en particulier de l'Islam. Alors que, ni le Coran, ni aucun autre texte religieux ne prescrit l'excision ou l'infibulation, certaines communautés la pratiquent en croyant qu'elle est exigée par la religion. Notons que les MGF perdurent parmi des communautés chrétiennes (catholiques, protestantes, coptes), juives d'Éthiopie (les Falachas) et animistes. Les diverses autorités religieuses diffèrent d'opinion : certaines les encouragent, d'autres les considèrent comme étrangères à la religion et, d'autres encore, luttent pour leur abolition. En ce qui concerne l'Islam, lors d'une réunion internationale à l'université d'al-Azhar au Caire en 2006, de hauts représentants sunnites se sont prononcés contre les MGF (fatwa déclarant que les MGF sont infondées en droit musulman)⁵¹. Les MGF de type 1 sont souvent dénommées Sunna par les communautés musulmanes. Sunna représente pour l'Islam tout ce qui est bon pour Dieu, l'utilisation de ce terme pour parler de la clitoridectomie participe à la confusion et à l'idée que les MGF seraient une prescription de l'Islam.

⁵⁰ WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. Lancet 2006;367:1835-41.

⁵¹ Andro A, Lesclingand M. Les mutilations sexuelles féminines: le point sur la situation en Afrique et en France. Popul Soc 2007; 438

L'impact sur la santé sexuelle et reproductive

Les conséquences possibles des MGF sur les femmes peuvent être multiples:

- Sur la **santé à court terme** (douleur, état de choc, septicémie, saignements et hémorragies pouvant entraîner la mort) et à **moyen et long terme** (infections urinaires, génitales et pelviennes, fistules et incontinence, transmission du VIH et des IST, stérilité, difficultés menstruelles, difficultés lors de la grossesse et de l'accouchement : déchirures périnéales plus fréquentes, souffrances et morts fœtales).
- Sur la **sexualité** (rapports sexuels douloureux en raison de la suture des lèvres, du manque d'excitation et de lubrification, mais aussi absence de plaisir et sentiment de honte lié à la prise de conscience que les MGF ne sont pas universelles et que la femme a été « amputée »).
- Sur le plan **psychologique** (choc émotionnel, perte de confiance dans les êtres aimés, anxiété, dépression).

Selon l'enquête menée en 2006 auprès de gynécologues flamands, les femmes excisées ou infibulées sont venues consulter (par ordre de fréquence) pour des problèmes de sexualité, d'infection urinaire, de douleurs chroniques, de problèmes liés à la grossesse et à l'accouchement, de fistules, de problèmes psychologiques, d'infertilité.⁵²

Une étude réalisée au Sénégal auprès de 23 femmes excisées et 24 femmes non-excisées montre que 30,4% des femmes excisées (7/23) souffrent du syndrome de stress post-traumatique avec des pertes de mémoire et que 80% souffrent de flash-back de leur excision.⁵³

Qu'en est-il en Europe ?

Pour les familles établies en Europe, la pratique continue - dans des proportions moindres - lors de vacances dans le pays d'origine, ou sur le territoire du pays d'accueil. En Europe, on estime à 500.000 le nombre de femmes excisées et à 180.000 le nombre de filles risquant chaque année de se faire exciser. Le Parlement Européen a approuvé- en septembre 2001, en mars 2009 et en juin 2012 - trois résolutions appelant les institutions européennes et les pays membres à prendre des mesures pour abolir ces pratiques en Europe et dans les pays tiers de l'Union. La Commission européenne avec le programme Daphné - qui finance en Europe les projets contre la violence envers les femmes et les enfants - est un des principaux bailleurs de fonds de la lutte contre les MGF en Europe. De 1997 à 2007, quatorze projets sur ce thème ont été ainsi financés pour un montant total de 2,4 millions d'Euros.⁵⁴

⁵² Leye E, Ysebaert I, Deblonde J, Claeys P, Vermeulen G, Jacquemyn Y, et al. Female genital mutilation: Knowledge, attitudes and practices of Flemish gynaecologists. Eur J Contracept Reprod Health Care 2008;13:182-90.

⁵³ Behrendt A & Moritz S. Posttraumatic stress disorder and memory problems after Female Genital Mutilation. American Journal of Psychiatry 2005;162:1000-2.

⁵⁴ Bjälkander O, Leye E. Report of the International Conference on Female Genital Mutilation and forced/early marriage. EuroNet-FGM; 2007 Feb 8-11; Brussels, Belgium.

Plusieurs initiatives se sont succédées au niveau européen pour coordonner les différentes actions des associations à base communautaire ou des gouvernements. La première est la création du réseau européen pour la prévention des mutilations génitales féminines (EuroNet-FGM) en mars 2002. En 2009, EuroNet-FGM regroupait plus de 35 organisations provenant de 15 pays européens. Le dernier projet mené avec succès par le réseau était financé par le Programme Daphné (2007-2009) et visait à établir des plans nationaux de lutte contre les MGF⁵⁵. Il a permis de nombreuses avancées en Europe comme le développement du plan national FGM au Portugal, le plaidoyer pour l'intégration des MGF dans le PAN Violence en Belgique. Malheureusement depuis ce projet, des problèmes de capacités de gestion par la nouvelle équipe de coordination ont fait que le réseau n'a pas su maintenir ses activités et qu'il a perdu de sa crédibilité.

Une autre initiative de plaidoyer et de coordination au niveau européen est la campagne END FGM menée par Amnesty International qui vise à mobiliser les institutions européennes pour une politique commune en matière de prévention, asile, prise en charge et protection des femmes et des filles concernées en Europe et dans les pays tiers.⁵⁶ Cette campagne (2009-2013) a permis de mettre les MGF à l'agenda des institutions, de développer une étude sur les MGF en Europe, d'introduire des références aux MGF dans des directives sur l'asile et le droit des victimes. La Commission Européenne a annoncé qu'elle va soutenir le travail des gouvernements et des associations et qu'elle entend adopter une communication sur les MGF fin 2013.

Qu'en est-il en Belgique ?

Une étude de prévalence coordonnée par l'IMT d'Anvers et soutenue par le SPF Santé publique (collaborations : ICRH, ISP, ONE, K&G, Fedasil, CGRA) montre qu'au 1^{er} janvier 2008 on estimait à 22 840, le nombre de femmes et filles originaires d'un pays où l'excision est pratiquée. Parmi celles-ci, 6260 sont très probablement excisées et 1975 sont à risque de l'être.⁵⁷ La Région flamande (3 550 filles et femmes déjà excisées ou à risque de l'être) et la Région de Bruxelles-Capitale (3 037) sont les régions les plus concernées suivies de la Région wallonne (1 648). Cette étude révèle également que près de 80 % des femmes concernées par cette problématique en Belgique sont originaires de 10 pays d'Afrique : Guinée, Somalie, Egypte, Nigeria, Ethiopie, Côte d'Ivoire, Sierra Leone, Sénégal, Burkina Faso et Mali. Les données désagrégées par province nous renseignent sur la répartition de la population cible entre les grandes villes du pays. Nous pouvons constater que les grandes villes les plus concernées sont Bruxelles (2 471 filles et femmes excisées ou à risque de l'être), Antwerpen (1 195) et Liège (649).

Les données par tranche d'âges permettent d'identifier les besoins pour les services médico-sociaux aux différentes périodes de la vie :

⁵⁵ Developing national plans of action to eliminate FGM in the EU. Daphne project of the European Commission, coordinated by the European Network for the Prevention of FGM. N° JLS/2006/DAP-1/150/C 30-CE-012381200 43

⁵⁶ <http://www.endfgm.eu/en>

⁵⁷ Dubourg D, Richard F. Etude de prévalence des femmes excisées et des filles à risque d'excision en Belgique. Bruxelles : Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement; 2010.

- Les enfants de moins de 5 ans qui fréquentent les services de l'ONE et de K&G et CLB⁵⁸ soit 1 190 filles à risque de subir une excision ou déjà excisées pour celles qui sont nées dans le pays d'origine ;
- Les filles de 5 à 19 ans qui fréquentent les services de promotion de la santé à l'école soit 1 690 filles ;
- Les femmes de 20 à 49 ans qui fréquentent les services de médecine générale et les services de santé de la reproduction (4 905 femmes) ;
- Les femmes de plus de 50 ans (450 femmes) qui fréquentent les services de médecine générale et les services de santé de la reproduction.

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

Les professionnels de santé, les travailleurs sociaux, les enseignants sont confrontés à des filles ou des femmes en détresse souffrant de complications physiques ou psychiques liées aux mutilations, ou qui risquent d'être mutilées (lors d'un retour au pays pendant les vacances par exemple). Ces professionnels s'ils n'ont pas reçu d'information au préalable sont démunis face aux besoins spécifiques des filles ou femmes mutilées. Deux études, l'une menée auprès des gynécologues flamands, l'autre menée auprès des gynécologues francophones révèlent que des médecins exerçant en Belgique ont reçu des demandes d'excision.^{59,60}

Quelle a été la réponse de la Belgique face à la problématique ?

D'un point de vue légal, la Belgique s'est dotée depuis 2001 d'une disposition spécifique qui interdit et réprime la pratique des mutilations génitales féminines, mais à ce jour aucun cas d'excision ou de risque d'excision n'a fait l'objet de poursuites judiciaires.

Le Sénat a adopté unanimement une première résolution contre les MGF le 4 mars 2004 (Réf Sénat Nr. 3-523/2-2003/2004) et une deuxième résolution a été adoptée à l'unanimité en mai 2009 (Réf Sénat Nr. 4-533/6-2008/2009). La chambre des représentants, quant à elle, a adopté une résolution visant à lutter contre les MGF le 3 mars 2011. Ces résolutions insistent notamment sur l'importance de la formation des professionnels et sur l'information et la sensibilisation des communautés concernées via les associations de terrain.

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

- **Prévention** (travail auprès des communautés concernées et formation des professionnels de santé) : le GAMS Belgique (Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles féminines) est la plus ancienne (1996) ; elle a son siège à Bruxelles. Deux organisations de création plus récente, La Palabre à Bruxelles et Le Collectif liégeois contre les MGF, organisent également des activités de prévention et de sensibilisation. Depuis 2008, le GAMS Belgique et l'Observatoire du Sida et des Sexualités ont entamé un

⁵⁸ Les 0-3 ans pour K&G et les 3-6 ans pour le CLB.

⁵⁹ Leye E, Ysebaert I, Deblonde J, Claeys P, Vermeulen G, Jacquemyn Y, et al. Female genital mutilation: Knowledge, attitudes and practices of Flemish gynaecologists. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2008;13:182-90

⁶⁰ GGOLFB. Croyances, traditions et délivrances des soins médicaux. Rapport du groupe de travail Éthique et économie: *Gynécologie-obstétrique et multiculturalité*. Bruxelles; 2009.

processus de coordination des différents acteurs - les Stratégies concertées de lutte contre les MGF (SCMGF) - qui a abouti à la réalisation d'une analyse de situation de la problématique en Belgique et à la création d'un plan opérationnel concerté.

- **Expertise juridique** : Depuis janvier 2009, l'asbl INTACT conseille, oriente et soutient les personnes (professionnels ou membres de la famille) dans les procédures relatives à la protection internationale ou protectionnelles et judiciaires en cas de risque ou d'excision avérée.
- **Recherche** : l'International Centre for Reproductive Health (IRCH), lié à l'Université de Gand, a une longue expérience de recherche sur l'excision en Europe en matière de santé et de législation. L'Observatoire du Sida et des Sexualités à Bruxelles ainsi que l'Institut de Médecine Tropicale à Anvers se sont récemment impliqués dans des recherches qualitatives et quantitatives sur les MGF.

En 2010, le Plan d'action national (PAN) pour lutter contre la violence entre partenaires et intrafamiliale s'est élargi pour la première fois aux mariages forcés, mutilations génitales féminines et violences liées à l'honneur. Le réseau des stratégies concertées MGF, représenté par le GAMS Belgique, lors des réunions de préparation du PAN à l'IEFH a pu ainsi contribuer à l'élaboration du PAN élargi. Une des activités du PAN est l'organisation d'une conférence de consensus pour se mettre d'accord sur un protocole de prévention et de protection. Ce document est la contribution des associations spécialisées.

Le cadre légal au niveau belge et international

a. Les conventions internationales

Les MGF sont une violation des droits humains

Les MGF constituent une violation flagrante des droits fondamentaux inscrits dans les Conventions internationales. Elles sont une violation du droit à l'intégrité physique, à la vie lorsqu'elles résultent en un décès, à l'égalité et à la non-discrimination, à la protection contre les tortures et les traitements cruels, inhumains et dégradants, au meilleur état de santé possible ou encore à la liberté (les fillettes subissent ce traitement sans leur consentement).

Les Etats ont signé de nombreux instruments internationaux et régionaux afin de protéger ces droits et d'interdire de telles pratiques.

A côté des textes fondateurs tels que la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme⁶¹, le Pacte des droits civils et politiques de 1966⁶², mais également la Convention Européenne de Sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés Fondamentales⁶³, d'autres textes plus récents, notamment la Convention sur l'élimination de toute forme de discrimination à l'égard des femmes de 1979⁶⁴, la Convention des Nations-Unies contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains et dégradants de 1984⁶⁵ rappellent qu'il existe des droits intangibles tels que le droit de ne pas subir des tortures ou traitements cruels, inhumains ou dégradants ou de ne pas être discriminé. Au sein du Conseil de l'Europe, la Convention sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique con-

⁶¹ Déclaration Universelle des droits de l'homme, AGNU, le 10 décembre 1948, art. 3.

⁶² Pacte international relatif aux droits civils et politiques, AGNU, le 16 décembre 1966, Art. 7.

⁶³ Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, Rome, 4.XI.1950

⁶⁴ Convention des Nations Unies sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, le 18 décembre 1979.

⁶⁵ Convention des Nations Unies contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, 10 décembre 1984, art. 3.

nue sous le nom de « Convention d'Istanbul » a été adoptée en 2011 pour mieux appréhender les violences liées au genre. La Belgique a signé la Convention qui entrera en vigueur dès que 10 états l'auront ratifiée. La Convention d'Istanbul prévoit des mesures de protections qui incluent la formation des professionnels, elle est donc une référence importante et un levier pour le plaidoyer politique afin que ces lignes directrices de prévention et protection des MGF soient adoptées en Belgique. Enfin, une Résolution des Nations Unies pour l'intensification de l'action mondiale visant à éliminer les MGF au niveau mondial a été adoptée le 20 décembre 2012 et exhorte les Etats à condamner les mutilations génitales féminines, et à prendre toutes les mesures nécessaires pour protéger les filles et femmes contre cette forme de violence.

Les MGF sont une violation des droits de l'enfant

Il ressort clairement de ce qui précède que les MGF nuisent au développement de l'enfant du point de vue de sa santé, tant physique que mentale et qu'elle doit être bannie. Il s'agit d'une forme de maltraitance à l'égard des enfants au regard de la violation de son intégrité physique et des autres droits fondamentaux cités plus haut.

Les MGF constituent surtout une violation flagrante des droits de l'enfant (fille) tels que définis dans la Convention Internationale relative aux droits de l'enfant⁶⁶. Outre le fait que dans toute décision prise à l'égard de l'enfant, c'est son intérêt supérieur qui doit primer (art. 3), la Convention stipule que « *les Etats parties prennent toutes les mesures législatives, administratives, sociales et éducatives appropriées pour protéger l'enfant contre toutes formes de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitements ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle, pendant qu'il est sous la garde de ses parents ou de l'un d'eux, de son ou ses représentants légaux ou de toute autre personne à qui il est confié* » (art. 19). En outre, *les Etats reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible, ce qui implique la prise de mesures efficaces appropriées en vue d'abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants* (art. 24). Ainsi, même si des législations pénales sont développées pour incriminer la pratique, elles dépendent des mesures spécifiques prises pour prévenir ces pratiques à l'encontre des enfants⁶⁷. En Afrique, le Protocole de Maputo de 2003 ainsi que la Charte africaine sur les droits et le bien-être des enfants prévoient des droits similaires⁶⁸.

⁶⁶ Convention de l'ONU relative aux droits de l'enfant, 20 novembre 1989, <http://www2.ohchr.org/french/law/crc.htm>

⁶⁷ En Belgique, le PAN 2010-2014 est une mesure qui vise à assurer la mise en œuvre d'une prévention efficace de ces traitements à l'égard des enfants, voir infra.

⁶⁸ Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes, 11 juillet 2003 (Protocole de Maputo) et la Charte africaine sur les droits et le Bien-être de l'Enfant, Juillet 1990 http://www.africa-union.org/Official_documents/Treaties_Conventions_fr/CHARTES%20AFRICAINES-DROITS%20ENFANT%20new.pdf

Les MGF peuvent constituer une torture

Les mutilations génitales sont assimilées à la torture par le Rapporteur Spécial sur la torture et autres peines cruelles, inhumaines ou dégradantes. En effet, le rapport estime que « *comme la torture, les mutilations génitales féminines impliquent la volonté affichée d'infliger douleurs et souffrances. La douleur est en général aggravée par le fait que l'opération est pratiquée sans anesthésie au moyen d'instruments rudimentaires. Beaucoup de filles tombent en état de choc du fait de la douleur extrême, du traumatisme psychologique et de l'épuisement consécutif aux hurlements qu'elles poussent. L'opération peut provoquer la mort par saignement grave induisant un choc hémorragique, par choc neurogène⁶⁹ résultant de la douleur et du traumatisme ou par infection massive et septicémie* »⁷⁰.

b. Les MGF et le droit pénal Belge

Les MGF constituent une forme de maltraitance au même titre que d'autres violences psychiques ou physiques (coups et blessures, viol, etc.). Le fait qu'elles soient ancrées dans les traditions n'y change rien. Elles sont, à ce titre également, appréhendées par notre code pénal.

En l'absence d'une législation spécifique, le droit pénal commun s'applique et les MGF peuvent être poursuivies sur la base de dispositions légales générales, notamment celles qui visent toutes formes d'atteinte à l'intégrité physique. C'est ainsi qu'en Belgique, elles peuvent être considérées comme des coups et blessures volontaires, avec la circonstance aggravante de la perte d'un organe et constituent une mutilation grave (article 398 à 400 du code pénal).

Depuis 2001, les MGF font l'objet d'une incrimination spécifique en droit belge.

L'article 409 du code pénal (entré en vigueur le 27 mars 2001) punit d'une peine de 3 à 5 ans de prison « *quiconque aura pratiqué, facilité ou favorisé toute forme de mutilation des organes génitaux d'une personne de sexe féminin, ou tenté de le faire, avec ou sans le consentement de celle-ci (...)* » (§1^{er}). Cette disposition ne vise donc pas uniquement la personne (l'exciseuse, le médecin, ...) qui a pratiqué une MGF mais également toute personne qui aura facilité ou favorisé un tel traitement. Il pourrait s'agir de l'époux d'une femme qui a exigé qu'elle soit excisée pour le mariage ou encore les parents ou membres de famille (tante, grand-mère, ...) d'une fillette qui auraient organisé l'excision.

La loi ne concerne que les mutilations infligées aux femmes, même consentantes. Un médecin qui accepterait sur insistance d'une patiente de la ré-infibuler⁷¹ après un accouchement est susceptible d'être poursuivi sur base l'[article 409 du CP](#).

L'article 409 prévoit des circonstances aggravantes : si la mutilation a été réalisée sur une personne mineure, dans un but de lucre, ou qu'elle a causé des séquelles graves (maladie incurable, incapacité permanente) ou la mort, les peines d'emprisonnement sont plus lourdes.

Le délai de prescription de l'action publique en cas de mutilation génitale féminine est de 15 ans si elle a été commise sur une personne de moins de 18 ans (article 21 §3 du Code de pro-

⁶⁹ Perte de connaissance due à une douleur très intense

⁷⁰ Rapport du rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, Manfred Nowak, A/HCR/7/3, 15 janvier 2008, p.5 (Comité CT) <http://www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/refworld/rwmain/opensslpdf.pdf?reldoc=y&docid=47c2c56a2>

⁷¹ Nouvelle suture des grandes lèvres de la vulve après l'accouchement pour ne laisser qu'une petite ouverture pour que l'urine et les règles puissent s'écouler.

et jeunes femmes victimes ou à risque d'excision

cédure pénal) et il ne commence à courir qu'à partir du jour où la victime atteint l'âge de 18 ans⁷².

L'article 409 du code pénal s'applique également lorsqu'une mutilation génitale féminine a été pratiquée, facilitée ou favorisée à l'étranger à condition que l'auteur se trouve sur le territoire du Royaume⁷³. Ainsi, les parents d'une petite fille excisée à l'étranger pourraient être condamnés en Belgique, s'il est prouvé qu'ils ont soit pratiqué, facilité ou favorisé l'excision.

En Belgique, peu de dénonciations ont été effectuées auprès du Parquet à ce jour, aucune plainte ou dénonciation n'a débouché sur une condamnation. Or la prévalence des MGF dans les communautés d'origines de nombreux migrants vivants en Belgique (principalement originaires de Somalie et de Guinée) est tellement élevée que la probabilité que notre pays abrite des auteurs et victimes de tels faits perpétrés sur le sol belge, ne doit pas être ignorée, à moins d'un abandon de pratique, par exemple, suite à l'émigration.

Plusieurs facteurs peuvent sans doute expliquer ce silence :

- le caractère clandestin et tabou d'une pratique qui touche au plus intime, au sein de communautés très fermées, avec les conflits de loyauté qui en découlent ;
- le malaise de nombreux professionnels de bonne foi quelque peu désarmés et désireux d'adopter de bonnes pratiques, dans le respect du secret professionnel, de l'intérêt de l'enfant, de la vie de familles et de leur culture ;
- le manque d'information des acteurs judiciaires au sens large qui sous-estiment encore leur implication, notamment dans le secteur de l'aide à la jeunesse et au sein des parquets.
- l'absence de réponse adéquate à un risque de mutilation génitale. Des alternatives au placement des enfants - qui est perçu comme trop extrême par beaucoup d'acteurs et les démotive à signaler - sont à développer (interdiction de quitter le territoire, retrait du passeport, suivi de la famille par le SAJ,...).

c. Les décrets et ordonnances relatifs à la maltraitance et à l'aide à la jeunesse

Le Décret de la Communauté française du 12 mai 2004 relatif à l'Aide aux enfants victimes de maltraitance (ci-après décret maltraitance) définit la situation de maltraitance comme : « *toute situation de violences physiques, de sévices corporels, d'abus sexuels, de violences psychologiques ou de négligences graves qui compromettent le développement physique, psychologique ou affectif de l'enfant; une attitude ou un comportement maltraitant peuvent être intentionnels ou non* ». (article 1^{er} 4° du décret).

Depuis les réformes institutionnelles du 8 août 1980 et du 8 août 1988, l'aide à la jeunesse relève des compétences communautaires. Pour la Communauté française, le législateur a adopté le [Décret du 4 mars 1991 relatif à l'aide à la jeunesse](#) (M.B, 12 juin 1991, p. 3448.). En Région bilingue de Bruxelles-Capitale, l'aide consentie relève de la Communauté française ([Décret du 4 mars 1991](#)). En revanche, l'aide contrainte ordonnée par le juge de la jeunesse de la région bruxelloise, est régie par une mesure spécifique : [l'ordonnance de la Commission Communautaire Commune de Bruxelles-Capitale du 29 avril 2004 relative à l'aide à la jeunesse](#) (M.B., 1 juin 2004).

Pour prévenir ou mettre fin à une telle situation le décret maltraitance prévoit que « *tout intervenant qui est confronté à une situation de maltraitance ou à risque peut interpeller une des instances ou services spécifiques suivants aux fins de se faire accompagner, orienter ou*

⁷² Article 21 bis du code de procédure pénale.

⁷³ Art. 10 ter du Code d'Instruction Criminelle.

relayer dans la prise en charge : le centre psycho-médico-social, le service de promotion de la santé à l'école, l'équipe « SOS enfants », le conseiller [de l'aide à la jeunesse] ou tout autre intervenant compétent spécialisé » (article 3 §2)

Les services médico-sociaux sont considérés dans le décret « maltraitance » comme des acteurs privilégiés dans la prise en charge des enfants victimes ou « à risque ».

Les équipes SOS enfants, ont également un rôle à jouer dans l'accompagnement des enfants « à risque » ou victimes de MGF. (Article 9 du « décret maltraitance »).

Lorsque l'aide nécessaire n'a pu être apportée par les services de première ligne, **le conseiller de l'aide à la jeunesse** peut prendre en charge la situation dans le cadre de l'aide consentie, à condition **de recevoir l'accord** du jeune (s'il a plus de 14 ans) ou des personnes qui en assument la garde en fait si l'enfant a moins de 14 ans.

Le SAJ pourrait, dans le cadre de ses compétences lui permettant d'instaurer une aide spécialisée mandatée dans le milieu de vie (art. 36, §6 du décret du 4 mars 1991), confier la mission aux différents acteurs de premières lignes en contact avec la fillette en danger (CPMS, CPAS,...) afin d'assurer un suivi médical ou psycho-éducatif ou encore de lui accorder une attention particulière pendant un laps de temps déterminé.

Quand la conviction que le risque d'excision persiste pour une enfant et/ou pour ses sœurs et alors que le SAJ n'a pu aboutir à la mise en place de mesures consenties, **le tribunal de la jeunesse** peut contraindre les parents à respecter des mesures visant la protection de l'enfant (art. 38 et 39 du décret du 4 mars 1991/art.8 et 9 de l'Ordonnance du 29 avril 2004). Nous sommes dans le cadre **de l'aide contrainte**. Les mesures de protection seront différentes selon qu'il y a urgence ou non.

Dans ce cadre, les différents acteurs doivent être attentifs à ce que **la protection de l'enfant soit assurée à long terme**. Ce n'est pas parce qu'on a pu éviter une fois qu'une enfant soit excisée qu'elle ne sera pas sujette à la pratique quelques mois, voire quelques années plus tard.

d. La levée du secret professionnel

Que peut-on dire ? Que doit-on taire ? Entre l'obligation de protéger la vie privée et les données personnelles et la nécessité de protéger l'enfant victime ou en danger, quelle est la responsabilité du professionnel ? Autant de questions qui méritent de revenir sur ces règles fondamentales qui orientent les professionnels dans les démarches relatives à la protection de l'enfant⁷⁴.

En vertu de l'article 458 du code pénal, le secret professionnel s'applique à toute personne dépositaire par état ou par profession des secrets qu'on lui confie (notamment le médecin, psychologue, assistant social, mais aussi le bénévole, l'éducateur, le travailleur de rue, etc.)

Il couvre non seulement les secrets et confidences du consultant, mais également ce qui a pu être constaté, deviné ou surpris par le professionnel lors de la rencontre.

Le secret professionnel vise à protéger le nécessaire lien de confiance entre la personne qui consulte et le professionnel qui reçoit, mais aussi la personne elle-même, sa liberté, sa vie privée et les intérêts de la société. Dans cette mesure, il est absolu et persiste en principe

⁷⁴ Voir la brochure d'INTACT « Le secret professionnel face aux mutilations génitales féminines », accessible sur le site d'INTACT www.intact-association.org

et jeunes femmes victimes ou à risque d'excision

même si la personne qui s'est confiée autorise le dévoilement de sa confiance. Sa violation est sanctionnée pénalement.

Dans certaines circonstances, la loi prévoit que le secret professionnel pourra être levé à certaines conditions et dans certaines limites.

Il y a d'abord, une obligation pour toute personne de porter assistance à une personne en danger inscrite à l'article 422bis du code pénal. Le professionnel se trouve ici dans une situation qui implique un conflit de valeur : se taire en vertu du secret professionnel ou dévoiler la confiance en vue de porter secours à une personne et protéger un intérêt plus impérieux (l'intégrité physique ou mentale de la personne). Dans certains cas, on peut parler d'un véritable « état de nécessité » qui justifie le choix de dévoiler la menace.

Ensuite, l'article 458bis du code pénal prévoit expressément la levée du secret professionnel lorsque la personne a connaissance d'un fait de maltraitance sur un mineur ou une personne vulnérable, moyennant le respect de conditions strictes :

- I) Si l'excision a eu lieu, le dépositaire du secret peut informer le Procureur du Roi:
 - e. Soit en cas de danger grave et imminent pour l'intégrité physique ou mentale de l'enfant (ou de la personne vulnérable), et à condition de ne pas être en mesure, seul ou avec l'aide de tiers (secret professionnel partagé) de protéger l'intégrité de l'enfant
 - f. soit lorsqu'il y a des indices d'un danger sérieux et réel que d'autres mineurs sont également en danger (p.ex. des petites sœurs ou d'autres filles dans la communauté sont intactes et en danger) et à condition de ne pas être en mesure, seul ou avec l'aide de tiers de protéger l'intégrité de l'enfant (article 458bis nouveau du code pénal⁷⁵).
- II) Dans tous les autres cas, si l'infraction n'a pas encore été commise, l'état de nécessité ne peut être invoqué que face à un danger grave et imminent, à condition que le professionnel ne puisse pas agir pour éviter ce péril, seul ou avec l'aide de tiers (secret professionnel partagé).

Concrètement, un signalement pourra être envisagé dans les cas suivants :

- si un médecin constate qu'une MGF a été pratiquée en Belgique sur une fillette et craint qu'elle soit reproduite sur sa sœur ou sur une autre petite fille de la même communauté;
- si un travailleur social a reçu une demande explicite d'adresse d'une exciseuse en Belgique en vue de « purifier » une jeune femme dont le mariage est imminent ;
- si une infirmière constate qu'une fillette mutilée récemment en Belgique à besoin de soins urgents qu'elle ne peut prodiguer elle-même et constate le refus des parents de se rendre à l'hôpital de peur d'être dénoncés.

A l'inverse, une simple rumeur, la nationalité ou l'origine ethnique ne suffisent pas pour effectuer un signalement: ces éléments peuvent tout au plus inciter à se renseigner davantage.

Enfin, conformément à l'article 29 du Code d'instruction criminelle, le fonctionnaire, l'officier public ou toute autorité constituée qui a connaissance d'un crime ou d'un délit dans l'exercice de ses fonctions est tenu d'en informer le Procureur du Roi. Cependant, lorsque le fonctionnaire exerce une fonction relevant du travail psycho-médico-social qui le soumet éga-

⁷⁵ Art.458bis code pénal modifié par la loi du 30 novembre 2011 modifiant la législation en ce qui concerne l'amélioration de l'approche des abus sexuels et des faits de pédophilie dans une relation d'autorité (art.6), *M.B.*, 20 janvier 2012.

lement au secret professionnel (art. 458 du code pénal), il ne pourra pas dénoncer les crimes et délits dont il aurait eu connaissance dans l'exercice de sa profession, sauf, ici aussi, s'il se trouve face à un « état de nécessité ».