

LIGNES DIRECTRICES POUR LA RECONNAISSANCE RAPIDE DES VICTIMES DE MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES ET DES VICTIMES D'AUTRES PRATIQUES PRÉJUDICIALES

Pour les opérateurs des **CPSA**
(Centre de premier secours et d'accueil),
CDA (Centre d'accueil) and **CARA**
(Centre d'accueil pour les demandeurs d'asile)

Rédigées par

Associazione Parsec Ricerca e Interventi Sociali; **Coop. Soc. Parsec**; **Patrizia Farina** (Università di Milano-Bicocca); **A.O. San Camillo Forlanini**; **Nosotras Onlus** e **Associazione Trama di Terre**

Lignes directrices pour la reconnaissance rapide des victimes de Mutilations Génitales Féminines et des victimes d'autres pratiques préjudiciables pour les opérateurs des Cpsa (Centre de premier secours et d'accueil) Cda (Centre d'accueil) et des Cara (Centre d'accueil pour les demandeurs d'asile)

Objectifs et engagement de la ligne directrice

L'objectif principal de cette ligne directrice est de fournir des indications aux opérateurs des CPSA (Centre de premier secours et d'accueil) des CDA (Centre d'accueil) et des CARA (Centre d'accueil pour les demandeurs d'asile) qui s'occupent de l'accueil des demandeurs et demandeuses d'asile.

Ces grandes lignes directrices fournissent notamment des informations pratiques et essentielles sur la façon de se comporter face à des victimes présumées de MGF, de mariage forcé ou de pratiques préjudiciables ainsi que sur la manière de les aider à obtenir des moyens nécessaires pour se protéger grâce à la protection internationale des personnes ayant subi des violences.

Les mutilations génitales féminines et les mariages forcés sont des formes de violence à l'égard des femmes reposant sur une question de genre - souvent liées aux femmes demandeuses d'asile - qui peuvent constituer des actes de persécution au sens de la Convention de Genève des Nations Unies sur le statut des réfugiés de 1951, et de la Directive relative au condition de l'Union Européenne.

La Convention du conseil d'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique (Convention d'Istanbul) engage chaque partie à garantir que la violence à l'égard des femmes en raison de leur genre, incluant les mutilations génitales féminines et le mariage forcé, soit reconnue comme une forme de persécution figurant dans l'Article 1 sect. A , Alinéa 2 de la Convention relative aux statuts des réfugiés de 1951 et comme une forme de grave préjudice qui conduit à une protection subsidiaire.

LE MUTILATIONS GENITALES FEMININES

les Agences de l'ONU qui s'occupent de la promotion des Droits relatifs à la santé reproductive - Organisation mondiale de la Santé, UNICEF et UNFPA - déclarent que:

« la mutilation génitale féminine désigne un certain nombre de pratique consistant à l'ablation totale ou partielle des organes génitaux externes de la femme ainsi que toutes autres mutilations des organes génitaux féminins pratiquées à des fins non thérapeutiques »

Par le biais des mutilations sexuelles , la communauté montre aux filles et aux femmes que leur corps ne leur appartient pas. Ces mutilations sont donc reconnues au niveau international comme une grave violation des droits humains des femmes et des enfants, au même titre que la torture, les victimes doivent être traitées dans leur spécificité, au travers d'une approche personnalisée.

Les mutilations génitales féminines sont citées dans la *Convention du Conseil d'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique* (Convention d'Istanbul) comme actes de violence contre les femmes en raison de leur genre, définie comme une manifestation du rapport de force historiquement inégal entre les deux sexes et qui a conduit les hommes à dominer les femmes et à les discriminer en empêchant leur émancipation, il s'agit aussi d'un important mécanisme social par lequel les femmes ont été obligées à adopter une position subordonnée par rapport aux hommes.

Que sont les Mutilations Génitales Féminines?

Mutilations Génitales Féminines est un terme adopté par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1995, pour désigner plusieurs procédés consistant à faire l'ablation totale, partielle des organes génitaux féminins externes et à mutiler les organes sexuels pour différentes raisons dont la culture sans aucune raison médicale

Il existe différents termes pour indiquer les MGF

CF - Circoncision Féminine

MGF - Mutilation Génitale Féminine (OMS, UNFPA, UNICEF)

IGF - Incision Génitale Féminine (UNFPA, USAID)

MGF - Mutilation Génitale Féminine (UNICEF)

E - Excision

EGF -Excision Génitale Féminine

Le mot mutilation qui décrit la pratique renforce la connotation négative liée à la violation des droits des femmes et des jeunes filles. Elle est reconnue et comprise par les communautés internationales et par les associations de femmes africaines, mais c'est un terme qui peut déranger tous ceux qui croient, en toute bonne foi, que ces pratiques sont nécessaires et bien fondées puisqu'elles permettent une croissance et meilleure acceptation sociale de leur fille et qu'agir de la sorte fait d'eux de « bons parents »

Dans ce guide, le terme Mutilation Génitale Féminine (MGF) sera employé, conformément au niveau de prise de conscience de beaucoup de femmes des pays où ces pratiques sont courantes, tout en respectant tous celles qui vivent encore selon la tradition.

Combien de Mutilation Génitale Féminine existe-t-il?

L'Organisation Mondiale de la Santé a élaboré une classification précise afin de différencier les différentes typologie de MGF

Type I. Clitoridectomie: Ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du prépuce clitoridien .

Type II. Excision: Ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres (excision)

Type III. Infibulation: 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 (infibulation).

Type IV. Autres:Toutes les autres interventions nocives pratiquées sur les organes génitaux féminins à des fins non thérapeutiques (ponction, le percement, l'incision, la scarification et cautérisation)

Pourquoi pratique-t-on les Mutilations Génitales Féminines

Il existe plusieurs raisons qui sont mises en avant pour justifier la continuation de ces pratiques: un ensemble de mythes, de convictions, de codes de conduite et de valeur dont certaines sont liées à des préceptes religieux ainsi qu'à des coutumes traditionnelles transmises depuis des siècles.

Les MGF sont considérées, pour les communautés qui les perpètrent, comme tradition ancestrale.

Dans un contexte d'immigration, la conservation des traditions est aussi un moyen de défense et de conservation de sa propre identité et de celle dont ont est originaire, l'interprétation et l'application des MGF peuvent devenir encore plus rigoureuses.

Plusieurs justifications sont employées pour justifier la pratique des MGF qui changent en fonction de chaque pays.

- Culture et tradition
- Commandements religieux
- Honneur de la famille
- Hygiène (propreté)
- Purification
- Protection de la virginité
- Plus d'opportunité de se marier

Il existe également certaines fausses croyances liées à la reproduction selon lesquelles cela:

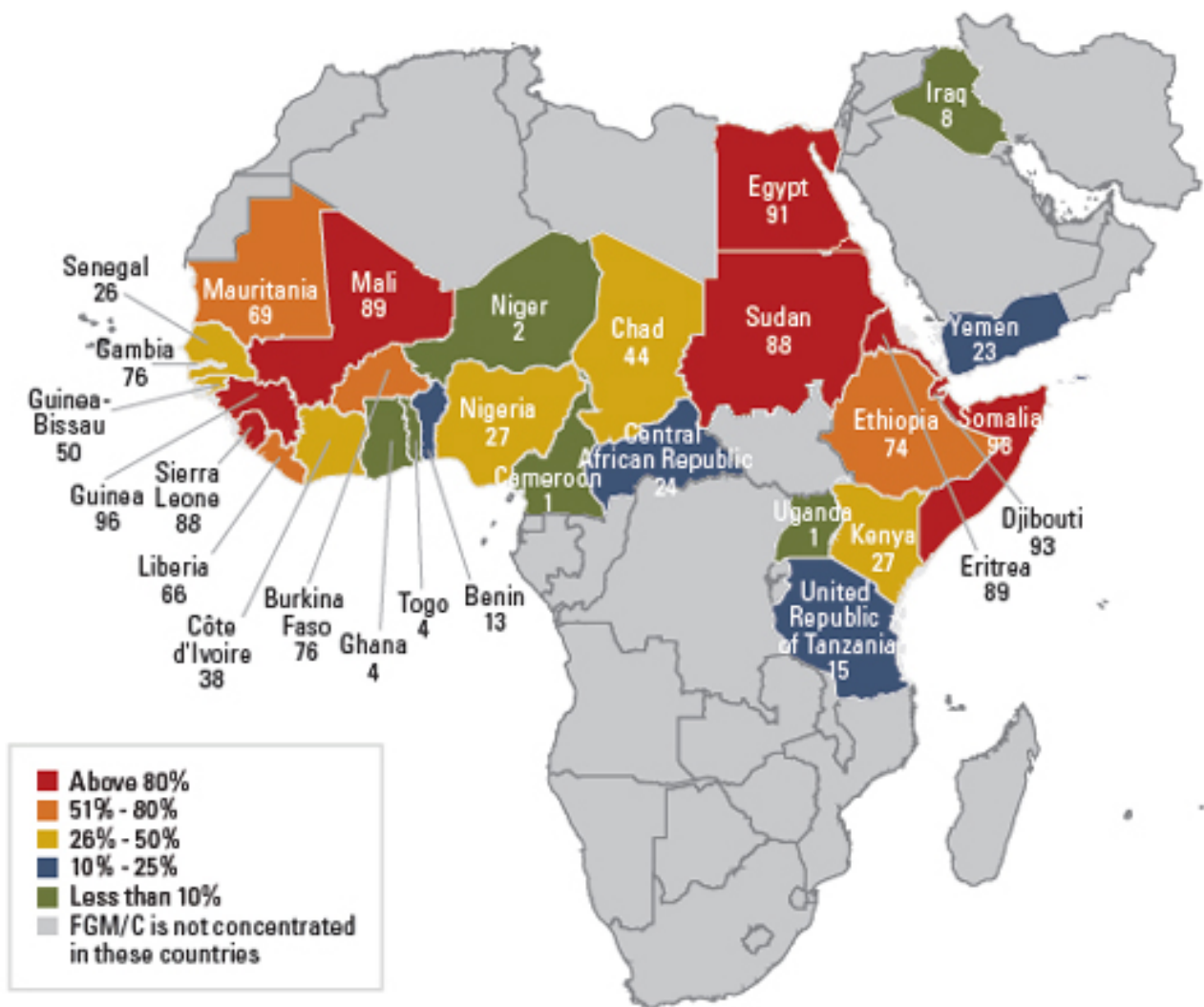
- augmentent la fertilité
- facilitent l'accouchement
- évitent la promiscuité
- augmentent le plaisir sexuel du mari
- préviennent des accouchement de fœtus mort
- soignent certaines maladies et affections

Diffusion de cette pratique dans le monde et en Italie

On estime entre 60.000 et 81.000 le nombre de femmes actuellement présentes en Italie qui ont subi durant leur enfance une mutilation génitale. Les femmes les plus touchées sont principalement nigériennes qui, avec les égyptiennes constituent plus de la moitié du nombre estimé.

La présence d'un nombre aussi élevé de jeunes filles de plus de quinze ans mutilées - dont une grande partie appartient à l'immigration humanitaire - montre la nécessité de mettre en oeuvre aussi bien des moyens d'assistance que de prévention. en effet, ces chiffres ne prennent pas en compte les jeunes filles qui risquent d'être soumises à des mutilations génitales¹.

¹ Les estimations ont été effectuées par l'équipe de recherche dirigée par Patrizia Farina dans le cadre du projet Daphne MGF-Prev avec la coordination de l'Université de Milan-Bicocca



Compte tenu, en Italie et dans l'Union européenne, de la présence très importante de personnes provenant de pays à risque de MGF parmi les demandeurs d'asile et de réfugiés, dont le Nigeria (où les MGF sont prédominantes et estimées à 27% parmi les femmes ayant un âge compris entre 15 et 49 ans, ce chiffre peut atteindre 70-80% dans certains états), l'Érythrée (89%), la Somalie (98%), le Gambie (76%), la Guinée (96%), la Côte d'Ivoire (38%), le Soudan (88%), le Senegal (26%), le Mali (89%)² - on peut penser que le nombre de survivantes à cette pratique (*survivors*) représentent une grande partie des femmes qui demandent à être protégées.

L'Italie, qui depuis quelques années, subit un flux migratoire par mer qui ne cesse d'augmenter et qui a été estimé à 181.500 personnes en 2016, a vu une forte augmentation des nouvelles demandes d'asile: en 2016 c'est le troisième pays d'accueil de l'UE, avec plus de 123.000 nouvelles demandes, alors qu'en 2015 elles n'étaient que de 83.200.

² UNICEF Female Genital Mutilation/Cutting: What might the future hold? 2013
<http://data.unicef.org/resources/female-genital-mutilation-cutting-whatmight-the-future-hold-.html>

Parmi les pays d'origine, le premier est le Nigeria, avec plus ou moins 27.000 demandes. Les autres quatre principaux pays d'origine des demandeurs d'asile sont le Pakistan (13.600), la Gambie (8.930), le Senegal (7.610) et la Côte d'Ivoire.

Le Nigeria possède la présence féminine plus importantes, avec plus de 7.000 demandeurs d'asile pour les femmes.

Cependant, le taux plus importants pour les femmes qui demandent l'asile est celui du Cameroun et de la Somalie, où les femmes représentent respectivement 31% (600 sur à peu près 1.900) et 30% (700 sur 2.000). ce chiffre semble encore plus significatif si on considère que le Cameroun est la Somalie ne figurent pas parmi les 10 nationalités les plus demandeuses d'asile.

De plus, il est important de signaler le cas des Érythréens qui ont présenté aux alentours de 7.400 demandes d'asile en 2016, un chiffre qui a décuplé par rapport aux quelques 700 demandes en 2015³.

L'Érythrée est au deuxième rang avec de nombreuses demandes d'asile présentées par des femmes, avec un nombre total au alentours de 27% (2.000 demandes).

Cependant le chiffre de femmes ou mineurs qui demandent l'asile pour avoir subi ou pour craindre de subir la MGF n'est pas précisé, ni celui sur l'obtention de l'asile pour ces raisons.

La législation italienne

A partir des années 1990 les gouvernements, aussi bien ceux des zones géographiques où la pratique est courante que ceux où la pratique est entrée dans le pays par le biais des immigrants qui en font usage, ont commencé à intervenir afin de lutter contre les MGF grâce à des instruments juridiques.

La plupart des pays, européens et extra-européens, sanctionnent les MGF comme des infractions de différentes natures, telles que celles pour lésions aggravées, abus et mauvais traitements à l'égard des mineurs. En revanche, l'Italie, en 2006 s'est dotée d'une loi spécifique contre les MGF, la loi du 9 janvier 2007 n.7 « dispositions réglementant la prévention et l'interdiction de pratiquer des mutilations génitales féminines »

Cette normative veut empêcher que les MGF soit exécutée en Italie et punir tous ceux qui violeront la loi en les pratiquant:

Tous ceux qui provoqueront volontairement ou pousseront une personne à exécuter une MGF encourront une peine de 4 à 12 ans de prison

La peine sera appliquée à tous types de MGF (clitoridectomie, excision, infibulation)

Si on endommage les fonctions sexuelles avec une lésion des tissus génitaux de la femme de différentes manières comme celles citées, provoquant un dommage corporel et mental la peine infligée sera 3 à 7 ans.

Si la mutilation ou le dommage est fait à une mineure, ou est pratiquée dans un but lucratif, c'est-à-dire afin d'obtenir un gain financier, les peines mentionnées augmenteront d'un tiers

Ceci reste invariable, si un citoyen italien ou un étranger possédant la résidence le pratique hors de l'Italie ou si cela est commis à l'étranger à l'encontre d'une citoyenne italienne ou d'une étrangère résidant en Italie.

Les peines contre les médecins qui pratiquent une MGF prévoit une suspension de la profession allant de 3 à 10 ans

3 Eurostat, <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>.

Le conséquences sociales et sanitaires des MGF

Les mutilations génitales féminines endommagent gravement la santé psychophysique des mineures et des femmes, cela est dû au fait que ces pratiques sont exécutées avec des instruments infectés ou dans de mauvaises conditions hygiéniques et sanitaires.

Les femmes avec des MGF ont des problèmes lors des menstruations à cause de l'occlusion partielle ou totale de l'orifice vaginal, elles créent des cicatrices et des chéloïdes secondaires provoqués par une cicatrisation lente et incomplète des tissus meurtris, à des phlogoses et des infections postopératoires.

Ces femmes souffrent souvent d'endométrites, de vaginites et de cystites récidivantes. Les infections et les calculs urinaires sont très fréquents et peuvent compromettre la fonctions rénale. les fistules sont courantes.

Les traitements gynécologiques de la femmes avec MGF

En présence de MGF, la visite gynécologique semble complexe et est souvent perçue comme un acte abusif, en particulier pour les femmes infibulées. Il faut donc bien expliquer en quoi cela consiste et de quelle façon se déroule la visite. On peut donc procéder seulement après avoir obtenu, selon les modalités, l'accord de la femme, et la visite doit s'interrompre à partir du moment où la patiente le demande, surtout s'il s'agit de la première visite gynécologique.

Cette visite peut être difficile, douloureuse et même parfois impossible, l'opérateur devra agir avec délicatesse, et démontrer qu'il possède une connaissance de la pratique, qu'il respecte la culture d'appartenance de la femme. Il ne devra poursuivre la visite en cas de douleur trop vive. Il faudra toujours s'assurer que la femme ait bien compris ce qui lui est communiqué.

Durant les actes cliniques obstétricaux et gynécologiques, on observe un sentiment de honte et d'embarras qui poussent les femmes infibulées, au moment de l'accouchement, à refuser les visites gynécologiques. Un tel comportement peut sembler bizzare ou surprenant pour l'opérateur sanitaire qui les a suivi durant les différentes phases de la vie reproductive.

Il est préférable que l'entretien avec les femmes se déroule en présence d'un interprète ou d'une médiatrice culturelle. En tout état de cause, il doit tenir compte des implications éthiques possibles, psychologiques et thérapeutiques et doit être constamment basé sur le respect du principe de la tutelle de l'autonomie de la personne et du bienfait thérapeutique.

Tous les programmes de contrôle pour la prévention du cancer du col et du corps de l'utérus ainsi que du sein doivent prévoir une stratégie spécifique permettant d'impliquer les femmes qui appartiennent aux communautés qui pratiquent l'excision;

La désinfibulation

Il est important de pouvoir offrir aux femmes avec MGF du type III la possibilité d'accéder à la désinfibulation auprès des structures sanitaires et compétentes, en impliquant également les partenaires.

La désinfibulation réduit les infections urinaires, les douleurs menstruelles et les douleurs durant les rapports sexuels. Elle facilite les visites gynécologiques et diminue la probabilité de pratiquer une césarienne durant l'accouchement.

La désinfibulation n'est pas une intervention compliquée, elle peut être pratiquée en *day surgery* et est programmable, mais il est parfois indispensable de fournir à ces femmes un fort soutien psychologique et culturelle avant l'intervention. Après avoir fourni toutes les informations nécessaires grâce à une médiatrice linguistique et culturelle si possible appartenant à la même

ethnie, il est important de contrôler que tout a été bien compris, avant d'obtenir un consentement éclairé des femmes avant l'intervention.

Il est important que les femmes enceintes désinfibulées soient suivies lors des différents contrôles prénataux, par la même équipe médical qui a pratiqué la désinfibulation afin qu'elles se sentent en confiance et qu'elles puissent être aidées si elles décident de subir une épisiotomie pour faciliter l'accouchement.

MGF et grossesse

Au-delà de la difficulté d'effectuer des contrôles gynécologiques sur des femmes enceintes infibulées puisqu'il est impossible d'introduire le spéculum, elles peuvent être aussi atteintes d'infections urinaires et vaginales importantes risquant de compromettre la grossesse.

Lors de l'accouchement les tissus devenus tellement peu élastiques au niveau de la cicatrice, peuvent empêcher la dilatation du canal de l'accouchement et créer de véritables problèmes pour la mère et l'enfant.

L'assistance lors de la grossesse et de l'accouchement doit se dérouler de façon très assidue pour les femmes avec une MGF, parce qu'elles sont plus sujettes à de grosses difficultés. La première visite est donc fondamentale dès lors que la grossesse est confirmée.

Pendant les visites de contrôle, les patientes infibulées doivent être informées de la possibilité de pouvoir accoucher par voie vaginale en tenant compte de l'ouverture de la vulve ou d'autres complications, elles doivent être informées que recourir à la désinfibulation lors du travail peut comporter des risques plus importants et que les opérateurs ne sont pas tous aptes à pouvoir intervenir en de telles circonstances.

Des informations claires et complètes sur la visite gynécologique permettent à ces femmes de pouvoir décider d'effectuer d'autres examens gynécologiques de prévention et de contrôle ainsi qu'une préparation à l'accouchement (ex. exécution du Pap-test, échographie pelvienne abdominale et/ou transvaginale, etc...)

Du point de vue informatif et éducatif, lors de la naissance d'une fille, les médecins doivent au cours des contrôles informer et sensibiliser les couples sur les lois italiennes interdisant la pratique des MGF afin de protéger la santé de la mère et de la fille.

En Italie, la loi interdit d'effectuer la réinfibulation, mais il est nécessaire de soigner les éventuelles lacérations périnéales.

Aspect psychologique

Les effets psychologiques des MGF sont assez difficiles à évaluer puisque l'expérience vécue par les mineures qui les ont subies peut varier en fonction du contexte et de l'âge.

Les mutilations génitales féminines peuvent affaiblir l'équilibre psychologique et provoquer des traumatismes qui affectent l'équilibre existentielle des filles, en invalidant leur relation affective durant tout le cours de leur vie.

Les motifs qui permettent de faire vivre ces pratiques dérivent des exigences patriarcales dont le dénominateur commun est la mutilation du corps mais aussi les effets psychologiques néfastes pour ces filles, qui continuent à avoir un rôle subalterne, de dépendance psychologique, perpétuant ainsi l'inégalité dans la relation des genres.

L'âge des enfants qui subissent ces pratiques d'excision est assez élevé, l'absence de préparation et d'explication, font croire le sentiment de rancœur envers les parents qui les ont trompées et trahies mais surtout envers les mères qui n'ont pas réussi à les protéger, elles éprouvent également un sentiment de honte, d'embarras, d'humiliation, de mépris, de prise de conscience du handicap/mutilation: *je ne suis pas complète, il me manque quelque chose.*

La perception dévalorisante dans le fait d'être une femme n'est pas le seul facteur qui incombe à ces filles, la peur des menstruations, de la sexualité, du mariage, accentuée par la diffusion du modèle de la femme occidentale. Par ailleurs, elles peuvent manifester: une expression des émotions telle que la rage et la douleur, la peur des inconnus, d'être touchées, des objets coupants, des opérations, des médecins, des fréquents rêves symboliques et des cauchemars; tous des facteurs propres à une réponse émotionnelle classée dans la symptomatologie décrite dans Troubles Post-Traumatique du Stress (PTSD - DSM4).

Le traumatisme provoqué par la pratique d'excision peut s'exprimer également à travers le corps, les documentations scientifiques ont démontré que les femmes soumises aux mutilations souffrent beaucoup plus de troubles psychosomatiques par rapport à des femmes qui n'ont pas subi d'excision. La blessure engendre un traumatisme qui transforme le rapport avec son propre corps et provoque des problèmes sexuels dans leur vie privée, relationnels et sociaux.

Dans un contexte migratoire, la pratique des MGF augmente la fracture entre le fait de perpétuer les traditions et leur transformation. Dans les pays d'accueil, la pratique des MGF met les femmes migrantes, qui proviennent des zones où on pratique l'excision, face à une situation de conflit entre l'adhésion aux pratiques culturelles du propre pays d'origine et le respect des normes en vigueur dans les pays d'accueil. Leurs expériences émotionnelles sont déjà à la frontière d'un conflit culturel mais sont suffisamment riches pour pouvoir modifier les pratiques traditionnelles néfastes.

Les femmes migrantes peuvent vivre la mutilation de façon ambivalente: d'un côté comme une action normale propre à son identité culturelle, qui est essentielle pour perpétuer les traditions, et de l'autre comme une possibilité de pouvoir manifester une nette opposition parce-qu'elle est perçue comme une violation du droit à l'intégrité psychophysique et à l'autodétermination.

Pour les jeunes, la conscience du handicap est accentuée par la confrontation avec celles du même âge dans le pays d'accueil. Elles ressentent un sentiment de rage lié au fait de se sentir différentes provoquant ainsi de l'anxiété, des phobies, un sens de la trahison qui leur font perdre confiance en leur mère. Un manque d'estime de soi qui, vécu sur une longue période, provoque des névroses phobiques, des attaques de panique ainsi que des symptômes psychosomatiques qui portent à des troubles de la santé reproductive et de la vie sexuelle.

Pour le traitement de ces symptômes la psychothérapie ethno-systémique-narrative peut donner d'excellents résultats.

LES MARIAGES FORCÉS

Qu'appelle-t-on un mariage forcé?

on appelle un mariage forcé, selon la définition de la Convention d'Istanbul « l'acte intentionnel de forcer un(e) adulte/un(e) enfant à contracter un mariage...le fait d'attirer intentionnellement par la tromperie un/une adulte ou un /une enfant dans un pays tiers ou dans un Etat différent de celui où la victime réside, dans le but de la forcer à contracter un mariage (art. 37);

Le mariage forcé est une pratique qui va au-delà des frontières de la religion et de l'appartenance culturelle, mais aussi au-delà des barrières établies par la classe ou la caste, frappant de la même façon les jeunes femmes et les mineures. L'âge des victimes est dans la plupart des cas situé entre 13 ans et 30 ans. Tout ce que les jeunes femmes et les mineures peuvent subir, aussi bien dans leur pays d'origine que sur le territoire italien, se manifeste sous forme de violence domestique: violence physique et sexuelle mais aussi sous forme de violence verbale, ségrégation, pression mentale et sociale ainsi que le chantage affectif: cela entraîne une limitation dans la vie quotidienne qui empêche la liberté de mouvement ou de choisir ses vêtements, son instruction ou son travail.

Les victimes sont sujettes à des abus de la part de leur famille, famille d'origine, belle-famille mais aussi fiancés imposés. La pression peut provenir aussi bien de la famille d'origine que de l'entière « communauté » dont la famille est originaire et à laquelle elle doit rendre compte, en Italie et à l'étranger. Il s'agit là d'un conditionnement permettant d'exercer une contrainte émotive et sociale qui fait vivre la victime dans un climat d'inquiétude et lui provoque un sens de la culpabilité constant. c'est sur elles que repose l'honneur de la famille et parfois même de toute la communauté. souvent ces femmes sont mariées par procuration ou en échange d'une dote, qui consiste en de l'argent ou une propriété. Certaines sont obligées d'épouser un homme beaucoup plus vieux et de toute façon inadéquat, simplement pour permettre à la famille d'obtenir un statut social plus important ou encore de se débarrasser d'une jeune fille considérée comme rebelle. Tout ce qui est fait au nom de l'honneur de la famille, peut devenir une explication qui justifie le fait de commettre un délit contre celles qui refusent ces impositions.

En Italie, aucune statistique officielle ne montre la dimension du problème. les données recueillies sur la violence domestique, sur les abus sur mineures, les mariages forcés et sur les autres pratiques préjudiciables et discriminatoires sont rarement identifiées et ne sont pas classées dans une catégorie spécifique. Et pourtant beaucoup de ces événements se déroulent dans le cadre de problématiques qui concernent les lieux éducatifs et sanitaires.

La législation italienne

La législation italienne ne possède aucune référence explicite sur « le mariage forcé ». Cependant, elle permet d'affronter ce délit à travers d'autres instruments juridiques, en particulier grâce à la disposition sur délit de maltraitance en famille (Art. 572 du Code Pénal)

Il est important de souligner que l'Italie a ratifié la Convention d'Istanbul le 27 juin 2013 (loi N.77). L'article 42 de la Convention d'Istanbul s'intitule *Justification inacceptable des infractions pénales, y compris celles commises au nom du prétendu « honneur »* et cite « ...des actes de violence couverts par le champ d'application de la présente Convention, la culture, la coutume, la religion, la tradition ou le prétendu « honneur » ne sont pas considérés comme justifiant de tels actes. Cela couvre, en particulier, les allégations selon lesquelles la victime aurait transgressé des normes ou coutumes culturelles, religieuses, sociales ou traditionnelles relatives à un comportement approprié... »

Il est important de souligné aussi l'article 5 de la Convention, conformément à l'obligation de l'Etat italien d'intervenir en cas de mariage forcé ou d'actes de violence et discriminatoires commis au nom du prétendu « honneur », tous les organismes doivent garantir un standard profession tel à garantir des procédures qui ont comme priorité la sécurité complète et la confidentialité des femmes

et de leur identité civile. Ils doivent aussi agir avec la diligence voulue pour décider si traiter ou non des dossiers juridiques par voie légale, aussi bien dans le secteur civil que le secteur pénal, garantit ainsi le respect de l'égalité du genre, l'impartialité absolue et la non-discrimination sur la base des origines ethniques ou sur d'autres éléments qui se réfèrent à leur provenance.

PRATIQUE TRADITIONNELLE AU DETRIMENT D'UNE PERSONNE

La maladie, chez certaine communauté est considérée comme le résultat de la rupture d'un équilibre interne aussi bien de l'individu qu'entre ce dernier et l'environnement dans lequel il vit, réel ou imaginaire. Et la médecine traditionnelle substitue la prévention et les traitements de la maladie.

Les **pratiques traditionnelles** sont des modes habituels d'agir d'une personne, d'un groupe ou d'une communauté et sont basées sur la tradition. Nombreuses d'entre elles sont inutiles et nuisibles pour la santé.

Bref lexique informatif ⁴

Ablation de l'uvule : De nombreuses explications tentent de justifier cette coutume comme par exemple le traitement de la fatigue chez l'adulte ou la prévention des maladies néonatales. elle est pratiquée à tout âge.

Mariage et maternité précoce: Les motivations qui justifient les mariages précoces, avant l'âge de dix-huit ans, sont nombreuses et différentes d'un Pays à l'autre et d'une culture à l'autre.

Alimentation forcée Une alimentation forcée qui permet à la femme de prendre du poids, signe de beauté et bien-être. le diabète et le stress en sont, bien entendu, les conséquences observées

Tabou alimentaire: Certains aliments sont imposés alors que d'autres sont interdits afin de respecter les croyances populaires. Par exemple, le lait caillé peut favoriser une nouvelle grossesse alors que les œufs sont proscrits afin de ne pas voir ses enfants devenir des voleurs, etc....

Extraction des dents de sagesse et des Alvéoles: une protection à l'égard des enfants et des famille principalement pour prévenir la pauvreté

Marquage avec le feu: coutume effectuée principalement sur des enfants, elle consiste à donner plusieurs coups légers sur le front, l'estomac ou le dos avec un fer brulant chauffé sur le feu, cette pratique est utilisée afin de prévenir la diarrhée, la malnutrition mais aussi l'asthme. les infections ainsi que la formations de chéloïdes en sont les conséquences.

Saignement: coutume qui consiste à la scarification avec des matériaux traditionnels comme des cornes d'animaux, des poinçons. Elle peut être exécutée afin d'obtenir une identification tribale ou pour soigner des maux de tête, des lombalgies ou des vertiges.

Les conséquences peuvent être graves favorisant des hémorragies, des anémies ainsi que des infections.

⁴ Toutes ces définition ont été élaborée grâce à la collaboration di Nosotras onlus avec l'Organisation non gouvernemental nigérienne Coniprat, engagée dans le déracinement des pratiques rituelles nuisibles pour la santé des femmes, des mineures et des enfants. Il Coniprat tente d'agir également au niveau législatif national , en ouvrant le dialogue avec les autorités et les institutions locales

Sevrage précoce: Interruption de l'allaitement de façon anticipée afin d'éviter les grossesses précoces cela peut provoquer de graves conséquences dont la mort du nouveau-né.

Tatouage: on tatoue les parties du corps avec des matières qui colorent la peau: cela est utilisé pour des raisons esthétiques ou pour une identité culturelle mais les risques sont la fièvre et les infections.

Il faut également différencier les pratiques nuisibles des **pratiques traditionnelles bénéfiques** (PTB). dans toutes les communautés, des coutumes négatives existent, comme celles que l'on a décrites précédemment, mais d'autres en revanche sont positives. parmi celles-ci, quelques-unes communes comme la promotion de la cohésion sociale, de la solidarité, du développement et du bien-être général de la société.

- **Allaitement maternelle**
- **Transport des enfants sur le dos**
- **Pratique s'appuyant sur le repos pendant 40 jours (ou quarantaine) après l'accouchement**

CONSEIL POUR LES OPÉRATEURS ET LES OPÉRATRICES

On recommande aux opérateurs et opératrices des centres de premier accueil pour les demandeurs d'asile:

- Qu'ils sachent reconnaître et évaluer les facteurs de risque des pratiques de MGF et des mariages forcés dans les pays d'où proviennent les femmes et les enfants qui arrivent en Italie
- Qu'ils sachent fournir des informations sur le droit des victimes de pouvoir accéder à une demande d'asile basée sur le genre, parce que la violence contre les femmes est reconnue comme une forme de persécution.
- Qu'ils sachent qu'il existe, dans le respect du principe de non-refoulement, des mesures permettant aux femmes victimes de violence, indépendamment leur statut, de ne pas être renvoyées dans un pays où elles pourraient subir des tortures ou des traitements inhumains et dégradants mettant à risque leur propre vie (art.61 de la Convention d'Istanbul).

Il faut impérativement garantir aux femmes de pouvoir accéder régulièrement et rapidement aux informations et aux formations sur leur droit dans leur propre langue afin qu'elles comprennent.

Les opérateurs et les opératrices ne doivent pas perdre de vue le fait qu'avoir subi ou craindre de subir une mutilation génitale féminine ou un mariage forcé peut être un des motifs pour la reconnaissance de la protection internationale (Voir : MGF et mariage forcé comme motifs pour la reconnaissance de la protection internationale).

L'accueil des femmes potentiellement victime de MGF

Chaque mineure, chaque femme, au-delà de toutes traditions et conventions, possède le droit à la santé et à l'intégrité de sa propre personne.

Connaitre les traditions et les coutumes typiques de chaque cultures est un élément essentiel pour la construction d'une relation basée sur l'égalité entre les opérateurs/opératrices et les hôtes de la structure, en prenant en considération qu'il s'agit là des principes universels de la tutelle des droits humains de la femmes et des enfants.

Connaitre les traditions dans leur juste mesure en évitant les stigmatisations et/ou la criminalisation aide à préparer un terrain favorable pour pouvoir communiquer avec les femmes qui ont été victimes de ces pratiques.

Il est important que les opérateurs/opératrices qui s'occupe de l'accueil des femmes demandeuses d'asile soient préparés à affronter ces problématiques, soient informés sur l'existence de ces coutumes, mais soient également disponibles à offrir l'assistance nécessaire aux femmes victimes de MGF.

L'entretien doit tenir compte des implications possibles aussi bien éthiques, psychologiques que thérapeutiques, il doit être accompagné d'une médiation culturelle et doit être toujours basé sur le respect du principe d'autonomie de la personne et de son bien

Durant l'entretien avec les femmes qui sont susceptibles d'être des victimes de MGF, il faut toujours observer un comportement équilibré sans préjudice, sans jugement du cas ni de la culture originaire,

sans donner pour acquis que toutes les femmes, même celles originaires de Pays possédant le plus haut taux de MGF, ont subi ces pratiques.

En toute connaissance de chose, on doit ne pas perdre de vue que beaucoup d'entre elles ne sont pas conscientes de la mutilation subie (surtout celle du premier type)

On ne doit pas oublier non plus que la sexualité reste un tabou dans beaucoup de ces communautés, grâce aux contrôles pour le bien-être et les contrôles médicaux sur la santé reproductive des femmes, on réussit à obtenir des éléments qui permettent de comprendre si elles ont été objet de MGF.

c'est pourquoi, lors d'un premier entretien il est recommandé de

- repérer l'origine de la femme, aussi bien géographiquement que son origine tribale ou culturelle.
- comprendre si la femme a un minimum de base scolaire et de connaissance primaire de son corps.

Une fois que l'on possède les réponses à ces deux questions, on peut affronter le thème des pratiques traditionnelles présentes dans sa culture et liées au rite de passage et/ou de purification. cela permettra de comprendre en quels termes la femme identifie la chose et donc aidera à communiquer avec elle afin de savoir à quelle pratique elle a été soumise.

Une fois la relation de confiance établie, on peut procéder aux questions plus spécifiques concernant, par exemple, la régularité du cycle menstruel, les éventuelles douleurs durant le cycle et/ou durant les rapports sexuels ainsi que la façon dont l'accouchement s'est déroulé.

Afin d'améliorer la capacité de pouvoir individualiser les éventuelles victimes de MGF, on préconise l'utilisation de la Fiche d'évaluation des risques incluse dans ce manuel (voir : *comment identifier les victimes de MGF*)

Que doit-on faire:

- Informer la femme sur ces propres droits et sur la façon dont l'entretien va se dérouler
- Utiliser un langage simple et clair, sans l'utilisation d'adjectifs donnant l'impression de jugement de la culture d'origine de la femme ;
- Faire l'entretien dans un endroit protégé et avec du personnel féminin (y compris la médiatrice linguistique et culturelle, formée sur le sujet)

Ce qu'il ne faut pas faire:

- partir du principe que l'on sait ce qu'est une MGF et la considérer une pratique négative
- utiliser un langage agressif et/ou blessant
- accepter plusieurs personnes durant l'entretien, ou le faire sans la présence d'une femme
- demander à un homme de faire la médiation

L'accueil des femmes susceptibles d'être victime de mariage forcé

Tous les entretiens avec les femmes doivent se dérouler en privé et de façon discrète en respectant au maximum la confidentialité. Lors de l'entretien, il est important de ne jamais accepter les parents, les amis ou même un médiateur de la communauté d'origine comme interprète parce qu'il pourrait

empêcher la femme de s'exprimer librement sur les violences subies l'empêchant ainsi de demander une aide.

L'entretien doit se dérouler dans un lieu perçu comme sûr. Tous les facteurs de risque doivent être pris en considération et examinés.

Il est important d'expliquer à la femme, de façon succincte et claire, la possibilité de pouvoir obtenir une aide et des solutions possibles au niveau légal.

Les femmes enceintes après un mariage forcé

Lorsqu'une femme a décidé de garder l'enfant conçu après un mariage forcé, un accompagnement à la maternité sera mis en place complétant le plan de protection. La solitude, les sens de culpabilité, la nostalgie d'un « groupe familiale », même si il est violent et irrespectueux peuvent avoir des effets dévastateurs sur la santé psychophysique de la femme.

Il est essentiel d'adopter des mesures de sécurité très strictes pendant les six mois qui suivent la naissance de l'enfant, en effet le père dispose de ces six mois pour faire valoir sa paternité. il pourrait avoir un intérêt à rechercher et reconnaître son enfant afin de régulariser sa situation sur le territoire italien lorsqu'il est clandestin.

| |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Afin d'améliorer la capacité d'individualiser les éventuelles victimes de mariage forcé, on préconise l'utilisation de la Fiche d'évaluation des risques incluse dans ce manuel (voir : <i>Comment identifier les victimes de mariage forcé</i>) |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

COMMENT IDENTIFIER LES VICTIMES DE MGF

On dispose d'une fiche afin d'évaluer le risque de MGF, celle-ci permet de différencier les femmes qui ont subi une mutilation ainsi que les jeunes filles qui risquent la mutilation. Cette différenciation est essentiellement organisée grâce à l'âge anagraphique associé à l'âge correspondant aux mutilations dans le pays d'origine.

La Fiche n'a pas pour objectif de donner des indications absolues sur les conditions de la femme ou de la fille cependant elle fournit des indications nécessaires afin de se confronter avec une femme ou une fille qui a subi une mutilation. De plus, savoir à quel âge on risque une mutilation permet de « traiter » les mineures qui ont subi une mutilation de façon spécifique mais aussi et surtout de pouvoir agir dans le milieu familial pour la protéger.

Les femmes ayant subi une MGF

L'ensemble des critères nécessaires pour l'évaluation du niveau de probabilité d'être en contact avec une femme ayant subi une MGF - noté de 1 à 6 ou avec l'appréciation haut-moyen-bas -s'appuie sur des informations recueillies dans les pays d'origine et qui se réfèrent:

- À l'estimation sur le rapport entre le nombre de femme ayant subi une MGF dont l'âge est compris entre 15-49 ans et les femmes du même âge (%)
- À l'évolution du phénomène dans le temps. le critère d'évaluation possède trois niveaux (baisse importante, baisse discrète, baisse faible). Il a été créé grâce à la comparaison entre la prédominance MGF dans les pays d'origine des générations plus âgées (45-49 ans) et celle des jeunes (15-19 ans), âge potentiellement conforme pour une intervention de mutilation. Cette évaluation a pour objectif de renforcer ou d'atténuer les valeurs de risques attribués. Si la tendance est en fort déclin et les femmes ont moins de 30 ans, alors la prédominance peut être réduite d'un quart (forte baisse), entre 10-20%(baisse discrète) ou pas significative (nulle). Le résultat issu des informations est indiqué sur la page suivante:

Prédominance de MGF pour les femmes âgées de 15 à 49 ans par pays d'origine, individualisation du risque

| Provenienza | MGF (%) | Tendance à la baisse | risque | |
|--------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------------------|---------------|--------------|
| Somalie | 98 | AUCUNE | 6 | |
| Guinée | 97 | AUCUNE | | |
| Djibouti | 93 | AUCUN | | |
| Sierra Leone | 90 | DISCRETE | | |
| Mali | 89 | AUCUNE | 5 | Haut |
| Egypte | 87 | DISCRETE | | |
| Soudan | 87 | DISCRETE | | |
| Erythrée | 83 | DISCRETE | | |
| Nigeria* Etats: Imo, Ebonyi, Osun, Oyo | 70-80 | | | |
| Sénégal* Zonesud | 70-80 | | | |
| Burkina Faso | 76 | FORTE | | |
| Gambie | 75 | NESSUN | 4 | |
| Sénégal*ethnie: Mandingue, Soninke | 70 | | | |
| Ethiopie | 74 | DISCRETE | | |
| Ghana* aree: regioni del Nord | 75 | | | |
| Kurd Iraquien | 70 | FORTE | | |
| Mauritanie | 69 | DISCRETE | | |
| Liberia | 50 | FORTE | 3 | Moy ent haut |
| Benin* Ethnie: Bariba, Peul; Area Borgou | 50 | FORTE | | |
| Sénégal* Ethnie Diola, Poular | 40-50 | | | |
| Guinée-Bissau | 45 | AUCUNE | | |
| Nigeria* Etats: Edo (Benin City); Lagos, Ondo, Delta; Kano; Kwara, Enugu | 30-50 | | | |
| Nigeria*Ethnie: Ekoi, Igbo, Yoruba | 30-50 | | | |
| Tchad | 44 | DISCRETE | | |
| Cote d'Ivoire | 38 | DISCRETE | | |
| Nigeria | 25 | FORTE | 2 | |
| Sénégal | 25 | DISCRETE | | |
| République centrafricaine | 24 | FORTE | | |
| Kenya | 21 | FORTE | | |
| Yemen | 19 | DISCRETE | | |
| Tanzanie | 15 | FORTE | | |
| Bénin | 9 | Pas significatif | 1 | Moy en Bas |
| Iraq | 8 | | | |
| Togo | 5 | | | |
| Ghana | 4 | | | |
| Niger | 2 | | | |
| Cameroun | 1 | | | |
| Ouganda | 1 | | | |

L* définit les spécificités sinon les données sont nationales

Certains pays apparaissent plusieurs fois cela est du à l'importance de l'ethnie ou dela zone de provenance

Les mineures à risque

Les populations ayant un pourcentage élevé de mutilations sur des mineures avant leur quinze ans et souvent même durant la première année de vie est peu nombreuses. Les mutilations effectuées sur les fillettes de moins de 10 ans sont beaucoup plus rares, exception faite pour les femmes originaire de la République centrafricaine et d'une partie de l'Egypte. En effet, la plupart des filles sont mutilées avant leur 10 ans, cela permet aux opérateurs et opératrices qui s'occupent de l'accueil et de la protection de ces femmes migrantes et demandeuses d'asile de pouvoir mettre en oeuvre des opérations d'information et de prévention.

En connaissant l'âge auquel on pratique l'excision dans les pays d'origine, il est possible de pouvoir intervenir, en faisant de la prévention, auprès des jeunes filles et surtout auprès des parents.

| Proportion des femmes mutilées par classe d'âge pour les mutilations et par origine | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----|------------------------|--------------|---------------------------|-------|
| très précoce | | Précoce | | Tardive | |
| Age pour la mutilation | <5 | Age pour la mutilation | avant 9 ans* | Age pour la mutilation | 10-14 |
| Origine | % | Origine | % | Origine | % |
| Yemen | 100 | Burkina Faso | 91 | République Centrafricaine | 52 |
| Mali | 89 | Somalie | 88 | Sierra Leone | 37 |
| Ghana | 83 | Ethiopie | 86 | Kenya | 30 |
| Nigeria | 82 | Djibouti | 84 | Egypte | 29 |
| Mauritanie | 81 | Bénin | 83 | Tanzanie | 21 |
| Niger | 76 | Cote d'Ivoire | 83 | | |
| Sénégal | 74 | Gambia | 83 | | |
| | | Niger | 83 | | |
| | | Guinée | 82 | | |
| | | Soudan | 74 | | |
| | | Egypte | 71 | | |
| | | Tchad | 71 | | |
| | | Togo | 68 | | |
| | | Tanzanie | 68 | | |
| | | Erythrée | 68 | | |
| | | Iraq | 67 | | |
| | | Guinée-Bissau | 62 | | |
| | | Kenya | 52 | | |

*les nationalités qui mutilent dans plus des 74% des cas avant 5 ans sont exclus (colonne gauche)

Les mariages précoce ou forcé

L'analyse du risque du mariage forcé donne lieu à des fichiers moins quantifiables que ceux relatifs aux MGF puisqu'ils ne peuvent pas être ciblés avec un système simple de notations. Il manque les statistiques officielles des pays d'origine et les motivations qui poussent les parents à forcer leurs filles à se marier, cela implique une attention plus particulière mais statistiquement moins traitables.

On peut, cependant, utiliser comme références, les données fournies par les Nations Unies sur le mariage précoce, comme indicateur sur la populations dans lesquelles la pratique du mariage forcé peut être présente.

De cette façon, on pourra reconstruire une sorte « d'alerte » relative à l'âge de la fillette/jeune fille qui arrive, aux personnes qui l'accompagnent, à la tendance aux mariages forcés et aux taux de natalité totalisés dans le pays d'origine mais également les conditions de vie de la zone d'où elle est originaire (calamités, conflits, et autres)

Là aussi, il faudra définir un niveau d'alerte plus ou moins important en fonction de l'ensemble de ces caractéristiques.

le classement reconnu par les Nations Unies (UNFPA) indique que le chiffre des filles mariées est de plus 20% et que le 2/3 et 3/4 des filles sont mariées à un âge précoce, avant leur 18 ans,.

Un étude sur la constitution de la famille précoce a été faite grâce aux taux de fécondité des mineures de 15 à 19 ans . Cette évaluation comme on peut s'y attendre indique que dans les pays ciblés qui ont un gros quota de mariage avec des mineures, le taux de fécondité est bien plus élevé ainsi que les maternités précoces avec des épouses ayant moins de 18 ans.

Mariage entre 15 et 18 ans et taux de fécondité des adolescents par nationalité %

| | Mariage à un age <15 ans | Mariage avant 18 ans | Maternité avant 19 anni | |
|---------------------------|------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| Pays/Unité de mesure | % | % | ‰ | Risque |
| Republique centrafricaine | 29 | 68 | 229 | Trés elevé: au moins 20% des filles |
| Tchad | 29 | 68 | 203 | |
| Niger | 28 | 76 | 206 | |
| Guinée | 21 | 52 | 146 | |
| Indie | 18 | 47 | 28 | Elevé: 10-20% des filles |
| Bangladesh | 18 | 59 | 113 | |
| Nigeria | 17 | 43 | 122 | |
| Ethiopie | 16 | 41 | 71 | |
| Mali | 15 | 55 | 172 | |
| Mauritanie | 14 | 34 | 71 | |
| Sierra Leone | 13 | 39 | 125 | |
| Erythrée | 13 | 41 | 76 | |
| Cameroun | 13 | 38 | 119 | |
| Madagascar | 12 | 41 | 145 | |
| Bénin | 11 | 26 | 94 | |
| Ouganda | 10 | 40 | 140 | |
| Cote d'Ivoire | 10 | 33 | 129 | |
| Burkina Faso | 10 | 52 | 132 | |

| | | | | |
|---------------|---|----|-----|---------------------------|
| Yémen | 9 | 32 | 67 | Bas: 6-9% des filles |
| Sénégal | 9 | 32 | 80 | |
| Malawi | 9 | 46 | 136 | |
| Liberia | 9 | 36 | 149 | |
| Gambie | 9 | 30 | 88 | |
| Somalie | 8 | 45 | | |
| Afghanistan | 8 | 35 | 78 | |
| Tanzanie | 7 | 37 | 95 | |
| Soudan | 7 | 33 | 87 | |
| Guinée-Bissau | 7 | 22 | 106 | |
| Togo | 6 | 22 | 85 | |
| Iraq | 5 | 24 | 82 | Très bas: 1-5% des filles |
| Ghana | 5 | 21 | 65 | |
| Kenya | 4 | 23 | 96 | |
| Syrie | 3 | 13 | 54 | |
| Pakistan | 3 | 21 | 44 | |
| Egypte | 2 | 17 | 56 | |
| Djibouti | 2 | 5 | 21 | |

Les pays d'origine pris en considération sont différents dans les deux tableaux d'évaluation du risque parce-que, même s'il s'agit, dans les deux cas, de pratiques préjudiciables, les MGF et les mariages précoces ne sont pas liés.

De plus, la liste des pays n'inclue pas uniquement les nationalités qui composent actuellement les personnes demandeuses d'asile, parce que d'autres nationalités, en dehors de celles prédominantes, pourraient s'ajouter et rendre la situation encore plus significative.

Sources statistiques

DHS Program Demographic and Health Survey : <https://dhsprogram.com/>

Unicef <https://www.unicef.org/resources/female-genital-mutilation-cutting-country-profiles/>

UNFPA: <http://www.unfpa.org/data/world-population-dashboard>

Girls not brides : <https://www.girlsnotbrides.org/where-does-it-happen/>

Ministero interno: <http://www.interno.gov.it/it/sala-stampa/dati-e-statistiche/sbarchi-e-accoglienza-dei-migranti-tutti-i-dati>

LES MGF ET LES MARIAGES FORCÉS COMME MOTIFS POUR LA RECONNAISSANCE DE LA PROTECTION INTERNATIONALE

La Convention de Genève et les documents de l'UNHCR

Définition du terme « réfugié » conformément à l'article 1(A)(2) de la Convention de Genève et du Protocole successif, Protocole de 1967 définit le réfugié comme toute personne qui « craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays; ou qui, si elle n'a pas de nationalité et se trouve hors du pays dans lequel elle avait sa résidence habituelle à la suite de tels événements, ne peut ou, en raison de ladite crainte, ne veut y retourner.

En vue de fournir un guide de procédure par l'application de l'article 1(A)(2) de la Convention de 1951, et du Protocole de 1967, le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR) a adopté au cours des années une série de normes et de critères en matière de protection internationale qui constitue des instruments essentiels pour les gouvernements, les juristes, les décisionnaires et la magistrature.

Les documents suivants sont de première importance pour la reconnaissance de la protection internationale des victimes de MGF et de mariage forcé:

- Note sur la protection internationale No.1: La persécution de genre établit par l'article 1(A)(2) de la Convention de 1951 et/ou le Protocole de 1967 relatif au statut des réfugiés (mai 2002)
- Note No. 2: « Appartenance à un certain groupe social » au sens de l'article 1(A)(2) de la Convention de 1951 et/ou le Protocole de 1967 relatif au statut des réfugiés (mai 2002)
- Note No. 9: Demande de reconnaissance du statut de réfugié basé sur l'orientation sexuelle et/ou l'identité du genre dans le cadre de l'article 1(A)(2) de la Convention de 1951 et/ou de son Protocole de 1967 relatif au statut des réfugiés (octobre 2012)
- Note sur les demandes d'asile pour les mutilations génitales féminines (mai 2009)

Le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR) définit « persécution de genre » toute forme de persécutions où le genre assume un rôle déterminant dans le cadre de la décision du statut de réfugié. cela peut relever de loi, de la politique et des activités gouvernementales qui discriminent les femmes en violant leurs droits humains mais aussi de l'action d'acteurs non gouvernementaux, puisque l'Etat est incapable de prévenir ou interdire de manière efficace de tels comportements.

⁵ Note sur la Protection Internationale No. 1: Persécution du genre conformément à l'article 1(A)(2) de la Convention de 1951 et/ou du Protocole de 1967 relatif au statut de réfugié (mai 2002)

Les femmes , qui doivent souvent subir des persécutions de par leur sexe ou leur genre, peuvent représenter un « certain groupe social » en vue de la reconnaissance du statut de réfugié. « Un certain groupe social », explique l'UNHCR, « est un groupe de personnes qui partagent une caractéristique commune autre que le risque d'être persécutées, ou qui sont perçues comme un groupe. Cette caractéristique sera souvent innée, immuable, ou par ailleurs fondamentale pour l'identité, la conscience ou l'exercice des droits humains. Cette définition comprend les caractères historiques qui ne peuvent donc pas être changés mais aussi d'autres caractères, qui même s'il est possible de les changer sont tellement liés à l'identité de la personne et sont des expressions des droits humains fondamentaux, ne devraient pas être contraint(e)s d'en changer. Il en résulte que le genre peut être considéré comme une catégorie qui individualise un groupe social, les femmes étant un exemple clair d'un ensemble social défini par des caractéristiques innées et immuables et sont souvent traitées de façon différente des hommes »⁶

l'UNHCR déclare, en se référant spécifiquement aux mutilations génitales féminines que « une mineure ou une femme qui demande l'asile parce qu'elle a été obligée à se soumettre, ou sera probablement sujette à une MGF peut obtenir le statut de réfugiée au terme de la Convention relative au statut des réfugiés de 1951. Dans certaines circonstances, les parents peuvent aussi déclarer de craindre avec raison d'être persécutés dans le cadre de la définition des réfugiés contenue dans la Convention de 1951, en corrélation avec le risque que la fille puisse subir une MGF »⁷

Pour finir, la Note sur l'orientation sexuelle et l'identité du genre définit le mariage forcé comme une violation de la Convention ONU sur l'élimination de toutes les formes de discriminations envers les femmes (1979) qui à l'article 16 l'obligation pour les Etats membres de garantir « le même droit de choisir librement son conjoint et de ne contracter mariage que de son libre et plein arbitre »

La Directive Qualification

Dans le cadre du droit européen sur l'asile, la Directive Qualification⁸ prévoit que les femmes qui craignent véritablement d'être persécutées ou qui peuvent être exposées au risque de subir une MGF peuvent bénéficier de la protection internationale. Cette norme tutelle aussi les parents qui ont peur d'être persécutés ou qui courent le risque réel de subir un dommage grave parce qu'ils refusent de soumettre leur fille aux MGF.

La Directive de Qualification refondue⁹ offre une protection majeure à toutes celles qui craignent de subir une MGF en reconnaissant que les aspects liés au sexe de la demandeuse, doivent être tenus en compte, dans la mesure où ils ont un lien avec ses craintes à juste titre de subir des persécution. La directive précise que les aspects, comme l'identité du genre et l'orientation sexuelle sont en rapport avec le sexe, et peuvent être soumis à certaines traditions juridiques et coutumes qui prévoient par exemple les mutilations génitale.

6 Note sur la Protection internationale No. 2: « Appartenance à un certain groupe social » conformément à l'Art.1(A)(2) de la Convention de 1951 et/ou au Protocole de 1967 sur le statut de réfugiés (mai 2002)

7 Note d'orientation sur la demande d'asile pour les mutilations génitales féminines (mai 2009)

8 Directive 2004/83/CE du Conseil traitant les normes minimales sur l'attribution, pour les citoyens de pays tiers ou apatrides, du statut de réfugiés ou de personnes ayant besoin d'une protection internationale ainsi que les normes minimales sur le contenu de la protection reconnue

9 Directive 2011/95/UE traitant les normes sur l'attribution pour les citoyens de pays tiers ou apatrides de bénéficiaire de la protection internationale, sur un statut conforme pour les réfugiés ou pour les personnes jouissant d'une protection subsidiaire mais aussi sur le contenu de la protection reconnue

L'article 7 (« Actes de persécution ») du Décret Législatif du 19 novembre 2007, n. 251, qui adopte la directive 2004/83/CE (modifié conformément au Décret Législatif n. 18 du 21 février 2014, qui inclut la Directive 2011/95/CE) prévoit que le statut de réfugié peut être octroyé à toute personne qui prouve avoir été (ou craignant avec raison d'être) victime d'actes de violence physique ou psychique, y compris la violence sexuelle (alinéa 2, L.a) ou d'actes dirigés contre un genre sexuel ou contre l'enfance (alinéa 2, L. f).

L'article 8 du même décret établit ce que l'on doit entendre par persécution pour des raisons d'appartenance à un « certain groupe social », définissant ce dernier comme « celui constitué de membres qui partagent une caractéristique innée ou une histoire commune, qui ne peut pas être changé, ou partagent une caractéristique ou une croyance à ce point essentielle pour l'identité ou la conscience qu'il ne devrait pas être exigé d'une personne qu'elle y renonce, et ce groupe a son identité propre dans le pays en question parce qu'il est perçu comme étant différent par la société environnante » et établissant que « afin de déterminer l'appartenance à un certain groupe social ou l'individuation des caractéristiques propres du groupe, on doit absolument tenir compte des genres, incluant l'identité du genre ».

On trouve également la Directive Accueil (Directive 2013/33/UE) et la Directive Procédure (Directive 2013/32/UE) qui prévoient des dispositions particulières pour répondre aux exigences spécifiques des demandes d'asile, de la part d'adultes et de mineures de sexe féminin qui se trouvent dans une situation de vulnérabilité.

Ces dispositions sont importantes pour toutes celles qui ont subi ou risquent de subir une MGF ou un mariage forcé.

INDICATIONS POUR LE REFERRAL (SAISINE)

L'identification de la victime de MGF et des mariages forcés est essentielle pour garantir l'accès aux droits et pour leur référence futur dans les services compétents et spécialisés. Au travers de ce mécanisme, les victimes reçoivent une assistance et sont complètement informées sur les options futures mais elles sont également envoyées à une ou plusieurs organisations qui leur fournissent tout le soutien nécessaire.

Pour les fillettes et les jeunes femmes identifiées comme victimes de violences basées sur le genre, et victimes de mariages forcés, les organismes principaux sur le territoire sont les centres contre la violence, les services locaux de protection. On peut téléphoner à un numéro européen gratuit le 1522¹⁰ afin d'obtenir une première réponse aux demandes d'aide, des informations utiles, sur une orientation vers des centres territoriaux contre la violence ou sur des services socio-sanitaires publics et privés.

Les femmes victimes de MGF, identifiées sur la base des critères cités ci-dessus, seront opportunément envoyées, en fonction de leur état d'urgence indiqué par les médecins des centres d'accueil, dans des services sanitaires du SSN possédant les compétences spécialisées permettant une prise en charge thérapeutique adéquate;

Ces services sanitaires peuvent obtenir le support d'association ainsi que d'autres organismes qui opèrent sur le territoire, et qui possèdent les compétences et l'expérience nécessaire sur les services réservés aux migrants, sur l'aide à l'égard des femmes victimes de violence du genre mais également sur les programmes de protection des victimes de violence.

La loi du 7 et 9 janvier 2006 fixant « Les Dispositions concernant la prévention et l'interdiction des pratiques de mutilations génitales féminines »¹¹ prévoit une localisation sur les services offerts au niveau national, pour les femmes et les enfants ayant subies des mutilations génitales féminines. La liste que vous trouverez ci dessous, même si elle n'est pas complète, présente quelques hôpitaux et établissements sanitaires, qui fournissent actuellement une aide sanitaire et psychologique spécialisée ainsi que différentes associations qui offrent une aide sociale, une médiation linguistique et culturelle, et des références sur les structures de soins spécialisés¹².

¹⁰Le service multi linguistique appelé grâce au numéro téléphonique 1522 est actif 24.00 heures sur 24.00 pendant les 365 jours de l'année, fournit une réponse immédiate aux victimes et contribue à aider les victimes en leur garantissant l'anonymat. Les opérateurs fournissent aux victimes un soutien psychologique et légal, ainsi que l'adresse des établissements publiques sur le territoire.

¹¹http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_769_allegato.pdf

¹²La liste a été copie de:
http://www.aidos.it/wp-content/uploads/2017/02/COUNTRY-INFO-PAGES_ITALY_ITALIAN-FINAL.pdf

