



■ FEDERATION LAÏQUE
de centres
DE PLANNING FAMILIAL



Dossiers documentaires du CEDIF



LES MUTILATIONS SEXUELLES

FLCPF/CEDIF

34 rue de la Tulipe – 1050 Bruxelles

Tél : 02/502.82.03 – Fax : 02/503.30.93 – flcpf@planningfamilial.net

www.planningfamilial.net

SOMMAIRE

Les mutilations sexuelles féminines	2
Organisation mondiale de la Santé	
Contexte socioculturel et religieux des mutilations génitales féminines	5
Dr Jean-Jacques AMY	
Proposition de résolution relative aux mutilations sexuelles	9
Rapport au Sénat de Belgique – Séance du 18 février 2004	
Proposition de résolution relative aux mutilations sexuelles	15
Texte adopté par la Commission des relations extérieures et de la défense	
Cadre légal belge	18
Bibliographie	19
Adresses utiles	21

LES MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES

Organisation Mondiale de la Santé

Qu'entend-on par mutilations sexuelles féminines ?

Les mutilations sexuelles féminines, souvent désignées également par l'expression «circoncision féminine», recouvrent toutes les interventions incluant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou la lésion des organes génitaux féminins pratiquée pour des raisons culturelles ou religieuses ou pour toute autre raison non thérapeutique. Il y a différents types de mutilations sexuelles dont on sait qu'ils sont pratiqués aujourd'hui, à savoir :

- Type I - excision du prépuce, avec ou sans excision partielle ou totale du clitoris ;
- Type II - excision du clitoris, avec excision partielle ou totale des petites lèvres;
- Type III - excision partielle ou totale des organes génitaux externes et suture/rétrécissement de l'orifice vaginal (infibulation) ;
- Type IV - piquûre, perforation ou incision du clitoris et/ou des petites et des grandes lèvres ; étirement du clitoris et/ou des lèvres ; cautérisation par brûlure du clitoris et du tissu avoisinant ;
- Grattage (angurya cuts) de l'orifice vaginal ou incision (gishiri cuts) du vagin ;
- Introduction de substances corrosives ou de plantes dans le vagin pour provoquer des saignements ou pour resserrer ou rétrécir le vagin ; enfin, toute autre intervention qui répond à la définition des mutilations sexuelles donnée plus haut.

La forme la plus courante de mutilation sexuelle féminine est l'excision du clitoris et des petites lèvres, pratiquée dans presque tous les cas (jusqu'à 80 %) ; la forme la plus extrême est l'infibulation, pratiquée dans 15 % environ des cas.

Conséquences pour la santé

Les conséquences immédiates et à long terme des mutilations sexuelles féminines pour la santé varient selon le type et la gravité de l'intervention pratiquée.

Les complications immédiates comprennent douleurs, choc, hémorragie, rétention d'urine, ulcération de la zone génitale et lésions des tissus adjacents. Hémorragie et infection peuvent entraîner la mort.

Ces derniers temps, on s'est inquiété du risque de transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) parce qu'un seul instrument est utilisé pour de

nombreuses opérations, mais cette question n'a pas fait l'objet de recherches approfondies.

Parmi les conséquences à long terme figurent kystes et abcès, formation de chéloïdes, lésions de l'urètre entraînant une incontinence urinaire, dyspareunie (rapports sexuels douloureux), dysfonctionnement sexuel et problèmes pendant l'accouchement.

Santé psychosexuelle et psychologique : les mutilations sexuelles peuvent marquer à vie la mémoire de celles qui les ont subies. A plus long terme, les femmes peuvent souffrir d'un sentiment d'inachèvement, d'angoisse ou de dépression.

Qui pratique les mutilations sexuelles féminines, à quel âge et pour quelles raisons ?

Dans les sociétés où les mutilations sexuelles féminines sont une norme acceptée, elles sont pratiquées par des personnes de toutes croyances religieuses de même que par des animistes et des non-croyants. L'intervention proprement dite est généralement effectuée par un tradipraticien à l'aide d'instruments rudimentaires et sans anesthésie. Chez les gens plus riches, elles peuvent être pratiquées dans un établissement de santé par du personnel qualifié. L'OMS est opposée à la médicalisation de toutes les formes de mutilation sexuelle féminine. L'âge auquel sont pratiquées les mutilations sexuelles varie selon la région. Elles sont pratiquées sur des nouveau-nés, des fillettes et des adolescentes et, parfois, sur des femmes adultes.

Les familles citent plusieurs raisons justifiant l'intervention :

- raisons psychosexuelles : réduction ou élimination du tissu sensible des organes génitaux externes, particulièrement du clitoris, afin d'atténuer le désir sexuel chez la femme, de préserver la chasteté et la virginité avant le mariage et la fidélité durant le mariage, et enfin d'accroître le plaisir sexuel de l'homme;
- raisons sociologiques : identification avec l'héritage culturel, initiation des fillettes à la condition de femme, intégration sociale et maintien de la cohésion sociale ;
- hygiène et raisons esthétiques : les organes génitaux externes de la femme passent pour être sales et inesthétiques et il faut les enlever pour favoriser l'hygiène et rendre la femme attrayante ;
- mythes : accroissement de la fécondation et promotion de la survie de l'enfant;
- raisons religieuses : certaines communautés musulmanes pratiquent toutefois les mutilations sexuelles féminines parce qu'elles croient en toute bonne foi que cette pratique fait partie de l'Islam. Or, elle est antérieure à l'avènement de la religion musulmane.

Prévalence et distribution des mutilations sexuelles féminines

La plupart des cas de mutilation sexuelle féminine chez des fillettes ou des femmes concernent 28 pays d'Afrique, mais quelques-uns concernent l'Asie et le Moyen-Orient. On trouve d'autre part de plus en plus de cas en Europe, en Australie, au Canada et aux États-Unis d'Amérique, avant tout parmi des immigrants de ces pays.

A l'heure actuelle, on estime qu'entre 100 et 140 millions de fillettes et de femmes ont subi une mutilation sexuelle. On pense que, chaque année, deux autres millions de fillettes risquent d'être soumises à cette pratique.

Activités de l'OMS face aux mutilations sexuelles féminines :

- Action de plaider et élaboration de grandes orientations

Il a été publié une déclaration conjointe OMS/UNICEF/FNUAP sur les mutilations sexuelles féminines ainsi qu'un plan régional pour accélérer l'élimination des mutilations sexuelles féminines de manière à encourager l'élaboration de grandes orientations et de mesures concrètes aux niveaux mondial, régional et national. Plusieurs pays où les mutilations sexuelles féminines sont traditionnellement pratiquées sont en train d'élaborer des plans d'action nationaux fondés sur la stratégie de prévention des mutilations sexuelles féminines proposée par l'OMS.

- Recherche-développement

L'un des principaux objectifs de l'action de l'OMS face aux mutilations sexuelles féminines est de rassembler des éléments d'information et de tester des interventions pour encourager l'élimination de cette pratique. Des protocoles de recherche ont été mis au point avec un réseau d'établissements de recherche collaborateurs ainsi qu'avec des chercheurs en sciences sociales et en sciences biomédicales reliés aux communautés concernées. L'OMS a fait le point des approches de programme pour la prévention des mutilations sexuelles féminines dans les pays et organisé une formation à l'intention des agents communautaires pour qu'ils puissent mieux travailler à la prévention de cette pratique dans la population.

- Mise au point de matériels de formation et formation des prestataires de soins

L'OMS a mis au point des matériels de formation de manière à intégrer la prévention des mutilations sexuelles féminines dans les programmes de formation du personnel infirmier et obstétrical et des médecins, ainsi que pour la formation en cours d'emploi des agents de santé. D'autre part, des ateliers de formation fondés sur des bases factuelles ont été mis au point à l'intention du personnel infirmier et obstétrical dans les Régions de l'Afrique et de la Méditerranée orientale pour sensibiliser ces agents de santé et les inciter à faire valoir de solides arguments contre les mutilations sexuelles féminines.

CONTEXTE SOCIOCULTUREL ET RELIGIEUX DES MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES

Jean-Jacques AMY, professeur extraordinaire à la Vrije Universiteit Brussel

Les mutilations sexuelles féminines désignent toutes les interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme et toutes autres mutilations de ces organes pratiquées pour des raisons culturelles ou autres, et non à des fins thérapeutiques.

L'Organisation Mondiale de la Santé distingue quatre types :

- Type 1 : Excision du prépuce avec ou sans excisions d'une partie ou de la totalité du clitoris.
- Type 2 : Excision du clitoris avec ablation partielle ou totale des petites lèvres (forme la plus fréquemment pratiquée : +/-80%)
- Type 3 : Excision d'une partie ou de la totalité des organes génitaux externes et suture/rétrécissement de l'ouverture vaginale (« infibulation », pratiquée au Soudan et dans la corne de l'Afrique ; représente globalement +/-15% des mutilations). Seule une ouverture minuscule persiste pour le passage de l'urine et du sang menstruel.
- Type 4 : Diverses pratiques telles que la piqûre, la scarification, la perforation, l'étirement du clitoris ou des lèvres, la cautérisation du clitoris et des structures avoisinantes, l'instillation ou l'insertion de caustiques dans le vagin dans le but de rétrécir celui-ci, etc.

Distribution ethnique et géographique

Les mutilations génitales féminines sont profondément ancrées dans les mœurs dans près de 30 pays africains (avec une forte prédominance à l'Est : Egypte, Soudan, Djibouti, Erythrée, Ethiopie et Somalie, et en Afrique occidentale), dans la péninsule arabique (Oman, Yémen et Sud de l'Arabie Saoudite), chez certains Kurdes du Nord de l'Irak et des musulmans originaires de Bombay. On mentionne également le Pakistan, l'Indonésie et la Malaisie, la prévalence des mutilations y est fort réduite.

Dans ces contrées, la majorité de la population a recours à ces pratiques ou, au contraire, seules quelques tribus ou communautés sont concernées. En Somalie, plus de 95% des fillettes et des jeunes filles sont infibulées, alors qu'en Ouganda moins de 5% des femmes sont mutilées et il s'agit dans ce pays des types 1 et 2. Ces pratiques peuvent avoir cours dans des communautés d'immigrés.

Prévalence

La coutume est très répandue. Deux millions de fillettes ou d'adolescentes sont mutilées annuellement. Au moins 110 millions de jeunes filles et de femmes vivant actuellement en ont été victimes.

Circonstances entourant l'intervention

L'intervention est pratiquée par des femmes âgées ou par des personnes auxquelles cette fonction particulière a été confiée par la communauté. Parfois, elle est l'œuvre de médecins ou d'infirmières, et peut être pratiquée en milieu hospitalier. Dans tous les autres cas, la mutilation a lieu à l'aide d'instruments grossiers (couteau, ciseaux, lame de rasoir), sans anesthésie et sans la moindre asepsie.

Séquelles

Les conséquences pour la santé des femmes varient selon le type de mutilation. Souvent, des lésions graves sont cause d'handicaps sévères à l'émission d'urine, lors des menstruations, pendant les rapports sexuels et à l'accouchement, et elles peuvent entraîner la mort. La clitoridectomie diminue ou abolit la jouissance sexuelle. Les répercussions psychologiques d'une mutilation sous contrainte, souvent accompagnée de violences, sont permanentes.

Pourquoi ces mutilations ?

L'attribution traditionnelle du rôle de la femme dans la société, des conceptions relatives à l'hygiène, la santé et la sexualité, et d'autres facteurs jouent un rôle.

A l'origine, particulièrement en Afrique, outre le caractère initiatique marquant l'admission parmi les adultes, la mutilation avait sans doute pour but d'asseoir l'identité sexuelle. En effet pour certaines communautés l'enfant est un être androgyne et seule la pratique du rite lui ôte la composante sexuelle ne correspondant pas à sa réelle nature. Ainsi, les Bambaras et les Dogons du Mali pensent que le prépuce chez le garçon est un attribut féminin et le clitoris de la fille un organe masculin.

D'autres peuplades (Somalie, Soudan) croient que les petites lèvres et le clitoris à moins d'être coupés, continueront à croître et pendront finalement entre les cuisses.

D'autres encore estiment que le clitoris, cet organe « mâle » de la femme, est dangereux pour l'homme lors du coït, et qu'il peut causer chez lui impuissance et stérilité. En Somalie, le clitoris est considéré comme impur ; en Afrique occidentale, certains peuples pensent que l'enfant peut mourir à la naissance s'il entre en contact avec le clitoris de la mère. Dans ce cas, la mutilation consistant principalement en une clitoridectomie, peut être différée jusqu'au moment où la jeune fille est en âge d'être mariée.

Ces motivations initiales ont subi des modifications liées à l'évolution du contexte social. Les valeurs initiatiques et socialisantes de l'excision ont disparu. Les mutilations sont pratiquées à un âge de plus en plus précoce.

De nos jours, les raisons suivantes sont invoquées pour justifier la poursuite de ces pratiques :

1. Protection de la femme contre ses tendances à la promiscuité et préservation de sa chasteté avant et de sa fidélité après le mariage : l'élimination du clitoris, et la diminution ou l'abolition du plaisir sexuel qui en résulte, garantirait la chasteté de la femme. Elle permet en outre à un seul homme de subvenir au désir sexuel (fortement diminué du fait de la mutilation) de plusieurs femmes, dans des communautés où la polygamie est institutionnalisée.

L'honneur de son mari, de sa famille et de sa communauté dépend du comportement de la femme. Aussitôt que l'homme aura « ouvert » sa nouvelle épouse et qu'il aura eu des relations sexuelles avec elle pour la première fois, la famille s'assurera qu'un saignement a été provoqué, comme preuve de sa virginité.

2. Raisons sociales : En Afrique, la famille est une structure sociale importante, dotée d'un grand pouvoir ; elle joue un rôle crucial dans l'observance et la transmission des normes culturelles d'une génération à l'autre. Pour beaucoup d'Africains, ces préceptes, entre autres en matière de santé et de sexualité, ne sont pas moins contraignants pour l'individu qui a quitté son village d'origine.

Les relations interpersonnelles sont fortement hiérarchisées dans nombre de cultures africaines. Le respect est dû aux détenteurs de l'autorité et aux anciens. Une hiérarchie semblable caractérise les rapports entre les époux. La femme, doit se conformer au rôle qui lui est assigné, qui la relègue au second plan mais qui permet son intégration sociale. La mutilation génitale féminine fait partie de l'héritage culturel et constitue un des moyens qui accentuent l'identité sexuelle de la femme. Elle contribue au maintien de l'honneur de la famille et à la cohésion sociale. La majorité des mères et des grand-mères ne s'y opposent pas et se font les propagatrices principales de la poursuite de cette pratique. Elles considèrent la mutilation qu'elles ont subie comme un des aspects essentiels de leur féminité et sont à bon escient persuadées que leurs filles et petites-filles doivent s'y soumettre afin de se rendre socialement acceptables. Dans ces communautés, peu de débouchés économiques sont offerts aux femmes en dehors du mariage ; il est donc essentiel qu'une jeune fille ait été mutilée pour pouvoir se marier et assurer sa survie sociale et économique. La femme non excisée est l'objet de l'opprobre général ; elle est impropre au mariage et à la procréation. Ces considérations relèguent au second plan les effets nocifs de la mutilation sur le bien-être de la femme.

Les femmes âgées, en particulier celles qui pratiquent les mutilations, sont favorables au maintien de la tradition qui leur confère un statut social privilégié. Dans certains pays, les veuves ne disposent plus d'aucun revenu, car le frère du défunt hérite de ses avoirs. Pour elles, les honoraires qui leur sont versés pour chaque mutilation sont essentiels pour subvenir à leurs besoins.

L'urbanisation n'influe pas de façon notable sur la fréquence de cette pratique ; par contre, l'éducation des femmes la fait diminuer.

3. Motifs religieux : Nombreux sont ceux qui croient que subir la mutilation génitale est un devoir religieux pour la femme musulmane. Cependant dans de nombreux pays musulmans tels que l'Iran, l'Irak (à l'exception de quelques communautés kurdes) et les pays du Maghreb, ces mutilations ne sont pas pratiquées. En outre, l'excision avait cours dans certaines régions bien avant que l'islam n'y soit adopté. Le Coran ne mentionne pas l'excision ; de plus, il interdit toute intervention nuisible à la santé. Toutefois, certains hadiths relatant les faits et gestes, et les propos du prophète, en font mention et les dignitaires musulmans sont divisés quant à leur interprétation. Certains d'entre eux ferment les yeux sur cette pratique ou la recommandent, d'autres la condamnent. Soulignons que les dignitaires des églises chrétiennes ont souvent toléré cette coutume dans les territoires sur lesquels ils exerçaient leur autorité. Les mutilations génitales féminines ont d'ailleurs été pratiquées par et sur des catholiques, des protestants, des coptes, des animistes et même des juifs éthiopiens (les Falashas). Dans le sud du Nigéria, les femmes musulmanes sont moins fréquemment excisées que les chrétiennes ; au Ghana, la prévalence de la mutilation est semblable dans les deux communautés religieuses.

4. Mesure d'hygiène ou d'esthétique : Ces pratiques sont considérées comme salutaires par certains, pour qui les organes génitaux de la femme sont « sales », impurs. Le clitoris, considérés comme laid, doit être enlevé pour des raisons d'esthétique.

5. Assistance à la procréation : Il a déjà été fait allusion à l'influence bénéfique qu'on attribue à la mutilation génitale féminine en matière de fécondité du couple et du bon déroulement de l'accouchement.

Conclusion

La mutilation génitale féminine est pratiquée depuis de millénaires et est profondément ancrée dans les mœurs. Sa raison d'être est l'assujettissement de la femme et la relégation de cette dernière à une position subalterne, qui la rend totalement dépendante de l'homme. Elle constitue une atteinte grave à l'intégrité physique et psychologique de la personne ainsi qu'à la liberté individuelle. Malgré qu'aucune religion ne l'ait prônée, les dignitaires religieux (surtout musulmans) l'ont fréquemment tolérée ou même propagée, afin de ne pas déranger l'ordre social établi, assise de leur autorité. Elle est une violation grave et injustifiable du droit des gens. Son éradication s'impose, mais sera difficile et lente à réaliser.

PROPOSITION DE RÉSOLUTION RELATIVE AUX MUTILATIONS SEXUELLES

Rapport au Sénat de Belgique – Séance du 18 février 2004

Introduction

Le 17 février 2004, la Commission des Relations extérieures et de la Défense a procédé à l’audition de représentantes du monde judiciaire et d’associations actives dans le domaine de la lutte contre les mutilations génitales féminines.

Exposé de Mme Khadidatou Diallo, présidente du Groupement pour l’abolition des mutilations sexuelles féminines (GAMS-Belgique)

Créé en 1996, le GAMS-Belgique regroupe des femmes et des hommes africains et européens qui luttent pour l’abolition des mutilations génitales féminines. Le GAMS a plusieurs publics cibles : les communautés africaines concernées, le grand public et les professionnels du secteur social, juridique et de la santé.

Le GAMS travaille sur le terrain avec les femmes concernées sans faire aucun lobbying politique. Les femmes victimes de mutilations génitales arrivent en Belgique démunies, après avoir fui leur pays. Il est difficile d’aborder la question directement avec elles. C’est pourquoi le GAMS essaie d’abord de les mettre à l’aise en résolvant leurs problèmes immédiats : recherche d’un logement, recherche d’une école pour leurs enfants, mise en contact avec une assistante sociale, etc.

C’est seulement dans un deuxième temps que la question est abordée. Une sage-femme leur explique le fonctionnement du corps de la femme. On essaie de savoir combien elles ont de filles qui seraient concernées. En tant que victimes de ces mutilations, les femmes connaissent des problèmes physiques notamment au moment de l’accouchement et de la ménopause. L’objectif est de les convaincre de ne pas infliger ces mêmes traitements à leurs filles.

Exposé de Mme Maquestiau, représentante de la Fédération laïque de centres de planning familial

La fédération laïque de centres de planning familial, qui regroupe 500 travailleurs et 41 centres, s’est engagée dans un partenariat avec le GAMS pour lutter contre les mutilations sexuelles féminines.

Ce travail s’inscrit à plusieurs niveaux. La fédération s’est toujours préoccupée des questions internationales et notamment des droits des femmes à jouir de leurs droits reproductifs et sexuels.

La fédération est surtout connue pour son combat en faveur de la dépénalisation de l’avortement, de l’accès à l’avortement dans des conditions sûres, de l’accès à la pilule du lendemain, etc. Mais dans la pratique, les centres de planning familial sont régulièrement confrontés à la question des mutilations sexuelles.

Ceci s’explique par les migrations qui amènent nombre de personnes ayant subi de telles mutilations dans leur pays d’origine. Or le personnel des centres n’est pas du tout formé pour recevoir ces personnes. C’est pourquoi il était prioritaire de développer un partenariat avec le GAMS pour former le personnel à pouvoir apporter une réponse adéquate à ces questions.

Par ailleurs, dans un domaine touchant aux violences, il est fondamental de travailler en réseau.

Le thème des violences est abordé à travers les consultations mais aussi dans le contexte général de l’éducation sexuelle. Celui-ci visait d’abord à familiariser les jeunes avec les moyens contraceptifs ; avec l’émergence du sida, il est apparu indispensable d’insister sur la notion de respect dans la relation sexuelle ; puis se sont imposées les notions de violence dans la relation.

Les centres de planning familial sont confrontés à des jeunes de toutes origines. Il faut veiller à ce que ceux-ci connaissent des pratiques qui sont courantes ailleurs mais aussi dans notre pays. De plus, les centres veulent sensibiliser la population aux violences sexuelles telles que les mutilations génitales mais aussi les viols comme arme de guerre, par exemple.

La fédération adopte une position claire. Elle participe au débat au niveau international et s’inscrit dans des réseaux de « Femmes et droits reproductifs et sexuels ».

Une implication du secteur universitaire serait souhaitable pour la formation du personnel dans le secteur médical et social.

La fédération travaille aussi dans le cadre de la Plate-forme Population et développement des Nations Unies où on voit très clairement la nécessité d’un travail pour intégrer cette problématique dans les échanges de coopération. La fédération s’est investie dans la Plate-forme pour apporter son expertise de terrain et interpeller les décideurs politiques afin qu’on n’envoie plus des coopérants dans des programmes de planning familial qui ignore la question des mutilations sexuelles.

La coopération belge a 18 partenaires, dont six pratiquent les mutilations génitales féminines, à savoir, le Niger, le Sénégal, le Mali, le Bénin, le Mozambique et la Tanzanie. Seul le Sénégal connaît une législation pénalisant cette pratique. Les mutilations sexuelles sont aussi courantes en Côte d’Ivoire, au Burkina Faso et en Ethiopie, trois pays avec lesquels la Belgique travaille ponctuellement.

Il serait intéressant d’intégrer la préoccupation relative aux mutilations sexuelles féminines dans les conditions de la coopération, mais il convient de la lier à la question des viols comme arme de guerre.

Exposé de Mme Patricia Jaspis, juge d’instruction

Mme Jaspis est juge d’instruction à Bruxelles, mais elle travaille avec le GAMS sur les aspects juridiques de la problématique des mutilations génitales depuis de nombreuses années.

La mutilation des organes génitaux féminins est réprimée pénalement par les articles 409 et 410 du code pénal introduits par une loi du 28 novembre 2000. Cette loi réprime toute forme de mutilation des organes génitaux féminins, Que la victime soit majeure ou mineure.

Le loi se caractérise par une compétence territoriale étendue : l’auteur d’une mutilation sur une victime mineure peut être poursuivi en Belgique même si l’acte a été commis à l’étranger pourvu que cet auteur ait sa résidence ou se trouve en Belgique. L’objectif n’est toutefois pas de poursuivre le demandeur d’asile qui arrive en Belgique avec ses enfants victimes de mutilations sexuelles. Il s’agit de donner un signal aux personnes qui envisagent d’envoyer leurs enfants à l’étranger pour les y faire exciser ou infibuler.

Autre élément important de la loi, le délai de prescription de dix ans ne commence à courir qu’à partir du jour où la victime atteint l’âge de dix-huit ans.

Les mutilations génitales féminines doivent aussi être prises en considération dans le cadre des demandes d’asile. Peu de femmes signalent d’emblée les mutilations dont elles sont victimes. Le GAMS a dû intervenir pour sensibiliser à la problématique les autorités chargées d’examiner les demandes d’asile. Il faut comprendre que ces femmes se rendent compte seulement ici que les mutilations génitales ne sont pas une fatalité et qu’elles ont besoin de temps pour oser en parler, notamment dans le cadre d’une procédure administrative.

La question des mutilations génitales a aussi d’autres aspects juridiques, tels que la protection des petites filles, victimes avérées ou potentielles. La législation belge sur la protection de l’enfance et de la jeunesse s’applique à elles, de même que toutes les dispositions de notre droit, par exemple en ce qui concerne l’hébergement des enfants en situation de danger.

Le GAMS soutient évidemment l’application de la loi pénale, mais celle-ci n’a pas suffisamment d’impact sans un travail préalable de sensibilisation, de prévention, d’information des populations concernées. Il faut un renforcement de la capacité d’action des associations qui travaillent sur le terrain. On se contentera de rappeler que le GAMS fonctionne uniquement grâce à des bénévoles.

Exposé de Mme Ndioro Ndiaye, secrétaire générale adjointe de l'Organisation Internationale des Migrations

Mme Ndiaye rappelle que la première réunion au cours de laquelle le problème des mutilations génitales féminines a été abordé clairement date de 1974 à Dakar. Beaucoup d'acquis ont été engrangés depuis lors. L'information est mieux reçue, il y a moins de faux-fuyants, les Africaines osent davantage parler de ce problème.

Au Niger, la question des mutilations sexuelles est à un tournant. Un groupe de jeunes s'est constitué pour lutter contre cette pratique avec l'appui des organisations internationales. Le gouvernement envisage l'adoption d'une loi la réprimant.

Il est fondamental pour l'éradication des mutilations génitales féminines qu'un dialogue s'instaure entre les pays recevant des réfugiées victimes de ces mutilations et les pays où celles-ci sont pratiquées. Les pays d'accueil doivent avoir connaissance des risques qu'encourent les femmes dans leur pays et ils doivent légiférer pour interdire que de telles pratiques se perpétuent sur leur territoire.

L'approche de la problématique dans les pays d'accueil doit s'appuyer sur les femmes. Les femmes sont le germe de changements dans les politiques de coopération. Les Africaines ont un rôle essentiel à jouer pour faire changer les choses dans leur communauté. Ce sont elles qu'il faut convaincre de ne pas infliger à leurs enfants le traitement qu'elles-mêmes ont subi.

Un autre axe d'intervention est celui de la coopération au développement. Les pays donateurs doivent oser opérer une sélection dans leurs partenaires du sud en fonction de l'interdiction de cette pratique.

On a mentionné l'existence d'une loi au Sénégal, mais celle-ci n'est pas appliquée sur tout le territoire. Il faut trouver comment l'on pourrait faire pression sur le gouvernement pour que la législation soit effectivement appliquée.

L'Organisation internationale des migrations a été interpellée sur la problématique des mutilations génitales par plusieurs pays, dont la France, l'Italie, le Portugal et la Suède, car les populations immigrées dans ces pays continuent à y pratiquer ces rites.

Il est temps d'attirer l'attention des gouvernements sur la nécessité d'accompagner ces populations immigrées et de leur faire comprendre que ces pratiques doivent cesser, y compris dans leur pays d'origine. Il faut donner des arguments aux femmes car l'interdiction de ces pratiques passera nécessairement par elles. C'est pourquoi l'OIM va organiser dans les différents pays des séminaires visant à établir le dialogue entre la population des pays connaissant les mutilations sexuelles et la population des pays d'accueil.

Les femmes qui ont subi une excision ou une infibulation sont confrontées à des gros problèmes de santé et des traumatismes psychologiques. Le personnel médical, médecins, infirmières, sages-femmes doit être formé à appréhender ces problèmes spécifiques.

Il faut continuer les campagnes d'information et de sensibilisation, et ce vis-à-vis de la population en général car les femmes victimes de mutilations génitales ont besoin d'être soutenues. Elles n'ont pas forcément besoin d'une aide matérielle mais d'une présence, d'un accompagnement, d'un dialogue.

Exposé de Mme Linda Weil- Curiel, avocate au Barreau de Paris

En France, la situation est semblable à celle de la Belgique. Les français ont pris connaissance de l'existence de pratiques de mutilations sexuelles dans leur pays il y a une vingtaine d'années à travers le décès d'enfants des suites d'une excision. Le parquet a entamé des procédures judiciaires devant le tribunal correctionnel. Rapidement ensuite, la nature criminelle de l'acte a été reconnue et les procédures ont désormais lieu devant la cour d'assises.

Les féministes se sont attaquées au problème en menant des actions à la fois sur le plan judiciaire et sur le terrain de l'information et de la prévention. Elles ont conçu des outils d'information en collaboration avec les femmes africaines.

Comme le dialogue constituait le premier pas, Mme Yvette Roudy, ministre des droits de la femme de 1981 à 1986, a mis sur pied un groupe de travail avec les associations de travailleurs. Leurs représentants ont fait la tournée des foyers africains pour expliquer que la pratique n'était pas admise en France.

Il fallait convaincre les mères d'abandonner la pratique. Les associations de femmes, telles que le GAMS-France, ont reçu un soutien financier de manière à pouvoir servir de relais entre les institutions et les familles. Des interprètes ont été mis à leur disposition. Les médecins ont été sensibilisés à la question. La Protection maternelle et infantile en particulier était le lieu privilégié pour diffuser l'information auprès des mères de famille. Les médecins y expliquent le rôle des organes génitaux, ils préviennent la mère que la mutilation de ces organes est une infraction à la loi pénale et qu'ils signaleront tout cas constaté.

L'ensemble de ces mesures préventives a permis l'instauration d'un dialogue, mais il ne suffisait pas. Il a fallu une cascade de procès. La combinaison de la prévention et de la répression a enfin suscité une forte diminution de la pratique en France. On constate aujourd'hui dans les familles que les filles aînées ont été excisées au début des années '80 tandis que les plus jeunes ne le sont plus.

'Dossiers documentaires du CEDIF'
Les mutilations sexuelles

La politique de prévention et de répression est sur les rails. Que peut-on faire de plus ? Mme Weil-Curiel recommande d'intervenir dès le projet de migration. Les candidats réfugiés doivent recevoir des informations très précises au sujet du pays dans lequel ils arrivent : il faut les avertir de l'interdiction d'un certain nombre de comportements tels que polygamie, répudiation, mutilations sexuelles.

Cette information doit être délivrée au consulat du pays dans lequel ils arrivent. Elle doit être répétée à l'Office des étrangers censé leur donner un aperçu des institutions du pays d'accueil. Enfin, les consulats des pays d'origine doivent également informer correctement leurs compatriotes.

Ces mesures seront faciles à mettre en œuvre si elles sont soutenues par une volonté politique.

En outre, on constate que les familles abandonnent bon gré mal gré ces pratiques dans la mesure où elles se rendent compte que leurs enfants auront un autre destin. Il appartient aux associations d'ouvrir les yeux des parents sur l'avenir de leurs enfants dans notre pays.

Sénat de Belgique

SESSION DE 2003-2004

18 FÉVRIER 2004

Proposition de résolution relative aux mutilations sexuelles

**TEXTE ADOPTÉ PAR LA COMMISSION DES RELATIONS EXTÉRIEURES ET
DE LA DÉFENSE**

Les mutilations sexuelles sur les organes génitaux féminins ont lieu dans au moins 25 pays africains. À l'heure actuelle, plus de 130 millions de jeunes femmes et de fillettes dans le monde ont subi ce genre de mutilations, et 2 millions de femmes sont chaque année exposées au risque de subir ces pratiques.

Mais l'Afrique n'est pas la seule région du monde touchée par ces atrocités : il a été constaté que les mutilations génitales féminines sont également pratiquées au sein des communautés immigrées dans d'autres pays du monde. Ces actes, qui peuvent légitimement être considérés comme des actes proches de la torture, doivent être incontestablement condamnés.

Les mutilations génitales féminines sont des actes de violence contre la femme qui vont à l'encontre de ses droits fondamentaux, notamment le droit à son intégrité personnelle et à sa santé physique et mentale. D'autre part, les mutilations imposées aux petites filles constituent une atteinte grave à la réglementation nationale et internationale de protection de l'enfant et devrait nécessiter la condamnation la plus catégorique.

Il est urgent d'établir une distinction entre la nécessité de tolérer et protéger les minorités culturelles du pays et la nécessité d'agir quant à certaines pratiques de ces communautés étrangères dans notre pays. En effet, la défense des cultures et des traditions trouve sa limite dans le respect des droits fondamentaux et dans l'interdiction de pratiques qui se rapprochent de la torture. Il est fondamental de rappeler aux populations immigrées de notre pays quelles sont les règles auxquelles elles sont tenues de se conformer en ce qui concerne les droits de l'homme et d'égalité des sexes. Il est du devoir de l'État de veiller au respect et à l'application de ces principes.

De nombreuses institutions internationales telles que les Nations unies ou l'Union européenne exigent des États membres qu'ils prennent des mesures appropriées pour modifier ou abolir les règles, coutumes et pratiques existantes et qui constituent

une violation des droits humains et une discrimination à l'égard des femmes. Certaines actions légales ont d'ailleurs déjà été entreprises à l'étranger concernant les mutilations génitales féminines :

différents gouvernements d'Afrique et d'ailleurs ont déjà pris certaines mesures afin d'éradiquer les pratiques de mutilations génitales féminines dans leur pays. Ces mesures vont de la loi d'interdiction à des programmes de prévention ou d'éducation;

huit pays industrialisés (Australie, Belgique, Canada, Nouvelle-Zélande, Norvège, Suède, Royaume-Uni et États-Unis), ont déjà adopté des lois criminalisant la pratique;

en France, il n'y a pas de législation spécifique, mais un certain nombre de ces pratiques sont condamnées dans le Code pénal;

des programmes de prévention et d'éducation à ce sujet ont été mis en place dans de nombreux gouvernements.

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

Le Sénat,

A. Considérant que l'interdiction de mutilations génitales féminines constitue un impératif démocratique et un respect incontestable des droits de l'homme;

B. Considérant la nécessité d'agir au sein des communautés étrangères installées en Belgique afin d'éviter la prolifération de telles traditions, proches de la torture;

C. Considérant l'influence importante dont le gouvernement belge peut disposer vis-à-vis des pays où se pratiquent encore les mutilations génitales féminines;

Le Sénat,

1. demande au gouvernement et en particulier au ministre de la Justice de veiller à la poursuite sur le territoire belge de tous les auteurs de mutilations sexuelles pratiquées au sein des communautés étrangères vivant en Belgique;

2. recommande au gouvernement et en particulier au ministre de la Coopération de mobiliser tous les efforts politiques, diplomatiques et économiques afin d'éradiquer et d'interdire les mutilations sexuelles féminines dans les pays où elles se pratiquent encore, et en particulier dans les pays de concentration de l'aide belge au développement;

‘Dossiers documentaires du CEDIF’
Les mutilations sexuelles

3. demande au gouvernement et en particulier au ministre de l'Intérieur et à l'Office des étrangers de prendre en considération la menace de mutilations génitales féminines pouvant peser sur les enfants et les femmes en demande d'asile dans notre pays;
 4. propose au gouvernement de développer des actions de sensibilisation des populations immigrées à travers des programmes d'éducation et d'information sur le danger de ces pratiques, et de les convaincre qu'elles peuvent abandonner ces traditions inadaptées à notre État de droit et notre respect profond des droits de l'homme;
 5. demande au gouvernement et en particulier aux ministres compétents pour les affaires sociales et l'égalité des chances de prendre en considération et d'encourager activement les associations de femmes migrantes luttant contre les mutilations sexuelles féminines, étant donné leur importante action d'information et de prévention, ainsi que d'assurer une concertation avec les communautés;
 6. demande au ministre de la Coopération de prévoir, avec chaque pays où la Belgique intervient au titre de la coopération, un volet de lutte contre les mutilations sexuelles et un programme de recyclage des exciseurs et exciseuses.
-

MINISTÈRE DE LA JUSTICE - BELGIQUE
Code pénal

La mutilation des organes génitaux féminins est réprimée pénalement

par les articles 409 et 410 du Code pénal introduits par la loi du 28 novembre 2000

28 NOVEMBRE 2000. - Loi relative à la protection pénale des mineurs

Art. 409. - § 1^{er}. 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 § 1^{er} a été pratiquée sur un mineur ou une personne qui, en raison de son état physique ou mental, n'était pas à même de pourvoir à son entretien, par ses père, mère ou autres ascendants, toute autre personne ayant autorité sur le mineur ou l'incapable ou en ayant la garde, ou toute personne qui cohabite occasionnellement ou habituellement avec la victime, le minimum des peines portées aux §§ 1^{er} à 4 sera doublé s'il s'agit d'un emprisonnement, et augmenté de deux ans s'il s'agit de réclusion. »

Art. 30. A l'article 410 du même Code, modifié par les lois du 15 mai 1912, du 31 mars 1987 et du 24 novembre 1997, sont apportées les modifications suivantes :

1° l'alinéa 1^{er} est remplacé par la disposition suivante :

« Dans les cas mentionnés aux articles 398 à 405, si le coupable a commis le crime ou le délit envers ses père et mère ou autres ascendants, le minimum de la peine portée par ces articles sera doublé s'il s'agit d'un emprisonnement, et augmenté de deux ans s'il s'agit de la réclusion. »;

2° l'alinéa 2 est supprimé;

3° à l'alinéa 3, qui devient l'alinéa 2, le mot « également » est supprimé.

BIBLIOGRAPHIE

Agir face aux mutilations sexuelles. Unissons-nous pour l'intégrité de nos filles

Bruxelles : GAMS-Belgique, 2002, 8 p.

Document explicatif sur les mutilations sexuelles : les différents types repris par l'OMS, les principaux pays concernés, les motivations culturelles, les conséquences et un bref aperçu de la législation belge et internationale.

Déclaration de l'IMAP sur les mutilations génitales féminines

in *Bulletin médical de l'IPPF*, 2001, n°6, p.1

Les mutilations génitales féminines (MGF) se pratiquent principalement en Afrique, ainsi que dans certaines parties du Monde arabe et de l'Asie du Sud-Est. En Afrique, selon des estimations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), plus de 130 millions de filles et de femmes en vie aujourd'hui en ont subi une forme ou une autre. Mais on en recense aussi de plus en plus en Europe, en Australie, au Canada et aux Etats-Unis, en premier lieu parmi les immigrées des régions concernées. Au rythme actuel de l'accroissement de la population, et compte tenu du fait que la pratique des MGF ne décline que lentement, ce sont au moins 2 millions de filles qui risquent d'être touchées chaque année.

Jammu une meilleure santé pour les petites filles

Bruxelles : GAMS, octobre 2004, 136p.

On estime à 135 millions le nombre de jeunes filles et femmes concernées par les mutilations génitales de par le monde. Chaque année ce sont 2 millions de fillettes qui subissent cette pratique. Si les mutilations génitales féminines sont principalement pratiquées en Afrique (28 pays), les pays occidentaux qui accueillent les communautés africaines concernées doivent aussi faire face aux conséquences de ces pratiques. Le colloque de novembre 2003 organisé par le GAMS-Belgique, a réuni de nombreux acteurs de terrain (professionnels de santé, travailleurs sociaux, enseignants, etc.). Des personnes ressources d'Europe et d'Afrique ont pu partager leur expérience en matière de prévention des mutilations génitales féminines. Ce document reprend la synthèse des travaux en ateliers du colloque ainsi que les recommandations à porter auprès des différentes instances politiques et décisionnelles locales, nationales et internationales.

Les mutilations génitales féminines / H.J. Philippe

in *Gyn.Obs.*, 2004, n°477, pp.16-18

Les mutilations génitales féminines englobent diverses pratiques qui consistent en l'ablation et la lacération des organes génitaux féminins. En France, on fait état de milliers de femmes et de fillettes excisées, la plupart venant du Mali et du Sénégal. L'auteur évoque les raisons de ces pratiques, la prévalence à travers le monde, et détaille les différentes variétés de mutilations. Il envisage également leurs conséquences. L'article est augmenté d'adresses d'associations humanitaires.

Un monde qui dévore ses enfants / C. Brisset

Paris : Editions Liana Levi, 1997. 175 p.

Battus, affamés, exploités dans des millions d'ateliers et d'usines, enrégimentés par des bandes armées, enfermés dans des bordels : les enfants sont plus écrasés que jamais dans un Mars 2005

'Dossiers documentaires du CEDIF'
Les mutilations sexuelles

monde qui pourtant s'émerveille sans cesse de ses propres progrès. Un monde qui les détruit, au nord comme au sud de la planète. Ce livre est à la fois un cri d'indignation et un appel pour les millions d'enfants que notre monde dévore. C'est aussi le témoignage d'une journaliste qui travaille depuis dix ans pour l'UNICEF.

ADRESSES UTILES

*** GAMS-Belgique**

Rue Brialmont, 11 - 1210 Bruxelles - 02/219 43 40 - info@gams.be -
www.gams.be

*** Personnes ressources dans les centres de planning familial de la FLCPF**
Ces personnes ont suivi une formation spécifique dispensée par le GAMS-Belgique

En région wallonne :

Amélie FRANKIGNOUL

Centre de planning familial d'Ourthe-Amblève - Place Marcellis, 12 - 4920
Aywaille - 04/384 66 99

Nadia ADAMI et Marianne KOSZULAP

Collectif Contraception - Avenue des Alliés, 26 - 6000 Charleroi -
071/31 46 67

Catherine GERARD

SIPS - Rue Sœurs de Hasque, 9 - 4000 Liège - 04/223 62 82

Joëlle MOUVET

Collectif Contraception - Rue du Marais, 88 - 4100 Seraing - 04/336 95 34

En région bruxelloise :

Adeline NZAKA-MOUYABI

Centre Séverine - Avenue Raymond Vander Bruggen, 84 - 1070 Anderlecht -
02/524 33 14

Myriam ILUNGA

Planning Marolles - Rue de la Roue, 21 - 1000 Bruxelles - 02/511 29 90

Katinka IN'T ZAND

Free Clinic - Chaussée de Wavre, 154 A - 1050 Ixelles - 02/512 13 14

Anne HUMBLET

La Famille Heureuse - Avenue du Parc, 89 - 1060 Saint-Gilles - 02/537 11 08