

TRAJECTOIRE POUR LES FILLES ET FEMMES DEMANDEUSES D'ASILE ayant subi ou à risque de mutilations génitales féminines (MGF)

A l'attention des structures d'accueil collectives



GAMS
BELGIQUE - BELGIË



Vers une politique de
migration plus intégrée
grâce au FAMI

fedasil
AGENCE FÉDÉRALE POUR
L'ACCUEIL DES DEMANDEURS D'ASILE

CROIX-ROUGE
de Belgique



SOMMAIRE

1.	Introduction	4
1.	Identification	5
2.	Accompagnement	7
3.	Coordination et chaîne d'information	11
4.	Contacts utiles	13
4.1.	Associations spécialisées	13
4.2.	Centres médicaux multidisciplinaires de prise en charge des femmes excisées	14
4.3.	Interprétariat (sur place ou par téléphone)	14
5.	Annexes	16
Annexe 1	Checklist trajectoire fille/femme ayant subi ou à risque de MGF	16
Annexe 2	Information sur les mutilations génitales féminines	18
Annexe 3	Contexte légal de l'obligation d'identifier des personnes vulnérables et conséquence	21
Annexe 4	Transmission d'informations et limites du secret professionnel partagé	24
Annexe 5	Modèle certificat médical du CGRA	25
Annexe 6	Lettre type pour avocat.e.s	28
Annexe 7	Lettre type pour gynécologue	30

INTRODUCTION

Selon les estimations les plus récentes (UNICEF, 2016), 200 millions de filles et de femmes dans le monde auraient subi une forme de mutilation génitale. De plus, chaque année 3 millions de filles et de femmes courent le risque d'être soumis à la pratique.

Les directives européennes (art. 21 de la refonte de la Directive Accueil¹ ; art. 4.3 de la refonte de la Directive Procédure²), la Convention d'Istanbul³ et la loi belge sur l'accueil des demandeurs d'asile⁴ obligent les Etats à mettre en œuvre des actions spécifiques pour des groupes vulnérables.

Cette trajectoire MGF a pour objectif d'établir une approche commune vis-à-vis de l'identification et l'accompagnement des femmes/filles demandeuses d'asile qui résident dans une structure d'accueil de l'état belge, ayant subi ou à risque de MGF. Elle a été réalisée dans le cadre du projet « FGM Global Approach » financé par le Fonds Asile Migration et Intégration (FAMI), mis en œuvre par le GAMS Belgique (aspects santé et socio-culturels) et l'asbl INTACT (aspects juridiques) grâce à l'input des équipes du terrain. Un groupe de travail national a ainsi été constitué et est piloté via un comité d'accompagnement de Fedasil.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit les mutilations génitales féminines comme étant toutes les interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toute autre lésion des organes génitaux féminins pratiquée à des fins non thérapeutiques⁵.

Une trajectoire a été établie pour les structures d'accueil collectifs. Cette trajectoire se concentre avant tout sur l'identification et la première orientation vers un accompagnement.

Pour la trajectoire au sein des Initiatives Locales d'Accueil, des concertations ont été organisées avec les partenaires du terrain. Ce trajet se concentre sur (le suivi de) l'identification du groupe cible et l'orientation adaptée.

1 <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=celex%3A32013L0033>

2 <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2013:180:0060:0095:FR:PDF>

3 <http://www.coe.int/en/web/istanbul-convention>

4 http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?la=nguage=fr&la=F&cn=2007011252&table_name=loi

5 OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO. Eliminating female genital mutilation. An interagency statement [Online]. World Health Organization; 2008 [cited 2016 Apr 10]. Available from: URL http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596442_eng.pdf

IDENTIFICATION

On entend par 'identification', le processus et les questions - pendant un entretien d'intake - qui vont permettre de repérer une personne qui a subi une MGF ou qui court le risque d'être soumise à cette pratique.

1 - Où se passe l'identification ?

Le contexte actuel ne permet pas l'identification des femmes ayant subi une MGF au niveau du dispatching. L'identification est faite lors de l'intake social et/ou médical après leur arrivée dans un centre d'accueil collectif, un accueil individuel ou un centre d'observation et d'orientation (COO) pour les MENA.

2 - Qui se charge de l'identification ?

Chaque 'assistant-e social-e et/ou chaque personne d'un service médical (médecin, sage-femme, infirmier-e) doit identifier. Ces personnes auront été informées/sensibilisées préalablement par les personnes ressources MGF de la structure d'accueil et/ou par les associations spécialisées.

3 - Qui doit être identifiée ?

Chaque femme /fille originaire d'un pays où la pratique des MGF existe. Vous trouvez les pays concernés sur la carte mondiale.

4 - Dans quel délai ?

Dans les 30 jours de la désignation d'un lieu d'accueil (conformément à l'article 22 loi sur l'accueil pour la première évaluation des vulnérabilités¹) au moment de l'intake social/médical (de préférence lors du premier intake). En fonction du déroulement de l'entretien, l'identification relative aux MGF peut se faire lors d'une deuxième ou troisième entrevue (pour établir le lien de confiance).

5 - Comment ?

Recommandations pour l'entretien :

- Voir la femme seule (sans la présence d'un autre membre de sa famille) pour qu'elle ait la liberté de s'exprimer.
- Veiller à la présence d'une interprète (préparer l'entretien avec l'interprète) si la personne ne maîtrise pas suffisamment la langue.

1 Section III. - Evaluation. Art. 22. § 1er. Dans les trente jours qui suivent la désignation de son lieu obligatoire d'inscription, la situation individuelle du bénéficiaire de l'accueil est examinée en vue de déterminer si l'accueil répond à ses besoins spécifiques. S'il apparaît que ce n'est pas le cas, il peut être procédé à une modification du lieu obligatoire d'inscription.

§ 2. A cette fin, l'examen de la situation individuelle du bénéficiaire de l'accueil porte notamment sur les signes non détectables a priori d'une éventuelle vulnérabilité telle que celle présente chez les personnes ayant subi des tortures ou d'autres formes graves de violence psychologique, physique ou sexuelle.

§ 3. L'évaluation de la situation individuelle du bénéficiaire de l'accueil se poursuit tout au long de son séjour au sein de la structure d'accueil.

§ 4. Le Roi fixe les modalités de cette évaluation.

Outils pour aider à l'identification :

- **La carte mondiale sur les prévalences des MGF** : Elle permet d'accompagner la discussion sur le pays d'origine et la pratique des MGF. C'est le premier critère objectif pour aborder la question.
- **Entretien** : Une question spécifique sur l'excision est intégrée dans les questionnaires de l'intake médical (déjà prévu) et de l'intake social :

- ▶ **Pour les femmes adultes** : « Vous venez de [remplacer par le pays d'origine], il y a une tradition qui se pratique chez les filles (excision, female circumcision en anglais - ne pas dire mutilation). Pouvez-vous m'en parler ? Qu'en pensez-vous pour vos filles ? »
- ▶ **Pour les adolescentes** : « Qu'est-ce que tu sais de l'excision ? Comment en as-tu entendu parler ? »
- ▶ **Pour les enfants** : « Est-ce que tu as entendu parler, chez toi ou chez des ami-es, d'une tradition pendant laquelle on coupe une fille en bas, là où tu fais pipi ? Qu'est-ce que tu peux m'en raconter ? »

Lors du récit de vie de la femme, il est important de lui demander si elle a subi d'autres types de violences qu'elles aient eu lieu dans le pays d'origine ou à l'arrivée en Belgique. « Quelqu'un vous a-t-il fait du mal d'une façon ou d'une autre ? Vous a-t-on obligé à faire des choses que vous ne vouliez pas ? ». La majorité des femmes ont subi des violences multiples et sont dans un continuum de violences : excision, mariage forcé, viols conjugaux, violences sexuelles lors du parcours migratoire (en particulier pour celles qui ont fui par la mer), traite des êtres humains,... Ces violences devront aussi être prises en compte et la personne orientée vers les services appropriés.

Il faut réaliser que les MGF peuvent sembler « normales » pour certains membres de la communauté qui vont défendre la pratique (par exemple au nom de la tradition ou la culture). Cela reste un sujet tabou et délicat à aborder car concernant la sphère sexuelle.

Certaines personnes concernées peuvent avoir des plaintes liées aux MGF mais sans savoir comment aborder le sujet. Souvent, les femmes/filles concernées par les MGF ou d'autres formes de violences n'abordent pas le sujet d'elles-mêmes, d'où l'importance d'être pro-actif dans l'identification en posant les bonnes questions.

- Pour l'intake médical, la **carte plastifiée A3 avec les différents types d'excision** peut être utilisée pour demander à la femme si elle a été excisée ou infibulée (sexe cousu) avant l'examen médical. Vous pouvez inviter la femme à mettre son doigt sur la case qui correspond à l'apparence physique de sa vulve. Si la femme ne sait pas, il ne faut pas insister et dire qu'on va lui expliquer après l'examen médical.

ACCOMPAGNEMENT

Une checklist a été élaborée pour guider les intervenant-e-s à travers les différentes étapes (cf. annexe 1).

La règle est que toutes les informations doivent être données à la femme, mais que c'est la femme qui choisit de suivre la trajectoire ou pas.

1 - Si identification positive par le service social et/ou le service médical

- Donner **systématiquement** une information sur les MGF/violences sexuelles : impact sur la santé, droits et protection des filles/femmes, associations spécialisées

 **Outils : Dépliants du GAMS et d'INTACT**

- Si la personne le souhaite l'orienter vers :
 - ▶ le service médical ou un médecin extérieur formé sur la question qui réponds aux besoins médicaux et dresse un certificat d'excision ou de non excision. Informer la femme qu'elle doit le transmettre à son avocat et son AS.

 **Outils : Liste des médecins de confiance du CGRA**

- ▶ une antenne du GAMS (Bruxelles, Namur, Liège) ou une permanence (Verviers, Gand, Anvers) pour un premier entretien et présentation des activités (ateliers communautaires, atelier femmes enceintes, etc.)¹, complément d'information par rapport aux MGF
- ▶ Demander l'autorisation à la femme de pouvoir communiquer ces informations au service social/médical pour une bonne coordination (voir en annexe les conditions du secret professionnel partagé)
- Si la personne ne souhaite pas aller plus loin dans la trajectoire, rester à l'écoute de ses besoins et demandes car elle peut changer d'avis au cours de son trajet d'asile.

2 - Proposer un nouvel entretien après le premier examen médical

Qui ? chez la même personne (l'AS qui l'accompagne, l'infirmière, etc. - formés à la problématique)

Pour faire quoi ? Le nouvel entretien a pour objectif de:

- **Evaluer les besoins** de la demandeuse d'asile (hébergement, besoins au niveau médical et psychologique, aide juridique, prévention, etc.)

¹ Il est important de faire parvenir au GAMS et INTACT les coordonnées exactes de l'AS en charge du dossier de la fille/femme dans la structure d'accueil pour le bon suivi du dossier ainsi que l'annexe 26.

- **Informez davantage sur les différentes options/relais pour l'accompagnement** : suivi médical, gynécologique, suivi psychologique, avocat, associations spécialisées après l'évaluation des besoins des filles/femmes.
- **Proposer une aide psycho-médico-sociale** en fonction des besoins des filles/femmes et avec l'accord de celle-ci dans chaque région

- ▶ Renvoi pour une aide psychologique à divers services.

Outils : liste des référents psy¹, guide pour l'accompagnement psy²

- ▶ Renvoi vers un des deux centres spécialisés pour les MGF (CeMAViE à Bruxelles/Vrouwenkliniek à Gand) si besoin d'un suivi médical spécialisé ou multidisciplinaire
- Orienter rapidement les femmes enceintes excisées vers un.e gynécologue formé.e en matière de MGF pour évaluer le type d'excision et le pronostic de l'accouchement. Les femmes infibulées peuvent bénéficier d'une désinfibulation au cours du deuxième trimestre de grossesse (recommandations WHO 2016) pour éviter les complications au moment de l'accouchement (hémorragie, travail bloqué, césarienne).

La lettre « type » que vous trouverez dans l'annexe 7 peut vous aider dans la communication.

- ▶ L'infibulation se pratique principalement dans les pays suivants : Somalie, Djibouti, Érythrée, Soudan, Éthiopie. Il faut donc être particulièrement attentif aux besoins spécifiques des femmes originaires de ces pays. Mais nous recommandons de toujours consulter la carte mondiale sur la prévalence FGM.
- Faire un travail de prévention des MGF :
 - ▶ Pour toutes les personnes originaires des pays où la pratique des MGF existe même si les femmes n'invoquent pas une MGF comme un motif d'asile. Ceci requiert une proactivité de l'assistant-e social-e ou du personnel médical sur le sujet, pour prévenir les MGF, également pour les mineures accompagnées de leurs parents
 - ▶ Entretien avec la femme et les autres membres de la famille sur les dangers des MGF/violences sexuelles sur la santé des filles et des femmes, sur l'interdiction pénale et la protection des filles et des femmes. Impliquer le père pour qu'il joue un rôle de prévention.

1 Dans le cadre d'un suivi psychologique, vous pouvez faire appel aux associations spécialisées afin de consulter leur liste de personnes de confiance mais vous pouvez également vous référer à vos contacts habituels, centre de santé mentale, maison médicale, indépendant ou autre, en abordant avec le ou la professionnel-le, la question spécifique des MGF. Important également à savoir dès le début du suivi si le ou la psychologue délivrera un rapport psychologique le cas échéant si celui-ci est demandé par l'avocat-e dans le cadre de la demande d'asile de la fille/femme. Si ce n'est pas le cas, vous pouvez contacter le GAMS Belgique qui, à son tour, se mettra en contact avec le service en question.

2 « Femmes, excision et exil. Quel accompagnement thérapeutique possible ? » <http://www.strategiesconcertees-mgf.be/tool/guide-psy-femmes-excision-et-exil/>

► Les messages clés sont :

1. Les MGF ont des conséquences néfastes pour la santé. La pratique augmente les risques d'infections et les problèmes lors de la grossesse et l'accouchement (Travail bloqué, déchirures, hémorragies). Cela cause des difficultés pour uriner, des douleurs lors des menstruations et peut mener à l'incontinence et des problèmes sexuels et psychologiques.
2. Les MGF sont interdites (article 409 du Code pénal) : la pratique des MGF (en Belgique ou à l'étranger) est passible d'un emprisonnement de 3 à 5 ans. La tentative et l'incitation à la pratique sont également punissables.
3. Les femmes qui ont subi une MGF et qui ont une crainte fondée de persécution ainsi que leurs filles intactes peuvent être protégées en demandant l'asile. Si le statut de réfugié leur est accordé pour protéger leurs filles de l'excision, elles seront invitées à une visite médicale annuelle pour contrôler l'intégrité des parties génitales des filles jusqu'au moment où les filles ont atteint l'âge de 18 ans. S'il s'avérait que les filles aient tout de même subi une MGF, les parents devront répondre de leurs actes et risquent de se voir retirer le statut de réfugié par le CGRA.

 **Outils : Dépliant « pas d'excision pour ma fille », passeport STOP MGF, Guide d'entretien sur la manière d'aborder la question¹, etc.**

- Renvoi vers le GAMS pour suivre des ateliers de prévention (voir fiches instructions GAMS/INTACT et site <http://gams.be/ateliers-communautaires>)

• Veiller à un accompagnement juridique adéquat :

- Informer les filles/femmes que les violences sexuelles ou de telles craintes peuvent être un motif de l'asile dans la procédure
- Transmettre à l'avocat :

 le manuel pratique à l'usage des avocats sur les MGF de l'asile²

 le certificat médical d'excision ou de non excision modèle CGRA³ (via ou avec l'accord de la personne)

1 « Guide d'entretien pour aborder la question de l'excision lors des entretiens avec les filles et/ou leur famille » http://www.strategiesconcertees-mgf.be/wp-content/uploads/SC_MGF_Collection_Entretiens_web.pdf

2 Les mutilations génitales féminines dans le cadre d'une demande d'asile : Manuel pratique à l'usage des avocats <http://www.intact-association.org/images/stories/manuel/manuel-actu2014-FR-web-final.pdf>

3 Certificat médical CGRA disponible sous format pdf sur le site du CGRA : <http://www.cgra.be/fr/formulaires/certificat-medical>

📁 les coordonnées d'INTACT pour info complémentaire

📁 La lettre « type » que vous trouverez dans l'annexe 6 peut vous aider dans la communication.

- ▶ Si le dossier est complexe, proposer à l'avocat un soutien juridique d'INTACT de préférence avant l'audition au CGRA ou avant un recours au CCE
- ▶ Prévenir la personne que la question de l'excision sera abordée lors de l'audition du CGRA et qu'il faut donc se préparer à aborder son excision/toutes les violences ou maltraitements subies ou craintes à l'audition.

3 - Avant l'audition au CGRA et au CCE

- Planifier un rendez-vous de suivi afin de vérifier que les différentes étapes de la trajectoire (voir checklist en annexe) ont été correctement mises en place avec la personne et qu'elle est prête pour son audition (chronologie du récit, violences de genre déjà verbalisées, certificat(s) médical(aux) transmis).
- Vérifier si la fille/femme, souhaite être accompagnée par une personne de confiance lors de l'entretien.

4 - Si la personne est reconnue réfugiée ou obtient une protection subsidiaire

- Assurer que la femme reparte avec les coordonnées importantes pour son suivi psycho-médical, si elle souhaite pouvoir y avoir recours à nouveau
- Assurer que la femme part de la structure avec ses dossiers médical et social complets.
- Quand des parents ont obtenu un statut de réfugié pour protéger leur(s) fille(s) des MGF, leur expliquer la procédure de suivi du CGRA (suivi médical annuel pour vérifier l'intégrité des organes sexuels externes).
- Pour toutes les familles concernées, rappeler la loi belge sur l'interdiction de pratiquer des MGF en Belgique (article 409 du code pénal) ou à l'étranger (principe d'extraterritorialité).
- Pour toutes les familles concernées, assurer un relais vers l'ONE/K&G ou le centre PSE/CLB de l'école afin de veiller à une prévention efficace des MGF chez les filles intactes après la sortie.

5 - Si la personne est déboutée de sa demande d'asile¹

- Informer la personne qu'elle peut prendre contact avec les associations spécialisées.

1 Le GAMS assure un suivi médico-psycho-social pour les filles/femmes déboutées.

COORDINATION ET CHAÎNE D'INFORMATION

Chaque structure d'accueil collective est dotée d'une ou deux personnes ressources MGF (si possible une du service social et/ou une du service médical) qui ont été formées. Elles auront la charge de s'assurer que les différentes étapes de la trajectoire sont connues et appliquées et que toute l'équipe est sensibilisée/formée à la problématique des MGF et veillent à la coordination de la trajectoire des filles et des femmes.

Une check-list est utilisée (voir annexe 1) pour s'assurer que les différentes étapes de la trajectoire ont bien été réalisées (à remplir par le service social ou médical en fonction du protocole décidé au sein de la structure d'accueil).

Il est conseillé pour démarrer la mise en œuvre de la trajectoire que chaque structure adapte la trajectoire à son contexte et qu'il y ait un protocole interne de mise en œuvre.

Communication sur la trajectoire : la communication sur la trajectoire MGF entre les associations spécialisées et les structures d'accueil (offre de formation/supervision) passera par des personnes clés au niveau du réseau d'accueil (Fedasil, RK, CR,...) afin d'assurer une couverture effective de toutes les structures concernées.

Le rôle des personnes ressources MGF dans les structures d'accueil :

- S'assurer (en lien avec la direction de la structure) qu'un protocole interne de mise en œuvre de la trajectoire MGF soit rédigé et disponible (intégration/adaptation de la trajectoire au contexte de la structure et aux procédures actuelles des équipes médicales et sociales)
- Organiser une première session d'information auprès des collègues pour démarrer la mise en œuvre de la trajectoire MGF.
- S'assurer que la trajectoire MGF est bien appliquée dans la structure (identification dans les 30 jours) ;
- Vérifier la bonne communication des informations entre les intervenant-e-s, conformément au secret professionnel partagé ;
- Assurer un rôle de deuxième ligne pour le reste du personnel (ne pas se substituer à l'AS en charge par exemple) ;
- Contribuer à l'information des collègues chargé-e-s de l'accompagnement psychomédico-social de la structure sur la problématique des MGF.
- Continuer à se former en participant aux colloques, séminaires sur les MGF

La formation des personnes ressources MGF :

- Formation initiale : les personnes ressources ont suivi une formation de « Training of Trainers » par les associations GAMS et INTACT et sont en possession d'un kit d'outils pédagogiques (powerpoint, poster, vidéo,...) pour informer leurs collègues.
- Formation continue : Une supervision avec les associations spécialisées est prévue avec les personnes ressources-MGF 6 mois après la formation initiale puis une fois par an. La direction des structures d'accueil s'engage à libérer les personnes ressources pour les conférences et autres temps de formation continue sur les MGF.

Le rôle des associations spécialisées et autres intervenants extérieurs (GAMS, INTACT, services médicaux externes) :

- Le gestionnaire du dossier reste l'équipe de la structure d'accueil
- Une bonne collaboration et circulation de l'information entre les intervenants est essentielle (pas de prise de RDV par les associations spécialisées sans contact préalable avec la structure d'accueil).
- Un feedback oral (par téléphone si urgent) ou écrit (document remis à la femme ou via mail) est donné à l'AS ou au personnel médical afin d'assurer un suivi et une prise en charge coordonnée et optimale.
- Pour toutes questions sur le secret professionnel, consultez la brochure d'INTACT concernant notamment le secret professionnel partagé (<http://www.strategiesconcertees-mgf.be/tool/brochre-le-secret-professionnel-face-aux-mutilations-genitales-feminines/>)

CONTACTS UTILES

ASSOCIATIONS SPÉCIALISÉES

- Le GAMS Belgique (Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles féminines) est une association dont la mission est de protéger les filles et femmes de l'excision et accompagner les femmes déjà excisées. Le GAMS organise des ateliers communautaires sur la question des Droits, des ateliers d'expressions corporelles, des ateliers pour femmes enceintes, des ateliers jeunes et atelier enfants le mercredi après-midi, des suivis individuels sociaux et psychologiques pour les adultes et les enfants. Le GAMS organise également des formations pour les professionnel-le-s en collaboration avec l'asbl INTACT. Le GAMS a plusieurs antennes et travaille dans les 3 régions du pays.
- INTACT asbl est une association composée de juristes spécialisé-e-s sur la question des MGF qui donne des conseils juridiques aux avocats et aux familles dans le cadre de demandes d'asile pour protéger une fille ou jeune femme de l'excision. L'asbl soutient également les professionnel-le-s l concernant les mesures de protection à mettre en place en cas de crainte d'une excision. INTACT donne des formations pour les professionnel-le-s en collaboration avec le GAMS-Belgique.

✉ info@gams.be

🌐 www.gams.be

Bruxelles

📍 6 rue Gabrielle Petit,
1080 Molenbeek
☎ 02 219 43 40

Namur

📍 60 Rue Henri Lecocq,
5000 Namur - Salzinnes
☎ 0493 49 29 50

Liège

📍 65, Quai de Rome,
4000 Liège
☎ 04 377 45 40 ou 0470 541 899
+ permanence mensuelle à Verviers

Flandre

📍 6 rue Gabrielle Petit
1080 Molenbeek
+ permanences à Anvers et Gand
☎ 0495 93 93 18

INTACT

📍 Rue des Palais, 154,
1030 Schaerbeek

☎ 0499 83 29 42 (pas de téléphone fixe)

✉ info@intact-organisation.org

🌐 www.intact-association.org

CENTRES MÉDICAUX MULTIDISCIPLINAIRES DE PRISE EN CHARGE DES FEMMES EXCISÉES

Centres médicaux agréés de prise en charge des femmes excisées offrant un accompagnement individuel multidisciplinaire allant d'un suivi psychologique, sexologique au traitement chirurgical de séquelles d'excision (désinfibulation, ablation d'un kyste) et/ou la reconstruction du clitoris. La prise en charge est totalement couverte par l'INAMI/RIZIV :

CeMAVIE (Centre Médical d'Aide aux Victimes de l'Excision), CHU ST-Pierre, Bruxelles

📍 Site Porte de Hal. 320 Rue Haute, 1000 Bruxelles (consultations tous les mardis après-midi)

☎ 02 535 47 14

💻 www.stpierre-bru.be/fr/service/gyneco/cemavie.html

Multidisciplinair Centrum Genitale Mutilatie, Vrouwenkliniek UZ Gent

📍 C. Heymanslaan B, 9000 Vrouwenkliniek Polikliniek P3-P4 (consultations mercredi matin)

☎ 09 332 37 82

☎ 09 332 37 85

💻 www.uzgent.be/nl/home/Lists/PDFs%20patienteninformatiefolders/MCGM-pati%C3%ABnten.pdf

Plusieurs services (dont les centres de planning familial) ont des services où les équipes sont formées sur les MGF (liste disponible auprès du GAMS Belgique)

Le Centre de planning FPS de Liège

a développé un projet spécifique de prise en charge et de prévention à la problématique des Mutilations Génitales Féminines au sein d'une équipe pluridisciplinaire (médical, social, psycho, juridique). Le CPF-FPS assure une

permanence hebdomadaire à la maternité du CHR de La Citadelle pour des activités de prévention et organise des ateliers de préparation à la naissance.

📍 17 rue des carmes,

4000 Liège

☎ 0473/626455

☎ 04/2231373

💻 cpf.liege@solidaris.be

CENTRE DE PRISE EN CHARGE DES VIOLENCES SEXUELLES (BRUXELLES - GAND - LIÈGE (POUR LES VIOLENCES SEXUELLES DE MOINS DE 6 MOIS))

ZSG Gent

📍 Entrée 14 du CHU Gent (UZ Gent, De Pintelaan 185, 9000 Gent); tram 4 (dernier arrêt: UZ); bus 5 (arrêt UZ)

☎ 09 332 80 80

💻 zsg@uzgent.be

CPVS Bruxelles

📍 via Rue Haute 320, 1000 Brussel (Métro 2 et 6 : station Porte de Hal ; Pré-métro: 3 - 4 - 51 arrêt Porte de Hal)

☎ 02 535 45 42

💻 CPVS@stpierre-bru.be

CPVS Liège

☎ 04 367 93 11

💻 cpvs@chu.ulg.ac.be

📍 entrée par le service des urgences CHU Liège : Urgences des Bruyères, Rue de Gaillarmont 600 à 4032 Chênée

INTERPRÉTARIAT (SUR PLACE OU PAR TÉLÉPHONE)

Interprétariat social FR

SeTIS Bruxelles

☎ 02 609 51 80

🌐 www.setisbxl.be

Bruxelles accueil

☎ 02 503 27 40

🌐 www.servicedinterpretariatsocial.be

SeTIS Wallon

☎ 081 46 81 70

🌐 www.setisw.be

Le monde des possibles (Liège)

☎ 04 232 02 92

🌐 www.possibles.org

Interprétariat social NL

- **Telefoontolken**

Babel, Vlaamse Tolkentelefoon

☎ 02/208.06.11

🌐 www.vlaamsetolkentelefoon.be

Sociaal Vertaalbureau - Brussel Onthaal

☎ 02/511.27.15

🌐 www.sociaalvertaalbureau.be

- **Provinciale sociaal tolkdiensten**

Provincie Oost-Vlaanderen dienst Maatschappelijke Participatie, team insluiting en diversiteit. Tolk – en Vertaalservice.

📍 Gent

☎ 09/267.71.44

🌐 www.oost-vlaanderen.be

Sociaal Tolkendienst deSOM vzw West - Vlaanderen

📍 Roeselare

☎ 051 69 47 78

🌐 www.deSOM.be

Sociale Tolkendienst Limburg

📍 Hasselt

☎ 011 30 57 67

🌐 www.limburg.be/tolkendienst

Provinciaal Aanbod Sociaal Tolken voor Anderstaligen in Vlaams-Brabant (PaSTa)

📍 Leuven

☎ 016 26 77 01

🌐 www.vlaamsbrabant.be/pric

Tolkendienst Provincie Antwerpen (TOPA)

📍 Berchem

☎ 03 240 61 77

🌐 www.provant.be/welzijn/gelijke_kansen/minderheden/tolk-_en_vertaaldien/sociaal_tolken/

- **Stedelijke sociaal tolkdiensten**

Stedelijke Tolk- en Vertaaldienst Antwerpen (STA)

☎ 03/297.27.27

🌐 www.antwerpen.be

Tolk- & Vertaalservice Gent

☎ 09/235.29.63

🌐 www.tvgent.be

Sociaal Vertaalbureau - Brussel Onthaal

02/511.27.15

🌐 www.sociaalvertaalbureau.be

RELAIS COMMUNAUTAIRES FORMÉS AUX QUESTIONS DES MGF (ET AUTRES FORMES DE VIOLENCES)

GAMS Belgique

☎ 02 219 43 40

🌐 www.gams.be

ANNEXES

ANNEXE 1. CHECKLIST TRAJECTOIRE FILLE/FEMME AYANT SUBI OU À RISQUE DE MGF

Check-list Trajectoire fille/femme ayant subi et à risque de MGF

Nom :		Prénom:		Date de naissance:		Pays d'origine :	
Identification						Commentaires + signature	
1	Vient d'un pays qui pratique les MGF			Oui-Non			
2	Question sur les MGF posée lors de l'intake pour elle et éventuellement ses filles			Oui-Non			
3a	A déclaré avoir subi une MGF			Oui-Non			
3b	A déclaré être à risque de subir une MGF			Oui-Non			
4	Nombre de filles qui l'accompagne			0, 1, 2, 3		(préciser statut MGF si connu)	
Accompagnement psycho-médico-social							
5	Informations données sur MGF, impact sur la santé, protection			Oui-Non			
6a	Examen médical proposé pour la femme (et ses filles).			Oui-Non			
6b	Accepte l'examen médical			Oui-Non			
6c	RDV visite médicale pris			Oui-Non		Date :	
				Personne de contact :			
6d	Certificats faits (mère et fille(s)) et besoins médicaux répondus			Oui-Non			
6e	Si besoin spécifique, si enceinte, proposer un RDV dans un centre spécialisé (CeMAViE, CHU St Pierre Bruxelles ou VrouwenKliniek, UZ Gent ou autres structures) ou gynécologue formé			Oui-Non			
6f	Accepte la référence vers un centre spécialisé			Oui-Non			

6g	RDV pris avec le centre spécialisé	Oui-Non	Date :
Personne de contact :			
7a	Suivi psychologique proposé	Oui-Non	
7b	Souhaite un suivi psychologique	Oui-Non	
7c	RDV psy pris	Oui-Non	Date :
Personne de contact :			
8a	RDV counseling individuel GAMS proposé	Oui-Non	
8b	Accepte le counseling individuel GAMS	Oui-Non	
8c	RDV avec GAMS pris	Oui-Non	Date :
Personne de contact :			
9a	Ateliers collectifs GAMS proposés	Oui-Non	
9b	Souhaite participer à un des ateliers collectifs du GAMS	Oui-Non	
9c	Inscription faite aux ateliers du GAMS (gratuit)	Oui-Non	Date du 1er atelier:

Accompagnement juridique

10a	Contact pris avec l'avocat et transmission du certificat médical et tous les documents	Oui-Non
10b	Si nécessaire, contact pris avec INTACT	Oui-Non
10c	Accepte le soutien juridique d'INTACT et transmission des documents	
11	Entretien avant audition CGRA ou recours CCE pour faire le point sur tous les éléments du suivi	Oui-Non

Si obtention du statut de réfugié ou protection subsidiaire

12	Rappel de la loi belge interdisant l'excision	Oui-Non
13	Relais vers ONE/K&G et PSE/CLB si enfants à risque	Oui-Non
14	Explication donnée sur le suivi annuel demandé par le CGRA quand protection obtenue pour protéger les filles des MGF	Oui-Non

Si femme déboutée de l'asile

15	Contact avec associations spécialisées si la femme le souhaite	Oui-Non
----	--	---------

ANNEXE 2. INFORMATION SUR LES MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES

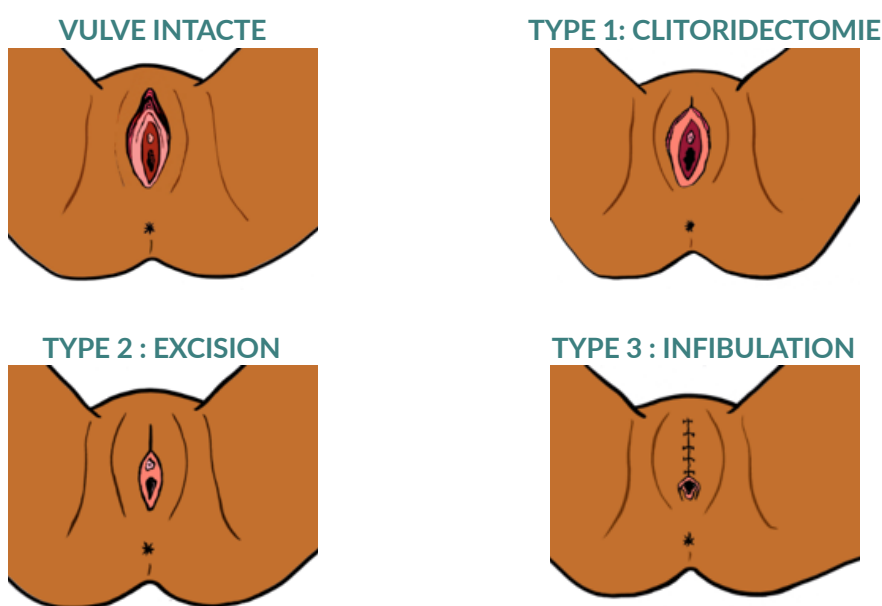
DÉFINITION

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit les mutilations génitales féminines comme étant toutes les interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toute autre lésion des organes génitaux féminins pratiquée à des fins non thérapeutiques¹.

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

- Le type 1 ou clitoridectomie est l'ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du capuchon du clitoris.
- Le type 2 ou excision concerne l'ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres.
- Le type 3 ou infibulation est le rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par l'ablation et l'accolement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres, avec ou sans excision du clitoris.
- Le type 4 comprend toutes les autres interventions nocives pratiquées sur les organes génitaux féminins à des fins non thérapeutiques, comme la ponction, le percement, l'incision, la scarification et la cautérisation.

En pratique, il est fréquent de les distinguer en deux grandes catégories : l'excision et l'infibulation (la distinction entre les types 1 et 2 n'est pas toujours aisée à faire pour un-e clinicien-ne qui n'est pas familier-ière des mutilations génitales féminines). Il arrive également que les petites lèvres se soudent spontanément sans qu'il y ait eu une suture avec du fil ou des épines d'acacia.



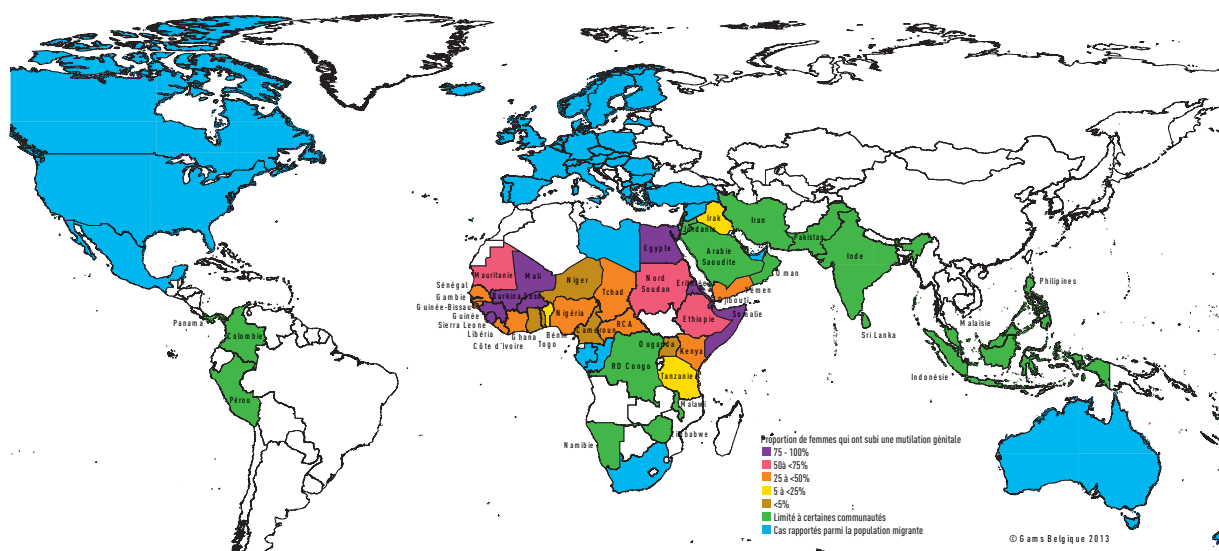
1 OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO. Eliminating female genital mutilation. An interagency statement [Online]. World Health Organization; 2008 [cited 2016 Apr 10]. Available from: URL http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596442_eng.pdf

PRÉVALENCE ET DISTRIBUTION

Les estimations les plus récentes (UNICEF 2016)¹ estiment que 200 millions de filles et de femmes ont subi une mutilation sexuelle féminine et que 3 millions de filles sont à risque chaque année. La moitié de la population concernées soit 100 millions est répartie dans trois pays : l'Egypte, l'Ethiopie et l'Indonésie. Si la pratique est présente dans au moins 28 pays africains, elle est aussi très présente en Asie (Indonésie, Malaisie,...) mais aussi au Moyen-Orient (Irak, Iran, ...) et en Amérique Latine (Colombie, Pérou). La prévalence diffère beaucoup selon les régions, y compris au sein même des pays. Le groupe ethnique et la région d'origine en sont des facteurs déterminants.

Les prévalences spécifiques par ethnie et région sont disponibles sur le site Demographic Health Survey Program pour une trentaine de pays qui pratiquent les MGF.²

PRÉVALENCE DES MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES DANS LE MONDE



Pays	Prévalence % 15-49 ans	Pays	Prévalence % 15-49 ans
Bénin	12,9	Mali	85,2
Burkina Faso	75,8	Mauritanie	72,2
Cameroun	1,4	Niger	2,2
Côte d'Ivoire	38,2	Nigeria	30,0
Djibouti	93,1	Nord Soudan	69,4
Egypte	91,1	Ouganda	1,4
Erythrée	88,7	Rép. centrafricaine	35,9
Ethiopie	74,3	Sénégal	25,7
Gambie	78,3	Sierra Leone	88,3
Ghana	3,8	Somalie	97,9
Guinée	95,8	Tanzanie	14,6
Guinée-Bissau	44,5	Tchad	44,2
Irak	8,1	Togo	3,9
Kenya	27,1	Yémen	38,2
Libéria	45,0		

1 http://www.unicef.org/media/files/FGMC_2016_brochure_final_UNICEF_SPREAD0.pdf

2 <https://dhsprogram.com/Publications/Publications-by-Country.cfm>

INTERDICTION PÉNALE EN BELGIQUE

La communauté internationale reconnaît les mutilations génitales féminines comme une violation grave des droits humains.

Pour protéger les filles et les femmes, la Belgique s'est munie d'une disposition pénale spécifique aux MGF. L'article 409 du code pénal prévoit :

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

La tentative sera punie d'un emprisonnement de huit jours à un an. Sera puni de la même peine quiconque aura incité à la pratique de toute forme de mutilation des organes génitaux d'une personne de sexe féminin ou aura, directement ou indirectement, par écrit ou verbalement fait, fait faire, publié, distribué ou diffusé de la publicité en faveur d'une telle pratique.

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

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

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

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

Si une MGF a été pratiquée à l'étranger sur une personne mineure,

Lorsque l'infraction (article 409 du code pénal) a été commise à l'étranger sur une personne mineure (et qu'il y a des éléments constitutifs Belgique), l'auteur (qui a pratiqué, facilité ou favorisé une MGF) pourra être poursuivi, à condition d'être trouvé sur le territoire belge (article 10 ter et article 12 du Code d'instruction criminelle).

ANNEXE 3. CONTEXTE LÉGAL DE L'OBLIGATION D'IDENTIFIER DES PERSONNES VULNÉRABLES ET CONSÉQUENCES

DIRECTIVES EUROPÉENNES

- Directive Accueil¹

L'obligation de l'Etat belge en matière d'identification de la personne vulnérable se trouve dans la Directive Accueil et sa refonte.

La refonte de la Directive relative à l'accueil prévoit une définition des personnes vulnérables incluant les victimes de mutilations génitales féminines (l'article 21). Elle cite nommément que « les États membres tiennent compte de la situation particulière des personnes vulnérables, telles que :

- ▶ les mineurs, les mineurs non accompagnés,
- ▶ les handicapés,
- ▶ les personnes âgées,
- ▶ les femmes enceintes,
- ▶ les parents isolés accompagnés d'enfants mineurs,
- ▶ les victimes de la traite des êtres humains,
- ▶ les personnes ayant des maladies graves,
- ▶ les personnes souffrant de troubles mentaux et
- ▶ les personnes qui ont subi des tortures, des viols ou d'autres formes graves de violence psychologique, physique ou sexuelle, par exemple les victimes de mutilation génitale féminine. »

Cette même refonte prévoit que les besoins spécifiques des personnes vulnérables doivent être identifiés dans un « délai raisonnable » après l'introduction de la demande d'asile. Ces besoins spécifiques doivent être également prévus si ces besoins se manifestent à un stade ultérieur de la procédure. Le soutien doit être mis à disposition du demandeur ou de la demandeuse d'asile pendant toute la durée de la procédure (art. 22).

La conséquence de cette identification est la mise en place d'un soutien adéquat, médical et psychologique pour les personnes qui ont subi la torture, le viol ou d'autres formes de violence (art. 25)

Les personnes qui travaillent dans l'accompagnement des personnes vulnérables doivent recevoir une formation appropriée concernant leurs besoins (art. 25).

1 Directive 2013/33/UE du Parlement européen et du Conseil du 26 juin 2013 établissant des normes pour l'accueil des personnes demandant la protection internationale, OJ L 180, 29.6.2013, p. 96–116.

- **La Directive Procédure¹**

La conséquence au niveau de la procédure d'asile de l'identification de personnes vulnérables est que ces personnes se voient octroyer des garanties dans le cadre de l'examen de la procédure d'asile. Par ailleurs, elles ne seront pas soumises à des procédures aux frontières. D'où la nécessité de prévoir une identification rapide de ces personnes en particulier.

Les garanties procédurales pour ces personnes vulnérables sont notamment :

- ▶ La formation des instances d'asile ainsi que la nécessité pour eux d'acquérir une connaissance sur les problèmes qui pourraient nuire à la capacité des demandeurs-ses d'être interrogé-e-s, par exemple des éléments selon lesquels le-la demandeur-se peut avoir été soumis à la torture dans le passé²
- ▶ Elle prévoit également la possibilité pour l'instance d'asile de prendre des avis auprès d'expert-e-s sur des thèmes spécifiques liés aux aspects médicaux, la culture, le genre, ou en lien avec l'enfant³
- ▶ Les victimes de torture ou d'autres formes graves de violence psychologique, physique ou sexuelle se verront accorder suffisamment de temps et un soutien adéquat pour préparer les entretiens personnels et les autres étapes essentielles de la procédure.
- ▶ Quant à l'entretien de détermination du statut, il est requis que l'agent/e de protection soit compétent sur les aspects liés à la culture du requérant, le genre ou sa vulnérabilité⁴.

LA CONVENTION D'ISTANBUL

La Convention d'Istanbul a été ratifiée par la Belgique le 14 mars 2016 et elle est entrée en vigueur le 1er juillet 2016 en Belgique. Elle stipule en son article 60 à ce sujet que les Etats doivent mettre en place des « des mesures législatives ou autres nécessaires pour développer des procédures d'accueil sensible au genre et des services de soutien pour les demandeurs d'asile (...).

LOI BELGE

La Loi du 12 janvier 2007 sur l'accueil des demandeurs d'asile définit également les personnes vulnérables (art. 36)⁵.

1 Directive 2013/32/UE du Parlement européen et du Conseil du 26 juin 2013 relative à des procédures communes pour l'octroi et le retrait de la protection internationale, OJ L 180, 29.6.2013, p. 60-95

2 Art. 4.3 de la Directive 2013/32/UE, o.c.

3 Art. 4.3 de la Directive 2013/32/UE, o.c.

4 Considérant 32 de la Directive 2013/32/UE.

5 Loi du 12 janvier 2007 sur l'accueil des demandeurs d'asile et de certaines autres catégories d'étrangers, MB du 7 mai 2012: http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&table_name=loi&cn=2007011252

Elle prévoit que dans le cadre de la désignation d'un lieu d'accueil, il soit tenu compte de la situation individuelle et familiale ainsi que du fait que la personne est considérée comme vulnérable (art. 11).

Dans les 30 jours qui suivent la désignation d'un lieu d'accueil, la situation personnelle du bénéficiaire de l'accueil est évaluée pour voir si l'accueil est adapté à ses besoins spécifiques. C'est le travailleur social qui doit établir un rapport d'évaluation, qu'il réalise à l'aide d'un questionnaire type, suite à au moins un entretien avec le ou la bénéficiaire. Les responsables des structures d'accueil doivent faire le nécessaire pour la mise en œuvre des mesures proposées dans le rapport d'évaluation. Le rapport d'évaluation est ensuite complété tous les 6 mois.

Dans le cadre de l'aide matérielle, tout-e demandeur-se d'asile a droit à un accompagnement médical, psychologique, social et une aide juridique (art. 23 à 34 de la loi) en fonction des besoins identifiés (liste de personnes ressources qualifiées pour les violences sexuelles et les MGF).

Les instructions de FEDASIL évoquent que le Dispatching tient compte de la vulnérabilité du demandeur-se d'asile lors de la désignation d'un lieu d'accueil (centre adapté aux besoins de la personne).

Quant aux conséquences de l'identification de la personne vulnérable sur la procédure d'asile le-la demandeur-se d'asile vulnérable doit être « aidé-e »/guidé-e par l'agent de protection. En effet, l'AR de procédure prévoit que dans le cadre de la procédure d'asile, il doit être tenu compte du fait que la personne est vulnérable¹. Par exemple, la mémoire traumatique rend parfois le discours incomplet, peu cohérent et il est important de reconnaître cette mémoire traumatique pour reconstituer la chronologie du récit. Par conséquent, l'instance d'asile devra aider la personne dans le cadre de l'établissement des faits et donc faire preuve de proactivité par rapport aux violences subies, dont l'excision.

1 Arrêté royal du 22 juillet 2003 fixant la procédure devant le Commissariat général aux Réfugiés et aux Apatrides ainsi que son fonctionnement, art. 4 ; L'agent tient compte des circonstances spécifiques dans le chef du demandeur d'asile, plus particulièrement, le cas échéant, la circonstance qu'il appartient à un groupe vulnérable.

ANNEXE 4 : TRANSMISSION D'INFORMATIONS ET LIMITES DU SECRET PROFESSIONNEL PARTAGÉ

De nombreux intervenants dans le secteur psycho médico-social sont tenus au secret professionnel. Cette obligation est inscrite à l'article 458 du code pénal belge qui prévoit des sanctions en cas d'infraction au secret professionnel.

Outre les exceptions prévues par la loi (art. 458bis du code pénal ; art.422bis du code pénal ; art.29 du code d'instruction criminelle), le partage d'informations entre travailleurs du secteur médico-psycho-social est admis à certaines conditions :

- ne peuvent être partagées que les informations indispensables à la réalisation de la mission commune (informations limitées aux éléments nécessaires à l'intervention) ;
- les autres professionnels impliqués sont tenus au secret professionnel et poursuivent les mêmes objectifs ;
- les bénéficiaires doivent être informés de ce que les informations vont être partagées et il faut obtenir leur accord, sauf si cela porte atteinte à l'intérêt de l'enfant.

ANNEXE 5. MODÈLE CERTIFICAT MÉDICAL DU CGRA

CERTIFICAT MÉDICAL

Veuillez compléter le présent certificat et le remettre à la personne qui vous le demande. Si elle le souhaite, cette personne transmettra le certificat au Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides (CGRA) dans le cadre de sa procédure d'asile ou de la procédure de suivi « mutilations génitales féminines » (« MGF ») en tant que réfugié reconnu. Vous trouverez davantage d'informations à ce sujet sur : <http://www.cgra.be/fr/mutilations-genitales-feminines>.

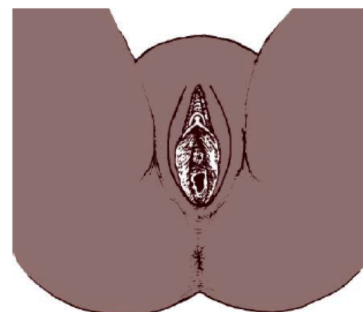
Si vous avez des questions sur les mutilations génitales féminines dans le cadre de la procédure d'asile ou sur la procédure de suivi « MGF », vous pouvez envoyer un courriel à l'adresse : CGRA-CGV5.FGM@ibz.fgov.be.

Établi le : _____ (date)	Établi par : (données du médecin (cachet))
À : _____ (lieu)	

Je soussigné(e), _____ (docteur en médecine),
déclare avoir **examiné** Mme/Mlle _____,
née le _____ à _____,

et avoir constaté que la situation actuelle est la suivante : (veuillez cocher les cases qui conviennent)

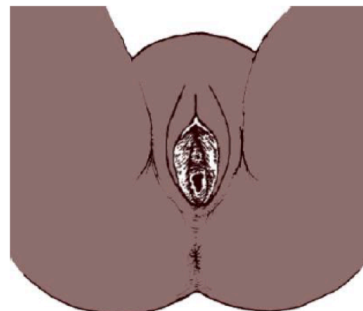
☐ Elle n'a **pas** subi de mutilations génitales féminines.



Vulve intacte

☐ Elle a subi une mutilation génitale féminine de **Type 1**, soit une clitoridectomie, à savoir l'ablation du prépuce ou capuchon du clitoris, avec ou sans ablation partielle ou totale du clitoris.

Les parties suivantes ont été coupées (veuillez préciser si c'est en totalité ou en partie) :



Type 1 : clitoridectomie

☐ Elle a subi une mutilation génitale féminine de **Type 2**, c'est-à-dire une excision, à savoir l'ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans ablation des grandes lèvres. En conséquence, la cicatrisation peut causer (ou a causé) un rétrécissement partiel de l'orifice vulvaire, de sorte que :

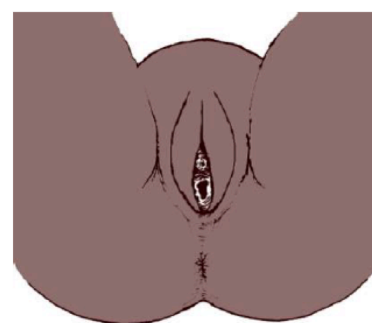
(veuillez cocher la mention qui convient)

☐ l'orifice urétral est libre

☐ l'orifice urétral est recouvert mais l'orifice vaginal n'est pas recouvert

☐ l'orifice urétral est recouvert **et** l'orifice vaginal est recouvert ou partiellement rétréci

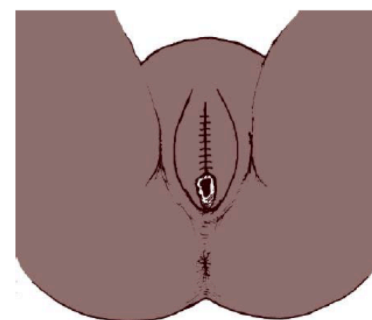
Les parties suivantes ont été coupées (veuillez préciser si c'est en totalité ou en partie) :



Type 2 : excision

☐ Elle a subi une mutilation génitale féminine de **Type 3**, c'est-à-dire une infibulation, à savoir le rétrécissement de l'orifice vaginal en créant une fermeture par l'ablation et l'accolement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres, parfois par suture, avec ou sans ablation du clitoris.

Les parties suivantes ont été coupées (veuillez préciser si c'est en totalité ou en partie) :



Type 3 : infibulation

☐ Elle avait subi une mutilation de **Type 3**, soit une infibulation, et a bénéficié d'une **désinfibulation partielle / désinfibulation complète** (veuillez barrer la mention inappropriée).

☐ Elle a bénéficié d'une **opération de reconstruction** (veuillez préciser laquelle).

☐ Elle a subi une mutilation génitale féminine de **Type 4**, c'est-à-dire toute intervention consistant en une ponction, un percement, une incision du clitoris et/ou des lèvres, la scarification ou la cautérisation des organes génitaux, ou une incision dans le vagin, en l'occurrence :

Conséquences sur le plan médical :

Traitement proposé :

SIGNATURE DU MÉDECIN

Données du médecin (**cachet**) :

Signature :

Les illustrations utilisées dans le présent certificat proviennent de l'illustratrice Clarice, dans : « Mutilations génitales féminines : Guide à l'usage des professions concernées », Bruxelles, 2011.

ANNEXE 6 : LETTRE TYPE POUR AVOCAT.E.S

Cher/chère Maître [NOM DE L'AVOCAT],

Je vous contacte sur demande de votre client, Mr./Mme./Mlle. [NOM ET PRENOM DEMANDEUR D'ASILE], de nationalité [NATIONALITE], né(e) le [DATE DE NAISSANCE] à [LIEU DE NAISSANCE].

Mr./Mme./Mlle. [NOM DEMANDEUR D'ASILE] a introduit une demande d'asile le [DATE D'INTRODUCTION DE LA DEMANDE D'ASILE]. Lors de cette demande d'asile, elle/[NOM DE LA FILLE] a invoqué avoir été victime d'un(e)/craindre subir un(e) MGF/mariage forcé/forme de persécution liée au genre.

Dans le cadre de l'accompagnement des filles et femmes concernées par les MGF ou autres formes de persécution liées au genre, je souhaite vous faire parvenir les informations suivantes :

- Avec l'accord de votre client, je vous fais parvenir, par la présente, le certificat d'excision qui a été complété par Dr. [NOM MEDECIN] et qui révèle une excision type [NUMERO DU TYPE D'EXCISION].
- Les associations GAMS (<http://gams.be/qui-sommes-nous/>) et Intact (<http://www.intact-association.org/fr/>) sont des associations spécialisées en matière de MGF. Sur leur site, vous trouverez des informations qui peuvent être utiles pour la préparation de la demande d'asile de votre client(e), telles que :
 - ▶ Le manuel pratique à l'usage des avocats : Les mutilations génitales féminines dans le cadre d'une demande d'asile
<http://www.intact-association.org/images/outils/manuel-avocats-2014.pdf>
 - ▶ Etude de jurisprudence relative à l'évaluation des demandes d'asile fondées sur des violences de genre au regard des documents médicaux et psychologiques
<http://www.intact-association.org/images/analyses/Studie-CHarlotte.pdf>
 - ▶ Etude de jurisprudence sur les pratiques traditionnelles liées au genre : le cas de la Guinée
http://www.intact-association.org/images/documents/le_cas_de_la_guinee%20site.pdf
 - ▶ Etude de jurisprudence sur les pratiques traditionnelles néfastes liées au genre
<http://www.intact-association.org/images/documents/etude-pratiques-ne-fastes-25-08-2011.pdf>
 - ▶ Mis à part ces études et manuels, l'association Intact publie également régulièrement sur son site des arrêts du Conseil du Contentieux des étrangers et du Raad voor Vreemdelingenbetwistingen relatifs aux violences liées au genre :
<http://www.intact-association.org/fr/documentation/jurisprudence.html>.

Si l'information recherchée ne peut être trouvée sur leur site, ces associations peuvent également être contactées directement:

- ▶ GAMS : 02 219 43 40
- ▶ Intact : +32 (0)499 83 29 42 (du mardi au jeudi) / contact@intact-association.org
- [Uniquement si c'est le cas] Pour votre information, l'association [NOM DE L'ASSOCIATION – TELLE QUE CONSTATS, ULYSSE, EXIL, GAMS/INTACT, ...] a déjà été contactée dans ce dossier afin de [OBJECTIF DU SUIVI]. Un premier rendez-vous a eu/aura lieu [DATE DU RENDEZ-VOUS]. Le dossier de votre client y est suivi par [NOM GESTIONNAIRE DOSSIER GAMS] qui est joignable, si nécessaire, au [NR DE TELEPHONE/EMAIL].

J'espère que ces informations vous sont utiles. N'hésitez pas à me contacter si vous avez des remarques ou questions relatives à ces informations.

Cordialement,

[NOM ASSISTANT SOCIAL]

ANNEXE 7 : LETTRE TYPE POUR GYNECOLOGUE

LETTRE de REFERENCE

À l'attention du Dr _____

Concerne : Madame Nom :

Prénom :

Date de naissance

Nous vous adressons Mme _____, G _____ P _____, originaire de _____ (pays), enceinte de _____ SA (DDR : ____ / ____ / ____)

qui présente une infibulation (Type 3 de la classification OMS) afin d'évaluer son pronostic d'accouchement et la nécessité de réaliser une désinfibulation au deuxième trimestre de grossesse (recommandations OMS 2016) ou lors de l'accouchement.

Merci de nous renvoyer une synthèse de votre examen clinique par retour de ce courrier.

