



STRATÉGIES
CONCERTÉES
MGF



DEUXIÈME ÉDITION

STRATÉGIES CONCERTÉES DE LUTTE CONTRE LES MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES

Un cadre de référence pour l'analyse et
l'action en Fédération Wallonie-Bruxelles
2013

Coordination et rédaction

Marie DE BROUWERE
Fabienne RICHARD
Myriam DIELEMAN

Groupe d'appui (GA)

GAMS Belgique : Khadiatou DIALLO, Fabienne RICHARD, Marie DE BROUWERE

Observatoire du sida et des sexualités – Université Saint-Louis - Bruxelles : Myriam DIELEMAN, Vladimir MARTENS

Service d'Information Promotion Education Santé – ULB : Florence PARENT

Centre local de Promotion de la Santé de Bruxelles : Patricia THIEBAUT

Collectif Liégeois de lutte contre les MGF : Stéphanie COPPEE, Silme NACIH

INTACT asbl : Thérèse LEGROS, Charlotte CHEVALIER, Christine FLAMAND

ONE : Marylène DELHAXHE

Merci à Françoise BOCKEN qui a coordonné les ateliers 2012 de mise à jour du plan opérationnel.

Comité de relecture

Halimatou BARRY, Membre de la communauté guinéenne
Chantal BECKERS, Directrice de l'enseignement secondaire de
l'Institut de la Sainte-Famille d'Helmet, Schaerbeek
Morayma BROMET, Inforcouple Verviers
Alain CHERBONNIER, Question Santé asbl
Tessa GOETGHEBUER, ONE
Déborah KUPPERBERG, Égalité des chances - FWB
Jennifer MABBOTT, Fedasil
Pascale MAQUESTIAU, Le Monde Selon les Femmes
Rosemarie NELKI, Médecin généraliste
Bernadette TAEYMANS, Question Santé asbl

Pour citer ce document

DE BROUWERE Marie, RICHARD Fabienne, DIELEMAN Myriam.
*Stratégies Concertées de lutte contre les mutilations génitales
féminines. Un cadre de référence pour l'analyse et l'action en
Fédération Wallonie-Bruxelles*, Bruxelles, Ed. GAMS Belgique, 2e
édition, 2013

Dépôt légal

D/2013/12.193/1

Éditeur responsable

GAMS Belgique, Rue Gabrielle Petit 6, 1080 Molenbeek

Site

www.strategiesconcertees-mgf.be

Avec le soutien de la Direction générale de la santé et de la Direction
de l'égalité des chances de la Fédération Wallonie-Bruxelles et du
Fonds d'impulsion pour la politique des immigrés.



Observatoire
du sida et
des sexualités





PARTICIPANT-E-S

Cette liste reprend l'ensemble des institutions et organisations ainsi que les communautés qui ont contribué directement ou indirectement à certaines ou à toutes les étapes des Stratégies Concertées de lutte contre les mutilations génitales féminines (SC-MGF) depuis octobre 2008.

Aquarelle, Bruxelles	Hôpital Erasme, Bruxelles
Afronam, Namur	ICRH, Gand
Cap Santé, Liège	IMT, Anvers
Centre «El Paso», Gembloux	INTACT
Centre EXIL, Bruxelles	ISP-WIV
CPF Louise Michel, Liège	La Palabre
CPF Inforcouple, Verviers	Le Monde Selon Les Femmes
CFFB	Maison de Naissances de Namur
CGRA	Manguier en fleurs
CHU Saint-Pierre, Bruxelles	Media espagnol «Periodismo Humano»
Collectif Alpha	Ministère fédéral des Affaires sociales et de la Santé
Communauté Djiboutienne	ONE
Communauté Guinéenne	Observatoire du sida et des sexualités
Communauté Somalienne	Parlement francophone bruxellois
Coordination Lutte contre les violences du Hainaut	Petit Château - Centre d'accueil Fedasil, Bruxelles
CPF La Famille Heureuse, Bruxelles	Pissenlit asbl, Bruxelles
Délégué Général aux Droits de l'Enfant	PSE Anderlecht
Direction de l'Égalité des Chances, FWB	PSE COCOF, Bruxelles
École de sages-femmes ISEI, Bruxelles	PSE Schaerbeek
Ecoute Enfants	PSE Ville de Bruxelles
ECPAT Belgium	SAJ, Bruxelles
EMECOJ	Sireas
Fedasil	SIPES (ULB)
Femmes africaines, Charleroi	SPF Justice
FGOV JUSTICE	Travel Clinic du CHU Saint-Pierre, Bruxelles
FPS, Bruxelles	UZ Brussel
Free Clinic, Bruxelles	
GAMS Belgique	

ABRÉVIATIONS

ADDE	Association pour les droits des étrangers	IST	Infection sexuellement transmissible
AMIS	Association des médiateurs des institutions de soins	MDM	Médecins du monde
AS	Assistant-e social-e	MG	Médecin généraliste
CAL	Centre d'action laïque	MGF	Mutilation génitale féminine
CASG	Centre d'action sociale globale	MSF	Médecins sans frontières
CBAR	Comité belge d'aide aux réfugiés	OE	Office des étrangers
CCO	Comité de concertation opérationnel	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	OUA	Organisation de l'unité africaine (aujourd'hui Union africaine)
CIRE	Coordination et initiatives pour et avec les réfugiés et étrangers	PAN	Plan d'action national
CL-MGF	Collectif liégeois de lutte contre les mutilations génitales féminines	PIPSa	Pédagogie interactive en promotion de la santé
CLPS	Centre local de promotion de la santé	PMS	(Centre) psycho-médico-social
COFETIS	Coordination fédérale de la traduction et de l'interprétariat social	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	SC-SS	Stratégies concertées du secteur de la prévention des IST/sida
CRVI	Centre régional de Verviers pour l'intégration	SeTIS	Service de traduction et d'interprétariat en milieu social bruxellois
CTB	Coopération technique belge	SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
DGAJ	Direction générale de l'aide à la jeunesse	SIPES	Service d'information promotion éducation santé
DGD	Direction générale coopération au développement et aide humanitaire	SIREAS	Service international de recherche, d'éducation et d'action sociale
DGDE	Délégué général aux droits de l'enfant	SBP	Société belge de pédiatrie
EMECOJ	Espace de médiation, de communication, des cultures et des conseils juridiques	SPF	Service public fédéral
GA	Groupe d'appui (des SC-MGF)	SPP	Service public fédéral de programmation
GAMS	Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles	SPW	Service public wallon
GBPF	Groupement belge des pédiatres de langue française	SSPT	Syndrome de stress post-traumatique
GGOLFB	Groupement des gynécologues obstétriciens de langue française de Belgique	TMS	Travailleur-se médico-social-e
GLEM	Groupe local d'évaluation médicale	UE	Union européenne
FLCPF	Fédération laïque de centres de planning familial	ULB	Université libre de Bruxelles
FWB	Fédération Wallonie-Bruxelles	UNHCR	United nations high commissioner for refugees
ICRH	International center for reproductive health (Gand)	UPSfB	Union professionnelle des sages-femmes belges
IEFH	Institut pour l'égalité des femmes et des hommes	UZ	Universitaire ziekenhuis
IMT	Institut de médecine tropicale (Anvers)	VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
ISP	Institut scientifique de santé publique (Bruxelles)	VVOG	Vlaamse vereniging voor obstetrie en gynaecologie
		WHO	World health organization



Féminisation des termes

Lorsque c'était possible, les noms de métiers, professions et fonctions ont été systématiquement féminisés soit en juxtaposant le terme féminin correspondant au masculin (acteur-actrice), soit en ajoutant la marque du féminin au nom masculin et en recourant à l'usage du trait d'union (assistant-e social-e).

Terminologie

Plusieurs termes sont utilisés pour qualifier la pratique des mutilations génitales féminines. Les anglophones utilisent fréquemment le terme de *female circumcision* mais ce terme pourrait laisser supposer un parallèle avec la circoncision masculine alors que les conséquences sur la santé sont très différentes. Le terme *mutilation génitale féminine* (ou mutilation sexuelle féminine) a été introduit vers la fin des années 1970 afin de distinguer cette pratique de la circoncision masculine, et d'insister sur le fait qu'elle viole les droits des filles et des femmes.

Dans cette brochure francophone, nous utiliserons les termes les plus utilisés en Afrique francophone. Nous parlerons d'excision ou de femmes excisées pour aborder la pratique dans son ensemble quel que soit le type de mutilations génitales (I, II, III). Quand nous utiliserons le terme infibulation, nous ferons alors référence spécifiquement au type III.



TABLE DES MATIÈRES

PARTICIPANT-E-S	1
ABRÉVIATIONS	2
TABLE DES MATIÈRES	4
Liste des figures et des tableaux	5
PRÉSENTATION	6
DISPOSITIF	8
Soutien méthodologique	8
Ateliers participatifs	8
Évolution du dispositif	8
Éléments méthodologiques	8
1. Approche systémique, intersectorielle et participative	8
2. Étapes logiques	10
PROBLÉMATIQUE DE DÉPART	12
Public cible	12
Indicateurs épidémiologiques	12
Indicateurs de qualité de vie	15
Problématique	16
Acteurs concernés par la problématique	17
PLAN OPÉRATIONNEL	19
Objectif spécifique	19
Aperçu synthétique des objectifs opérationnels	19
Objectifs opérationnels et activités correspondantes	22
1. Information, sensibilisation et prévention	22
2. Détection, conseil et orientation	25
3. Identification des besoins et prise en charge	28
4. Accès au séjour et aux soins de santé	30
5. Signalement, protection et répression	31
6. Recherche et formation	31
7. Communication	32
8. Coordination, réseautage et gestion de la qualité	33
9. Stratégies nationales et internationales	34



ACTIVITÉS	35
1. Activités éducationnelles transversales	36
spécifiques	39
2. Activités environnementales transversales	43
spécifiques	44
3. Activités institutionnelles transversales	45
spécifiques	46
SOURCES	49
Références du diagnostic épidémiologique et social	49
Références méthodologiques	50
Études menées sur les MGF en Belgique	50
À PROPOS DES MGF	51
Prévalence et distribution	51
Raisons invoquées à la pratique des MGF	52
Circonstances au cours desquelles se déroulent les MGF	52
Le contexte juridique international et les MGF	53
La loi belge et les MGF	53
Les MGF et l'asile	55
LEXIQUE	56

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

Figure 1 : La gestion de cycle de projet	9
Figure 2 : Les diagnostics de l'analyse de situation	10
Figure 3 : Passage de l'étape d'analyse de situation à celle de planification	11
Figure 4 : Prévalence des MGF en Afrique et au Proche-Orient	51
Tableau 1 : Stratégies d'intervention du plan opérationnel des SC-MGF	19



PRÉSENTATION

Cette brochure des Stratégies Concertées de lutte contre les mutilations génitales féminines est une réédition mise à jour et adaptée de la précédente version parue en décembre 2009¹. Elle répond à la production de nouvelles données d'enquête et fait suite à trois journées d'atelier, portant sur l'analyse de récits de risques d'excision, conduites au printemps 2012² et qui ont abouti à affiner certains objectifs et activités précédemment identifiés et à formuler de nouveaux objectifs et activités. Cette édition porte donc sur la mise à jour du diagnostic socio-épidémiologique et du plan opérationnel (principalement sur les axes prévention, détection et protection).

Cette brochure est ...

Le résultat d'un processus participatif : les objectifs et les activités proposés sont le résultat d'un processus de concertation réunissant des acteurs belges représentatifs concernés par les MGF (organismes de terrain, public cible, experts).

Un cadre de référence pour l'analyse et l'action : en 2008, lors des débats organisés à l'occasion de la Journée internationale contre les mutilations génitales féminines, une prise de conscience a eu lieu sur la multiplicité des acteurs et le foisonnement d'actions entreprises pour lutter contre les MGF. Il en est ressorti un besoin d'améliorer la qualité des interventions ainsi que la concertation entre les acteurs. Cette brochure présente une synthèse de la problématique et un plan opérationnel validé par les acteurs concernés.

Cette brochure n'est pas ...

Un guide de bonnes pratiques en matière de lutte contre les MGF : si vous êtes à la recherche de tels outils, rendez-vous sur le site des Stratégies concertées (www.strategiesconcertees-mgf.be),

onglet «outlithèque») où vous pourrez trouver diverses ressources dont un guide à l'usage des professionnels³.

Un manuel de mise en œuvre des activités proposées : la brochure mentionne les activités et les besoins existants mais laisse la liberté d'action à ceux qui souhaiteraient les mettre en place. Par ailleurs, des journées du réseau des SC-MGF sont régulièrement organisées au sein du processus et permettent, selon les thématiques, de faire le point sur les activités.

Pour qui ?

Cette brochure est destinée à tous les acteurs et actrices concerné-e-s par la problématique des mutilations génitales féminines.

Comment l'utiliser ?

Cette brochure peut être utilisée de diverses façons par les acteurs :

- planifier et/ou justifier les activités mises en œuvre au sein de leur organisme,
- se faire une idée du type d'activités qui se font déjà dans le cadre des MGF,
- préciser l'état des lieux des besoins/manques liés à la problématique des MGF,
- trouver des partenaires potentiels pour mener à bien ses propres activités.

Envie de rejoindre le processus ?

Au fondement même des Stratégies Concertées se trouvent des ateliers centrés sur les problèmes rencontrés sur le terrain. Si vous désirez prendre une part active dans le processus et participer à l'un de ces ateliers, vous pouvez vous rendre sur le site des Stratégies Concertées MGF (www.strategiesconcertees-mgf.be) et/ou envoyer un mail à scmgf.be@gmail.com afin d'obtenir de plus amples explications et vous inscrire.

1 DIELEMAN M., RICHARD F., MARTENS V., PARENT F. (2009), *Stratégies Concertées de lutte contre les mutilations génitales féminines. Un cadre de référence pour l'analyse et l'action en Communauté française de Belgique*, Bruxelles, Ed. GAMS Belgique.
2 Les 2 et 22 mars 2012 ainsi que le 24 mai 2012.

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

Ce processus est :

- **participatif** car dès la phase primordiale du processus – l'analyse situationnelle – et ce jusqu'à sa mise en œuvre, il a été fait appel à des groupes représentatifs en lien avec la problématique. Ainsi lors des ateliers et rencontres multiples organisés entre octobre 2008 et janvier 2009, les acteurs-actrices ont évoqué des problèmes auxquels ils-elles étaient confronté-e-s ainsi que les solutions/actions qu'ils-elles avaient trouvées ou envisageaient. Récemment, lors des derniers ateliers 2011/2012, les acteurs-actrices ont réfléchi de concert sur la manière de gérer les cas de signalement.
- **systémique** car aussi bien pour l'analyse situationnelle que lors de l'élaboration des activités, il a été tenu compte de l'ensemble des éléments intervenant dans la problématique (acteurs-actrices, comportements et déterminants) ainsi que de la complexité de leurs interactions.

Quatre grandes parties

La brochure se présente en quatre grandes parties :

1. **La présentation du dispositif** (p.8) répond aux questions : Quelle a été la méthodologie employée ? Quels sont les organes d'appui ? Comment les SC-MGF fonctionnent ?
2. **La présentation de la problématique** (p.12) revient sur une partie de l'analyse de situation et définit la problématique. Elle fournit des données fiables et mises à jour sur :
 - les indicateurs épidémiologiques (p.12)
 - les indicateurs de la qualité de vie (p.15)
 - les acteurs-actrices concerné-e-s (p.17)
3. **Le plan opérationnel possède une double entrée** (p.19) :
 - par objectifs (p.19) : 17 objectifs regroupés en 9 catégories précisent à chaque fois les acteurs qui sont concernés ainsi que les activités à mettre en place
 - par activités (p.35) : 90 activités regroupées en 3 catégories (activités éducationnelles, environnementales et institutionnelles) mentionnent l'objectif auquel elles se rapportent ainsi qu'une proposition d'organismes les prenant en charge.

Historique des SC-MGF

Le 6 février 2008, lors de la Journée internationale de lutte contre les mutilations sexuelles féminines, les acteurs et les actrices présent-e-s aux activités proposées par le GAMS Belgique se sont aperçus de la multiplicité et de la diversité des acteurs et des activités mises en place dans la lutte contre les MGF. L'idée a alors émergé de mettre en place une plateforme de concertation et de coordination des activités liées à la question des mutilations génitales féminines. C'est ainsi que sont nées, en octobre 2008, les Stratégies Concertées de lutte contre les mutilations sexuelles féminines (SC-MGF).

Les Stratégies Concertées de lutte contre les mutilations génitales féminines sont inspirées d'une expérience de gestion de qualité et de planification dans le secteur de la prévention des IST/SIDA⁴ lancée en 2004, connue sous le nom des Stratégies Concertées de prévention des IST/SIDA (SC-SS) et encadrée par l'Observatoire du sida et des sexualités (Université Saint-Louis – Bruxelles). Il s'agit d'un processus collectif réunissant des acteurs-actrices provenant de secteurs divers (professionnels de la santé, politique, public cible, acteurs de terrain) concernés par un même sujet (ici, les MGF).

Le GAMS Belgique, aidé d'un Groupe d'Appui méthodologique (GA) constitué pour encadrer le processus, a créé des espaces de rencontre et d'échanges (sous forme d'ateliers ou de journées réseau) au sein desquels des acteurs-actrices réfléchissent de manière collective sur la construction d'un cadre de référence commun pour l'analyse et l'action afin de produire une analyse situationnelle et d'élaborer un plan opérationnel.

4. **Les sources de ce travail** (p.49) ainsi que des **données complémentaires sur les MGF** – notamment anthropologiques et législatives (p.51).

En fonction de vos intérêts, reportez-vous directement à la section adéquate.

4 MARTENS V., PARENT F. et al. (décembre 2006), *Stratégies Concertées du secteur de la prévention des IST/SIDA en Communauté française 2007-2008*, Bruxelles, Observatoire du sida et des sexualités (FUSL).



DISPOSITIF

SOUTIEN MÉTHODOLOGIQUE

S'appuyant sur les acquis des Stratégies Concertées du secteur de la prévention des IST/SIDA, l'**Observatoire du sida et des sexualités** apporte un soutien méthodologique à la démarche du GAMS Belgique et participe à la coordination des étapes du processus⁵.

Un **groupe d'appui méthodologique** composé de représentant-e-s de divers secteurs concernés⁶ a été constitué. Il a pour mission générale de piloter le processus et de garantir sa qualité. Plus spécifiquement, le GA est chargé :

- de veiller à la validité du dispositif méthodologique, notamment en fournissant des pistes de travail ainsi qu'en assurant la contradiction et la diversité des approches ;
- d'assurer le suivi et l'orientation du processus lors de ses différentes étapes ;
- de contribuer à l'élaboration des différents documents en lien avec le processus.

ATELIERS PARTICIPATIFS

Cette publication résulte d'ateliers participatifs, réunissant un ensemble diversifié de représentant-e-s des secteurs concernés⁷ par les MGF, organisés :

- en 2008-2009⁸ afin de réaliser une analyse de situation de la problématique des mutilations génitales féminines et une planification des interventions nécessaires pour répondre à la problématique ;

- en 2012⁹ afin de mettre à jour le plan opérationnel sur le plan du continuum détection-prévention-signalement ainsi que faire l'état d'avancement de la mise en œuvre du plan opérationnel de 2009.

ÉVOLUTION DU DISPOSITIF

Après la phase de démarrage des SC-MGF qui correspondait à l'analyse de situation et la planification des activités, un besoin de concertation pour l'opérationnalisation des activités s'est fait sentir au sein des associations spécialisées (GAMS, INTACT, CL-MGF). Un comité de concertation opérationnel (CCO) a été mis sur pied début 2013 pour piloter le réseau des Stratégies concertées en stimulant et en coordonnant les activités de terrain: élaboration d'outils communs, organisation d'ateliers thématiques, partage des agendas, etc.

ÉLÉMENTS MÉTHODOLOGIQUES

1. APPROCHE SYSTÉMIQUE, INTERSECTORIELLE ET PARTICIPATIVE

Les SC-MGF reposent sur la gestion de cycle de projet qui est une méthode de planification par programme, c'est-à-dire «une méthode rationnelle et logique pour concevoir et réaliser des activités et des services de santé en mobilisant de façon organisée des ressources appropriées»¹⁰. Cette méthode recourt à l'outil du cadre logique et

5 L'Observatoire coordonne par ailleurs les Stratégies Concertées du secteur de la prévention des IST/SIDA en Communauté française.

6 Pour la composition du GA, voir 2e de couverture.

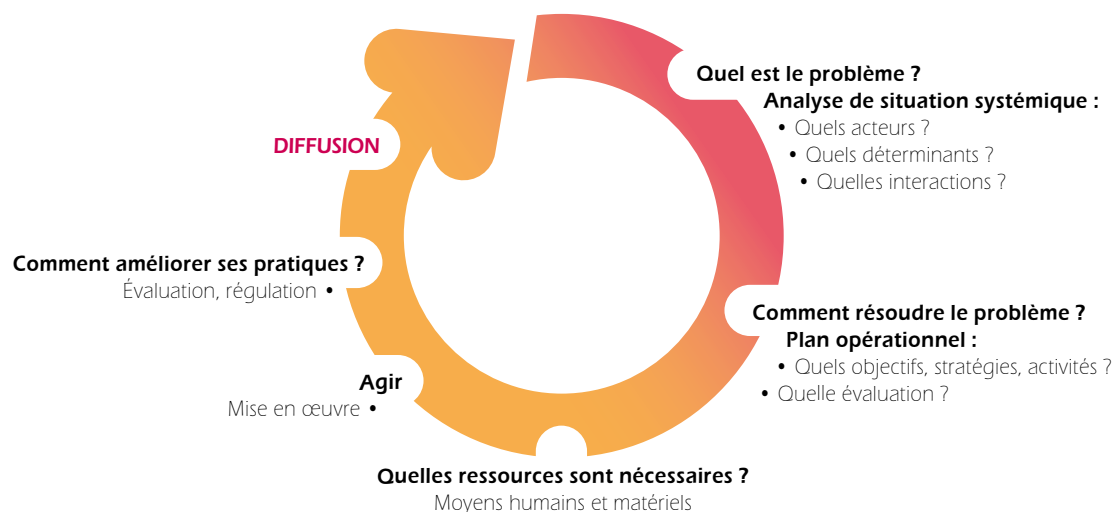
7 Pour la liste des participants, voir page 1.

8 Ces ateliers se sont déroulés durant cinq journées : les 21 octobre et 7 novembre 2008 (ateliers d'analyse de situation) ; les 18 et 20 novembre 2008 (ateliers de planification) ; le 30 janvier 2009 (atelier de validation).

9 Ces ateliers se sont déroulés durant 3 journées : les 2 mars, 22 mars et 24 mai 2012 (atelier sur la prévention-détection-signalement)

10 PINEAULT R. & DAVELUY C. (1995), *La Planification de la santé : concepts-méthodes-stratégies*. Québec, Éditions Nouvelles.

Figure 1 : La gestion de cycle de projet



définit les étapes logiques d'un programme (voir figure 1), à savoir : l'analyse de la situation ; l'élaboration d'un cadre d'action ; la budgétisation ; l'évaluation.

Le modèle de planification proposé et adapté¹¹ à la problématique est le modèle PRECEDE-PROCEED de Green et Kreuter¹² (Figure 1). Celui-ci permet d'analyser une problématique (phase PRECEDE¹³) en tenant compte de sa nature multifactorielle et en classant les déterminants qui contribuent à cette problématique en catégories. Ces catégories sont : les comportements, l'éducation, l'environnement, le domaine politique et administratif et les variables sociodémographiques.

À partir de l'analyse de situation et dans une même vision systémique, la planification (phase PROCEED¹⁴) consiste à déterminer les objectifs et à identifier les activités pertinentes pour agir sur les comportements, l'environnement et les facteurs sociaux. Ces activités sont donc nécessairement multidimensionnelles et multisectorielles.

Tant la phase d'analyse de situation que celle de planification requièrent la participation d'acteurs et d'actrices représentatif-ve-s concerné-e-s par la question traitée. Ces acteurs et actrices sont appelé-e-s à formuler en consensus la problématique, les objectifs et les activités.

11 PARENT F. (mars 2006), *Déterminants éducationnels et facteurs favorables à une meilleure adéquation entre formation et compétences attendues des professionnels de la santé dans les organisations de santé en Afrique. Étude sur la gestion et le développement des ressources humaines en santé*, Thèse de doctorat, Bruxelles, École de Santé Publique de l'ULB.

12 GREEN L.W. & KREUTER M.W. (2005), *Health Program Planning, An Educational and Ecological Approach*. 4th Ed. Mc Graw Hill, <http://www.lgreen.net>

13 L'acronyme PRECEDE signifie «Predisposing, Reinforcing and Enabling Constructs in Educational/Environment Diagnosis and Evaluation» ou «facteurs prédisposants, facilitants et de renforcement identifiés par le diagnostic éducationnel et environnemental et évaluation de ce diagnostic».

14 L'acronyme PROCEED signifie «Policy, Regulatory and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development» ou «Politiques, réglementations et organisations dans le développement éducationnel et environnemental».

2. ÉTAPES LOGIQUES

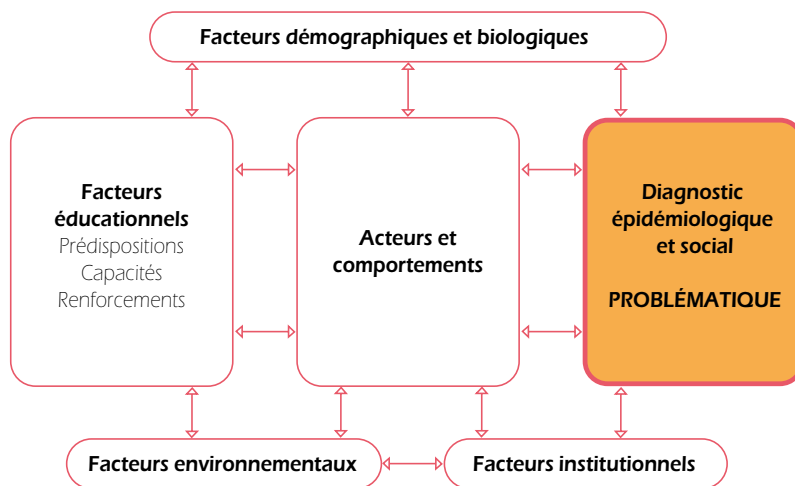
1. La phase d'analyse de situation se déroule selon les étapes suivantes :

- Pour le **public cible** considéré, un **diagnostic épidémiologique et social** est réalisé en recensant les données scientifiques et les observations de terrain disponibles.
- La formulation de la **problématique** se fait sur base d'un consensus en retenant et en synthétisant les variables les plus pertinentes du diagnostic.
- Une fois la problématique définie, les **acteurs et actrices** qui y contribuent et leurs **comportements** sont identifiés et répertoriés dans le diagnostic comportemental. Il s'agit du public cible (et éventuellement de sous-catégories de ce public cible), mais aussi des acteurs et actrices qui ont, directement ou indirectement, des interactions avec ce public et/ou avec la problématique.
- Une fois les acteurs-actrices et leurs comportements identifiés, les **facteurs (déterminants)** en lien avec ces comportements sont recherchés et classés dans les diagnostics adéquats.

- › **Les facteurs éducationnels et motivationnels** «prédisposants» (représentations, connaissances, attitudes, croyances, intentions), «rendant capable» (savoir-faire, capacités, compétences) ou «renforçants» (influence des pairs, mécanismes de récompense) sont listés dans le diagnostic éducationnel et motivationnel.
- › **Les facteurs de l'environnement** (physique et social) sont répertoriés dans le diagnostic environnemental.
- › **Les facteurs institutionnels** (politiques et administratifs) sont recensés dans le diagnostic institutionnel.
- › **Les facteurs sociodémographiques** (âge, niveau d'instruction, statut socio-économique, genre, etc.) et biologiques (toute caractéristique biologique qui a un impact sur la problématique ou les comportements) sont répertoriés dans le diagnostic correspondant.

Afin de rendre compte de l'interdépendance des facteurs à l'œuvre dans les situations concrètes, les diagnostics de l'analyse de situation sont pensés et analysés en lien les uns avec les autres, ainsi que l'illustre la figure 2.

Figure 2 : Les diagnostics de l'analyse de situation



2. La phase de planification consiste à construire un cadre logique (ou plan opérationnel) qui définit les stratégies d'intervention et les activités à partir de l'analyse de situation.

- Pour le public cible considéré, un **objectif spécifique** est défini à partir de la problématique. Cet objectif spécifique constitue le cadre global et la finalité générale et durable du plan opérationnel.
- La description des comportements des acteurs-actrices permet de formuler des **objectifs opérationnels**. Ceux-ci répondent donc à un ou à des problèmes identifiés dans le diagnostic comportemental et seront traduits concrètement en activités.
- Des **activités éducationnelles, environnementales et institutionnelles** sont définies à partir des facteurs correspondants qu'elles visent à modifier pour atteindre les objectifs opérationnels. Les activités constituent la part la plus concrète du plan opérationnel puisqu'elles sont destinées à être mises en œuvre avec des moyens adéquats.

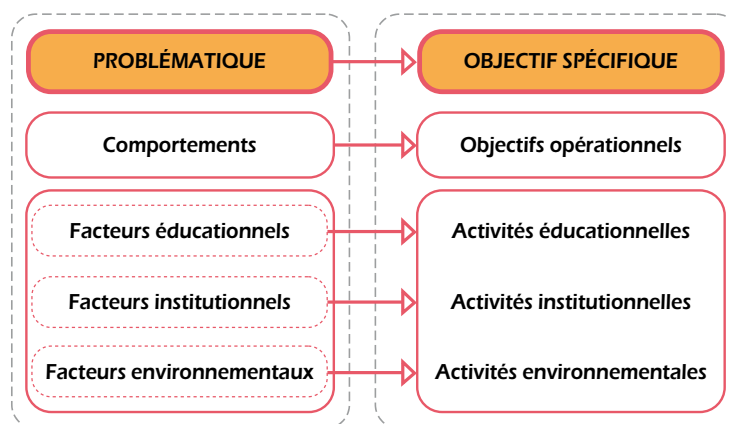
- Dans la phase de planification, des **critères et indicateurs d'évaluation** des objectifs et des activités doivent être définis ainsi que les sources d'information disponibles pour recueillir des données d'évaluation. Cette étape fera l'objet d'ateliers et d'une publication ultérieure.

L'analyse de situation est donc à la base du travail d'opérationnalisation, ainsi que l'illustre la figure 3.

Une analyse cohérente des comportements et de leurs déterminants aboutit ainsi à un système, cohérent lui aussi, d'objectifs opérationnels et d'activités.

Cette approche permet donc, à partir d'une analyse de situation la plus précise et exhaustive possible, d'identifier l'ensemble de l'action à mener, mais aussi les limites de cette action, dans la mesure où tous les déterminants identifiés ne peuvent être modifiés.

Figure 3 : Passage de l'étape d'analyse de situation à celle de planification





PROBLÉMATIQUE DE DÉPART

Pour cette deuxième publication relative au processus des Stratégies Concertées de lutte contre les mutilations génitales féminines, l'accent a été mis sur la présentation du plan opérationnel (section suivante). En ce qui concerne l'analyse de situation, seul le diagnostic épidémiologique et social est présenté en détail ainsi que la problématique formulée sur cette base. Les autres diagnostics (comportemental, éducationnel, environnemental, démographique, institutionnel) élaborés lors des ateliers participatifs font l'objet d'un document de travail qu'il est possible de consulter sur demande auprès du GAMS Belgique.¹⁵

Pour rappel (voir section précédente), le diagnostic épidémiologique et social consiste, à partir de la définition du public cible, à collecter les données existantes pour celui-ci, qu'elles soient quantitatives ou qualitatives et issues de travaux de recherche (recensements statistiques, résultats d'enquêtes spécifiques,...) ou d'expertises de terrain (constats, expériences,...). La formulation de la problématique repose sur les éléments saillants de ce diagnostic.

PUBLIC CIBLE

Le public cible prioritaire est constitué des filles (mineures) et des femmes (majeures) déjà excisées ou à risque de l'être, qu'elles soient belges ou non belges et quel que soit leur statut de séjour.

Le public cible s'étend sur un continuum d'âge incluant les enfants à naître, les nouveau-nés, les petites filles, les adolescentes, les femmes et les (futurs) mères.

Le public cible s'étend également aux garçons, aux hommes, à la famille élargie, à toutes les personnes qui entourent et vivent avec ces jeunes filles et ces femmes excisées ou à risque de l'être.

INDICATEURS ÉPIDÉMIOLOGIQUES

1. DÉFINITION ET TYPOLOGIE DES MGF

- L'OMS définit les MGF comme des «interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme et/ou toute autre lésion des organes génitaux féminins pratiquée à des fins non thérapeutiques»¹⁶.
- Les MGF ont pour effet «de perpétuer des rôles établis en fonction du sexe et ayant valeur de norme qui sont inégaux et néfastes pour les femmes»¹⁷.
- L'OMS classe les MGF en quatre types¹⁸ :
 - › **Type I «Clitoridectomie»** : ablation partielle ou totale du capuchon et/ou du clitoris.
 - › **Type II «Excision»** : ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres.
 - › **Type III «Infibulation»** : rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par l'ablation et l'accolement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres, avec ou sans excision du clitoris.
 - › **Type IV** : toutes les autres interventions nocives pratiquées sur les organes génitaux féminins à des fins non thérapeutiques, comme la ponction, le percement, l'incision ou la cautérisation.
- En pratique, les professionnel-le-s de la santé peuvent éprouver des difficultés à distinguer les mutilations de types I et II. Les clinicien-ne-s classent donc plus souvent les MGF en deux types : «l'excision» et «l'infibulation»¹⁹.

¹⁵ STRATÉGIES CONCERTÉES DE LUTTE CONTRE LES MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES (2009), *Un cadre de référence pour l'analyse et l'action. Analyse de situation 2008-2009*. Document de travail.

¹⁶ OMS (2008), *Éliminer les mutilations sexuelles féminines*, Déclaration inter-institutions HCDH, OMS, ONUSIDA, PNUD, UNCEA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM.

¹⁷ *Ibid.*

¹⁸ *Ibid.*

¹⁹ AMY J-J & RICHARD F. (2009), "Les mutilations génitales féminines", In *Guide des Consultations Périnatales ONE-GGOLFB* (Chap. 56), Bruxelles, De Boeck, p. 524-536.



2. PRÉVALENCE DES MGF DANS LE MONDE

- Le nombre de filles et femmes ayant déjà subi un des trois premiers types de mutilations est estimé entre 100 et 140 millions au niveau mondial selon l'OMS²⁰.
- Les MGF sont principalement répertoriées, dans des proportions variables, dans 28 pays d'Afrique subsaharienne (Mauritanie, Sénégal, Gambie, Guinée-Conakry, Guinée-Bissau, Mali, Sierra Leone, Liberia, Côte d'Ivoire, Burkina Faso, Ghana, Togo, Bénin, Niger, Nigeria, Cameroun, Tchad, Centrafrique, Égypte, Soudan, Ethiopie, Erythrée, Djibouti, Somalie, Kenya, Ouganda, Tanzanie, Congo Brazzaville) et dans les pays de la péninsule arabique (Yémen, Emirats Arabes Unis, Sultanat d'Oman). Dans une moindre mesure, des MGF sont pratiquées par certains groupes au Moyen-Orient (Irak, Israël), en Asie (Inde, Indonésie, Malaisie) et en Amérique latine (Colombie, Pérou)²¹.
- En 2004, l'OMS a estimé que 3 millions de femmes et de filles risquaient d'être mutilées chaque année en Afrique²².
- Le nombre exact de femmes mutilées vivant en Europe est encore inconnu, le Parlement européen l'estimait à environ 500 000 en 2009, auquel s'ajouteraient 180 000 femmes ou filles à risque de l'être²³.
- Des MGF ont été pratiquées en France dans les années 1980. Aujourd'hui elles auraient principalement lieu dans le pays d'origine lors de voyages temporaires ou lors d'un retour au pays pour un mariage forcé²⁴.

3. PRÉVALENCE DES MGF EN BELGIQUE

- Au 1er janvier 2008, on estimait à 22 840, le nombre de femmes et filles originaires d'un pays où l'excision est pratiquée. Sur ces 22 840, 6260 sont très probablement excisées et 1975 sont à risque de l'être. La Région flamande (3550 filles et femmes déjà excisées ou à risque de l'être) est la plus touchée par la problématique, suivie de la Région de Bruxelles-Capitale (3037) et de la Région wallonne (1648)²⁵.

- Le nombre de femmes excisées qui accouchent en Belgique est en constante augmentation depuis 1998 (une centaine par an en 1998 contre 600 par an en 2007)²⁶.
- En 2003, une enquête réalisée à Liège auprès de sages-femmes et de gynécologues (55 répondant-e-s/132 questionnaires envoyés), montrait que 45,5% des répondant-e-s (25/55) avaient rencontré un ou des cas de MGF au cours des deux dernières années. Sept demandes de ré-infibulation ont été rapportées et 5 ont été pratiquées²⁷.
- En 2006, une enquête réalisée auprès de gynécologues flamand-e-s (334 répondant-e-s/724 questionnaires envoyés) montrait que 58,4% (195/334) des répondant-e-s avaient vu en consultation une ou des femmes ou des filles mutilées²⁸ :
 - › Parmi 328 répondant-e-s, 6 ont reçu une demande d'excision et 13 ont été questionné-e-s pour savoir si l'excision pouvait se faire en Belgique.
 - › Parmi 168 répondant-e-s confronté-e-s à une ou des femmes infibulées, 27% ont fait face à une demande de ré-infibulation²⁹ : 18 l'ont faite, dont 7 ont pratiqué une ré-infibulation totale.
- En 2007, un sondage réalisé auprès de 254 membres du Groupement des Gynécologues Obstétriciens de Langue Française de Belgique (GGOLFB) révèle que 8 demandes d'excision ou d'infibulation ont été formulées cette année-là³⁰.

20 OMS, 2008, *Op. cit.*

21 *Ibid.*

22 *Ibid.*

23 PARLEMENT EUROPÉEN (2009). *Lutte contre les mutilations sexuelles féminines pratiquées dans l'UE*. Résolution du 24 mars 2009 (2008/2071(INI)).

24 ANDRO A. & LESCLINGRAND M. (2007), «Lutte contre les mutilations sexuelles féminines : le point sur la situation en Afrique et en France», *Population & Sociétés*, n° 438.

25 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.

26 *Ibid.*

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

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

29 Bien que l'article 409 du code pénal ne mentionne pas spécifiquement la ré-infibulation, l'acte de refermer complètement le sexe d'une femme après un accouchement pourrait être considéré comme une mutilation génitale féminine par le législateur et donc puni par la loi. Les gynécologues qui ont ré-infibulé disent avoir agi par méconnaissance de la loi, par «respect de la culture», pour répondre à une demande d'une femme adulte et consentante, pour éviter que cela se fasse dans de plus mauvaises conditions dans la clandestinité. Certains gynécologues décrivaient leur acte comme simplement «recoudre le sexe d'une femme dans l'état où on l'a trouvé». A ce jour, aucun médecin n'a été condamné pour ré-infibulation bien que les études montrent que cela a été pratiqué en Belgique. Aujourd'hui les deux associations professionnelles de gynécologie GGOLFB et VVOG ont des directives claires contre la ré-infibulation.

30 GUTIERREZ R. (2008), «Pas d'interdit sur le certificat de virginité», *Le Soir* (édition du 15 novembre).



- En 2009, une étude statistique réalisée par Fedasil concernant les femmes et/ou les filles résidant dans les structures d'accueil pour demandeurs et demandeuses d'asile et étant à risque d'avoir vécu ou de vivre, en cas de retour, une MGF, estime à 340 le nombre de femmes certainement mutilées sur les 598 femmes originaires de pays où l'excision ou l'infibulation est pratiquée³¹.

4. NATIONALITÉ ET ORIGINE DES FEMMES ET DES FILLES EXCISÉES ET À RISQUE DE L'ÊTRE EN BELGIQUE

- En Belgique, près de 80 % des femmes concernées par cette problématique sont originaires de 10 pays d'Afrique : Guinée-Conakry, Somalie, Nigeria, Ethiopie, Côte d'Ivoire, Sierra Leone, Sénégal, Burkina Faso et Mali³².
- En 2011, les femmes demandeuses d'asile au motif du risque de MGF étaient originaires de 24 pays différents (375 dossiers traités) mais la majorité était originaire de Guinée-Conakry (254) suivie du Kenya (12), Nigeria (12), Somalie (11) et Sénégal (10)³³.
- La majorité des femmes qui sont venues pour la première fois au GAMS en 2011 sont originaires de Guinée-Conakry. Dans les années 2000, la majorité des femmes venaient de Djibouti et de Somalie³⁴.
- Les pays d'origine les plus fréquents des femmes excisées ou infibulées ayant consulté les gynécologues en Flandre en 2006 étaient : la Somalie, l'Ethiopie, le Nigeria, l'Egypte, le Mali et le Sénégal³⁵.
- Les principaux pays d'origine des 340 femmes certainement mutilées résidant au sein du réseau d'accueil pour demandeurs et demandeuses d'asile en 2009 sont : la Guinée-Conakry (215), la Somalie (37), le Soudan (11), l'Ethiopie (10)³⁶.

- Plus de la moitié des accouchements de femmes excisées en Belgique concerne trois pays : la Guinée-Conakry, la Somalie, et le Nigeria avec respectivement 27,5%, 13,8% et 10,2 % des accouchements de femmes excisées³⁷.

5. DROIT D'ASILE DES FEMMES ET DES FILLES EXCISÉES ET À RISQUE DE L'ÊTRE EN BELGIQUE

Les dossiers de demande d'asile traités par le CGRA où la crainte d'une mutilation génitale pour son enfant ou pour soi-même est citée comme motif sont en augmentation depuis 2008, mais les pourcentages de reconnaissance varient d'une année à l'autre :

- En 2007 : 83 dossiers ont été traités pour ce motif et 47 ont obtenu une décision positive (56% de reconnaissance) ;
- En 2008 : 185 dossiers ont été traités et 141 ont été reconnus (76%) ;
- En 2009 : 160 dossiers ont été traités et 100 ont obtenu une reconnaissance (62%) ;
- En 2010 : 210 dossiers ont été traités et 112 ont obtenu une reconnaissance (53%) ;
- En 2011 : 375 dossiers ont été traités et 260 ont obtenu une reconnaissance (69%)³⁸.
- Une étude de jurisprudence, portant sur 143 arrêts prononcés par le Conseil du Contentieux des Étrangers (CCE) entre février 2008 et mai 2011 concernant des dossiers de demandes d'asile invoquant des MGF ou des mariages forcés, relève des différences de traitements entre les chambres francophones et néerlandophones. Pour ces cas, les chambres néerlandophones ne se prononcent pas sur un rattachement à un critère de la Convention de Genève et ne concluent quasiment jamais à un besoin de protection internationale. La proportion d'arrêts positifs est beaucoup plus faible lors d'un recours au CCE du côté néerlandophone³⁹.

Si les femmes ont été déboutées de leur demande d'asile, elles devraient normalement pouvoir invoquer un statut de séjour sur base d'une demande de régularisation pour raisons humanitaires, les MGF étant considérées comme une atteinte à un droit fondamental (en particulier, violation de l'article 3

31 JAQUI S. (2009), «Femmes excisées ou à risque d'excision dans les structures d'accueil en Belgique», Études Fedasil.

32 DUBOURG D. & RICHARD F. : 2010, *Op. cit.*

33 CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS (14 juin 2012), Octroi de l'asile en cas de risque de mutilations génitales féminines, Réponse de la Secrétaire d'État à l'Asile et la Migration, à l'Intégration sociale et à la Lutte contre la Pauvreté à la question parlementaire n°163 du 9 mars 2012 de Mme Zoé Genot, Députée.

34 Rapport d'activités de l'année 2011 du GAMS Belgique

35 LEYE E., YSEBAERT I., DEBLONDE J., CLAYS P., VERMEULEN G., JACQUEMYN Y. & TEMMERMAN M. : 2008, *Op. cit.*

36 JAQUI S. : 2009, *Op. cit.*

37 DUBOURG D. & RICHARD F. : 2010, *Op. cit.*

38 CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS : 14 juin 2012, *Op. cit.*

39 INTACT asbl (2012), *La protection internationale et les mutilations génitales féminines. Les 11 recommandations d'INTACT*, Bruxelles, Ed. INTACT asbl.

de la CEDH). Cependant, il est extrêmement difficile pour les femmes d'obtenir cette régularisation, sauf si des complications médicales ou psychologiques des MGF sont telles qu'elles pourraient entrer en considération pour une régularisation médicale (art. 9ter de la loi du 15 décembre 1980).

6. ÂGES DES FEMMES ET DES FILLES EXCISÉES ET À RISQUE DE L'ÊTRE EN BELGIQUE

- Le risque d'être excisée existe dès le jour de la naissance et se poursuit jusqu'à l'âge adulte, sans oublier le risque de ré-excision et de ré-infibulation chez l'enfant comme chez l'adulte.
- Au 1er janvier 2008, les 8235 filles et femmes excisées ou à risque de l'être en Belgique se répartissaient comme suit : 1190 filles de moins de 5 ans, 1690 filles et jeunes filles de 5 à 19 ans, 4905 femmes de 20 à 49 ans et 450 femmes de plus de 50 ans⁴⁰.
- Entre 2009 et novembre 2012, le GAMS Belgique et INTACT asbl ont reçu 29 signalements pour des faits relatifs aux mutilations génitales féminines ; sur ces 29 signalements, 20 cas concernaient des petites filles à risque d'excision⁴¹.

INDICATEURS DE QUALITÉ DE VIE

7. VULNÉRABILITÉS LIÉES À LA MIGRATION

- Dans le pays d'arrivée, les femmes migrantes et leurs familles souffrent de problèmes liés à la procédure de séjour, de difficultés d'accès à l'aide sociale et aux soins de santé, de revenus faibles, d'isolement social et familial, voire de situations d'esclavage domestique. Elles ont un accès restreint à l'information eu égard à la faible maîtrise des langues nationales.
- Les problèmes liés au statut de séjour sont particulièrement visibles pour les demandeuses d'asile résidant dans les centres d'accueil (conditions de vie difficiles) et pour les primo-arrivantes (faible couverture des besoins de base : logement, santé et alimentation).

8. FORMATION ET EMPLOI

- Les femmes migrantes éprouvent des difficultés à suivre une formation en raison de la garde des enfants et de la réticence des hommes de leur entourage.
- Certaines femmes migrantes souffrent d'un manque d'autonomie.

9. SCOLARISATION

- Des filles mutilées peuvent manquer l'école ou éprouver des problèmes de concentration suite aux complications des MGF (problèmes pour uriner, douleurs), sans qu'elles aient pu parler du problème, ni qu'elles aient été diagnostiquées. Elles trouvent peu de soutien auprès de leurs enseignant-e-s ou de la médecine scolaire qui connaissent mal le problème⁴².

10. LOGEMENT

- Les familles vivent souvent dans des logements précaires et exigus.
- La vie en communauté entraîne une forte pression sociale sur les femmes et les filles.

11. ACCÈS À L'AIDE SOCIALE

- Une famille en séjour illégal en Belgique qui craint de rentrer au pays en raison d'un risque de MGF (cas de force majeure) peut théoriquement revendiquer un droit à l'aide sociale auprès d'un CPAS. Les pratiques de ces derniers varient toutefois. En cas de refus et de recours devant les tribunaux du travail, la jurisprudence n'est pas uniforme.

12. SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

- Selon l'OMS, les conséquences des MGF sur les femmes peuvent être de divers ordres :
 - › 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.

⁴⁰ DUBOURG D. & RICHARD F. : 2010, *Op. cit.*

⁴¹ DE BROUWERE M., RICHARD F. & DIELEMAN M. (2012), «Recherche action sur les cas de signalement de MGF en Belgique : Enseignements et recommandations du terrain en vue de l'élaboration d'un protocole de protection, juin 2012-janvier 2013 : résultats préliminaires au 23 novembre 2012», communication lors du colloque du 23 novembre 2012 «Vers un protocole de prévention et de protection des enfants victimes de mutilations génitales féminines ?», organisé par l'asbl INTACT.

⁴² SPF SANTÉ PUBLIQUE, SECURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT ET GAMS Belgique : 2011, *Op. cit.*



- › 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, anxiété, dépression).
- Selon l'enquête menée en 2006 auprès de gynécologues flamand-e-s, 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'infertilité⁴³.
- 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 excision⁴⁴.
- Les femmes subissent également le tabou qui entoure l'excision et ne parlent pas de leur souffrance avec leur entourage⁴⁵.
- Dans la migration, certaines femmes excisées prennent conscience de leur mutilation et de ses effets sur leur santé sexuelle et peuvent se sentir «diminuées» dans leur identité de femme⁴⁶.
- L'opération de reconstruction du clitoris a été pendant longtemps pratiquée seulement en France (où elle est remboursée depuis 2006) ce qui obligeait les femmes résidant en Belgique à demander un remboursement par leur mutuelle belge (qui n'était pas toujours accordé). En Belgique l'intervention et son remboursement devraient être possibles en 2013 dans des centres agréés par le SPF Santé publique, centres garantissant une prise en charge multidisciplinaire.

43 LEYE E., YSEBAERT I., DEBLONDE J., CLAYES P., VERMEULEN G., JACQUEMYN Y. & TEMMERMAN M. : 2008, *Op. cit.*

44 BEHRENDT A. & MORITZ S. (2005), «Posttraumatic stress disorder and memory problems after Female Genital Mutilation», *American Journal of Psychiatry*, n°162, p.1000-1002.

45 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, Ed. GAMS Belgique.

46 *Ibid.*

13. ÂGE AU MARIAGE

- Une partie des filles et femmes demandeuses d'asile originaires des pays subsahariens où se pratiquent les MGF ont également connu des situations de mariage précoce et/ou de mariage forcé.

14. STIGMATISATION

- Les MGF sont abusivement associées à l'Afrique subsaharienne et à l'Islam et sont vues sous l'angle de la «barbarie». Les membres de ces communautés souffrent de stigmatisation.

PROBLÉMATIQUE

Les constats principaux tirés du diagnostic socio-épidémiologique mis à jour ont été formulés comme suit :

- En Belgique, les MGF touchent en premier lieu les femmes et les filles, excisées ou infibulées et à risque de l'être, originaires de plusieurs pays d'Afrique subsaharienne et de la péninsule arabique, et dans une moindre mesure du Moyen-Orient, d'Asie et d'Amérique latine. Les MGF ont des répercussions directes et indirectes sur la santé, la sexualité et la santé mentale des femmes et des filles.
- En second lieu, les hommes et les membres de la famille et de la communauté souffrent également des effets des MGF (problèmes de santé, décès, problèmes sexuels, problèmes relationnels dans le couple et la famille, stigmatisation...).
- Pour les femmes migrantes, les MGF constituent une source supplémentaire de vulnérabilité. En contexte migratoire, les filles risquent d'être excisées ou infibulées aussi bien dans le pays d'accueil qu'à l'occasion d'un voyage dans le pays d'origine.
- Les MGF constituent des atteintes aux droits humains des filles et des femmes en matière de santé, d'intégrité physique et mentale et d'autonomie. En cela les MGF constituent une violence sexospécifique : elles sont une manifestation de l'inégalité entre les sexes et traduisent le contrôle social exercé sur les femmes.
- Le manque de données en matière de prévalence et de risque de MGF en Belgique ne favorise pas la mise à l'agenda politique ni la mobilisation des intervenant-e-s concerné-e-s.

ACTEURS CONCERNÉS PAR LA PROBLÉMATIQUE

La liste suivante reprend l'ensemble des acteurs-actrices concerné-e-s par la problématique et identifié-e-s lors des ateliers participatifs. Au total, 69 acteurs-actrices regroupé-e-s en 17 catégories ont été répertorié-e-s. Figurent dans cette liste non seulement des participant-e-s aux Stratégies Concertées de lutte contre les MGF, mais également d'autres acteurs-actrices identifié-e-s comme jouant un rôle par rapport à la problématique et qui n'ont pas encore pu être mobilisés dans le processus.

Pour chacun-e de ces acteurs-actrices, un ou des «comportement(s)» en lien avec la problématique ont été formulés et pour ces derniers, des facteurs éducationnels, environnementaux, démographiques et institutionnels ont été pointés. Ces diagnostics (comportemental, éducationnel, environnemental, démographique, institutionnel) ne figurent pas dans cette publication. Ils sont consultables sur demande auprès du GAMS Belgique.

1. PUBLIC CIBLE

- Femmes mutilées (dont demandeuses d'asile et primo-arrivantes)
- Filles mineures

2. COMMUNAUTÉS

- Familles (proche et élargie) dans les pays d'origine et dans les pays d'immigration
- Hommes et garçons
- Élèves (pairs)
- Associations africaines, représentant-e-s culturel-le-s et leaders communautaires

3. LEADERS RELIGIEUX

- Leaders religieux chrétiens (pasteurs, curés) et musulmans (imams)
- Enseignants des écoles coraniques

4. EXCISEURS-EXCISEUSES (AUCUN CAS PROUVÉ EN BELGIQUE)

- Tradipraticien-ne-s et exciseuses
- Médecins et sages-femmes qui pratiquent l'excision

5. PROFESSIONNEL-LE-S DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL

- Médecins généralistes
- Pédiatres
- Gynécologues
- Infirmier-ère-s
- Sages-femmes
- Sexologues et psychologues (notamment dans les centres de planning familial)
- Conseillers et conseillères conjugaux et familiaux
- Ordre des médecins
- Associations professionnelles des pédiatres (SBP, GBPF), gynécologues (GGOLFB), médecins généralistes (SSMG) et sages-femmes (UPSfB)
- Fédérations de centres de planning familial
- Crèches et maisons maternelles
- ONE
- Travailleurs médico-sociaux (TMS)
- Services de médecine scolaire PSE/PMS
- Centres d'écoute téléphonique
- Équipes SOS Enfant
- CPAS
- MSF, MDM
- Maisons médicales
- Travel Clinics

6. STRUCTURES D'ACCUEIL POUR DEMANDEURS D'ASILE ET AGENCES DE TRAITEMENT DES DEMANDES DE SÉJOUR

- Travailleurs-euses sociaux-sociales et professionnel-le-s de la santé (médecins, infirmier-ère-s et psychologues) des structures d'accueil pour demandeurs-demandeuses d'asile gérées par Fedasil
- Commissariat Général aux Réfugiés et Apatrides (CGRA)
- Office des étrangers et police des frontières

7. AIDE ET PROTECTION DE LA JEUNESSE

- SAJ et SPJ
- Éducateurs-trices (dans les homes)

8. POLICE

- Polices locales (section jeunesse et familles) et police fédérale
- La Section agression de la Police fédérale (et les Services agression)



9. AVOCAT-E-S ET MAGISTRAT-E-S

- Avocat-e-s
- Magistrat-e-s du Parquet, juges du siège (juges d'instruction, juges correctionnel-le-s, juges des référés, juges de la jeunesse), magistrat-e-s du Tribunal du travail, du Conseil du contentieux des étrangers et du Conseil d'État

10. ENSEIGNEMENT

- Enseignant-e-s du primaire et du secondaire
- Enseignant-e-s des facultés de médecine, d'écoles d'infirmier-ère-s et de sages-femmes

11. RECHERCHE

- Étudiant-e-s (des filières : sages-femmes, psychologie, communication, santé publique, anthropologie)
- ICRH, IMT et autres Instituts et centres de recherche
- Anthropologues et sociologues

12. POLITIQUES ET SERVICE PUBLICS FÉDÉRAUX

- Partis politiques, député-e-s et ministères
- Législateur-trice
- Ministère de la justice
- Ministères de la santé (fédéral, régional et communautaire)
- Ministère de l'éducation
- Ministère de l'intérieur
- Ministère des affaires sociales
- Ministère des affaires étrangères
- Ministère asile et immigration
- Ministère de l'égalité des chances
- Direction générale coopération au développement et aide humanitaire (DGD)
- Consulats, ambassades

13. ÉGALITÉ DES CHANCES

- Institut pour l'égalité des femmes et des hommes
- Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme

14. ASSOCIATIONS, ONG ET ORGANISATIONS INTERNATIONALES ENGAGÉES DANS LA LUTTE CONTRE LES MGF

- Secteur associatif belge, ONG belges et internationales (Euronet FGM, CI-AF, Amnesty International Irlande et sa campagne européenne «End FGM»)
- Coopération technique belge
- Organisations de terrain spécialisées dans les MGF (GAMS Belgique, INTACT, CL-MGF)
- Associations féministes
- Organisations internationales (OMS, UNICEF, UNHCR)

15. BAILLEURS NATIONAUX ET INTERNATIONAUX

- Gouvernements
- Commission européenne
- Fondations

16. ARTISTES & MÉDIAS

- Écrivain-e-s, dramaturges et cinéastes
- Médias et journalistes

17. GRAND PUBLIC



PLAN OPÉRATIONNEL

Pour rappel (voir section méthodologique), le plan opérationnel se compose : d'un objectif spécifique formulé à partir de la problématique et qui cadre l'ensemble des stratégies ; d'objectifs opérationnels définis à partir des «comportements» des acteurs-atrices ; et d'une série d'activités concrètes visant à influencer les déterminants de ces comportements.

Dans cette publication, les objectifs opérationnels détaillés ainsi que les contenus précis des activités sont présentés dans deux sections séparées. Les lecteurs-lectrices pourront ainsi concentrer leur attention sur l'un ou l'autre niveau.

OBJECTIF SPÉCIFIQUE

- Prévenir les MGF parmi les personnes à risque présentes en Belgique ;
- Réduire l'impact sanitaire, psychologique et social des MGF par une prise en charge globale des filles et des femmes mutilées et de leur entourage ;
- Réduire les vulnérabilités des migrant-e-s liées aux trajectoires migratoires et à l'accueil sur le territoire belge ;
- Disposer de données fiables et régulièrement mises à jour pour mieux connaître la problématique en Belgique sur les plans quantitatif et qualitatif.

Cet objectif spécifique s'inscrit dans la perspective des Droits Humains, tels qu'énoncés dans la Déclaration universelle des droits de l'Homme adoptée le 10 décembre 1948 par l'Assemblée générale des Nations Unies, la Convention Européenne des droits de l'Homme, les différents Programmes d'Action des Nations Unies ainsi que la récente résolution de l'Assemblée générale des Nations Unies relative à l'intensification des efforts mondiaux en vue d'éradiquer les MGF. La Convention d'Istanbul du 11 mai 2011 (qui n'est pas encore en vigueur) obligera les États membres à mettre en place des mesures de prévention de MGF et constituera un nouveau cadre au niveau du Conseil de l'Europe sur la lutte contre les violences faites aux femmes.

APERÇU SYNTHÉTIQUE DES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Pour atteindre l'objectif spécifique du plan opérationnel des SC-MGF, 17 objectifs opérationnels ont été formulés, puis regroupés en 9 catégories selon les stratégies d'intervention (tableau 1).

Tableau 1 : Stratégies d'intervention du plan opérationnel des SC-MGF	
1	INFORMATION, SENSIBILISATION ET PRÉVENTION
2	DÉTECTION, CONSEIL ET ORIENTATION
3	IDENTIFICATION DES BESOINS ET PRISE EN CHARGE
4	ACCÈS AU SÉJOUR ET AUX SOINS DE SANTÉ
5	SIGNALEMENT ET RÉPRESSION
6	RECHERCHE ET FORMATION
7	COMMUNICATION
8	COORDINATION, RÉSEAUTAGE ET GESTION DE LA QUALITÉ
9	STRATÉGIES NATIONALES ET INTERNATIONALES

Les objectifs opérationnels visent soit : des groupes d'acteurs-atrices diversifié-e-s (par exemple «les professionnel-le-s de la santé et du social») ; des groupes d'acteurs-atrices plus homogènes (p. ex. «les acteurs du monde judiciaire») ; des acteurs-atrices spécifiques (p. ex. «les femmes mutilées»). Les acteurs-atrices visé-e-s par chacun des objectifs sont repris-e-s dans l'énoncé de ceux-ci.



1. INFORMATION, SENSIBILISATION ET PRÉVENTION

OBJECTIF 1

Les professionnel-le-s en contact avec le public cible (secteurs psycho-médico-social, enseignement, accueil des étrangers et de l'aide à l'enfance) :

- › font un travail d'information, de sensibilisation et de prévention de qualité auprès des femmes et des hommes, des filles et des garçons, de leur entourage familial et de leurs pairs (élèves, membres de la communauté)

OBJECTIF 2

Les représentant-e-s et les leaders associatifs, culturels, communautaires et religieux :

- › se mobilisent contre les MGF,
- › et relaient les actions d'information, de sensibilisation et de prévention.

OBJECTIF 3

Les filles mineures à risque de mutilation et leur entourage familial :

- › disposent des ressources nécessaires pour se protéger ou protéger une proche des mutilations génitales en favorisant leur capacité à agir et leur autonomie.

2. DÉTECTION, CONSEIL ET ORIENTATION

OBJECTIF 4

Les professionnel-le-s en contact avec le public cible (secteurs psycho-médico-social, enseignement, accueil des étrangers et de l'aide à l'enfance) :

- › sont sensibilisé-e-s à la problématique des MGF,
- › sont attentif-ve-s aux cas ou aux risques de MGF,
- › conseillent et orientent les filles, les femmes et les familles vers les services adéquats,
- › et le cas échéant, signalent les situations de danger.

OBJECTIF 5

Les médecins en contact avec les enfants des deux sexes :

- › accordent une attention particulière à l'intégrité des organes génitaux externes dans le cadre de l'examen général de l'enfant,
- › et pour les filles, sont en mesure d'identifier les cas ou les risques de MGF.

3. IDENTIFICATION DES BESOINS ET PRISE EN CHARGE

OBJECTIF 6

Les professionnel-le-s en contact avec le public cible (secteurs psycho-médico-social, accueil des étrangers, aide et protection de la jeunesse) :

- › sont attentifs-attentives aux cas et aux risques de MGF,
- › identifient les besoins médicaux, sociaux et psychologiques qui y sont liés,
- › prennent en charge les femmes et filles mutilées de manière adéquate et multidisciplinaire intégrant la dimension de genre,
- › et renforcent la capacité des femmes et des filles à agir.

OBJECTIF 7

Les gynécologues, les médecins généralistes, les sages-femmes, les infirmier-ère-s et les TMS de l'ONE en prénatal :

- › diagnostiquent les MGF,
- › adoptent le mode d'accouchement approprié en concertation avec la patiente,
- › ne réinfibulent pas les mères après l'accouchement,
- › et abordent avec les patientes les aspects préventifs pour l'enfant à naître et la fratrie.

OBJECTIF 8

Les femmes mutilées :

- › abordent la question de leur MGF avec les professionnel-le-s concerné-e-s, les associations de terrain,
- › prennent conscience du lien entre MGF et problèmes de santé,
- › disposent des ressources pour se soigner,
- › et intègrent des associations qui renforcent leur capacité et leur autonomie.



4. ACCÈS AU SÉJOUR ET AUX SOINS DE SANTÉ

OBJECTIF 9

Les professionnel-le-s des secteurs social, judiciaire et administratif en contact avec les migrant-e-s :

- › respectent et défendent le droit d'asile (ou à la protection internationale), les droits sociaux, économiques et de santé des filles et des femmes mutilées et à risque de l'être et de leurs familles.

5. SIGNALEMENT, PROTECTION ET RÉPRESSION

OBJECTIF 10

Les services de police et les magistrat-e-s :

- › protègent,
- › investiguent,
- › instruisent,
- › et poursuivent les cas et les tentatives avérés de MGF portés à leur connaissance.

6. RECHERCHE ET FORMATION

OBJECTIF 11

Les acteurs-actrices concerné-e-s par la problématique des MGF :

- › disposent de données qualitatives et quantitatives pertinentes, fiables et actualisées.

7. COMMUNICATION

OBJECTIF 12

Les médias, les journalistes et les artistes (écrivain-e-s, cinéastes, dramaturges,...) :

- › rendent visible la problématique des MGF,
- › se mobilisent contre les MGF,
- › et transmettent des informations pertinentes sur les MGF

OBJECTIF 13

Les organisations de terrain spécialisées dans les MGF (GAMS, INTACT, CL-MGF) :

- › sensibilisent le grand public aux MGF dans un cadre général de violences faites aux femmes

8. COORDINATION, RÉSEAUTAGE ET GESTION DE LA QUALITÉ

OBJECTIF 14

Les professionnel-le-s concerné-e-s par les MGF et en particulier les professionnel-le-s sensibilisé-e-s, formé-e-s et spécialisé-e-s dans la prise en charge des situations de mutilation (diagnostic, conseil, orientation, traitement) :

- › sont connu-e-s et visibles,
- › collaborent et se concertent efficacement au sein d'un réseau de coordination des interventions.

OBJECTIF 15

Les associations de terrain travaillant avec les communautés concernées :

- › développent la capacité à agir et l'autonomie des femmes au sein de leur communauté,
- › et élargissent la couverture de leurs actions en intégrant l'approche de genre basée sur l'égalité femmes-hommes.

9. STRATÉGIES NATIONALES ET INTERNATIONALES

OBJECTIF 16

Les représentant-e-s politiques et les administrations :

- › reconnaissent l'importance de la problématique des MGF,
- › l'intègrent dans leurs programmes,
- › et dégagent des ressources structurelles pour la mise en œuvre de mesures adéquates.

OBJECTIF 17

Les instances et les organismes impliqués dans la coopération au développement :

- › contribuent à la lutte contre les MGF.



OBJECTIFS OPÉRATIONNELS ET ACTIVITÉS CORRESPONDANTES

Cette section détaille la formulation des objectifs opérationnels et présente succinctement les activités éducationnelles, environnementales et/ou institutionnelles qui ont été formulées pour chacun d'entre eux.

Certaines activités sont spécifiques à un seul objectif, tandis que d'autres sont transversales puisqu'elles apparaissent dans au moins deux objectifs. Dans ce cas, elles sont signalées par le sigle ☒.

La section suivante précisera le contenu des activités ainsi que les modalités concrètes de leur mise en œuvre, en désignant notamment un ou plusieurs organismes susceptibles de les réaliser.

1. INFORMATION, SENSIBILISATION ET PRÉVENTION

Les mutilations génitales féminines sont une tradition profondément ancrée dans les structures sociales des communautés concernées. Une approche purement répressive ou purement axée sur la santé et les conséquences psychologiques et physiques de cette pratique ne débouchera pas nécessairement sur un changement des comportements. Sans un travail de sensibilisation et un travail sur le contexte de vie des familles, la tradition est souvent plus forte que la loi et les conséquences sociales de la décision de ne pas exciser une fillette sont jugées pires que les effets sur la santé. Cette norme sociale est complexe et son abandon nécessite souvent une décision collective prise au sein de la communauté afin que les filles qui ne sont pas excisées ainsi que leurs familles ne soient pas déshonorées et rejetées. Cette évolution sociale requiert un environnement favorable, ouvert à la discussion avec les familles et notamment un partenariat avec des alliés stratégiques dans la société civile, les médias et le gouvernement. Le renforcement des capacités des différent-e-s acteurs et actrices en matière de prévention des mutilations génitales est primordial, autant chez les professionnel-le-s que chez les femmes et les filles à risque et leur entourage.

OBJECTIF 1

Les professionnel-le-s en contact avec le public cible (secteurs psycho-médico-social, enseignement, accueil des étrangers et de l'aide à l'enfance) :

- L'ONE
- Les services de médecine scolaire (PSE/PMS)
- Les crèches et les maisons maternelles
- Les gynécologues, les médecins généralistes, les pédiatres, les infirmier-ère-s, les sages-femmes, les maisons médicales, les Travel Clinics
- Les enseignant-e-s du primaire et du secondaire
- Les centres de planning familial
- Les structures d'accueil pour demandeurs et demandeuses d'asile gérées par Fedasil et ses partenaires
- le CGRA, l'office des étrangers
- les centres d'écoute téléphonique, les équipes SOS Enfants
- les SAJ et SPJ
- les éducateurs-éducatrices (des homes)
- les avocat-e-s
- les CPAS

... font un travail d'information, de sensibilisation et de prévention de qualité auprès des femmes et des hommes, des filles et des garçons, de leur entourage familial et de leurs pairs (élèves, membres de la communauté).

ACTIVITÉS ÉDUCATIONNELLES

- 1.1. Réaliser un livret d'information, de prévention et de prise en charge et assurer sa diffusion sur l'ensemble du territoire ☒
- 1.2. Mettre en œuvre des recherches pertinentes, pluridisciplinaires (épidémiologie, démographie, droit et socio-anthropologie, psychologie/sexologie) intégrant l'approche du genre et fiables sur le plan méthodologique et diffuser les résultats ☒
- 1.3. Organiser des journées d'information et de sensibilisation à destination des jeunes dans les écoles primaires et secondaires
- 1.4. Sensibiliser les professionnel-le-s concerné-e-s aux missions et au travail des organismes adéquats ☒
- 1.5. Constituer un réseau de médecins généralistes, de gynécologues et de sages-femmes référents et en informer les professionnel-le-s concerné-e-s
- 1.6. Constituer (identification, formation, soutien) un réseau de juristes référent-e-s et en informer les professionnel-le-s concerné-e-s ☒
- 1.7. Concevoir, diffuser et former les professionnel-le-s aux outils et méthodes pour aborder la question du respect de l'intégrité en fonction des âges des filles à risque de MGF ☒

ACTIVITÉS ENVIRONNEMENTALES

- 1.8. Améliorer l'accès et/ou systématiser le recours aux traductions et à la présence d'interprètes ☒
- 1.9. Disposer d'une liste de médiateurs-médiatrices interculturel-le-s, d'interprètes formé-e-s à la problématique des MGF ☒

ACTIVITÉS INSTITUTIONNELLES

- 1.10. Intégrer la problématique des MGF dans la formation initiale des professionnel-le-s de la santé ☒
- 1.11. Intégrer la problématique des MGF dans la formation continue des professionnel-le-s de la santé ☒
- 1.12. Intégrer l'approche interculturelle dans la formation initiale et continue des professionnel-le-s de la santé et de l'accueil des étrangers
- 1.13. Rédiger et diffuser des circulaires ministérielles dans les secteurs concernés mettant en évidence l'importance de la prévention des MGF ☒
- 1.14. Intégrer les MGF dans les 30 heures de cours consacrées à l'approche théorique et pratique de la diversité culturelle et de la dimension du genre figurant dans la grille horaire minimale du programme de la formation initiale des instituteurs-institutrices et des régent-e-s
- 1.15. Allouer les ressources nécessaires aux associations de médiateurs-médiatrices et traducteurs-traductrices pour systématiser le recours aux traductions
- 1.16. Élaborer et diffuser auprès des professionnel-le-s concerné-e-s un protocole de prévention/détection/prise en charge des MGF ☒
- 1.17. Proposer un module vie affective et sexuelle intégrant les MGF, les mariages forcés, dans les six demi-journées de formation continuée obligatoire par an pour les enseignant-e-s

OBJECTIF 2

Les représentant-e-s et les leaders associatifs, culturels, communautaires et religieux :

- ... se mobilisent contre les MGF,
- ... et relaient les actions d'information, de sensibilisation et de prévention.

ACTIVITÉS ÉDUCATIONNELLES

- 2.1. Sensibiliser les acteurs-actrices des secteurs communautaires, culturels, associatifs et religieux (dont : exécutif des musulmans et des autres religions) à la problématique des MGF
- 2.2. Former les acteurs-actrices communautaires à la prévention des MGF
- 2.3. Mettre en œuvre une collaboration entre le GAMS et l'Exécutif des musulmans de Belgique

ACTIVITÉS INSTITUTIONNELLES

- 2.4. Instaurer un contrôle de l'État sur les imams et interdire de prôner les MGF lors des prêches

OBJECTIF 3

Les filles mineures à risque de mutilation et leur entourage familial :

- ... disposent des ressources nécessaires pour se protéger ou protéger une proche des mutilations génitales en favorisant leur capacité à agir et leur autonomie.

ACTIVITÉS ÉDUCATIONNELLES

- 3.1. Expliquer aux filles et aux garçons ce que sont les MGF, ce que dit la loi, ce qu'il convient de faire si une fille ou quelqu'un de son entourage se retrouve dans une situation à risque
- 3.2. Valoriser et renforcer l'estime de soi et l'autodétermination des filles non mutilées et de leur mère
- 3.3. Organiser des activités de prévention, de sensibilisation et d'information sur les MGF à l'attention des femmes mutilées (dont : futures mères) ☒
- 3.4. Former des femmes relais au sein des communautés pour qu'elles puissent diffuser l'information sur les MGF
- 3.5. Organiser des activités de prévention, de sensibilisation et d'information sur les MGF à l'attention des hommes des communautés concernées
- 3.6. Diffuser et renforcer (par la formation) le recours aux outils de protection des filles non mutilées tels que le carnet de suivi avec examen annuel, le document officiel du ministère des affaires étrangères avant les départs en vacances (rappel de la loi)
- 3.7. Concevoir, diffuser et former les professionnel-le-s aux outils et méthodes pour aborder la question du respect de l'intégrité en fonction des âges des filles à risque de MGF ☒

ACTIVITÉS ENVIRONNEMENTALES

- 3.8. Créer les conditions qui favorisent la participation des femmes aux activités des associations à base communautaire qui intègrent l'approche genre basée sur l'égalité femme-homme ☒

ACTIVITÉS INSTITUTIONNELLES

- 3.9. Inclure la thématique des MGF dans les cours d'éducation à la vie affective et sexuelle dans l'enseignement primaire et secondaire

☒ Activité apparaissant dans au moins deux objectifs.



2. DÉTECTION, CONSEIL ET ORIENTATION

La question de la détection d'un risque d'excision ou du diagnostic d'une excision avérée revient constamment lors des formations avec les professionnel-le-s. A partir de quand s'inquiéter ? Existe-t-il une échelle de risque ? Cette détection passe-t-elle par une discussion avec les parents ? Avec l'enfant ? Faut-il examiner régulièrement les organes génitaux externes des enfants à risque ? Sur quelles bases ? Le pays d'origine ? La connaissance de l'excision chez la mère ou chez une sœur aînée ? Risque-t-on la stigmatisation des enfants ? Faudrait-il au contraire prôner une attention aux organes génitaux externes chez tous les enfants dans le cadre de la médecine préventive dans les consultations ONE et/ou PSE ?

Plusieurs activités conduites en 2012 ont permis d'avancer sur ces questions (ateliers des Stratégies Concertées MGF, groupes de travail, études, colloques) et la réflexion est en marche au sein des différents secteurs. Le défi étant d'arriver à un consensus entre les acteurs-actrices sur la meilleure stratégie de prévention et protection des enfants.

OBJECTIF 4

Les professionnel-le-s en contact avec le public cible (secteurs psycho-médico-social, enseignement, accueil des étrangers et de l'aide à l'enfance) :

En particulier

- Les MG, les pédiatres, les gynécologues, les infirmier-ère-s, les sages-femmes
- Les sexologues (notamment dans les centres de planning familial)
- Les conseillers-conseillères conjugaux-conjugales et familiaux-familiales
- L'ONE
- Les services de médecine scolaire (PSE/PMS)
- Les travailleurs-euses des crèches et maisons maternelles
- Les centres d'écoute téléphonique, les équipes SOS-Enfants
- Les SAJ et SPJ
- Les enseignant-e-s du primaire et du secondaire
- Les éducateurs-éducatrices (des homes)
- Les avocat-e-s
- Le personnel des structures d'accueil pour demandeurs et demandeuses d'asile gérées par Fedasil
- Les CPAS
- Les Travel Clinics

❖ sont sensibilisé-e-s à la problématique des MGF,

❖ sont attentif-ve-s aux cas ou aux risques de MGF,

❖ conseillent et orientent les filles, les femmes et les familles vers les services adéquats,

❖ et le cas échéant, signalent les situations de danger.

ACTIVITÉS ÉDUCATIONNELLES

- 4.1. Améliorer les connaissances et les compétences des MG, pédiatres, gynécologues, infirmier-ère-s et sages-femmes sur la problématique des MGF ☒
- 4.2. Réaliser un livret d'information, de prévention et de prise en charge et assurer sa diffusion sur l'ensemble du territoire ☒
- 4.3. Organiser des réunions d'information avec les professionnel-le-s concerné-e-s
- 4.4. Encourager les gynécologues à évoquer les MGF dans l'anamnèse, à examiner les organes génitaux lors d'une des premières consultations et à mentionner les données récoltées dans le dossier du patient-de la patiente (en vue d'un enregistrement des cas)
- 4.5. Organiser une campagne de sensibilisation validée par les pouvoirs publics à destination des professionnel-le-s concerné-e-s ☒
- 4.6. Mettre en œuvre des recherches pertinentes, pluridisciplinaires (épidémiologie, démographie, droit, socio-anthropologie et psychologie/sexologie) intégrant l'approche de genre et fiables sur le plan méthodologique, et diffuser les résultats ☒

- 4.7. Sensibiliser les professionnel-le-s concerné-e-s aux missions et au travail des organismes adéquats ☒
- 4.8. Informer les professionnel-le-s concerné-e-s au sujet de la loi relative aux MGF ☒
- 4.9. Désigner et former au sein de l'ordre des médecins une personne-ressource en matière de dérogation au secret professionnel et la former à la problématique des MGF ☒
- 4.10. Concevoir, diffuser et former les professionnel-le-s aux outils et méthodes pour aborder la question du respect de l'intégrité en fonction des âges des filles à risque de MGF ☒
- 4.11. Former des personnes de référence dans les organismes généralistes à prendre en charge le suivi d'un cas de MGF (médecins généralistes, gynécologues, sages-femmes, juristes, psychologues, SAJ, police, SOS Enfants)
- 4.12. Étudier la possibilité (éthique, déontologique) d'informer le-la médecin généraliste qui suit la famille en cas de suspicion de MGF, en cas de mutilation avérée pour le suivi de la fratrie.

ACTIVITÉS ENVIRONNEMENTALES

- 4.13. Diffuser régulièrement des outils de sensibilisation actualisés qui intègrent l'analyse de genre ☒
- 4.14. Améliorer l'accès et/ou systématiser le recours aux traductions et à la présence d'interprètes ☒
- 4.15. Disposer d'une liste de médiateurs-médiatrices interculturel-le-s et d'interprètes formé-e-s à la problématique des MGF ☒
- 4.16. Désigner des personnes de référence pour le suivi des cas de signalement MGF au sein des associations spécialisées MGF (GAMS, INTACT, CL-MGF) ☒

ACTIVITÉS INSTITUTIONNELLES

- 4.17. Intégrer la problématique des MGF dans la formation initiale des professionnel-le-s de la santé ☒
- 4.18. Intégrer la problématique des MGF dans la formation continue des professionnel-le-s de la santé ☒
- 4.19. Faire inscrire les MGF dans le volet santé des travailleurs médico-sociaux et des médecins travaillant en consultation de médecine préventive (ONE) ou en crèche
- 4.20. Créer et actualiser une liste de médecins formé-e-s à examiner les femmes mutilées et d'experts dans les grandes villes belges
- 4.21. Élaborer et diffuser auprès des professionnel-le-s concerné-e-s un protocole de prévention/détection/prise en charge des MGF ☒

OBJECTIF 5

Les médecins en contact avec les enfants des deux sexes :

En particulier

- Les MG et les pédiatres
- L'ONE
- Les services de médecine scolaire (PSE/PMS)

❖ accordent une attention particulière à l'intégrité des organes génitaux externes dans le cadre de l'examen général de l'enfant,
❖ et, pour les filles, sont en mesure d'identifier les cas ou les risques de MGF.

ACTIVITÉS ÉDUCATIONNELLES

- 5.1. Sensibiliser les services de médecine scolaire (PSE/PMS) au rôle qu'ils-elles peuvent jouer en matière de diagnostic, de prévention et de signalement (si nécessaire) des MGF et au sujet des possibilités de collaboration avec d'autres organismes (GAMS, SAJ, SPJ)
- 5.2. Encourager et former les médecins de l'ONE, des services de médecine scolaire (PSE/PMS) à la pratique de l'examen génital des enfants des deux sexes dans le respect de l'enfant
- 5.3. Organiser une campagne de sensibilisation validée par les pouvoirs publics à destination des professionnel-le-s concerné-e-s ☒
- 5.4. Organiser un meilleur suivi médical de l'enfant dans le temps en améliorant la coordination et la collaboration entre ONE et PSE/PMS
- 5.5. Informer les professionnel-le-s concerné-e-s au sujet de la loi relative aux MGF ☒
- 5.6. Désigner et former, au sein de l'ordre des médecins, une personne-ressource en matière de dérogation au secret professionnel et la former à la problématique des MGF ☒
- 5.7. Concevoir, diffuser et former les professionnel-le-s aux outils et méthodes pour aborder la question du respect de l'intégrité en fonction des âges des filles à risque de MGF ☒
- 5.8. Former des acteurs-actrices relais dans les différentes institutions à la prise en charge d'un cas de MGF ☒
- 5.9. Étudier la possibilité de développer un point «MGF» dans les formulaires de médecine scolaire utilisés par les médecins pour effectuer la visite (et pas dans le formulaire remis aux parents)

ACTIVITÉS ENVIRONNEMENTALES

- 5.10. Ajouter un point MGF (mère excisée ou non) dans la section «antécédents» sur le formulaire pour le-la pédiatre (examen du nouveau-né) dans les hôpitaux

ACTIVITÉS INSTITUTIONNELLES

- 5.11. Intégrer la problématique des MGF dans la formation initiale des professionnel-le-s de la santé ☒
- 5.12. Intégrer la problématique des MGF dans la formation continue des professionnel-le-s de la santé ☒
- 5.13. Inclure, dans le protocole d'examen de l'enfant, une recommandation concernant les organes génitaux externes
- 5.14. Élaborer et diffuser auprès des professionnel-le-s concerné-e-s un protocole de prévention/détection/prise en charge des MGF ☒

☒ Activité apparaissant dans au moins deux objectifs.

3. IDENTIFICATION DES BESOINS ET PRISE EN CHARGE

Quand une femme excisée consulte un ou une gynécologue, il y a une peur des deux côtés : peur de la femme d'affronter le regard de l'autre et son jugement (qu'est-ce qu'elle va dire ? est-ce qu'il s'y connaît ? est-ce qu'elle va me faire mal ?), mais aussi peur des soignant-e-s qui se demandent comment aborder la question (est-ce que je vais la heurter si j'en parle ? comment vais-je répondre à ses questions si je ne connais pas sa culture ?). La qualité de la communication se pose aussi quand la femme excisée ne parle pas le français et qu'un-e traducteur-trice n'est pas disponible. La connaissance du cadre légal belge en matière de MGF est également importante quand on sait que certains médecins ont accepté de réinfibuler des femmes après un accouchement sans probablement savoir qu'ils enfreignaient la loi (art. 409 du code pénal). Former des personnes relais (référence MGF) dans les différentes institutions est une priorité, ainsi qu'informer les femmes sur ces lieux où elles pourront trouver du soutien.

OBJECTIF 6

Les professionnel-le-s en contact avec le public cible (secteurs psycho-médico-social, accueil des étrangers, aide et protection de la jeunesse) :

En particulier

- Les centres de planning familial (dont psychologues et sexologues)
- Les travailleurs sociaux et professionnel-le-s de la santé des structures d'accueil pour demandeurs-demandeuses d'asile gérées par Fedasil
- Les SAJ et SPJ
- L'ONE
- Les maisons médicales
- Les services de médecine scolaire (PSE/PMS)
- Les équipes SOS Enfants

- sont attentifs-attentives aux cas et aux risques de MGF,
- identifient les besoins médicaux, sociaux et psychologiques qui y sont liés,
- prennent en charge les femmes et filles mutilées de manière adéquate et multidisciplinaire intégrant la dimension de genre
- et renforcent la capacité des femmes à agir.

ACTIVITÉS ÉDUCATIONNELLES

- 6.1. Organiser une formation des professionnel-le-s en contact avec le public cible et en particulier des travailleurs-euses dans les structures d'accueil pour demandeurs et demandeuses d'asile ☒
- 6.2. Promouvoir la participation des psychologues et sexologues aux formations sur la diversité culturelle qui intègre l'analyse des rapports sociaux de sexe
- 6.3. Favoriser le travail en équipe dans les structures d'accueil collectives pour demandeurs et demandeuses d'asile

Suite à la refonte de la Directive Accueil et dans le cadre de la transposition future de cette Directive, les États membres s'engagent à mettre en place des mesures visant à identifier les besoins spécifiques des personnes vulnérables, parmi lesquelles se trouvent les victimes de violences physiques ou psychologiques, telles les MGF (nouvel art. 21). Il en résulte 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 - de la demandeuse d'asile et lui assurer une prise en charge médico-sociale adaptée,
- Assurer une prévention efficace des MGF auprès des primo-arrivant-e-s et les informer le plus tôt possible, dès leur arrivée en Belgique, de l'interdiction légale des MGF.

- 6.4. Former et tenir à jour une liste des psychologues et des sexologues de référence
- 6.5. Constituer un réseau de psychologues/sexologues référents et en informer les professionnel-le-s concerné-e-s
- 6.6. Concevoir, diffuser et former les professionnel-le-s aux outils et méthodes pour aborder la question du respect de l'intégrité en fonction des âges des filles à risque de MGF ☒
- 6.7. Former des acteurs-actrices relais de manière continue, dans les différentes institutions, à la prise en charge d'un cas de MGF ☒
- 6.8. Identifier des personnes relais au sein des communautés concernées, les former aux MGF (médiateurs-trices, interprètes, leaders religieux)

ACTIVITÉS ENVIRONNEMENTALES

- 6.9. Diffuser régulièrement des outils de sensibilisation actualisés qui intègrent l'analyse de genre ☒
- 6.10. Améliorer l'accès et/ou systématiser le recours aux traductions et à la présence d'interprètes ☒
- 6.11. Disposer d'une liste de médiateurs-trices interculturel-le-s, d'interprètes formé-e-s à la problématique des MGF ☒

ACTIVITÉS INSTITUTIONNELLES

- 6.12. Intégrer la problématique des MGF dans la formation initiale des professionnel-le-s de la santé ☒
- 6.13. Inclure l'item MGF dans le volet santé du formulaire d'entrée des structures d'accueil collectives
- 6.14. Élaborer et diffuser auprès des professionnel-le-s concerné-e-s un protocole de prévention/détection/prise en charge des MGF ☒

OBJECTIF 7

Les gynécologues, les médecins généralistes, les sages-femmes et les infirmier-ère-s, les TMS de l'ONE en prénatal :

- ... diagnostiquent les MGF,
- ... adoptent le mode d'accouchement approprié en concertation avec la patiente,
- ... ne réinfibulent pas les mères après l'accouchement,
- ... et abordent avec les patientes les aspects préventifs pour l'enfant à naître et la fratrie.

ACTIVITÉS ÉDUCATIONNELLES

- 7.1. Améliorer les connaissances et les compétences des MG, pédiatres, gynécologues, infirmier-e-s et sages-femmes sur la problématique des MGF ☒
- 7.2. Réaliser un livret d'information, de prévention et de prise en charge et assurer sa diffusion sur l'ensemble du territoire ☒
- 7.3. Informer les professionnel-le-s concerné-e-s au sujet de la loi relative aux MGF ☒
- 7.4. Former de manière continue des acteurs-actrices relais, dans les différentes institutions, à la prise en charge du suivi d'un cas de MGF ☒

ACTIVITÉS INSTITUTIONNELLES

- 7.5. Intégrer la problématique des MGF dans la formation initiale des professionnel-le-s de la santé ☒
- 7.6. Intégrer la problématique des MGF dans la formation continue des professionnel-le-s de la santé ☒
- 7.7. Rédiger et diffuser parmi les gynécologues et au sein des maternités, des directives précises et validées par les deux organisations professionnelles (GGOLFB et VVOG) en matière de désinfibulation et de réinfibulation
- 7.8. Rédiger et diffuser des circulaires ministérielles dans les secteurs concernés mettant en évidence l'importance de la prévention des MGF ☒
- 7.9. Encourager le législateur-la législatrice à apporter les modifications législatives nécessaires pour préciser et étendre l'application de l'article 409 du CP (par ex. la réinfibulation)
- 7.10. Sanctionner les pratiques illégales des médecins (médicalisation des MGF, y compris la réinfibulation) avec le concours de l'Ordre des médecins
- 7.11. Élaborer et diffuser auprès des professionnel-le-s concerné-e-s un protocole de prévention/détection/prise en charge des MGF ☒

OBJECTIF 8

Les femmes mutilées :

- ... abordent la question de leur MGF avec les professionnel-le-s concerné-e-s et les associations de terrain,
- ... prennent conscience du lien entre MGF et problèmes de santé,
- ... disposent des ressources pour se soigner,
- ... et intègrent des associations qui renforcent leur capacité et leur autonomie.

ACTIVITÉS ÉDUCATIONNELLES

- 8.1. Organiser des activités de prévention, de sensibilisation et d'information sur les MGF à l'attention des femmes mutilées (dont : futures mères) ☒
- 8.2. Informer les femmes mutilées (notamment celles qui résident hors des structures d'accueil avec un titre de séjour temporaire ou sans titre de séjour valable) sur le droit aux soins de santé
- 8.3. Faciliter le dialogue au sujet des MGF au sein des familles
- 8.4. Réaliser et diffuser des outils pédagogiques adéquats abordant les MGF pour les animateurs-trices des associations et les professionnel-le-s des services sociaux et médicaux en contact avec les femmes
- 8.5. Informer et sensibiliser le CIRE, l'ADDE, les travailleurs sociaux des structures d'accueil pour demandeurs et demandeuses d'asile gérées par Fedasil, les bureaux d'aide aux victimes et les collectifs de sans-papiers au sujet des MGF pour qu'ils puissent diffuser l'information sur les MGF auprès des femmes sans-papier
- 8.6. Organiser des séances de sensibilisation avec le public cible dans le cadre des consultations ONE, CPF, PSE/PMS
- 8.7. Informer les parents des risques médicaux et juridiques de pratique de MGF sur leurs petites filles dans une langue et un langage accessibles

ACTIVITÉS ENVIRONNEMENTALES

- 8.8. Diffuser régulièrement des outils de sensibilisation actualisés qui intègrent l'analyse de genre ☒
- 8.9. Créer les conditions nécessaires à la participation des femmes concernées aux activités des associations à base communautaire ☒

☒ Activité apparaissant dans au moins deux objectifs.

4. ACCÈS AU SÉJOUR ET AUX SOINS DE SANTÉ

Selon la Note d'orientation concernant les demandes de reconnaissance du statut de réfugié relatives aux mutilations génitales féminines de l'UNHCR, les MGF constituent une forme de violence liée au genre, assimilable à une persécution liée au genre et à une persécution à l'égard des enfants. Certains États membres de l'Union Européenne ont reconnu les MGF comme une forme de persécution ; c'est le cas de la Belgique, de la France, du Royaume-Uni et de l'Allemagne. Cette note d'orientation clarifie

également le fait que les MGF peuvent constituer une «forme de violence continue», ce qui signifie que les demandes liées aux MGF concernent non seulement les filles ou jeunes femmes confrontées à une menace imminente d'être soumises à cette pratique mais aussi les femmes et les filles qui l'ont déjà subie. Les procédures sont longues et difficiles, les femmes et leurs filles vivent dans l'attente de la réponse des autorités d'asile avec l'angoisse d'un renvoi au pays. Certaines femmes sont en séjour illégal sur notre territoire et l'accès aux soins de santé reste un problème majeur pour celles qui peuvent souffrir de complications de leur excision.

OBJECTIF 9

Les professionnel-le-s des secteurs social, judiciaire et administratif en contact avec les migrant-e-s :

En particulier

- Le CGRA et l'Office des Étrangers
- Les avocat-e-s
- Les CPAS

☞ respectent et défendent le droit d'asile (ou à la protection internationale), les droits sociaux, économiques et de santé des filles et des femmes mutilées et à risque de l'être et de leurs familles.

ACTIVITÉS ÉDUCATIONNELLES

- 9.1. Organiser une formation des professionnel-le-s en contact avec le public cible et en particulier des travailleurs-euses dans les structures d'accueil pour demandeurs et demandeuses d'asile ☒
- 9.2. Sensibiliser les professionnel-le-s concerné-e-s aux missions et au travail des organismes adéquats ☒
- 9.3. Constituer (idées, formations, soutien) un réseau de juristes référent-e-s et en informer les professionnel-le-s concerné-e-s ☒
- 9.4. Organiser des activités de sensibilisation et de formation à destination des professionnel-le-s de l'accueil des migrant-e-s

ACTIVITÉS ENVIRONNEMENTALES

- 9.5. Diffuser régulièrement des outils de sensibilisation actualisés qui intègrent l'analyse de genre ☒

ACTIVITÉS INSTITUTIONNELLES

- 9.6. Modifier la loi relative à la prise en charge financière (allocations sociales du CPAS) des femmes mutilées, en séjour illégal et dans l'impossibilité de retourner dans leur pays d'origine

☒ Activité apparaissant dans au moins deux objectifs.

5. SIGNALEMENT, PROTECTION ET RÉPRESSION

La Belgique s'est dotée d'une loi spécifique (créant l'art. 409 du code pénal) entrée en vigueur le 1er avril 2001, qui condamne la pratique de l'excision. À ce jour, aucune infraction n'a débouché sur un jugement. Les associations spécialisées comme le GAMS Belgique, l'asbl INTACT et le CL-MGF reçoivent de plus en plus de signalements pour des enfants à risque d'excision lors d'un séjour au pays d'origine pendant les vacances (la majorité des cas), pour des suspicions d'excision et même pour des dénonciations d'exciseuse-s ou de médecins qui pratiqueraient l'excision en Belgique. Certains cas sont en cours d'instruction, d'autres ont été clôturés faute de preuve suffisante. La formation des personnes qui auront à traiter ces cas de signalements pour des faits de MGF est importante afin que la plainte soit traitée le plus objectivement possible.

OBJECTIF 10

Les services de police et les magistrat-e-s :

En particulier

- Les Polices locales (section jeunesse et famille) et fédérale
- Les magistrat-e-s du Parquet, les juges du siège (juges d'instruction, juges correctionnels, juges des référés, juges de la jeunesse), les magistrat-e-s du Tribunal du travail, du Conseil du contentieux des étrangers et du Conseil d'État.

••••• protègent,
••••• investiguent,
••••• instruisent
••••• et poursuivent les cas et les tentatives avérés de MGF portés à leur connaissance.

ACTIVITÉS ÉDUCATIONNELLES

- 10.1. Organiser une formation des professionnel-le-s en contact avec le public cible et en particulier des travailleurs-euses dans les structures d'accueil de demandeurs et demandeuses d'asile ☒
- 10.2. Élaborer et diffuser un arbre décisionnel auprès des professionnel-le-s concerné-e-s ☒

ACTIVITÉS ENVIRONNEMENTALES

- 10.3. Désigner des personnes référentes pour les MGF au sein de la police, du parquet et des SAJ

6. RECHERCHE ET FORMATION

La collecte de données fiables sur la prévalence des MGF en Belgique et en Europe est essentielle pour estimer l'ampleur du problème et élaborer des politiques efficaces qui auront un impact décisif sur la vie des femmes et des filles ayant subi des MGF et de celles qui risquent d'y être exposées. Il ne faut pas se limiter aux chiffres car ces études de prévalence ont leurs limites : elles prennent rarement en compte le niveau de risque chez les filles nées de mère excisée, lequel dépend du degré d'intégration de la famille dans le pays d'accueil, de l'environnement législatif du pays d'accueil (p. ex. existence d'une loi qui a déjà donné lieu à des procès), des programmes de prévention menés par des associations de terrain, etc. C'est pourquoi la recherche qualitative est importante pour compléter les connaissances sur la problématique et proposer des activités prenant en compte la réalité du terrain et les besoins de la population cible.

OBJECTIF 11

Les acteurs-actrices concerné-e-s par la problématique des MGF :

••••• disposent de données qualitatives et quantitatives pertinentes, fiables et actualisées.

ACTIVITÉS ÉDUCATIONNELLES

- 11.1. Mettre en œuvre des recherches pertinentes, pluridisciplinaires (épidémiologie, démographie, droit, socio-anthropologie et psychologie/sexologie) intégrant l'approche du genre et fiables sur le plan méthodologique, et diffuser les résultats ☒
- 11.2. Maintenir le processus de recherche participative et concertée et accompagner le processus de gestion de la qualité ☒

ACTIVITÉS INSTITUTIONNELLES

- 11.3. Intégrer les MGF dans la formation des socio-anthropologues, des juristes, des épidémiologistes et des démographes



7. COMMUNICATION

La question des mutilations génitales féminines fait souvent la une des journaux, c'est un sujet «vendeur» diront certain-e-s. Pour avoir un titre accrocheur, les journalistes font parfois des raccourcis qui ne servent pas toujours la cause. Ainsi on a pu lire dans la presse belge, quand l'étude de prévalence a été publiée en octobre 2010, «6000 femmes excisées en Belgique !», laissant penser qu'elles avaient été toutes excisées sur le territoire. Un mot avait été omis : «6000 femmes excisées vivent en Belgique». Ces femmes pour la plupart sont arrivées

excisées et ont demandé l'asile en Belgique, ce qui est différent. Suite à cela, la police a d'ailleurs été interpellée par des parlementaires pour comprendre pourquoi il n'y avait aucun cas d'excision dénoncé sur les 6000 cas. Il n'est pas rare de retrouver des articles où l'on traite les communautés qui pratiquent l'excision de «barbares», compromettant ensuite les chances de travailler avec ces communautés. Sur un sujet aussi sensible, la justesse des propos et le choix des mots sont primordiaux. D'où l'importance pour les associations de terrain de sensibiliser les journalistes avec qui elles travaillent et de leur donner les éléments nécessaires pour la bonne compréhension du sujet.

OBJECTIF 12

Les médias, les journalistes et les artistes (écrivain-e-s, cinéastes, dramaturges...) :

- rendent visible la problématique des MGF,
- se mobilisent contre les MGF,
- et transmettent des informations pertinentes sur les MGF.

ACTIVITÉS ÉDUCATIONNELLES

- 12.1. Sensibiliser les médias et les journalistes pour qu'ils-elles diffusent une information correcte et pertinente
- 12.2. Encourager les artistes à travailler en lien avec les associations de terrain
- 12.3. Réaliser et diffuser un dossier de presse complet et actualisé lors d'événements publics

ACTIVITÉS ENVIRONNEMENTALES

- 12.4. Disposer au sein des associations d'un dossier de presse actualisé accessible aux journalistes toute l'année

OBJECTIF 13

Les organisations de terrain spécialisées dans les MGF (GAMS, INTACT, CL-MGF) :

- sensibilisent le grand public aux MGF dans un cadre général de violences faites aux femmes.

ACTIVITÉS ÉDUCATIONNELLES

- 13.1 Informer le grand public sur la violence faite aux femmes en intégrant la composante MGF via des activités grand public (colloques, émission radio, théâtre, concerts...)

☒ Activité apparaissant dans au moins deux objectifs.

8. COORDINATION, RÉSEAUTAGE ET GESTION DE LA QUALITÉ

La mise en place des Stratégies Concertées de lutte contre les MGF est née du constat fait par le GAMS Belgique et des professionnel-le-s concerné-e-s d'un manque de coordination des projets et actions en matière de prévention des mutilations génitales féminines et d'un besoin de concertation des acteurs-actrices en contact avec le public cible. Le réseau des SC-MGF a été lancé en 2008 sans moyens financiers avec une coordinatrice bénévole. Depuis novembre 2011, la Fédération Wallonie-Bruxelles a permis d'avoir une coordinatrice

salariée, avec l'aide de laquelle il a été possible de relancer le réseau de manière dynamique en 2012 avec de nombreux échanges et ateliers. La pérennisation de ce financement de coordination est cruciale pour assurer un encadrement de qualité et ne pas perdre les acquis des premières années. Les femmes qui vivent dans des centres d'accueil très éloignés ont de grandes difficultés à se rendre à Bruxelles, qui concentre la majorité des services ou associations spécialisées. La couverture des activités dans les grandes villes belges reste donc une priorité. L'ouverture de services sur Liège par le CL-MGF est un premier pas. Le GAMS va également proposer des permanences décentralisées en Wallonie et en Flandre à partir de 2013.

OBJECTIF 14

Les professionnel-le-s sensibilisé-e-s, formé-e-s et spécialisé-e-s dans la prise en charge des situations de mutilation (diagnostic, conseil, orientation, traitement) : En particulier :

- Les médecins qui font un constat de MGF
- Les psychologues et sexologues (notamment dans les CPF)

❖ sont connu-e-s et visibles,
❖ collaborent et se concertent efficacement au sein d'un réseau de coordination des interventions.

ACTIVITÉS ÉDUCATIONNELLES

- 14.1. Préparer et mettre en œuvre un réseautage de professionnel-le-s sensibilisé-e-s, formé-e-s et spécialisé-e-s dans la prise en charge des situations de mutilation (diagnostic, conseil, orientation, traitement)
- 14.2. Sensibiliser les professionnel-le-s concerné-e-s aux missions et au travail des organismes adéquats ☒
- 14.3. Élaborer et diffuser un arbre décisionnel auprès des professionnel-le-s concerné-e-s ☒
- 14.4. Former des acteurs-actrices relais de manière continue, dans les différentes institutions, à prendre en charge le suivi d'un cas de MGF ☒
- 14.5. Maintenir le processus de recherche participative et concertée et accompagner le processus de gestion de qualité ☒

ACTIVITÉS ENVIRONNEMENTALES

- 14.6. Désigner des personnes de référence pour les cas de signalement MGF au sein des associations spécialisées MGF (GAMS, INTACT, CL-MGF) ☒

ACTIVITÉS INSTITUTIONNELLES

- 14.7. Créer et accréditer des centres de référence et des expert-e-s dans les grandes villes belges
- 14.8. Désigner et financer un poste de coordinateur-trice de réseau SC-MGF

OBJECTIF 15

Les associations de terrain travaillant avec les communautés concernées :

- ❖ développent la capacité à agir et l'autonomie des femmes au sein de leur communauté,
- ❖ et élargissent la couverture de leurs actions en intégrant l'approche de genre basée sur l'égalité femmes-hommes.

ACTIVITÉS ÉDUCATIONNELLES

- 15.1. Renforcer l'organisation des associations qui travaillent avec les communautés concernées par les MGF
- 15.2. Identifier les associations relais à base communautaire dans les grandes villes belges

9. STRATÉGIES NATIONALES ET INTERNATIONALES

Il est impératif d'associer les communautés vivant dans l'Union européenne aux efforts poursuivis dans les pays d'origine. La dynamique sociale d'une pratique telle que les MGF souligne la nécessité d'une convention collective afin d'y mettre fin. La pression exercée sur les filles et les jeunes femmes afin qu'elles se soumettent aux MGF vient des familles et des communautés, à la fois dans les pays d'origine et en Europe. La pratique proprement dite est transfrontalière

OBJECTIF 16

Les représentant-e-s politiques et les administrations :

En particulier

- Les partis politiques, les député-e-s et les ministres
- L'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes et le Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme

- reconnaissent l'importance de la problématique des MGF,
- l'intègrent dans leur programme,
- et dégagent des ressources structurelles pour la mise en œuvre de mesures adéquates.

ACTIVITÉS ÉDUCATIONNELLES

- 16.1. Encourager et éclairer la prise de décision sur la problématique des MGF
- 16.2. Favoriser une approche politique globale et concertée de la problématique des MGF

ACTIVITÉS ENVIRONNEMENTALES

- 16.3. Diffuser les résultats de recherches, les documents du processus de planification, la littérature et les données existantes auprès des représentant-e-s politiques et administratif-ve-s

ACTIVITÉS INSTITUTIONNELLES

- 16.4. Intégrer la problématique des MGF au plan d'action national contre les violences faites aux femmes

– étant donné qu'elle est réalisée dans divers pays – et nécessite dès lors une approche transfrontalière en termes de coopération. Des approches coordonnées entre les pays d'origine et les communautés d'immigrés sont nécessaires afin que les progrès dans la lutte contre les MGF dans les pays d'origine soient connus de la diaspora. Ainsi, que ce soit au niveau belge, européen ou international, une approche concertée et stratégique est nécessaire ; cela passe par la sensibilisation et la formation des personnes impliquées dans le dialogue politique et la coopération au développement.

OBJECTIF 17

Les instances et les organismes impliqués dans la coopération au développement :

En particulier

- Le Ministère des affaires étrangères
- La DGD
- La CTB

- contribuent à la lutte contre les MGF.

ACTIVITÉS ÉDUCATIONNELLES

- 17.1. Sensibiliser la DGD et la CTB aux approches qui ont prouvé leur efficacité dans l'abandon des MGF

ACTIVITÉS INSTITUTIONNELLES

- 17.2. Inclure la problématique des MGF dans la formation des coopérant-e-s («premier départ» de la CTB, MSF, MDM, Medicus Mundi, Memisa, Le Monde selon les Femmes, IMT, ITECO) en montrant en quoi celle-ci est une violence de genre
- 17.3. Inciter les instances de la coopération au développement à intégrer la lutte contre les MGF dans des projets globaux (statut de la femme, alphabétisation, éducation à la santé, santé de la reproduction) avec les pays concernés par les MGF avec lesquels la Belgique a un accord de partenariat bilatéral
- 17.4. Soutenir les efforts des pays partenaires de la Coopération au développement et les initiatives locales de la société civile favorisant l'abandon des MGF par des approches globales incluant l'assistance aux victimes
- 17.5. Assurer le suivi de la ratification du Protocole de Maputo (O.U.A., 11 juillet 2003) dont l'article 3 qui spécifie que les MGF doivent être interdites et sanctionnées et la résolution adoptée par l'assemblée générale des Nations unies du 9 janvier 2013 du 20 décembre relative à l'intensification des efforts mondiaux en vue d'éradiquer les MGF
- 17.6. Anticiper la mise en vigueur de la Convention d'Istanbul du 11 mai 2011 sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique. en veillant à intégrer les mesures prévues dans les prochains PAN



ACTIVITÉS

En vue d'atteindre les objectifs opérationnels, des activités concrètes ont été formulées et, le plus souvent, un ou des organisme(s) susceptible(s) de les mettre en œuvre ont été désignés. Cette section détaille plus précisément le contenu de ces activités (déjà présentées dans la section précédente) et présente les modalités éventuelles de leur réalisation (actions concrètes, organismes responsables).

Dans ce document, les activités sont classées par catégories : éducationnelle, environnementale, institutionnelle ; et à l'intérieur de ces catégories, selon qu'elles sont transversales⁴⁷ (sigle ☒) ou spécifiques. Au total, 90 activités différentes ont été décrites : 54 activités éducationnelles, 10 activités environnementales et 26 activités institutionnelles. Par ailleurs, 25 activités sont transversales puisqu'elles sont proposées dans deux objectifs au moins ; les autres sont propres à un seul objectif.

Plusieurs organismes sont en charge de la mise en œuvre des activités (colonne de droite du tableau). Le degré de mise en œuvre a été classé selon l'échelle suivante :

- ☐ l'activité n'est pas encore couverte par une association ou institution
- ☒ l'activité est partiellement couverte
- ☒ l'activité est bien couverte

En regard des énoncés des activités figure la numérotation de celles-ci, ce qui renvoie à la section précédente : le premier chiffre renvoie au numéro de l'objectif concerné ; le second chiffre identifie singulièrement chaque activité.

3 catégories d'activité

Répondant aux déterminants des comportements, les activités se déclinent en catégories : éducationnelle, environnementale et institutionnelle.

Les activités éducationnelles entendent agir sur les représentations, les connaissances, les attitudes, mais aussi les compétences et savoir-faire, à travers par exemple la sensibilisation des communautés concernées ou la formation des professionnel-le-s, etc.

Les activités environnementales visent à transformer les conditions concrètes (environnement physique et social), à travers, par exemple, l'accès aux traducteurs-traductrices lors des consultations, la mise à disposition de brochures d'information dans les lieux visités par les communautés concernées, etc.

Les activités institutionnelles touchent aux aspects relatifs à la sphère politique et administrative, que ce soit, par exemple, par l'adoption ou la modification de décrets, lois et plans d'actions ou l'intégration de la thématique dans les curriculum de base, etc.

⁴⁷ Une activité transversale est une activité qui répond à plusieurs objectifs – comme le guide pour les professionnels – et qui va donc se retrouver plusieurs fois dans le plan opérationnel. Une activité spécifique ne se retrouve qu'une seule fois.

ACTIVITÉS ÉDUCATIONNELLES

ACTIVITÉS ÉDUCATIONNELLES TRANSVERSALES		
N°	ÉNONCÉ	ORG. EN CHARGE
1.1. 4.2. 7.2.	☒ Réaliser un livret d'information, de prévention et de prise en charge et assurer sa diffusion sur l'ensemble du territoire Contenu : - Informations sur les MGF (dont : explications anatomiques, cartographie des pays où se pratiquent les MGF, conséquences des MGF) - Législation belge en matière de MGF - Conseils pour aborder le sujet avec les personnes concernées - Arbre décisionnel (ex : faire reconnaître une MGF par un-e médecin) et processus de référence (ex : confier la situation à un-e professionnel-le adéquat-e, relayer l'information entre gynécologue et pédiatre lors d'une grossesse) - Coordonnées du réseau de prise en charge (dont : diagnostic, traitement, interventions sociales) - Coordonnées des instances policières et judiciaires à consulter en cas d'urgence	- GAMS - SPF Santé Publique Pour la diffusion du guide : - ONE Service Éducation Santé - CLPS - INTACT, CL-MGF, Constats asbl - Médecine scolaire - Échevin-e communal-e de la Santé - Centres de Planning Familial - Facultés de médecine - Écoles d'infirmier-ère-s et de sages-femmes - Ordre des médecins - Associations professionnelles
1.2. 4.6. 11.1.	☒ Mettre en oeuvre des recherches pertinentes, pluridisciplinaires (épidémiologie, démographie, droit et socio-anthropologie et psychologie/sexologie), intégrant l'approche du genre et fiables sur le plan méthodologique, et diffuser les résultats Contenu : - Prévalence et incidence des MGF (nombre de femmes mutilées et à risque de l'être en Belgique) - Lieu des mutilations (Europe / Afrique) - Changements récents dans les flux migratoires (présence croissante de familles originaires de pays pratiquant les MGF) - Impact sanitaire et psychosocial des MGF (ex : accouchement difficile, complications pour la femme et complications néonatales) - Importance de la problématique des MGF dans la pratique professionnelle quotidienne (ex : gynécologues, sexologues) - Coût de la prise en charge (consultations psychologiques, sexologiques et médicales à répétition) - Évaluation de la demande de reconstruction - Intégration de l'analyse de genre de manière transversale (toutes les étapes de tous les domaines)	- ICRH - ISP - IMT - GAMS - Observatoire du sida et des sexualités (Université Saint-Louis) - UCL, Faculté psycho-sexologie (unité de la famille) - CL-MGF
1.4. 4.7. 9.2. 14.2.	☒ Sensibiliser les professionnel-le-s concerné-e-s aux missions et au travail des organismes adéquats (ex : GAMS, ONE, SOS Enfants, Exil, INTACT, CL-MGF) pour leur permettre d'orienter / référer les femmes et les filles et d'obtenir des informations en cas de questionnement sur une MGF Créer et diffuser (notamment sur le net) une liste complète et régulièrement mise à jour de ces organismes	- GAMS - INTACT - CL-MGF

- ☐ l'activité n'est pas encore couverte par une association ou institution
 ☒ l'activité est partiellement couverte
 ☒ l'activité est bien couverte
☒ Activité apparaissant dans au moins deux objectifs.



1.6. 9.3.	☒ ☐ Constituer (identification, formation, soutien) un réseau de juristes référent-e-s et en informer les professionnel-le-s concerné-e-s	Constitution d'une liste de juristes référent-e-s : • INTACT • ADDE • Bureau d'aide juridique • Asbl Droit quotidien • DGDE • SIREAS • Centres d'Action Sociale Globale (CASG) (juristes) • Avocat-e-s indépendant-e-s
1.7. 3.7. 4.10. 5.7. 6.6.	☒ ☐ Concevoir, diffuser et former les professionnel-le-s aux outils et méthodes pour aborder la question du respect de l'intégrité en fonction des âges des filles à risque de MGF A. Préciser le cadre de ces interventions B. Évaluer préalablement la charge psychosociale de cette activité pour les enfants	• PSE/PMS • CLPS • ONE • Organismes spécialisés • Public cible • PIPSa
3.3. 8.1.	☒ ☐ Organiser des activités de prévention, de sensibilisation et d'information sur les MGF à l'attention des femmes mutilées (dont : futures mères) Contenu : • La législation belge de répression des auteur-e-s de MGF (et les lois dans les pays d'origine) et les conséquences sur le statut de réfugié-e • Les conséquences physiques et psychologiques des MGF • La religion n'impose pas l'excision • Les MGF ne sont pas quelque chose de normal • Le principe d'égalité hommes – femmes • Le pouvoir de décision des parents • Valoriser la possibilité de fêtes rituelles sans excision ❖ Réaliser des outils pédagogiques adéquats (dans une langue connue des femmes et avec un vocabulaire compréhensible pour les femmes) ❖ Organiser des ateliers vidéo-débat	• GAMS • CL-MGF • Infor-Couple (Verviers) • Planning des Marolles (Bruxelles)
4.1. 7.1.	☒ ☐ Améliorer les connaissances et les compétences des MG, pédiatres, gynécologues, infirmier-ère-s et sages-femmes sur la problématique des MGF Contenu : • Pathologies vulvaires en général • Diagnostic de MGF • Législation MGF	• Facultés de médecine • Associations professionnelles (GGOLF, UPSfB) • Écoles de sages-femmes Organismes et professionnels de référence en la matière : • GAMS • CL-MGF • INTACT • Certains professeurs



4.5. 5.3.	☒ Organiser une campagne de sensibilisation validée par les pouvoirs publics à destination des professionnel-le-s concerné-e-s ☒	- GAMS et SPF Santé Publique (campagne de sensibilisation dans les maternités) - INTACT (campagne sur le secret professionnel)
4.8. 5.5. 7.3.	☒ Informer les professionnel-le-s concerné-e-s au sujet de la loi relative aux MGF Contenu : - CP art. 409 : répression des auteur-e-s de MGF notamment pour la réinfibulation ; - CP art. 458 bis : dérogation au secret professionnel ; - CP art. 422 bis : non-assistance à personne en danger	- INTACT - Ordre des médecins (à renforcer) - Associations professionnelles
4.9. 5.6.	☒ Désigner au sein de l'ordre des médecins une personne-ressource en matière de dérogation au secret professionnel et la former à la problématique des MGF ☐	- Ordre des médecins - GAMS - INTACT
5.8. 6.7. 7.4. 14.4.	☒ Former des acteurs relais de manière continue, dans les différentes institutions, à la prise en charge d'un cas de MGF (médecins généralistes, gynécologues, sages-femmes, juristes, psychologues, SAJ, police, SOS Enfants, pédiatres, TMS, relais communautaire, périculteurs-trices, enseignant-e-s) ☒	- GAMS - INTACT - SPF Santé Publique (campagne de sensibilisation dans les maternités) - ONE - Direction générale de l'aide à la jeunesse (DGAJ)
6.1. 9.1. 10.1.	☒ Organiser une formation des professionnel-le-s en contact avec le public cible et en particulier des travailleurs-euses dans les structures d'accueil pour demandeurs et demandeuses d'asile Contenu : - Connaissances sur les MGF (anatomie, législation, conséquences physiques et psychiques des MGF, motivations et significations socioculturelles des MGF) - Compétences en matière d'accompagnement des femmes mutilées ☒ Présenter des études de cas concrets ☒ Employer l'outil « jeu de rôles » pour favoriser le dialogue avec les filles, les femmes et les familles concernées ☒ Organiser des stages dans les centres de référence accrédités (à accréditer)	- GAMS - INTACT - CL-MGF - Fedasil - Centres de santé mentale - Police Fédérale
10.2. 14.3.	☒ Élaborer et diffuser un arbre décisionnel auprès des professionnel-le-s concerné-e-s Contenu : - Marche à suivre en cas de plainte (pour les policier-ère-s et les magistrat-e-s) - Marche à suivre en cas de situation à risque de MGF - Marche à suivre en cas de dépistage d'un cas de MGF ☒ Organiser un atelier pluridisciplinaire pour construire cet arbre décisionnel	- INTACT - GAMS - CLPS
11.2. 14.5.	☒ Maintenir le processus de recherche participative et concertée et accompagner le processus de gestion de la qualité ☒	- GAMS - Observatoire du sida et des sexualités (Saint-Louis) - SIPES (ULB) - GA des SC-MGF - INTACT - CL-MGF

☐ l'activité n'est pas encore couverte par une association ou institution
 ☒ l'activité est partiellement couverte
 ☒ l'activité est bien couverte
☒ Activité apparaissant dans au moins deux objectifs.



ACTIVITÉS ÉDUCATIONNELLES SPÉCIFIQUES		
N°	ÉNONCÉ	ORG. EN CHARGE
1.3.	🕒 Organiser des journées d'information et de sensibilisation à destination des jeunes dans les écoles primaires et secondaires	• CPF • PSE/PMS • En collaboration avec le GAMS et le CL-MGF
1.5.	● Constituer un réseau de médecins généralistes et de gynécologues référent-e-s et en informer les professionnel-le-s concerné-e-s	Constitution d'une liste de professionnel-le-s clinicien-ne-s référent-e-s • GAMS • CL-MGF Disposent de professionnel-le-s clinicien-ne-s référent-e-s : • CHU Saint-Pierre • AZ VUB • Université de Gand • IMT Anvers
2.1.	🕒 Sensibiliser les acteurs-actrices des secteurs communautaires, culturels, associatifs et religieux (dont : exécutif des musulmans, les imams et les représentant-e-s des autres religions) à la problématique des MGF Contenu : • Conséquences physiques et psychologiques des MGF • Absence de lien avec la religion • Législation belge en matière de répression des auteur-e-s de MGF ❖ Organiser des ateliers avec les communautés ❖ Organiser des débats contradictoires avec les imams, notamment sur l'absence de l'excision dans le Coran	• GAMS • CL-MGF • Asbl Femmes africaines
2.2.	🕒 Former les acteurs-actrices communautaires à la prévention des MGF ❖ Fournir des moyens et des méthodes pédagogiques aux acteurs-actrices communautaires pour aborder la question des MGF dans le cadre de leurs activités	• GAMS • CL-MGF
2.3.	○ Mettre en œuvre une collaboration entre le GAMS et l'Exécutif des musulmans de Belgique ❖ Informer de l'existence du GAMS dans toutes les écoles coraniques et auprès de l'Exécutif des musulmans de Belgique ❖ Créer un lien avec les représentant-e-s religieux-ses : former et envoyer des membres du GAMS auprès des enseignant-e-s des écoles coraniques pour dialoguer	• GAMS
3.1.	🕒 Informers les filles et les garçons afin d'expliquer ce que sont les MGF, ce que dit la loi, ce qu'il convient de faire si une fille ou quelqu'un de son entourage se retrouve dans une situation à risque Contenu : • La législation belge de répression des auteur-e-s de MGF (et les lois dans les pays d'origine) • Les conséquences physiques et psychologiques des MGF • Les lois de protection de la jeunesse • Les missions et les coordonnées des services d'aide à la jeunesse • Les missions et les coordonnées des associations spécialisées • Les missions et les coordonnées des comités nationaux dans les pays d'origine • La possibilité de dénoncer si elles-mêmes ou une de leurs copines sont en danger	• GAMS (groupes de discussion «jeunes») • CL-MGF • Enseignant-e-s • Médiateur-trice-s scolaires • PSE/PMS • Éducateur-trice-s (écoles)



3.2.	● Valoriser et renforcer l'estime de soi et l'autodétermination des filles non mutilées et de leurs mères ❖ Organiser des activités pédagogiques avec les filles (groupes de discussion, projet théâtre, groupe de rap, etc.) ❖ Organiser des activités pédagogiques avec les mères (atelier expression corporelle, cours d'alpha, projet théâtre, etc.)	• GAMS • CL-MGF • Kasala (acteur-actrice ressource)
3.4.	○ Former des femmes relais au sein des communautés pour qu'elles puissent diffuser l'information sur les MGF	• GAMS • CL-MGF
3.5.	◐ Organiser des activités de prévention, de sensibilisation et d'information sur les MGF à l'attention des hommes des communautés concernées ❖ Informer les hommes des conséquences de la pratique des MGF ❖ Organiser des activités pédagogiques mixtes (groupes de parole, ateliers vidéo-débat, etc.) avec des victimes de l'excision ❖ Mettre en place des ateliers sur la sexualité pour les hommes ❖ Intégrer une approche de genre dans les activités	• GAMS • CL-MGF
3.6.	◐ Diffuser et renforcer (par la formation) le recours aux outils de protection des filles non mutilées tels que le carnet de suivi avec examen annuel, le document officiel du ministère des affaires étrangères avant les départs en vacances (rappel de la loi) ❖ Il est préalablement nécessaire de statuer sur ces outils en réunion de consensus	• GAMS • ONE • INTACT • SPF Affaires étrangères • SPF Santé publique • SPF Justice
4.3.	● Organiser des réunions d'information avec les professionnel-le-s concerné-e-s	• GAMS • INTACT • CL-MGF
4.4.	● Encourager les gynécologues à évoquer les MGF dans l'anamnèse, à examiner les organes génitaux lors d'une des premières consultations et à mentionner les données récoltées dans le dossier de la patiente (en vue d'un enregistrement des cas) ❖ Élaborer et diffuser un guide de prise en charge	• Ordre des Médecins • GGOLFB • SPF Santé publique
4.11.	◐ Former des personnes de référence dans les organismes généralistes à la prise en charge d'un cas de MGF (médecins généralistes, gynécologues, sages-femmes, juristes, psychologues, SAJ, police, SOS Enfants)	• GAMS • INTACT
4.12.	○ Étudier la possibilité (éthique, déontologique) d'informer le-la médecin généraliste qui suit la famille en cas de suspicion de MGF ou en cas de mutilation avérée, pour le suivi de la fratrie	• INTACT
5.1.	● Sensibiliser les services de médecine scolaire (PSE/PMS) au rôle qu'ils peuvent jouer en matière de diagnostic, de prévention et de signalement (si nécessaire) des MGF et au sujet des possibilités de collaboration avec d'autres services (GAMS, SAJ, SPI)	• GAMS • INTACT
5.2.	● Encourager et former les médecins de l'ONE et des services de médecine scolaire (PSE) à pratiquer l'examen génital des enfants des deux sexes	• GAMS • ONE • PSE • Associations professionnelles

○ l'activité n'est pas encore couverte par une association ou institution ◐ l'activité est partiellement couverte ● l'activité est bien couverte
 ☒ Activité apparaissant dans au moins deux objectifs.



5.4.	○ Organiser un meilleur suivi médical de l'enfant dans le temps en améliorant la coordination et la collaboration entre ONE et PSE/PMS et entre les services PSE/PMS → Faire suivre le dossier médical de l'enfant : ONE → PSE/PMS quand l'enfant entre en maternelle et PSE/PMS → PSE/PMS en cas de changement d'école. → Utiliser le carnet médical de l'enfant comme outil de liaison	• ONE • PSE/PMS
5.9.	● Étudier la possibilité de développer un point «MGF» dans les formulaires de médecine scolaire existants utilisés par les médecins pour effectuer la visite (et pas dans le formulaire remis aux parents)	• GAMS • INTACT • PSE
6.2.	○ Promouvoir la participation des psychologues et sexologues aux formations sur la diversité culturelle qui intègre l'analyse des rapports sociaux de sexe	• GAMS • Fédérations des Centres de PF
6.3.	○ Favoriser le travail en équipe dans les structures d'accueil collectives pour demandeurs et demandeuses d'asile → Recourir au secret professionnel partagé au sein de l'équipe psycho-médico-sociale	• Fedasil
6.4.	● Former et tenir une liste à jour des psychologues et des sexologues de référence	• GAMS
6.5.	● Constituer un réseau de psychologues/sexologues de référence et en informer les professionnel-le-s concerné-e-s	• GAMS
6.8.	○ Identifier des personnes relais au sein des communautés concernées, les former aux MGF (médiateurs-trices, interprètes, leaders religieux)	• GAMS • Associations communautaires
8.2.	● Informer les femmes mutilées (notamment celles qui résident hors des structures d'accueil avec un titre de séjour temporaire ou sans titre de séjour valable) sur le droit aux soins de santé Contenu : • remboursement de la désinfibulation • prises en charge par un-e médecin notamment en cas d'urgence	• GAMS • CL-MGF • Collectif sans-papiers • CIRE
8.3.	● Faciliter le dialogue au sujet des MGF au sein des familles → Créer et diffuser des affiches et des dépliants de sensibilisation → Organiser des spectacles (théâtre) → Collecter et diffuser dans les médias des témoignages de jeunes et de parents	• GAMS • CL-MGF • Femmes africaines asbl
8.4.	● Réaliser et diffuser des outils pédagogiques adéquats abordant les MGF pour les animateur-trices des associations et les professionnel-le-s des services sociaux et médicaux en contact avec les femmes	• GAMS • CLPS
8.5.	● Informer et sensibiliser le CIRE, l'ADDE, les travailleurs sociaux des structures d'accueil pour demandeurs et demandeuses d'asile gérées par Fedasil, les bureaux d'aide aux victimes et les collectifs de sans-papiers au sujet des MGF (pour qu'ils puissent diffuser l'information sur les MGF auprès des femmes sans papiers)	• GAMS • INTACT • CL-MGF
8.6.	● Organiser des séances de sensibilisation avec le public cible dans le cadre des consultations ONE, CPF, PSE/PMS	• GAMS • CL-MGF
8.7.	● Informer les parents des risques médicaux et juridiques de pratique de MGF sur leurs petites filles dans une langue et un langage accessibles	• GAMS • CL-MGF • INTACT
9.4.	● Organiser des activités de sensibilisation et de formation à destination des professionnel-le-s de l'accueil des migrant-e-s Contenu : • Vulnérabilités liées à la migration • Différences culturelles et interculturelité • Droit des étrangers et MGF	• INTACT • GAMS • CL-MGF • ADDE • CGRA • CBAR



12.1	☐ Sensibiliser les médias et les journalistes pour qu'ils-elles diffusent une information correcte et pertinente	• INTACT • GAMS
12.2	☐ Encourager les artistes à travailler en lien avec les associations de terrain	• GAMS
12.3	● Réaliser et diffuser un dossier de presse complet et actualisé lors d'événements publics ❖ Budgétiser des frais d'attaché de presse lors d'événements publics	• GAMS • INTACT
13.1	● Informer le grand public sur la violence faite aux femmes en intégrant la composante MGF via des activités grand public (colloques, émission radio, théâtre, concerts, etc.)	• GAMS • CL-MGF • Maison plurielle
14.1.	● Préparer et mettre en œuvre un réseautage de professionnel-le-s sensibilisé-e-s, formé-e-s et spécialisé-e-s dans la prise en charge des situations de mutilation (diagnostic, conseil, orientation, traitement)	• SC-MGF • GAMS • INTACT • CL-MGF
15.1.	☐ Renforcer l'organisation des associations qui travaillent avec les communautés concernées par les MGF : ❖ Octroyer un soutien financier structurel (couvrant : salaires, loyer, frais de fonctionnement, équipement informatique, formations) ❖ Soutenir l'organisation interne par la formation (planification, gestion des conflits, organigramme, définition des tâches) ❖ Améliorer la bonne gestion des asbl par la formation (comptabilité, aspects légaux,...)	• Les pouvoirs publics soutenant ces associations
15.2.	☐ Identifier les associations relais à base communautaire dans les grandes villes belges ❖ Former des animateurs-trices à base communautaire et des travailleurs sociaux Exemples de SOBSI et GAMBEL à Gand.	• GAMS • CL-MGF • Femmes africaines asbl
16.1	☐ Encourager et éclairer la prise de décision sur la problématique des MGF ❖ Organiser un lobbying crédible et documenté ❖ Constituer un dossier sur les MGF à l'attention des représentant-e-s politiques et administratif-ve-s	• GAMS • INTACT • SC-MGF
16.2.	● Favoriser une approche politique globale et concertée de la problématique des MGF ❖ Coordonner les actions des différents ministères concernés par la problématique des MGF	• IEFH • FWB • SC-MGF • GAMS • INTACT
17.1.	☐ Sensibiliser la DGD et la CTB aux approches qui ont prouvé leur efficacité dans l'abandon des MGF ❖ Diffuser la littérature publiée à ce sujet	• GAMS

☐ l'activité n'est pas encore couverte par une association ou institution
 ☐ l'activité est partiellement couverte
 ● l'activité est bien couverte
 ☒ Activité apparaissant dans au moins deux objectifs.

ACTIVITÉS ENVIRONNEMENTALES

ACTIVITÉS ENVIRONNEMENTALES TRANSVERSALES		
N°	ÉNONCÉ	ORG. EN CHARGE
1.8. 4.14. 6.10.	☒ Améliorer l'accès et/ou systématiser le recours aux traductions et à la présence d'interprètes ☐ ➤ Constituer une liste d'interprètes / traducteurs-trices fiables ➤ Diffuser cette liste ainsi que les coordonnées des associations de traduction / interprétariat (ex : CIRE) ➤ Assurer la gratuité des services de traduction et d'interprétariat ➤ Former les interprètes aux questions de la sexualité (dont MGF)	• SeTIS Bxl asbl (ex-CIRE Interprétariat) • COFETIS • CRVI (Verviers) • Bxl Accueil • Le Monde Selon les Femmes • GAMS
1.9. 4.15. 6.11.	☒ Disposer d'une liste de médiateurs-trices interculturel-le-s et d'interprètes formé-e-s à la problématique des MGF ☐	• SeTIS Bxl (ex-CIRE interprétariat) • COFETIS • Bxl Accueil • CRVI (Verviers) • AMIS • Le Monde Selon les Femmes • GAMS
3.8. 8.9.	☒ Créer les conditions nécessaires à la participation des femmes concernées aux activités des associations à base communautaire ☐ ➤ Prévoir une garde d'enfants ➤ Assurer une prise en charge du transport ➤ Décentraliser les activités	• GAMS • CL-MGF • Structures d'accueil gérées par Fédasil • Écoles de puériculture, crèches
4.13 6.9. 8.8. 9.5.	☒ Diffuser régulièrement des outils de sensibilisation actualisés (affiches, brochures) au sujet des MGF a destination du public cible et des professionnel-le-s ☐ Contenu : • Une cartographie actualisée des pays où les MGF sont pratiquées	• GAMS (limite : pas de diffusion à l'échelle nationale) • SPF Santé Publique • SPP Intégration sociale • Égalité des chances (IEFH, SPW, FWB), Affaires sociales • ONE • CPF
4.16. 14.6	☒ Designer des personnes de référence pour le suivi des cas de signalement MGF au sein des associations spécialisées MGF (GAMS, INTACT, CL-MGF) ☐ ➤ Identifier et former les personnes référentes pour les associations pour les aspects médicaux et les contacts avec les médecins, pour les aspects juridiques, pour les aspects sociaux	• GAMS • INTACT • CL-MGF



ACTIVITÉS ENVIRONNEMENTALES SPÉCIFIQUES

N°	ÉNONCÉ	ORG. EN CHARGE
5.10.	☐ Ajouter un point MGF (mère excisée ou non) dans la section «antécédents» sur le formulaire pour le-la pédiatre (examen du nouveau-né) dans les hôpitaux	• Hôpitaux
10.3.	☐ Désigner des personnes référentes pour les MGF au sein de la police, du parquet, des SAJ → Former ces personnes référentes au processus de décision et de référence (arbre décisionnel)	• INTACT (pilote) • GAMS • Police • Parquet • SAJ
12.4	☐ Disposer au sein des associations d'un dossier de presse actualisé accessible aux journalistes toute l'année → Rendre autant que possible ce dossier accessible par le WEB sur les sites des associations concernées	• GAMS • INTACT
16.3.	☒ Diffuser les résultats de recherche, les documents du processus de planification, la littérature et les données existantes auprès des représentant-e-s politiques et administratif-ve-s	• GAMS • INTACT

- ☐ l'activité n'est pas encore couverte par une association ou institution ☐ l'activité est partiellement couverte ☒ l'activité est bien couverte
☒ Activité apparaissant dans au moins deux objectifs.

ACTIVITÉS INSTITUTIONNELLES

ACTIVITÉS INSTITUTIONNELLES TRANSVERSALES		
N°	ÉNONCÉ	ORG. EN CHARGE
1.10. 4.17. 5.11. 6.12. 7.5.	☒ Intégrer la problématique des MGF dans la formation initiale des professionnel-le-s de la santé (dont : sexologues, psychologues, AS, éducateurs-trices, conseiller-ère-s conjugaux-ales, médiateurs-trices, TMS) Contenu : • Informer au sujet de la nécessité de former les médecins à l'examen des organes génitaux externes --- Pour des raisons de faisabilité, il faut prioriser certaines filières : – Gynécologie-obstétrique – Pédiatrie – Médecine générale – Filière sage-femme – Filière infirmières sociales – Filière infirmières pédiatriques	• GAMS • Facultés de médecine • Écoles d'infirmier-ère-s et de sages-femmes (déjà intégré dans certaines écoles)
1.11. 4.18. 5.12. 7.6.	☒ Intégrer la problématique des MGF dans la formation continue des professionnel-le-s de la santé (dont : sexologues, psychologues, AS, éducateurs-trices, conseiller-ère-s conjugaux-ales, médiateurs-trices, TMS) Contenu : • Informer et former les médecins au sujet de l'examen des organes génitaux externes et en particulier de la problématique des MGF • Encourager les médecins et pédiatres à parler des MGF avec les patientes concernées par la problématique et avec leur conjoint/leurs proches. --- Organiser des formations avec mise en situation	• GAMS • Formation médicale continue (GLEM, Associations des pédiatres, Associations des gynécologues, Associations des sages-femmes)
1.13. 7.8.	☒ Rédiger et diffuser des circulaires ministérielles dans les secteurs concernés mettant en évidence l'importance de la prévention des MGF	• GAMS • INTACT • ONE • Fonds Houtman



1.16. 4.21. 5.14. 6.14. 7.11.	☒ Élaborer et diffuser auprès des professionnel-le-s concerné-e-s un protocole de prévention/détection/prise en charge des MGF sur la base des recommandations issues du terrain au sujet de : ☐ Proposition à valider en réunion de consensus	• GAMS • INTACT • CL-MGF • Tous les acteurs des Stratégies Concertées (ONE, PSE/PMS, SAJ, SOS Enfants, Hôpitaux, etc.)
	• Une «échelle d'évaluation des risques» permettant l'identification du degré de risques de MGF, réalisée sur base des données scientifiques et des constats de terrain ; • Un «arbre décisionnel» des actions à entreprendre/personnes à contacter selon les cas de figure ; • Un «organigramme» qui définit les rôles et les compétences en matière de MGF des acteurs-atrices concerné-e-s. Niveaux et fonction à intégrer dans cet organigramme : – Les organismes spécialisés désignent des personnes de référence en leur sein pour appuyer les professionnel-le-s sur le terrain (organismes généralistes) en cas de situation aiguë, difficultés rencontrées sur des cas (conseil, orientation) ; – Les organismes généralistes (1ère et 2ème lignes) désignent et forment des personnes relais en leur sein pour suivre les cas de MGF et appuyer leurs collègues ; – Un coordinateur-trice d'intervision assure la concertation continue des professionnel-le-s (échange de pratiques, suivi des cas, évaluation des ressources et obstacles) ; – Une Cellule de crise et d'évaluation des risques : en cas de signalement, possibilité de réunir une cellule de crise au niveau provincial rassemblant les acteurs-atrices généralistes pertinent-e-s avec le support des acteurs-atrices spécialisé-e-s.	

ACTIVITÉS INSTITUTIONNELLES SPÉCIFIQUES		
N°	ÉNONCÉ	ORG. EN CHARGE
1.12.	☐ Intégrer l'approche interculturelle dans la formation initiale et continue des professionnel-le-s de la santé et de l'accueil des étrangers	• Groupe pilote au sein de l'ONE • CLPS
1.14.	☐ Intégrer les MGF dans les 30 heures de cours consacrées à l'approche théorique et pratique de la diversité culturelle et de la dimension du genre figurant dans la grille horaire minimale du programme de la formation initiale des instituteurs-trices et des régent-e-s	• FWB Ministère de l'enseignement • GAMS
1.15.	☒ Allouer les ressources nécessaires aux associations de médiateurs-médiatrices et traducteurs-traductrices pour systématiser le recours aux traductions	• SeTIS Bxl asbl (Ex-CIRE interprétariat) • COFETIS • Bxl Accueil • CRVI (Verviers) • AMIS • Le Monde Selon les Femmes • GAMS
1.17.	☐ Proposer un module vie affective et sexuelle intégrant les MGF, les mariages forcés dans les six demi-journées de formation continuée obligatoire par an pour les enseignant-e-s	• GAMS • Centres de Planning Familial
2.4.	☐ Instaurer un contrôle de l'État sur les imams et interdire de prôner les MGF lors des prêches	• Ministère de la justice • Executif des Musulmans de Belgique (EMB)
3.9.	☐ Inclure la thématique des MGF dans les cours d'éducation à la vie affective et sexuelle dans l'enseignement primaire et secondaire	• CPF (activités non systématiques) • GAMS • PSE/PMS

☐ l'activité n'est pas encore couverte par une association ou institution
 ☒ l'activité est partiellement couverte
 ☒ l'activité est bien couverte
☒ Activité apparaissant dans au moins deux objectifs.



4.19.	● Faire inscrire les MGF dans le volet santé des TMS et des médecins travaillant en consultation de médecine préventive (ONE) ou en crèche	• ONE (pilote)
4.20.	● Créer et actualiser une liste des médecins formé-e-s à examiner les femmes mutilées et des expert-e-s dans les grandes villes belges	• GAMS (peut fournir un répertoire du réseau déjà opérationnel)
5.13.	● Inclure, dans le protocole d'examen de l'enfant lors des consultations ONE, une recommandation concernant les organes génitaux externes	• ONE (la nouvelle version du guide de médecine préventive de l'ONE contient deux chapitres : un sur les MGF et un sur les pathologies de la vulve) • GAMS (pilote)
6.13.	○ Inclure l'item MGF dans le volet «santé» du formulaire d'entrée des structures d'accueil collectives	• Coordination médicale Fedasil
7.7.	● Rédiger et diffuser parmi les gynécologues et au sein des maternités des directives précises et validées par les deux organisations professionnelles (GGOLFB et VVOG) en matière de désinfibulation et de réinfibulation Contenu : • Recommandations de prise en charge pour l'accouchement des femmes excisées et infibulées • Fiche technique plastifiée pour la salle d'accouchement concernant la pratique de la désinfibulation	• GAMS • GGOLFB • VVOG
7.9.	○ Encourager le législateur-la législatrice à apporter les modifications législatives nécessaires pour préciser et étendre l'application de l'article 409 du CP (par ex. la réinfibulation)	• INTACT
7.10.	○ Sanctionner les pratiques illégales des médecins (médicalisation des MGF, y compris la réinfibulation) avec le concours de l'Ordre des médecins	• Ordre des médecins
9.6.	○ Modifier la loi relative à la prise en charge financière (allocations sociales du CPAS) des femmes mutilées, en séjour illégal et dans l'impossibilité de retourner dans leur pays d'origine : • Changer les règles de remboursement au SPF Intégration sociale • Envisager de recourir à une autre instance que le tribunal du travail	• SPP Intégration Sociale • CPAS
11.3.	○ Intégrer les MGF dans la formation des socio-anthropologues, des juristes, des épidémiologues et des démographes (axe «culture, inter culturalité et relativisme culturel»)	• Direction égalités des chances de la FWB
14.7.	○ Créer et accréditer des centres de référence et des expert-e-s dans les différentes grandes villes belges	• INAMI • SPF Santé Publique
14.8.	● Désigner et financer un poste de coordinateur-coordinatrice de réseau SC-MGF : • Il-elle travaille avec l'ensemble des acteurs-actrices concerné-e-s par les MGF et de manière plus rapprochée avec les personnes de référence des organismes spécialisés (GAMS, INTACT, CL-MGF) et les personnes relais des organismes généralistes ; • Il-elle détermine avec le Groupe d'Appui (GA) les orientations générales du processus de concertation ; • Il-elle organise la concertation stratégique du réseau (analyse de situation, planification) et diffuse et valorise les résultats ; • Il-elle ne traite pas directement des cas concrets sur le terrain et n'est pas responsable de la mise en œuvre des activités sur le terrain ✚ Ce coordinateur-cette coordinatrice est issu-e d'un organisme spécialisé	• FWB (promotion de la santé et égalité des chances)



16.4.	☒ Intégrer la problématique des MGF au plan d'action national contre les violences faites aux femmes --- Planifier et financer les stratégies du plan en faveur de la lutte contre les MGF	• IEFH (Task force MGF)
17.2.	☐ Inclure la problématique des MGF dans la formation des coopérant-e-s («premier départ» de la CTB, MSF, MDM, Medicus Mundi, Memisa, Le Monde selon les Femmes, IMT, ITECO) en montrant en quoi celle-ci est une violence de genre	• DGD • GAMS
17.3.	☐ Inciter les instances de la coopération au développement à intégrer la lutte contre les MGF dans des projets globaux (statut de la femme, alphabétisation, éducation à la santé, santé de la reproduction) avec les pays concernés par les MGF avec lesquels la Belgique a un accord de partenariat bilatéral	• DGD • CTB • GAMS • INTACT
17.4.	☐ Soutenir les efforts des pays partenaires de la Coopération au développement et les initiatives locales de la société civile favorisant l'abandon des MGF par des approches globales incluant l'assistance aux victimes	• DGD • CTB • GAMS • INTACT
17.5.	☐ Assurer le suivi de la ratification du Protocole de Maputo (O.U.A., 11 juillet 2003) dont l'article 3 qui spécifie que les MGF doivent être interdites et sanctionnées et la résolution adoptée par l'assemblée générale des Nations Unies du 9 janvier 2013 du 20 décembre 2012 relative à l'intensification des efforts mondiaux en vue d'éradiquer les MGF	• DGD • GAMS • INTACT
17.6.	☐ Anticiper la mise en vigueur de la Convention d'Istanbul du 11 mai 2011 sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique, en veillant à intégrer les mesures prévues dans les prochains PAN	• IEFH • Fedasil

- ☐ l'activité n'est pas encore couverte par une association ou institution
 ☐ l'activité est partiellement couverte
 ☒ l'activité est bien couverte
☒ Activité apparaissant dans au moins deux objectifs.

SOURCES

RÉFÉRENCES DU DIAGNOSTIC ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET SOCIAL

AMY J.-J. & RICHARD F. (2009), «Les mutilations génitales féminines», in *Guide de Consultation Prénatale* ONE-GGOLFB (chapitre 56), Bruxelles, De Boeck, p. 524-536.

ANDRO A. & LESCLINGRAND M. (2007), «Les mutilations sexuelles féminines : le point sur la situation en Afrique et en France», *Population & Sociétés*, n° 438.

BEHRENDT A. & MORITZ S. (2005), «Posttraumatic stress disorder and memory problems after Female Genital Mutilation», *American Journal of Psychiatry*, n° 162, p. 1000-1002.

CGRA (2008), «Décisions CGRA : mutilations génitales féminines année 2008».

CHARLIER S. (2009), «Genre et empowerment/empoderamiento/empouvoirement», *Les Essentiels du genre n° 10*, Bruxelles, Le Monde Selon Les Femmes.

CHARLIER, S. & RYCKMANS H. (2012), «Genre et cycle du développement», *Les Essentiels du genre n° 12*, Bruxelles, Le Monde Selon Les Femmes.

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS (14 juin 2012), Octroi de l'asile en cas de risque de mutilations génitales féminines, Réponse de la Secrétaire d'État à l'Asile et la Migration, à l'Intégration sociale et à la Lutte contre la Pauvreté à la question parlementaire n°163 du 9 mars 2012 de Mme Zoé GENOT, Députée.

DE BROUWERE M., RICHARD F. & DIELEMAN M. (2012), «Recherche action sur les cas de signalement de MGF en Belgique : Enseignements et recommandations du terrain en vue de l'élaboration d'un protocole de protection, juin 2012-janvier 2013 : résultats préliminaires au 23 novembre 2012», communication lors du colloque du 23 novembre 2012 «Vers un protocole de prévention et de protection des enfants victimes de mutilations génitales féminines ?» organisé par l'asbl INTACT.

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, Ed. GAMS Belgique.

DORKENOO E, MORISSON L. & MACFARLANE A. (2007), *A statistical study to estimate the prevalence of Female Genital Mutilation in England and Wales*, London, Forward UK.

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.

GUTIERREZ R. (2008), «Pas d'interdit sur le certificat de virginité», *Le Soir* (édition du 15 novembre).

INTACT asbl (2012), *La protection internationale et les mutilations génitales féminines. Les 11 recommandations d'INTACT*, Bruxelles, Ed. INTACT asbl.

JANSSEN C. & WINTGENS K. (2011), *La protection des victimes potentielles de mutilations génitales féminines en droit belge*

au regard des droits fondamentaux, Étude réalisée par le Service Droit des Jeunes-Namur.

JAOUI S. (2009), «Femmes excisées ou à risque d'excision dans les structures d'accueil en Belgique», Études Fedasil.

KAISER M. & BEN MASSOUD S. (2011), *Étude 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*, Étude commanditée par l'asbl 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.

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

NERAUDAU E. & VAN DER PLANCKE V. (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*, Étude commanditée par l'asbl INTACT, Bruxelles.

OMS (2008), *Éliminer les mutilations sexuelles féminines*, Déclaration inter-institutions HCDH, OMS, ONUSIDA, PNUD, UNCEA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM.

ONE (2007), Données «Avis de naissance» BDMS, Communauté française.

PIJPERS F.I.M., EXTERKATE M., JAGER (de) M. (2011), *Point de vue prévention des mutilations génitales féminines (MGF) par les services de santé pour la jeunesse*, RIVM-rapport 295001017, Ministère de la Santé Publique, du Bien-être et des Sports, traduit du néerlandais vers le français par BOULENGER D., relecture et édition par RICHARD F., Bruxelles, GAMS Belgique, mai 2012.

PARLEMENT EUROPÉEN (2009), *Lutte contre les mutilations génitales sexuelles féminines pratiquées dans l'UE*, Résolution du 24 mars 2009 (2008/2071 INI).

SPF SANTÉ PUBLIQUE, SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT ET GAMS BELGIQUE (2011), *Mutilations Génitales Féminines : guide à l'usage des professions concernées*, Bruxelles.

WHO (2006), «Female Genital Mutilation - new knowledge spurs optimism», *Progress in Sexual and Reproductive Health Research*, n° 72.

RÉFÉRENCES MÉTHODOLOGIQUES

GREEN L.W. & KREUTER M.W. (2005), *Health Program Planning, An Educational and Ecological Approach*, 4th Ed. Mc Graw Hill, <http://www.lgreen.net>

MARTENS V., PARENT F. et al. (décembre 2006), *Stratégies Concertées du secteur de la prévention des IST/SIDA en Communauté française 2007-2008*, Bruxelles, Observatoire du sida et des sexualités (FUSL).

PARENT F. (2006), *Déterminants éducationnels et facteurs favorables à une meilleure adéquation entre formation et compétences attendues des professionnels de la santé dans les organisations de santé en Afrique. Étude sur la gestion et le développement des ressources humaines en santé*, Thèse de doctorat, Bruxelles, École de Santé Publique de l'ULB.

PINEAULT R. & DAVELUY C. (1995), *La Planification de la santé : concepts-méthodes-stratégies*, Québec, Éditions Nouvelles.

ÉTUDES MENÉES SUR LES MGF EN BELGIQUE

DE BROUWERE M., RICHARD F. & DIELEMAN M. (2012), «Recherche-action sur les cas de signalement de MGF en Belgique : Enseignements et recommandations du terrain en vue de l'élaboration d'un protocole de protection, juin 2012-janvier 2013 : résultats préliminaires au 23 novembre 2012», communication lors du colloque du 23 novembre 2012 «Vers un protocole de prévention et de protection des enfants victimes de mutilations génitales féminines ?» organisé par l'asbl INTACT.

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*, Étude réalisée par le Service Droit des Jeunes-Namur.

KAISER M. & S. BEN MASSOUD (2011), *Étude 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*, Étude commanditée par l'asbl INTACT auprès du Cabinet d'avocats Xirius, Bruxelles.

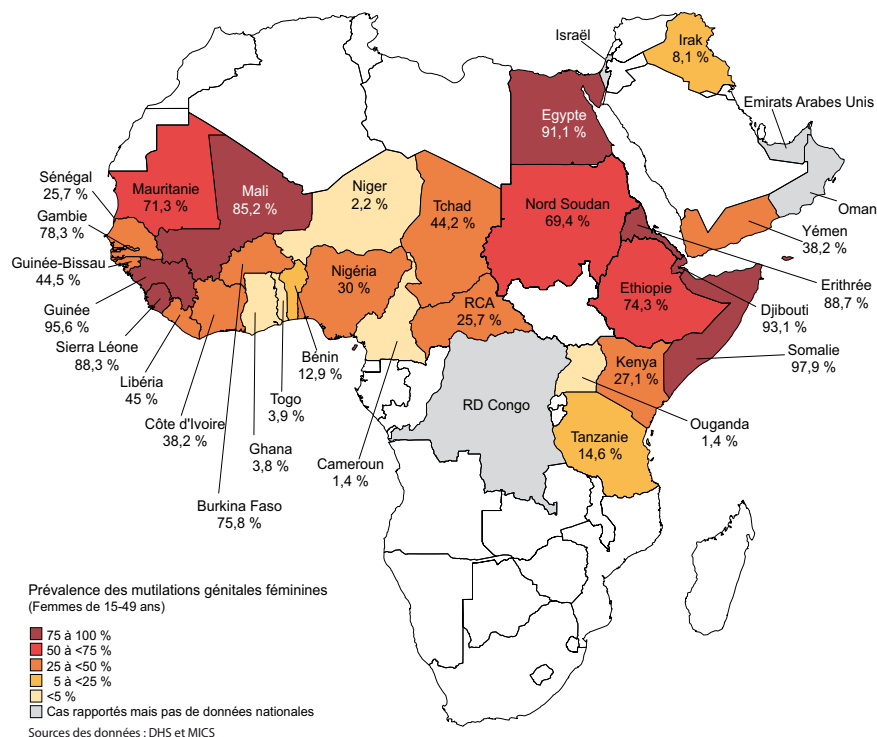
LEYE E. & DEBLONDE J. (2004), *La législation belge en matière de Mutilations Génitales Féminines et l'application de la loi en Belgique*, International Centre for Reproductive Health (ICRH), Publication n° 9.

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*, Étude commanditée par l'asbl INTACT, Bruxelles.

À PROPOS DES MGF

Figure 4 : Prévalence des MGF en Afrique et au Proche-Orient



© GAMS - Belgique 2013

PRÉVALENCE ET DISTRIBUTION

Malgré un manque de données complètes pour tous les pays concernés, les mutilations sexuelles sont recensées dans 33 pays, dont 28 pays subsahariens et plusieurs pays de la péninsule arabique et également en Asie (Indonésie). Comme l'indique la figure 4, la fréquence des MGF est très variable selon les pays : elle atteint 99% en Somalie, mais est inférieure à 5% en Ouganda. Leur distribution varie en fonction des régions et des groupes sociaux.

- L'excision est pratiquée principalement en Afrique de l'Ouest (Bénin, Burkina Faso, Cameroun, République Centrafricaine, Côte d'Ivoire, Gambie, nord du Ghana, Guinée Bissau, Guinée Conakry, Liberia, Mali, Mauritanie, Niger, Nigeria, Sénégal, Sierra Leone, Togo et Tchad), mais aussi au Kenya, en Ouganda et en Tanzanie.
- L'infibulation est pratiquée dans la Corne de l'Afrique (Djibouti, Erythrée, Ethiopie, Somalie), en Égypte, au Soudan, dans le sud de la péninsule arabique.
- Dans certains pays (Égypte, Mali, Nigeria et Sénégal), on observe l'une et l'autre.

En Europe, les ressortissant-e-s des pays concernés peuvent chercher à maintenir la pratique en faisant appel à un exciseur ou une exciseuse locale ou en envoyant leurs filles dans le pays d'origine pour y subir l'intervention. Il est donc important que les professionnel-le-s de la santé et de la petite enfance soient sensibilisés à ce problème et puissent être des acteurs et des actrices de la prévention.



RAISONS INVOQUÉES À LA PRATIQUE DES MGF

L'OMS (2008) avance que «les mutilations sexuelles féminines sont le produit de divers facteurs culturels, religieux et sociaux au sein des familles et des communautés». Les communautés concernées invoquent plusieurs motifs à la pratique de l'excision ou de l'infibulation. En synthèse, il est possible de classer cet ensemble diversifié de justifications comme suit :

- **CONTRÔLER LA SEXUALITÉ DES FEMMES**

L'exérèse des parties les plus sensibles des organes génitaux externes, notamment le clitoris, vise à amoindrir le désir sexuel de la femme, mais aussi à garantir sa virginité avant le mariage et sa fidélité / sa chasteté en tant qu'épouse.

- **MAINTENIR LA TRADITION CULTURELLE ET LA COHÉSION SOCIALE**

En contexte colonial et postcolonial, le maintien de l'héritage social et culturel passe notamment par la continuation des rites d'initiation et d'intégration des fillettes.

- **ASSURER UNE HYGIÈNE ET POURVOIR À L'ESTHÉTIQUE**

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

- **FAVORISER LA FÉCONDITÉ**

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

- **SUIVRE LES PRÉCEPTES RELIGIEUX**

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

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

abandonner. Les professionnels de santé qui pratiquent des MGF dans certains pays en ont ainsi fait une pratique lucrative.

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

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

CIRCONSTANCES AU COURS DESQUELLES SE DÉROULENT LES MGF

Au Sénégal par exemple, l'excision est l'affaire de femmes appartenant à la caste des forgerons ; ailleurs, une matrone ou une accoucheuse traditionnelle exerce cette fonction. La place de l'homme dans l'opération diffère en fonction des régions. Il n'a généralement pas de rôle actif et n'est pas présent lors de l'excision. Par contre, en Egypte et au Nigeria, un homme (par exemple le barbier) peut se charger de la mutilation.

Personne n'explique à l'enfant ou à l'adolescente ce qu'elle va endurer. Le plus souvent, la mutilation se fait sans la moindre anesthésie. La fillette ou la jeune fille est maintenue par des proches. On se sert d'instruments grossiers : couteau, lame de rasoir, morceau de verre... Une infibulation peut prendre 15 à 20 minutes. Pour une infibulation, la plaie est recousue à vif avec du gros fil non stérile ; en Somalie, des épines d'acacia maintiennent les moignons des grandes lèvres au contact l'une de l'autre. Des cataplasmes (cendres, terre, jaune d'œuf, herbes...) sont appliqués ensuite afin de «favoriser la cicatrisation» et d'«éviter l'infection et l'hémorragie». Pour obtenir la coalescence des grandes lèvres, les membres inférieurs de la



fillette sont liés l'un à l'autre de façon à empêcher toute abduction des cuisses. De ce fait, la plaie est infectée à chaque miction et défécation.

Dans certains pays, la mutilation a été médicalisée puisqu'elle est pratiquée par un-e médecin ou un-e infirmier-ère, éventuellement en milieu hospitalier. C'était le cas de l'Égypte où 77,4% des excisions chez les filles entre 0 et 17 ans ont été pratiquées par du personnel médical selon l'enquête démographique et de santé de 2008. Suite au décès d'une fillette de 11 ans lors d'une excision pratiquée par un médecin en juin 2007, un décret ministériel promulgué le mois suivant a interdit la pratique de l'excision dans les structures sanitaires publiques et privées en Égypte.

L'infibulation rend tout coït impossible. Lorsque la femme se marie, la cicatrice doit être incisée. Au pays d'origine, c'est une matrone ou le mari qui «ouvre» la femme avec un instrument tranchant le jour des noces. Dans le meilleur des cas, cette «déinfibulation» ou «introcision» est faite à l'hôpital. Dans d'autres cas, le mari déchire progressivement sa nouvelle épouse ; un rapport complet n'est parfois possible qu'après de très nombreuses tentatives infructueuses. Après l'accouchement, le sexe de la femme est de nouveau refermé, recousu. On parle alors de ré-infibulation.

LE CONTEXTE JURIDIQUE INTERNATIONAL ET LES MGF

Les mutilations génitales féminines (ci-après MGF) constituent des traitements inhumains et dégradants au sens de plusieurs Conventions Internationales, telles la Convention européenne des droits de l'homme, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et la Convention au droits de l'enfant. Les MGF sont considérées comme des persécutions au sens de la Convention de Genève et susceptibles de justifier l'octroi du statut de réfugié-e. De récents développements en matière d'asile et de droits fondamentaux au niveau de l'Union européenne ou dans le cadre du Conseil de l'Europe démontrent une volonté de ces Institutions de mieux protéger des filles et femmes à risque contre les MGF ainsi que par rapport à d'autres pratiques traditionnelles néfastes (PTN), telles les mariages forcés ou précoces.

Au sein de l'Union Européenne, la Directive dite de Qualification⁴⁸ a récemment subi une refonte avec l'objectif notamment de mieux protéger les groupes vulnérables.

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 connue sous le nom de «Convention d'Istanbul»⁴⁹ a vu le jour pour mieux appréhender les violences liées au genre, que ce soit dans le cadre de l'examen des demandes d'asile ou dans le cadre plus général de la prise en compte de la problématique de la violence domestique. Cette Convention n'est toutefois pas encore en vigueur.

Enfin une récente résolution de l'Assemblée générale des Nations Unies, relative à l'intensification des efforts mondiaux en vue d'éradiquer les MGF, adoptée le 20 décembre 2012 demande instamment aux pays de condamner toutes les pratiques dangereuses qui affectent les femmes et les filles, en particulier les mutilations génitales féminines, et de prendre toutes les mesures nécessaires, y compris l'application de la législation, la sensibilisation et l'allocation de ressources suffisantes, pour protéger les femmes et les filles contre cette forme de violence.

LA LOI BELGE ET LES MGF

Avec la loi du 28 novembre 2000 relative à la protection pénale des mineur-e-s (entrée en vigueur le 1er avril 2001), la Belgique a introduit un article spécifique aux MGF dans le code pénal (voir encadré ci-dessous). À ce jour, aucune infraction n'a été portée à la connaissance des autorités judiciaires belges. Il existe néanmoins des soupçons concernant des pratiques clandestines tant en Belgique que dans d'autres pays européens.

.....
⁴⁸ Directive 2011/95/CE du Conseil du 13 décembre 2011 concernant les normes minimales relatives aux conditions que doivent remplir les ressortissants des pays tiers ou les apatrides pour pouvoir prétendre au statut de réfugié-e ou les personnes qui, pour d'autres raisons, ont besoin d'une protection internationale, et relatives au contenu de ces statuts (refonte), JO L 337/9 du 20.12.11.

⁴⁹ Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique, Istanbul, 11.V.2011, <http://conventions.coe.int/Treaty/FR/Treaties/Html/210.html>.

Code pénal – Art. 409

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

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

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

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

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

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

Le texte vise exclusivement les mutilations infligées aux femmes, même consentantes. L'importance des séquelles, le but de lucre, la minorité et de manière générale les situations de dépendance constituent des circonstances aggravantes. La loi ne vise pas le piercing ou le tatouage, ni l'opération visant au changement de sexe, de même que les actes pratiqués dans un but médical.

D'autres dispositions de la loi sur la protection pénale des mineur-e-s sont importantes pour l'appréciation de son économie générale. L'article 458bis du code pénal, qui allège l'obligation au secret professionnel lorsque des mineur-e-s ou personnes vulnérables sont concerné-e-s, inclut les cas de MGF.

Code pénal – Art. 458bis (du 30/01/2012)

Art. 458bis. [Toute personne qui, par état ou par profession, est dépositaire de secrets et a de ce fait connaissance d'une infraction prévue aux articles 372 à 377, 392 à 394, 396 à 405ter, 409, 423, 425 et 426, qui a été commise sur un mineur ou sur une personne qui est vulnérable en raison de son âge, d'un état de grossesse, d'une maladie, d'une infirmité ou d'une déficience physique ou mentale peut, sans préjudice des obligations que lui impose l'article 422bis, en informer le procureur du Roi, soit lorsqu'il existe un danger grave et imminent pour l'intégrité physique ou mentale du mineur ou de la personne vulnérable visée, et qu'elle n'est pas en mesure, seule ou avec l'aide de tiers, de protéger cette intégrité, soit lorsqu'il y a des indices d'un danger sérieux et réel que d'autres mineurs ou personnes vulnérables visées soient victimes des infractions prévues aux articles précités et qu'elle n'est pas en mesure, seule ou avec l'aide de tiers, de protéger cette intégrité.]¹

DROIT FUTUR

Art. 458bis. Toute personne qui, par état ou par profession, est dépositaire de secrets et a de ce fait connaissance d'une infraction prévue aux articles 372 à 377, 392 à 394, 396 à 405ter, 409, 423, 425 et 426, qui a été commise sur un mineur ou sur une personne qui est vulnérable en raison de son âge, d'un état de grossesse, [de la violence entre partenaires],² d'une maladie, d'une infirmité ou d'une déficience physique ou mentale peut, sans préjudice des obligations que lui impose l'article 422bis, en informer le procureur du Roi, soit lorsqu'il existe un danger grave et imminent pour l'intégrité physique ou mentale du mineur ou de la personne vulnérable visée, et qu'elle n'est pas en mesure, seule ou avec l'aide de tiers, de protéger cette intégrité, soit lorsqu'il y a des indices d'un danger sérieux et réel que d'autres mineurs ou personnes vulnérables visées soient victimes des infractions prévues aux articles précités et qu'elle n'est pas en mesure, seule ou avec l'aide de tiers, de protéger cette intégrité.

.....
(1) «L 2011-11-30/28, art. 6, 083; En vigueur : 30-01-2012»

(2) «L 2012-02-23/08, art. 2, 085; En vigueur : 01-03-2013»

L'article 10ter du titre préliminaire du code de procédure pénale prévoit que le principe de compétence territoriale étendue vise également les cas de MGF si la victime est mineure : l'infraction commise à l'étranger pourra être poursuivie sur le territoire belge, à condition que l'auteur-e se trouve en Belgique.



Enfin, le délai de prescription de 15 ans ne commence à courir qu'à partir du jour où la victime atteint l'âge de 18 ans (article 21bis du titre préliminaire du code de procédure pénale).

En Belgique, la protection des petites filles est également prise en compte sur le plan civil : en cas d'urgence, le-la juge des référés peut confier l'hébergement d'une enfant à un parent et interdire que l'enfant quitte le territoire à condition, bien sûr, que le risque de mutilation soit établi de façon sérieuse.

Pour protéger une petite fille à l'encontre de sa propre famille, le Procureur du Roi peut demander au juge de la jeunesse de prendre des mesures protectionnelles (par exemple : la retirer de son milieu familial et la confier à des tiers). Il s'agit d'une mesure extrême dont les conséquences sont lourdes : les parents ne sont pas forcément de «mauvais parents» et la séparation peut être d'autant plus douloureuse qu'elle est difficile à comprendre, tant pour les parents que pour l'enfant.

LES MGF ET L'ASILE

La loi du 15 décembre 1980 relative à l'entrée et au séjour sur le territoire belge, modifiée en 2006, prévoit parmi les motifs fondant l'asile que les actes de persécution invoqués peuvent entre autres consister en des violences physiques ou mentales, y compris les violences sexuelles.

Dans le cadre de la demande d'asile ou d'une demande de régularisation de séjour pour raisons humanitaires, les autorités seront également sensibles au risque de mutilation pour les filles en cas de retour au pays, ainsi qu'à la situation de la femme qui a subi une opération chirurgicale en Belgique et risque donc une ré-infibulation.

L'appréciation des MGF par les instances d'asile s'inscrit également dans l'approche actuelle des mariages forcés et des mariages précoces.



LEXIQUE

Associations à base communautaire : associations composées de membres d'une communauté qui essaye de répondre aux besoins sociaux, éducationnels ou environnementaux de leur communauté.

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

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

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

Femmes relais : Les femmes issues des communautés concernées par l'excision qui ont suivi une formation d'une association spécialisée (GAMS Belgique, CL-MGF). 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-trice en discutant avec la famille concernée lors d'une situation à risque (retour au pays pendant les vacances).

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

Incidence : nombre de nouveaux cas d'une affection donnée enregistrés au sein d'une population donnée, au cours d'une période donnée (généralement un an).

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

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

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

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

Interprètes : L'interprète assure la traduction orale complète et précise des messages des différent-e-s interlocuteur-trice-s.

Leaders communautaires : Membres des communautés qui y exercent une certaine influence (responsables d'associations de femmes, responsables de tontines, leaders religieux, etc.). On peut être un acteur ou une actrice communautaire, c'est-à-dire faire partie du processus de changement, sans forcément être un leader.

Médiateur-trice interculturel-le : Le médiateur ou la médiatrice interculturel-le est chargé-e 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 médiateur-trice-s sont issu-e-s de la communauté pour laquelle ils-elles assument la fonction de médiation.

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

**Personnes de référence dans les organismes spécialisés :**

Professionnel-le-s au sein des organismes spécialisés en matière de MGF (GAMS, INTACT, CL-MGF) qui sont chargé-e-s de conseiller et d'orienter les professionnel-le-s sur le terrain (organismes généralistes) en cas de situation aiguë, de difficultés rencontrées sur des cas.

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

Professionnel-le-s relais dans les organismes généralistes (hôpitaux, ONE, PSE, etc.) :

Professionnel-le-s formé-e-s par les associations spécialisées (GAMS, INTACT, CL-MGF) et qui sont les référent-e-s MGF au sein de leur structure :

- être une personne ressource en matière de MGF pour les collègues de travail qui peuvent exposer leurs questions et partager avec elle la meilleure conduite possible à tenir ;
- être la personne de référence pour la prise en charge des enfants ou des femmes concernées par les MGF (situation à risque ou cas avéré) ;
- assurer un travail en réseau au sein des associations spécialisées (participation à des réunions de concertation, diffusion des outils de sensibilisation...).

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

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

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

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

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

LISTE DES PARTICIPANT-E-S AUX STRATÉGIES CONCERTÉES DE LUTTE CONTRE LES MGF

**De nouveaux acteur-trice-s
rejoignent régulièrement le
processus.**

Cette liste est donc évolutive.

Les Stratégies Concertées de lutte
contre les MGF constituent un
processus continu qu'il est possible
de rejoindre à tout moment même
si vous n'avez pas participé aux
premiers ateliers.

Si vous désirez joindre le réseau
des SC-MGF, contactez-nous :

scmgf.be@gmail.com

tél : 02 219 43 40

Aquarelle, Bruxelles
Afronam, Namur
Cap Santé, Liège
Centre «El Paso», Gembloux
Centre EXIL, Bruxelles
CPF Louise Michel, Liège
CPF Inforcouple, Verviers
CFFB
CGR
Collectif Alpha
Communauté Djiboutienne
Communauté Guinéenne
Communauté Somalienne
Coordination Lutte contre les violences
du Hainaut
CPF La Famille Heureuse, Bruxelles
Délégué Général aux Droits de l'Enfant
Direction de l'Égalité des Chances, FWB
École de sages-femmes ISEI, Bruxelles
Écoute Enfants

ECPAT Belgium
EMECOJ
Fedasil
Femmes africaines, Charleroi
FGOV JUSTICE
FPS, Bruxelles
Free Clinic, Bruxelles
GAMS Belgique
Hôpital Erasme, Bruxelles
CHU Saint-Pierre, Bruxelles
UZ Brussel
ICRH, Gand
IMT, Anvers
INTACT
ISP-WIV
La Palabre
Le Monde Selon Les Femmes
Maison de Naissances de Namur
Manguier en fleurs
Media espagnol «Periodismo Humano»

Ministère fédéral des Affaires sociales
et de la Santé
ONE
Observatoire du sida et des sexualités
Parlement francophone bruxellois
Petit Château - Centre d'accueil Fedasil,
Bruxelles
Pissenlit asbl, Bruxelles
PSE Anderlecht
PSE COCOF, Bruxelles
PSE Schaerbeek
PSE Ville de Bruxelles
SAJ, Bruxelles
Sireas
SIPES (ULB)
SPF Justice
Travel Clinic du CHU Saint-Pierre,
Bruxelles

Éditeur responsable

GAMS Belgique, Rue Gabrielle Petit 6, 1080 Molenbeek

Mise en page

Nathalie da Costa Maya

Centre de diffusion de la culture sanitaire, CDCS asbl.

Dépôt légal

D/2013/12.193/1



Observatoire
du sida et
des sexualités

