

Parlement francophone bruxellois
(Commission communautaire française)



17 janvier 2008

SESSION ORDINAIRE 2007-2008

PROPOSITION DE RÉOLUTION

relative à la lutte contre les mutilations génitales féminines

déposée par Nathalie GILSON, Fatiha SAÏDI, Céline FREMAULT et
Dominique BRAECKMAN

DEVELOPPEMENTS

Selon une définition adoptée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1997, les mutilations sexuelles féminines désignent « toutes les interventions incluant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou la lésion des organes génitaux féminins pratiquée pour des raisons culturelles ou religieuses ou pour toute autre raison non thérapeutique ».

L'OMS a établi une classification contenant quatre types de mutilation (1) dont la forme la plus courante est l'excision du clitoris et des petites lèvres, pratiquée dans presque tous les cas (jusqu'à 80 %); la forme la plus extrême étant l'infibulation, pratiquée dans environ 15 % des cas. Plus de 130 millions de filles et de femmes ont été victimes de mutilations sexuelles et 2 millions de petites filles les subissent chaque année. Ces mutilations sont généralement pratiquées entre 4 et 14 ans, mais elles peuvent également être réalisées à quelques jours de vie ou juste avant le mariage, selon les cultures. On observe néanmoins un abaissement de l'âge de l'excision. Dans les sociétés où les mutilations sexuelles féminines sont une norme acceptée, elles sont pratiquées par des personnes de toute croyance religieuse de même que par des animistes et des non-croyants.

En Afrique, les mutilations sont souvent pratiquées par des femmes âgées, des accoucheuses traditionnelles ou des barbiers à l'aide d'instruments rudimentaires et sans anesthésie. Parfois ces mutilations sont pratiquées par des médecins ou des sages-femmes disposant d'une formation sanitaire et dans une structure sanitaire malgré que cet acte soit interdit par l'OMS qui s'oppose à toute médicalisation des mutilations.

Ces mutilations sont pratiquées dans 28 pays africains (dont le Niger, le Sénégal, le Mali, le Bénin, le Mozambique et la Tanzanie qui font partie des 18 partenaires de la coopération belge) par quelques groupes ethniques dans la péninsule Arabique et en Indonésie. Ces mutilations sont également pratiquées dans certains pays en Europe, aux USA, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande. En effet, dans les pays occidentaux qui accueillent des communautés originaires de ces pays, des fillettes sont encore victimes d'excision. Les familles font alors appel à une ex-

ciseuse expatriée ou envoient leur fille en vacances au pays pour qu'elle y subisse l'excision.

Les raisons invoquées pour justifier la pratique des mutilations sexuelles féminines sont nombreuses et fondées sur de nombreuses croyances :

- les raisons psycho-sexuelles selon laquelle la réduction ou l'élimination du tissu sensible des organes génitaux externes vise à atténuer le désir sexuel chez la femme, à préserver la chasteté et la virginité avant le mariage et la fidélité durant le mariage et à accroître le plaisir sexuel chez l'homme;
- les raisons sociologiques selon lesquelles la mutilation permet une identification avec l'héritage culturel, l'initiation des fillettes à leur futur rôle de femme, l'intégration et le maintien de la cohésion sociale;
- l'hygiène et les raisons esthétiques : les organes génitaux externes de la femme passent pour être sales et inesthétiques et il faut les enlever pour favoriser l'hygiène et rendre la femme attrayante;
- les différents mythes et croyances selon lesquels les mutilations permettraient un accroissement de la fécondation et favoriseraient la survie de l'enfant;
- les raisons religieuses : certaines communautés musulmanes pratiquent toutefois les mutilations sexuelles féminines parce qu'elles croient en toute bonne foi que cette pratique fait partie de l'Islam. Or, elle est antérieure à l'avènement de la religion musulmane. De plus, aucune religion n'impose les mutilations sexuelles féminines.

On le voit donc, de nombreuses raisons peuvent être invoquées pour pratiquer les mutilations mais aucune de ces raisons ne peut les justifier.

Les conséquences pour la santé sont nombreuses, tant à court terme qu'à long terme, elles varient cependant selon le type et la gravité de la mutilation pratiquée. Les complications immédiates comprennent des douleurs très fortes, accompagnées de peur et d'angoisse pouvant entraîner un état de choc, des hémorragies pouvant entraîner la mort, des infections des plaies, une rétention des urines et des lésions des organes voisins. Le risque de transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est également présent vu qu'un seul instrument est utilisé pour de nombreuses opérations. En ce qui concerne les complications à long terme, nous pouvons citer des kystes et abcès, des lésions de l'urètre qui entraînent une incontinence urinaire,

(1) - Type I : Excision du prépuce avec ou sans excision de la totalité ou d'une partie du clitoris.
 - Type II : Excision du clitoris avec excision partielle ou totale des petites lèvres.
 - Type III : Excision de la totalité ou d'une partie de l'appareil génital externe et suture ou rétrécissement de l'ouverture vaginale (infibulation).
 - Type IV : Diverses pratiques non classées comme le percement, l'étirement, la cautérisation ...

des rapports sexuels douloureux, des problèmes liés à la grossesse et à l'accouchement, des infections des trompes, une probabilité de stérilité. Sans oublier que les mutilations sexuelles peuvent marquer une femme à vie au niveau psychologique et entraîner des troubles du comportement, une perte de confiance dans les êtres aimés (suite à la trahison parentale), une anxiété et une angoisse importante, une dépression ...

Notre pays, qui accueille des communautés originaires des pays qui pratiquent lesdites mutilations, est donc aussi concerné. Même si les chiffres relatifs aux mutilations génitales féminines dans notre pays sont difficiles à établir, nous estimons à quelques 200 par an les petites filles pouvant être victimes car naissant ou vivant dans une famille à risque.

La lutte contre les mutilations sexuelles féminines doit également être menée en Belgique et à Bruxelles par une sensibilisation des femmes et des jeunes à ce problème. Trop souvent encore on entend des hommes dire ne pas être au courant de ce genre de pratique.

Un partenariat est déjà mené entre le GAMS (Groupe pour l'Abolition des Mutilations sexuelles féminines) et la Fédération laïque des centres de planning familial afin de former le personnel à apporter une réponse adéquate aux questions des nombreuses personnes qui se présentent dans les centres après avoir subi de telles mutilations dans leurs pays. Il est par ailleurs fondamental, dans tous les domaines touchant aux violences, de travailler en réseau. Les gouvernements doivent avoir l'attention attirée sur la nécessité d'accompagner les populations immigrées et de leur faire comprendre que ces pratiques doivent cesser, tant dans le

pays d'accueil que dans leur pays d'origine. Les femmes doivent disposer d'arguments pertinents car la fin de ces pratiques passera nécessairement par elles. De plus, il faut que l'ensemble du corps médical et soignant soit formé à appréhender les problèmes qui risquent de survenir après de telles mutilations.

La « désinfibulation » est pratiquée en Belgique et est remboursée par l'INAMI sous l'intitulé « reconstruction de l'appareil génital et plus précisément plastie vulvaire ». La reconstruction du clitoris et éventuellement des lèvres après excision est une intervention qui relève plus d'une approche symbolique et esthétique que fonctionnelle. L'information à ce sujet doit être faite en mettant toujours l'accent sur le renforcement de la prévention et l'interdiction des mutilations.

Des campagnes de sensibilisation et d'information sont indispensables, tant dans les écoles, que dans les maternités, les centres de planning familial, les centres de consultation, les crèches, les lieux d'accueil de la petite enfance ou tout autre endroit où les jeunes filles et les femmes qui pourraient être victimes de mutilations sont susceptibles de se rendre. Ces femmes ont absolument besoin d'une présence, d'un accompagnement et d'un dialogue avec des personnes qui sont formées pour affronter ce problème.

En France, des associations actives en la matière ont reçu un soutien financier du gouvernement afin de pouvoir servir de relais entre les institutions et les familles. En Belgique, quelques associations reçoivent des subsides qui, malheureusement, ne sont pas récurrents. Ceci est regrettable en regard des enjeux médicaux, psychologiques, sociaux ... liés à ces pratiques.

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

relative à la lutte contre les mutilations génitales féminines

Le Parlement francophone bruxellois,

- Considérant que les mutilations génitales féminines constituent une violation fondamentale des droits des femmes et des filles
- Considérant que les mutilations génitales féminines privent les femmes et les filles de leur droit de disposer des meilleures conditions possibles de santé, de leur droit de vivre à l’abri de toutes les formes de violence physique et mentale, de leur droit d’être protégées des pratiques traditionnelles préjudiciables, de leur droit de vivre à l’abri des préjugés et d’autres pratiques fondées sur l’infériorité ou la supériorité présumée de l’un des deux sexes
- Vu l’article 2 de la Convention internationale sur l’élimination de toutes formes de discrimination à l’égard des femmes de 1984 selon lequel « Les Etats ayant signé cette convention s’engagent à prendre toutes les mesures appropriées, y compris les dispositions législatives, pour modifier ou abroger toute loi, disposition réglementaire, coutume ou pratique qui constitue une discrimination à l’égard des femmes »
- Vu l’article 4 de la Charte africaine des droits de l’Homme et des Peuples de 1986 selon lequel « La personne humaine est inviolable. Tout être humain a droit au respect de sa vie et à l’intégrité physique et morale de sa personne. Nul ne peut être privé arbitrairement de ce droit »
- Vu l’article 24 de la Convention internationale sur les droits de l’enfant (1990) selon lequel « Les Etats parties reconnaissent le droit de l’enfant de jouir du meilleur état de santé possible et prennent toutes les mesures efficaces appropriées en vue d’abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants »
- Vu l’article 409 du Code Pénal §§ 1^{er} et 2 selon lequel « § 1^{er}. Quiconque aura pratiqué, facilité ou favorisé toute forme de mutilation des organes génitaux d’une personne de sexe féminin, avec ou sans consentement de cette dernière, sera puni d’un emprisonnement de trois à cinq ans. La tentative sera punie d’un emprisonnement de huit jours à un an. § 2. Si la tentative de mutilation est pratiquée sur une personne mineure ou dans un but de lucre, la peine sera la réclusion de cinq à sept ans »
- Vu l’article 458*bis* du Code Pénal selon lequel « Toute personne qui, par état ou par profession, est dépositaire

de secrets et a de ce fait connaissance d’une infraction prévue aux articles 409 (...) qui a été commise sur un mineur, peut, sans préjudice des obligations que lui impose l’article 422*bis*, en informer le procureur du Roi, à condition qu’elle ait examiné la victime ou recueilli les confidences de celle-ci, qu’il existe un danger grave et imminent pour l’intégrité mentale et physique de l’intéressée et qu’elle ne soit pas en mesure, elle-même ou avec l’aide de tiers, de protéger cette intégrité »

- Vu l’article 422*bis* du Code Pénal selon lequel « Le délit de non-assistance à personne en danger s’applique à toute personne, professionnel ou simple citoyen, qui ne signale pas le danger qu’encourt une fillette menacée de mutilations sexuelles, que celles-ci soient prévues en Belgique ou à l’étranger »
- Vu l’article 21*bis* du Code de Procédure Pénale selon lequel « le délai de prescription de 10 ans ne commence à courir qu’à partir du jour où la victime a atteint l’âge de 18 ans »
- Vu l’article 10 ter du Code de Procédure Pénale selon lequel « si la mutilation a été pratiquée sur une mineure, en Belgique ou dans un autre pays, toute personne qui y a participé peut être poursuivie en Belgique »
- Vu l’existence du Protocole de Maputo, entré en vigueur le 25 octobre 2005, qui condamne la pratique des mutilations sexuelles et la volonté des Etats africains qui ont ratifié ce protocole d’agir en ce sens
- Eu égard à la Déclaration de politique gouvernementale, par laquelle, le Gouvernement francophone bruxellois s’engage à développer une réelle politique d’égalité des chances dans l’ensemble de ses compétences, à assurer aux adultes en difficulté un accueil de crise et un accueil 24h/24, à évaluer les besoins en ce qui concerne les victimes et les auteurs d’infractions ainsi que leurs proches et à mieux articuler les politiques sociales et de la santé

demande au Collège de la Commission communautaire française

de prendre en considération la menace de mutilations génitales féminines pouvant peser sur les filles et les femmes originaires de pays pratiquant ces mutilations et qui résident en Région bruxelloise :

- en développant des actions de sensibilisation des populations immigrées à travers des programmes d’éducation

et d'information sur le danger de ces pratiques, et de les convaincre d'abandonner ces traditions nuisibles à la santé de la femme et de la fillette et incompatibles avec le respect de la dignité humaine et des droits humains

- en soutenant dans le cadre de ses compétences en matière de santé, d'affaires sociales et d'égalité des chances, les associations de femmes migrantes luttant contre les mutilations sexuelles féminines, étant donné leur importante action d'information et de prévention
- en subventionnant les associations actives dans la lutte contre les mutilations de manière structurelle afin de mener une action durable dans ce domaine
- en systématisant les efforts d'information et de sensibilisation auprès des professionnels de l'éducation et de la santé, en concertation avec la Communauté française
- *en demandant au Gouvernement fédéral :*
 - d'inclure des actions de lutte contre les mutilations génitales féminines dans les accords de coopération conclus avec les pays dans lesquels ont lieu ces pratiques, notamment en prévoyant un programme permettant aux exciseuses et exciseurs d'apprendre un autre métier;
 - de mettre en place un nouveau plan d'action national de lutte contre les violences entre partenaires et d'étendre celui-ci à l'ensemble des violences faites aux femmes, dont les mutilations génitales féminines;
 - d'assurer la mise en œuvre de la loi belge sanctionnant les mutilations génitales féminines;
 - de sensibiliser le personnel des ambassades et consulats belges présents dans les pays où la prévalence des mutilations génitales est élevée afin que ceux-ci informent le public des dispositions légales, contre les mutilations génitales féminines, en vigueur sur notre territoire;
 - d'organiser l'information et la formation du personnel médical aux techniques de réparation des mutilations génitales ainsi que le remboursement des soins de santé de ces prestations pour les femmes ne disposant pas de carte SIS
- *en demandant au Gouvernement de la Communauté française l'intégration de l'examen systématique des organes génitaux externes des filles lors de la consultation des nourrissons de l'ONE.*

Nathalie GILSON
Fatiha SAÏDI
Céline FREMAULT
Dominique BRAECKMAN

