

MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES ET RÉFUGIÉ.E.S

Défis et préconisations



Bringing hearts and minds
together for children

REMERCIEMENTS

Nous remercions tout particulièrement notre partenaire de coopération

Deutsches Rotes Kreuz
Kreisverband Hamburg-Harburg e.V.

MENTIONS LÉGALES

Éditeur:

Plan International Deutschland e.V.

Bramfelder Straße 70
22305 Hamburg

Tél.: + 49 (0) 40 / 611 40-0

Fax: + 49 (0) 40 / 611 40-140

E-Mail: info@plan.de

www.plan.de

www.facebook.com/PlanDeutschland

www.twitter.com/PlanGermany

Responsable:

Maike Röttger, Directrice

Coordination:

Dr. Gwladys Awo

Auteurs:

Dr. Gwladys Awo, Ibrahim Gueye, Dr. Dan mon O'Dey,
Dr. med. Christoph Zern

Collaboration:

May Evers, Birgit Hüsing, Mohamed Maiga, Jens Raygrotzki

Photos: Sauf mention contraire © Plan International

Couverture: Égypte, scène tirée d'un théâtre d'ombres
représentant les problèmes liés aux conflits et aux réfugiés
(Plan International Deutschland).

Relecture et révision du texte original allemand : Annette Winkel

Mise en page: hausgemacht. – Hedda Christians

Traduction française: Hervé Richard

Impression: Thinkprint GmbH

Décembre 2019

avec le soutien du:

Cette publication est protégée par le droit d'auteur.
Tous droits réservés. Les images et les textes, même sous forme
d'extraits, ne peuvent être utilisés ni reproduits sans l'autorisation
préalable écrite de l'éditeur.



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

AVANT-PROPOS

Chères lectrices, chers lecteurs,

plus de 200 millions de filles et de femmes à travers le monde sont victimes de mutilations génitales. Cette pratique, qui consiste en l'ablation totale ou partielle des organes génitaux féminins externes, constitue une grave violation des droits humains. Il s'agit d'une intervention cruelle qui cause chez les personnes qui en sont victimes de sévères souffrances physiques et psychologiques, souvent à vie, parfois avec des conséquences fatales.

Les mutilations génitales féminines/excisions – ou MGF/E (en anglais: female genital mutilation/cutting, FGM/C) – sont essentiellement pratiquées dans certains pays d'Afrique et du Moyen-Orient. Mais entretemps, et du fait des flux migratoires mondiaux, cette pratique a gagné l'Europe. Rien qu'en Allemagne, on estime à environ 60.000 le nombre de filles et de femmes victimes de MGF/E, et 15.000 autres sont considérées comme menacées. Désormais, en Allemagne également, la question des MGF/E nous place devant des défis de taille. Nous considérons qu'il en va de notre responsabilité de mettre à profit de l'Allemagne la longue expérience que nous avons acquise à l'échelle internationale.

Les familles concernées vivant dans des centres de réfugiés sont souvent confrontées à de grandes difficultés: beaucoup de ces personnes ne parlent pas l'allemand, ne trouvent pas travail ou n'ont qu'un permis de séjour transitoire. Il est fréquent que ces personnes - hommes et femmes - se rattachent à de vieilles traditions comme pour retrouver une part de leur pays d'origine. C'est pourquoi il est fondamental que toutes les parties prenantes participent activement à notre travail contre les MGF/E. Il est fondamental également de mettre fin à la pression sociale et d'instaurer un climat de confiance. Seule une approche respectueuse de toutes et de tous peut aider à briser le silence et inciter les personnes à mettre fin à cette tradition.

En 2013 déjà, nous lançons à Hambourg, avec des membres particulièrement engagés des communautés africaines, un projet contre les mutilations génitales féminines/excisions. Ce projet visait à former des acteurs clés en qualité de multiplicateurs. Ces hommes et ces femmes ont de bons réseaux dans leurs communautés, où ils se chargent de transmettre les connaissances qu'ils ont sur les graves conséquences des MGF/E. Ils accomplissent avec le tact et la sensibilité nécessaires un travail éducatif sur les conséquences de l'excision, contribuant ainsi à un changement de mentalité durable au sein des communautés.

Entretemps, nous avons également fait profiter les centres d'accueil pour réfugiés de notre expertise, en premier lieu dans le cadre d'un projet pilote à Hambourg. Dans ce contexte, nous poursuivons une double approche: il s'agit, d'une part, de protéger les filles contre une possible excision et, d'autre part, de fournir un soutien aux femmes et aux filles concernées. En effet, ces filles et ces femmes ont besoin d'une aide médicale, de conseils pédagogiques, d'un accompagnement psychologique et de renseignements juridiques. La présente brochure d'information intitulée *Mutilations génitales féminines et Réfugié.e.s – Défis et préconisations* contribue à ce travail interdisciplinaire et constitue un aspect important du travail d'information et de sensibilisation effectué auprès des filles et des femmes concernées.

Cordialement,

Maike Röttger

SOMMAIRE

| | |
|--|----|
| 1. Informations essentielles | 5 |
| 1.1 Conseils linguistiques – Tact et sensibilité | 5 |
| 1.2 Les MGF/E dans le monde | 7 |
| 1.3 Les différents types de MGF/E | 8 |
| 1.4 Causes | 9 |
| 1.5 Conséquences et répercussions | 10 |
| 1.6 Cadre juridique | 11 |
| 1.7 Aspects relatifs au droit d’asile | 13 |
| 1.8 Droits des victimes | 15 |
| 1.9 Protection des victimes | 16 |
| 1.10 Protection de l’enfant | 17 |
| 2. Défis pour les femmes et filles concernées | 18 |
| 2.1 Défis liés à l’asile | 18 |
| 2.2 Conséquences et répercussions sur la procédure de demande d’asile | 20 |
| 3. Procédure de demande d’asile: recommandations pour les femmes affectées | 22 |
| 3.1 Interprètes | 22 |
| 3.2 Service de conseil dans les centres de réfugiés | 23 |
| 3.3 Avocates et avocats | 24 |
| 3.4 Gynécologues | 24 |
| 3.5 Pédiatres | 35 |
| 4. La reconstruction chirurgicale et plastique des organes génitaux féminins externes | 36 |
| 4.1 Conditions préalables | 36 |
| 4.2 Préparation | 37 |
| 4.3 En quoi consiste la reconstruction chirurgicale et plastique? | 37 |
| 4.4 Soins stationnaires | 38 |
| 4.5 Examens ultérieurs et suivi | 38 |
| 4.6 Désir d’enfant après la reconstruction | 38 |
| 5. Préconisations | 38 |
| Glossaire médical | 40 |
| Sources | 42 |
| Annexes | 44 |
| Les Mutilations génitales féminines/excisions dans d’autres langues | 44 |
| Modèle: Questionnaire consultation spéciale destinée aux femmes réfugiées en lien avec les MGF et autres violations des droits humains | 47 |

1. INFORMATIONS ESSENTIELLES

1.1 CONSEILS LINGUISTIQUES – TACT ET SENSIBILITÉ

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la mutilation génitale ou excision désigne toutes les interventions qui ont pour but l'ablation totale ou partielle des organes génitaux externes de la femme ou leur lésion (anglais: *female genital mutilation/cutting - FGM/C*).¹

Il existe à travers le monde de nombreux termes pour décrire cette pratique, chaque terme illustrant le point de vue de telle ou telle personne sur les mutilations génitales féminines ou excisions (cf. Tableau 1 et Annexe). Le terme choisi reflète souvent la manière de penser et l'idée que l'on se fait des MGF/E.

Cela va de l'approbation à la condamnation. Ainsi, à l'instar d'autres organisations, l'OMS parle volontairement de mutilations génitales féminines, afin de souligner la gravité des interventions et d'éviter par la même occasion toute analogie avec la circoncision masculine. En revanche, les communautés qui pratiquent les MGF utilisent souvent des termes plutôt positifs ou, du moins, neutres. Ainsi, dans certaines communautés de Guinée par exemple, le terme employé pour désigner les MGF/E signifie mot à mot: « aide mutuelle » (Alice Behrendt²)

TABLEAU 1: LES MGF/E DANS D'AUTRES LANGUES³

| Pays | Langue | Désignation | Signification |
|-----------|------------------------|---------------------------|---|
| Égypte | Arabe | khitan khifad thara | Excision Réduction Purification/pureté |
| Érythrée | Tigrinien Amharique | mekhnishab grazate | Excision/couper Excision |
| Indonésie | Malais | sunat perempuan | Excision ou tradition |
| Yémen | Arabe | al-takmeed | Compression |
| Colombie | Embera | curación | Guérison/traitement |
| Malaisie | Malais | wajib | Obligation religieuse, ordonnée par Allah (dieu) |

¹ WHO 2016 | ² Behrendt 2011a, p. 5 | ³ Cf. <http://nationalfgmcentre.org.uk/wp-content/uploads/2018/02/FGM-Terminology-for-Website.pdf> (consulté le: 10/09/2018)

Le choix du terme peut conduire à un dilemme. En effet, s'il est important de nommer expressément ce qui constitue une grave violation des droits humains, il est important également de faire preuve de tact et de sensibilité face aux personnes concernées. Or, lorsqu'elles entendent le terme de mutilation, certaines personnes se sentent mal à l'aise, agressées ou stigmatisées. Les organisations telles que le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et le Fonds des Nations unies pour la population (FNUAP) parlent désormais de Mutilations génitales féminines/excisions (MGF/E) et encouragent l'utilisation, tant en politique que dans le travail avec les communautés et les personnes concernées, de termes qui soient adaptés à chaque contexte. C'est également le raisonnement que suit Plan International Allemagne.

Recommandations linguistiques:

Il est important de veiller à ce que les termes employés correspondent bien au contexte particulier qu'il s'agit de désigner. Dans le choix des mots, en effet, il est très important de faire preuve de tact et de sensibilité, en particulier dans la relation avec les femmes et les filles concernées.

DES MOTS ADAPTÉS À CHAQUE CONTEXTE

| CONTEXTE | PUBLIC ET OFFICIEL | RELATION AVEC LES PERSONNES CONCERNÉES | POINT DE VUE DE LA VICTIME |
|-------------|---|---|---|
| APPLICATION | PUBLICATIONS, COMMUNICATION | CONSEIL, CONVERSATIONS D'ORDRE GÉNÉRAL | CONVERSATION CONFIDENTIELLE |
| DÉSIGNATION | MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES / EXCISIONS (MGF/E) | FR: EXCISER, EXCISION ALL: EXZIDIERN, EXZISION ANG: TO EXCISE, EXCISION | RENSEIGNEZ-VOUS SUR : <ul style="list-style-type: none"> • Comment désigne-t-on cette pratique dans votre langue? • Faut-il à l'avenir utiliser ce terme ou en préférer un autre? |

1.2 LES MGF/E DANS LE MONDE

Les MGF/E sont pratiquées depuis des milliers d'années. À l'heure actuelle, 200 millions de filles et de femmes en sont victimes à travers le monde⁴. Les MGF/E n'épargnent aucun continent.

Europe

Les mutilations génitales féminines/excisions progressent en raison de la migration observée en Europe, en particulier de la migration depuis des pays à forte prévalence de MGF/E⁵.

Dans la résolution de 2009 du Parlement européen portant sur la lutte contre les mutilations génitales féminines, le nombre de femmes et de jeunes filles vivant en Europe et ayant subi une mutilation/excision des organes génitaux est estimé à 500.000⁶.

Selon les estimations du Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR⁷), parmi toutes les femmes et filles ayant fui à travers le monde entre 2009 et 2012, 20.000 d'entre elles environ provenaient chaque année de pays dans

lesquels la mutilation génitale/l'excision est répandue. En 2013, ce nombre est passé à 25.000. Ces femmes et ces filles étaient pour la plupart originaires d'Égypte, d'Éthiopie, de Côte d'Ivoire, d'Érythrée, d'Irak, du Mali, du Nigeria et de Somalie. Aujourd'hui, en raison de la hausse des mouvements migratoires, leur nombre est certainement plus élevé encore.

Allemagne

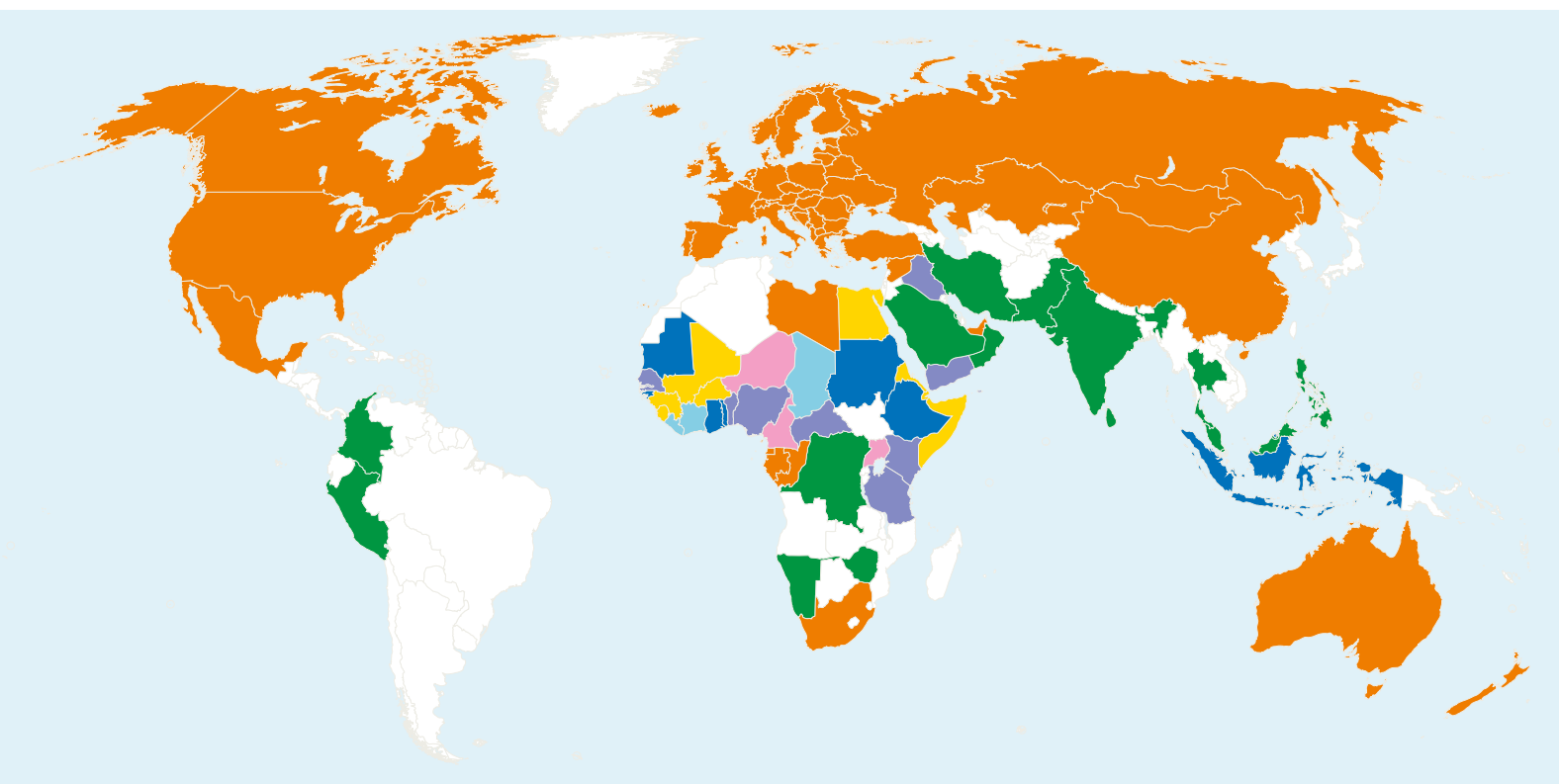
En 2017, plus de 60.000 femmes victimes de mutilations génitales féminine/d'excision vivaient en Allemagne.

TABLEAU 2:

ESTIMATION DU NOMBRE DE FEMMES VIVANT EN ALLEMAGNE ET VICTIMES DE MGF/E*

| | Février 2015* | Mai 2016* | Juin 2017* | Décembre 2017* |
|-----------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| Victimes | 35 715 | 48 770 | 58 093 | 64 812 |
| Menacées | 5 956 | 9 322 | 13 320 | 15 540 |

* Date de référence: Registre central des étrangers



POURCENTAGE DE FEMMES AYANT SUBI UNE MGF/E

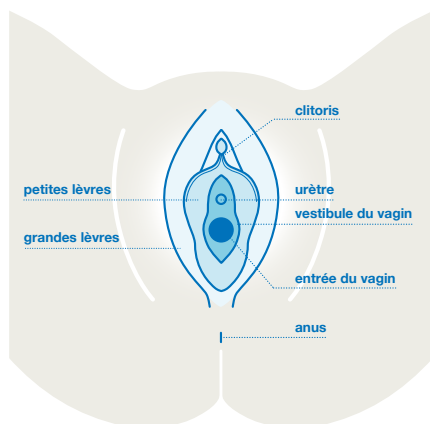
■ 75 à < 100 %
 ■ 50 à < 75 %
 ■ 25 à < 50 %
 ■ 5 à < 25 %
 ■ < 5 %
 ■ Limité aux communautés
 □ Cas signalés au sein de la population immigrée
 □ Aucune donnée disponible.

Données basées sur: UNICEF, G.A.M.S., Pharos

1.3 LES DIFFÉRENTS TYPES DE MGF/E

La classification la plus courante des différentes formes de mutilation génitale féminine/d'excision a été établie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Il s'agit de quatre types qui peuvent être à leur tour divisés en sous-types⁹.

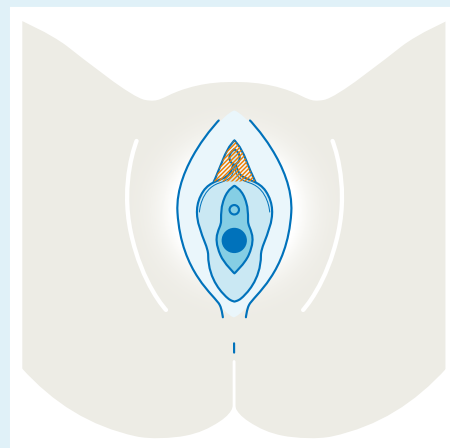
TABEAU 3: TYPES DE MGF/E SELON L'OMS



MGF TYPE I Clitoridectomie:

ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du prépuce

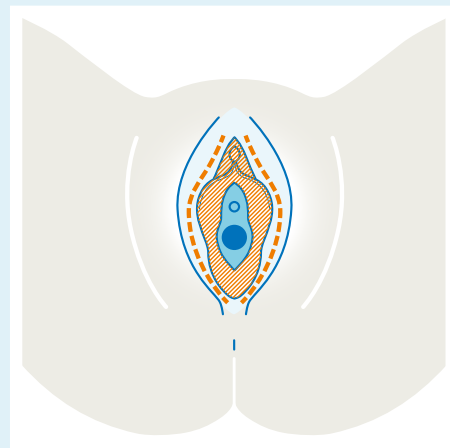
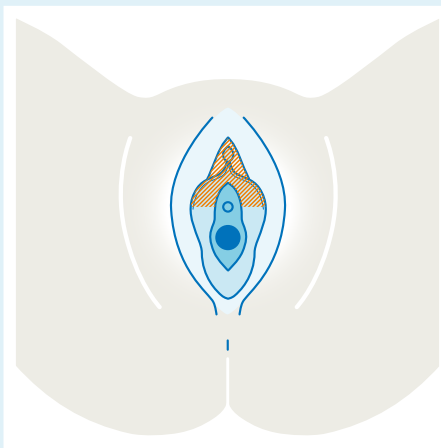
- a Ablation du capuchon clitoridien ou du prépuce uniquement
- b Ablation du clitoris et du prépuce



MGF TYPE II Excision:

ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres

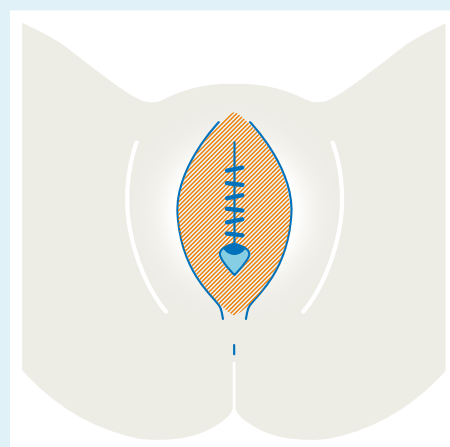
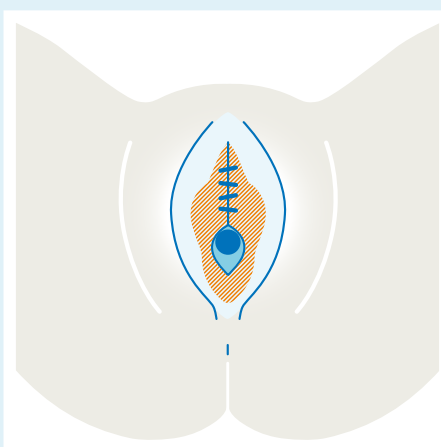
- a Ablation des petites lèvres uniquement
- b Ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres
- b Ablation partielle ou totale du clitoris, des petites lèvres et des grandes lèvres



MGF TYPE III Infibulation

ou 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.

- a Ablation et accolement des petites lèvres, avec ou sans ablation du clitoris
- b Ablation ou accolement des grandes lèvres, avec ou sans ablation du clitoris



MGF TYPE IV Toutes les autres interventions nocives

pratiquées sur les organes génitaux féminins à des fins non thérapeutiques, telles que la ponction, le percement, l'incision, la scarification et la cautérisation

Dans le langage courant, la MGF/E de type III est également appelée circoncision pharaonique¹⁰. Outre ces quatre types définis par l'OMS, il existe de par le monde de très nombreuses autres formes de MGF/E, les mutilations génitales/excisions variant en fonction de l'habileté de l'exciseuse ou de l'exciseur, et des instruments dont elle / il dispose.

⁹ WHO 2016 | ¹⁰ www.desertflowerfoundation.org/de/was-ist-fgm.html (consulté le: 04 octobre 2018)

1.4 CAUSES

Dans les communautés qui la pratiquent, les mutilations génitales féminines/excisions constituent une tradition profondément ancrée qui s'inscrit dans une conception culturelle du rôle des femmes, de la sexualité, de la famille et du mariage. La manière dont est justifiée la pratique des MGF/E varie d'une culture à l'autre.

Les mutilations génitales féminines/excisions étaient pratiquées bien avant la propagation des religions monothéistes¹¹. Il est important de signaler qu'aucune religion à travers le monde ne recommande la pratique des mutilations génitales féminines/excisions.

Le Tableau 4 rassemble les motifs les plus courants que l'on entend pour justifier cette pratique¹².

TABEAU 4 : JUSTIFICATIONS DES MGF/E

RAISONS MYSTIQUES

- Les sécrétions vaginales des femmes non excisées peuvent tuer les spermatozoïdes.
- Le clitoris peut blesser l'époux lors des rapports sexuels.
- Le clitoris présente des traits masculins et doit donc être supprimé pour le développement de la femme.
- L'enfant meurt si sa tête touche le clitoris au moment de la naissance.
- Une femme non excisée gâche la récolte si elle pénètre dans le champ.

SOCIÉTÉ ET RÔLES SOCIAUX TRADITIONNELS

- Forte pression sociale et contrainte de la communauté
- Préservation de l'honneur familial
- Formation de l'identité et acceptation sociale en tant que membre de la communauté/renforcement de l'appartenance au groupe
- Partie intégrante du rite d'initiation (rituel de transition de la fille à la femme). L'initiation est associée à des événements positifs comme la distribution de cadeaux, la fête, la position sociale plus élevée en tant que femme.

MARIAGE, UNION ET FAMILLE

- Meilleures chances de mariage
- Conserver la virginité avant le mariage
- Mariage forcé et mariage précoce
- Préserver la fidélité conjugale
- Atteindre une meilleure fertilité
- Augmentation de la satisfaction sexuelle de l'homme

RELIGION

- Obligation religieuse
- Pression exercée par les autorités religieuses

RENTABILITÉ

- Meilleures chances de mariage => Perspective du prix de la fiancée
- Prix plus élevé de la fiancée
- Grand prestige et revenu élevé pour les exciseuses et exciseurs
- Éviter l'isolement économique de la famille concernée

HYGIÈNE, SANTÉ ET CORPS

- Les organes génitaux féminins sont considérés comme impurs et abritant de nombreuses maladies.
- Le vagin excisé est perçu comme beau et pur.
- Peurs et représentations du corps: sinon croissance disproportionnée du clitoris et/ou des lèvres

AUTRES RAISONS / CONTRÔLE SEXUEL

- Après la naissance, le vagin défibulé pour l'accouchement est de nouveau infibulé (réinfibulation) dans de nombreux cas, également lorsque l'époux est amené à voyager.
- Après la constatation d'une première excision non « conforme », la réexcision (nouvelle mutilation génitale) est employée comme mesure punitive pour les femmes de retour après une fuite.
- Empêchement de l'épanouissement sexuel

MÉDICALISATION

- Afin de légitimer la pratique, l'intervention est effectuée dans certains pays par des médecins, des sages-femmes ou des infirmières.

1.5 CONSÉQUENCES ET RÉPERCUSSIONS

Les mutilations génitales féminines/excisions sont douloureuses et traumatisantes, car elles sont réalisées dans la plupart des cas sans anesthésie. Par ailleurs, l'ablation ou la lésion du tissu génital

perturbe le fonctionnement naturel du corps et peut entraîner de nombreuses complications directes et/ou durables de l'appareil urinaire et des organes sexuels. Enfin, elle pèse lourdement sur la psyché des personnes qui en sont victimes.

L'OMS¹³ a établi une liste de risques potentiels. Cette liste est reproduite dans le Tableau 5.

TABEAU 5: RISQUES LIÉS AUX MGF/E

RISQUES GRAVES¹⁴

| Risques | Remarques |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Hémorragie / saignement Douleurs | <ul style="list-style-type: none"> Saignements importants |
| <ul style="list-style-type: none"> Choc | <ul style="list-style-type: none"> hémorragique, neurogène ou septique |
| <ul style="list-style-type: none"> Gonflement du tissu génital | <ul style="list-style-type: none"> en raison de la réaction inflammatoire ou de l'infection locale |
| <ul style="list-style-type: none"> Infections | <ul style="list-style-type: none"> Infections locales aiguës, formation d'abcès, septicémie Abcès, infections des organes génitaux et de l'utérus, infections de l'uretère Risques liés au VIH FGM/C favorise le risque d'infection au VIH en cas d'utilisation d'instruments d'excision non stérilisés |

RISQUES À LA NAISSANCE¹⁵

| Risques | Remarques |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Contractions prolongées | |
| <ul style="list-style-type: none"> Accouchement difficile/complicé (césarienne, forceps, épisiotomie) | |
| <ul style="list-style-type: none"> Déchirures/plaies dues à l'accouchement | |
| <ul style="list-style-type: none"> Enfant mort-né et mort des prématurés | |
| <ul style="list-style-type: none"> Réanimation de l'enfant lors de l'accouchement | |
| <ul style="list-style-type: none"> Hémorragie après l'accouchement | <ul style="list-style-type: none"> Perte de sang de 500 ml ou plus lors de l'accouchement |
| <ul style="list-style-type: none"> Séjour hospitalier prolongé | |

PERTURBATION DES FONCTIONS SEXUELLES¹⁶

| Risques | Remarques |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Coït douloureux (douleurs pendant les rapports sexuels) | <ul style="list-style-type: none"> Pour le type III, risque accru d'apparition de ces douleurs par rapport aux types I et II. |
| <ul style="list-style-type: none"> Épanouissement sexuel réduit Désir sexuel réduit et stimulation réduite Lubrification réduite lors des rapports sexuels Fréquence réduite ou absence d'orgasmes | <ul style="list-style-type: none"> Isolement, douleurs, états anxieux, conflits conjugaux, faible estime de soi |

RISQUES PSYCHOLOGIQUES¹⁷

| Risques | Remarques |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> État de stress post-traumatique (ESPT) | <ul style="list-style-type: none"> États anxieux, dépression, agressions, irritabilité, identité diffuse, perte de la propre identité |

RISQUES À LONG TERME¹⁸

| Risques | Remarques |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Lésion du tissu génital | <ul style="list-style-type: none"> avec douleurs chroniques au clitoris |
| <ul style="list-style-type: none"> Secrétions vaginales | <ul style="list-style-type: none"> causées par des infections chroniques des organes génitaux |
| <ul style="list-style-type: none"> Démangeaisons vaginales | |
| <ul style="list-style-type: none"> Problèmes menstruels | <ul style="list-style-type: none"> Dysménorrhée (douleurs menstruelles), règles irrégulières, Écoulement retardé des sécrétions menstruelles |
| <ul style="list-style-type: none"> Infections chroniques des organes génitaux Augmentation des infections génitales | <ul style="list-style-type: none"> de la vulve et du vagin, vaginose bactérienne Douleurs abdominales chroniques |
| <ul style="list-style-type: none"> Urétrite | <ul style="list-style-type: none"> récurrente |
| <ul style="list-style-type: none"> Miction douloureuse | <ul style="list-style-type: none"> souvent à cause de l'obturation de l'uretère ou de l'urètre et infections fréquentes de l'uretère |

¹³ WHO 2016 | ¹⁴ Berg 2014 a, Lavazzo 2013 | ¹⁵ Berg 2014 b, WHO 2006 | ¹⁶ Berg 2010, Vloeberghs 2012 | ¹⁷ Vloeberghs 2012 | ¹⁸ Berg 2014 a, Lavazzo 2013

1.6 CADRE JURIDIQUE

International

De nombreuses conventions et résolutions des Nations Unies (ONU), de l'Union Européenne (UE) ou encore de l'Allemagne définissent les mutilations génitales féminines/excisions comme une grave violation des droits humains.

RÉSOLUTIONS ET CONVENTIONS INTERNATIONALES

| | |
|--|---|
| Déclaration universelle des droits de l'homme des Nations Unies (1948) | Les femmes et les filles ont le droit de vivre en toute indépendance, en toute liberté, et en toute dignité. Elles ne sauraient être victimes de traitements cruels, inhumains ou dégradants. |
| Convention sur les droits des femmes (1981) | L'article 2 oblige les États parties à mettre fin à toute forme de discrimination à l'égard des femmes. Il convient de supprimer toutes les lois, ordonnances, coutumes et pratiques à caractère discriminatoire, et d'en adopter de nouvelles visant à renforcer la protection des filles et des femmes. |
| Convention relative aux droits de l'enfant (1989) | La convention invite tous les gouvernements à prendre toutes les mesures efficaces et appropriées en vue d'éliminer les coutumes qui nuisent à la santé des enfants. |
| Résolution de l'ONU | Dans l'article 2 a, les mutilations génitales féminines figurent en tant que forme de violence spécifique à l'égard des femmes. |
| « Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes » (1993) | « La violence à l'égard des femmes s'entend comme englobant, sans y être limitée, les formes de violence énumérées ci-après: [...] les mutilations génitales et autres pratiques traditionnelles préjudiciables à la femme [...] » |
| Conférence mondiale sur la population (Le Caire 1994) – Programme d'action | Notamment dans l'objectif 4.22: « Il est instamment demandé aux gouvernements d'interdire les mutilations sexuelles des femmes dans tous les pays où ces pratiques existent et d'appuyer énergiquement les efforts menés par les organisations non gouvernementales, les associations communautaires et les institutions religieuses pour y mettre fin. » |
| Conférence mondiale sur les femmes à Beijing (Pékin) 1995 – Programme d'action | Notamment au chapitre 4.1 Droits humains des femmes, section 232 h: « Interdire la mutilation génitale des filles là où cette pratique existe et appuyer énergiquement les efforts déployés par les organisations communautaires, non gouvernementales et religieuses pour éliminer ces pratiques. » |
| Résolution de l'ONU « Intensification de l'action mondiale visant à éliminer les mutilations génitales féminines » (2012) | Les États sont notamment appelés à condamner et à poursuivre en justice les mutilations génitales, à renforcer les activités de sensibilisation ainsi qu'à mettre en œuvre davantage de programmes d'information et de sensibilisation. |

* Résolution des Nations Unies: En dehors du Conseil de sécurité de l'ONU, les résolutions des Nations Unies ne sont généralement pas contraignantes. Toutefois, elles peuvent avoir un effet non négligeable en tant que « soft law ».

** Les conventions des Nations Unies sont des traités universels contraignants entre tous les États membres des Nations Unies ou certains d'entre eux et qui sont ratifiés par les organes nationaux (en Allemagne: Bundestag et Bundesrat) correspondants.

Europe

UNION EUROPÉENNE

| | |
|--|---|
| Convention Européenne des Droits de l'Homme (CEDH) (1950) | Article 3: « Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants. » |
| Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique (2011) (Convention d'Istanbul) | Article 38: « Mutilations génitales féminines » Interdiction de toutes les formes de mutilation génitale féminine. Interdiction également d'inciter - de quelque façon que ce soit - ou d'obliger une femme ou une fille à subir une telle pratique. |
| Directive * 2011/95/EU du Parlement européen et du Conseil (2011) – concernant les normes relatives aux conditions que doivent remplir les ressortissants des pays tiers ou les apatrides pour pouvoir bénéficier d'une protection internationale, à un statut uniforme pour les réfugiés ou les personnes pouvant bénéficier de la protection subsidiaire, et au contenu de cette protection¹ | Dans le considérant 30, les MGF/E constituent un des critères pertinents permettant d'identifier les personnes soumises dans leur pays d'origine à des persécutions ou à d'autres dangers. |

¹ NDT: on trouvera le texte français ici: <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:337:0009:0026:fr:PDF>

Commission européenne: Communication de la Commission au Parlement européen et au Conseil sur l'éradication de la mutilation génitale féminine (FGM) (2013)

La communication contient les points suivants:

- Mieux comprendre la problématique des MGF dans l'UE
- Encourager et promouvoir une transformation sociale durable qui permette d'empêcher les MGF
- Appuyer les États membres pour permettre des poursuites pénales plus efficaces contre les MGF
- Protéger les femmes menacées sur le territoire de l'UE
- Encourager la fin des MGF dans le monde entier

Parlement européen (février 2018) résolution

Tolérance zéro envers les mutilations génitales chez les femmes

*En droit européen, seules les ordonnances sont directement contraignantes. Les directives, en revanche, doivent être mises en œuvre par les États membres. Elles se retrouvent donc finalement dans le droit national.

Allemagne

La République fédérale d'Allemagne a ratifié toutes les conventions internationales en vigueur sur le sujet et les a transposées dans sa législation nationale. Ainsi, par exemple, ont été transposés en droit allemand la Convention sur les droits des femmes en 1985, et le protocole facultatif relatif à cette convention en 2002.

Il en va de même pour les conventions européennes. En avril 2017, le parlement fédéral allemand (Bundes-tag) a débattu du projet de loi relatif à la convention dite d'Istanbul et en a décidé la ratification le 1er juin 2017. Cette convention est entrée en vigueur en Allemagne le 1er février 2018.

Les mutilations génitales féminines/excisions ont été intégrées au Code pénal allemand en 2013 et constituent une infraction en tant que telle (§ 226 a StGB), c'est à dire un préjudice physique grave passible

d'une peine d'emprisonnement pouvant aller jusqu'à 15 ans.

Depuis 2015, le fait de conduire temporairement à l'étranger une fille résidant en Allemagne dans le but de lui faire subir une mutilation génitale constitue dorénavant une infraction (§ 5 par. 9 a, b StGB).

Afin de compliquer la tâche de qui voudrait se livrer à ce type d'infraction à l'étranger, le gouvernement fédéral a adopté en décembre 2016 une modification de la loi sur les passeports. Dorénavant, les personnes qui veulent se rendre à l'étranger avec des filles ou des femmes dans le but de leur faire subir des mutilations génitales peuvent se voir retirer leur passeport (§ 8 en lien avec § 7 par. 1 n° 11 PassG). La délivrance d'un passeport peut leur être refusé au même motif (§ 7 par. 1 n° 11 PassG).

LOI FONDAMENTALE DE LA RÉPUBLIQUE FÉDÉRALE D'ALLEMAGNE¹⁹

**Article 2
par. 2**

« Chacun a droit à la vie et à l'intégrité physique. La liberté de la personne est inviolable. Des atteintes ne peuvent être portées à ces droits qu'en vertu d'une loi. »

LOIS APPLICABLES EN MATIÈRE DE POURSUITES PÉNALES²⁰
(StGB – Code pénal allemand)

§ 5 par. 9 a, b StGB

MGF effectuée dans un pays étranger mais présentant un lien avec l'Allemagne
« Infractions portant atteinte à l'intégrité physique dans les cas visés par le § 226a, lorsque l'auteur est allemand au moment des faits ou si les faits sont dirigés contre une personne ayant son domicile ou son lieu de résidence habituel en Allemagne. »

§ 25 par. 2 StGB

« Si l'infraction est commise par plusieurs personnes collectivement, chacune des personnes est punie individuellement en tant qu'auteur de l'infraction (complice). »

§ 26 StGB

« Est puni en tant qu'instigateur l'auteur d'une infraction ayant intentionnellement incité une autre personne à commettre intentionnellement un acte illicite. »

§ 27 StGB

« Est punie en tant que complice toute personne ayant intentionnellement aidé une autre personne à commettre intentionnellement un acte illicite. »

§ 78 StGB

« La prescription est suspendue jusqu'aux 30 ans révolus de la victime en cas d'infractions visées au [...] § 226a. »

§ 171 StGB

Manquement au devoir d'assistance ou d'éducation (parents)
« Quiconque manque gravement à son devoir d'assistance ou d'éducation vis-à-vis d'une personne de moins de seize ans [...] (développement physique ou psychique), [...] est passible d'une amende ou d'une peine d'emprisonnement pouvant aller jusqu'à trois ans. »

¹⁹ www.gesetze-im-internet.de/gg/art_2.html (consulté le: 05/09/2018) | ²⁰ www.gesetze-im-internet.de/stgb/ (consulté le: 05/09/2018)

| | |
|--------------------------|--|
| § 225 par. 1 StGB | Maltraitance de mineurs sous protection « Quiconque se rend coupable de tortures ou de maltraitances [...] sur une personne de moins de dix-huit ans, ou quiconque nuit à la santé d'une personne de moins de dix-huit ans pour avoir – et ce, de manière malveillante – manqué à son devoir de soin et d'assistance envers cette personne, est passible d'une peine d'emprisonnement allant de six mois à dix ans. » |
| § 226 a StGB | Les MGF constituent une infraction « Quiconque inflige à une femme une mutilation de ses organes génitaux externes est passible d'une peine d'emprisonnement d'au moins un an. » |
| § 228 StGB | Qualification d'infraction même en cas de consentement « Quiconque blesse physiquement une personne avec le consentement de celle-ci n'agit illégalement que si les faits sont contraires aux bonnes mœurs, et ce malgré le consentement de la personne. » |

En ce qui concerne les poursuites pénales, le gouvernement fédéral²¹ a répondu à une requête en avril 2018: « Les mutilations génitales féminines sont saisies depuis 2014 dans les statistiques policières de la criminalité. En 2014, 2015 et 2016, aucun cas n'a été répertorié. » Le gouvernement fédéral ne dispose d'aucune information relative à l'introduction d'une procédure d'enquête pénale pour mutilation génitale féminine à l'étranger (§ 5 par. 9 a, b StGB)

DROIT COMMUN/DROIT CIVIL (BGB – Code civil allemand²²)

| | |
|-----------------------------------|--|
| § 1666 par. 1 phrase 1 BGB | Mesures juridiques en cas de mise en danger du bien-être de l'enfant « Si le bien-être physique, psychique et spirituel de l'enfant ou son patrimoine sont mis en danger et si les parents ne sont pas disposés à écarter le danger ou se trouvent dans l'incapacité de le faire, le tribunal familial doit alors prendre les mesures nécessaires pour écarter le danger. » |
|-----------------------------------|--|

La Cour fédérale de justice²³ a confirmé en 2004 son arrêt selon lequel une mère a été empêchée de se rendre avec son enfant en Gambie. Son autorisation de séjour lui a été retirée en vertu du § 1666 par. 1 BGB, car sa fille courrait le risque d'être excisée en Gambie.

L'Ordre fédéral des médecins allemands²⁴ souligne explicitement que les mutilations génitales féminines/excisions constituent une infraction. De la même manière, une mutilation génitale effectuée par un médecin (femme ou homme) en Allemagne est également contraire au code de déontologie qui s'applique à tous les médecins allemands (femmes et hommes).

CODE DE DÉONTOLOGIE POUR LES MÉDECINS (FEMMES ET HOMMES) EXERÇANT EN ALLEMAGNE (Dernière mise à jour: 2018²⁵)

| | |
|--|--|
| § 2 par. 1 MBO-Ä (Codes de déontologie pour les médecins allemands) | « Les médecins exercent leur profession en leur âme et conscience, dans le respect de la déontologie médicale et de l'éthique. Il leur est absolument interdit de reconnaître des principes ou d'observer des prescriptions ou instructions qui sont incompatibles avec leur mission, avec la déontologie et avec l'éthique. » |
|--|--|

1.7 ASPECTS RELATIFS AU DROIT D'ASILE

La Commission européenne²⁶ et le Parlement européen²⁷ ont régulièrement rappelé l'importance de la directive de 2011 définissant les conditions que doivent remplir les ressortissants des pays tiers ou les apatrides pour pouvoir bénéficier d'une protection internationale (cf. ci-dessus 1.6 Europe).

DIRECTIVE 2011/95/EU DU PARLEMENT EUROPÉEN ET DU CONSEIL (2011)

| | |
|-----------------------|---|
| Article 9, 2 a | Les violences psychiques, physiques ou sexuelles constituent des motifs suffisants pour pouvoir bénéficier d'une protection internationale. |
|-----------------------|---|

²¹ Bundestag 2018 | ²² www.gesetze-im-internet.de/bgb/index.html#BJNR001950896BJNE162701377 (consulté le: 20/09/2018) | ²³ <http://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=en&nr=31519&pos=0&anz=1> (consulté le: 21/09/2018) | ²⁴ Bundesärztekammer 2016 | ²⁵ www.bundesärztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MBO/MBO-AE.pdf (consulté le: 24/09/2018) | ²⁶ Commission européenne 2013 | ²⁷ Parlement européen 2012 ; European Parliament 2018

| | |
|--|--|
| Considérant 30 | On veillera à prendre dûment en considération les questions liées au genre du demandeur, questions qui peuvent être liées à certaines traditions juridiques et coutumes. À ce sujet, la directive mentionne explicitement les mutilations génitales féminines. |
| Considérant 36 | La protection internationale est étendue aux parents, car en refusant de soumettre leur(s) fille(s) à une MGF, ils peuvent se voir exposés à de réels dangers. |
| Considéranants 18, 19 et article 20.5 | La directive souligne l'importance de l'intérêt supérieur de l'enfant. En effet, en présence de diverses dispositions juridiques, c'est d'abord l'intérêt supérieur de l'enfant que les États membres doivent prendre en considération. |

Allemagne

L'entrée et le séjour de citoyens étrangers dans le pays sont régis par le Droit relatif aux étrangers. En janvier 2005, la nouvelle loi sur l'immigration est entrée en vigueur, suivie par sa réforme en août 2017. Le point essentiel de la réforme est la mise en œuvre de onze directives européennes relatives au droit de séjour et au droit d'asile.

La loi sur le séjour prévoit que le statut de réfugié est accordé même en cas de persécution non perpétrée par un État, sur le modèle de la Directive européenne dite de Qualification. En outre, la reconnaissance des persécutions fondées sur le genre est dorénavant effective. Toute persécution qui est liée uniquement au sexe de la personne constitue donc dorénavant une menace contre la vie ou l'intégrité physique.

LOI PORTANT SUR LE DROIT D'ASILE

(AsylG²⁸)

| | |
|---|--|
| § 1 Champ d'application | « (1) Cette loi s'applique aux étrangers faisant les demandes suivantes: [...] 2. Protection sociale en vertu de la directive 2011/95/UE du Parlement européen et du Conseil du 13 décembre 2011 portant sur les normes relatives aux conditions que doivent remplir les ressortissants des pays tiers ou les apatrides pour pouvoir bénéficier d'une protection internationale, à un statut uniforme pour les réfugiés ou les personnes pouvant bénéficier de la protection subsidiaire, et au contenu de cette protection (ABl. L 337 du 20.12.2011, p. 9); la protection internationale au sens de la directive 2011/95/UE comprend la protection contre la persécution conformément à la Convention du 28 juillet 1951 sur le statut des réfugiés (BGBl. 1953 II p. 559, 560) et la protection subsidiaire au sens de la directive; selon la directive 2004/83/CE du Conseil du 29 avril 2004 sur les normes minimales relatives aux conditions que doivent remplir les ressortissants des pays tiers ou les apatrides pour pouvoir prétendre au statut de réfugié ou de personne qui, pour d'autres raisons, a besoin d'une protection internationale (ABl. L 304 du 30.9.2004, p. 12) la protection internationale accordée est similaire à la protection internationale au sens de la directive 2011/95/UE; le § 104 paragraphe 9 de la loi sur le séjour demeure inchangé. » |
| § 3 a Actes de persécution | Par. 1 n°. 1: « Sont considérés comme des persécutions au sens du § 3 paragraphe 1 les actes qui, en raison de leur nature ou de leur répétition, sont suffisamment graves pour constituer une grave violation des droits humains fondamentaux, en particulier des droits auxquels il n'est pas permis de déroger selon l'article 15 paragraphe 2 de la Convention du 4 novembre 1950 sur la protection des droits de l'homme et des libertés fondamentales (BGBl. 1952 II p. 685, 953). » Par. 2: « Peuvent notamment être qualifiés de persécutions au sens du paragraphe 1 les actes suivants: 1. le recours à la violence psychique ou physique, y compris la violence sexuelle [...]. 6. Les actes fondés sur l'appartenance sexuelle ou dirigés contre les enfants. » |
| § 3 b Motifs de persécution | Par. 1 n° 4 « [...] une persécution relative à l'appartenance à un certain groupe social peut également s'appliquer lorsqu'elle se base uniquement sur le sexe ou l'identité sexuelle [...]. » |
| § 3 c Acteurs pouvant être à l'origine de persécutions | n°3 « La persécution peut être le fait d'acteurs non-étatiques, dès lors que les acteurs mentionnés aux numéros 1 et 2, y compris les organisations internationales, ne sont manifestement pas en mesure ou désireux d'offrir une protection contre la persécution au sens du § 3 d, et ce, indépendamment de la présence ou non d'un pouvoir étatique dans le pays. » |

²⁸ www.gesetze-im-internet.de/asylvfg_1992/index.html#BJNR111260992BJNE016300311 (consulté le: 24/09/2018)

§ 4 Protection subsidiaire

« (1) Un étranger peut bénéficier de la protection subsidiaire s'il a fourni des raisons sérieuses permettant de supposer avec vraisemblance qu'il fait dans son pays d'origine l'objet d'une menace grave. Sont considérées comme des menaces graves:

1. la condamnation à ou l'exécution de la peine de mort,
2. la torture, le traitement inhumain ou dégradant, la condamnation ou
3. une menace individuelle sérieuse de la vie ou de l'intégrité d'une personne civile consécutive à des actes de violence aveugle dans le cadre d'un conflit international ou national armé. »

Plusieurs demandes d'asile fondées sur le risque de subir une mutilation génitale féminine/excision ont abouti favorablement. Ces jugements sont documentés²⁹.

Selon les estimations pour l'année 2011 du Haut Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (UNHCR), 1962 demandes d'asile fondées sur des MGF/E ont été traitées en Allemagne en France, en Grande-Bretagne, en Italie, aux Pays-Bas et en Suède, dont 184 en Allemagne³⁰.

On trouvera d'autres informations et exemples de jugements à l'adresse suivante:
www.netzwerk-integra.de/dokumente/recht-deutschland/

1.8 DROITS DES VICTIMES

Protection pénale

En Allemagne, en vertu du § 226 a StGB, les infractions graves telles que les mutilations génitales féminines/excisions ne nécessitent pas de dépôt de plainte séparé de la part de la femme concernée. Néanmoins, les délits correspondants peuvent – et doivent – être dénoncés auprès de la police ou du ministère public afin qu'une procédure puisse être engagée. De cette manière, l'infraction peut faire l'objet de poursuites pénales.

Loi d'indemnisation des victimes

Toute personne victime d'un acte de violence intentionnel et subissant de ce fait un préjudice pour sa santé peut, en vertu de la loi d'indemnisation des victimes (OEG)³¹, demander les prestations suivantes:

- Traitements curatifs et médicaux (y compris psychothérapie)
- Prestations de retraite
- Prestations de l'assistance sociale
- Mesures de réhabilitation

Depuis 2009, la loi permet également aux personnes concernées de bénéficier de prestations, même si l'acte de violence s'est produit à l'étranger.³²

LOI D'INDEMNISATION DES VICTIMES

(OEG³³)

§ 1 par. 1 – Droit à une pension

« Quiconque [...] a subi une atteinte à la santé suite à une agression volontaire intentionnelle et illégale contre sa personne ou une autre personne, ou en se défendant légitimement, obtiendra sur simple demande une pension pour palier aux conséquences médicales et financières au titre des prescriptions de la loi fédérale sur l'assistance aux victimes de guerre. »

Protection civile

Par ailleurs, des actions en dommages et intérêts peuvent être intentées devant les tribunaux civils allemands contre le ou les auteurs et / ou leurs complices. Comme base juridique pour de telles actions en dommages et intérêts, on tiendra compte en particulier du § 823 par. 1 BGB ainsi que du § 823 par. 2 BGB en lien avec une norme de protection des individus du StGB, par exemple le § 226 a StGB.

²⁹ Deutscher Bundestag 2018 b | ³⁰ UNHCR 2013 | ³¹ www.bmas.de/DE/Themen/Soziale-Sicherung/Soziale-Entschaedigung/Opferentschaedigungsrecht/oeg.html (consulté le: 08 octobre 2018) |

³² www.bmas.de/DE/Themen/Soziale-Sicherung/Soziale-Entschaedigung/Opferentschaedigungsrecht/oeg.html (consulté le: 08/10/2018) | ³³ www.gesetze-im-internet.de/oeg/index.html (consulté le: 21/09/2018)

1.9 PROTECTION DES VICTIMES

Le 15 novembre 2012, l'UE a adopté la directive sur la protection des victimes³⁴. Cette directive a été transposée en Allemagne dans la procédure pénale au moyen de la Loi sur le renforcement des droits de victimes (3. Opferrechtsreformgesetz³⁵). Cette loi doit permettre de mieux informer les personnes victimes d'infractions sur leurs droits durant toute la procédure. Une nouveauté importante est qu'elle contient une loi autonome pour l'accompagnement psychosocial³⁶. Cette loi est entrée en vigueur en janvier 2017.

La directive européenne Accueil³⁷ de 2013 vise à garantir aux demandeurs d'asile des conditions d'accueil dignes (notamment l'hébergement) et à assurer le respect des droits fondamentaux des personnes concernées. Cette directive n'ayant pas été transposée en droit national allemand avant expiration du délai en juillet 2015, son application directe est encore floue.

LOI SUR LE RENFORCEMENT DES DROITS DES VICTIMES DURANT LA PROCÉDURE PÉNALE

(3. Opferrechtsreformgesetz)

Loi sur l'accompagnement psychosocial (Code de procédure pénale StPO § 406 g³⁸)

par. 1

« Les personnes blessées peuvent avoir recours à l'assistance d'un accompagnateur (h/f) psychosocial. L'accompagnateur psychosocial est habilité, lors des entretiens et durant l'audience principale, à être présent aux côtés de la personne blessée. »

DIRECTIVES EUROPÉENNES

Directive euro-victimes de la criminalité (2012)

Considérant 17
Comme violence fondée sur le genre sont notamment mentionnées les mutilations génitales féminines.
L'article 8
définit le droit des victimes à bénéficier d'un accès gratuit aux services d'aide aux victimes.
L'article 9
définit les différentes mesures de soutien fournies par les services d'aide aux victimes.

Directive européenne sur les normes pour l'accueil des personnes demandant la protection internationale (2013)

Article 21
La directive reconnaît explicitement les victimes de FGM en tant que personnes vulnérables.
Article 25.2
Le personnel des centres d'accueil doit recevoir une formation, en particulier pour accompagner les demandeurs et demandeuses vulnérables tels que les victimes de violences sexuelles.

³⁴ <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:32012L0029&from=de> (consulté le: 09/10/2018) | ³⁵ <http://dipbt.bundestag.de/extrakt/ba/WP18/651/65145.html> (consulté le: 09/10/2018) | ³⁶ www.bmjv.de/DE/Themen/OpferschutzUndGewaltpraevention/Prozessbegleitung/Prozessbegleitung_node.html (consulté le: 12/09/2018) | ³⁷ <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2013:180:0096:0116:DE:PDF> (consulté le: 14/09/2018) | ³⁸ www.gesetze-im-internet.de/stpo/_406g.html (consulté le: 21/09/2018)

1.10 PROTECTION DE L'ENFANT

La Charte des droits fondamentaux de l'UE définit les droits humains et fondamentaux dans l'Union européenne. L'article 24 traite des droits de l'enfant.

CHARTRE DES DROITS FONDAMENTAUX DE L'UNION EUROPÉENNE

Art. 24 Droits de l'enfant³⁹

- (1) « Les enfants ont droit à la protection et aux soins nécessaires à leur bien-être. Ils peuvent exprimer leur opinion librement. Celle-ci est prise en considération pour les sujets qui les concernent, en fonction de leur âge et de leur maturité. »
- (2) « Dans tous les actes relatifs aux enfants, qu'ils soient accomplis par des autorités publiques ou des institutions privées, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale. »
- (3) « Tout enfant a le droit d'entretenir régulièrement des relations personnelles et des contacts directs avec ses deux parents, sauf si cela est contraire à son intérêt. »

Allemagne

Tout soupçon de MGF exige une intervention immédiate diligente dans le cadre de la Protection de l'enfant conformément au § 8 a SGB VIII.

Si la mutilation génitale/excision a déjà été effectuée, les Offices de protection de la jeunesse ont obligation de venir en soutien aux filles et aux jeunes femmes concernées et de limiter tant les conséquences médicales que les conséquences psychosociales de la MGF. Par ailleurs, les Offices de protection de la jeunesse accompagnent les victimes au cours de la procédure pénale contre les propres parents et au

cours de la procédure de revendication des droits en vertu de la loi d'indemnisation des victimes (OEG) ou du droit civil général.

En règle générale, la protection de la jeune fille concernée nécessite d'impliquer le Tribunal des Affaires familiales, lequel prend alors les mesures adéquates, notamment l'interdiction de sortie du territoire (pour éviter que la jeune fille soit conduite à l'étranger) ou toute mesure visant à assurer son intégrité physique. Si cela ne suffit pas à garantir la protection de la jeune fille, une prise en charge et un placement peuvent alors s'avérer nécessaires.⁴⁰

PROTECTION DE L'ENFANT DANS LE DROIT ALLEMAND

Code social allemand (SGB) – Achten Buch (VIII) – Kinder- und Jugendhilfe / BGB – Code civil allemand / KKG – Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz

| | |
|-------------------------------------|--|
| § 1 SGB VIII ⁴¹ | Droit à l'éducation, responsabilité des parents, aide à la jeunesse |
| § 8 SGB VIII ⁴² | Sans en informer les tuteurs légaux, les enfants peuvent bénéficier de services de conseil si ceux-ci s'avèrent nécessaires en raison d'une situation d'urgence ou de conflit. |
| § 8 a par. 1 SGB VIII ⁴³ | Si l'Office de la jeunesse prend connaissance d'indices importants laissant penser que le bien-être de l'enfant ou de l'adolescent sont menacés, il doit alors évaluer le risque de danger en collaboration avec différents spécialistes. [...]. » |
| § 1631 par. 2 BGB ⁴⁴ | Droit des enfants à une éducation sans violence |
| § 1666 par. 1 phrase 1 BGB | Mesures juridiques en cas de mise en danger du bien-être de l'enfant (cf. à ce propos le chapitre 1.6) |
| § 4 par. 1 KKG ⁴⁵ | « Si [...] dans l'exercice de leur activité professionnelle, des professionnels de [...] la santé [...] prennent connaissance d'indices importants laissant à penser que bien-être d'un enfant ou d'un adolescent est menacé, ils doivent alors parler de la situation avec l'enfant ou l'adolescent et ses tuteurs [...]. » |

³⁹ <https://dejure.org/gesetze/GRCh/24.html> (consulté le: 23/09/2018) | ⁴⁰ Boldt et al. 2013 | ⁴¹ www.gesetze-im-internet.de/sgb_8/_1.html (consulté le: 22/09/2018) | ⁴² www.gesetze-im-internet.de/sgb_8/_8.html (consulté le: 22/09/2018) | ⁴³ www.gesetze-im-internet.de/sgb_8/_8a.html (consulté le: 22/09/2018) | ⁴⁴ www.gesetze-im-internet.de/bgb/_1631.html (consulté le: 22/09/2018) | ⁴⁵ www.gesetze-im-internet.de/kkg/_4.html (consulté le: 22/09/2018)

2. DÉFIS POUR LES FEMMES ET LES FILLES CONCERNÉES

2.1 DÉFIS LIÉS À L'ASILE

Au cours de la procédure de demande d'asile, les femmes victimes de mutilations génitales féminines/excisions sont amenées à relever différents défis.

Elles doivent notamment parler de manière détaillée et directe d'un sujet qui leur est tabou, ce qui est souvent en contradiction avec leurs habitudes culturelles. Souvent en effet, elles parlent de ce qu'elles ont subi de façon indirecte, voire superficielle, et courent alors le risque – durant toute la procédure de demande d'asile – de ne pas être prises au sérieux.

Si les divers pays dont sont originaires ces femmes se distinguent entre eux par leur hétérogénéité culturelle, les conceptions qui y ont cours relativement au rôle de la femme sont toutefois toutes très différentes des conceptions qui ont cours en Allemagne.

Au cours de la procédure de demande d'asile, durant les entretiens par exemple, il arrive que la femme parle de son époux dans son pays d'origine sans indiquer que son union est issue d'un mariage forcé et/ou précoce. En effet, les violences sexuelles constituent aujourd'hui encore un sujet tabou.

Chaque personne réagit très différemment à la violence et aux expériences traumatisantes. Les traumatismes ne sont pas effacés de la mémoire, mais ils peuvent être si insupportables pour la conscience qu'ils sont refoulés. La victime ne s'en souvient alors plus dans sa vie présente.

Il n'est donc pas rare que les expériences traumatisantes reconstituées au cours des entretiens soient vagues et incomplètes. De plus, cette narration peut entraîner une « retraumatisation », associée à des symptômes physiques tels que les palpitations et les crises de panique ou encore les états anxieux.

Au cours de la procédure de demande d'asile, les femmes se retrouvent dans un environnement qui leur est étranger, marqué par l'éloignement de leur famille et par la perte des habitudes sociales et culturelles. Dans le même temps, leur avenir est incertain. Cette incertitude se répercute entre autres (négativement) sur leur estime de soi et complique encore davantage l'attitude ouverte nécessaire par rapport à leurs expériences violentes.

Le tableau 6 ci-dessous montre les différents défis auxquels sont confrontées les femmes concernées durant la procédure de demande d'asile.

TABLEAU 6: DÉFIS LIÉS À L'ASILE

| | |
|--|--|
| Briser le tabou | Pour les victimes, la sexualité est un sujet tabou; elles ne sont pas habituées à parler de leur intimité. |
| Faire un travail de persuasion | Il convient de faire un travail de persuasion afin d'être crédible. Mais souvent, les femmes concernées n'y parviennent pas, car elles n'en ont pas l'habitude. |
| Réaction face à la douleur: « être courageux » | Dans certains pays d'où sont originaires les victimes, le courage est synonyme de force et de sagesse. En ce sens, le courage accroît le prestige de la femme. |
| Parler de sujets sexuels/violence est considéré comme honteux | Dans la plupart des pays d'où sont originaires les victimes, on considère qu'il est honteux d'en parler. On évite donc d'aborder ces sujets. |
| « Femme bien élevée » | Compréhension du rôle de la femme: Seules celles qui encaissent les violences politiques/sexuelles sans rien dire, et donnent une image forte vers l'extérieur, sont des « femmes bien éduquées ». |
| Valeurs | Les valeurs / qualités dont font preuve les femmes concernées, telles que le silence, le courage ou la force, apparaissent au grand jour durant la procédure de demande d'asile, et influent sur la manière dont elles parlent de leur histoire. |
| Difficulté de dire les choses | La conception culturelle qu'a la femme du rôle des femmes, et sa plus ou moins grande gêne par rapport à un sujet qui est ressenti comme tabou, peuvent venir compliquer sa prise de parole et son discours. |
| Trous de mémoire | Les récits peuvent sembler confus. Il arrive par exemple que la personne ignore son âge ou sa date de naissance. |
| Récits déstructurés | Il arrive que soit ignoré le type exact de MGF/E subie, les consultants obtenant alors des réponses différentes à cette question. |
| États amnésiques | L'excision provoque parfois chez les victimes des états amnésiques, dans d'autres cas une perte de la sensation de douleur, une perte de conscience ou un sentiment d'être hors de son corps. Cela peut conduire à des récits confus. |
| Compétences linguistiques insuffisantes | De nombreuses victimes ont des compétences linguistiques insuffisantes et ne peuvent pas toujours expliquer clairement ce qu'elles ont vécu/subi. |
| L'importance du récit est sous-estimée / ignorée | L'importance de ce que la femme concernée dit de sa situation actuelle, et l'impact que cela a sur l'autorisation de séjour de son enfant, sont souvent sous-estimés. |
| Stress post-traumatique | Parler / se resouvenir du jour de l'excision peut entraîner des situations de stress post-traumatique. |
| Conséquences de l'entretien | États anxieux, palpitations, crises de panique, sueurs, envie d'aller aux toilettes, vomissements, pleurs |
| États de choc | Les expériences faites/violences subies lors de la fuite peuvent entraîner des états de choc |
| Tristesse due à la perte de la famille, solitude, détresse | Ceci explique l'attitude défensive et le repli vis-à-vis de tout ce qui est inconnu. |
| Une situation de transition qui peut durer | Peu de liens sociaux auxquels se rattacher |
| Maladies de nature psychologique et physique | Cette situation de transition qui peut être amenée à durer entraîne souvent des maladies physiques et psychologiques. |
| Manque de soutien | L'absence de soutien de la part de l'entourage peut conduire à des tensions internes et à des sentiments agressifs, lesquels peuvent se manifester extérieurement sous forme de violence, mais aussi intérieurement par un comportement autodestructeur. |
| Barrière de la langue | Nouvel environnement, autre langue, autre culture: tout ceci constitue autant d'obstacles. |
| Faible estime de soi | Cela fait qu'il est plus difficile encore pour les victimes de parler ouvertement des violences qu'elles ont subies. |
| Troubles sensoriels | Pour la mère et pour l'enfant, parler des aspects mentionnés ci-dessus constitue un défi de taille. Mais la mère doit garder à l'esprit qu'un rejet de sa demande peut avoir pour conséquence une excision de sa fille. Il ne lui faut donc pas négliger l'importance de la protection légale de l'enfant. |

Les défis mentionnés montrent que les femmes concernées devraient se préparer à l'entretien en ayant recours au soutien de pédagogues ou de psychologues.

2.2 CONSÉQUENCES ET RÉPERCUSSIONS SUR LA PROCÉDURE DE DEMANDE D'ASILE

Au cours de la procédure de demande d'asile, il est essentiel que la demandeuse ou le demandeur d'asile soient crédibles. Or, malheureusement, des aspects tels que le tabou, la communication indirecte, la conception intériorisée des rôles, le traumatisme et/ou la faible estime de soi constituent autant d'obstacles à la crédibilité de la demandeuse ou du demandeur. Si au cours d'un entretien par exemple, le récit d'une femme semble incomplet ou encore que des informations importantes ne sont révélées qu'au cours d'un second entretien, il est évident que la personne en charge de la décision peut être amenée à avoir des doutes sur la véracité des faits rapportés.

L'introduction de la procédure de demande d'asile dite accélérée vient accentuer ces difficultés. Le temps nécessaire pour entamer une telle procédure et la réduction consécutive du temps de préparation entraînent souvent des déclarations mal structurées qui oublient des aspects importants voire essentiels. Le résultat est que les demandes d'asile sont souvent rejetées.

Au cours des entretiens, les malentendus interculturels ne sont pas rares. Dans certaines cultures, par exemple, éviter de regarder les gens dans les yeux ou croiser les bras est un signe de respect et de politesse. En Allemagne, au contraire, ces comportements sont plutôt perçus comme une attitude de rejet. De même, une réponse hésitante ou évasive pourra être considérée en Allemagne comme un indice de fausse déclaration⁴⁶. Ce comportement est surtout dû au fait que la demandeuse ou le demandeur d'asile ont des difficultés à parler d'un sujet qui leur demeure tabou.

Le manque de connaissances du contexte, par exemple chez les conseillères et conseillers auprès de la femme concernée, a généralement pour effet de rendre difficile voire impossible une vraie réponse professionnelle. Ce manque de connaissances ne concerne pas uniquement les mutilations génitales féminines/excisions.

Outre les mutilations génitales/excisions, les femmes et les jeunes filles concernées ont souvent subi d'autres formes de violence à caractère sexuel. Les exemples donnés par le Dr. Christoph Zerm au chapitre 3.4 montrent clairement que de nombreuses femmes ont vécu dès leur jeunesse de multiples expériences traumatisantes. La personne en charge de la décision doit donc toujours veiller à replacer la mutilation génitale féminine subie par la victime dans un contexte plus large où préexistent déjà d'autres formes de violence physique ou psychologique. Par ailleurs, les mutilations génitales féminines sont étroitement liées aux discriminations qui frappent les femmes dans les domaines politiques, socio-économiques, culturels et religieux.

Chaque phase de la vie et chaque situation sociale renferme une variété de défis, de problèmes et de risques. Ainsi, le traumatisme de la mutilation génitale/excision subie durant l'enfance - et la perte de confiance vis à vis des parents qui peut en résulter - constituent un énorme défi, et dans la vie de couple, des sujets tels que les rapports sexuels, la violence sexuelle, les risques à l'accouchement et le mariage forcé peuvent être au centre des préoccupations. Si dans la communauté d'origine, les abus sexuels infligés par des membres de la famille constituent une menace typique, la fuite, elle, comporte d'autres risques, tels que l'esclavage ou le viol.

Le rapport de l'UNHCR « Violences sexuelles et fondées sur le genre contre les réfugiés, les rapatriés et les déplacés internes » (2013), propose une étude des risques encourus au cours de chacune des phases de la vie. Le tableau suivant de l'UNHCR⁴⁷ (Tableau 7) décrit les différentes formes de violence auxquelles les femmes et les jeunes filles peuvent être confrontées au cours des différentes phases de leur existence.

⁴⁶ Prechtel 2017 | ⁴⁷ UNHCR 2013

TABLEAU 7: RISQUES ENCOURUS AU COURS DES DIFFÉRENTES PHASES DE L'EXISTENCE

| Phase | Type de violence |
|----------------------|--|
| Avant la naissance | Choix du sexe de l'enfant avant la naissance et avortements qui en résultent, agressions violentes durant la grossesse |
| Chez le nourrisson | Meurtre des nourrissons de sexe féminin, mauvais traitements physiques et psychologiques, discrimination dans l'approvisionnement en nourriture et en soins médicaux |
| Durant l'enfance | Mariage précoce, mutilation génitale féminine, abus sexuel par des membres de la famille et par des étrangers, discrimination dans la fourniture de nourriture et de soins médicaux et dans l'accès à l'éducation |
| Durant l'adolescence | Violence dans les relations avec les hommes, contrainte à la docilité sexuelle (pour des raisons économiques, par exemple pour couvrir les frais de scolarité), abus sexuel (entre autres sur le lieu de travail), viol, harcèlement sexuel, mariage arrangé, traite des êtres humains |
| À l'âge de procréer | Violences physiques, morales et sexuelles par le partenaire sexuel masculin et les proches, grossesse imposée par le partenaire, abus sexuel (notamment sur le lieu de travail), harcèlement sexuel, viol, maltraitance des veuves, y compris expropriation et pratiques de « purification sexuelle » (rapports sexuels censés avoir un effet « purificateur », par exemple: la veuve a des rapports sexuels contraints avec le frère de l'époux défunt) |
| Durant la vieillesse | Maltraitance des veuves, y compris expropriation, accusation de sorcellerie, violences physiques et morales par des membres plus jeunes de la famille, discrimination dans l'accès à la nourriture et aux soins médicaux |

Les femmes et les enfants qui fuient leur région d'origine pour cause de violence sexuelle et fondée sur le genre et qui demandent l'asile, encourrent durant la fuite le risque d'être victimes de violences. Par ailleurs, les familles sont souvent séparées sur les routes de l'exil, augmentant ainsi la vulnérabilité de celles et ceux qui se retrouvent seuls.

Le tableau suivant de l'UNHCR⁴⁸ (Tableau 8) décrit les types de violence qui peuvent survenir au cours des différentes étapes de la fuite.

TABLEAU 8: RISQUES ENCOURUS LORS DE LA FUITE

| Phase | Type de violence |
|---------------------------------------|--|
| Durant le conflit, avant la fuite | Abus par des personnes en position de force; échanges sexuels avec des femmes; agressions sexuelles violentes, viol, enlèvement par des membres armés des parties au conflit, forces de sécurité comprises; viols collectifs et grossesses forcées |
| Durant la fuite | Agressions sexuelles par des criminels, des douaniers, des pirates, enlèvement par des trafiquants d'humains et d'esclaves |
| Dans le pays d'accueil | Agressions sexuelles, harcèlement ; extorsion par des personnes représentant l'autorité, abus sexuel d'enfants non accompagnés dans des centres/familles d'accueil, violence domestique, agressions sexuelles dans les centres de transit, lors de la corvée d'eau, de la collecte du bois, etc. ; actes sexuels pour survivre/prostitution forcée, exploitation sexuelle de personnes qui s'efforcent d'obtenir un statut juridique dans le pays d'accueil ou un accès à l'assistance et aux ressources, reprise de pratiques traditionnelles nuisibles |
| Durant le rapatriement (récupération) | Abus sexuel de femmes et d'enfants qui ont été séparés de leur famille, abus sexuel par des personnes en position de force, agressions sexuelles violentes, viol par des criminels et des douaniers, rapatriement forcé |
| Durant la réinsertion | Abus sexuel des personnes rapatriées à titre de représailles, chantage sexuel pour régler le statut juridique, exclusion des processus décisionnels, refus ou blocage de l'accès aux ressources, du droit aux propres documents personnels et du droit à la restitution des biens ou du droit à propriété |

De nombreuses sociétés ont tendance à rejeter unilatéralement sur les victimes de violences sexuelles et fondées sur le genre la faute pour le crime en question. Ce rejet social entraîne chez les victimes des perturbations émotionnelles telles que la haine de soi et la dépression. La plupart des victimes renoncent à signaler l'incident par peur d'être socialement stigmatisées.

3. PROCÉDURE DE DEMANDE D'ASILE: RECOMMANDATIONS POUR LES FEMMES AFFECTÉES

3.1 INTERPRÈTES

L'entretien auprès de l'Office fédéral des Migrations et des Réfugiés (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, BAMF) constitue l'élément central de la procédure de demande d'asile. En effet, c'est ce qui est inscrit au procès-verbal qui décide de l'octroi ou du refus du statut de protection. La plupart des entretiens se déroulant en présence d'un interprète (h/f), ce dernier/cette dernière a naturellement une influence sur le déroulement de l'entretien, influence qu'il convient de ne pas sous-estimer. C'est régulièrement que des demandeurs et demandeuses d'asile rapportent des problèmes survenus lors d'entretiens avec les interprètes du BAMF, regrettant souvent la mauvaise qualité de la traduction. On a également relevé plusieurs cas d'abus de pouvoir et d'intimidation par des interprètes.

Les points importants et les recommandations pour les femmes concernées sont présentés ci-dessous:

- La demandeuse d'asile a le droit d'exiger que l'entretien se déroule dans la langue qu'elle juge la mieux adaptée pour se faire comprendre le mieux possible.
- Elle peut demander l'assistance d'une interprète et elle a le droit de venir à l'entretien avec une interprète de confiance.
- La demandeuse d'asile a le droit d'être auditionnée par une femme (décideuse individuelle).
- Le BAMF est tenu de lui signifier ses droits et s'efforce de donner une formation qualifiée aux collaboratrices.
- En vue d'informer la demandeuse d'asile de ses droits, l'interprète doit les lui signifier, par exemple en lisant à voix haute avant le début de l'entretien les « Informations importantes » (matériel d'information du BAMF).
- Malheureusement, et alors que ces informations lui ont été remises également dans sa langue maternelle, il arrive souvent que la demandeuse d'asile signe ces « Informations importantes » sans les lire.
- Avant le début de l'entretien, la demandeuse d'asile a le droit de poser des questions. L'interprète est tenu-e de l'informer de ce droit.

- Qu'il/elle ait été commis/e d'office ou qu'il/elle soit une personne de confiance, l'interprète doit être en mesure de traduire dans les deux langues tous les termes techniques médicaux et juridiques (et pas seulement des termes d'anatomie générale tels que « clitoris » ou « lèvres »). Ceci est très important dans l'éventualité où les collaborateurs du BAMF se réfèrent à une expertise médicale ou à la prise de position d'une avocate ou d'un avocat, ce qui leur permet de poser des questions précises et d'attendre en contrepartie des réponses tout aussi précises.
- L'interprète n'apprend ce qui est arrivé à la demandeuse d'asile qu'après le début de l'entretien. Aucun temps de préparation n'est pris en compte à cet effet. Les exemples de cas du Dr. Christoph Zerm au chapitre 3.4 sont riches d'enseignements à ce propos.
- Plus les réponses sont précises, plus la demandeuse d'asile paraît crédible. Si les autorités ont désigné un interprète masculin, il faut notifier à la demandeuse d'asile qu'elle peut demander l'assistance d'une interprète femme en raison des questions très intimes qui lui seront posées.
- Il arrive souvent que la demandeuse soit impatiente et souhaite être auditionnée sans préparation et le plus vite possible. Il est important qu'avant l'entretien les interprètes expliquent à la demandeuse d'asile que la précipitation peut être contre-productive. En cas d'ambiguïtés ou d'incompréhension, il est préférable d'interrompre et de reporter l'entretien, même si cela peut entraîner une attente de plusieurs semaines avant le prochain rendez-vous. Le BAMF ne disposant pas dans tous les centres de suffisamment de collaborateurs formés, la demandeuse d'asile peut être amenée à être auditionnée dans une autre ville.

En règle générale, et afin d'éviter toute pression sociale, il est souhaitable qu'interprète (h/f) et demandeuse d'asile soient originaires de communautés différentes.

3.2 SERVICE DE CONSEIL DANS LES CENTRES DE RÉFUGIÉS

Il est rare que les migrantes cherchent explicitement à parler des mutilations génitales féminines/excisions. Au moment de les conseiller, il est important d'une part d'avoir des connaissances suffisantes sur les circonstances et les conséquences d'une MGF/E et de faire preuve de sensibilité interculturelle, et d'autre part de prendre en considération de façon impartiale la situation globale de la femme. Le point de vue personnel de la femme doit être au centre du service de conseil. Ouverture et sensibilité à l'égard du contexte culturel respectif sont des conditions importantes pour bien conseiller les personnes concernées.

Les conseillers et conseillères sont responsables des étapes suivantes indispensables à la préparation de la procédure:

- Si besoin, engager des interprètes bénéficiant d'une formation
- Échanger des informations sur le thème MGF/E avec les personnes concernées
- Mettre l'accent sur la problématique globale afin d'éviter le sentiment de stigmatisation (indiquer éventuellement le nombre de cas)
- Pour illustrer les propos, montrer les images d'un vagin non excisé et d'un vagin excisé
- Encourager la victime à s'exprimer
- Expliquer les conséquences des MGF/E
- Information sur le danger pour le bien-être de l'enfant
- En cas de MGF/E chez un enfant, contacter immédiatement l'Office de la jeunesse, consulter une ou un pédiatre bénéficiant d'une formation et une pédagogue sexuelle, proposer éventuellement une supervision familiale et renforcer la communication entre la mère et la fille
- Indiquer les possibilités d'assistance et de thérapie dans le voisinage, le cas échéant
- Consulter une ou un gynécologue formé/e aux MGF/E afin de faire établir une expertise appropriée (cf. exemples au chapitre 3.4)
- Lors des consultations avec des femmes enceintes, les MGF/E doivent être notées dans le carnet de grossesse
- Faire établir une expertise psychologique
- Déposer éventuellement (selon l'importance du handicap) une demande de carte de personne handicapée
- Remettre toutes les expertises et informations factuelles à la personne concernée et informer en conséquence l'avocat ou l'avocate

Préparation de l'entretien

Dans la procédure de demande d'asile, l'entretien personnel avec le BAMF constitue pour le demandeur/la demandeuse d'asile le rendez-vous le plus important. Cet entretien a pour objectif d'en apprendre plus sur les raisons personnelles qui ont conduit à la fuite, d'obtenir des connaissances plus approfondies et de clarifier d'éventuelles contradictions. Il est donc très important de bien s'y préparer. On veillera particulièrement aux aspects suivants:

- Parcours et conditions de vie
- Itinéraire suivi pour arriver là
- Destin de persécution dans le pays d'origine
- Évaluation des risques pour les femmes et les jeunes filles en cas de retour éventuel dans leur pays d'origine
- Évaluation des risques pour l'enfant en cas de retour

Des défis auxquels sont confrontées les femmes concernées – défis décrits au chapitre 2 – il ressort clairement qu'il est important d'avoir une préparation à la fois interculturelle et à la fois orientée sur les objectifs.

Durant cette préparation, il convient également de recueillir tous les traumatismes physiques et psychologiques vécus, et de retracer leur origine. Notamment:

- Mariage précoce
- Mariage forcé
- Viol
- Mauvais traitements
- Risque élevé de mutilation génitale/ d'excision chez les filles
- Prostitution forcée
- Menaces de mort « au nom de l'honneur »
- Trafic d'êtres humains
- Persécution au moment du retour dans la région d'origine
- Violence sur le chemin de l'exil
- État après une exploitation sexuelle (durant la fuite, viol)

> Conclusion: Quel est l'état psychique général?

Selon la gravité du traumatisme, on peut recommander de suivre une psychothérapie transculturelle de longue durée.

En ce qui concerne la décision du BAMF, la preuve qu'il existe une menace potentielle pour la vie ou l'intégrité physique de la demandeuse d'asile dans la région dont elle est originaire est bien sûr décisive. À cet effet, une expertise est demandée par le BAMF et doit être apportée si possible lors du premier entretien (autres informations à ce sujet au chapitre 3.4).

Représentants spéciaux bénéficiant d'une formation

Si les demandeurs en ont besoin pour des raisons personnelles, l'entretien peut – dans la mesure du possible – être mené ou poursuivi par une personne du même sexe avec l'assistance d'une ou d'un interprète. Dans le domaine des violations des droits humains fondées sur le genre, telles que le viol, les autres sévices sexuelles et les menaces de mutilation génitale, le BAMF dispose de personnes spécialement formé-e-s et qui sont en mesure de prendre les

décisions en toute connaissance de cause. Cela vaut aussi pour les victimes de tortures, les personnes traumatisées ou victimes de la traite des êtres humains ainsi que les mineurs non-accompagnés. Ici également, l'Office fédéral a des représentants spéciaux formés en conséquence.

Dans le cas où le demandeur ou la demandeuse d'asile souhaite avoir un/une interprète, il/elle doit en exprimer le souhait le plus tôt possible avant l'entretien, idéalement lors du dépôt de la demande.⁴⁹

3.3 AVOCATES ET AVOCATS

Lors de l'accompagnement juridique, il est essentiel de prendre explicitement en compte la situation individuelle de la personne, les menaces qui pèsent sur elle, et en particulier les motifs qui l'ont poussée à fuir et les traumatismes vécus/subis au cours de la fuite.

- Souhait de la patiente
- Difficultés lors de la miction
- Rapports sexuels difficiles
- Formation de chéloïdes au niveau du tissu cicatriciel
- Dysménorrhée grave (douleurs menstruelles)
- Infections à répétition (récurrentes)
- Kystes par inclusion
- Accouchement

3.4 GYNÉCOLOGUES

Lors du contact avec la patiente, la communauté de travail « Frauengesundheit in der Entwicklungszusammenarbeit » (FIDE) et le comité directeur de la Société allemande de Gynécologie et d'Obstétrique recommandent de tenir compte des aspects suivants:

- Antécédents médicaux sensibles, éventuellement avec interprète. Il est recommandé d'utiliser le terme « excision » avec les femmes concernées.
- Remédier aux problèmes d'écoulement du sang et de l'urine.
- Selon l'importance de la mutilation génitale/excision, rétablir la capacité à avoir des rapports sexuels (capacité de cohabitation) – en ouvrant le méat vaginal sous anesthésie.
- Chez les femmes excisées enceintes avec un méat vaginal étroit, une opération d'élargissement peut être indiquée lors de la grossesse, en particulier si des infections vaginales et/ou urinaires sont déjà survenues durant la grossesse.
- Une ouverture de l'infibulation ou une épisiotomie contrôlée peuvent permettre un accouchement normal.

Selon les recommandations de l'Ordre fédéral des médecins⁵⁰ allemands, une ouverture de l'infibulation (défibulation) peut être médicalement indiquée, notamment en cas de douleurs correspondantes (infections urinaires récurrentes, troubles menstruels), de stérilité en lien avec l'impossibilité d'avoir des rapports sexuels et de troubles sexuels (en particulier dyspareunie):

Avant toute intervention, il est important de se réunir en conseil afin de prendre en compte les aspects médicaux ainsi que le contexte culturel. Afin d'éviter tout souvenir d'un possible traumatisme, l'intervention doit être réalisée sous anesthésie.⁵¹

Entretien d'information

De nombreuses femmes concernées pensent qu'elles ne souffrent d'aucune complication médicale grave. Les infections dont elles souffrent (et qui peuvent être à répétition) sont perçues comme faisant normalement partie de la vie d'une femme et ne sont pas associées à la mutilation qu'elles ont subie. Par conséquent, il peut arriver que les femmes concernées ne pensent pas à parler de leur propre initiative de leurs problèmes physiques.

Les schémas montrant l'anatomie génitale d'une femme avant et après les modifications dues à une MGF/E peuvent permettre de faciliter l'entretien d'information.

La patiente doit être informée de la possibilité de défibulation et de ses avantages (concernant l'écoulement urinaire, les menstruations, les rapports sexuels). Cette intervention devrait notamment être proposée en cas de dysménorrhée grave (douleurs menstruelles), de difficultés de miction, d'infections urinaires à répétition (récurrentes) ou de peur des relations sexuelles (avant ou après le premier rapport). Une fois que la patiente a été bien informée, c'est naturellement elle qui a le dernier mot, exactement comme pour toute autre intervention chirurgicale d'ailleurs. Il peut arriver que les problèmes dont elle souffre facilitent sa décision et la convainquent d'opter en faveur d'une intervention chirurgicale⁵².

⁴⁹ www.bamf.de/DE/Fluechtlingsschutz/AblaufAsyl/PersoeneAnhoerung/persoeneAnhoerung-node.html (consulté le: 17/10/2018) ⁵⁰ Bundesärztekammer 2016 |

⁵¹ Bundesärztekammer 2016, Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe 2011 | ⁵² Zerm 2007

Antécédents médicaux et expertises

Concernant la prise de décision par le BAMF, il est important de faire la preuve qu'il existe, dans la région d'où est originaire la victime, une menace potentielle pour sa vie ou pour son intégrité physique. À cet effet, le BAMF demande une expertise. Dans la pratique cependant, de nombreux médecins n'en établissent pas, ne sachant pas exactement comment procéder avec les MGF/E.

Lorsque l'on retrace les antécédents médicaux de la personne, et de la même manière lors des examens médicaux, il est très important de faire preuve d'une grande empathie envers les personnes, car toutes ces mesures représentent pour les femmes un énorme stress psychologique pouvant causer de nouveaux traumatismes. Dans certains cas individuels, il convient de documenter les résultats avec un soin tout particulier afin de ne pas avoir à répéter certaines démarches.

Les six analyses de cas suivantes respectent la structure typique d'une expertise. Les personnes sont originaires des pays suivants:

CAS A – GUINÉE

MGF/E, exil et mariage forcé

CAS B – DAGESTAN/RUSSIE

MGF/E, mauvais traitements et prostitution forcée

CAS C – KURDISTAN/IRAK

MGF/E, fuite pour cause de mariage forcé et de mauvais traitements

CAS D – NIGÉRIA

MGF/E, fuite devant des menaces de mort proférées par des adeptes vaudous

CAS E – ÉGYPTE

MGF/E, fuite devant les menaces de mort par la famille et risque de MGF/E chez les filles

CAS F – SOMALIE

MGF/E, fuite devant un risque de mariage forcé et de seconde excision/mutilation

Pour des raisons de protection des données, les données sensibles ne peuvent être mentionnées. En outre, figure en annexe un formulaire pour une consultation spéciale destinée aux femmes réfugiées en lien avec les MGF/E et autres violations des droits humains.

DE QUOI SE COMPOSE UNE EXPERTISE:

- Données personnelles, date et lieu de la consultation, accompagnement, langue
- Diagnostiques
- Antécédents médicaux: Lieu où la personne est née et a grandi? Parents, frères et sœurs
- Scolarité, formation professionnelle, conditions de vie
- Quand et comment a eu lieu la MGF/E ?
- Quelles sont les raisons qui ont poussé à prendre la fuite ? Comment ce projet a-t-il pu être mis en œuvre, avec l'aide de qui ?
- Caractéristiques de la fuite, date de l'arrivée en Allemagne
- Problèmes fréquents: Mariage forcé, excision forcée, mauvais traitements, traite des êtres humains/prostitution forcée, protection de la fille, état de stress post-traumatique (ESPT)
- Rapport minutieux concernant les organes génitaux externes
- Évaluation récapitulative avec description des menaces qui pèseraient en cas de retour dans le pays d'origine (traitements inhumains, « persécution individuelle, non-étatique, fondée sur le genre», basée sur des faits/situations à décrire précisément, y compris le cas échéant la vengeance des trafiquants d'êtres humains) ; violation du code de conduite des femmes dans la société dont la personne est origininaire
- Le cas échéant, risque, grossesse, incapacité à voyager pour raisons médicales

A – GUINÉE

Madame A, née le XX/XX/XXXX (erreur dans le document allemand: XXXX), s'est présentée le XX/XX/XXXX à l'examen médical pendant mes heures de consulté le à X accompagnée de X, accompagnatrice au X. L'entretien a été mené avec l'aide de l'interprète X dans la langue X.

Diagnostiques:

- État après mutilation génitale féminine (MGF, synonyme de EGF, E = excision) de type II selon l'OMS avec résection du clitoris et des petites lèvres surt. à dr. à l'âge de X ans à l'hôpital à X
- Fuite pour cause de mariage forcé
- État après terreur psychologique de la famille (concernant les MGF) et mauvais traitements graves
- État après trafic d'êtres humains et viols multiples
- Risque important pour la vie et la santé en cas de retour en Guinée
- Graves traumatismes psychiques et physiques avec ESPT et besoin thérapeutique urgent
- Suspicion de Kraurosis/LSA des cicatrices de la vulve

Antécédents:

Madame A est en Allemagne depuis le XX/XX/XXXX. Elle a grandi au sein de sa famille musulmane à X, une petite ville de Guinée. La mère, chrétienne, a protégé ses filles des MGF, tant qu'elle était en vie. Madame A est la plus jeune de trois sœurs. La famille appartient à l'ethnie des X et vivait dans une relative pauvreté. Avec difficulté, Madame A a pu fréquenter l'école pendant environ 10 ans. Elle aurait aimé devenir institutrice, mais elle n'a pas pu à cause du manque d'argent. Il lui fallut travailler ici et là pour subvenir aux besoins de sa famille. Elle avait un ami d'enfance qu'elle aurait bien aimé épouser, mais son père lui avait déjà trouvé un mari, un homme de 10 ans plus âgé qu'elle, dont elle devait devenir la première femme. Sur son lit de mort - il succomba à une maladie en XXXX environ, - son père lui fit promettre d'épouser cet homme, lui disant: «si tu m'aimes, tu respecteras cette volonté». Elle résista pendant quatre années, avec le soutien de la mère. Mais la future belle-famille la harcela jusqu'à ce qu'elle finisse par céder, en XXXX [quatre ans plus tard, donc]. Dans le même temps, la deuxième sœur donna naissance à un garçon mais elle tomba si gravement malade des suites de l'accouchement qu'elle mourut environ 3 mois plus tard. La mère de Madame A veilla à ce que le garçon fût adopté par Madame A. Il obtint même ultérieurement le nom de famille de l'époux (X), comme les deux enfants biologiques. Peu après, la mère mourut subitement dans des circonstances inexplicables, mais on suppose que c'est le plus jeune frère du père défunt qui se cache derrière cela. Il voulait absolument hériter de la maison.

La famille du père put alors exercer sans entraves une pression massive sur Madame A pour qu'elle se laisse enfin exciser. Sa mère chrétienne les avait de toute façon fortement contrariés. Les deux sœurs cadettes avaient également été excisées après la mort de la mère sur demande de la famille. Madame A persista d'abord dans son refus. Lorsqu'elle séjourna à l'hôpital de X pour la naissance de son premier enfant en XXXX, les

membres de la famille parvinrent cependant à obtenir des médecins qu'ils mutilent ses organes génitaux pendant l'accouchement. Heureusement, un autre médecin aux conceptions différentes pris part à l'accouchement et fit cesser l'excision, raison pour laquelle la résection fut cantonnée aux lèvres. Elle saigna néanmoins longtemps et en abondance et se sentit très mal, sans parler des douleurs terribles. Pour le second accouchement en XXXX, elle se rendit dans un autre hôpital de la capitale où le «reste» de l'excision ne fut pas mené à son terme. Suite à cette MGF «incomplète», la belle-famille se mit à son tour à faire pression sur Madame A pour qu'elle se fasse «correctement et complètement» exciser. Au cours de cette pression (infructueuse), l'homme qu'elle avait été obligée d'épouser prit ses distances vis-à-vis d'elle et la quitta à la fin de XXXX [environ 1 an après l'accouchement]. Il serait parti en/au X [autre pays africain].

La maison dans laquelle Madame A vivait au X, appartenait soi-disant à un Imam qui connaissait bien les beaux-parents. Lorsque celui-ci prit connaissance de l'excision «incorrecte» et de la résistance de Madame A, il la chassa (certainement aussi sous l'influence de la belle-famille) de la maison. Madame A ne pouvait que craindre pour sa vie. Elle partit donc en XXXX [environ 1 an après le départ de son époux] avec ses enfants à X dans la maison de ses parents qu'entretemps son plus jeune oncle et sa famille s'étaient appropriée. Il ne fallut pas longtemps avant que cet oncle et ses enfants chassent de leur maison (en réalité la maison de Madame A), et en les battant brutalement, Madame A et ses enfants.

Dans sa détresse, elle s'enfuit chez une amie dans un village «sur l'autre rive du fleuve», certainement dans le village de X au sud de X. Elle vécut chez elle un peu moins d'un an. Comme elle ne pouvait pas rester chez son amie pour toujours, elle chercha des ressources et des moyens pour fuir le pays. Elle avait hérité d'un terrain de ses parents qu'elle mit en vente/en gage pour payer les passeurs. Cet «acheteur» de X [pays africain] s'occupa de tous les papiers nécessaires mais affirma que l'argent obtenu ne suffisait pas pour emmener avec elle sa fille née en XXXX. Totalement désespérée, elle dut se résoudre à laisser ses 3 enfants chez son amie au village.

En 2016, «l'acheteur» fit le voyage en avion aux côtés de Madame A entre X et Paris où il disparut, emportant avec lui ses papiers et bagages à elle. Après des heures d'attente en vain à l'aéroport, elle aborda un homme de X [pays africain] qui lui dit vouloir l'aider. Il l'emmena dans un appartement, et là, il l'enferma et la viola pendant des jours. Après environ 2 semaines, elle réussit à s'enfuir. Elle se retrouva de nouveau à la rue, démunie et sans ressources. Elle rencontra plusieurs Africains qui se rendaient en Belgique et qui l'emmenèrent avec eux. En Belgique (certainement à X), elle rencontra par hasard un Guinéen dont elle avait fait connaissance durant le voyage en avion. Il l'emmena avec lui en Allemagne où elle monta dans le premier train venu et fut arrêtée par une patrouille de police. C'est ainsi qu'elle atterrit dans un centre d'hébergement pour réfugiés. Depuis lors, elle vit à X.

Ménarche vers 15/16 ans, cycle irrégulier avec aménorrhées durant jusqu'à 4 à 5 mois, dysménorrhées fréquentes. Dernières règles vers octobre 2017. 2 grossesses. 2 accouchements, à chaque fois par césarienne en Guinée: 1er le samedi, XX/XX/XXXX, garçon, 2ème le XX/XX/XXXX, fille. Pas d'avortement, pas d'autre opération. Elle souffre quotidiennement de douleurs au bas-ventre, les organes génitaux externes sont très sensibles.

Constatations:

Petit gabarit, trapue, obèse, environ 159 cm. EP: faible pubis, obésité. Cicatrice médiane très étroite au bas-ventre, hernie ombilicale juste au-dessus, légèrement protubérante, environ 1 cm de diamètre, facilement enfonçable. Grandes lèvres normalement présentes dans l'ensemble des deux côtés. Le clitoris est totalement absent, il a été supprimé de façon radicale. À sa place se trouve une cicatrice de 20-25 mm (verticale), étroite, rugueuse avec des excroissances en perles alignées, rugueuses, noueuses, colloïdales. Sur et entre ces nœuds se trouvent plusieurs dépôts blanchâtres d'environ 2-3 mm qui ne peuvent être essuyés et font penser à Kraurosis/LSA. Cette cicatrice resserre entre elles au milieu les deux côtés des parties médianes des grandes lèvres de façon tendue. Sur sa partie supérieure, la cicatrice se transforme en bourrelet médian plat et très étroit sous lequel on peut vaguement palper la partie restante supérieure du clitoris. On observe sur la partie caudale à dr. une mince bande qui fait la liaison avec la petite lèvre presque entièrement supprimée dont il ne reste plus qu'environ 2 mm de large. La petite lèvre g. est quant à elle intacte et mesure dans sa partie centrale près de 3 cm. L'orifice externe de l'urètre est correctement en place et ne présente pas d'anomalies. Plus bas se trouve ensuite l'orifice vaginal mesurant à peine 3 cm, pour autant que visible, parois vaginales normales. Le périnée est également présent sans anomalie. On renonce pour le moment à un examen gynécologique plus approfondi.

Au cours de l'entretien, le grave traumatisme psychique subi se traduit par des pleurs fréquents lors de l'évocation des événements traumatisants. Par ailleurs, Madame A se perd dans de longues descriptions de petits détails accessoires. Cette fuite des idées est manifestement due au traumatisme qu'elle a subi (l'autre extrême plus fréquent étant le mutisme).

Avis:

État après MGF de type II radical comme indiqué ci-dessus; état après mariage forcé et mauvais traitements. Soupçon de traumatismes psychiques graves avec ESPT.

Madame A a grandi dans des conditions très traditionnelles et provinciales. Les conditions économiques ne suffisaient pas pour concrétiser son souhait professionnel – devenir institutrice. Alors qu'elle était âgée de 20 ans environ, le père est décédé, en lui faisant promettre avec émotion de se plier au mariage forcé qu'il avait planifié. La mère – chrétienne – est décédée environ 4 ans plus tard. Il semblerait que les filles étaient un peu protégées par cette mère tant qu'elle était en vie, notamment contre les FGM, mais toutes étaient perçues par le reste de la famille comme des étrangères. Après le décès du père, le reste de la famille voulut s'approprier le plus rapidement possible ces modestes possessions. Or, l'existence de la mère retardait ce projet. C'est sans doute cela qui explique qu'elle ait été éliminée. La famille se chargea de manière impitoyable et brutale de l'excision de la sœur cadette (une autre était décédée durant la période péripartale) puis également de Madame A à l'âge de X [25 - 29 ans], profitant du fait qu'elle devait accoucher dans un hôpital de la capitale (vraisemblablement contre des pots-de-vin).

Un médecin qui était d'un autre avis empêcha de mener cette mutilation jusqu'au bout, mais cela eut pour effet de compliquer la vie de Madame A jusqu'à la lui rendre insupportable. En effet, la famille ne voulait pas lâcher prise tant que Madame A ne serait pas complètement excisée.

Sur cette controverse, l'homme qu'elle avait été obligée d'épouser la quitta. Madame A se retrouva à la rue. Le logement que ses parents possédaient au village lui fut également contesté par la famille paternelle, qui l'en chassa en lui infligeant des mauvais traitements, même les neveux et nièces furent encouragés à la frapper. Dans le plus grand besoin, elle utilisa ce qui lui restait de l'héritage pour payer les passeurs qui devaient la conduire hors du pays. Madame A craignait durablement pour sa vie, en raison de la colère aveugle de la famille surtout, mais aussi parce qu'elle n'avait plus aucun moyen de subsistance. À son grand désespoir, les passeurs la trompèrent en lui faisant croire que l'argent ne suffisait pas pour emmener ses enfants avec elle. Depuis lors, cette inquiétude inapaisée pèse sur elle comme un traumatisme supplémentaire. À cela s'ajoutent les viols et les craintes liés à la fuite.

Une expulsion vers la Guinée aurait pour Madame A des conséquences catastrophiques: Non seulement elle se retrouverait devant rien, mais en plus, elle serait victime de la colère et de la persécution de sa famille, exaspérée par sa fuite. En effet, elle a enfreint à plusieurs reprises les règles - impitoyables et opprimantes pour les femmes - de la société guinéenne traditionnelle et patriarcale, et doit être selon la tradition punie avec la plus grande sévérité, un meurtre n'ayant ici rien d'extraordinaire: Madame A ne serait pas la première victime à devoir payer de sa vie. Dans ces régions encore très traditionnelles en effet, la vie d'une femme n'a guère de valeur. Les services étatiques en Guinée et dans toute l'Afrique de l'Ouest n'ont ni la volonté ni la capacité de protéger les femmes contre cela. Madame A se trouve actuellement loin de ces conditions inhumaines. Seule une autorisation de séjour permanent en Allemagne permettrait de la protéger contre cette persécution non-étatique et individuelle fondée sur le genre.

La petite fille née en XXXX court elle aussi le risque imminent d'être excisée. (Nous espérons que cela n'a pas encore eu lieu). Elle doit donc être protégée le plus rapidement possible grâce à un regroupement familial avec la mère.

Par ailleurs, il existe un besoin urgent - restant à confirmer par un psychologue - d'une psychothérapie à long terme incluant des mesures d'accompagnement. Pour ce type de symptômes en particulier, une thérapie durable n'est possible que si l'environnement global et les conditions de vie garantissent la protection et un sentiment de sécurité, auxquels une autorisation de séjour permanente apporterait une contribution décisive. Un retour en Guinée entraînerait très probablement une détérioration de son état.

Enfin, il y a chez Madame A une indication médicale urgente en vue d'une opération reconstructrice, au moins du clitoris, telle qu'on la propose p. ex. au Centre de chirurgie reconstructrice des organes génitaux féminins du Luisenhospital à Aix-la-Chapelle.

B – DAGHESTAN/RUSSIE

Madame B, née le XX/XX/XXXX [structure identique au cas A] [la vingtaine]

Diagnostic:

- Antécédents subjectifs: la patiente souffre de douleurs liées à une excision subie enfant au Daghestan (MGF, synonyme de EGF, E = Excision) de type impossible à déterminer.
- Antécédents après mauvais traitements et prostitution forcée (par le mari)

Antécédents:

Madame B parle de ses antécédents. Ses paroles sont traduites par son accompagnatrice. Madame B a grandi à X au Daghestan dans une famille musulmane. Elle a 6 frères et 2 sœurs. Elle a fréquenté l'école jusqu'en 3ème puis a suivi une formation d'infirmière. Elle affirme être mariée depuis 4 ans (environ XXXX). En XXXX [1 an après], elle accouche de manière spontanée d'un fils. Peu de temps après, elle retombe enceinte, mais cette grossesse a dû être interrompue; il le fallait, lui a-t-on dit, parce que la grossesse intervenait moins d'un an après le premier accouchement. Son mari l'a maltraitée continuellement et l'a forcée à se prostituer. Lors de ces viols, elle aurait également subi des blessures aux organes génitaux. À l'occasion de l'une d'entre elles, une hémorragie si importante nécessita une intervention chirurgicale dans un hôpital. Pour toutes ces raisons, elle dit avoir fui son mari en XXXX [environ 3 ans après la naissance de son fils] et se trouver en Allemagne depuis le XX/XX/XXXX [4 mois plus tard].

Elle dit avoir été excisée à l'âge de 2 ou 3 ans. L'acte était voulu par sa grand-mère et aurait été exécuté par un homme. À la question de savoir si la MGF est répandue au Daghestan, elle répond négativement. C'est pourtant ce qui lui est arrivé, mais elle ne sait pas pourquoi.

Autres antécédents médicaux:

Ménarche 12 ans, cycle régulier 4 semaines/5 jours, menstruation normale. À l'été 2012, résection partielle des ovaires à dr., sans doute à cause de kystes. Jusqu'ici, aucun examen gynécologique effectué en Allemagne.

Constatations:

Corpulence forte et grande mais non obèse. EP: pubis normal, vulve non irritée. Grandes lèvres normalement présentes des 2 côtés. Le clitoris bien développé est intégralement présent avec le prépuce. Les deux petites lèvres sont également présentes et intactes, mais elles sont séparées de chaque côté (dr. > g.) du clitoris par des entailles cicatrisées de différentes profondeurs. Cela pourrait avoir été causé par les déchirures décrites dans les antécédents médicaux. L'orifice vaginal et l'orifice extérieur de l'urètre sont normaux, et l'inspection de la partie visible du vagin ne montre pas d'anomalie particulière, à l'instar du périnée et de l'anus. D'un commun accord, il est renoncé pour le moment à un examen gynécologique plus approfondi.

Avis:

Pas de MGF constatée. Soupçon de prostitution forcée et d'abus/de sévices sexuels.

Madame B a fui son pays d'origine en raison d'une situation inhumaine, dégradante et potentiellement mortelle. Elle en garde de graves traumatismes, psychiques, et sans doute également physiques. Par conséquent, il lui faut de toute urgence une protection (et une thérapie) ici en Allemagne: la protéger elle-même et son enfant contre cette persécution non-étatique fondée sur le genre. Heureusement, il ne semble pas qu'elle ait subi de MGF. Madame B aura certainement besoin de temps pour intégrer cette information dans l'image qu'elle a d'elle-même. Comment elle en est arrivée à ce « souvenir », et qu'est-il réellement advenu: tout ceci devra éventuellement être traité en séances de psychotraumatologie.

© Dr. med. Christoph Zerm

C – KURDISTAN/IRAK

Madame C, née le XX/XX/XXXX [la vingtaine] [structure identique au cas A]

Diagnostic:

- État après mutilation génitale féminine (MGF, synonyme de EGF, E = Excision) de type I selon l'OMS avec résection partielle du prépuce clitoridien et du sommet du clitoris
- Fuite pour cause de mariage forcé et de mauvais traitements
- Douleurs récurrentes après néphrolithiase

Antécédents:

Madame C est kurde et a grandi à X au Kurdistan/Irak à proximité de la frontière iranienne, dans sa famille musulmane, qui vient d'un milieu rural, du village de X dans la région X. Madame C est le troisième enfant d'une fratrie de neuf enfants, elle a 4 frères et 4 sœurs. Un de ses frères et une de ses sœurs vivent en Grande-Bretagne, le reste de la famille vit toujours à X. Madame C a fréquenté l'école jusqu'au baccalauréat, qu'elle a obtenu avec succès. Elle aurait aimé étudier les Sciences économiques mais le père et le frère aîné étaient contre. Il lui fallait rester à la maison. Elle a donc passé, contre sa volonté, plus de 10 ans chez elle, sans autre formation professionnelle, jusqu'à son 29ème ou 30ème anniversaire. Son père décide alors qu'elle doit devenir la seconde épouse d'un homme d'au moins 12 ans plus âgé qu'elle (sans doute bien plus âgé encore), qui

vit depuis environ 17 ans en Allemagne où il est marié à une Allemande avec qui il a un fils de 15 ans. Après environ une année de « fiançailles », le mariage eut lieu en XXXX. 3 semaines plus tard, cet homme l'emmène en Allemagne où elle vit avec lui et sa famille pendant environ 2 mois. Selon ses dires, cet homme était très violent et l'a régulièrement frappée et maltraitée. Elle essaye donc de s'enfuir et y parvient le XX/XX/XXXX. Elle se retrouve alors sous la protection du foyer pour femmes X. Elle n'a aucune nouvelle de ce « mari » depuis sa fuite.

Au Kurdistan, notamment dans les régions rurales conservatrices, les MGF sont toujours très répandues, avec une prévalence variant entre 60 et 80 %. Madame C confirme cette estimation. L'intervention a généralement lieu au cours des 3 premières années après la naissance, mais il arrive aussi, selon la situation et les circonstances, que cela soit pratiqué peu avant l'âge de 11 ans. Madame C aurait été excisée vers l'âge de 9 ans.

Ménarche vers 12 ans, cycle régulier d'après elle, 4 sem./5, menstruations normales, dysménorrhée seulement les premières années. Aucune grossesse; elle serait encore vierge. Vers XXXX opération de la thyroïde, avec aussi une tonsillectomie. Néphrolithiase il y a déjà plusieurs années, les calculs auraient été retirés par chirurgie mini-invasive mais elle indique souffrir jusqu'à aujourd'hui de douleurs récurrentes.

Constatations:

Grande, corpulence moyenne. EP: Vulve/pubis normaux. Grandes lèvres normalement présentes des 2 côtés. Le clitoris se présente dans sa partie supérieure comme un bourrelet médian d'environ 2 cm de long et se termine sur sa partie caudale par le début du prépuce clitoridien, lequel apparaît quant à lui raccourci, dévoilant une pointe de clitoris rudimentaire mais lisse. De là partent directement deux branches fines vers les petites lèvres de chaque côté, respectivement présentes dans toute leur largeur jusqu'à 6-7 mm. L'orifice externe de l'urètre est visible à son emplacement habituel et ne présente aucune anomalie, à l'instar des parties visibles des parois vaginales. L'orifice vaginal semble juvénile et peut suffisamment s'écarter. Aucune cicatrice évidente n'est visible. En accord avec la patiente, on renonce à un examen gynécologique plus approfondi. L'examen indique une résection partielle du prépuce et du sommet du clitoris.

Avis:

État après MGF de type I selon l'OMS comme indiqué plus haut. Cela indique que Madame C est issue un milieu traditionnel conservateur. L'interdiction d'étudier ou d'exercer une profession, et pour finir son mariage

forcé avec un homme plus âgé et déjà marié vont également dans ce sens. Dans ce contexte, la fréquentation d'une école jusqu'au baccalauréat est plutôt surprenante, mais peut s'expliquer dans une période de mutation vers la modernité. En tant que seconde épouse, Madame C devait se tenir à la disposition du «mari» vivant principalement en Allemagne, une situation qui constitue déjà en soi une violation éclatante du droit allemand. Par la suite, elle est parvenue à se libérer de cette relation violente au péril de sa vie et de sa santé. Ce faisant, elle enfreint les règles et lois traditionnelles et bafoue l'honneur de la famille. Cela la met en danger de mort, comme le prouvent tragiquement les crimes d'honneur entre Kurdes dans ce type de cas, même en Allemagne.

La seule façon de la protéger contre cette persécution non étatique inhérente au genre est de lui accorder une autorisation de séjour sous protection en Allemagne.

© Dr. med. Christoph Zerm

D – NIGÉRIA

Madame D, née le XX/XX/XXXX [âge: une vingtaine d'années] s'est présentée avec son époux et sa fille à l'examen médical pendant mes heures de consulté le à X, accompagnée de X, Office de la santé X. L'entretien s'est déroulé en anglais. En outre, le procès-verbal de l'entretien du XX/XX/XXXX au BAMF est disponible.

Diagnostiques:

- État après mutilation génitale féminine (MGF, synonyme de EGF, E = Excision) de type I selon l'OMS avec repousse cicatrisée du clitoris partiellement excisé au Nigéria quand elle était encore bébé.
- Fuite devant les menaces de mort proférées par des adeptes vaudous dans sa communauté d'origine
- Risques importants pour sa vie et sa santé en cas de retour au Nigéria
- Nécessité de protéger sa fille contre une MGF

Antécédents:

Madame D a grandi dans la banlieue de X, capitale de X, dans sa famille chrétienne de l'ethnie des X. La mère vit encore là-bas, avec ses 4 sœurs plus jeunes et 2 frères, dont l'un est plus âgé qu'elle. Le père a été tué par balles vers XXXX. Elle a fréquenté l'école jusqu'en Terminale et a obtenu un «petit» diplôme (probablement un Certificat de fin d'études secondaires). Elle a ensuite suivi un apprentissage non rémunéré pour devenir coiffeuse. Parallèlement, elle travaille dans des restaurants afin de subvenir à ses besoins et à ceux de sa famille. Bien qu'ils soient chrétiens, de nombreux Nigériens sont encore fortement influencés par d'anciennes structures sociales de nature vaudou. Nombreuses sont les personnes qui appartiennent à des communautés de type clanique qui possèdent chacune leur «oracle» (une sorte de temple, souvent dans un village) pour centre, et où on y respecte encore des règles traditionnelles ancestrales. L'une de ces règles impose que dans chaque famille, la sœur aînée – vierge – (plus rarement, également, des fils) soit remise au service de ce temple. Celles et ceux qui résistent finissent par être tués. Les membres de la communauté (dirigée par les doyens du village) considèrent cela comme tout à fait justifié, sans doute aussi par crainte de la vengeance des esprits. Ainsi, en tant que fille aînée, Madame D fut choisie par cette communauté et cet oracle pour passer le reste de sa vie dans des conditions d'esclave. Elle refusa, et fut soutenue en ce sens par son père. Peu de temps après, le père fut tué par des personnes du clan. Des menaces de mort furent également proférées à l'encontre de Madame D. Le meurtre du père ne

laissait aucune place au doute quant au sérieux de ces menaces. Lorsque l'oncle paternel vint de X (ville au Nigéria) pour l'enterrement du père de Madame D, il la conduisit à X (ville au Nigéria), puis organisa son départ vers X (pays européen). C'est ainsi qu'en raison de graves menaces de mort qui pesaient sur elle, elle quitta le Nigéria au mois de X XXXX sur un vol en partance pour X (pays européen), accompagnée d'une amie. En/Au/Aux X (pays européen), elle apprit qu'entretiens son oncle avait été également tué par les disciples de «l'oracle». Cela montre qu'au Nigéria, ces fanatiques sont capables de retrouver dans le pays toute personne à qui ils veulent faire du mal.

Elle demanda l'asile en/au/aux X (pays européen), mais l'asile lui fut refusé en XXXX. Ne voyant d'autres possibilités que de rester illégalement, elle vécut de mendicité.

Peu avant de fuir le Nigéria, elle avait décidé d'épouser son mari actuel, Monsieur X, né le XX/XX/XXXX [âgé d'une trentaine d'années]. Ce dernier a quitté le Nigéria en XXXX et a rejoint l'Allemagne par voie terrestre puis par la Méditerranée et par X (pays européen). De là, il a réussi à faire venir sa femme depuis X (pays européen) jusqu'à lui en Allemagne. Arrivée dans le pays le XX/XX/XXXX.

Madame D a été excisée lorsqu'elle était bébé, conformément à la tradition.

Ménarche 18 ans, cycle régulier 4 semaines/5 jours, menstruations normales. 1 naissance spontanée le XX/XX/XXXX à la clinique X dans la 33ème semaine (1200 g) prise pondérale SGA et rupture précoce de la poche des eaux avec diabète gestationnel, fille, l'enfant a été pris en charge quelques temps dans le service pédiatrique. Pas d'opération.

Constatations:

Taille moyenne, forte corpulence, environ 166 cm. EP: pubis normal, grandes et petites lèvres normalement présentes dans l'ensemble de chaque côté, cependant dans la partie crâniale, les petites lèvres sont «collées» entre elles par une cicatrice hypertrophique sur environ 1 cm de long et cachent ainsi le clitoris et le gland, que l'on peut palper tout du moins partiellement. Il est probable que ce constat résulte notamment de l'ablation du prépuce, possiblement aussi de parties du gland (Glans clitoridis). Sur la partie crâniale s'ensuit un sillon médian oblique de 7 - 8 mm

de long, en-dessous duquel peut être palpé le passage sous-cutané du clitoris formant un renflement net. L'orifice externe de l'urètre est visible à son emplacement normal et ne présente aucune anomalie, de même que l'orifice vaginal, de largeur normale avec les parties visibles des parois vaginales non irritées. Le périnée ne présente aucune anomalie ni cicatrice. On renonce pour le moment à un examen gynécologique plus approfondi.

Pour le reste, le recueil des antécédents médicaux permet de constater que Madame D est gravement traumatisée par les événements liés à sa fuite (qui s'étendent sur plusieurs années), et surtout par les menaces de mort proférées par l'oracle vaudou dans son pays natal, comme le prouve tragiquement le meurtre de son père et de son oncle. À cela s'ajoutent désormais les craintes autour de sa fille. Il conviendrait ici avec l'appui d'un psychologue de clarifier, et le cas échéant de traiter, les soupçons d'ESPT ou d'autres traumatismes psychiques.

Avis:

État après MGF (au moins) de type I selon l'OMS. A pris la fuite face au risque d'être asservie dans un temple d'oracle vaudou. Menaces de mort proférées contre elle en raison de son refus. Nécessité de protéger la fille contre un risque de MGF. Madame D a d'abord grandi à X dans des conditions normales. Cependant, elle a rapidement dû aider à subvenir aux besoins de la famille car celle-ci, composée de 7 personnes, était plutôt pauvre. Mais les vraies difficultés commencèrent pour elle lorsque la communauté locale vaudou et les doyens du village, parce qu'elle était fille aînée, la désignèrent, comme le veut la tradition, pour effectuer le service rituel à vie - en esclavage - dans le temple de l'oracle (à cet effet, la porte de la maison ou de la hutte est marquée d'un symbole sans équivoque).

Quiconque oppose une résistance est tué. La réponse à la question cruciale de la page 5 de l'entretien du BAMF - De quoi Madame D a-t-elle peur, des esprits ou des hommes du village? - n'a pas de sens pour nous, Européens (malentendu interculturel), mais pour les personnes qui ont grandi avec ce type de conceptions traditionnelles, il n'y a effectivement pas de différence entre les esprits et les êtres humains faits de chair et d'os! (Alors que cette différence nous semble à nous, Européens, évidente). En effet, l'esprit spirituel vécu ou perçu comme tout-puissant agit naturellement à travers les hommes qui se consacrent à son service, et dans cette mesure, ce sont les personnes réelles qui tuent celles qui s'opposent à la volonté de « l'oracle ». Par conséquent, la menace de mort à l'encontre de Madame D est tout à fait réelle (et pas seulement «spirituelle»). Son père et son oncle eux aussi ont été tués de façon bien réelle - et cette menace vaut pour Madame D également. Il n'y a jamais «prescription».

Cela signifie qu'en cas de retour au Nigéria, sa vie serait immédiatement en danger, et on la pourchasserait dans tout le pays pour la tuer. Il est impossible de compter sur un État de droit, et ni la famille ni les organes étatiques sur place ne veulent ou ne peuvent protéger les femmes menacées. Par ailleurs, sa fille née ici et encore épargnée risquerait également de subir une MGF, car cette pratique reste encore largement répandue dans de nombreuses parties du Nigéria, comme en atteste le cas de Madame D.

Par conséquent, le seul moyen de protéger Madame D et sa fille contre ces menaces inhumaines est de leur permettre de vivre en Allemagne. Enfin, il faudrait établir grâce à un examen psychologique transculturel si Madame D a besoin d'une psychothérapie car elle a vécu des choses extrêmement traumatisantes.

© Dr. med. Christoph Zerm

E- ÉGYPT

Madame E, née le XX/XX/XXXX, s'est présentée le XX/XX/XXX à l'examen médical pendant mes heures de consultation le X à X, accompagnée de son partenaire X et de ses deux filles. L'entretien s'est déroulé en allemand, langue que maîtrise Monsieur X.

Diagnostiques:

- État après mutilation génitale féminine (MGF, synonyme de EGF, E = Excision) de type II selon l'OMS avec résection presque totale des petites lèvres de chaque côté et de la moitié g. du prépuce clitoridien à l'âge de X ans environ en Égypte
- État après mariage forcé avec mauvais traitements permanents
- Fuite devant les menaces de mort de la famille « au nom de l'honneur »
- Protection nécessaire des filles contre une MGF en Égypte
- Soupçon de traumatismes psychiques (ESPT ?), clarification médicale nécessaire

Antécédents:

Madame E est en Allemagne depuis le X XXXX. Elle est née dans une famille chrétienne-évangélique (?) originaire de X où elle a grandi. Elle est la cadette de trois enfants, les deux aînés sont des garçons. Les parents et les frères vivent toujours en Égypte, désormais à X. Madame E n'a pu fréquenter l'école que jusqu'en classe de seconde. Elle dut ensuite contribuer aux besoins de sa famille. Les parents ont une boutique d'épices, de produits fumés, etc. Vers l'âge de 19 ans, elle fut mariée de force à un homme deux fois plus âgé. D'après elle, la vie à ces côtés était un enfer, il la battait en permanence. Toutefois, il lui fut impossible de mettre rapidement en œuvre son projet de fuite, elle dut attendre environ 3 ans avant d'y parvenir. Elle s'enfuit chez une amie à X où elle put se cacher. Cette amie l'emmena ensuite avec elle vers un autre hébergement au bord de la Mer Rouge. Elle passa un moment dans ce lieu de vacances et

fit un jour la rencontre d'un Égyptien tout d'abord courtois qui lui raconta qu'il habitait en Allemagne. Il s'avéra par la suite qu'il tenait en fait un magasin en France. Dans un premier temps, il lui proposa d'habiter avec lui à X. Il constata ensuite que Madame E était recherchée et menacée par sa famille. Il lui fournit donc des papiers et un visa pour l'Allemagne, pays vers lequel ils s'envolèrent en 2012 pour atterrir à X. Là-bas, elle fit la connaissance d'une femme avec qui elle se lia d'amitié. Celle-ci continua de s'occuper d'elle après que l'Égyptien eut disparu quelques temps plus tard. Cette femme aida ensuite Madame E à retourner en Égypte, après un séjour de 3 mois seulement en Allemagne.

Mais de retour en Égypte, Madame E apprit rapidement que sa famille la recherchait pour la tuer. Sa fuite face à un mariage forcé et, sans doute «plus grave» encore, son voyage vers l'Allemagne avec un homme «inconnu», avaient déshonoré la famille, et cette faute ne pouvait être absoute que par la mort. Par conséquent, il lui était impossible de rester en Égypte. On finirait par la retrouver et par la tuer. Elle dut donc se résoudre à fuir une nouvelle fois. Dans cette situation, son amie à X lui fournit de nouveau une aide qui lui permit de débarquer pour la deuxième fois en Allemagne vers avril XXXX. Dans un foyer pour demandeurs d'asile à X, elle fit alors la connaissance d'un compatriote (en Allemagne depuis 2009) qui y vivait lui aussi. Ils se lièrent d'amitié et il devint ensuite le père de leur fille née en Allemagne. Madame C affirme avoir été excisée à l'âge de 12/13 ans environ.

Ménarche vers 14/15 ans, cycle le plus souvent régulier 4 sem./4 - 5. 2 accouchements: XX/XX/XXXX à X, fille, à terme, auparavant cependant environ 2 mois de soins stationnaires du fait d'un rétrécissement précoce de l'utérus; ainsi que le XX/XX/XXXX par césarienne dans la 25ème SG à X, fille. Impossibilité d'allaiter dans les deux cas. Pas d'autres opérations ni de maladies graves.

Que ce soit à partir des antécédents médicaux ou sur la base de l'examen, on peut identifier des signes d'un traumatisme latent et subi, très probablement causé par les mauvais traitements subis pendant toute la durée de son mariage forcé, puis par les dangers traversés durant sa fuite. Il conviendrait de faire appel à un psychiatre pour s'en assurer, et le cas échéant, de commencer une thérapie.

Constatations:

Taille à peine moyenne (162 cm), corpulence légèrement obèse. EP: Cicatrice sans inflammation, épilation totale. Grandes lèvres normalement présentes de chaque côté. Le clitoris est présent et sans défauts apparents, mais l'aile dr. du prépuce clitoridien manque intégralement. Il est impossible de savoir avec certitude si le sommet du clitoris a été légèrement réduit lors de cette excision. Vers le bas sont rattachés deux cordons fins de chaque côté qui forment la base des petites lèvres mais celles-ci sont manquantes, à dr. totalement et à g. avec une largeur rudimentaire d'environ 2 mm. Orifice vaginal sans anomalie et orifice externe de l'urètre à l'emplacement normal, plus bas suit le vagin, sans anomalie et avec, d'après ce que l'on peut voir, une largeur normale. On observe au niveau du périnée une cicatrice médio-latérale à g. probablement consécutive à une épisiotomie intra-partum (ou une déchirure du périnée). Il n'est pas été procédé à un examen gynécologique plus approfondi.

Avis:

État après MGF de type II selon l'OMS comme indiqué plus haut. État après 2 accouchements à court intervalle. Aucune indication en faveur d'une correction chirurgicale des organes génitaux externes ne s'applique pour Madame E

Madame E a grandi dans un environnement plutôt rural et traditionnel en Égypte. Elle n'a pu fréquenter l'école que jusqu'en seconde. C'est ensuite le destin traditionnel d'une jeune fille qui l'attendait: le mariage forcé avec un homme bien plus âgé qu'elle. Durant cette «union», elle subit des violences permanentes mais parvint finalement à s'enfuir. Elle trouva refuge chez une amie, puis au bord de la Mer Rouge, où elle fit connaissance d'un compatriote bienveillant et compatissant. Une solution semblait enfin se dessiner pour elle. En effet, l'homme lui proposa de vivre avec lui dans un premier temps à X, puis apparemment en Allemagne lorsqu'il s'avéra trop dangereux pour Madame E de rester à X en raison des menaces proférées par sa famille. Munie d'un simple visa de tourisme, elle suivit cet homme en Allemagne, où il disparut cependant peu après, pour des raisons qu'elle ignore. Elle trouva le soutien d'une femme à X avec qui elle se lia d'amitié. Cette femme lui permit d'entreprendre le voyage de retour en l'Égypte, puis le voyage en sens inverse, lorsque Madame E constata qu'elle était en danger en Égypte. Son excision et son mariage forcé soulignent la conception traditionnelle et conservatrice rigide de sa société d'origine, conception que sa propre famille semble partager totalement.

Si elle retournait en Égypte, Madame E serait en danger de mort, car dans ces sociétés traditionnelles, l'honneur de la famille passe avant tout. La vie d'une femme n'a aucune valeur. Au contraire, sa mort permettrait de laver «l'honneur» de la famille. Un exil interne semble illusoire, et les autorités égyptiennes ne sont manifestement ni désireuses ni même capables de protéger les femmes et les filles contre ces menaces inhumaines. Dans le même esprit, les filles nées entre temps en Allemagne seraient également menacées de MGF. Par conséquent, il convient de protéger durablement Madame E et ses filles contre cette persécution non étatique fondée sur le genre en leur accordant un droit de séjour permanent en Allemagne.

© Dr. med. Christoph Zerm

F – SOMALIE

Madame F, née le XX/XX/XXXX, s'est présentée le XX/XX/XXXX à l'examen médical durant mes heures de consultation chez Pro Familia à X, sans accompagnement. L'entretien s'est déroulé en somali avec l'aide de Madame X. En outre, l'expertise est également fondée sur le procès-verbal de l'entretien du XX/XX/XXXX mené au BAMF à X.

Diagnostiques (facteurs pertinents inclus):

- État défibulé après mutilation génitale féminine (MGF, synonyme de EGF, E = Excision) de type III selon l'OMS avec résection radicale du clitoris et des lèvres à l'âge de X ans en Somalie.
- Persécution individuelle et mauvais traitements en raison de son appartenance ethnique (groupe ethnique des X)
- Fuite devant le risque de mariage forcé
- Risque de seconde excision (pour cause d'infibulation «incomplète»)
- État après fuite de plusieurs mois par X, X et X ainsi que traversée de la mer au péril de sa vie etc. avec traumatismes probables
- Deszensus vaginae ant.

Antécédents:

Madame F est en Allemagne depuis le XX/XX/XXXX. Elle est originaire de Somalie et appartient au clan X. Elle est née dans le village de X dans la province X, près de X (environ 370 km au sud de la capitale X) où elle a grandi au sein d'une famille musulmane nomade. Les X, qui se considèrent comme les descendants des populations autochtones, souffrent en Somalie d'une exclusion sociale et d'une répression aux multiples facettes, qui n'est pas sans rappeler le destin des Dalits en Inde.

Madame F a une sœur aînée et une sœur d'un an plus jeune qu'elle.

Alors qu'elle était âgée de X ans, elle a été infibulée en même temps que sa petite sœur, au prix de douleurs insoutenables. Sa petite sœur est morte d'hémorragie. Quant à elle, elle aurait, après cette torture, couru «trop rapidement» dans tous les sens, entraînant la rupture des sutures de l'infibulation, tout du moins en partie. Mais sa mère voulait qu'elle soit entièrement refermée, au plus tard avant le mariage. Par conséquent, Madame F devait craindre en permanence d'être réinfibulée dès que son «état» serait connu et qu'elle serait mariée. En tant qu'enfant issue d'une famille nomade, Madame n'a jamais pu aller à l'école. (Pour cette raison, elle n'est pas habituée – au contraire des Européens – à indiquer des dates exactes. Aussi les dates indiquées doivent-elles être considérées comme approximatives. Il est possible en effet que les événements décrits se soient déroulés quelques mois plus tôt!)

Les dates mentionnées ci-dessous sont donc à prendre avec précaution. Le père mourut des suites d'une morsure de serpent vers août XXXX. Cette mort priva la mère et ses deux filles restantes de la personne en charge de les nourrir. 2 mois plus tard environ, la mère mourut à son tour, sans doute de faim. Ne pouvant plus poursuivre leur vie de nomades, les deux filles se rendirent dans la ville la plus proche, située à une journée et demie de voyage. La sœur aînée s'y rendit avant Madame F. Lorsque cette dernière arriva dans la ville, elle ne parvint pas à retrouver sa sœur, dont elle perdit toute trace. Madame F entra au service d'une famille en tant qu'employée de maison. Un mois plus tard environ, un homme commença à la harceler, lui disant constamment qu'il voulait l'épouser. Madame F constituait une «proie» à double titre: d'abord, parce qu'elle était membre des X, et ensuite parce qu'elle était totalement seule. L'homme, qui avait déjà trois femmes au moins, se fit de plus en plus menaçant. Il lui rappela qu'il

faisait partie du clan local tout puissant et que, si elle refusait de l'épouser, il la ferait tuer. L'homme était tellement influent, que sur sa demande, la famille qui employait Madame F congédia cette dernière, craignant des représailles si elle n'obéissait pas à aux ordres. Deux mois plus tard environ, Madame F fut donc contrainte de fuir la ville de X. Elle prit un minibus qui la conduisit (après un voyage d'environ une semaine) au-delà de la frontière sud à X, où elle fut hébergée – vraisemblablement dans le camp X – en tant que réfugiée. À en croire les dates approximatives indiquées, cela devait être vers janvier XXXX. Quelque temps après, elle fit la connaissance d'un jeune homme, également X, qui tenait une petite épicerie. Ils se lièrent rapidement d'amitié et se marièrent dans le camp. Madame F tomba bientôt enceinte mais la grossesse s'acheva par un avortement. Tous deux décidèrent ensuite de quitter la vie misérable du camp et de fuir vers le nord. L'époux se chargea de tout organiser. Ils voyagèrent à travers le/la/l' X pour arriver à X. Ils atterrirent dans le tristement célèbre camp X. Une nuit enfin, ils purent, avec beaucoup d'autres personnes qui voulaient également fuir, prendre place dans une embarcation de fortune afin de rejoindre l'Europe.

Son mari lui dit de monter à bord et qu'il allait la rejoindre juste après. Mais ils se perdirent de vue dans l'obscurité et le matin suivant en pleine mer, plus aucune trace de son époux. Elle n'a plus jamais entendu parler de lui depuis. Cette traversée fut extrêmement traumatisante, il n'y avait ni à boire ni à manger, la houle était très forte, si bien qu'un autre navire de réfugiés chavira et que de nombreuses personnes se noyèrent. Son embarcation menaçait également de sombrer, mais un bateau de secours les prit en charge, elle et les autres réfugiés, avant qu'il ne soit trop tard. Elle resta à X avec un groupe de Somaliens qui l'invitèrent 2 jours plus tard à se joindre à eux pour continuer la route vers l'Allemagne et qui lui payèrent son ticket.

Ménarche vers 15 ans, cycle régulier 7j./mois (depuis quelques mois jusqu'à 14 j.), Dysménorrhée.

1 grossesse qui s'est terminée en avortement ou par un enfant mort-né (à X). Pas d'opération.

Constatations:

Taille moyenne, environ 163 cm, svelte. EP: Pubis clairsemé, grandes lèvres présentes de chaque côté, seulement latéralement et minces. Le clitoris manque intégralement, on observe à sa place une cicatrice plus large, légèrement ferme, d'une largeur d'environ 15 mm, plus haut la partie sous-cutanée du clitoris est vaguement palpable, formant un bourrelet médian et plat d'environ 1 cm de long. La surface de la cicatrice présente des excroissances cicatricielles de quelques millimètres qui ressemblent à des papillomes. Vers le bas, la cicatrice se termine par un coude tendu, très douloureux à la pression cranio-convexe, prolongé ensuite par les bords cicatriciels fins, parfois droits, parfois en dents de scie, de la déhiscence ou défibulation, et qui remplacent les petites lèvres et la partie médiale des grandes lèvres. L'orifice externe de l'urètre est correctement en place, non irrité et visible juste en-dessous du coude cicatriciel douloureux, l'orifice vaginal est un peu écarté, une cystocèle d'environ 10 - 13 mm est présente, le CUW est partiellement rayé. La cloison et le périnée ne présentent aucune anomalie. Il n'est pas prévu d'examen gynécologique plus approfondi.

Ces constatations justifient au moins l'indication médicale d'une opération de remobilisation du clitoris et de l'élimination de l'arête cicatricielle douloureuse, comme p. ex. au Centre de chirurgie réparatrice des organes génitaux féminins externes à Aix-la-Chapelle.

Avis:

État après défibulation ou déhiscence d'une MGF de type III/infibulation d'après l'OMS comme indiqué plus haut. Cf. ci-dessus pour les détails.

Madame F a grandi dans une famille nomade pauvre et analphabète en milieu rural dans le sud du X, où les milices terroristes Al-Shabab imposent aujourd'hui encore leur tyrannie. Une de ses sœurs est morte en bas âge d'une hémorragie lors de l'infibulation. En tant que membre de la minorité des X, elle et sa famille n'ont connu durant leur vie qu'exclusion, persécution et mauvais traitements, aussi bien psychiques que physiques (cf. ci-dessus). Lorsque le père est décédé d'une morsure de serpent, les moyens de subsistance de la famille ont littéralement disparu, la mère est probablement morte de faim peu après, et les deux sœurs ont dû se débrouiller dans la localité la plus proche, où Madame F a perdu toute trace de sa sœur aînée. À peine avait-elle trouvé un misérable emploi dans une famille qu'elle s'est retrouvée dans le collimateur d'un homme influent qui la força à devenir son énième femme. Madame F ne peut pas dire avec certitude s'il avait «seulement» des relations étroites avec le clan au pouvoir dans cette région ou s'il était membre d'Al-Shabab. Quoi qu'il en soit, en quelques semaines, la situation est devenue dangereuse pour elle, en raison de son refus de l'épouser. Elle n'a jamais cru à ses déclarations d'amour, dont elle fait état dans l'entretien. Par ailleurs, il fit en sorte qu'elle perde son travail (et donc le peu de revenus qu'elle avait). Elle savait que si elle voulait rester en vie, elle devait s'enfuir. C'est ainsi qu'elle se retrouva dans un camp de réfugiés à X - elle répond affirmativement à la question de savoir s'il s'agissait du camp X. Elle y fit la connaissance d'un jeune homme X avec qui elle se lia d'amitié et qu'elle épousa au camp. Elle tomba rapidement enceinte de lui, mais fit une fausse-couche. Reste à savoir le temps qui s'est réellement écoulé. S'il s'agit d'un avortement précoce, les dates indiquées sont - dans une certaine mesure - compatibles avec l'arrivée à X, le mariage et la poursuite du périple vers l'Europe. Mais si la description est exacte, selon laquelle l'enfant est mort-né dans le dernier tiers de la grossesse, avec une intervention obstétricale au vagin dans le camp de réfugiés, alors il convient d'antidater d'au moins 6 - 7 mois en amont toutes les indications sur la mort des parents et la fuite vers X. La déclaration qui m'a par exemple été faite concernant la mort du père en février XXXX serait alors tout à fait cohérente. En effet, la mère serait alors décédée vers avril XXXX, le séjour à X se serait ensuite déroulé jusqu'à juin/juillet XXXX environ, et elle serait ensuite déjà arrivée à X, aurait fait la connaissance de son époux, serait tombée enceinte p. ex. en août et aurait accouché d'un enfant mort-né p. ex. en février XXXX, il s'agit là bien entendu d'estimations vagues. Ces indications contradictoires - incompréhensibles pour la mentalité européenne - font sens si l'on garde à l'esprit le mode de vie totalement différent des nomades en/au X (et dans d'autres pays semblables).

Les dates ne jouent pour ainsi dire aucun rôle dans leur vie, pas même les anniversaires (p. ex. je suis née l'année des pluies diluviennes...). Or, comment quelqu'un qui ne connaît ni les calendriers ni l'alphabet pourrait-il se souvenir du mois précis au cours duquel est survenu un événement particulier? Par conséquent, il serait injuste de reprocher à Madame F ces contradictions, ou encore de lui reprocher un manque de collaboration pour reconstruire les circonstances de sa fuite. Les deux versions sont possibles, et l'absence de conclusion quant à la version réellement exacte est secondaire au vu des traumatismes subis par Madame F et des menaces qui pèsent sur elle (également en cas de retour en Somalie!).

En effet, considérant la totalité de son histoire personnelle - à commencer par les humiliations, les intimidations et certainement aussi les violences physiques permanentes du fait de son appartenance à la minorité des X, puis les dangers qui ont suivi le décès de ses parents et la menace de mariage forcé, la fuite consécutive vers l'inconnu, la survie dans un énorme camp de réfugiés, le choc d'un enfant mort-né et les traumatismes (également vécus par des milliers d'autres personnes en fuite) en particulier à X puis sur la Mer Méditerranée, et enfin la perte du mari protecteur lors de la traversée - il faut supposer que Madame F a subi de très graves traumatismes psychiques - dont la gravité doit faire l'objet d'un diagnostic psychiatrique urgent - et qu'elle devra suivre une thérapie appropriée.

Par ailleurs, la mise en place de conditions d'accompagnement favorables, notamment la sécurité, l'autorisation de rester en Allemagne et l'octroi d'une protection contre les persécutions inhumaines, individuelles et fondées sur le genre sont indispensables au succès de la thérapie.

Un retour en/au X représenterait pour Madame F un nouveau danger pour sa vie et pour sa santé, en particulier à cause de l'homme influent qui voulait la contraindre au mariage, et qui agit sans doute en association avec les milices Al-Shabab. Madame F risquerait d'être retrouvée partout dans le pays. Un exil interne est donc totalement illusoire. En outre, en raison de l'état «ouvert» de ses organes génitaux, elle risquerait une réinfibulation ainsi qu'un mariage forcé à tout moment. Les administrations de l'État en/au X ne sont ni désireuses ni en mesure de protéger les femmes contre

ces menaces. Par conséquent, force est de conclure, pour des raisons de droits humains, qu'il faut accorder à Madame F une autorisation de séjour permanent en Allemagne.

La dernière déclaration du Conseil européen et du Conseil des ministres de l'UE du XX/XX/XXXX sur le thème «MGF et mariage forcé» souligne une fois encore la détermination des institutions européennes à apporter un soutien et une protection tout particuliers aux femmes et aux filles victimes de ces crimes et des traumatismes psychiques qui y sont associés.

© Dr. med. Christoph Zerm

GROSSESSE, ACCOUCHEMENT ET SUIVI

Grossesse et prévention

Entretien d'information

Il arrive qu'une femme faisant une demande d'asile n'ait pas l'habitude du système de santé allemand. Par conséquent, il faut parfois fournir des explications et des informations sur la nature de la prise en charge dans ce système. Certaines femmes ne comprennent notamment pas les raisons des examens et des tests obstétricaux effectués à intervalles très réguliers.⁵³

De même, les migrantes ne savent généralement pas à quoi sert le carnet de grossesse. Il est donc important que la/le gynécologue explique à sa patiente que le carnet de santé sert à noter les données de santé importantes afin de pouvoir réagir rapidement et correctement en cas d'urgence. La forme de mutilation génitale féminine/excision subie constitue ici une information importante. La Fédération allemande des gynécologues recommande donc que les femmes enceintes aient toujours sur elles ce carnet durant la grossesse⁵⁴. Le carnet fournit en outre des informations importantes pour les grossesses ultérieures.

De plus, il est possible que la femme n'ait que des connaissances limitées des caractéristiques anatomiques et physiologiques de son corps et qu'elle ait besoin d'informations correspondantes. Au moyen d'un dessin, l'anatomie et la physiologie «normales» des organes génitaux peuvent à la fois être expliquées et mises en relation avec la mutilation ou l'excision. Souvent, les filles et les femmes concernées ne comprennent pas que leurs problèmes de santé ont un lien avec les MGF/E. Si l'on veut inciter et encourager ces femmes à subir une déinfibulation et/ou d'un accouchement sans réinfibulation consécutive,⁵⁵ il est important de leur fournir des informations qui soient claires et compréhensibles.

Prévention (complications grossesse et examens préliminaires)

En obstétrique, les complications surviennent principalement chez les femmes qui présentent une infibulation. Il est souvent impossible d'effectuer des examens vaginaux en passant par l'ouverture restante du vagin. Quand elle s'avère nécessaire, la cathétérisation est plus difficile, voire impossible. Au cours de la grossesse, il arrive que le frottis Pap soit impossible à réaliser. Les kystes et les abcès vulvaires sont d'autres exemples de complication. Les risques d'infections urinaires sont également plus élevés. Certaines femmes concernées, originaires de certaines régions, ont tendance à ne pas se nourrir assez durant la grossesse afin d'éviter la naissance d'un «gros» bébé et les complications qui vont avec. Dans ce cas, on peut observer au cours de la grossesse une prise de poids insuffisante ou une anémie.⁵⁶

La grossesse des femmes concernées peut s'avérer psychologiquement problématique pour les raisons suivantes⁵⁷

- Peur de la réaction du personnel soignant
- Peur de l'examen gynécologique
- Peur de la douleur durant ou après l'accouchement
- Peur de la césarienne

Accouchement

Risques à l'accouchement

Sans aide médicale, les femmes qui accouchent peuvent subir les complications suivantes en raison des cicatrices qui entravent les voies d'accouchement:

- Hypertension (crampe de contraction) de l'utérus
- Atonie (absence de contraction) de l'utérus
- Rupture de l'utérus (rupture utérine)
- Progression retardée de l'accouchement portant atteinte au fœtus et risque d'apparition d'une fistule vaginale due à des nécroses de pression (en cas de séjour trop long de la tête de l'enfant dans le canal de naissance)
- Déchirures périnéales (déchirures dans la région de l'anus) ou autres complications chez la mère pouvant entraîner la mort

Dans les pays d'où ces femmes sont originaires, le risque de décès de la mère et des nouveau-nés est bien plus élevé qu'en Allemagne. En Allemagne, un accouchement ayant fait l'objet d'un suivi adéquat ne devrait comporter de risque particulier ni pour la mère ni pour l'enfant. Dans l'idéal, les patientes ayant une infibulation devraient être confiées aux équipes médicales et aux sages-femmes bénéficiant d'une expérience dans ce domaine et pouvant en outre fournir une traduction de bonne qualité⁵⁸.

Déroulement de l'accouchement

Du fait que dans la zone vaginale, en raison de l'excision, la cicatrice a durci et est à peine extensible, la tête de l'enfant ne peut pas suffisamment élargir le canal de naissance lors de sa descente. Cela a pour effet de ralentir l'accouchement et de le rendre particulièrement douloureux. Cela peut également – en cas de non-ouverture du tissu cicatriciel – occasionner une déchirure incontrôlable du tissu avec lésion des vaisseaux et de l'urètre ainsi qu'une lésion irréversible des nerfs. Pour le bébé, un accouchement qui dure trop longtemps peut être aussi très dangereux en raison du manque d'oxygène qui en résulte.⁵⁹

Pour que l'accouchement se fasse de manière aussi indolore que possible, il faut limiter les examens vaginaux au strict nécessaire. Si la patiente a subi auparavant une défibulation, on peut supposer que l'accouchement se déroulera normalement. Les indications habituelles s'appliquent en cas d'épisiotomie médio-latérale. Si la patiente n'a pas encore fait l'objet d'une défibulation, la première phase de l'accouchement peut se dérouler normalement. Pendant la seconde phase, une incision de la zone infibulée doit être effectuée sous anesthésie péridurale. Une anesthésie locale est également possible.⁶⁰

Défibulation

La défibulation est un sujet controversé en obstétrique. Plusieurs auteurs recommandent une défibulation systématique au cours de la grossesse, en général durant le deuxième ou le troisième trimestre. L'objectif consiste à éviter que ne surviennent des problèmes durant l'accouchement, en particulier en présence d'équipes médicales inexpérimentées. Des études⁶¹ ont cependant montré que cette méthode n'a pas d'influence sur la durée de l'accouchement, le nombre des épisiotomies ou les déchirures vaginales, la perte de sang, le score d'Apgar ou la durée du séjour hospitalier. Des études⁶² en provenance d'autres pays tels la Grande-Bretagne, où une défibulation est généralement recommandée au troisième trimestre, montrent que les femmes sont critiques vis-à-vis de cette méthode. Des constats identiques ont également été rapportés en Suisse⁶³. La réalisation d'une nouvelle intervention douloureuse au cours de la grossesse fait l'objet de critiques alors que cette intervention peut également avoir lieu (seulement) à l'accouchement. Quoi qu'il en soit, en cas d'impossibilité absolue d'un examen vaginal ou éventuellement d'une cathétérisation – pour contrôler l'uricite, la protéinurie (perte de protéines par les urines) etc. – une défibulation doit être envisagée dès la grossesse. Il est crucial d'aborder la défibulation en amont avec la femme enceinte, si possible en présence de son partenaire. Le premier entretien doit avoir lieu le plus tôt possible pendant la grossesse. En effet, si c'est en salle d'accouchement qu'une patiente entend parler pour la première fois de défibulation, elle aura beaucoup plus de difficultés à accepter une intervention qui lui est étrangère et qui s'oppose à ses traditions.

Suivi

Chez les femmes concernées, l'examen de suivi doit avoir lieu plus tôt qu'habituellement (trois à quatre semaines après la naissance). Dans ce contexte, il est important que la patiente ait la possibilité de poser des questions sur les changements qui affectent son anatomie et sa physiologie. La patiente doit en particulier s'habituer au net raccourcissement du temps nécessaire à la miction et aux menstruations. Parallèlement à cela, l'examen de suivi fournit au personnel de santé l'occasion de mettre en avant les aspects positifs du changement et de mener un entretien de prévention en cas de naissance d'une fille (illégalité de l'excision en Allemagne, conséquences négatives pour la santé physique et mentale). Dans certains cas, la médiation d'un soutien psychologique sur une longue période se révélera utile.⁶⁴

Éthique et situation juridique⁶⁵

D'un point de vue juridique, il faut distinguer entre les différentes formes d'excision (primaire) et les différentes formes du traitement des plaies. Tandis que l'excision constitue une grave lésion corporelle, le traitement des plaies constitue une mesure médicalement nécessaire. Le traitement des plaies après l'accouchement vise à soigner les cicatrices ouvertes ainsi que l'épisiotomie.

Si après en avoir été informées, les femmes ayant subi une infibulation demandent la reconstitution de l'état corporel d'avant l'accouchement, le médecin doit refuser l'intervention, car la réinfibulation (reconstitution de l'infibulation) représente une grave infraction au sens du § 226 a StGB et du § 228 StGB.

L'objectif majeur des soins doit consister à éviter un nouveau traumatisme, mais aussi à aider et à soutenir les filles et les femmes dans les soins autonomes post-opératoires après des opérations visant à éliminer les écoulements de sang et d'urine et à reconstituer la capacité de cohabitation (capacité à avoir des relations sexuelles).⁶⁶

3.5 PÉDIATRES

L'âge auquel les jeunes filles sont mutilées ou excisées varie selon les cas.

Dans le cadre de l'examen de dépistage préventif, il convient donc de contrôler l'intégrité des organes génitaux ou de constater la présence d'une mutilation/excision. Au cours des différents entretiens avec les parents, il faut attirer l'attention – avec tact mais sans équivoque – sur l'importance de l'intégrité physique pour le développement général de l'enfant ainsi que sur les poursuites pénales encourues en cas de mutilation génitale féminine/excision.

En ce qui concerne les filles originaires de régions pratiquant les MGF/E, il devrait être naturel, à chaque examen médical, d'examiner aussi les parties génitales, et de bien faire comprendre que les pédiatres (femmes et hommes) veillent attentivement au respect de l'intégrité physique de leurs patients. Dans l'idéal, on pourrait aborder le sujet des MGF/E une autre fois avec la famille, au cours d'examens médicaux ultérieurs obligatoires. Il peut s'avérer utile d'interroger la position de la mère et du père, éventuellement chacun leur tour de façon individuelle.⁶⁷

4. LA RECONSTRUCTION CHIRURGICALE ET PLASTIQUE DES ORGANES GÉNITAUX FÉMININS EXTERNES

Une contribution du Dr. Dan mon O'Dey, FEBOPRAS

Étant donné les conséquences très graves des MGF (cf. chapitre 1.5), l'opération de réparation des MGF/E constitue une mesure médicalement indiquée, dont le contenu exact dépend naturellement du type de MGF/E subie et du degré de mutilation pratiqué.

4.1 CONDITIONS PRÉALABLES

La reconstruction des organes génitaux féminins externes en cas de mutilation suite à une excision rituelle est médicalement indiquée et souvent aussi souhaitée par les femmes concernées. Les mesures chirurgicales sont complexes et doivent prendre en compte les complexités de la forme et celles de la fonction, et ce, afin de respecter la valeur psychophysique spécifique au genre de cette région.

Désir d'enfant après la reconstruction

En cas de désir d'enfant avant la reconstruction, il convient de vérifier par un examen médical au Service de Chirurgie plastique réparatrice ou de Gynécologie si les conditions organiques des parties internes et externes sont remplies. Dans ce contexte, il faut évaluer, en plus des aspects liés à la santé, si la femme peut encore avoir un enfant sans problème, et/ou s'il est possible pour elle de donner naissance par voie naturelle (accouchement par voie basse) sans aucune difficulté. Il est nécessaire de discuter des éventuelles divergences de points de vue, de faire une préconisation ou de proposer une solution.

Grossesse avant la reconstruction

En cas de grossesse avant reconstruction, il convient de vérifier par un examen médical au Service de Chirurgie plastique réparatrice ou de Gynécologie si aucun obstacle ne s'oppose à l'accouchement. Si la présence d'un obstacle à la naissance est confirmée (p. ex. un vestibule rétréci par une cicatrice dans les MGF de type III), il faut évaluer si une simple ouverture sous anesthésie locale en dehors de la phase vulnérable suffirait à y remédier ou s'il faut par précaution – pour le bien de la mère et de l'enfant à venir – envisager en priorité un accouchement par césarienne. D'autres projets de reconstruction peuvent être repris ou avoir lieu après la grossesse.

Financement et intégration des caisses maladie

Étant données l'importance particulière et la valeur de la région génitale, sa reconstruction doit se faire en utilisant des techniques opératoires à la fois efficaces et spécialisées afin d'offrir aux patientes les meilleures conditions possibles en vue d'une normalisation de leur anatomie⁶⁸. Cette normalisation aura un effet avantageux aussi bien physique que psychique. Par conséquent, la reconstruction chirurgicale remplit tous les critères d'une médecine curative et n'a rien à voir avec d'éventuelles indications esthétiques. Les MGF/E sont donc également classées et solidement ancrées dans le système ICD (International Classification of Diseases) en tant que souffrance physique. En Allemagne, si la personne dispose d'une assurance, les coûts de la reconstruction chirurgicale sont pris en charge par les caisses maladies, qu'elles soient publiques ou privées. Après la reconstruction, c'est généralement pour les patientes le début d'une nouvelle vie, dans laquelle elles se sentent entièrement femme et n'ont plus de douleurs. Il s'agit là des effets positifs les plus marquants qui se répercutent souvent positivement à la fois vers l'intérieur et vers l'extérieur, et aussi bien sûr sur la santé.

⁶⁸ O'Dey 2010

4.2 PRÉPARATION

Les patientes qui envisagent une réparation chirurgicale et plastique après une MGF/E doivent soit remplir les conditions linguistiques permettant de se faire comprendre en allemand ou dans une langue internationale – en particulier l'anglais – soit demander à une personne de confiance de les accompagner pour assurer la traduction / l'interprétation lors des principaux entretiens de préparation à l'opération. Outre cette condition et/ ou assistance individuelle linguistique, des personnes internes à l'établissement et assurant la fonction d'interprète peuvent aider à garantir une bonne compréhension. Ces personnes doivent être formées en conséquence, et ouvertes aux différences culturelles.

La consultation médicale

Dans le cadre de la consultation médicale, on aborde en détails avec la patiente non seulement les antécédents médicaux, les douleurs actuelles, les problèmes existants et le diagnostic, mais on discute également de la planification de l'opération et des démarches ultérieures à suivre. Il est très important que la patiente soit bien consciente de l'opération qu'elle va subir, et qu'elle soit informée de ses chances de guérison, des risques encourus ainsi que des comportements pré- et post-opératoires à respecter.

Position du/de la spécialiste

En raison de l'anatomie complexe des organes génitaux féminins externes et des différentes conditions locales individuelles à la suite de MGF/E, il est essentiel que le / la spécialiste possède une connaissance approfondie de l'appareil génital, un savoir spécifique en chirurgie réparatrice, des compétences en microchirurgie ainsi qu'une grande sensibilité culturelle. Pour être sûr/e d'obtenir le meilleur résultat, il est conseillé de consulter un / une spécialiste expérimenté/e dans ce domaine.

En effet, et en particulier lorsque les résultats des analyses sont atypiques - ce qui est souvent le cas dans le MGF Type IV -, ou encore, lorsque la victime est originaire d'un pays autre que les pays habituels, il est essentiel de posséder un savoir et une expérience solides, afin justement d'être en mesure d'identifier comme mutilation génitale ce qui a priori semblerait ne pas l'être, d'indiquer les diverses possibilités existantes de thérapies reconstructrices, et enfin, de soulager les douleurs des patientes. Les récits que nous font ces dernières sont souvent à peine croyables, comme par exemple cette femme originaire d'Afghanistan qui, pour avoir voulu protéger ses deux filles contre une MGF, s'est vu déchirer/ arracher ses petites lèvres en guise d'intimidation.

4.3 EN QUOI CONSISTE LA RECONSTRUCTION CHIRURGICALE ET PLASTIQUE?

Si des amputations sont constatées au niveau de la vulve, surtout dans le cas des MGF/E de type III, une réparation complexe en termes de forme et de fonction est nécessaire afin d'obtenir une normalisation anatomique. Il s'agit notamment de la réouverture et la reconstruction de la vulve et du vestibule du vagin à l'aide de tissus, de la récupération du moignon du clitoris généralement localisé à hauteur du Corpora clitoridis et de l'élimination des cicatrices, de la reconstruction microchirurgicale et de la reconstitution du gland du clitoris (Glans clitoridis) ainsi que de l'intégration de ce dernier à un prépuce (Praeputium clitoridis) également à reconstituer. Cette reconstruction (et tous les aspects qu'elle comporte) est certes complexe, mais elle permet d'offrir aux filles et aux femmes concernées une reconstitution médicale optimale et de retrouver ainsi la forme et la fonction des parties génitales externes.

Après une excision féminine de type I à III (Typologie de l'OMS), on observe généralement une amputation partielle du clitoris à hauteur du Corpora clitoridis. Dans le cadre d'une technique chirurgicale développée par M. O'Dey (l'un des auteurs du présent rapport) pour la reconstruction du prépuce appelée plastie par lambeau OD (Omega-Domed Flap), un accès net à l'organe clitoridien est créé dans le même temps⁶⁹. Après la récupération du moignon du clitoris cicatrisé, celui-ci peut être reconstruit au moyen d'une autre technique micro-chirurgicale de l'auteur – appelée procédure NMCS (NMCS: Neurotization and Molding of the Clitoral Stump)⁷⁰. À cet effet, les nerfs du clitoris sont réintégrés au gland du clitoris à reconstituer. Le gland du clitoris reconstitué est ainsi innervé en son centre. On obtient ainsi une réinnervation opérée avec fiabilité et donc une reconstruction fonctionnelle d'un Glans clitoridis.

Les MGF/E de type III (Typologie de l'OMS) constituent la forme organique la plus grave des excisions féminines rituelles. D'un point de vue anatomique, le problème principal réside dans la perte massive de tissus. Afin d'atteindre une normalisation, un tissu similaire doit donc être ajouté. Une nouvelle technique chirurgicale mise au point par M. O'Dey, appelée plastie par lambeau aOAP (aOAP: anterior Obturator Perforator flap), rend possible une intervention réparatrice importante en cas d'insuffisance marquée des tissus mous de la vulve et de l'entrée du vagin, tout en garantissant une reconstruction authentique et fidèle des tissus et donc de l'anatomie de cette région en tant qu'ensemble esthétique⁷¹. Au cours de la fermeture de la plaie, la cicatrice du point de prélèvement est placée de façon quasi-invisible sous la reconstitution du Sulcus genitofemoralis. Il en résulte une image anatomiquement fidèle et naturelle, même dans la zone de prélèvement du lambeau.

⁶⁹ O'Dey 2017 | ⁷⁰ O'Dey 2017 | ⁷¹ O'Dey 2017

4.4 SOINS STATIONNAIRES

En raison de la complexité de l'intervention de chirurgie réparatrice suite à une MGF/E, en raison des préparations que cette opération nécessite, et en raison de la complexité du suivi postopératoire des patientes, on recommande des soins hospitaliers stationnaires (et non ambulatoires). C'est la meilleure manière de résoudre de façon adéquate – sans crainte et sans risque d'erreurs – toute difficulté ou incertitude relative à la forme et à la fonction des parties génitales retrouvées.

4.5 EXAMENS ULTÉRIEURS ET SUIVI

Après la réparation chirurgicale et plastique, en particulier une fois la forme et la fonction retrouvées, s'ensuit une nouvelle sensation corporelle, normale cette fois. C'est pourquoi le suivi des patientes est un sujet très important. Les patientes sont suivies régulièrement par le médecin pendant une période de un an. Durant ces consultations, le médecin effectue ses missions habituelles de contrôle de l'état de santé, de suivi et de soins des cicatrices, explique la capacité sensitive du clitoris, explique comment se comporter au quotidien et lors des rapports sexuels, ou encore évalue les possibilités d'accouchement par voie basse.











4.6 DÉSIR D'ENFANT APRÈS LA RECONSTRUCTION

En cas de désir d'enfant après reconstruction des organes génitaux féminins externes, il convient en principe d'attendre la fin de la phase de cicatrisation physiologique. Il n'est donc pas recommandé pour les femmes concernées de tomber enceinte dans un délai d'un an à compter de la reconstruction. Cela vaut en particulier quand on sait que les mesures de reconstruction complexes ne font souvent que créer la condition essentielle à un accouchement par voie basse. Dans le cadre d'un examen médical pouvant notamment être réalisé au sein du service de chirurgie plastique réparatrice ou de gynécologie, il est important de vérifier que les conditions organiques des parties génitales internes et externes sont réunies.

Pour la future mère, ce problème ne pourra être résolu pour le mieux que si la décision a été prise en concertation.

Dans ce contexte aussi, il faut évaluer, en plus des aspects relatifs à la santé, la possibilité d'une conception sans problème et/ou la possibilité sans réserve que la naissance se fasse par voie naturelle (accouchement par voie basse). Les éventuelles divergences devraient être discutées et une recommandation correspondante exprimée ou une solution proposée.

5. PRÉCONISATIONS

| | Niveau international | Niveau national | Niveau régional | Niveau local | Niveau de la communauté |
|---|---|--|---|---|---|
| Développer une collaboration multidisciplinaire (réseaux internationaux, ministères fédéraux, institutions européennes) |  |  | | | |
| Développer une collaboration multidisciplinaire (INTEGRA, mise en réseau des Tables rondes, à l'échelle fédérale) | |  | | | |
| Développer une collaboration multidisciplinaire (Table ronde, dans les villes et les régions rurales) | | |  | | |
| Développer une collaboration multidisciplinaire (Table ronde Hambourg) | | | |  | |
| Proposer des métiers de formation aux femmes concernées (ayant un niveau faible de qualification) dans le domaine de la santé |  |  |  |  |  |

| | | | | | |
|---|----------------------|-----------------|-----------------|--------------|-------------------------|
| Intégration d'un taux de femmes victimes de MGF/E dans le système scolaire ou de formation | | | | | |
| La consultation en vue de l'entretien doit absolument avoir lieu avant l'entretien au BAMF (et au mieux avant la demande d'asile) | | | | | |
| Consultation en vue de l'entretien | | | | | |
| Psychothérapie dans le cadre de soins de base | | | | | |
| Les sessions de formation au BAMF doivent être réalisées par des spécialistes psychologues, pédagogues et gynécologues | | | | | |
| Étendre les formations pour les interprètes dans le domaine des MGF/E et avoir davantage d'interprètes | | | | | |
| Mettre sur pied des services de consultation (conseil par des migrants et migrantes) dans le domaine des MGF/E | | | | | |
| Développer les capacités dans les différentes communautés afin de garantir un conseil immédiat pour les victimes | | | | | |
| Créer un réseau de multiplicateurs qui transmettent le savoir aux niveaux régional, national et international | | | | | |
| Responsabiliser les victimes dans les communautés | | | | | |
| Légitimation des formations pour les multiplicatrices et multiplicateurs dans le domaine des MGF/E | | | | | |
| Mise en réseau des médecins (h/f) contre les MGF/E | | | | | |
| Formations pour les pédiatres sur le thème des MGF/E | | | | | |
| Formations pour les personnes qui aident les réfugiés | | | | | |
| Formations dans le domaine de la santé | | | | | |
| Documentation des cas de réexcision | | | | | |
| Les centres de consultation psychologique ambulatoire constituent une possibilité de contact | | | | | |
| Banque de données nationale des interprètes formés travaillant en coopération avec les caisses d'assurance maladie | | | | | |
| Prise en charge des coûts des attestations médicales par les caisses d'assurance maladie | | | | | |
| Pool d'experts: consensus sur les expertises médico-légales | | | | | |
| Thérapie transculturelle sur le long terme | | | | | |
| Agir davantage contre le racisme en société et les discriminations professionnelles, car cela entraîne l'isolation des communautés et rend compliqué le travail de sensibilisation avec les victimes. | | | | | |
| | Niveau international | Niveau national | Niveau régional | Niveau local | Niveau de la communauté |

GLOSSAIRE MÉDICAL

| | |
|---------------------------------|--|
| Aménorrhée | Trouble du cycle avec absence de menstruation |
| Anémie | Réduction du nombre de globules rouges, de la concentration d'hémoglobine et/ou de l'hématocrite |
| Anesthésie | Insensibilité complète à la douleur, à la température et à la stimulation tactile En langage courant, le terme est aussi utilisé pour la réalisation d'une anesthésie. |
| Anesthésie péridurale | PDA, anesthésie locale centrale proche de la moelle épinière |
| Antécédents médicaux | Historique médical d'un patient |
| Atonie | Mollesse, relâchement dû à un manque de tension du tissu |
| Avortement | Interruption de la grossesse avant la 24ème semaine |
| Capacité de cohabitation | Au sens strict traditionnel des rapports sexuels hétérosexuels avec introduction du pénis dans le vagin |
| caudal | Vers la queue, les pieds, le bas |
| chéloïde | Excroissance dense, plate ou en forme de cordon, occasionnant parfois des démangeaisons |
| Cicatrice d'excision | Cicatrice résultant de l'excision |
| Circoncision | Circoncision |
| Conception | Fertilisation par la fusion de spermatozoïdes et d'ovules |
| Corpus clitoridis | Tige du clitoris qui contient une partie du corps caverneux du clitoris. Il se trouve entre les piliers du clitoris (Crus clitoridis) et le gland du clitoris (Glans clitoridis) |
| crânial/cranialis | Appartenant à la tête ou vers la tête ou le sommet |
| Diabète gestationnel | Troubles de la tolérance au glucose apparue pour la première fois chez la mère durant la grossesse |
| Dysménorrhée | Menstruations douloureuses (parfois comparables à des coliques ou des contractions) primaires (depuis la ménarche) ou secondaires |
| Dyspareunie | Douleurs permanentes ou très fréquentes de différentes origines depuis au moins 6 mois chez la femme ou l'homme durant le coït dans la région des organes génitaux et dans le petit bassin |

| | |
|---|--|
| Défibulation | Dans le cadre d'une mutilation génitale, ouverture chirurgicale de l'Ostium vaginae obturé par infibulation |
| Déchirure périnéale | Déchirure du périnée, le plus souvent également du tiers frontal du vagin |
| EP | Examen préventif/examen vaginal |
| Épisiotomie | Intervention chirurgicale obstétricale pour élargir le détroit du bassin (incision du périnée) |
| Épisiotomie médio-latérale | L'épisiotomie médio-latérale est effectuée en partant du point central à 45° et peut être prolongé en passant par l'anus en raison de l'absence de limite, ce qui entraîne un gain de place supérieur |
| Euménorrhée | Menstruations d'intensité normale et d'une durée de 3 à 7 jours |
| Frottis Pap | Frottis Papanicolaou / frottis gynécologique avec coloration spéciale consécutive (coloration Papanicolaou) pour le diagnostic cytologique |
| génito-fémoral (Nervus genito-femoralis) | Nerf mixte du plexus lombal (plexus nerveux dans la région lombaire) |
| Glans clitoridis | Gland du clitoris, dans lequel les deux corps caverneux se rejoignent |
| Hernie ombilicale | Hernie congénitale ou acquise, souvent indolore, qui apparaît par le nombril (Anulus umbilicalis) |
| Hypertension | Augmentation de la tension ou de la pression au-dessus de la valeur physiologique, p. ex. de la musculature, de la pression cérébrale ou de la pression dans les vaisseaux sanguins |
| Incision | Séparation de tissus corporels ou ouverture d'une cavité pathologique, p. ex. pour soigner un abcès |
| Infibulation | Mutilation génitale féminine avec fermeture partielle de l'entrée du vagin par des anneaux ou des agrafes ou par cicatrisation après mutilation et suture |
| Introitus vaginae | Entrée extérieure du vagin qui se trouve dans le vestibule du vagin (Vestibulum vaginae) |
| IVG | Interruption volontaire de grossesse |
| Kraurosis | Désignation désuète pour une dystrophie scléro-atrophique (état de rétrécissement) des muqueuses transitionnelles, particulièrement dans la région génitale (Craurosis vulvae ou Craurosis penis). Cela provoque de fortes démangeaisons |

| | |
|---|---|
| Labia maiora/ Labia maiora pudendi | grandes lèvres |
| Labia minora/ Labia minora pudendi | petites lèvres |
| Labium minus/ Labium minus pudendi | Paire de plis cutanés faisant partie de la vulve et des organes génitaux externes |
| LSA | (Angl.: Liebowitz Social Anxiety) Échelle d'anxiété sociale de Liebowitz - Évalue l'anxiété et l'évitement dans les situations d'interaction sociale. |
| Lubrification | Transsudation d'une substance mucoïde (lubrifiant) par l'épithélium vaginal durant la phase d'excitation sexuelle |
| Ménarche | Première apparition des menstruations durant la puberté entre 9 et 16 ans dans les états industriels occidentaux |
| Miction | Émission d'urine ou vidange de la vessie |
| Nécroses de pression | Zone de tissu nécrosée par application de pression |
| Nervi clitoridis | Paquet de fibres nerveuses entouré de tissus conjonctifs qui servent à l'influx nerveux |
| Neurotisation | Régénération, reconstitution d'un nerf sectionné |
| Nulligravida | Terme latin désignant une femme qui n'a encore jamais été enceinte |
| obèse | gras, engraisé |
| Obésité | Multiplication de la graisse corporelle au-delà du niveau normal |
| Orificium externum urethrae | Orifice externe de l'urètre |
| orthotope | Situé au bon emplacement, p. ex. transplantation orthotope d'un organe |
| palpable | tangible, perceptible sous la peau (p. ex. organes) |
| palper | examiner en touchant |
| Périnée | Structure en fibres musculaires et tissu conjonctif entre l'anus et le scrotum (homme) ou le vagin (femme) |
| Pointe du clitoris | Organe génital érectile féminin à l'extrémité avant des petites lèvres |
| Präputium clitoridis | Capuchon du clitoris (prépuce) |
| Protéinurie | Excrétion de protéines dans l'urine |

| | |
|--|---|
| Pubis | Poils pubiens, région pubienne |
| Réinfibulation | Nouvelle mutilation génitale féminine avec fermeture partielle du prépuce de l'entrée du vagin par des anneaux ou des agrafes ou par cicatrisation après mutilation et suture |
| Réinnervation | Reconstitution des jonctions nerveuses par régénération des nerfs |
| Résection | Ablation chirurgicale d'une partie d'organe (malade) |
| Résection partielle des ovaires | Ablation chirurgicale des organes reproducteurs de la femme (ovaires) |
| Rupture de l'utérus | Déchirure de la musculature utérine, survient durant la grossesse (rarement) ou l'accouchement |
| Score d'Apgar/ indice d'Apgar | Barème visant à évaluer le bien-être du nouveau-né après la naissance |
| Septicémie | Réaction inflammatoire systémique complexe à une infection avec menace des fonctions vitales (empoisonnement du sang) |
| SG | Semaine de grossesse, durée réelle de la grossesse (durée de gestation) |
| SGA | (Angl.: Small for Gestational Age) Croissance insuffisante et inférieure à la moyenne |
| sous-cutané | sous la peau |
| Spontanpartus | Accouchement spontané, fausse couche |
| Sulcus | Sillon ou canal, p. ex. à la surface du cerveau la limite des circonvolutions |
| Trimestre | Période de trois mois. La grossesse est divisée en 3 trimestres: premier trimestre jusqu'à la 12ème SG, deuxième trimestre de la 13ème à la 28ème SG, troisième trimestre à partir de la 29ème SG jusqu'à la naissance (40ème SG) |
| Uricult | Diagnostic bactériologique d'infections urinaires |
| Vestibule | Entrée d'une structure ou d'une cavité corporelle, p. ex. Vestibulum vaginae (vestibule vaginal) |
| Vierge | Pucelle |

Sources:
Cf. www.pschyrembel.de (consulté le: 03/11/2018)
Cf. www.duden.de (consulté le: 03/11/2018)

Sources et ouvrages/textes de référence

Journal officiel de l'Union européenne (Éd.) (2012): Directive 2012/29/ UE du Parlement européen et du Conseil du 25 octobre 2012 établissant des normes minimales concernant les droits, le soutien et la protection des victimes de la criminalité et remplaçant la décision-cadre 2001/220/JI disponible en ligne à l'adresse suivante: frauenrechte.de/online/images/downloads/frauenhandel/EU-Opferschutzrichtlinie.pdf.

Journal officiel de l'Union européenne (Éd.) (2013): 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. Disponible en ligne à l'adresse suivante: <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=O-J.L:2013:180:0096:0116:FR:PDF>.

Behrendt, Alice (2011 a): Afrikanische Stimmen zur weiblichen Genitalverstümmelung in Hamburg: Kenntnisse, Einstellungen und Praktiken (Version allemande). Éd. par Plan International Deutschland e. V. Disponible en ligne à l'adresse suivante: <https://www.change-agent.eu/index.php/download/german?download=1:afri-kanische-stimmen-zur-weiblichen-genitalverstuemmelung-in-hamburg-kenntnisse-einstellungen-und-praktiken>.

Behrendt, Alice (2011 b): Listening to African Voices. Female Genital Mutilation/Cutting among Immigrants in Hamburg: Knowledge, Attitudes and Practice (Version anglaise). Éd. par Plan International Deutschland e. V. Disponible en ligne à l'adresse suivante: https://www.frauenrechte.de/online/images/downloads/fgm/plan_listening_to_african_voices_2011.

Behrendt, Alice (2011): À l'écoute des voix africaines. Les Mutilations Génitales Féminines / Excisions parmi les Immigrants vivant à Hambourg – Savoirs, Attitudes et Pratiques (Version française) Éd. par Plan International Deutschland e. V. Disponible en ligne à l'adresse suivante: https://www.plan.de/fileadmin/website/05_Ueber_uns/PDF/Plan_Studie_Afrikanische_Stimmen_zur_weiblichen_Genitalverstuemmelung_FR.pdf

Berg, Rigmor C.; Denison, Eva; Fretheim, Atle (2010): Psychological, Social and Sexual Consequences of Female Genital Mutilation/Cutting (MGF/E). A Systematic Review of Quantitative Studies. Oslo.

Berg, Rigmor C.; Underland, Vigdis; Odgaard-Jensen, Jan; Fretheim, Atle; Vist, Gunn E. (2014 a): Effects of female genital cutting on physical health outcomes. A systematic review and meta-analysis. In: BMJ open, Volume 4 - 11. Disponible en ligne à l'adresse suivante: <https://bmjopen.bmj.com/content/4/11/e006316>

Berg, Rigmor C.; Odgaard-Jensen, Jan; Fretheim, Atle; Underland, Vigdis; Vist, Gunn (2014 b): An updated systematic review and meta-analysis of the obstetric consequences of female genital mutilation/cutting. In: Obstetrics and Gynecology International. Disponible en ligne à l'adresse suivante: <https://doi.org/10.1155/2014/542859>.

Bundesärztekammer (Éd.) (2016): Empfehlungen zum Umgang mit Patientinnen nach weiblicher Genitalverstümmelung (female genital mutilation Abk.: FGM). Disponible en ligne à l'adresse suivante: https://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Empfehlungen/2016-04_Empfehlungen-zum-Umgang-mit-Patientinnen-nach-weiblicher-Genitalverstuemmelung.pdf.

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (Éd.) (2017): Textes de lois sur Internet. Loi allemande sur l'asile. Disponible en ligne à l'adresse suivante: https://www.gesetze-im-internet.de/asy/vfg_1992/index.html#B-JNR111260992B-JNE016300311

Boldt, Julia; Fuhrmann, Gabriele; Gerhard, Maria; Gindorf, Beatrix; Maris-Popescu, Paul; Schmitz, Roland; Schulze, Gisela (2013): Intervention en cas de mutilation génitale féminine. Mesures recommandées par les offices de la jeunesse d'Hambourg. Annexe à la règle de travail sur le mandat de protection en vertu du § 8 a SGB VIII. Publiée par Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration. Disponible en ligne à l'adresse suivante: <https://www.frauenrechte.de/online/images/downloads/fgm/hh-intervention-bei-weiblicher-genitalverstuemmelung.pdf>.

Deutscher Bundestag (Éd.) (2018): Réponse du gouvernement fédéral à la requête des députés Nicole Höchst, Franziska Gminder, Jürgen Pohl, d'autres députés et de la fraction AfD – document imprimé 19/1447 –. Excisions de femmes pratiquées en Allemagne. Disponible en ligne à l'adresse suivante: <http://dlpbt.bundestag.de/doc/btd/19/016/1901641.pdf>.

Deutscher Bundestag (Éd.) (2018 a): Mutilations génitales féminines dans le contexte des droits humains. Prescriptions de droit international et exigence de leur transposition nationale. Services scientifiques. Disponible en ligne à l'adresse suivante: <https://www.bundestag.de/blob/557652/45473f1d675e8544357d02b-fa60a55b4/wd-2-034-18-pdf-data.pdf>.

Deutscher Bundestag (Éd.) (2018 b): Poursuite pénale en cas d'excision de jeunes filles, en particulier dans les cas en lien avec l'étranger. Disponible en ligne à l'adresse suivante: <https://www.bundestag.de/blob/557600/f56055a9a0d7a4d-c25096a798d8c8569/wd-7-075-18-pdf-data.pdf>.

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (Éd.) (2011): Recommandations relatives à la gestion des patientes ayant subi une mutilation génitale féminine/excision (Female Genital Cutting/Mutilation, FGC/ FGM). Disponible en ligne à l'adresse suivante: <https://www.frauenrechte.de/online/images/downloads/fgm/2012-02-FGC-FGM-DGGG-TDF-AKF.pdf>.

END FGM Netzwerk (Éd.) (2016): Les FGM dans les directives européennes sur l'asile. Qualification, procédure et conditions d'accueil. Lignes directrices du réseau END FGM pour la société civile. Disponible en ligne à l'adresse suivante: http://www.endfgm.eu/editor/files/2017/03/Qualification_Procedures_and_Reception_Conditions_DE-email.pdf.

Parlement européen (Éd.) (2012): Mutilation génitale chez les femmes et les jeunes filles. Résolution du Parlement européen du 14 juin 2012 sur l'élimination de la mutilation génitale chez les jeunes filles et les femmes. Disponible en ligne à l'adresse suivante: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P7-TA-2012-0261+0+DOC+XML+V0//DE>.

Parlement européen (Éd.) (2018): Tolérance zéro à l'égard des mutilations génitales féminines. Résolution du Parlement européen du 7 février 2018 sur la tolérance zéro à l'égard des mutilations génitales féminines (2017/2936(RSP)). Disponible en ligne à l'adresse suivante: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+TA+P8-TA-2018-0033+0+DOC+PDF+V0//FR>

Commission européenne (Éd.) (2013): Communication de la Commission au Parlement européen et au Conseil/Abolition de la mutilation génitale féminine (FGM). Disponible en ligne à l'adresse suivante: <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2013:0833:FIN:DE:PDF>.

Institut européen pour l'égalité entre les hommes et les femmes (EIGE) (2017): Mutilation génitale féminine. Disponible en ligne à l'adresse suivante: <http://eige.europa.eu/gender-based-violence/eiges-studies-gender-based-violence/female-genital-mutilation>.

Institut européen pour l'égalité entre les hommes et les femmes (EIGE) (2013): Situation actuelle. Mutilation génitale féminine en Allemagne. Bureau des publications. Disponible en ligne à l'adresse suivante: http://eige.europa.eu/sites/default/files/documents/current_situation_and_trends_of_female_genital_mutilation_in_germany.pdf.

Parlement européen (Éd.) (2009): Résolution du Parlement européen du 24 mars 2009 sur la lutte contre la mutilation génitale féminine dans l'Union européenne. Disponible en ligne à l'adresse suivante: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P6-TA-2009-0161+0+DOC+XML+V0//DE>.

FORWARD (Éd.) (2012): Traditional and local terms for FGM. Disponible en ligne à l'adresse suivante: <http://www.forwarduk.org.uk/key-issues/fgm/definitions>.

Graf, Janna (2012): Weibliche Genitalverstümmelung und die Praxis in Deutschland: Hintergründe, Positionen zur Ethik, ärztliche Erfahrungen. Thèse de Doctorat. Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU). Disponible en ligne à l'adresse suivante: <https://opus4.kobv.de/opus4-fau/frontdoor/index/index/docId/2215>.

Gruber, Franziska; Kulik, Katrin; Binder, Ute (2005): Studie zu weiblicher Genitalverstümmelung. Publié par TERRE DES FEMMES – Menschenrechte für die Frau e. V. Disponible en ligne à l'adresse suivante: <https://www.frauenrechte.de/online/images/downloads/fgm/EU-Studie-FGM.pdf>.

DIMDI, pour le compte du BMG (Éd.) (2014) ICD-10: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. Ausgabe 10. Z91.7 – Weibliche Genitalverstümmelung in der Eigenanamnese. Disponible en ligne à l'adresse suivante: <http://www.icd-code.de/icd/code/Z91.-.html>.

INTEGRA (Éd.) (2017): Eine empirische Studie zu Genitalverstümmelung in Deutschland. Daten – Zusammenhänge – Perspektiven. Disponible en ligne à l'adresse suivante: <https://www.netzwerk-integra.de/startseite/studie-fgm/>.

Kuckert, Andrea; Sagawe, Angelina; Weskamm, Andrea; Zielke-Nadkarni, Andrea (2008): Genitalverstümmelung an Mädchen und Frauen – Hintergründe und Hilfestellung für professionell Pflegende. Éd. par Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) e. V. Disponible en ligne à l'adresse suivante: <https://www.frauenrechte.de/online/images/downloads/fgm/DBfK-Broschue-FGM.pdf>.

Lavazzo, Christos; Sardi, Thalia A.; Gkegkes, Ioannis D. (2013): Female genital mutilation and infections. A systematic review of the clinical evidence. In: Archives of Gynecology and Obstetrics 287 (6), p. 1137–1149.

National FGM Centre (Éd.) (o. J. a): Traditional Terms for Female Genital Mutilation. Disponible en ligne à l'adresse suivante: <http://nationalfgmcentre.org.uk/wp-content/uploads/2018/02/FGM-Terminology-for-Website.pdf>.

National FGM Centre (Éd.) (o. J. a): World FGM Interactive Map. Disponible en ligne à l'adresse suivante: <http://nationalfgmcentre.org.uk/world-fgm-prevalence-map>.

O'Dey, Dan mon; Bozkurt, Ahmet; Pallua, Norbert (2010): The anterior Obturator Artery Perforator (aOAP) flap. Surgical anatomy and application of a method for vulvar reconstruction. In: Gynecologic Oncology 119 (3), p. 526–530.

O'Dey, Dan mon (2017): Die komplexe Rekonstruktion der Vulva nach weiblicher Genitalverstümmelung/ Genitalbeschneidung. In: Der Urologe. Éd. A 56 (10), p. 1298–1301.

Prechtel, Günter (2017): Die Bedeutung der Glaubwürdigkeit und des persönlichen Eindrucks für die Beweiswürdigung. In: Zeitschrift für Internationale Strafrechtsdogmatik (4), p. 381–395.

Richter, Gritt (2001): Weibliche Genitalverstümmelung – ein Thema für Hebammen? Éd. par Bund Deutscher Hebammen e. V. Disponible en ligne à l'adresse suivante: <https://www.frauenrechte.de/online/images/downloads/fgm/Hebam-menkongress.pdf>.

Strenge, Dorin Katharina (2013): Traumatisierung durch weibliche Genitalverstümmelung. Ein Prozessmodell unter besonderer Berücksichtigung der Migration. In: Trauma und Gewalt 7 (4), p. 324–337.

Société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique (Éd.) (État 2005/ratifié en 2013): Mutilations génitales féminines: recommandations suisses à l'intention des professionnels de la santé. Disponible en ligne à l'adresse suivante: https://www.sggg.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/3_Fachinformationen/2_Guidelines/Fr/ Mutilations_genitales_feminines_2005.pdf.

stop mutilation e. V. (Éd.) (2013): Leitfaden für medizinische Fachkräfte. Disponible en ligne à l'adresse suivante: http://www.stop-mutilation.org/library/pdf/leitfaden_medizinische_fachkraefte.pdf.

stop mutilation e. V. (Éd.) (2015): Leitfaden für Polizei, Juristen und Behörden. Düsseldorf.

stop mutilation e. V. (Éd.) (2016): Leitfaden für Fachkräfte und Ehrenamtliche in der Flüchtlingsarbeit. Düsseldorf.

stop mutilation e. V. (Éd.) (2017): Leitfaden für Ärzte, Psychologen, Hebammen und Pflegekräfte. Düsseldorf.

TERRE DES FEMMES – Menschenrechte für die Frau e. V. (Éd.) (2017): Weibliche Genitalverstümmelung – Aufklärung, Prävention und Umgang mit Betroffenen. Berlin.

TERRE DES FEMMES – Menschenrechte für die Frau e. V. (Éd.) (2018): Dunkelzifferstatistik zu weiblicher Genitalverstümmelung in Deutschland. Disponible en ligne à l'adresse suivante: <https://www.frauenrechte.de/online/index.php/themen-und-aktionen/weibliche-genitalverstuemmung2/unser-engagement/aktivitaeten/1787-dunkelzifferstatistik-zu-weiblicher-genitalverstuemmung>.

UNHCR (Éd.) (2003): Sexual and Gender-Based Violence against Refugees, Returnees and Internally Displaced Persons. Guidelines for Prevention and Response. Disponible en ligne à l'adresse suivante: https://www.unicef.org/emerg/files/gl_sgbv03.pdf.

UNHCR (Éd.) (2013): Too much pain. Female Genital Mutilation & Asylum in the European Union. A Statistical Overview. Disponible en ligne à l'adresse suivante: <https://www.change-agent.eu/index.php/download/english?download=54:too-much-pain-female-genital-mutilation-asylum-in-the-european-union-a-statistical-overview&start=20>.

UNHCR (Éd.) (2014): Female Genital Mutilation and Asylum in the European Union. A Statistical Update (March 2014). Disponible en ligne à l'adresse suivante: <http://www.unhcr.org/53187f379.pdf>.

UNICEF (Éd.) (2016): FGM Country Profiles. Disponible en ligne à l'adresse suivante: <https://data.unicef.org/resources/female-genital-mutilation-cutting-country-profiles>.

UNICEF (Éd.) (2018 a): Mutilation génitale féminine. Disponible en ligne à l'adresse suivante:

<https://data.unicef.org/topic/child-protection/female-genital-mutilation/#more--1556>.

UNICEF (Éd.) (2018 b): Global Database. Female Genital Mutilation / Cutting (MGF/E). Disponible en ligne à l'adresse suivante: https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2015/12/FGMC-Women-prevalence-database_Feb-2018.xlsx.

Vloeberghs, Erick; van der Kwaak, Anke; Knipscheer, Jeroen; van den Muijsenbergh, Maria (2012): Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in The Netherlands. In: Ethnicity & health 17 (6), p. 677–695.

WHO (2006): Female genital mutilation and obstetric outcome. WHO collaborative prospective study in six African countries. In: The Lancet 367 (9525), p. 1835–1841.

WHO (Éd.) (2016): WHO Guidelines on the Management of Health complications from Female Genital Mutilation. Disponible en ligne à l'adresse suivante: <https://www.change-agent.eu/index.php/download/english?download=154:who-guidelines-on-the-management-of-health-complications-from-female-genital-mutilation&start=40>.

Zerm, Christoph (2007): Weibliche genitale Beschneidung – Umgang mit Betroffenen und Prävention. Empfehlungen für Angehörige des Gesundheitswesens und weitere potentiell involvierte Berufsgruppen. Éd. par AG Frauengesundheit in der Entwicklungszusammenarbeit. Disponible en ligne à l'adresse suivante: <https://www.frauenrechte.de/online/images/downloads/fgm/Em-pfehlungenFGM-2007.pdf>.

Zinka, Bettina; Bormann, Claudia; Graw, Matthias; Ackermann, Ines. (2018 a): Morphologische Befunde nach Verstümmelung des weiblichen Genitales. In: Gynäkologie 51 (5), p. 433–444.

Zinka, Bettina; Ackermann, Ines; Bormann, Claudia; Graw, Matthias (2018 b): Würden Sie eine weibliche Genitalverstümmelung erkennen? In: gynäkologie + geburtshilfe 23 (3), p. 40–41.

Portails d'information

Migrationsrecht.net (Éd.): Lois sur le droit des étrangers (Allemagne). Compilation de lois en vigueur. Disponible en ligne à l'adresse suivante: <https://www.migrationsrecht.net/gesetze-auslaenderrecht.html>.

MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES/EXCISIONS DANS D'AUTRES LANGUES ⁷²

| Pays | Langue | Désignation | Signification |
|---------------------------------------|---------------------------------------|--|--|
| Arabie Saoudite | Arabe | sunnah | Tradition/obligation religieuse (pour les musulmans) |
| Bénin | Français | excision | du verbe exciser |
| Burkina Faso | Français | excision | du verbe exciser |
| Burundi | Français Swahili | excision tohara kwa wanawake | du verbe exciser Circoncision d'une femme |
| Colombie | Embera | curación | Guérison/traitement |
| Congo (République démocratique du) | Swahili Swahili | kukeketwa tohara kwa wanawake | Circoncision féminine Circoncision d'une femme |
| Côte d'Ivoire | Français Anglais | excision excision | du verbe exciser du verbe exciser |
| Djibouti | Français Swahili | excision gudnin | du verbe exciser Circoncision |
| Égypte | Arabe | khitan khifad thara | Circoncision De l'arabe « khafad » qui signifie réduire (relativement peu utilisé) Purification/pureté |
| Éthiopie | Amharique | megrez | Circoncision/couper |
| Érythrée | Tigrigna Amharique | mekhnishab grazate | Circoncision/couperw Excision |
| Gambie | Mandinka | niaka kuyungo musolula karoola | Littéralement couper/nettoyer L'« affaire »/également la cabane où se déroule l'initiation La face avant de la femme/ce qui la distingue |
| Ghana | Anglais | female circumcision | Circoncision féminine |
| Guinée | Anglais Français | female circumcision excision excision | Circoncision féminine du verbe exciser du verbe exciser |
| Guinée-Bissau | Créole | fanado fanadu di mindjer | Circoncision Circoncision des filles |
| Inde | Lisan ud-Dawat (dialecte Gujarati) | khatnauracion | Circoncision |
| Indonésie | Bahasa Indonesia | sunat perempuan sunat | sunnah féminine ou tradition Circoncision |
| Iran | Kurde (dialecte Sorani) Persan | khatana (ختنه) sunat | Circoncision Circoncision |
| Java | Javanais | kres tetesan | Hacher/piquer |
| Kenya | Swahili | kutairi kutairi was ichana kukeketwa | Circoncision Circoncision des filles Circoncision féminine |
| Kurdistan irakien | | khatana (خەتە نه) | Circoncision |
| Malaisie | Malais | wajib sunnah | Toute obligation religieuse dictée par Allah (dieu) Tradition/obligation religieuse (pour les musulmans) |

⁷² Cf. National FGM Centre (o. J. a); FORWARD 2012

| Pays | Langue | Désignation | Signification |
|---------------------------|---------------------------|------------------------------|--|
| Malawi | Anglais | initiation | Étape vers la vie d'adulte |
| Malddives | Divehi | sunnah | Tradition/obligation religieuse (pour les musulmans) |
| Mali | Français/Bambara | selidjili | Rituel de purification, ablution (nettoyage religieux) |
| | | bolokoli | Laver ses mains |
| | Français | sunna | Tradition/obligation religieuse (pour les musulmans) |
| | | excision | du verbe exciser |
| Mozambique | Swahili | tohara kwa wanawake | Circoncision des femmes |
| | | kukeketwa | Circoncision féminine |
| Niger | Hausa | kaciyar mata | Circoncision féminine |
| Nigeria | Igbo | ibi/ugwu | L'acte de couper |
| | Yoruba | dida abè fun omobirin | Circoncision féminine |
| | Ibo | isa aru | Prendre le bain avant l'accouchement |
| | Mandingue | sunna | Tradition/obligation religieuse (pour les musulmans) |
| Oman | Arabe | khifad (خفاف) | Circoncision |
| | | badhr (بضر) | Clitoris |
| Ouganda | Swahili | sunnah | Tradition/obligation religieuse (pour les musulmans) |
| | | kukeketwa | Circoncision féminine |
| | | tohara kwa wanawake | Circoncision des femmes |
| Pakistan | Urdu | khatna | Circoncision |
| Panama | Embera | curación | Guérison/traitement |
| Péru | Embera | curación | Guérison/traitement |
| Philippines | Filipino | pag-islam/tuli | Circoncision |
| | | sunnah | Tradition/obligation religieuse (pour les musulmans) |
| République centrafricaine | Français/Sango | ganza | Circoncision |
| Rwanda | Kinyarwanda | bukgukuna imishino | Extension des lèvres |
| | | guca imyeyo | |
| Sierra Leone | Soussou | sunna | Tradition/obligation religieuse (pour les musulmans) |
| | Mendee | bondo/sonde | Partie intégrante du rituel d'initiation (pour les non-musulmans) |
| | Mandingue | halalays | Permis – implicitement pureté |
| | Mandingue, Limba, Temenee | bondo | Partie intégrante du rituel d'initiation (pour les non-musulmans) |
| Singapour | Malais | sunat perempuan | Sunna féminine/Circoncision ou tradition |
| | | sunat | Circoncision |
| | | khitan perempuan | Circoncision féminine |
| Somalie | Somali | gudiniin | Circoncision |
| | | halalays | De l'arabe « halal » qui signifie permis – implicitement pureté (utilisé dans le nord du pays) |
| | | qodiin | Piquer/resserrer/coudre – en référence à l'infibulation |
| Soudan | Arabe | khifad | Réduire |
| | | tahoor | Purification/pureté/circoncision |
| | | takhor | Purification/pureté/circoncision |

| Pays | Langue | Désignation | Signification |
|-----------|---|-----------------------------|---|
| Sri Lanka | Tamoul | sunnah | Tradition/obligation religieuse (pour les musulmans) |
| Tanzanie | Swahili | kukeketwa | Circoncision féminine |
| | | tohara kwa wanawake | Circoncision des femmes |
| Tchad | sara-bongo-baguir-miennes (famille nilo-saharienne) | bagne gadja | Initiation féminine traditionnelle Dérivé de « ganza », utilisé en République centrafricaine |
| Togo | Anglais | female circumcision | Circoncision féminine |
| | Français | excision | du verbe exciser |
| Turquie | Turc | kadin sunneti | Circoncision des femmes |
| Yémen | Arabe | al-takmeed (التكميد) | Compression |
| Zimbabwe | Arabe | u kwevha | Extension des petites lèvres |
| | | sunnah | Tradition/obligation religieuse (pour les musulmans) |

Note : Les traductions ne sont généralement pas toujours univoques et donc interprétatives. Ceci s'applique également ici.

**CONSULTATION SPÉCIALE DESTINÉE AUX FEMMES RÉFUGIÉES EN LIEN AVEC LES MGF
ET AUTRES VIOLATIONS DES DROITS HUMAINS**

Allemand/Anglais/Français/...../Traductrice:

**Questionnaire consultation spéciale destinée aux femmes réfugiées en lien avec les MGF
et autres violations des droits humains**

Date: Heure: Ville:

Nom: Prénom:

Date de naissance: Appartenance ethnique/ethnie:

Pays d'origine: Religion:

Lieu exact de naissance/enfance (ville/territoire):

Famille/frères et sœurs (nombre, qui est (encore) vivant et où): Sœurs: Frères:

Mère de quel côté est-elle ?

Père

Éducation (école jusqu'à classe/diplôme : /formation professionnelle)

Date de départ du pays d'origine: Moyen de transport: Depuis quand en Allemagne:

..... voie terrestre/ vol/

Motif du départ: le cas échéant, poursuivre au dos. (risque de) mariage forcé (...) quand:

MGF à quel âge: traite des êtres humains/prostitution forcée (...)

..... (Viol(s) quand, où)

Opérations, maladies graves:

..... ne se rappelle pas

Ménarche: Année; cycle: (ir)régulier mensuel ; aménorrhée/dysménorrhée; Dernières règles:

Grossesse: Accouchements sp./par césarienne :

Avortement:

Enfants (lesquels ?) avec elle en Allemagne ?

Corpulence : mince / moyenne / forte / obèse (env. cm / lt. pièce d'identité) Suspicion de ESPT (...)

soumis

Déjà représentée par un avocat ? Nom/adresse de l'avocat-e:

A qui l'expertise doit-elle être envoyée ? Adresse e-mail ? Qui reçoit la facture ? Adresse actuelle:

Téléphone:

Interprète:

Vient seule/avec accompagnatrice:

Organisation accompagnante:

Comment avez-vous entendu parler de nous ?

PLAN INTERNATIONAL

Plan International est une organisation sans affiliation politique ni religieuse qui s'engage de par le monde, avec efficacité, transparence et intelligence, en faveur des enfants, pour défendre leurs droits et leur offrir de meilleures opportunités. Depuis plus de 80 ans, nous oeuvrons inlassablement pour que les filles et les garçons puissent avoir une existence exempte de pauvreté, de violence et d'injustice. Dans plus de 70 pays du monde, nous veillons à ce que les enfants puissent participer activement à la construction de l'avenir. Encourager et accompagner le développement durable des communautés et améliorer les conditions de vie dans tous nos pays partenaires constituent notre objectif majeur. Nous sommes en mesure de réagir rapidement aux situations de crise et aux catastrophes naturelles qui menacent la vie des enfants. Les objectifs de développement durable des Nations Unies nous confortent dans notre engagement en faveur de l'égalité des droits des filles et des femmes. Notre objectif global: permettre à 100 millions de filles d'apprendre, de diriger, de décider et de déployer tout leur potentiel.



**Bringing hearts and minds
together for children**

**Plan International
Deutschland e.V.**

Bramfelder Strasse 70
22305 Hambourg

Tél.: +49 (0) 40 61140 - 0
Fax: +49 (0) 40 611 40 - 140
E-mail: info@plan.de

www.plan.de

avec le soutien du:



**Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend**