

# BEFORE

**Best practices to Empower women against Female genital mutilation, Operating for Rights and legal Efficacy**

**Contribuer à une plus grande efficacité du cadre juridique et politique de prévention et de lutte contre les MGF en Belgique, en France et en Italie.**


Recommandations

*Juillet 2020*



## Copyright:

© 2020 - Non c'è pace senza giustizia «No Peace Without Justice». Tous les droits sont réservés. Licence à l'Union européenne sous les conditions.

Ce travail est concédé sous une licence internationale [Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/) .

Vous êtes autorisé à:

- **Partager** – copier, distribuer et communiquer le matériel par tous moyens et sous tous formats
- **Adapter** – remixer, transformer et créer à partir du matériel

Selon les conditions suivantes:

- **Attribution** – Vous devez donner le crédit approprié, fournir un lien vers l'original et / ou vers [www.npwj.org](http://www.npwj.org), et indiquer si des modifications ont été apportées. Vous devez indiquer ces informations par tous les moyens raisonnables, mais en aucune manière qui suggère que Non c'è pace senza giustizia «No Peace Without Justice» approuve vous ou votre utilisation.
- **Pas d'Utilisation Commerciale** – Vous n'êtes pas autorisé à faire un usage commercial de cette Oeuvre, tout ou partie du matériel la composant.
- **Partage dans les Mêmes Conditions** – Dans le cas où vous effectuez un remix, que vous transformez, ou créez à partir du matériel, vous devez diffuser le matériel modifié dans les mêmes conditions, c'est à dire avec la même licence avec laquelle l'originale a été diffusée.

Cette publication a été réalisée avec le soutien financier de l'Union européenne. Son contenu relève de la seule responsabilité de Non c'è pace senza giustizia «No Peace Without Justice» et ne reflète pas nécessairement les vues de l'Union européenne.





# Table des matières

<b>1. Introduction</b>	<b>01</b>
<hr/>	
<b>2. Les campagnes anti-MGF en Afrique et les résultats obtenus</b>	<b>02</b>
<hr/>	
<b>3. Les MGF en Europe</b>	<b>05</b>
3.1. Le processus judiciaire et le cadre juridique	05
3.1.1. Les MGF en droit international	05
3.1.2. La Convention d'Istanbul	05
3.1.3. Le cadre juridique et politique des MGF en Europe	06
3.2. La nécessité d'estimer la prévalence en Europe	7
3.2.1. Les méthodes utilisées pour estimer la prévalence	8
3.3. Les stratégies de prévention	11
3.4. MGF et protection internationale	13
<hr/>	
<b>4. Analyse par pays sur les procédures judiciaires, la prévalence, la prévention et la protection</b>	<b>14</b>
4.1. Aperçu du cadre juridique en Belgique, en France et en Italie	14
4.1.1. Belgique	14
4.1.2. France	15
4.1.3. Italie	17
4.2. Aperçu des méthodes d'estimation de la prévalence et de la collecte de données en Belgique, en France et en Italie	20
4.2.1. France	20
4.2.2. France	22
4.2.3. Italie	25
4.3. Aperçu des politiques de prévention en Belgique, en France et en Italie	28
4.3.1. Belgique	28



4.3.2. France	29
4.3.3. Italie	30
4.4. Aperçu des mesures de protection en Belgique, en France et en Italie	32
4.4.1. Belgique	32
4.4.2. France	33
4.4.3. Italie	35
<hr/>	
<b>5. Recommandations sur les procédures judiciaires, la prévalence, la prévention et la protection au niveau national</b>	<b>36</b>
<hr/>	
<b>6. Recommandations au niveau de l'UE</b>	<b>42</b>
<hr/>	





# 1. Introduction

Cette étude a été réalisée sous la coordination de No Peace Without Justice, avec la contribution des partenaires du projet «BEFORE: les meilleures pratiques pour l'autonomisation des femmes contre les mutilations génitales féminines, pour le renforcement des droits et de l'efficacité juridique»- Differenza Donna (Italie), l'Institut de Santé Génésique/Women Safe (France) et La Palabre (Belgique) - et avec le soutien financier des Programme Droits, Egalité et Citoyenneté de l' Union européenne (2014- 2020).

L'objectif du projet est double. Premièrement, il vise à contribuer à une plus grande efficacité du cadre juridique et politique de prévention et de lutte contre les MGF dans trois pays de l'UE: la Belgique, la France et l'Italie. Deuxièmement, il a pour finalité d'identifier les meilleures pratiques et les enseignements tirés susceptibles d'être appliqués dans d'autres États membres de l'UE, en les adaptant à leur contexte national spécifique.

Ce document identifie une série de recommandations et de priorités visant à améliorer l'efficacité de la réponse aux MGF, au niveau de l'UE et des États membres, en termes d'action judiciaire, de prévention, de protection des victimes et de mesure de la prévalence.

Ces recommandations ont été élaborées sur la base d'une étude comparative réalisée dans le cadre du projet et comprennent les conclusions de trois tables rondes thématiques tenues à Bruxelles (Parlement européen, 6 février 2019), à Rome (Mattatoio, 8 mars 2019) et à Paris (Sénat, Palais du Luxembourg, le 12 Juillet 2019), ainsi que des contributions recueillies lors d'une consultation des parties prenantes sur ces mêmes recommandations, tenue au Parlement européen à Bruxelles le 4<sup>o</sup> Février 2020.

## 2. Les campagnes anti-MGF en Afrique et les résultats obtenus

L'histoire des campagnes contre les mutilations génitales féminines a commencé dans les années 1920 en Égypte, lorsque la société médicale égyptienne publia une proclamation décrivant les effets négatifs des MGF sur la santé des femmes et reçut le soutien du Ministère de la Santé, de la presse et d'érudits religieux<sup>1</sup>. Quelques années plus tard, durant la période 1929-1932, l'Église d'Écosse lança une campagne contre les mutilations génitales féminines au Kenya, mais celle-ci fut accueillie avec une grande résistance par la population Kikuyu, qui pratiquait les MGF à grande échelle, considérant celles-ci comme un rite de passage important entre l'enfance et l'âge adulte. Sans cette pratique, les femmes sont marginalisées dans leurs communautés respectives et abandonner cette pratique est impensable. Même si jusqu'au milieu des années 50, le gouvernement colonial britannique poursuivit une campagne contre la pratique, avec la tenue d'une enquête parlementaire en 1945 et la promulgation d'une loi pour tenter d'en réduire les effets, il ne fut pas en mesure de l'éradiquer en raison de l'opposition continue de la population locale. Toutes les résolutions sur les MGF ont ensuite été révoquées.

Les choses ont changé dans les années 70<sup>2</sup>. Les ONG et les associations de femmes africaines ont commencé à porter cette question à l'attention du public dans le cadre de mouvements visant à améliorer la condition des femmes, comme par exemple au Sénégal. À l'occasion de la première Journée internationale de la femme célébrée au Burkina Faso en 1975, des informations sur les effets néfastes des MGF sont apparues pour la première fois dans les médias populaires. La question attira l'attention internationale avec la publication aux États-Unis, en 1981, du Rapport Hosken: *Mutilation génitale et sexuelle des femmes* (Fran P. Hosken)<sup>3</sup>. En 1979, lors d'un séminaire de l'OMS à Khartoum sur les pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants, les neuf pays d'Afrique et du Moyen Orient qui y participaient ont formulé des recommandations novatrices pour la suppression des mutilations génitales féminines, exhortant l'introduction de programmes d'éducation sanitaire et de formation sanitaire. Fran Hosken, qui assista au séminaire en tant que conseiller temporaire de l'OMS sur les MGF, continua pendant de nombreuses années à publier un bulletin d'information influent et controversé contre cette pratique. En 1984, un comité national pour l'abandon des pratiques néfastes au détriment des femmes et des enfants a été créé au Sénégal. Toujours en 1984, lors d'une conférence de suivi au séminaire de l'OMS de 1979 organisée à Dakar, un groupe d'ONG africaines forma le Comité interafricain sur les pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants (IAC). L'IAC est le plus grand réseau existant en la matière: depuis 1984, des comités nationaux ont été créés dans 28 pays africains et des associations affiliées dans 15 pays hors Afrique. L'autre réseau mondial important contre les mutilations génitales féminines né entre les années 80 et 90, avec une forte perspective féministe, était Rainbo, lancé par Nahid Toubia. Une autre organisation influente depuis plus de 30 ans est FORWARD, fondée par Efua Dorkenoo, une militante ghanéenne-britannique. En 2014, le projet Girl Generation fut lancé par une coalition de groupes anti-MGF africains, financé par le Département pour le Développement International du Royaume-Uni avec l'objectif de réduire de 30% les MGF en cinq ans dans au moins 10 pays africains à forte prévalence de MGF.

Dans ce contexte et suite aux initiatives de la société civile africaine, NPWJ a rejoint et lancé sa campagne

1 United Nations Children's Fund. *Female Genital Mutilation/Cutting: a statistical overview and exploration of the dynamics of change*. New York: UNICEF, July 2013. ([http://www.unicef.org/publications/index\\_69875.html](http://www.unicef.org/publications/index_69875.html)).

2 Marge Berer (2015) *The history and role of the criminal law in anti-FGM campaigns: Is the criminal law what is needed, at least in countries like Great Britain?*, *Reproductive Health Matters*, 23:46, 145-157, DOI: 10.1016/j.rhm.2015.10.00.

3 <https://www.feminist.com/resources/artsspeech/inter/fgm.htm>

anti-MGF en 2000 lorsque, à l'initiative de l'eurodéputée Emma Bonino, le Parlement européen adopta une résolution condamnant les MGF comme une violation des droits fondamentaux de la personne. L'objectif général de la campagne a toujours été de créer un environnement politique, juridique et social qui remettrait en question les idées et les pratiques des MGF et favoriserait leur élimination, dans le but de protéger les femmes et les filles. La principale contribution de NPWJ à la campagne anti-MGF a été de pouvoir favoriser une nouvelle approche globale de la lutte contre cette violation, initialement considérée exclusivement comme un problème socio-sanitaire et non comme une violation des droits humains. Au cours des huit premières années de la campagne, de 2000 à 2008, NPWJ a aidé les militants africains à créer des partenariats et des initiatives visant à favoriser le dialogue avec les gouvernements de leurs pays respectifs et à faire pression pour adopter des lois qui interdiraient les MGF. Sur les 28 pays africains où cette violation des droits humains est répandue, 21 ont adopté des instruments législatifs nationaux et, à la suite des résultats de la Conférence internationale sur les "Instruments juridiques pour la prévention des mutilations génitales féminines" tenue au Caire en 2003, les États membres de l'Union africaine ont adopté le Protocole à la Charte des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique («Protocole de Maputo»), dont l'article 5 condamne les mutilations génitales féminines en tant que violation des droits fondamentaux des femmes et des filles et engage les États à prendre toutes les mesures nécessaires, y compris des mesures législatives, pour les éliminer.

Au cours des dernières années, la campagne anti-MGF s'est concentrée sur l'engagement en faveur de l'adoption d'une résolution, qui interdise universellement cette violation, par l'Assemblée générale des Nations Unies. Depuis 2008, et à la demande des organisations membres africaines de la coalition Ban MGF, NPWJ a également commencé à travailler en étroite collaboration avec le Groupe des Pays Africains auprès de l'Organisation des Nations Unies, afin que la communauté internationale puisse prendre une position claire par une résolution de l'Assemblée générale des Nations Unies interdisant les MGF dans le monde.

Grâce à un complexe travail diplomatique, le 20 Décembre 2012, l'Assemblée générale des Nations Unies adopta à l'unanimité la résolution A/RES/67/146 pour «l'interdiction universelle des mutilations génitales féminines». Avec cette résolution, l'ONU a établi que les mutilations génitales féminines violent les droits humains et qu'elles doivent en conséquence être bannies dans le monde entier. Après l'adoption de la résolution, à travers la campagne BanFGM, NPWJ a mené une série d'actions dans sept pays africains (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Gambie, Guinée, Mauritanie, Niger, Sénégal) pour promouvoir la mise en œuvre de la résolution et éradiquer définitivement cette pratique illégale.

Les campagnes anti-MGF en Afrique ont obtenu de nombreux résultats. Grâce aux initiatives mentionnées ci-dessus et à la sensibilisation accrue aux MGF, un nombre croissant de résolutions sur les MGF ont été approuvées dans les forums mondiaux et régionaux<sup>4</sup>, dont beaucoup définissent les mutilations génitales

#### 4 Déclarations et résolutions intergouvernementales sur les MGF:

- Charte africaine des droits et du bien-être des enfants (Organisation de l'unité africaine, 1990);
- En 1990, la recommandation générale CEDAW no. 14 appelle à l'éradication des MGF;
- En 1993, la Conférence mondiale sur les droits de l'homme à Vienne reconnaît les mutilations génitales féminines comme une violation des droits de l'homme;
- Programme d'action appelant à la suppression des «pratiques culturelles néfastes», y compris les mutilations génitales féminines (4e Conférence mondiale sur les femmes, Pékin 1995);
- En 1997, l'OMS, UNICEF et UNFPA publient une déclaration commune contre les MGF;
- Au Kenya (1998) et au Burkina Faso (1998-99), les enquêtes démographiques et sanitaires commencent à inclure des questionnaires sur les MGF, permettant la collecte de données;
- En 2002, l'Assemblée Générale des Nations Unies adopte une résolution contre les MGF;
- En 2003, les Nations Unies déclarent la première Journée Internationale de Tolérance Zero contre les MGF;
- En 2005, le Protocole à la Charte africaine des droits et des peuples sur les Droits des Femmes en Afrique (Protocole de Maputo) invite les États membres à prendre des mesures pour éliminer les mutilations génitales féminines et autres pratiques traditionnelles préjudiciables aux femmes;
- En 2007, 2008 et 2010, la Commission des Nations Unies sur le Statut des Femmes (CEDAW) adopte une résolution pour mettre fin à la pratique des mutilations génitales féminines;





féminines comme une forme de violence à l'égard des femmes et des filles et une violation des droits humains des enfants. Nous avons déjà mentionné deux des mesures les plus importantes prises au niveau international: l'adoption de la résolution de l'Assemblée Générale des Nations Unies et l'adoption et la ratification du Protocole de Maputo. Si la première demande une interdiction mondiale des MGF, la seconde introduit des dispositions spécifiques pour protéger et renforcer le rôle des femmes. Il reconnaît, entre autres: le droit à l'égalité dans le mariage (article 6), les droits de reproduction, l'autorisation de l'avortement médicalisé en cas d'agression sexuelle, de viol, d'inceste et lorsque la grossesse met en danger la santé mentale et physique de la mère ou de la vie de la mère ou du fœtus (article 14) et le droit de la femme à mener une existence pacifique (article 10). Deux dispositions du Protocole, les articles 4 et 5, se réfèrent spécifiquement aux MGF et à leur élimination.

Ces instruments internationaux ont joué un rôle crucial pour parvenir à un consensus contre les MGF et élaborer des lois et des programmes nationaux. En fait, les campagnes anti-MGF ont également eu un fort impact au niveau national: 21 pays en Afrique ont adopté des lois qui criminalisent les MGF. De nombreux pays en Europe et en Amérique du Nord ont adopté des lois qui criminalisent la pratique, même si persistent des difficultés pour déterminer qui devrait être en tenu responsable (ceux qui les pratiquent ou les parents), ainsi que sur la façon de mettre en œuvre les sanctions. La criminalisation de la pratique des mutilations génitales féminines, sans mise en œuvre de stratégies de changement de comportement et sans prise en compte des normes sociales, conduit à d'autres problèmes poussant la pratique vers la clandestinité ou la médicalisation.

- 
- En 2008, l'UNFPA et l'UNICEF lancent un programme mondial conjoint sur les MGF;
  - En 2011, la Commission pour les Droits de l'Enfant écrit dans son commentaire général n°13: "Les enfants devraient être exempts de pratiques nocives, y compris les MGF";
  - En 2012, l'Assemblée Générale des Nations Unies adopte la première résolution qui établit l'interdiction mondiale des MGF et enjoint les États à redoubler d'efforts pour les éliminer.



## 3. Les MGF en Europe

### 3.1. Le processus judiciaire et le cadre juridique

#### 3.1.1 Les MGF en droit international

De nombreux instruments internationaux (traités internationaux et régionaux, résolutions des Nations Unies, recommandations et commentaires généraux des organes de contrôle des traités) condamnent fermement les mutilations génitales féminines en tant que violation des droits humains. Ces pratiques violent le droit des enfants, des femmes et des filles à l'égalité, à la vie, à l'intégrité physique et mentale, au niveau de santé le plus élevé possible, à la sécurité personnelle et à la dignité, d'être à l'abri de la discrimination fondée sur le sexe et de la violence, de la torture, des traitements cruels, inhumains et dégradants. Parmi les principaux instruments internationaux, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) oblige les États parties à prendre toutes les mesures appropriées, y compris la loi, pour : modifier ou abolir les lois, règlements, coutumes et pratiques existants qui constituent une discrimination à l'égard des femmes (article 2) ; changer les modèles sociaux et culturels de conduite des hommes et des femmes, afin d'obtenir l'élimination des préjugés et des coutumes et de toutes les autres pratiques fondées sur l'idée d'infériorité ou de supériorité des deux sexes ou sur des rôles stéréotypés pour les hommes et les femmes (art. 5). Deux instruments régionaux concernent spécifiquement les MGF : la Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique (Convention d'Istanbul), qui traite des MGF dans l'art. 38, et le protocole de Maputo qui, comme déjà mentionné, condamne toutes les formes de pratiques, y compris toutes les formes de mutilations génitales féminines, qui portent atteinte aux droits humains des femmes et qui sont contraires aux normes internationales reconnues, obligeant les États parties à prendre toutes les mesures législatives et autres nécessaires pour éliminer ces pratiques (art. 5). Parmi les autres instruments relatifs aux droits humains qui traitent spécifiquement des MGF, la CEDAW a publié une observation générale en 1990 et a adopté en 2007 la résolution intitulée "Mettre fin aux mutilations génitales féminines", en plus de la résolution de l'Assemblée Générale des Nations Unies adoptée en 2012.

#### 3.1.2. La Convention d'Istanbul

La Convention d'Istanbul est le premier traité qui traite spécifiquement des mutilations génitales féminines en tant que violation des droits humains et forme de violence sexiste. Il comprend les normes les plus élevées du droit international sur les droits humains, fournit des conseils aux gouvernements et aux décideurs politiques et aux décideurs, et fournit une base solide pour le rôle de plaidoyer assumé par les organisations de la société civile. Elle oblige les États parties à élaborer des mesures législatives et autres pour prévenir les violations, offrir une protection (y compris juridique) et un soutien aux femmes et aux filles les plus exposées et poursuivre les MGF en tant que délit. La Convention exige que les mesures législatives et politiques soient mises en œuvre en étroite coordination entre les différents acteurs étatiques et en collaboration avec les ONG et d'autres organisations et entités non étatiques. En ce qui concerne les procédures judiciaires (art. 49-53), la Convention oblige expressément les États à : a) veiller à ce que des enquêtes, des procédures judiciaires et des poursuites efficaces concernant toutes les formes de violence soient menées sans retard injustifié. Il est nécessaire que, à tous les stades de la procédure pénale soient pris en considération les



principes fondamentaux des droits de l'homme et les droits de la victime et que les enquêtes criminelles soient efficaces et adaptées aux enfants afin de garantir leur intérêt ; b) veiller à ce que les services répressifs répondent à toutes les formes de violence et offrent une protection adéquate et immédiate aux victimes; c) que les autorités compétentes soient habilitées à émettre des ordonnances restrictives ou de protection.

### 3.1.3. Le cadre juridique et politique des MGF en Europe.

Le Parlement européen a adopté la première résolution sur les MGF en 2000 et de nombreuses initiatives ont été prises depuis lors, notamment les résolutions adoptées en juin 2012 appelant à mettre fin aux MGF en Europe et à l'étranger par la prévention, les mesures de protection et la législation et, le 7 février 2018, la résolution sur «Zero Tolérance envers les MGF» et, plus récemment, le 12 février 2020, la résolution sur «Une stratégie de l'UE pour mettre fin aux mutilations génitales féminines dans le monde». Au niveau politique, en 2007, l'UE a mis en place l'Institut européen pour l'égalité des sexes (EIGE), un organisme autonome destiné à promouvoir l'égalité des sexes et l'intégration de la dimension du genre dans toutes les politiques nationales et de l'UE. L'Institut mène des études et des recherches et fournit des informations sur la prévalence des MGF dans l'UE et soutient les politiques de genre au niveau national. En 2013, la Commission européenne a publié son plan d'action «Vers l'élimination des mutilations génitales féminines» à l'occasion de la journée internationale de «l'élimination de la violence à l'égard des femmes (25 Novembre 2013). Depuis 2009, les MGF sont incluses dans le rapport annuel de l'UE sur les droits de l'homme et la démocratie dans le monde, adopté chaque année par le Conseil de l'Union européenne.

En juin 2014, le Conseil a adopté des conclusions sur «Prévention et lutte contre toutes les formes de violence à l'égard des femmes et des filles, y compris les mutilations génitales féminines». Les ministres de la justice et des affaires intérieures ont appelé les États membres et la Commission européenne à : développer et entreprendre des actions multidisciplinaires efficaces par le biais de services coordonnés pour éliminer les MGF là où elles sont pratiquées, en garantissant la participation de tous les acteurs concernés, en particulier les secteurs de la justice, de l'application des lois, de la santé, des services sociaux, de la protection de l'enfance, de l'éducation, de l'immigration et de l'asile et des actions extérieures; collecter et diffuser des données fiables, comparables et régulièrement mises à jour sur la prévalence des MGF dans l'Union européenne, ainsi qu'au niveau national où ces pratiques sont menées; promouvoir une formation adéquate pour tous les professionnels concernés afin de lutter contre les MGF; veiller à ce que les femmes et les filles aient accès à des services de soutien spécialisés, notamment des services de santé et, le cas échéant, des services d'assistance sociale adaptés à leurs besoins; travailler en étroite collaboration avec les communautés où les MGF sont pratiquées afin d'élaborer des mesures pour mettre fin à la pratique; assurer l'application effective des lois nationales interdisant les mutilations génitales féminines, en tenant dûment compte des droits et de l'intérêt supérieur de l'enfant. Le Conseil a également appelé les États membres, le Service Européen pour l'Action Externe (SEAE) et la Commission européenne à renforcer leur soutien aux pays partenaires dans la lutte contre toutes les formes de violence contre les femmes, y compris l'élimination des MGF, notamment par le soutien aux ONG.

En outre, l'UE a adopté plusieurs directives: «Sur les règles régissant la qualification des ressortissants de pays tiers ou des apatrides en tant que bénéficiaires de la protection internationale, pour un statut uniforme pour les réfugiés ou pour les personnes pouvant bénéficier de la protection subsidiaire et pour le contenu de la protection octroyée» (Directive sur la qualification d'asile, 2011), qui introduit la possibilité de demander une protection internationale pour des raisons de MGF; «Établir des normes minimales concernant les droits, l'assistance et la protection des victimes de la criminalité» (2012), qui contient des dispositions relatives aux services de soutien et aux victimes de toutes les formes de violence, y compris les MGF; «Établir des

règles pour l'accueil des demandeurs de protection internationale" (Directive sur les conditions d'accueil pour l'asile, 2013), qui mentionne spécifiquement les victimes de MGF parmi les personnes vulnérables qui devraient recevoir des soins de santé adéquats pendant leur procédure d'asile.

## 3.2. La nécessité d'estimer la prévalence en Europe

La nécessité d'une estimation de la prévalence des MGF en Europe a été soulignée à plusieurs reprises par les institutions européennes (Communication de la Commission au Parlement européen et au Conseil, en Novembre 2013, résolutions 2014/2511, 2017/2936 du Parlement européen). La collecte de données est importante pour élaborer et développer des lois, des politiques et des mesures en termes de prévention et de protection et pour stimuler le débat public. Plus important encore, la Convention d'Istanbul (chapitre 2: "Politiques intégrées et collecte de données", article 11) oblige les États parties à collecter des données statistiques pertinentes ventilées et à soutenir la recherche sur la violence à l'égard des femmes. Les mêmes exigences sont soutenues par la campagne européenne END FGM, ainsi que par diverses organisations de la société civile et gouvernements de nombreux États membres européens.

En l'absence de données comparables et fiables sur la prévalence et la collecte systématique des données, il est difficile de tirer des conclusions sur la nécessité, l'efficacité et l'efficacité des actions actuelles et futures de contraste aux MGF. Par conséquent, les données de prévalence sont utiles pour:

- évaluer les tendances (si les données ne sont pas collectées systématiquement, il n'est pas possible d'établir des tendances d'augmentation ou de diminution de la prévalence) ;
- informer le processus décisionnel / politique ;
- déterminer l'allocation des ressources.

Il convient toutefois de noter que les études de prévalence produisent des données sensibles et peuvent être utilisées pour des raisons idéologiques/politiques. Il convient donc de réfléchir attentivement à la présentation des résultats et de les orienter de manière appropriée vers le public auquel ils sont destinés.

Actuellement, le nombre total de filles et de femmes avec ou à risque de MGF est inconnu dans l'Union européenne. Une première tentative de fournir un chiffre total a été faite par le Parlement européen dans une résolution de 2012 (résolution du Parlement européen sur la fin des mutilations génitales féminines, 2012/2012). Cette résolution estime qu'il y a 500 000 femmes atteintes de mutilations génitales féminines et 180 000 femmes et filles à risque dans les États membres. Par rapport aux pays africains, où la prévalence des MGF est signalée à intervalles réguliers par le biais de données auto-déclarées dans un module sur les MGF incluses dans les enquêtes démographiques et de santé (EDS) et dans les enquêtes à groupes d'indicateurs multiples (MICS), en Europe aucune collecte de données systématique n'est disponible. Il est donc impossible de produire une estimation globale pour tous les États membres de l'UE. Toutefois, un certain nombre de pays ont réalisé des études de prévalence (Belgique, Allemagne, France, Hongrie, Irlande, Italie, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni et l'Écosse) en utilisant des méthodes d'estimation directe ou indirecte. Certains pays (par exemple la Belgique, les Pays-Bas et le Portugal) ont également produit des études de prévalence au niveau national à intervalles réguliers qui permettent d'évaluer les tendances. Une vue d'ensemble des études est disponible dans trois des «relations EIGE (*European Institute for Gender Equality*). La première étude «Mutilations génitales féminines dans l'Union européenne» (2012) a décrit la situation des mutilations génitales féminines dans l'UE. La deuxième étude "Estimation des filles à risque de mutilation génitale féminine dans l'Union européenne"(2015) a estimé le risque en Irlande, au Portugal et en Suède, tandis que la plus récente "Mutilations génitales féminines: estimation du nombre de filles à risque dans l'UE"(2018), estime le risque dans six autres États membres (Belgique, Chypre, France, Grèce, Italie et Malte).

### 3.2.1. Les méthodes utilisées pour estimer la prévalence

Il convient de faire une distinction entre les données de prévalence et la collecte des données administratives. Les données administratives comprennent les informations collectées par le système judiciaire et de santé, les services sociaux, les forces de l'ordre et d'autres institutions qui entrent en contact avec les cas de MGF (ou tout autre cas de violence contre les femmes et les filles). Les définitions et les unités de mesure peuvent différer considérablement dans les différents secteurs, donc la comparabilité entre elles, sans parler de la comparabilité entre les pays, est très difficile. En outre, les mutilations génitales féminines souvent n'apparaissent pas dans ces systèmes de collecte de données, car ces données sont utilisées à des fins autres que le suivi et l'évaluation des politiques et mesures mises en œuvre pour lutter contre les mutilations génitales féminines.

Les données de prévalence<sup>5</sup> estiment la prévalence dans une population affectée par un certain phénomène (dans notre cas les MGF) à un moment donné et sont représentatives d'un contexte (géographique) spécifique, par exemple un pays, une région, une ville, etc. Par définition, cela signifie que nous essayons de mesurer un phénomène qui affecte seulement une partie de la population totale d'un pays, y compris non seulement les femmes migrantes de première génération, mais aussi les filles de deuxième et troisième générations (qui pourraient encore être considérées comme plus ou moins à risque), les femmes et les filles sans papiers, les réfugiés et les demandeurs d'asile.

Afin de mesurer la prévalence, des méthodes directes et indirectes peuvent être utilisées.

#### a) Estimations de prévalence indirecte

La plupart des études de prévalence en Europe utilisent une méthode similaire, qui est basée sur l'application du taux de prévalence, calculé par le biais de l'enquête DHS, dans les pays africains d'origine de la population féminine vivant dans un pays de l'UE. Les sources de données comprennent les données démographiques du recensement contenant le nombre de femmes migrantes des pays où les MGF sont pratiquées et résidant dans un pays de l'UE et, occasionnellement, d'autres sources de données afin d'inclure les demandeurs d'asile, les réfugiés, les sans-papiers et les filles de deuxième/troisième génération.

Il existe des limites identifiées avec cette méthode d'extrapolation, telles que:

- Les données du recensement peuvent ne pas être agrégées par pays d'origine africain, pays de naissance et durée du séjour;
- Les estimations ne sont pas répétées, par conséquent, les tendances ne peuvent pas être évaluées;
- Différentes définitions des «filles à risque» sont utilisées;
- Les données du recensement peuvent ne pas refléter les changements récents parmi les populations migrantes;
- Les demandeurs d'asile, réfugiés et migrants sans papiers, ainsi que la population de deuxième et troisième génération ne sont souvent pas inclus;
- L'influence culturelle de la migration n'est généralement pas prise en compte;
- L'origine ethnique n'est pas souvent prise en compte.

En outre, des questions importantes doivent être soulevées, telles que: les filles des deuxième et troisième générations sont-elles toujours à risque? Si oui, quel est le risque et est-il le même pour les deuxième et troisième générations? Comment inclure les femmes migrantes sans papiers? Comment évaluer l'influence

<sup>5</sup> L'EIGE définit La prévalence comme le rapport (exprimé en pourcentage) des filles et des femmes qui résident actuellement dans un État membre de l'UE et proviennent ou sont nées de mères provenant de pays où les mutilations génitales féminines sont couramment pratiquées et/ou sont nées de mères qui ont subi une forme de MGF («Estimation des filles à risque de mutilations génitales féminines dans l'UE», Rapport 2015, EIGE).

de la migration? Afin d'estimer la prévalence pour tous les pays de l'UE, le Centre international pour la Santé Reproductive (*International Center for Reproductive health -ICRH*) a effectué une analyse secondaire des données du recensement de l'UE pour 2011 (car c'est la seule base de données qui produit des données harmonisées sur toute l'Europe) et a procédé à une extrapolation des taux de prévalence des MGF selon l'âge dans les pays d'origine des femmes émigrées pour fournir des estimations de prévalence pour tous les États membres de l'UE, la Norvège et la Suisse. Selon les résultats de l'étude<sup>6</sup>, en 2011, plus d'un demi-million de femmes et de filles de première génération dans l'UE, en Norvège et en Suisse auraient subi des mutilations génitales avant l'immigration. Une sur deux vivait au Royaume-Uni ou en France, une sur deux est née en Afrique de l'Est. Pour la première fois, une estimation fiable du nombre de femmes et de filles de première génération en Europe provenant de pays où les MGF sont pratiquées a été ainsi produite, fournissant aux décideurs des données factuelles qui peuvent être utilisées pour éclairer les décisions et les politiques (par exemple, l'introduction d'une formation spécifique pour les professionnels de la santé qui pourraient être confrontés à des femmes qui ont subi une MGF ou qui ont besoin d'une chirurgie reconstructive). Une autre étude<sup>7</sup> présente des projections démographiques des flux de femmes migrantes victimes de mutilations génitales féminines de chaque pays où celles-ci sont pratiquées vers les États membres de l'UE pour 3 sous-périodes (2016-2020, 2021-2025 et 2026-2030), dans le but de la planification des ressources et l'élaboration de politiques appropriées. Selon ces projections, le flux dans les 28 pays entre 2016 et 2020 serait d'environ 400 000 femmes migrantes et d'environ 1,3 million entre 2016 et 2030. Environ un tiers d'entre elles, soit environ 127 000 entre 2016 et 2020, et plus de 400 000 entre 2016 et 2030, subiront des MGF avant la migration. Parmi ces flux féminins, un peu plus de 20% devrait être composé de filles âgées de 0 à 14 ans. Sur la base de l'âge prévu à l'arrivée, 20% de ces filles devraient avoir déjà subi des MGF, tandis qu'un peu moins de 10% devraient être considérées comme potentiellement à risque de MGF après la migration. En l'occurrence, il est important d'agir rapidement en planifiant des interventions et des politiques ciblées aux niveaux national et européen pour aider les femmes et protéger les enfants. Ces mesures sont particulièrement convaincantes en France, en Italie, en Espagne, au Royaume-Uni et en Suède, qui devraient être les pays les plus touchés par les migrations en provenance des pays où les MGF sont pratiquées.

#### b) Estimations directes de la prévalence

En 2016-2017, l'ICHR a coordonné la première estimation directe de la prévalence des MGF (FGM- PREV Survey), en collaboration avec l'Institut national d'études démographiques (INED, France) et l'Université Bicocca de Milan<sup>8</sup> (Italie), en collaboration avec les principaux chercheurs des études de prévalence des Pays-Bas et du Portugal et certains autres experts. La méthode d'estimation directe consiste à l'échantillonnage par position temporelle et l'échantillonnage guidé par les personnes sondées et tente d'estimer la prévalence en menant un sondage auprès d'un échantillon représentatif de la population. La méthode devait être testée en France et en Italie. En raison de problèmes d'éthique, il n'a pas été possible de réaliser le test en France, le pilotage a donc été dirigé vers la Belgique, mais en raison de contraintes de temps, il n'a pas été possible de le terminer. Cependant, il a été achevé avec succès en Italie. Le test a soulevé certains problèmes clés et fourni des recommandations utiles, concernant également l'utilisation de méthodes d'estimation directes/indirectes, la méthodologie pour atteindre les communautés d'immigrants à l'intérieur et à l'extérieur de

6 "Estimates of first-generation women and girls with female genital mutilation in the European Union, Norway and Switzerland", Luk Van Baelen, Livia Ortensi and Els Leye. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 2016, 21(6). p.474-482.

7 "Migrating with Special Needs? Projections of Flows of Migrant Women with Female Genital Mutilation/Cutting Toward Europe 2016-2030". Livia Ortensi, Alessio Menoni. *European Journal of Population*, May 2017, DOI: 10.1007/s10680-017-9426-4.

8 Leye E, De Schrijver L, Van Baelen L, Andro A, Lesclingand M, Ortensi L, Farina P. Estimating FGM prevalence in Europe. Findings of a pilot study. *Research Report*, 2017.

centres, le rôle des organisations de base, l'importance de la formation des enquêteurs, l'approche multilingue pour atteindre les communautés et la composition des échantillons.

### c) Indicateurs de prévalence proxy

• Bien que ces estimations de prévalence aient une grande valeur, elles ne fournissent qu'une donnée instantanée ou à un moment donné dont la validité ou pertinence, dans un contexte de migration, est rapidement dépassée. Une solution alternative à ce problème peut être une surveillance continue à travers les systèmes d'enregistrement, grâce auxquels un nombre fixe de variables est collecté et analysé systématiquement<sup>9</sup>. S'ils sont réalisés dans un échantillon représentatif de la population, ils peuvent également fournir des données de prévalence. Le problème est que pour recueillir des données précises, les professionnels doivent effectuer la collecte d'une manière systématique, cohérente et rigoureuse, et devraient être formés à cet effet. Une étude pilote réalisée en 2012-2015 par l'ICHR a confirmé l'hypothèse selon laquelle, à la suite de campagnes de formation et de sensibilisation menées dans les hôpitaux, les professionnels de la santé sont effectivement en mesure d'enregistrer les cas de MGF de manière plus systématique et précise. L'EIGE, dans l'étude, «Mutilations génitales dans l'Union européenne» (2012) identifie d'autres données qui peuvent agir comme un indicateur de la prévalence et d'incidence des mutilations génitales féminines, tant au niveau régional et national. Ces données administratives pourraient être utilisées pour fournir des informations sur les mutilations génitales féminines et comprennent: les registres hospitaliers et/ou médicaux, les registres de protection de l'enfance, les registres des demandes d'asile et les procédures judiciaires. Cependant, il convient également de noter que ces données présentent certaines limites:

- Ces données ne sont pas collectées de manière systématique;
- Les données existantes sont dispersées dans une variété de bases de données en fonction des différents secteurs et il n'y a pas de gestion centralisée;
- Les codes ou la nomenclature pour conserver les MGF dans les registres et la formation des professionnels sur le codage et l'évaluation des MGF sont manquants.
- Il existe également d'autres méthodes qui peuvent être utilisées pour collecter des données administratives sur les MGF, par exemple:
  - Les enquêtes menées auprès des professionnels des secteurs concernés ;
  - L'évaluation du nombre total de demandes d'asile/accordées sur la base des mutilations génitales féminines;
  - L'évaluation du nombre de naissances enregistrées dans les familles des pays à risque de MGF;
  - L'évaluation de la prévalence des femmes victimes de MGF dans les centres d'asile;
  - L'évaluation du nombre de femmes provenant des pays où les MGF sont pratiquées.

En ce qui concerne la collecte de données administratives, le rapport de l'EIGE – «Mutilations génitales féminines: estimation du nombre de filles à risque dans l'Union européenne», publié en 2018, indique que dans les États membres de l'UE, les données administratives sur les MGF (par exemple, les affaires judiciaires liées aux mutilations génitales féminines, les poursuites et les ordonnances judiciaires, les demandes d'asile, les dossiers hospitaliers, etc.) ne sont généralement pas suffisamment signalées, le suivi est limité et dispersé et il manque une collecte uniforme de données. Cependant, il convient de souligner que le potentiel de ces registres de données administratives devrait être pleinement exploité dans les pays de l'UE.

<sup>9</sup> ICHR & CHU St Pierre, 2014. Project voor de registratie van gevallen van vrouwelijke genitale verminking in ziekenhuizen. Rapport.

### 3.3. Les stratégies de prévention

Les membres des communautés qui pratiquent les mutilations génitales féminines ont tendance à poursuivre cette pratique afin de soutenir les traditions, de ne pas perdre leur identité et souvent en raison de la pression sociale.

Ceci se produit alors que ces communautés sont confrontées à deux perspectives opposées: l'une provenant de leur culture d'origine, où les mutilations génitales féminines permettent aux filles d'être acceptées par leurs communautés et mariées, et l'autre découlant de la culture d'accueil dans laquelle les MGF sont considérées comme une grave violation des droits humains et sont punies pénalement.

La prévention doit se baser sur le changement des normes sociales et de la perception que les MGF sont bénéfiques pour les filles, alors qu'elles sont préjudiciables pour leur santé physique et mentale. Dans les pays de l'UE, des stratégies de prévention ont été développées par les OSC en partenariat et en étroite collaboration avec les institutions gouvernementales. Les ONG ont commencé à travailler pour l'élimination des MGF en Europe depuis le début des années 80, à la fois de manière spécifique ou en intégrant la question dans leur travail plus large sur la santé reproductive des migrants et des réfugiés. Cependant, il est devenu clair que pour mener efficacement des campagnes de prévention, un large éventail de secteurs devait être impliqué, tels que le système de santé, le système judiciaire chargé de l'application des lois, le système éducatif et les médias. Par conséquent, le travail des ONG s'est concentré principalement sur l'information, l'éducation et la communication destinées aux communautés des migrants des pays où les MGF sont largement pratiquées, ainsi que des cours de formation pour les professionnels et les campagnes de sensibilisation ciblant l'opinion publique des pays d'accueil. Des organes nationaux de coordination et de conseil ont été créés dans certains pays européens. Au niveau européen, il n'y a pas de politique commune ou d'approche coordonnée concernant le travail de prévention aussi bien au niveau de la législation que dans des domaines clés tels que la santé et l'éducation. Cependant, des réseaux européens ont été créés au fil des ans pour développer des stratégies coordonnées de prévention et d'éradication des MGF en Europe. Le réseau européen pour la prévention et l'éradication des pratiques traditionnelles néfastes à la santé des femmes et des enfants (EuroNet-FGM), fondé en 2002, comprend des ONG, des chercheurs, des professionnels de la santé et des militants de toute l'Europe. Le "Réseau Européen END FGM" regroupe 22 organisations européennes établies dans 11 pays de l'Union européenne. Ce réseau est né de la campagne européenne «Mettre fin aux MGF», menée sur la période 2009-2014 et dirigée par Amnesty International, qui avait pour objectif de soutenir une action européenne commune pour mettre fin aux mutilations génitales féminines, en connectant les communautés locales avec les ONG et en développant des formes de coopération avec toutes les parties prenantes, tant en Europe que dans le monde, y compris par le partage d'expériences et l'échange de connaissances. Le réseau soutient les communautés, les ONG et les OSC dans leurs efforts visant à influencer les gouvernements et les décideurs politiques européens à prendre des mesures pour éliminer les MGF.

De nombreuses femmes qui ont subi des MGF ignorent qu'elles sont mutilées jusqu'à l'adolescence ou l'âge adulte. Souvent, elles l'apprennent ou en prennent conscience au cours d'une visite gynécologique, durant la grossesse ou l'accouchement. Elles ignorent généralement les conséquences à court et à long terme de la pratique subie. L'éducation est un des points de départ pour changer les normes sociales. En 2014, le gouvernement écossais a demandé à tous les directeurs des centres de soin du pays de former leur personnel et d'éduquer les parents sur la question des MGF. En Février 2019, le Royaume Uni a présenté une proposition de réforme destiné à introduire d'ici 2020 dans le programme scolaire le thème des mutilations génitales féminines dans l'éducation aux relations et à la sexualité<sup>10</sup>.

<sup>10</sup> <https://www.theguardian.com/society/2019/feb/24/schoolchildren-taught-dangers-female-genital-mutilation-fgm>





L'émancipation des femmes et la participation des hommes sont des éléments clés pour l'efficacité de toute mesure politique et juridique et pour la mise en œuvre et l'application effectives des lois. Tous les membres de la communauté et les familles devraient être directement impliqués, en particulier les hommes, qui sont souvent responsables de la prise de décisions et peuvent jouer un rôle essentiel pour mettre fin aux MGF. Un récent projet mis en œuvre en Belgique, au Royaume-Uni et aux Pays-Bas et financé par l'Union européenne<sup>11</sup> implique spécifiquement les hommes pour mettre fin aux mutilations génitales féminines, dans une campagne de sensibilisation via le site Web, les messages véhiculés par les médias, la télévision et la radio et la formation des éducateurs dans les communautés pratiquantes.

Tout programme de communication, d'information et d'éducation doit tenir compte du fait que les MGF sont un sujet qui appartient à la sphère privée et qui n'est souvent pas discuté ouvertement ou en public. Cette confidentialité empêche les femmes et les filles de recevoir des soins adéquats pendant la grossesse ou l'accouchement, et d'identifier les filles potentiellement à risque et de recueillir des données pertinentes. Dans ce contexte, les campagnes de sensibilisation, d'éducation et d'information sont vitales et brisent le tabou. Les MGF sont discutées parmi les membres de la famille et sont un problème soulevé par les médecins et les gynécologues, qui devraient être prêts à traiter des sujets tels que la reconstruction réparatrice ou à dissuader les demandes de ré-infibulation après l'accouchement voire même de la pratique sous forme médicalisée. Les services de santé et le personnel souvent ne sont pas au courant des différents types de mutilations génitales féminines et de leurs conséquences, ce qui conduit à un manque de connaissances spécifiques au cours de l'assistance médicale aux victimes et, par conséquent, du manque de confiance de ces dernières envers le système de santé, ce qui les décourage à long terme de demander de l'aide. Par conséquent, l'assistance clinique, la prévention, les conseils, l'information et la communication sont souvent entravés. Dans certains pays, des mesures ont été mises en place pour résoudre les problèmes de santé liés aux mutilations génitales féminines et pour aider à la prévention et à la collecte de données et à l'aide aux victimes de ces pratiques. Ces mesures consistent principalement en des directives techniques pour la prise en charge clinique des femmes ayant subi des mutilations génitales féminines, élaborées au niveau national par les ministères de la santé et localement par les hôpitaux et les établissements de santé; des codes de conduite pour les professionnels de la santé, qui fournissent dans la plupart des cas également des informations sur les aspects juridiques et psychologiques des MGF; et des services qui fournissent des soins médicaux spécialisés, une assistance psychologique et des conseils. Cependant, il y a un manque général de directives sur le système de renvoi pour les femmes et les filles à risque ou qui ont subi des MGF; sur des questions telles que la ré-infibulation et la médicalisation ainsi que sur la coordination multisectorielle entre les parties prenantes afin de développer une approche globale pour contrer et prévenir les mutilations génitales féminines. L'expérience<sup>12</sup> suggère que les campagnes d'information et de communication qui mettent principalement l'accent sur les conséquences négatives pour la santé ont conduit à la médicalisation de la pratique, sans réduire le phénomène, notamment à la fin des années 1990. Au début des années 2000, des organisations internationales ont mené des campagnes contre la médicalisation en Afrique et en Europe. La médicalisation légitime la pratique des MGF, conduisant ainsi à une violation des droits humains et de l'éthique médicale et entravant son éradication. Il s'agit d'une approche nocive qui ne présente aucun avantage pour la santé des femmes et des filles. La formation des médecins sur les aspects juridiques et éthiques liés à la médicalisation des MGF a été et reste cruciale. Comme l'affirment le Dr Pierre Foldes et Frédérique Martz, responsables du centre Women Safe, le médecin de famille joue un rôle clé en informant la famille sur les risques sanitaires et juridiques de la pratique à chaque fois qu'il est en mesure de prévenir

11 "Men Speak Out", 2016, créé par Forward UK, GAMS Belgium, HIMILO Foundation, Institute of Tropical Medicine <http://menspeakout.eu/>

12 «Comprendre et combattre la violence à l'égard des femmes. Mutilations génitales féminines» OMS 2012.



un risque de mutilations génitales féminines<sup>13</sup>. En outre, la médicalisation a tendance à être considérée par les experts non médicaux (tels que les fonctionnaires chargés des demandes d'asile) comme une procédure mineure qui, contrairement aux formes traditionnellement pratiquées, n'est pas considérée comme une persécution au sens de la Convention sur le statut des réfugiés<sup>14</sup>.

### 3.4. MGF et protection internationale

La protection est comprise comme toutes les actions qui offrent un soutien aux victimes et aux victimes potentielles de MGF, y compris la reconnaissance du droit d'asile, l'accueil, l'assistance médicale et psychologique, et les programmes d'autonomisation.

Selon le HCR de l'ONU, en 2017, 66.000 femmes et filles issues de pays qui pratiquent les mutilations génitales féminines ont demandé l'asile dans l'UE (environ 21.100 en provenance d'Irak, 15.200 du Nigeria, 7.400 de l'Érythrée, 4.800 de la Somalie, et 3.200 de la Côte d'Ivoire). Ces femmes et ces filles ont demandé l'asile principalement en Allemagne, en Italie, en France, en Grèce et au Royaume-Uni. S'il existe une corrélation étroite entre les mutilations génitales féminines, la migration et la demande de protection internationale, cette corrélation reste malheureusement cachée en raison du manque ou de l'incomplétude des données ventilées par âge et origine.

La Convention d'Istanbul exige aux États parties de reconnaître la violence fondée sur le genre comme une raison d'assurer une protection internationale, de garantir une interprétation sensible au genre de la Convention relative au statut des réfugiés de 1951 et de développer des conditions d'accueil et des procédures d'asile sensibles aux questions de genre. Cependant, à ce jour l'UE et 6 États membres, tout en ayant signé la Convention ne l'ont pas encore ratifiée. En outre, la "Directive du Parlement européen et du Conseil du 26 juin 2013 fixant les règles relatives à l'accueil des demandeurs de protection internationale" (2013/33/UE) et la "Directive du Parlement européen et du Conseil du 13 décembre 2011 fixant les règles d'attribution, aux ressortissants de pays tiers ou aux apatrides, du statut de bénéficiaire de la protection internationale, sur un statut uniforme pour les réfugiés ou pour les personnes pouvant bénéficier de la protection subsidiaire, ainsi que sur le contenu de la protection reconnue" (2011/95/UE) (13/12/2011) engagent les États membres à identifier les demandeurs d'asile ayant des besoins spéciaux - également lié au genre ou à la suite de formes graves de violences sexuelles subies, en ce y compris les MGF - et à leur fournir un soutien adéquat.

Le régime d'asile européen commun (RAEC) vise à renforcer les mesures de protection des femmes qui ont subi des violences liées au genre aux différentes étapes de la procédure d'asile, notamment en garantissant l'accès aux services médicaux, juridiques et psychosociaux et à la consultation psychologique pour faire face au stress post-traumatique. De plus, les Informations Harmonisées sur le Pays d'Origine (*Country of Origin Information - COI*) dans l'ensemble de l'UE permettent une évaluation éclairée et harmonisée des demandes liées aux MGF. Il est extrêmement important de veiller à ce que les autorités et les professionnels (travailleurs sociaux, personnel chargé de l'accueil, interprètes, médiateurs culturels, avocats, etc.) impliqués dans le traitement des demandeurs d'asile victimes ou susceptibles d'être à risque de MGF, soient conscients des dispositions et des instruments législatifs de l'UE, ainsi que de toutes les conséquences (y compris physiques et psychologiques) qui peuvent résulter du traumatisme lié aux MGF. Au fil des ans, nombre d'instruments utiles ont été développés. À l'intérieur des États membres, la protection est essentiellement liée à l'application de la législation interdisant toutes les formes de mutilations génitales féminines, la mise en place de structures spécialisées pour l'enfance et la maternité, les services médicaux (y compris la reconstruction chirurgicale des organes génitaux) et de soutien psychologique et les services d'accueil fournis de manière appropriée en fonction du genre et de la culture d'appartenance.

13 «Soutenir la lutte contre les mutilations génitales féminines: promouvoir les droits des femmes en exigeant la pleine application de la loi», Consultation, 6 février 2019, Parlement européen, Bruxelles.

14 Pierre Foldès et Frédérique Martz, "La médicalisation des mutilations génitales féminines", MGF et asile en Europe, mai 2015.

# 4. Analyse par pays sur les procédures judiciaires, la prévalence, la prévention et la protection

## 4.1. Aperçu du cadre juridique en Belgique, en France et en Italie

### 4.1.1. Belgique

L'article 409 du Code Pénal belge (entré en vigueur le 27 Mars 2001) punit d'un emprisonnement de trois à cinq ans quiconque a pratiqué, facilité ou favorisé toute forme de mutilations génitales féminines, avec ou sans le consentement de la personne qui l'a subie. La tentative et l'incitation à la pratique sont punissables d'un emprisonnement de huit jours à un an. Si une mutilation est pratiquée sur un mineur ou à des fins lucratives, la peine consiste en une peine de prison de cinq à sept ans. Lorsque la mutilation a causé une maladie incurable ou une incapacité personnelle, elle est passible d'une peine d'emprisonnement de cinq à dix ans. Lorsque la mutilation a causé la mort sans intention, la peine peut s'élever entre dix et quinze ans d'emprisonnement. L'Article 458 bis établit en outre que celles ou ceux qui sont liés par le secret professionnel ont le droit - mais pas l'obligation - de dénoncer aux autorités judiciaires le fait que des mineurs sont à risque ou ont été soumis à des mutilations génitales féminines. Depuis 2012, ce droit de signalement a également été étendu aux cas impliquant des adultes vulnérables.

La loi belge sur la protection de l'enfance ("Loi relative à la protection de la jeunesse, à la prise en charge des mineurs ayant commis un fait qualifié infraction et à la réparation du dommage causé par ce fait" du 8 avril 1965, tel que modifiée par la L.2006-06-13/40), qui comprend des procédures préventives et protectrices, peut être appliquée dans les cas de MGF. Les cas signalés concernant un risque possible de MGF peuvent être suivis par le biais de visites à la famille, en fournissant des conseils sur la question et des informations sur la loi qui les interdit, y compris la prise de mesures judiciaires en cas de pratique perpétrée. Lorsque la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur est en danger en raison du comportement des parents ou des tuteurs, l'application de la loi peut exiger l'intervention du tribunal des mineurs, conformément à l'article 36.2 de la susdite loi.

#### Accès à la justice: questions cruciales

Jusqu'à présent, aucun cas n'a été porté devant les tribunaux en vertu des dispositions de droit pénal. De même, aucune activité ouverte pour la protection des mineurs en la matière n'a été enregistrée et aucun cas lié aux mutilations génitales féminines pratiquées sur les femmes et les filles n'a été signalé.

Les obstacles à la mise en œuvre de la loi dérivent d'une variété de facteurs, y compris: (a) le manque de connaissances sur les mutilations génitales féminines et la loi de la part des fonctionnaires chargés de la protection des mineurs et des procureurs; b) le fait que les mesures de protection envers les mineurs ne sont prises qu'en présence de preuves indéniables et tangibles d'un danger imminent pour le mineur, ce qui est difficile à évaluer dans le cas, par exemple, du départ des filles vers le pays d'origine pendant les vacances scolaires, moment au cours duquel les mutilations génitales féminines sont le plus souvent pratiquées et ; (c) l'opinion selon laquelle la nature pénale de la loi a un impact négatif sur l'unité familiale ; d) le fait de ne

pas reconnaître que les mères ont elles-mêmes subi des mutilations génitales féminines (et souvent d'autres formes de violences basées sur le genre) et sont incapables de protéger efficacement leurs filles; (E) le relativisme culturel (voir à ce sujet "*Réponse à la mutilation génitale féminine en Europe*", ISCR). Par conséquent, d'une part, il est nécessaire de former et d'informer les services répressifs travaillant avec les mineurs, en leur fournissant des outils adéquats pour gérer les familles à risque de MGF; de l'autre, il est nécessaire de développer d'autres mesures, notamment financières, qui permettraient d'accroître l'efficacité de la loi.

Dans la période 2009-2013, le Bureau central du Procureur général a enregistré 14 cas en ce qui concerne les mutilations génitales féminines, sans aucune condamnation par une juridiction pénale ou émission d'une mesure de protection de l'enfance. Tout d'abord, il faut souligner que l'exactitude de ces informations est influencée par l'absence d'un code d'enregistrement de police spécifique dédié aux MGF. Par conséquent, selon le Bureau, il est possible que plusieurs dossiers aient été ouverts, sans être identifiés comme liés aux MGF. D'autres obstacles sont le manque de magistrats spécialisés dans les MGF nommés aux bureaux régionaux des procureurs, à l'exception du bureau de Bruxelles, et l'absence de dispositions qui encouragent l'échange d'informations entre les procureurs et les juges pour mineurs. Les 14 cas précédemment mentionnés ont été examinés par l'organisation à but non lucratif INTACT qui a commandé une étude<sup>15</sup> portant sur les aspects juridiques des mutilations génitales féminines: l'analyse des dossiers a révélé une intervention policière non systématique, le manque de coordination et de spécialisation des officiers de police et des magistrats et la superficialité dans l'évaluation du risque pour les enfants à être soumis à des mutilations génitales féminines. En outre, les avocats n'ont jamais été impliqués dans l'évaluation des cas.

## 4.1.2. France

La France, bien qu'elle ne dispose pas d'une loi spécifique sur les MGF, représente un exemple de "meilleure pratique", en enregistrant la majorité des cas de MGF poursuivis en Europe. Les tribunaux français ont appliqué le principe égalitaire selon lequel l'individu, lorsqu'il est soumis à la loi, n'est pas lié à la caractérisation sociale, culturelle ou religieuse. Les mutilations génitales féminines sont passibles de sanctions en vertu de l'article 222-9 du code pénal, selon lequel les violences à l'origine de mutilations ou de maladies permanentes sont punies de dix ans d'emprisonnement et de 150 000 euros d'amende. De plus, l'article 222-10 prévoit qu'en présence de circonstances aggravantes (telles que des blessures causées à un mineur de quinze ans; des dommages aux personnes vulnérables en raison de leur âge, de maladies physiques ou mentales; des blessures à des descendants légitimes ou naturels; la préméditation), l'acte criminel sera puni d'un emprisonnement jusqu'à quinze ans. Le même article ajoute que la peine est portée à vingt ans d'emprisonnement lorsque l'infraction est commise sur un mineur âgé de moins de quinze ans par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité sur le mineur. Si la violence provoque la mort de la victime, la référence normative devient l'article 222-7 sur le meurtre pré-intentionnel, passible de quinze ans d'emprisonnement. L'article 226-14 sur le secret professionnel stipule que ce dernier ne s'applique pas lorsqu'il s'agit de MGF pratiquées sur un mineur. Le principe d'extraterritorialité est applicable aux MGF, ce qui les rend punissables même si elles sont commises en dehors des frontières du pays.

L'absence d'une disposition spécifique n'est clairement pas un signe de tolérance envers les mutilations génitales féminines. Au contraire, ces dernières ont été associées à des crimes déjà prévus par la loi et, dans ce sens, l'interprétation judiciaire et la jurisprudence ont joué un rôle central. Depuis 1985, plus de 40 cas de MGF ont été portés devant les tribunaux. Il est important de souligner que toutes les procédures ont conduit à des jugements modérés. La peine maximale prononcée fut de huit ans d'emprisonnement pour une

15 ALIÉ M., «Les Mutilations génitales féminines: de l'incrimination aux poursuites. État des lieux en Belgique et regards européens», Intact, 2014. Voir aussi «Les mutilations génitales féminines dans le cadre d'une demande d'asile», 2014, disponible sur le lien <http://www.strategiesconcertees-mgf.be/wp-content/uploads/manuel-actu2014-FR.pdf>

affaire dans laquelle 48 excisions avaient été commises<sup>16</sup>. Les sanctions infligées aux parents ont toujours été plus légères par rapport à la peine prévue par la loi et souvent accompagnées d'un sursis conditionnel, principalement en raison de l'absence de volonté de nuire, puisque les parents décident de mutiler leurs filles «pour leur propre bien», afin d'éviter leur isolement en garantissant leur acceptation dans la société et un bon mariage. La plupart des chercheurs croient que ces arguments, utilisés par la défense, ont toujours eu pour but d'influer sur la nature et la portée du jugement, mais non pas d'obtenir l'acquittement ou une exemption de peine. L'objectif, qui était de punir le crime d'une part, mais sans briser les familles de l'autre, a été atteint<sup>17</sup>.

En France, la loi générale de protection de l'enfance peut être appliquée dans les cas de MGF. Les mesures de protection sociale pour les personnes âgées de moins de 18 ans sont énumérées dans l'article 375 du Code civil, réformée par la loi 2007/293, qui prévoit que dans les cas où les enfants se trouvent dans des situations de danger familial, un juge peut ordonner leur placement dans des institutions publiques, des foyers d'accueil ou sous la responsabilité des associations autorisées. Les mesures de protection sont émises sur base d'un projet collaboratif qui inclut les parents.

En cas de besoin supplémentaire de protection, il est possible d'invoquer la Loi sur la Violence Domestique (pas. 2006-399), qui prévoit que ceux qui ont commis des actes de violence contre des enfants doivent être éloignés de leur domicile ou lieu de résidence et ne peuvent avoir aucun contact avec les membres de la famille. Enfin, citons également la *Protection Maternelle Infantile* (PMI) qui a publié les directives "*Conduite à tenir face à l'excision des petites filles*" pour la protection des filles à risque.

### Accès à la justice: le rôle des organisations de la société civile

Comme mentionné, parmi les pays impliqués dans le cadre de ce projet, la France est le pays comptant le plus grand nombre de procédures judiciaires relatives aux cas de mutilations génitales féminines. Cependant, les organisations travaillant sur la question des MGF souvent ne disposent pas d'informations complètes sur le nombre précis d'affaires et sur les décisions judiciaires détaillées. Le manque d'outils pour obtenir une connaissance plus détaillée de l'activité judiciaire dans ce secteur (nombre d'affaires enregistrées et susceptibles de poursuites, pourcentage de procédures judiciaires et taux de réponse pénale, nombre d'arrestations et nombre de condamnations prononcées) a été souligné en 2013 par *Commission nationale consultative des Droits de l'homme* (CNCDH)<sup>18</sup> et mis en évidence dans le rapport présenté en 2018 par *Equilibres & Population* (Equipop), *Excision, Parlons-en!* et le Réseau Européen EndFGM au Comité GREVIO du Conseil de l'Europe sur la mise en œuvre de la Convention d'Istanbul<sup>19</sup>. Depuis les premiers procès, les OSC ont joué un rôle clé en portant devant les tribunaux des cas de mutilations génitales féminines. En 1982, pour le cas Bobo Traoré, morte à trois mois après avoir été mutilée, les organisations *SOS Femmes*, membre de la Ligue du Droit international des Femmes (LDIF), une 'organisation féministe, la *Commission pour l'abolition des Mutilations Sexuelles* (CAMS) et *Enfance et Partage* ont été directement impliquées dans la procédure, après s'être constituées partie civile. L'affaire a ensuite été portée devant la *Cour d'assises* en 1986, à la demande des organisations, et le père de la jeune fille a été condamné à deux ans de prison. Un autre cas important a été le procès Coulibaly/Keita contre les parents de six filles et la personne ayant commis la mutilation. Dans ce cas aussi, les organisations de la société civile se sont constituées comme parties civiles et ont porté l'affaire devant la Cour d'Assises. Le procès s'est déroulé en 1991 et a fait l'objet d'une tempête médiatique. Les deux affaires ont marqué un tournant dans la jurisprudence, puisque toutes

<sup>16</sup> Cas Greou, Cour d'assises de Paris, 1999.

<sup>17</sup> Renée Kool- Sohail Wahedi, "Criminal Enforcement in the Area of Female Genital Mutilation in France, England and the Netherlands: A Comparative Law Perspective, in *International Law Research*", vol. 3, no 1; 2014.

<sup>18</sup> Voir <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000028313269>.

<sup>19</sup> Rapport conjoint - FRANCE,

<https://rm.coe.int/equipop-excision-parlons-en-end-fgm-eu-joint-shadow-report-france/16807b41ab>.

les affaires ultérieures en la matière ont été portées devant la *Cour d'assises*<sup>20</sup> et les OSC, représentées par l'avocate Linda Weil-Curiel, ont continué à se constituer en partie civile.

Compte tenu de l'obligation, en vertu de la Convention du Conseil de l'Europe pour la protection des enfants contre l'exploitation et les abus sexuels (la Convention de Lanzarote) et de la Convention d'Istanbul, d'introduire un crime spécifique, le cadre juridique français est l'objet de discussion entre professionnels judiciaires et société civile. Toutefois, il est généralement soutenu que la mise en place d'une disposition pénale spécifique différencierait les citoyens et pourrait conduire à la discrimination et à la stigmatisation des groupes minoritaires. Le législateur français continue d'adhérer à cette approche. Afin de satisfaire à la demande d'incrimination ou criminalisation expresse contenue dans l'article 38 de la Convention de Lanzarote, il a été élaboré une proposition législative dans l'objectif d'intégrer ou compléter la disposition générale sur l'abus (article 222-9 du Code pénal) avec l'élément "mutilation génitale féminine". Une autre proposition de la loi existante par contre criminalise explicitement la tentative ou la perpétration de MGF. Compte tenu du traumatisme vécu par les victimes des mutilations génitales féminines et aux difficultés qu'elles peuvent avoir pour entreprendre des mesures judiciaires contre les membres de leurs familles, la CNCDH a souligné qu'il est essentiel de leur fournir l'appui des autorités judiciaires. À cet égard, la CNCDH a invité le ministre de la Justice à inclure la question des MGF dans la circulaire sur les instructions générales de politique pénale. Ces instructions sensibilisent les procureurs à certaines questions et ont déjà prouvé leur efficacité dans d'autres domaines, tels que la violence domestique. La CNCDH, ainsi que la société civile, a invité également à améliorer la formation des juges sur les mutilations génitales féminines, en intégrant la question à la fois dans le programme de formation initiale des vérificateurs judiciaires que dans le programme de formation des juges en service.

### 4.1.3. Italie

L'Italie a ratifié de nombreux instruments internationaux de lutte contre les MGF, notamment la Déclaration universelle des droits de l'homme (DUDH), la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW), la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (CAT), la Convention relative aux droits de l'enfant (CDE), la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH) et la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, et les conventions de Lanzarote et d'Istanbul susmentionnées. Une disposition pénale spécifique relative aux MGF (loi n°7/2006 «Disposizioni relative alla prevenzione e al divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile»<sup>21</sup>) a été adoptée en 2006. En outre, les articles 583bis et 583ter du code pénal interdisent l'exécution de toutes les formes de mutilations génitales féminines, y compris la clitoridectomie, l'excision, l'infibulation et toute autre pratique qui provoque des effets du même type ou des maladies mentales ou physiques. Le principe de l'extraterritorialité, suivant lequel les mutilations génitales féminines sont un crime punissable même si elles sont commises à l'étranger, si la personne qui commet l'infraction est un citoyen italien ou un étranger résidant en Italie et si la chirurgie est effectuée sur un citoyen Italien ou une personne résidant en Italie. Les peines prévues sont des peines d'emprisonnement de trois à douze ans selon le type de préjudice causé. La peine est réduite à deux tiers si la blessure est mineure. La peine est augmentée d'un tiers lorsque la MGF est commise contre un mineur ou si l'infraction est commise dans un but lucratif. La peine encourue pour le professionnel de la santé pour l'une des infractions visées à l'article 583-a prévoit la peine supplémentaire de disqualification de la profession pendant trois à dix ans. Les mutilations génitales féminines peuvent également relever de la loi

<sup>20</sup> Leye, Els, et al., "An analysis of the implementation of laws with regard to female genital mutilation in Europe" *Crime Law and Social Change* (2007)

<sup>21</sup> Journal officiel non. 14, 18 janvier 2006, en vigueur depuis le 2 février 2006

générale sur la protection de l'enfance. L'article 330 du Code Civil prévoit l'éloignement de la famille et la suspension de la garde parentale, si le comportement du parent menace le bien-être de l'enfant. En outre, l'article 333 du Code Civil fait référence à des mesures préventives en cas de conduite parentale nocive pour l'enfant. De plus, la loi no. 172/2012, à travers laquelle l'Italie a ratifié la Convention de Lanzarote, stipule, en ce qui concerne les mutilations génitales féminines, la perte de l'autorité parentale et l'exclusion permanente de toute profession sur la protection, la préservation et le soutien administratif.

Le statut de réfugié peut être reconnu sur la base du risque de MGF. Le décret législatif 251/2007 art.7 affirme que les actes de procédures judiciaires qui violent les droits humains fondamentaux dirigés spécifiquement contre un sexe ou contre l'enfance, y compris les actes de violence physique ou mentale, et les abus sexuels, sont pertinents pour l'application du droit d'asile. En ce qui concerne le secret professionnel, l'art. 361 du Code Pénal stipule que tout fonctionnaire public doit signaler tout crime dont il a été informé dans l'exercice ou en raison de ses fonctions. Des sanctions administratives sont généralement prévues. Dans le cas où sont impliqués des professionnels de la santé, ces dispositions ne sont pas applicables si la déclaration exposerait le patient à une action pénale.

Comme également recommandé dans la Communication au Parlement européen et au Conseil «Vers l'élimination des mutilations génitales féminines» (COM2013 (833)), le principe de l'intérêt supérieur du mineur a été considéré d'une importance primordiale dans toutes les procédures pénales en Italie, où il a été interprété et appliqué pour empêcher au mineur d'être doublement victime, en premier lieu comme ayant subi la MGF et en deuxième lieu en étant soustrait à la garde des parents.

### Accès à la justice: questions cruciales

Si l'on voulait évaluer l'efficacité du cadre juridique national, il faudrait tout d'abord souligner la sous-estimation généralisée du phénomène dans le pays, où il n'y a pas de système de collecte de données sur la pratique. Pour preuve, le ministère de l'Intérieur n'enregistre pas le nombre de signalements de crimes comme MGF, qui sont exclues de la liste des formes de violences faites aux femmes<sup>22</sup>.

L'Institut national de Statistique (ISTAT) mentionne les MGF parmi les formes de violence contre les femmes: les données montrent une légère augmentation du nombre de condamnations entre 2008 et 2011 (immédiatement après la mise en place de la loi) et une diminution significative au cours de la période suivante.

Le rapport annuel de la Cour de cassation sur l'administration de la justice a ignoré le phénomène de la même manière que le Bureau du Procureur Général<sup>23</sup>. La récente Commission parlementaire d'enquête sur le féminicide et d'autres formes de violence contre les femmes mentionne les MGF parmi les formes reconnues de la violence fondée sur le genre, rappelant les obligations découlant de la Convention d'Istanbul. Toutefois, la Commission n'a pas enquêté sur la manière dont les mutilations génitales féminines peuvent être considérées par les autorités italiennes ou sur les mesures de protection aux victimes ou de prévention<sup>24</sup>. Les MGF ont été également ignorées par Les «Lignes Directrices sur la Violence de Genre et la Violence Domestique» émises par le Conseil Supérieur de la Magistrature en mai 2018<sup>25</sup>.

### Cadre juridique inefficace

Avant la loi 7/2006, pendant longtemps, la règle de droit invoquée était l'article 32 de la Constitution (droit

<sup>22</sup> Ministre de l'intérieur, <https://www.istat.it/it/violenza-sulle-donne/il-percorso-giudiziario/denunce>

<sup>23</sup> Cour de cassation, rapport annuel sur l'administration de la justice, 2018  
[http://www.cortedicassazione.it/corte-di-cassazione/it/inaugurazioni\\_anno\\_giudiziario.page](http://www.cortedicassazione.it/corte-di-cassazione/it/inaugurazioni_anno_giudiziario.page)

<sup>24</sup> <http://www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/1066658.pdf>

<sup>25</sup> <https://www.csm.it/documents/21768/87316/Risoluzione+sulle+linee+guida+in+tema+di+organizzazione+e+buone+prassi+per+la+trattazione+dei+procedimenti+relativi+a+reati+di+violenza+di+genere+e+domestica/4799cb-dc-4af8-a794-f908-e1b38b7bc1fa>

de disposer de son propre corps), les articles 582 et 583 du Code Pénal (infraction pénale liée aux blessures ou lésions) et les dispositions relatives à la maltraitance des mineurs.

Dans le cas des filles à risque de MGF à la demande de leurs parents, s'appliquent les articles du Code civil n. 330 (déchéance de l'autorité parentale sur les enfants) et n. 333 (comportement du parent préjudiciable aux enfants). Ces dispositions accordent au juge des mineurs le droit de soustraire les filles à la garde de leurs parents, avec perte de l'autorité parentale dans les cas les plus graves, ou en tout état de cause de prendre les mesures appropriées lorsque le comportement d'un ou des deux parents nuit à la fille.

En Italie, on ne compte que deux condamnations pénales pour MGF, toutes deux prononcées par le tribunal de Milan.

a) La première concerne la plainte déposée en 1997 par une Italienne contre son ex-mari égyptien pour mutilation sexuelle de ses deux enfants (une fillette de dix ans ayant subi une infibulation ; un garçon de cinq ans ayant subi une circoncision) pendant des vacances en 1995 en Egypte. La mutilation avait été effectuée par le personnel de santé local. La mère, inquiète de la mauvaise santé de sa fille (souffrant de saignements, d'infections et de fièvre) a ensuite découvert ce qui s'était passé et a porté plainte. Le procès, qui eut lieu à Milan en 1999, fut le premier lié à un cas de MGF en Italie. La procédure s'est terminée par une peine par accord avec les parties civiles (deux ans d'emprisonnement). En outre, le tribunal de Milan ne reconnut aucun motif d'acquittement ou de sursis, en qualifiant le fait condamné comme source de grave préjudice corporel (conformément aux articles 582 et 583 du Code pénal)<sup>26</sup>.

b) L'autre sentence fait référence à une plainte déposée auprès du bureau du procureur de Milan par un couple de parents musulmans contre le responsable d'un centre islamique en Italie et contre deux médecins (un Algérien et un Ethiopien) qui, en 1998, avait fait subir à leur fille de six mois une infibulation<sup>27</sup>.

Il y a également une décision du Tribunal des Mineurs de Turin sur le cas d'une fille nigériane, dont les parents lui avait fait subir des MGF lors d'un séjour dans leur pays d'origine. À son retour en Italie, la mineure souffrait d'un abcès sévère dans la zone génitale et a donc été hospitalisée à Turin. Le tribunal pour mineurs est intervenu, en soustrayant l'enfant à la garde des parents et en ordonnant une enquête sur la famille, avec l'aide d'un médiateur. L'enquête a révélé la nature positive de la relation familiale: l'enfant avait été opéré au Nigeria dans une clinique de l'Etat; elle avait ensuite été bien suivie par ses parents à l'hôpital de Turin. En outre, le médiateur a indiqué que selon les coutumes de l'ethnie Edo, à laquelle ses parents appartenaient, une femme non soumise aux MGF est marginalisée par la communauté et risque de ne pas trouver de mari (à tel point que de telles interventions ne sont pas sanctionnées par les autorités locales). Le tribunal, en adhérant au raisonnement du médiateur culturel, a décidé de confier à nouveau l'enfant à ses parents, tout en ordonnant la surveillance des services sociaux. À cet égard, il a souvent été considéré que les parents dont les filles ont été soumises à la MGF peuvent, à tous autres égards, être les meilleures personnes susceptibles de les élever<sup>28</sup>. L'écart des parents et encore plus le choix de les criminaliser – et ensuite emprisonner –, selon l'expert impliqué, produirait des dommages additionnels graves pour toute la famille<sup>29</sup>. Cette affaire a également eu un impact pénal. Il y avait une plainte pour voies de fait, mais l'affaire a été close et classée sans suite, car le procureur a estimé que les parents voulaient soumettre leur fille à

<sup>26</sup> Trib. Milano, sez. IV penale, sent. 25/11/1999, in *Diritto, immigrazione e cittadinanza*, 2, 2000, 148 ss.

<sup>27</sup> Mentionné dans PAGANELLI M., VENTURA F., *Una nuova fattispecie delittuosa: le mutilazioni genitali femminili*, in *Rassegna italiana di criminologia*, 3-4, 2004, p. 455.

<sup>28</sup> Tribunal pour mineurs de Turin, 17 juillet 1997, *Justice mineure*, 3, 1999

<sup>29</sup> Voir FACCHI A., «Politiche del diritto, mutilazioni genitali femminili e teorie femministe: alcune osservazioni», in *Diritto, immigrazione e cittadinanza* 4, 2004, pp.20-21; Di PIETRO F. «Le norme sul divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile» in *Diritto&diritti*.



des pratiques de mutilation pleinement acceptées par les traditions (et les lois) locales de leur pays, compte tenu que la mère avait subi la même opération.

Après l'entrée en vigueur de la loi no. 7/2006, malgré le nouveau cadre juridique complet, un seul cas a été poursuivi au cours des dix dernières années: une Nigériane avait pratiqué les MGF sur un bébé de deux mois et avait été capturée juste avant de pratiquer les MGF sur un enfant de 20 jours. Elle fut condamnée à une peine d'un an et huit mois (conformément à l'art. 583 bis, paragraphe 2 du Code Pénal, avec la circonstance atténuante de lésion mineure, et de l'article 348 du Code pénal concernant la pratique médicale illégale). Les parents ont aussi été condamnés (8 mois pour la mère et 4 mois pour le père) pour culpabilité par négligence, avec circonstances atténuantes pour blessures mineures. Les parents ont ensuite été acquittés en appel pour manque d'intention de nuire<sup>30</sup>.

Les articles 3 et 5 de la loi jouent un rôle important dans la prévention et l'information. Les articles visent respectivement à promouvoir des campagnes d'information et à établir un numéro d'appel gratuit afin de prévenir les actes de mutilation et aider les victimes à recevoir des informations sur de tels crimes. Cependant, la formation des forces de l'ordre, du personnel scolaire, des professionnels de la santé et des travailleurs sociaux et du système judiciaire se révèle à tout le moins insuffisante, sinon inexistante. Les activités de sensibilisation ciblant les filles et leurs familles dans les écoles, les communautés culturelles et religieuses sont totalement ignorées.

En résumé, le manque d'application de la loi no. 7/2006 semble être enraciné principalement:

- a) en l'absence de mise en œuvre de ses principes de base;
- b) le manque de prévention, d'information, de sensibilisation et d'assistance aux victimes;
- c) le manque de coordination entre les institutions concernées impliquées dans la mise en œuvre effective de la loi 7/2006;
- d) le manque de fonds alloués pour la mise en œuvre de la loi;
- e) l'opinion selon laquelle le caractère répressif de la loi et son impact sur les relations familiales sont contre-productifs ;
- f) le manque de connaissances sur la nature des mutilations génitales féminines et/ou les dispositions légales en la matière de la part des responsables de la protection de l'enfance et des procureurs.

## 4.2 Aperçu des méthodes d'estimation de la prévalence et de la collecte de données en Belgique, en France et en Italie

### 4.2.1. Belgique

En Belgique, diverses estimations de prévalence ont été produites. L'ISCR a conduit les premières estimations indirectes en 1998, suivi d'une seconde estimation en 2003<sup>31</sup>. Les sources étaient des données de prévalence des pays africains et de l'Office National de Statistique belge. Cependant, ces estimations étaient limitées: l'origine ethnique ou la région d'origine n'étaient pas disponibles, les migrants sans papiers, les réfugiés et les demandeurs d'asile étaient exclus et les deuxième et troisième générations n'étaient pas prises en compte. En 2008, une troisième estimation indirecte a été réalisée par CIRH et par l'Institut de Médecine Tropicale, Kind & Gezin (K & G) / Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) et l'International Social Survey Program (ISSP). L'étude a tenté de surmonter les problèmes rencontrés précédemment, grâce à l'inclusion de: 1)

<sup>30</sup> Tribunal de Vérone, 14/4/2010; Cour d'appel de Venise, 23/11/2012, n.1485.

<sup>31</sup> «A call for global action» Toubia N., 1995 pour la première estimation référée et «WHO, 2001. Teacher's guide» pour la seconde référence.

l'information sur les femmes migrantes qui ont pris la nationalité belge ; 2) estimations des filles âgées de 0 à 5 ans, nées entre 1998 et 2007 dont les mères étaient issues de pays à risque et 3) informations partielles sur les demandeurs d'asile. Cependant, les informations suivantes étaient manquantes: origine ethnique ou région d'origine, population féminine sans papiers, population féminine incluse dans le Registre d'attente (registre des demandes d'asile et de séjour) ainsi que les données sur la deuxième génération.

Les mises à jour ont été effectuées en 2012 et 2018 par le Ministère de la Santé. Dans l'étude de 2012, de nouvelles améliorations ont été apportées, telles que l'inclusion: 1) de données sur l'Iraq ; 2) données sur les femmes ayant demandé l'asile; 3) données complètes sur les filles nées de mères provenant de pays à risque et 4) mises à jour du DHS/MICS<sup>32</sup>. Dans l'étude de 2018, les améliorations apportées sont liées à l'inclusion des données suivantes: 1) données sur l'Indonésie (prévalence 2013); 2) données sur les femmes sans papiers ; 3) l'âge à l'arrivée en Belgique (pour estimer les filles à risque ou ayant subi des mutilations génitales féminines au moment de l'arrivée) et 4) le nombre de filles qui ont reçu une protection internationale pour échapper à l'excision<sup>33</sup>.

Selon une étude de 2014 menée par l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers pour le Ministère de la Santé datant du 31 Décembre, 2012, il est estimé que 48.000 femmes et filles vivant en Belgique sont issues d'un pays où les MGF sont très répandues. Parmi celles-ci, environ 13.000 avaient probablement subi une forme de mutilation et 4000 d'entre elles étaient à risque. La plupart des cas identifiés sont situés dans la Région de Flandres et dans celle Bruxelles (avec des chiffres pour les personnes victimes ou à risque estimés respectivement à 6.800 et 5.800), suivi de la Région Wallonne (3.300). On estime que les demandeurs d'asile sont au nombre de 1.300. Quant à l'estimation du nombre total des femmes et des filles concernées sur l'ensemble du territoire belge, elle est relativement basse, compte tenu de l'afflux continu de réfugiés en provenance des pays qui pratiquent les MGF comme la Somalie et l'Érythrée.

Le plan d'action national (PAN) 2015-2019 contre la violence de genre<sup>34</sup> prévoit des mesures spécifiques concernant la collecte de données sur les MGF et la mesure de la prévalence. En particulier, il est recommandé de développer davantage l'enregistrement des cas de mutilations génitales féminines dans les hôpitaux et d'organiser des campagnes de sensibilisation et d'information dans l'unité de gynécologie et dans les salles d'urgence. Ce plan d'action recommande également de mettre à jour l'étude de 2014 sur la prévalence et le risque de MGF en Belgique, précédemment mentionnée.

### Affaires judiciaires, poursuites et ordonnances judiciaires

Depuis 2008, les affaires judiciaires relatives aux MGF sont enregistrées via un code spécifique. En 2017 est entrée en vigueur une circulaire conjointe<sup>35</sup> du Ministre de la Justice et du Collège des procureurs pour définir les procédures du Ministère public en matière d'enquête et de poursuites pour les cas de violence liée à l'honneur, les mutilations génitales féminines, le mariage et la cohabitation forcés. La circulaire a pour objectif - en plus de sensibiliser les professionnels du droit et les agents des forces de l'ordre sur ces formes de violence et de veiller à ce qu'ils puissent mener à bien les enquêtes - d'améliorer le codage et la collecte de données statistiques, en promouvant à cette fin l'échange d'informations et la coopération entre le système judiciaire et l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes (IEFH). Le rapport intérimaire sur la mise en œuvre du plan d'action national 2015-2019 pour lutter contre les violences basées sur le genre montre que 7 cas de MGF ont été signalés sur la période 2013-2016 (aucun en 2016). Le rapport signale

<sup>32</sup> «Studie over de prevalentie van en het risico op vrouwelijke genitale verminking in België (samenvatting), 2014», disponible sur: [https://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/downloads/prevalentie\\_genitale\\_verminking.pdf](https://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/downloads/prevalentie_genitale_verminking.pdf)

<sup>33</sup> «Schatting van de prevalentie van in België wonende vrouwen en meisjes die vrouwelijke genitale verminking ondergingen of het risico lopen om verminkt te worden, 2018», disponible sur: [http://igvmiefh.belgium.be/sites/default/files/downloads/20180302\\_fgm\\_prevalencestudy\\_12\\_pages\\_nl.pdf](http://igvmiefh.belgium.be/sites/default/files/downloads/20180302_fgm_prevalencestudy_12_pages_nl.pdf)

<sup>34</sup> Disponible sur: [https://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/dossier\\_de\\_presse\\_etendue.pdf](https://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/dossier_de_presse_etendue.pdf)

<sup>35</sup> COL 6/2017

également 11 cas de MGF enregistrés auprès des procureurs belges entre 2013 et 2016<sup>36</sup>.

### Cas de protection de l'enfance

En ce qui concerne les cas de protection des mineurs liés aux MGF, deux ONG belges, GAMS et INTACT, en collaboration avec le réseau Stratégies Concertées contre les Mutilations Génitales Féminines (Stratégies Concertées-MGF), ont développé un protocole et des outils pour la prévention des MGF. Un système d'enregistrement est en place pour suivre les situations à risques portées à leur attention (19 cas en 2016), mais aucun chiffre n'a été publié et le nombre de professionnels formés à l'utilisation de ce protocole n'est pas clair. De même, il est difficile d'évaluer si le système d'enregistrement est efficace pour surveiller les situations à risque ou s'il peut être utilisé pour collecter des données administratives.

### Dossiers hospitaliers

La Belgique est considérée comme source de bonne pratique en termes de collecte de données dans les hôpitaux, car les données sont saisies à l'aide du système de classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la santé. En 2012, une formation approfondie a été dispensée aux professionnels de la santé sur les MGF et, au cours de la période 2013-2014, un projet pilote a été lancé pour évaluer l'enregistrement des cas de MGF dans les hôpitaux. Le projet impliquait 10 hôpitaux qui avaient auparavant également participé à la formation. Suite à la formation, le nombre de cas enregistrés de mutilations génitales féminines a augmenté de 2,5 fois par rapport à la moyenne des années précédentes, confirmant ainsi qu'au cours des dernières années, les données avaient été communiquées partiellement et de manière inexacte, en raison du manque d'information et connaissance du personnel chargé de l'enregistrement, de la collecte et du classement des données médicales. Comme mentionné, le PAN 2014-2019 recommande d'élargir la collecte de données dans les hôpitaux et la formation du personnel médical.

### Demandes d'asile

En Belgique, le Bureau du Commissaire Général pour les Réfugiés et Apatrides (CGRA) est responsable de la reconnaissance du statut de réfugié et de la protection subsidiaire. Des membres du personnel spécialement formés traitent spécifiquement des victimes de violence fondée sur le sexe, y compris les mutilations génitales féminines. Certaines statistiques sur les demandes d'asile pour des raisons de MGF étaient disponibles dans le passé de manière fragmentée, mais ne figurent pas dans les rapports ou enquêtes annuels les plus récents. Le PAN 2014-2019 recommande la mise en place de mécanismes spécifiques pour détecter les mutilations génitales féminines dans les centres d'accueil, comme l'inclusion d'une référence spécifique aux MGF, également pour assurer un suivi *ad hoc* aux victimes (assistance sociale et médicale, informations sur le cadre juridique des MGF en Belgique, informations sur les organisations qui apportent leur soutien).

## 4.2.2. France

Il n'existe pas de statistiques officielles sur les MGF en France, mais certaines études de prévalence ont été menées. Une étude de l'Institut national d'études démographiques (INED) menée entre 2007 et 2009<sup>37</sup> a estimé, selon la méthode indirecte, qu'en 2004, 53.000 femmes résidant en France auraient pu subir des MGF. L'étude a également visé - à travers une enquête menée auprès d'un échantillon de population de près de 3000 personnes dans cinq régions (Île-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Nord-Pas-de-

<sup>36</sup> Disponible sur: [https://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/downloads/evaluatierapport\\_fr.pdf](https://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/downloads/evaluatierapport_fr.pdf)

<sup>37</sup> Andro, A., Lesclingand, M., Cambois, E. et Cirbeau, C. (2009). *Excision et Handicap (ExH): Mesure des lésions et traumatismes et évaluation des besoins en chirurgie réparatrice*, Paris: INED.

Calais, Pays de la Loire et Haute-Normandie) - à comprendre les dynamiques familiales et culturelles autour de la pratique et quel impact la migration peut avoir sur ces dynamiques. Les femmes comprennent très facilement les conséquences des MGF sur les droits sexuels et reproductifs, tandis que pour les hommes, ce n'est pas aussi clair. Pour de nombreuses femmes africaines vivant en France, le risque de voir leurs filles mutilées est davantage lié aux voyages en Afrique. Les pressions familiales jouent toujours un rôle important, indépendamment du temps passé en dehors de la communauté d'origine. Le risque d'être mutilé pour les filles nées ou vivant en France dépend beaucoup de ces pressions, du déni ou de l'acceptation des mères vis-à-vis de la nouvelle culture ainsi que du niveau de socialisation des mères et des familles en France. Les hommes peuvent jouer un rôle important dans l'accroissement du risque de MGF en essayant de contrôler la sexualité de leurs filles. De plus, l'étude a mis en évidence le manque de: connaissance des droits de reproduction, en particulier chez les hommes; communication et de dialogue à l'intérieur de la famille sur les questions liées aux mutilations génitales féminines; connaissance de la problématique par les professionnels de santé; informations fournies par les médias, notamment la télévision; lieux où les femmes peuvent partager leurs opinions et expériences et chercher de l'aide.

Une autre étude de prévalence commandée par le Ministère de la Santé et publiée en 2007 estime que 61.000 femmes de plus de 18 ans résidant en France pourraient avoir subi des MGF<sup>38</sup>.

Les deux estimations ne prennent pas en compte la population sans papiers, les demandeurs d'asile et la population de moins de 18 ans.

En ce qui concerne la population à risque, selon une étude menée par l'EIGE<sup>39</sup> en 2018, son estimation serait comprise entre 12 et 21% des 205.683 filles âgées de 0 à 18 ans résidant en France et provenant de pays où les MGF sont pratiquées.

Un article paru en juillet 2019<sup>40</sup> met à jour les chiffres de 2007-2009, intégrant également les secondes générations et en faisant référence non seulement au risque lié à la prévalence dans les pays d'origine, mais aussi à l'atténuation de ce risque due à la migration elle-même. La population de référence est représentée par toutes les femmes d'un «pays à risque» résidant en France, y compris la première et la deuxième génération (ces dernières sont représentées par des femmes nées en France et dont au moins un des parents est né dans un «pays à risque»). Si le risque lié à la prévalence dans le pays d'origine est appliqué à la première génération, ce risque est atténué pour la deuxième génération, suivant les hypothèses d'adaptation et de socialisation, qui reflètent un changement progressif des normes et des comportements suite à la migration. Le résultat de l'analyse est que le nombre total estimé de femmes adultes mutilées vivant en France est de 124.355, dont 86.343 de première génération et 38.012 de deuxième génération.

En France il n'y a pas de statistiques qui recueillent des données administratives sur les mutilations génitales féminines, qui se traduit par un manque d'informations importantes qui pourraient aider à surveiller la progression de la prévalence, offrir une vision plus précise du problème et de faire une meilleure évaluation des politiques mises en œuvre. Le rapport «Mutilations sexuelles féminines: une menace toujours présente, une mobilisation à renforcer», présentée au Sénat en mai 2018 par la Commission pour les Droits de la Femme, représentée par Marta de Cidrac et Maryvonne Blondin, met en évidence l'absence de statistiques et recommande à cet effet l'inclusion des mutilations génitales féminines dans l'enquête nationale sur la violence contre les femmes dénommée «Virage».

38 Andro A, Lesclingand M. Les mutilations sexuelles féminines: le point sur la situation en Afrique et en France. *Ined - Populations et Sociétés*. 2007; (438): 1-4.

39 «Estimation of girls at risk of female genital mutilation in the European Union - Belgium, Greece, France, Italy, Cyprus and Malta» EIGE 2017-2018

40 Marie Lesclingand, Armelle Andro, Théo Lombart. Estimation du nombre de femmes adultes ayant une mutilation génitale féminine vivante en France. 15/02/2019, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire; Santé Publique France*. [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/21/pdf/2019\\_21\\_1.pdf](http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/21/pdf/2019_21_1.pdf)

Le Plan d'Action National pour l'éradication des MGF<sup>41</sup>, lancé en 2019, prévoit également le développement d'un système efficace de collecte de données afin d'améliorer les connaissances et de mener une meilleure évaluation de la prévalence.

### **Affaires judiciaires, poursuites et ordonnances judiciaires**

Bien que le nombre de cas de mutilations génitales féminines portées devant les tribunaux depuis 1985 soit connu et qu'il existe une ample littérature analysant ces cas et fournissant ainsi des informations utiles pour évaluer l'efficacité et l'impact de la loi, il n'y a pas de collecte systématique de données sur les cas de MGF dans les tribunaux ou dans les registres des forces de l'ordre, ou un échange d'informations entre ces deux secteurs. Les données pertinentes pour les cas suspects, les "rumeurs" signalées (par exemple des mutilations pratiquées pendant les vacances dans le pays d'origine) ou pour les cas non portés devant les tribunaux ne sont pas enregistrées, ce qui entraîne une lacune importante dans le suivi de l'évolution de la loi et de sa perception au sein des communautés de migrants.

### **Cas de protection de l'enfance**

L'art. L226-3 du code de l'Action Sociale et de la Famille prescrit que le président du conseil départemental est responsable de la collecte, du traitement et de l'évaluation des informations concernant les mineurs en danger ou à risque. Des unités pour la collecte, le développement et l'évaluation des informations ont été créées mais ces dernières suscitent des critiques ou préoccupations. Il existe aussi un système d'enregistrement spécial des cas relatifs aux MGF dans le système de protection des mineurs. Afin d'évaluer l'efficacité des politiques de sécurité de l'enfance mis en œuvre en cas de mutilations génitales féminines, des statistiques devraient être disponibles pour permettre une analyse plus approfondie et pertinente.

### **Dossiers hospitaliers**

Il n'y a pas de système organisé de collecte de données sur les MGF dans les hôpitaux. Seules les structures spécialisées en chirurgie réparatrice ont un système d'enregistrement de données, qui, par définition a une portée très limitée. Les MGF peuvent certainement être détectées et surveillées dans les établissements publics au moins pendant les grossesses, les naissances et toute visite gynécologique. Comme déjà mentionné, les informations communiquées par les hôpitaux au CIRP devraient être mises à disposition à des fins statistiques. Un système d'enregistrement commun qui codifie les cas de MGF devrait être introduit au niveau national.

### **Demandes d'asile**

L'article L. 752-3 du code pour l'Entrée et le Séjour des Étrangers et Demandeurs d'Asile prévoit un contrôle périodique de l'intégrité physique des filles exposées au risque de mutilations génitales féminines et qui devraient être protégées pour cette raison. Afin d'assurer une protection efficace, l'Office de la Protection des Réfugiés et des Apatrides (OFPRA) exige que le représentant légal de fille qui jouit du statut de réfugié ou de la protection subsidiaire, fournisse un examen médical de l'enfant, attestant de l'absence de mutilations sexuelles. L'examen est effectué tous les cinq ans, à moins que l'Office n'ait de motifs sérieux de croire que, dans l'intervalle, des MGF ont été pratiquées. Le défaut de soumission de ce certificat médical est rapporté au Ministère Public et au Président du Conseil départemental en application de l'article 40 du Code de procédure pénale et de l'article 375 du Code civil. L'OFPRA récolte des données de façon systématique en ce qui concerne les demandes de protection en raison de mutilations génitales féminines, en classifiant la population féminine par âge et par pays d'origine. En 2017, plus de 6000 filles et jeunes femmes ont été placées sous la protection de l'OFPRA en raison d'un risque de MGF (une augmentation de 14% par rapport à 2016)<sup>42</sup>.

41 [www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2019/06/mutilations\\_sexuelles\\_feminines\\_2019\\_plan\\_national\\_3.pdf](http://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2019/06/mutilations_sexuelles_feminines_2019_plan_national_3.pdf)

42 <https://www.ofpra.gouv.fr/fr/l-ofpra/actualites/les-donnees-de-l-asile-2017-a-1>

### 4.2.3. Italie

En Italie, en particulier depuis l'entrée en vigueur de la loi 7/2006, de nombreuses études ont été menées dans l'objectif d'appuyer la planification des ressources et l'élaboration des politiques et de faire avancer le débat méthodologique sur les méthodes d'estimation.

En 2009, le Ministère pour l'Égalité des Chances a financé l'étude «Évaluation qualitative et quantitative du phénomène des mutilations génitales féminines» avec des fonds alloués par la loi 7/2006. L'étude a tenté la première estimation de la prévalence des MGF en Italie et a été réalisée selon la méthode indirecte basée sur les données de prévalence des pays où les MGF sont pratiquées, en augmentant les chiffres de 20% pour refléter le pourcentage de migrants illégaux en Italie (1 sur 5) et en atténuant le résultat par une soustraction de 30%, étant donné que les entretiens qualitatifs ont montré que la migration joue un rôle important dans le changement de comportement. Selon l'étude, en 2008, environ 35.000 femmes en Italie avaient été victimes de MGF, très probablement dans leur pays d'origine.

Comme observé également en France, une étude réalisée en 2014<sup>43</sup> a confirmé que la migration joue un rôle central dans la réduction du risque pour les filles de seconde génération d'être mutilées. Très probablement, le facteur d'atténuation est lié à des changements dans l'attitude des parents envers la pratique, à l'inclusion dans des environnements qui ne légitiment pas les mutilations génitales féminines, à l'application de la loi et aux campagnes internationales qui interdisent les mutilations génitales féminines. Sur la base de ces résultats, ainsi que des résultats de l'enquête FGM-PREV<sup>44</sup> conduite en Italie en 2016, une autre étude a été publiée en 2018<sup>45</sup> utilisant des méthodes d'estimation directes et indirectes. L'estimation directe de la prévalence a été réalisée pour 9 communautés en utilisant les résultats de l'enquête FGM-PREV, tandis que la prévalence pour les communautés non impliquées dans l'enquête a été estimée en utilisant l'estimation indirecte (extrapolation de la méthode des données de prévalence des pays d'origine où les MGF sont pratiquées) avec des corrections basées sur des facteurs qualitatifs, liés à la migration. On estime qu'en 2016, en Italie, entre 60.000 à 80.000 filles ou femmes nées à l'étranger et âgées de 15 ans ou plus et entre 11.000 et 13.000 filles ou femmes ayant demandé l'asile et âgées de 15 ans ou plus, auraient subi les mutilations génitales féminines. Quant aux filles à risque, selon l'EIGE<sup>46</sup>, en 2018, on estime leur nombre compris entre 15 et 24% des 76.040 filles âgées de 0 à 18 ans résidant en Italie et originaires des pays où les MGF sont pratiquées.

Les données administratives sont collectées par les forces de police, les hôpitaux (dans diverses régions, il existe des centres dédiés aux MGF dans les établissements de santé) ou d'autres administrations, mais il n'y a pas de système de collecte systématique et coordonné ni de définitions communes ou d'unités de mesure au niveau national.

#### Affaires judiciaires, poursuites et ordonnances judiciaires

Comme mentionné, très peu de cas de MGF ont été portés devant les tribunaux. Aucune surveillance officielle n'est menée sur les affaires judiciaires liées aux mutilations génitales féminines, aux poursuites et aux ordonnances judiciaires. Contrairement au secteur de la santé, il n'y a pas de disposition ou de recommandation spécifique sur la collecte de données ou sur l'introduction de codes d'identification ad hoc pour ces cas. En 2009, il a été activé une ligne téléphonique directe dédiée aux cas de mutilations génitales féminines, dirigée par la

43 La transmission de mère à fille de l'excision génitale féminine lors de l'émigration, comme en témoignent les données d'enquête italiennes. P Farina, L. Ortensi. IT, 2014.

44 Voir note 8

45 Female genital mutilation/cutting in Italy: an enhanced estimation for first generation migrant women based on 2016 survey data. Livia Elisa Ortensi, Patrizia Farina and Els Leye. Published in BMC Public Health, (2018).

46 Estimation of girls at risk of female genital mutilation in the European Union - Belgium, Greece, France, Italy, Cyprus and Malta. EIGE 2017-2018.



Direction Centrale contre le Crime au sein du Département sur la Sécurité Publique du Ministère de l'Intérieur. Ce numéro permet de récolter des signalements et des rapports de délits et de fournir des informations sur les établissements de santé et les organisations bénévoles travaillant sur les MGF. Les données et statistiques concernant les rapports et demandes faites via le numéro ne sont pas disponibles.

### Cas de protection de l'enfance

Toute personne ou institution qui prend connaissance d'une situation préjudiciable ou dangereuse pour la santé physique ou mentale d'un mineur peut se présenter devant l'autorité judiciaire. Les rapports peuvent concerner des situations qui affectent la santé mentale et physique d'un mineur (zone civile) ou des délits ou des risques associés (zone pénale). La dénonciation est obligatoire en cas d'infraction si cette personne ou institution est un représentant officiel ou un fonctionnaire (enseignants, personnels de santé, travailleurs sociaux). Aucune donnée sur les filles victimes ou à risque de MGF provenant de l'Autorité Judiciaire n'est disponible.

Les Lignes directrices pour les opérateurs travaillant sur les MGF publiées en 2007 par le Département de l'égalité des chances<sup>47</sup> ont fourni des informations aux enseignants en cas de perception d'une situation de risque de mutilations génitales féminines, en recommandant un protocole de référence impliquant des psychologues et des travailleurs sociaux qui travaillent avec les écoles et/ou les structures spécialisées, qui peuvent vérifier ce risque et fournir l'assistance nécessaire à l'école, aux filles et aux familles. Les directives suggèrent également que partout où il existe une perception d'un risque réel de MGF pour les filles vivant dans des familles suivies par les services sociaux, il est important d'impliquer l'école, les services de santé et la police.

### Dossiers hospitaliers

Les données sur les mutilations génitales féminines issues des dossiers médicaux ou hospitaliers ne sont pas collectées de manière systématique et cohérente au niveau national et il n'y a donc pas de statistiques officielles. Les lignes directrices de 2007 précédemment mentionnées recommandent l'importance d'enregistrer et de codifier de façon uniforme les diagnostics de MGF et les interventions de dé-infibulation dans les hôpitaux italiens. Les lignes directrices pour la reconnaissance précoce des victimes de MGF publiées en 2018 par le Département de l'égalité des chances<sup>48</sup> proposent un module d'évaluation des risques de MGF pour différencier les femmes mutilées et les jeunes femmes et filles à risque. Il y a quelques hôpitaux et structures<sup>49</sup> qui ont mis en place des points focaux ou des unités de MGF, qui fournissent des soins de santé aux femmes souffrant de problèmes de MGF. Dans ce contexte, les données sont collectées et enregistrées. Cependant, une enquête élaborée par *Differenza Donna* sur 154 établissements de santé en Émilie-Romagne, Frioul-Vénétie Julienne, Latium, Lombardie, Vénétie, Ombrie et Sicile pour évaluer les connaissances des opérateurs de santé sur les MGF, a confirmé que la connaissance de la pratique fait généralement défaut et que les données ne sont pas collectées de manière homogène et systématique.

47 Lignes directrices à l'intention des professionnels de la santé ainsi que des autres professionnels qui travaillent avec les communautés d'immigrants des pays où des pratiques de mutilation génitale féminine sont menées pour mener à bien des activités de prévention, d'assistance et de réadaptation pour les femmes et les filles soumises à ces pratiques (2007).

48 «Lignes directrices pour la reconnaissance précoce des victimes de mutilations génitales féminines (MGF) ou d'autres pratiques néfastes», Département de l'égalité des chances. 2018.

49 Émilie-Romagne: autorités sanitaires locales de Modène et Bologne; Frioul-Vénétie Julienne: Institut scientifique d'hospitalisation et de traitement (IRCCS), Trieste; Latium: hôpital San Camillo (Rome); Institut national pour la santé, les migrations et la pauvreté (NIHMP) (Rome); Lombardie: hôpital San Paolo (Milan); Hôpital San Carlo (Milan); Piémont: Hôpital Sant'Anna (Turin); Sicile: INMPS Sicily, c / o Civic Hospital - Benfratelli (Palerme); Toscane: Hôpital universitaire Careggi (Florence); Ombrie: Centre de référence de l'Ombrie pour l'étude et la prévention des MGF (Pérouse).

## Demandes d'asile

Suite à la mise en œuvre des directives européennes sur l'asile<sup>50</sup>, les MGF sont reconnues comme un acte de persécution et la loi offre une protection à celles qui craignent d'y être soumises, elles-mêmes ou leurs filles, en garantissant la fourniture de mesures d'accueil et de services adaptés aux situations spécifiques.

Les MGF sont spécifiquement mentionnées dans le «Lignes Directrices pour la programmation des interventions d'assistance et de réadaptation, ainsi que pour le traitement des troubles mentaux des titulaires du statut de réfugié et du statut de protection subsidiaire qui ont subi des tortures, des viols ou d'autres formes graves de violence psychologique, physique ou sexuelle» élaborées par le Ministère de la Santé (2017)<sup>51</sup>.

En outre, le Manuel Opérationnel pour l'activation et la gestion des services d'accueil intégré en faveur des demandeurs d'asile et des titulaires de la protection internationale humanitaire du Ministère de l'Intérieur (2018) consacre un chapitre à l'accueil des femmes et/ou mineurs atteints de MGF<sup>52</sup>.

En Italie, les demandes d'asile peuvent être déposées auprès de la police des frontières ou auprès du bureau de l'immigration de n'importe quel quartier général de police (*Questura*). Suite à la présentation officielle de la demande, la police doit délivrer au demandeur un permis de séjour valide pour trois mois (renouvelable jusqu'à la fin de la procédure), ou, dans certains cas prévus par la loi, l'envoyer à un Centre d'Accueil pour demandeurs d'Asile (*Centro di Accoglienza per Richiedenti Asilo - CARA*). Les demandes sont évaluées en première instance par les commissions territoriales de protection internationale. Chaque commission est composée d'un fonctionnaire du HCR, d'un représentant de l'administration locale, d'un officier de la police d'État et d'un représentant du bureau du gouvernement territorial (préfecture).

La Commission nationale a le pouvoir de prise de décision dans les cas de retrait et la résiliation d'une protection internationale, coordonne les activités des commissions locales et désigne ses membres, et collecte des informations et des données statistiques utiles dans le suivi des demandes d'asile et l'afflux de demandeurs d'asile. Les membres, désignés par décret du président du Conseil des ministres, sont tous des fonctionnaires et le Président est un préfet. Le HCR participe aux activités de la Commission nationale, mais sans droit de vote.

Les données sur les demandeurs d'asile sont publiées par l'Institut national de statistique italien (ISTAT), mais les raisons des demandes ne sont pas précisées. Il n'existe pas de données nationales précises sur les demandes d'asile en raison de MGF. Selon les estimations de l'EIGE<sup>53</sup>, considérant une population totale de 872 filles ayant demandé l'asile, âgées de 0 à 18 ans et provenant de pays où les MGF sont pratiquées, on estime qu'en Italie 9% des filles demandant l'asile sont à risque (données 2016). Concernant la collecte de données, l'EIGE recommande de:

- désagréger les données sur l'âge par intervalles d'un an plutôt que par tranches d'âge de cinq ans;
- fournir des données sur les naissances en 2016 pour des informations plus précises sur le nombre de filles de deuxième génération;
- prévoir des défaillances générationnelles pour les données d'autorisation;
- recueillir des données sur les demandes d'asile liées aux mutilations génitales féminines;
- recueillir des données sur la migration irrégulière/sans papiers.

50 Les directives 2011/95/U, 2013/32/UE et 2013/33/UE ont été transposées respectivement, la première, par le décret législatif du 21 février 2014, n. 18 et les deux autres par le décret législatif du 18 août 2015, n. 142.

51 [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2599\\_alached.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2599_alached.pdf)

52 <https://www.sprar.it/wp-content/uploads/2018/08/SPRAR-Manuale-Operativo-2018-08.pdf>

53 «Mutilazioni genitali femminili Quante ragazze sono a rischio in Italia?» EIGE. 2018



## 4.3 Aperçu des politiques de prévention en Belgique, en France et en Italie

### 4.3.1. Belgique

Les mutilations génitales féminines ont été incluses en tant que forme de violence fondée sur le genre dans le Plan d'action national contre la violence de genre dès 2010, grâce à un intense travail de plaidoyer mené au Parlement par les OSC et par des membres fortement engagés dans la lutte. Ce travail au fil des ans a produit plusieurs résultats importants, tels que la réalisation d'une étude sur la prévalence en 2011, des sessions de formation pour les travailleurs de la santé dans les hôpitaux en 2012 et l'évaluation et l'amélioration ultérieure du système d'enregistrement des données relatives aux MGF dans les registres hospitaliers (2012) et dans le système judiciaire (2017). Le rôle de la société civile a donc été crucial. Afin de coordonner les efforts et de maximiser son impact, en 2008 a été créée la Stratégie Concertée pour Combattre les Mutilations Génitales Féminines (CS-MGF)<sup>54</sup>. Il s'agit d'un réseau national coordonné par GAMS et formé par des représentants des différents secteurs impliqués dans la prévention des MGF: société civile, santé, éducation permanente, assistance à l'enfance, justice, assistance aux demandeurs d'asile et assistance aux jeunes, communautés de migrants et politiciens. L'objectif du réseau est d'améliorer la qualité de la prévention et de soutien aux femmes. Le réseau a organisé de nombreux événements et séminaires et développé de nombreuses boîtes à outils pour les professionnels, dont le kit de prévention sur les MGF et le Manuel de bonnes pratiques sur les MGF. Le kit de prévention a été mis au point en 2014 par le GAMS avec INTACT et CL-MG et contient des outils utiles pour les professionnels de la santé, les assistants sociaux et les praticiens du droit, qui ne sont souvent pas équipés des connaissances appropriées pour faire face à des situations liées aux MGF ou pour gérer les cas à risque.

Les stratégies de prévention ont été élaborées dans le cadre de vastes consultations impliquant les OSC, les hôpitaux, les médecins, les services de santé, les forces de l'ordre, le gouvernement, etc. En 2011, un groupe d'OSC, avec un financement du Ministère de la Santé, a élaboré des directives pour les professionnels (praticiens psychosociaux, professionnels des crèches, enseignants, avocats et policiers) qui travaillent avec les communautés à risque, pour mieux les informer et les aider à fournir un soutien plus efficace aux familles, des soins de santé plus appropriés et une meilleure consultation juridique.

L'enseignement de la médecine actuelle ne couvre pas les mutilations génitales féminines. Cependant, le Ministère de la Santé a publié des directives distinctes pour les professionnels de la santé en français et en flamand qui, à partir de 2011, ont été distribués aux services de maternité et de pédiatrie. Le Ministère de la Santé a également produit une brochure décrivant en détail les types de MGF et les techniques de désinfection. Cette brochure, qui a été approuvée par l'Association des Gynécologues Belges, a été distribuée aux services de maternité pour être utilisée par les obstétriciens et les gynécologues au cours des consultations. Une échelle de risque a également été développée, disponible en français et en flamand, en format papier et électronique, qui permet d'évaluer chaque situation particulière en fournissant des instructions adéquates. Une version adaptée au contexte flamand a été adoptée par le Forum flamand contre l'Abus sur Mineurs (VFK), qui a créé un groupe de travail spécifique sur les MGF. Cette échelle de risque a été largement utilisée dans la formation professionnelle.

Parmi les plus récentes mesures prises en Belgique en ce qui concerne la prévention des mutilations génitales féminines, on peut nommer: l'ouverture des deux premiers centres pour la prise en charge multidisciplinaire des femmes ayant subi des MGF (y compris la reconstruction du clitoris) au CHU St-Pierre, Bruxelles et UZ Gand, tous deux approuvés par l'INAMI/RIZIV (Institut national belge pour le l' assurance maladie et

<sup>54</sup> <http://www.strategiesconcertees-mgf.be/>

invalidité) en 2014; la publication en ligne en 2015 des renseignements sur la santé sexuelle dans diverses langues, y compris les mutilations génitales féminines, édités par Sensoa (Centre Flamand pour la Santé Sexuelle) et BZgA (Centre Fédéral Allemand pour l'Éducation à la Santé) ; le lancement en 2016 du projet «Men Speak Out», coordonné par le GAMS. Cette initiative visait à changer les perceptions et sensibiliser les hommes dans la lutte contre les MGF. Le GAMS a pu former 43 relais francophones actifs à Bruxelles et en Wallonie et 21 en Flandre (Anvers et Gand). Il a également sensibilisé la communauté sur les MGF, dirigé les personnes vers les services appropriés, facilité l'accès aux services médicaux ou juridiques pour les femmes, etc. Concernant la prévention en milieu scolaire, des recommandations ont été formulées en collaboration avec les Centres de Promotion de la Santé en milieu scolaire (PSE), qui se concentrent sur les rencontres avec les parents et proposent éventuellement, lors de ces rencontres et le cas échéant, des examens génitaux des filles. Le GAMS a organisé en Flandre une campagne de sensibilisation et de formation centrée sur l'amélioration de la détection et du traitement des problèmes liés aux mutilations génitales féminines. L'objectif est de réduire les conséquences sur la santé, l'état psychologique et l'adaptation sociale des filles et des femmes concernées, en fournissant un soutien médical et psychologique<sup>55</sup>.

### 4.3.2. France

La France s'est concentrée principalement sur la criminalisation de cette pratique. Les premiers instruments de prévention ont été adoptés dans le milieu des années 90, bien que la plupart aient été développés et mis en œuvre après la loi n. 2006-399<sup>56</sup>, qui traitait des violences perpétrées par les couples contre les enfants. Ces politiques consistaient principalement en des programmes de formation et d'information dans le secteur social, éducatif et sanitaire aux niveaux régional et national. Ces mesures, bien que non officiellement réunies dans un texte unique, étaient souvent appelées «Plan d'Action sur les mutilations génitales féminines». Les MGF ont ensuite été également incluses dans le «Plan d'Action National sur la Violence contre les Femmes 2008-2010». Le plan ultérieur, pour la période 2011-2013, contient un chapitre spécifique sur les MGF, avec une série détaillée de mesures et un budget de 288.500€ spécifiquement alloué. Ces mesures prévoient des activités de divulgation des données sur la prévalence, un programme d'information pour les migrants issus des pays pratiquant les mutilations génitales féminines, la formation pour les professionnels et le personnel des ambassades et consulats, la création d'unités multidisciplinaires pour la chirurgie réparatrice et le renforcement de la protection des filles à risque bénéficiant du statut de réfugiée ou bénéficiant d'une protection subsidiaire. Le service de protection maternelle et infantile (PMI) joue un rôle clé dans la prévention des mutilations génitales féminines et le suivi des filles à risque de mutilations génitales féminines et a publié un protocole pour le dépistage génital des filles mineures qui comprend des lignes directrices sur la façon de traiter les cas de MGF.

Le Plan d'action national pour l'élimination des mutilations sexuelles féminines de 2019<sup>57</sup> a parmi ses priorités:

- Sensibiliser les migrantes qui viennent d'arriver au cadre législatif français sur les MGF;
- Former tous les professionnels aux MGF et à l'importance de signaler une situation à risque;
- Définir des procédures pour signaler les cas de risques potentiels ou réels.

Les programmes de prévention des MGF se fondent principalement sur les OSC et le financement provient tant des autorités régionales que locales. Au début des années 90, une brochure contenant des informations sur les dispositions juridiques nationales contre les MGF, développée conjointement par les OSC et par

<sup>55</sup> Rapport intermédiaire sur la mise en œuvre du plan d'action national de lutte contre la violence basée sur le genre 2015-2019

<sup>56</sup> Loi n° 2006-399 du 4 avril 2006 renforçant la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs

<sup>57</sup> Plan National d'Action visant à Éradiquer les Mutilations Sexuelles Féminines, 2019

le PMI, a été largement diffusée et mise à jour au fil des ans. Elle a également été adaptée, publiée et distribuée dans d'autres pays, dont la Belgique. Les agences gouvernementales ont été impliquées dans la campagne de prévention et des lignes directrices spécifiques ont été élaborées pour les professionnels de la santé susceptibles d'être confrontés à des cas de MGF.

En 2013, a été créée la Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF), qui intègre les MGF dans son action.

Le cinquième plan interministériel de prévention de la violence à l'égard des femmes 2017-2019 établit des actions spécifiques liées aux MGF (domaine 2.E, objectif 25):

- Poursuivre les actions préventives sur les MGF ciblant le public et les professionnels concernés, en partageant les outils de formation;
- Actualisation des connaissances sur le phénomène épidémiologique en France et pérennisation d'un mécanisme de suivi de l'évolution de sa prévalence. Le ministère de la Santé soutiendra l'étude menée par l'Institut national d'études démographiques (INED) pour mettre à jour l'évaluation du nombre de victimes en France et adapter en conséquence les stratégies nationales de prévention et de traitement pour l'ensemble de 2018 et 2019. A notre connaissance, il n'y a qu'une seule étude menée par l'UNICEF au niveau de l'UE;
- Les équipes régionales dédiées aux droits des femmes mènent également des initiatives locales de prévention, de sensibilisation et de formation.

En 2016, la Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes contre les Violences et la Lutte contre le Traite des êtres humains (MIPROF), en collaboration avec une équipe multidisciplinaire, a publié un kit de formation sur les MGF et le mariage forcé pour les agents de santé et les opérateurs sociaux appelé «Bilakoro».

Différentes organisations sont engagées dans la lutte contre les mutilations génitales féminines. Il s'agit souvent de petites organisations, avec des objectifs différents et une présence géographique spécifique, qui jouent un rôle important dans la connexion entre la France et les pays d'origine. Par exemple, l'Association des Maliens en France contribue aussi à sensibiliser les communautés françaises. La pression sociale exercée au sein des communautés de migrants, également en France, est souvent très élevée et difficile à surmonter. C'est pourquoi il est essentiel que les organisations françaises et de la diaspora travaillent ensemble.

### 4.3.3. Italie

Après l'entrée en vigueur de la loi 7/2006, il a été créé une commission pour la prévention et l'interdiction des mutilations génitales féminines, composée d'experts et présidé par le Ministre pour l'Égalité des Chances. La Commission a approuvé deux plans stratégiques nationaux (en 2007 et 2011). Le premier, de portée nationale, a été traduit en appel d'offres<sup>58</sup> qui a financé a) des projets de recherche-action ; b) des campagnes d'information et de sensibilisation ; c) des cours de formation, présentés par des associations et coopératives de promotion sociale, des organisations bénévoles, des fondations, des ONG et des OSC, des organisations engagées dans la promotion et la protection du droit à la santé et des droits des migrants. Le deuxième plan stratégique national a été mis en œuvre à travers un protocole d'accord Etat-Régions<sup>59</sup>, qui définit les objectifs généraux du plan. Dans ce cas, la Commission n'était pas responsable de la sélection des interventions, mais il appartenait aux régions d'évaluer et de sélectionner les propositions de projets présentées. Un rapport d'évaluation complet sur l'impact des interventions financées par les deux plans n'est

<sup>58</sup> Avviso per il finanziamento di progetti volti alla prevenzione e al contrasto delle pratiche di mutilazione genitale femminile. (Avviso n. 1). (GU Serie Generale n.187 del 13-08-2007) <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2007/08/13/07A07299/sg>

<sup>59</sup> Intesa concernente il sistema di interventi da sviluppare per la prevenzione ed il contrasto del fenomeno delle mutilazioni genitali femminili. <http://www.pariopportunita.gov.it/wp-content/uploads/2018/01/intesa-mgf-2012.pdf>

pas disponible. A l'échelle nationale<sup>60</sup> et régional (Abruzzes, Sicile, Émilie-Romagne, Toscane)<sup>61</sup> plusieurs lignes directrices sur les MGF ont été publiées. Les activités de prévention des MGF en Italie ont été menées principalement par les structures de santé régionales (principalement dans les régions de Vénétie, Émilie-Romagne, Piémont, Toscane, Latium, Pouilles), les OSC et des associations de médiateurs culturels. Les groupes cibles étaient les filles, les femmes, les garçons et les hommes des communautés des pays où les MGF sont pratiquées. Les communautés de migrants ont toujours été considérées comme des bénéficiaires des activités de prévention et non comme des individus qualifiés qui peuvent contribuer à une amélioration significative de la prévention des MGF, en offrant des outils réels et durables aux niveaux local et national. De même, il n'y a eu aucun investissement systématique pour la reconnaissance et le renforcement des compétences professionnelles des nombreuses femmes migrantes actives dans le secteur socio-éducatif et sanitaire, ainsi que des médiateurs culturels. Il en va de même pour les chefs religieux ou communautaires, encore moins impliqués.

Pour le moment, il n'est pas possible d'avoir une cartographie claire du personnel de santé formé aux questions liées aux mutilations génitales féminines et actif dans les structures publiques ou privées, mais il est évident qu'en dehors de certains projets d'excellence au niveau local, il y a un manque de connaissances qui entrave la détection des filles à risque et affaiblit tout programme de prévention. Jusqu'à présent, l'implication d'autres catégories professionnelles (travailleurs sociaux, enseignants, éducateurs, professionnels travaillant dans le système d'accueil ou les centres anti-violence, membres des commissions territoriales des demandes d'asile) dans la prévention et la lutte contre la MGF était négligeable. Les travailleurs sociaux peuvent jouer un rôle essentiel dans la prévention. Les communautés de migrants pourraient se révéler peu enclines à entrer en contact avec le système national de santé et les travailleurs sociaux pourraient faciliter l'accès aux services de santé, de prévention et de justice pour les victimes de MGF et les filles à risque.

Bien que, comme mentionné précédemment, l'éducation est largement reconnue comme jouant un rôle crucial dans la prévention, jusqu'à présent aucun programme de sensibilisation n'a été développé et testé dans les écoles de tous les niveaux et aucun programme de formation n'a été conçu ni réalisé, même en soutien des enseignants et/ou des éducateurs. Il en va de même pour les professionnels du système d'accueil, qui ne sont pas tenus d'avoir une formation spécifique sur les droits des femmes ou les formes de VBG et les pratiques néfastes. En 2017 et 2018, *Differenza Donna* a organisé en Angleterre des cours de formation pour les enseignants de langue italienne travaillant avec les migrants et les professionnels du système d'accueil et a produit un manuel pour le personnel des centres d'accueil primaire pour traiter les cas des femmes provenant des pays à haut risque de MGF. De plus, en collaboration avec le HCR, *Differenza Donna* a sensibilisé les membres des commissions territoriales responsables de l'évaluation des demandes d'asile et les agents des forces de l'ordre. Ces dernières, ainsi que les institutions locales et les bureaux pour l'immigration, n'ont été inclus dans aucune stratégie de prévention, même s'ils participent à divers titres dans les services de protection et d'accueil internationaux. A l'exception de cas sporadiques, les stratégies de prévention sont généralement mises en œuvre sans coordination entre les différents secteurs concernés.

60 Lignes directrices assignées aux professionnels de la santé ainsi qu'à d'autres personnalités professionnelles qui présentent aux communautés d'immigrants des pays où des pratiques de mutilation génitale féminine sont présentes pour mener des activités de prévention, d'assistance et de réadaptation pour les femmes et les filles déjà soumis à ces pratiques, Ministère de la Santé (2007). Lignes directrices pour la reconnaissance précoce des victimes de mutilations génitales féminines ou d'autres pratiques néfastes - Pour les opérateurs des CPSA (Centres de premiers secours et d'accueil), CDA (Centres d'accueil) et CARA (Centres d'accueil des demandeurs d'asile). Ministère de l'égalité des chances, 2017.

61 Marcantonio, G. (2008): «Il mediatore culturale Specializzato Nella Prevenzione e nel contrasto delle mutilazioni genitali femminili (Il mediatore culturale specializzata nel prevenire e contrastare la mutilazione genitale femminile)»; Le Onde Onlus. (2010). «Progetto IRIS - Interventi contro la violenza di genere verso le donne. Ricerchatore e sperimentazione di sportelli specializzati: Linee guida e l'utente». Palermo: Arti Grafiche Palermitane; Re, A. (a cura di). (2011). «Le Mutilazioni Genitali Femminili: Vademecum per operatori sanitari, socio-sanitari e scolastici». Milano: Éuopolis Lombardia; Laurenzi, E. (a cura di). (2006). «Profilo informativo del fenomeno delle mutilazioni genitali femminili. Conoscerle per prevenirle». Prodotto dal Gruppo di lavoro multidisciplinare sulle MGF istituito dalla Regione Toscana nel 2003. Firenze: Regione Toscana.

Les instruments de financement prévus par la loi constituent, en principe, une bonne pratique même si, d'une part, le montant de ces fonds a progressivement diminué au fil des ans et, d'autre part, la responsabilité de leur allocation a été transférée aux Régions. Ce dernier aspect rend leur disponibilité dépendante de la sensibilité spécifique ou ponctuelle des autorités régionales concernées et non d'un besoin avéré ou d'une analyse minutieuse du contexte. De plus, l'utilisation de ces fonds n'a pas suivi des lignes directrices claires ou des objectifs à moyen et à long terme. Par conséquent, l'efficacité des activités de prévention dans ce cadre n'est pas mesurable.

## 4.4. Aperçu des mesures de protection en Belgique, en France et en Italie

### 4.4.1. Belgique

En Belgique, les femmes qui ont subi des MGF et leurs filles qui risquent d'en être victimes peuvent obtenir le statut de réfugié en raison des mutilations génitales féminines. La base juridique pour la protection internationale a été fournie par la loi sur l'immigration<sup>62</sup> et la loi sur l'accueil<sup>63</sup>. La loi du 21 Novembre 2017 a modifié ces deux lois et est entrée en vigueur en mars 2018. La réforme apportée par cette nouvelle loi visait à transposer dans le cadre législatif national la Directive européenne sur l'asile<sup>64</sup> (en vertu de laquelle les États membres sont tenus d'accorder une attention particulière aux groupes vulnérables dans les procédures d'accueil et d'asile). L'article 36 de la loi sur l'immigration, qui à l'origine répertoriait comme vulnérables les «victimes de violence ou de torture ou les personnes âgées», comprend désormais «les personnes âgées, les personnes atteintes de maladies graves, les personnes souffrant de troubles mentaux et les personnes qui ont subi torture, viol ou autres formes graves de violence psychologique, physique ou sexuelle, par exemple les victimes de mutilations génitales féminines»<sup>65</sup>.

Le Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides (CGRA) est une administration fédérale indépendante qui traite les demandes de protection internationale. Elle détermine si le demandeur remplit les conditions requises pour bénéficier du statut de réfugié ou, dans le cas contraire, s'il peut bénéficier du statut de protection subsidiaire. Les décisions sont prises conformément aux réglementations belges, européennes et internationales. Une «Unité de genre» y a été mise en place, composée de 15 agents spécialement formés pour traiter les personnes vulnérables, en particulier ceux qui présentent une demande fondée sur le sexe, l'orientation sexuelle ou toute forme de persécution ou violence fondée sur le genre, y compris les MGF.

Le CGRA fait la distinction entre: a) une femme ou une fille qui prétend être à risque de subir MGF ; b) (l'un des) parents qui affirment que leur fille de moins de 18 ans risque de subir des MGF. Lorsqu'un requérant revendique qu'elle ou son enfant sont à risque de MGF, le CGRA peut accorder le statut de réfugié, aussi bien à la fille qu'au parent. Chaque cas est examiné individuellement. À cette fin, le CGRA examine d'abord la situation personnelle et familiale du demandeur (niveau de scolarité, origine ethnique, antécédents familiaux par rapport aux MGF, etc.). Il prend donc en considération la situation actuelle dans le pays d'origine (la prévalence des mutilations génitales féminines, l'attitude des autorités, la capacité de résister à la pression

62 Loi du 15 Décembre 1980 sur «L'Accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers».

63 Loi du 12 janvier 2007 sur «L'accueil des demandeurs d'asile et de certaines autres catégories d'étrangers».

64 Directive sur les procédures communes d'octroi et de retrait de la protection internationale (directive 2013/32/UE) et la directive établissant les règles d'accueil des demandeurs de protection internationale (directive 2013/33/UE).

65 Art. 68 L. 21 novembre 2017 «Modification de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers et la loi du 12 janvier 2007 sur l'accueil des demandeurs d'asile et certaines autres catégories de étrangers».

sociale). Le CGRA a également mis en place une procédure de suivi pour s'assurer qu'une fille ne subisse pas de MGF après avoir obtenu le statut de réfugiée. Les parents seront convoqués par le CGRA avant que la décision d'octroi du statut ne soit prise. Au cours de cet entretien, le CGRA informera les parents de leurs responsabilités envers leur fille et des dispositions de la législation nationale. Les parents doivent signer une «déclaration sur l'honneur», avec laquelle ils s'engagent à envoyer une fois par an au CGRA un certificat médical attestant que leur fille n'a subi aucune forme de mutilations génitales féminines. Si le CGRA vient à savoir que ne subsistent plus les circonstances justifiant le statut de réfugié (à savoir si l'enfant a été soumis à la MGF), il a le pouvoir de réexaminer le statut de réfugié des parents et de la fille et de le révoquer ou l'annuler. S'il apparaît qu'un mineur a subi des MGF depuis son arrivée en Belgique, le CGRA en informera le Procureur Général.

L'évaluation du risque de subir de MGF est très rigoureuse. La légitimité des critères d'évaluation de ce risque a été contestée devant la Cour Européenne des Droits de l'Homme, mais le cas n'a pas été couronné de succès: la Cour, en effet, a considérés comme raisonnables les critères d'évaluation appliqués par les autorités belge<sup>66</sup>.

L'Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile (Fedasil) opère depuis 2002 et est responsable des demandes d'accueil pour une protection internationale. Les ONG belges, à l'avant-garde de la lutte contre les MGF, ont développé de nombreux programmes en collaboration avec Fedasil pour fournir des informations et un soutien aux victimes dans les centres d'accueil. Avec le soutien du Fonds européen pour l'asile et la migration (AMIF), il a été mis en place un plan d'action global en faveur des victimes. Ce plan a été élaboré en 2016 par les associations GAMS et INTACT. Avec l'aide de plusieurs collaborateurs des Centres, les deux associations ont développé un parcours spécifique qui devrait permettre d'identifier rapidement les victimes et leur apporter un accompagnement qualitatif.

## 4.4.2. France

En France, le risque de subir des mutilations sexuelles est une raison pour demander l'asile. Si les parents risquent d'être persécutés ou maltraités en raison de leur opposition aux MGF, ils peuvent également demander le statut de réfugié. Les parents peuvent bénéficier d'une protection subsidiaire lorsqu'il n'est pas possible d'établir des motifs conventionnels d'asile, en cas de risque de "traitements inhumains ou dégradants" à leur retour dans leur pays d'origine (article L712-1 du CESEDA). La mutilation génitale féminine a été qualifiée de forme grave de violence psychologique, physique ou sexuelle en 2015 lors de la réforme de la loi française sur l'asile. Les mutilations génitales féminines doivent être identifiées lors des évaluations de vulnérabilité des demandeurs et prises en compte dans la mise en œuvre de leurs droits, y compris la période de traitement de leur demande, pour déterminer les besoins spécifiques de logement (article L.744-6). En outre, un décret adopté en août 2017 pour l'application des articles L.723-5 et L.752-3 du Code sur l'Entrée et le Séjour des Étrangers et Demandeurs d'asile prescrit que les filles à risque de MGF doivent passer un examen médico-légal dans le cadre de leur demande d'asile. Un certificat médical

<sup>66</sup> Cour EDH, *Sow c. Belgique*, no. 27081/2013: l'affaire a été présentée à la CEDH par une ressortissante guinéenne qui a demandé l'asile en Belgique car elle avait subi des mutilations génitales féminines partielles et prétendait être en danger de réhabilitation au moment du rapatriement. Sa demande d'asile a été rejetée par le Commissaire général aux réfugiés et aux apatrides (CGRA) en raison d'incohérences, d'un manque de crédibilité et d'une incapacité à démontrer le risque d'être à nouveau accordé. Le Conseil du contentieux du droit des étrangers (CALL) a confirmé cette décision. Une deuxième demande d'asile avec de nouveaux documents a également été rejetée par le CGRA et CALL et la requérante a reçu un ordre de quitter le territoire. Celle-ci a déposé une troisième demande d'asile, que le CGRA a refusé d'examiner car aucun nouvel élément n'avait été déposé. Sa demande de suspension de la mesure d'expulsion dans le cadre de la procédure d'extrême urgence a été rejetée, mais la Cour EDH a accordé une mesure provisoire pour empêcher son expulsion. La requérante a affirmé qu'elle risquait de subir un préjudice en violation de l'article 3 de la CEDH à son retour en Guinée; et qu'elle n'avait pas de recours effectif pour contester son expulsion en violation de l'article 13, en raison de l'absence d'examen de sa troisième demande d'asile, mais la Cour n'a constaté aucune violation de ce type.

renouvelé chaque année doit alors confirmer que les MGF n'ont pas été pratiquées sur la fille. Avant ce décret, tout médecin généraliste avec une formation générique sur les MGF pouvait effectuer cet examen et délivrer un certificat. Aujourd'hui, le certificat doit être délivré par des médecins légistes spécialisés et très peu sont formés pour le faire. Le coût de ces certificats doit être pris en charge par l'OFPPRA. Le Centre pour la santé et les droits sexuels et reproductifs *Women Safe* a enregistré une augmentation significative du nombre de femmes sollicitant ces certificats ces dernières années, car très peu de médecins spécialistes travaillent dans ce domaine. *Women Safe* fournit des certificats gratuitement.

Les travailleurs sociaux, les médecins et autres professionnels sont liés par le secret professionnel (article 226-14 du Code pénal). Mais les travailleurs sociaux et les médecins sont légalement tenus de signaler les abus physiques ou psychologiques contre les enfants ou les personnes incapables de se protéger en raison de leur âge ou de leur incapacité. Il en va de même pour les violences physiques ou psychologiques constatées par un médecin dans le cadre de sa pratique quotidienne et pour constater la forte suspicion de violences physiques, sexuelles ou psychologiques perpétrées contre le patient. Les mutilations sexuelles ont été explicitement classées comme des violences physiques. De même, l'article 44 du code de déontologie médicale, rattaché au Code de la santé publique, prévoit que la violence physique ou psychologique doit être signalée aux autorités compétentes (médicale, sociale ou juridique), même si des mesures de protection doivent être mises en œuvre «avec prudence et discernement». *Women Safe* a signé un protocole d'accord avec le tribunal régional de Versailles, dans son département d'appartenance, afin de réglementer quand et comment ils doivent signaler les cas de violence contre les femmes et les enfants.

En France, les Centres de Protection Infantile et Maternelle (PME) jouent un rôle clé dans la prévention des mutilations génitales féminines et le suivi des filles à risque de MGF. Ces centres sont ouverts à tous et gratuits. Ils sont responsables du suivi prénatal et de la santé des enfants jusqu'à 6 ans. Ils fournissent des services dans leurs propres structures, mais mènent aussi des activités de sensibilisation et travaillent dans les crèches et les écoles maternelles. Les services de PMI à Paris et Seine-Saint-Denis ont publié un protocole sur les MGF qui traite du screening génital des filles mineures et fournit des directives sur la façon de traiter les cas de mutilations génitales féminines. Le protocole est disponible en ligne<sup>67</sup>. Ces services doivent donner suite aux "informations alarmantes" recueillies par l'Observatoire Départemental pour la Protection des Mineurs (voir la Loi sur la Protection des Mineurs en Danger n. 2007-293). Le système en place est obligatoire et couvre l'entièreté du territoire de la France. Le problème est que ce suivi s'arrête quand les filles ont atteint l'âge de 6 ans.

Bien que la France ait dû attendre 2011 pour avoir un chapitre spécifique sur les MGF dans son «Plan d'action national sur la violence contre les femmes», de nombreux documents d'orientation ont été mis au point et approuvés après la loi n. 2006-399 d'avril 2006, qui ont abordé la question de la violence perpétrée par les parents contre leurs enfants. La France, comme déjà mentionné, s'est concentrée principalement sur la criminalisation de la pratique (voir § 4.1.2), mais a également développé des techniques de chirurgie reconstructrice des organes génitaux. Grâce au travail du docteur Pierre Foldes et du centre *Women Safe* a été mis au point une méthode de prise en charge globale des victimes de mutilations génitales féminines, qui comprend non seulement la reconstruction chirurgicale, mais aussi psychologique et sexuelle.

Les six actions contenues dans le Plan d'Action actuel incluent l'amélioration de la santé des femmes victimes de mutilations génitales féminines; une plus grande sensibilisation et formation professionnelle dans les secteurs impliqués dans les MGF; un travail de terrain plus étendu en matière de prévention et de contraste; le développement d'outils de prévention adéquats; une amélioration des connaissances et de la compréhension de la problématique; faire de la France l'un des pays leaders dans la lutte contre les MGF.

<sup>67</sup> Voir [https://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Lettre\\_ONVF\\_11\\_-\\_MSF\\_-\\_fev\\_17.pdf](https://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Lettre_ONVF_11_-_MSF_-_fev_17.pdf)

### 4.4.3. Italie

Afin d'assurer un système de protection internationale commun en Europe, une série de règlements ont été adoptés. Ceux-ci comprennent la Directive 2011/95/UE (dénommée «Qualifications»), 2013/32/UE (dénommée « Procédures») Et 2013/33/UE (dénommée « Réception»). En Italie, les trois directives ont été transposées, la première respectivement avec le décret législatif du 21 février 2014, n. 18 et les deux autres par le décret législatif du 18 août 2015, n. 142. Par conséquent, comme mentionné, les mutilations génitales féminines sont reconnues comme un acte de persécution, ce qui constitue un motif de protection internationale.

Au cours des dix dernières années, la jurisprudence en matière de protection internationale a clairement intégré les MGF comme motif de la reconnaissance du statut de réfugié, en considérant les MGF comme une «forme de violence, morale et matérielle, discriminatoire parce que liée à l'appartenance au sexe féminin»<sup>68</sup>. Malgré de nombreuses confirmations de cette reconnaissance, les demandeurs d'asile et les femmes et les filles migrantes ne reçoivent pas d'informations adéquates et complètes sur les mutilations génitales féminines comme motif d'asile. De même, les fonctionnaires et les médiateurs n'ont pas été suffisamment formés pour fournir informations et assistance appropriées. La Loi no. 146/2014 a doublé le nombre de commissions territoriales pour la reconnaissance de la protection internationale afin d'améliorer et d'accélérer les procédures d'asile. La transposition de la directive 2011/51/UE (loi n 06.08.2013. 96), en outre, étend l'application du statut de résident de longue durée aux bénéficiaires de protection internationale<sup>69</sup>.

Il est important de souligner que, malgré le fait qu'un grand nombre de femmes et de filles migrantes demandeurs d'asile proviennent de pays à risque, les centres d'accueil et toutes les autorités impliquées dans le processus d'accueil n'ont aucune compétence en matière de MGF, et cette compétence n'est pas requise parmi les critères de sélection du personnel. Dans certains cas seulement, une formation en la matière est fournie par les ONG/coopératives qui gèrent les centres. Ce manque de capacité crée une lacune majeure qui affecte la qualité de l'accueil et du soutien fourni aux femmes ainsi que la gestion des demandes d'asile. Selon la législation italienne sur la violence basée sur le genre et la Convention d'Istanbul, les femmes à risque de MGF, ou les mères de filles victimes ou à risque de MGF, peuvent être hébergées dans des refuges pour femmes ou dans des structures gérées par des associations de femmes qui sont complètement indépendantes des institutions publiques. *Differenza Donna* gère plusieurs refuges, avec un pourcentage élevé de femmes migrantes avec leurs filles, dans lesquels sont fournis:

- a) des informations détaillées sur les aspects juridiques des mutilations génitales féminines, les services de santé et de bien-être disponibles, les droits fondamentaux, les obligations des familles envers les filles exposées au risque de MGF;
- b) des groupes d'auto-soutien;
- c) une assistance psychologique post-traumatique;
- e) une aide pour l'accès aux soins médicaux;
- f) une assistance juridique.

Lorsqu'il s'agit de structurer et de mettre en œuvre le projet d'accueil et d'accompagnement, il est primordial que tous les professionnels impliqués aient reçu une formation spécifique sur le sujet. En particulier, il est nécessaire de fournir une assistance et des conseils juridiques multidisciplinaires (droit de la famille, droit pénal, droit de l'immigration et la protection internationale) et de fournir un soutien aux femmes migrantes dans l'accès aux services juridiques, sanitaires et sociaux.

<sup>68</sup> Voir notamment Cour d'appel de Catane, 27.11.2012

<sup>69</sup> Notes succinctes sur le cadre institutionnel et réglementaire régissant l'accueil et le séjour des immigrants et des demandeurs d'asile en Europe, en France, en Allemagne, en Belgique, en Italie, en Espagne et aux Pays-Bas - Ministère italien de l'intérieur.



## 5. Recommandations sur les procédures judiciaires, la prévalence, la prévention et la protection au niveau national

Recommandations	IT	BE	FR	All EU MS
<b>Procédure judiciaire</b>				
Collecter systématiquement les dossiers des procès pénaux (en utilisant des données désagrégées pour analyser leur parcours judiciaire, – c'est-à-dire également collecter le nombre de non-lieux ou de dossier rejetés) et suivre le nombre de cas de MGF faisant l'objet d'enquêtes pénales.	✓	✓	✓	✓
Conduire des campagnes de plaidoyer pour la révision des dispositions de la loi nationale et pour la mise en œuvre effective des mécanismes de financement.	✓			
Dispenser une formation aux magistrats, aux policiers et aux commissions des agents d'asile sur les aspects juridiques des MGF avec une approche fondée sur les droits humains.	✓	✓	✓	✓
Établir des protocoles de coopération entre les maisons d'hébergement pour femmes, les avocats et les procureurs.	✓	✓	✓	✓
Veiller à ce que les infractions à la loi interdisant la MGF soient portées devant les tribunaux et enregistrés avec un code spécifique «cas de MGF», afin de permettre un suivi efficace de l'application de la loi.	✓	✓	✓	✓
Procéder à une évaluation périodique des compétences et des connaissances des professionnels du secteur judiciaire.		✓		
Assurer la coordination, la collaboration et l'échange d'informations entre les acteurs concernés: le pouvoir judiciaire (les tribunaux, y compris pour mineurs), le personnel médical, la police, le personnel impliqué dans le système de réception, y compris les maisons d'hébergement pour femmes.	✓	✓	✓	✓

Recommandations	IT	BE	FR	All EU MS
<b>Procédure judiciaire</b>				
Garantir conseils et assistance juridiques aux victimes et aux victimes potentielles.	✓	✓	✓	✓
Poursuivre les MGF comme toute autre forme de violence contre les mineurs.	✓	✓	✓	✓
Élaborer une législation visant spécifiquement à la transposition de la Convention d'Istanbul en droit national.	✓	✓	✓	✓

Recommandations	IT	BE	FR	All EU MS
<b>Prévalence</b>				
Définir un système de collecte coordonné, avec des définitions et des unités de mesure communes, adopté par toutes les institutions, bureaux et structures impliqués avec les migrants et renforcer leur coopération en matière de collecte de données.	✓	✓	✓	✓
Créer des centres de référence multidisciplinaires locaux pour la collecte de données et développer entre eux des réseaux d'échange de bonnes pratiques et d'expériences.	✓			
Diffuser les bonnes pratiques de collecte de données développées dans certaines régions.	✓			
Organiser des sessions de formation et de sensibilisation pour les professionnels de santé afin d'assurer un enregistrement précis des MGF dans les hôpitaux et les établissements de santé.		✓		
Améliorer la collecte de l'information (y compris l'appartenance ethnique, région d'origine, etc.) sur les femmes demandeurs d'asile, la population sans papiers et les réfugiés de deuxième génération.	✓	✓	✓	✓
Améliorer la collecte des données primaires et introduire de nouvelles analyses quantitatives et qualitatives pour mieux estimer le risque de MGF pour les femmes et les filles de deuxième et troisième génération originaires des pays qui pratiquent les MGF;	✓	✓	✓	✓
Améliorer davantage le système de collecte de données de l'OFPRA pour les demandeurs d'asile et les sans-papiers.			✓	
Collecter systématiquement des données dans les secteurs concernés et encourager l'étude et la recherche.	✓	✓	✓	✓
Augmenter l'allocation des fonds de l'UE pour financer des projets sur la collecte et l'analyse des données et des études sur les mutilations génitales féminines, également au niveau universitaire, afin d'accroître l'efficacité des politiques et de promouvoir le changement culturel.	✓	✓	✓	✓

Recommandations	IT	BE	FR	All EU MS
<b>Prévention</b>				
Mettre en place officiellement des services de prévention primaire et secondaire dédiés, avec un financement régulier, stable et adéquat, en collaboration avec les centres anti-violence, les maisons d'hébergement pour femmes et les associations de la diaspora.	√			
Sensibiliser les institutions culturelles et les entités religieuses aux MGF et au cadre juridique.	√			
Sensibiliser les jeunes, en les informant et en incluant les MGF dans les programmes scolaires, et donner un rôle de premier ordre aux deuxième et troisième générations de la diaspora dans la définition des politiques pour la combattre.	√	√	√	√
Informers et sensibiliser les médias.	√	√	√	√
Informers, sensibiliser et engager les hommes à l'intérieur de la famille et la communauté.	√	√	√	√
Renforcer et soutenir les activistes de la diaspora en tant qu'agents stratégiques du changement, y compris les nouvelles générations.	√	√	√	√
Soutenir l'autonomisation économique et sociale des femmes et des filles et amplifier leur voix.	√	√	√	√
Créer des espaces et des opportunités adéquats pour sensibiliser les femmes et les filles (dans les écoles, les hôpitaux, les refuges pour femmes, les centres d'accueil).	√	√	√	√
Impliquer les communautés de migrants et impliquer la diaspora dans la conception de plans stratégiques à moyen et long terme pour combattre et prévenir les MGF.	√	√	√	√
Promouvoir la diffusion d'un «kit de prévention des MGF» et utiliser les nouvelles technologies pour la propagation et la facilité d'utilisation.	√	√	√	√
Fournir une formation plus efficace et continue aux agents de santé et au personnel impliqués dans l'accueil des migrants et des demandeurs d'asile.		√		
Identifier et développer davantage les meilleures pratiques pour sensibiliser les communautés belges, en particulier flamandes.	√	√	√	√

Recommandations	IT	BE	FR	All EU MS
<b>Prévention</b>				
Surveiller les grossesses précoces et l'accouchement pour détecter les filles qui ont subi des MGF et poursuivre les parents	✓	✓	✓	✓
Inclure la prévention de la violence fondée sur le sexe, y compris les MGF dans les classes d'éducation sexuelle, tel que recommandé dans le rapport 2016 du Haut Conseil pour l'égalité entre les femmes et les hommes.			✓	

Recommandations	IT	BE	FR	All EU MS
<b>Protection</b>				
Diffuser des informations (y compris par le biais des ambassades dans les pays d'accueil) auprès des femmes et des filles exposées aux MGF concernant: les droits des femmes, les procédures de protection internationale, le permis de séjour et le regroupement familial, le caractère pénal des MGF et ses conséquences sur les droits parentaux, l'accès aux services de santé, etc.	✓	✓	✓	✓
Offrir une formation spécifique sur les MGF aux professionnels impliqués dans la prestation de services, afin de garantir des conseils juridiques multidisciplinaires et accompagner les femmes migrantes dans l'utilisation des services fournis.	✓	✓	✓	✓
Assurer un logement adéquat à tous les demandeurs d'asile, y compris la création de structures et de services sensibles au genre.	✓	✓	✓	✓
Demander aux gouvernements d'élaborer et/ou de mettre en œuvre des politiques d'asile et d'immigration fondées sur le genre et, si nécessaire, de reconsidérer les critères appliqués par les autorités compétentes pour évaluer le risque de MGF.	✓	✓	✓	✓
Former les médecins des unités médico-légales aux critères et procédures requis par l'OFPRA pour accorder l'asile aux femmes et aux enfants à risque.			✓	
Mettre en place un suivi systématique (contrôles médicaux) des femmes et des jeunes filles auxquelles l'asile a été accordé au motif des mutilations génitales féminines.	✓	✓	✓	✓
Fournir un soutien financier aux organisations de la diaspora qui travaillent avec des femmes et des filles victimes ou à risque de MGF.	✓	✓	✓	✓
Fournir un soutien financier aux centres de référence qui travaillent avec une approche holistique dans l'assistance et le soutien aux femmes et aux filles (dépistage, système de référence, assistance aux victimes, y compris la chirurgie et la formation).	✓	✓	✓	✓

## 6. Recommandations au niveau de l'UE

La promotion de la mise en place de points focaux au niveau national, responsables de la communication entre les États membres sur les questions liées aux mutilations génitales féminines et l'échange de bonnes pratiques et les leçons apprises.

Encourager les États membres à harmoniser leur législation en matière d'asile et de protection subsidiaire, y compris sur la procédure de regroupement familial et sur les conditions d'évaluation des risques de mutilations génitales féminines (violence contre les femmes et les filles), en mettant en œuvre les obligations au titre de l'article 60 de la Convention d'Istanbul.

Encourager les États membres à adopter une approche commune pour obtenir de nouvelles données comparables et désagrégées, ainsi que des informations approfondies sur les réalités de la pratique dans l'Union européenne (y compris par le biais d'enquêtes épidémiologiques mondiales) afin de formuler des interventions politiques et législatives ciblées.

Établir des mécanismes institutionnels pour la collecte des données administratives pertinentes au niveau national, y compris les affaires judiciaires liées aux MGF, les procédures et ordonnances judiciaires, les demandes d'asile, les dossiers hospitaliers, etc.

Renforcer l'interconnexion entre les institutions européennes qui conduisent des enquêtes sur la prévalence et les sources de données administratives, afin d'avoir une collecte de données administratives harmonisées et comparables relatives aux migrants et aux MGF. En particulier:

- a. Les États membres devraient adopter une terminologie et des catégories communes pour collecter des données sur les migrants, conformément à Eurostat;
- b. Ces données, qui incluent les résidents et les demandeurs d'asile, doivent être collectées, ventilées par sexe, pays et région de naissance, génération (en fonction du pays de naissance), pays de naissance de la mère et du père, des intervalles d'un an d'âge, âge à l'arrivée dans le pays d'accueil, années écoulées depuis la migration, etc.

Renforcer la coopération en matière de collecte de données entre les institutions européennes et l'OMS.

Assurer une meilleure allocation des ressources, notamment financières, afin de soutenir les droits des femmes et lancer une campagne internationale de sensibilisation contre les MGF et sur les mesures de protection accordées par les États membres.

Invite la Commission à inclure une clause d'éradication des MGF dans ses négociations et accords de coopération avec les pays concernés



[www.before-project.com](http://www.before-project.com)

