

VIOLENCES LIÉES AU GENRE

De nombreuses personnes étrangères ont été victimes de violences liées au genre dans leur pays d'origine, pendant leur parcours d'exil et/ou en France. Même si les hommes ne sont pas épargnés, les femmes sont les premières victimes de ces violences : mariages forcés et/ou précoces, mutilations sexuelles, viols, violences dans le cadre intrafamilial et/ou conjugal, violences et persécutions du fait de l'orientation sexuelle. Ces violences peuvent avoir de lourdes conséquences sur la santé, et en particulier la santé mentale (*voir p. 389*). Soins et soutien pluridisciplinaires constituent une prise en charge adaptée aux besoins et aux demandes des personnes ayant subi ce type de violences : accompagnement psychologique et psychothérapie, consultations médicales, le cas échéant traitement chirurgical, soutien juridique et social. En l'absence d'une prévention de ces violences, l'accès aux droits, particulièrement au droit d'asile, est un enjeu majeur pour l'accueil des personnes qui en ont été victimes.

MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES : DÉFINITION ET ÉPIDÉMIOLOGIE

- **Définition.** Les mutilations sexuelles féminines (MSF) désignent l'ensemble des interventions aboutissant à l'ablation totale ou partielle des organes génitaux externes, ou toute autre lésion des organes génitaux féminins, qui sont pratiquées pour des raisons non médicales (OMS).

- **Sur le continent africain, l'Unicef estime à 130 millions le nombre de femmes mutilées sexuellement, et à 3 millions chaque année le nombre de nouvelles victimes, fillettes et adolescentes.** Si des mutilations sexuelles féminines existent encore au Moyen Orient (Yémen, Oman, Kurdistan irakien), en Asie (Malaisie, Indonésie, Borat, région Nord de l'Inde) et en Amérique du Sud (Amazonie péruvienne et colombienne), c'est en Afrique subsaharienne que ces pratiques sont

le plus souvent observées. Dans les pays concernés, la seule existence d'une législation théoriquement protectrice ne suffit pas à l'abolition des pratiques. Ainsi en Guinée Conakry ou en Égypte, en dépit de la loi, les taux de prévalence des mutilations sexuelles féminines sont de plus de 90 % (Source Unicef 2013). Au Mali, les actions de prévention ont permis de réduire en 10 ans la prévalence de l'excision de 99 % à 91%. Au Sénégal, le taux global de 20 % de femmes mutilées reflète une situation très hétérogène sur un plan géographique, le taux de prévalence pouvant être proche de 100 % dans la région du fleuve, au nord, et de la Casamance, au sud.

• **En France, les femmes susceptibles d'avoir subi des mutilations sexuelles sont principalement originaires du Sénégal, du Mali, de Mauritanie, et de Guinée-Conakry,** d'ethnie peul, toucouleur, soninke et bambara (*voir Carte ethnolinguistique, voir guide 2008*). Selon l'INED (enquête excision et handicap), en 2004, 53 000 femmes adultes excisées vivaient en France.

Prévention des mutilations sexuelles des petites filles

Il est important pour les professionnels médico sociaux d'engager le dialogue avec les parents originaires des pays où se pratiquent les mutilations. L'objectif est à la fois de connaître leurs convictions sur ces pratiques et de les informer des risques sanitaires qu'ils feraient courir à leurs filles s'ils décidaient d'y recourir. Par ailleurs, le rappel de la loi française est dans ce cas incontournable : **les mutilations sexuelles peuvent être poursuivies et sanctionnées en matière criminelle (art. 222 9 Code pénal)**, y compris les mutilations sexuelles féminines commises à l'étranger quand l'enfant a résidé un certain temps en France au préalable. Les actions de médiation culturelle et d'échanges avec ces familles ne doivent pas éclipser l'obligation légale de signalement des professionnels auprès du procureur de la République, lorsqu'une mutilation sexuelle féminine a été réalisée sur un enfant résidant habituellement en France.

PRISE EN CHARGE MÉDICO-PSYCHO-CHIRURGICALE SUITE À DES MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES

• **Classification clinique (OMS) des mutilations sexuelles féminines (MSF) en 4 types :**



type I, clitoridectomie : ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du prépuce;

type II, excision : ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres;

type III, infibulation : 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;

type IV, autres procédés de mutilation : scarifications, étirement des petites lèvres, utilisation de substances caustiques en application vulvaire ou vaginale...

• **Les mutilations sexuelles féminines entraînent des complications majeures et profondes pour la santé des femmes. Elles varient selon le type de MSF et l'âge auquel elles sont réalisées :**

les complications physiques immédiates sont une douleur intense, un choc et une hémorragie pouvant entraîner le décès, des infections (surinfection locale, septicémie, gangrène, tétanos, transmission de l'infection VIH, VHB, VHC) et des lésions traumatiques des organes de voisinage (vessie, anus...);

les complications tardives, fréquentes dans tous les types de MSF, se manifestent par des troubles urinaires (rétention aiguë ou chronique des urines pouvant entraîner des infections urinaires à répétition, voire une insuffisance rénale), cicatriciels (abcès récidivants, chéloïdes, kystes épidermoïdes), une douleur pelvienne chronique (névrome) ou une gêne au moment des rapports sexuels;

les MSF ont un impact sur la sexualité (signes d'angoisse, douleurs, anorgasmie, frigidité);

les complications psychologiques sont présentes quel que soit l'âge auquel les mutilations sont pratiquées. (*voir Trauma et traitements cruels, inhumains ou dégradants, p. 368*);

les autres complications sont gynécologiques (infertilité, stérilité, infections, dysménorrhées, hématoocolpos, ménorragies), ou encore obstétricales (travail long, déchirures périnéales, hémorragie du post partum, infections périnéales, fistules vésico ou recto vaginales, césariennes, augmentation de la mortalité périnatale).

• **La prise en charge thérapeutique des femmes victimes de MSF est destinée à la fois à soigner les conséquences des mutilations et à prévenir la répétition de ces pratiques sur leurs filles.** Les soins sont pluridisciplinaires, faisant intervenir gynéco obstétriciens, chirurgiens, sages femmes, pédiatres, urologues, sexologues, psychiatres et psychologues. La réparation chirurgicale est de plus en plus pratiquée,



en particulier la réparation du clitoris, réalisée dans de nombreux hôpitaux en France. Elle est prise en charge par la Sécurité sociale. Cette avancée pour les femmes excisées reste un parcours difficile où motivations et bénéfices attendus doivent être clairement identifiés.

- **La clitoridoplastie est une technique chirurgicale récente pour laquelle il n'existe pas encore beaucoup de recul.**

Selon l'expérience de Gynécologie Sans Frontières, en dehors de la symbolique du geste, aucune certitude sur le résultat esthétique ou fonctionnel de cette chirurgie ne peut être donnée. Une étude publiée dans la revue *Lancet* en juillet 2012 donne des résultats encourageants : à un an de suivi, 821 patientes sur 840 ont rapporté une amélioration. Le chirurgien travaillera en étroite collaboration avec sexologue, psychologue, psychothérapeute au cours de cette démarche qui s'étalera sur plusieurs mois.

- **À quel médecin s'adresser ?** La diffusion des connaissances sur les MSF progresse en France, et les médecins généralistes, pédiatres, gynécologues, sages femmes, médecins scolaires, infirmières sont de plus en plus sensibilisés à l'information et à l'orientation des femmes et filles concernées. Un grand nombre de services de gynécologie et obstétrique des hôpitaux mettent en place des unités multidisciplinaires de prise en charge médicale et chirurgicale, en particulier dans les centres hospitalo universitaires (CHU). Un guide *Le Praticien face aux mutilations sexuelles féminines*, réalisé par Gynécologie Sans Frontières (*voir références infra*), donne des informations précieuses sur le dépistage et la prise en charge de ces femmes, avec des contacts utiles pour leur orientation, ainsi que sur le cadre législatif.

DROIT D'ASILE ET MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES

Genre et droit d'asile

La convention de Genève datant du 28 juillet 1951, relative au statut des réfugiés, ne fait référence ni au genre ni aux persécutions spécifiques à l'encontre des femmes.

La convention énumère cinq motifs de persécution qui justifient l'octroi du statut de réfugié. La persécution doit être « du fait de » la race, de la religion, de la nationalité, de l'appartenance à un certain groupe social ou des opinions politiques. Néanmoins, elle peut faire l'objet d'interprétations



tenant compte de la question du genre. De fait, les violences et persécutions liées au genre et à l'orientation sexuelle sont à l'origine de nombreuses demandes d'asile dans les pays de l'Union européenne. Il s'agit principalement de violences sexuelles en tant qu'acte de persécution ou ayant lieu dans les contextes de guerre et de violences généralisées, les menaces et persécutions subies par les opposant(e)s à des violences faites aux femmes telles que les mutilations sexuelles et les mariages forcés, les persécutions en raison de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre, le fait d'avoir été victime de la traite d'êtres humains.

Une nouvelle directive de l'Union européenne a été publiée le 20 décembre 2011 (2011/95/UE) au sujet de l'identification des personnes ayant besoin d'une protection internationale. Cette directive reconnaît que « *les actes de persécutions peuvent notamment prendre la forme de violences physiques ou mentales, y compris les violences sexuelles* » ou « *des actes dirigés contre des personnes en raison de leur genre...* » Cette directive met l'accent sur la prise en compte du genre dans la politique d'asile. « *L'appartenance à un groupe social* » peut constituer un motif de persécution et permettre la reconnaissance du statut de réfugié.

• **Pour les femmes exilées victimes de mutilations sexuelles, la reconnaissance du droit d'asile au titre de la convention de Genève fait actuellement l'objet d'une forte mobilisation associative en France.** Sur le plan juridique, le débat porte sur la définition des femmes comme « groupe social », dont les craintes de persécutions pourraient fonder le statut de réfugié. En décembre 2001, deux femmes soutenues par le GAMS, une Malienne et une Somalienne, ont obtenu une réponse positive de la part de la commission des recours des réfugiés ancien nom de la cour nationale du droit d'asile (CNDA), pour une décision appelée à faire jurisprudence.

Certificat médical de non-excision

De la protection à la suspicion : l'exigence annuelle du certificat de non excision, note de la coordination française pour le droit d'asile, octobre 2012, <http://cfda.rezo.net/>

Un certificat médical de non excision est exigé lors de l'instruction d'une demande d'asile présentée par une jeune femme ou une fillette en raison des risques d'excision encourus dans son pays d'origine. Lors de

l'entretien avec l'Ofpra, il lui sera demandé de démontrer qu'elle n'a pas été excisée, raison pour laquelle elle craint des persécutions en cas de retour dans son pays d'origine. Une fois la protection accordée, l'exigence du certificat médical perdure. Chaque année, l'Ofpra demande que lui soit transmis un certificat médical de non excision, document nécessaire au renouvellement de la protection et du droit au séjour. Du point de vue de la déontologie médicale et du Code de la santé publique (CSP), un médecin ne peut être à la fois dans un rôle de médecine de contrôle et un rôle de médecine de prévention et de soins (*voir Principes juridiques et déontologiques, p. 300*). Cette exigence de l'Ofpra entraîne ainsi des risques psychiques pour une jeune fille d'être soumise chaque année à un examen gynécologique afin d'appuyer la parole de ses parents et de garantir le maintien de leur séjour. Les examens gynécologiques ne doivent être réalisés que lorsque le suivi médical, ou les impératifs d'une enquête qui vise à protéger l'enfant d'un risque de maltraitance, les y oblige. Un tel examen ne doit pas être réitéré, dans la mesure où toute demande judiciaire ou administrative d'intervention sur le corps de l'enfant pourra être vécue comme une violence. Sur le plan éthique, le fait que cet examen sans implication thérapeutique soit réitéré va à l'encontre du principe de non malfeasance des gestes médicaux et contrevient au principe qui fait primer l'intérêt supérieur de l'enfant. Le Haut Commissariat des Nations unies pour les réfugiés estime que la reconnaissance du statut de réfugié « à une fillette craignant l'excision ne devait pas être subordonnée à la présentation d'un certificat médical ayant pour but de démontrer si elle a ou non été sujette à une mutilation génitale féminine » (Gallet H., *Protéger au bénéfice du doute*, Maux d'exil n° 34, septembre 2011).

MARIAGES FORCÉS : CONTEXTE ET DÉFINITIONS

• **Le mariage forcé** est une union civile, coutumière ou religieuse qui est conclue sans le consentement d'un ou des deux époux, sous la pression, la menace et/ou des violences physiques. S'il n'existe pas de délit ou de crime spécifique de mariage forcé en France, le Code civil (art. 146) stipule qu'« *il n'y a point de mariage là où il n'y a point de consentement* ». Les conséquences du mariage forcé, viols, violences dans le cadre du couple et de la famille, enlèvement, séquestration peuvent être l'objet de plaintes



et de sanctions pénales. Le mariage forcé concerne majoritairement des jeunes filles et des femmes, même si des garçons et des hommes y sont aussi contraints. Cependant, pour les premières, les effets, comme le viol, leur sont spécifiques et, pour les seconds, la négociation est parfois plus aisée.

• **Le mariage « précoce » est défini en rapport à la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE).** Il s'agit d'un mariage contracté entre deux personnes, dont au moins l'une d'entre elles est âgée de moins de 18 ans. On considère que le mariage des enfants est une forme de mariage forcé, a fortiori si l'un des époux n'a pas atteint l'âge de la majorité sexuelle (15 ans en France) et ne peut donc consentir clairement et librement à des relations sexuelles.

CONSÉQUENCES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES DES MARIAGES FORCÉS

• **Les mariages forcés sont associés à des violences physiques et psychologiques** dont les conséquences sur la santé mentale à court, moyen et long terme peuvent être graves, particulièrement les syndromes psycho-traumatiques et les dépressions (*voir p. 397*). Les ruptures familiales pour celles et ceux qui cherchent à s'y soustraire, les sentiments de trahison et de culpabilité, la perte de confiance dans les parents peuvent occasionner une souffrance psychique intense. La fréquence importante des tentatives de suicide chez les jeunes femmes soumises ou en risque de mariage forcé est souvent soulignée par les professionnels qui les côtoient. Les conséquences physiques des mariages forcés sont en rapport avec les violences qui leur sont liées : coups et blessures, conséquences physiques des viols, grossesses non désirées, etc.

La loi du 4 avril 2006 fixe les moyens juridiques de lutte contre les mariages forcés :

l'homme et la femme ne peuvent contracter mariage avant 18 ans révolus ;

en cas de doute sur la liberté de consentement, la célébration du mariage ou sa transcription à l'état civil, s'il a lieu à l'étranger, est suspendue. Le procureur fait procéder à une enquête et peut s'opposer au mariage ;

l'absence de consentement permet non seulement à l'époux(se) contraint(e) mais aussi au procureur

de demander l'annulation du mariage. Ainsi il est tenu compte des pressions familiales et sociales qui empêchent les intéressé(es) d'agir ;

le vol par un des époux des documents d'identité, du titre de séjour, des moyens de paiement de son conjoint est désormais une infraction.

MARIAGE FORCÉ ET DEMANDE D'ASILE

• **Faisant partie du « groupe des personnes qui entendent se soustraire à un mariage forcé », les personnes qui en sont victimes ou menacées – majoritairement des femmes – peuvent se voir reconnaître le statut de réfugié**, à certaines conditions (*voir Droit d'asile, p. 31*). En effet, elles doivent pouvoir faire entendre que leur attitude de refus du mariage forcé est perçue par tout ou partie de la population comme transgressive des coutumes et lois en vigueur. Par ailleurs, les autorités de leur pays doivent refuser ou être dans l'incapacité de les protéger face aux persécutions. Cependant, dans certains cas, l'Ofpra ou la CNDA estiment que les persécutions ne relèvent pas de l'appartenance à un groupe social, mais d'un conflit à caractère individuel et peuvent octroyer la protection subsidiaire. Il est difficile d'établir une frontière nette entre persécutions en tant que membre d'un groupe social et « conflit à caractère individuel ». L'octroi systématique de la protection subsidiaire aux femmes victimes de mariage forcé rendrait alors leur situation en France plus précaire, la protection subsidiaire étant accordée pour une durée de 1 an, renouvelable chaque année.

• **Toutefois, les demandeuses et demandeurs d'asile qui fuient un mariage forcé se heurtent à la difficulté de présenter des éléments objectivables à l'appui de leur demande**, particulièrement lorsque le mariage est religieux ou coutumier et sans acte d'état civil. Très fréquemment, les victimes ne bénéficient pas du soutien de leur entourage, et donc de la possibilité de produire leurs témoignages. Les victimes doivent donc faire preuve d'une grande précision dans leur récit ainsi que lors des audiences à l'Ofpra et/ou à la CNDA.



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

Adfem, *Droit d'asile et femmes, quelle situation en France aujourd'hui*, janvier 2012, <http://doubleviolen.free.fr/spip/>

Comede, *Certification médicale, risques et dérives*, Maux d'exil n° 34, septembre 2011

Fonds des Nations unies pour l'enfance, *Mutilations génitales féminines/excision : aperçu statistique et étude de la dynamique des changements*, Unicef, New York, 2013.

GAMS,
Foldès P., Cuzin B., *Reconstructive surgery after female genital mutilation: a prospective cohort study*, 2007, *The Lancet*, vol. 380, Issue 9837, pp. 134-141, July 2012

Gynécologie Sans Frontières, *Le Praticien face aux mutilations sexuelles*, 2010, <http://www.gynsf.org/>

VIOLENCES AU SEIN DU COUPLE ET DROIT AU SÉJOUR

• **La loi du 9 juillet 2010 concernant les violences faites aux femmes crée une nouvelle mesure appelée « ordonnance de protection. »** Cette ordonnance de protection est demandée au juge (TGI), en urgence, lorsqu'un partenaire menace ou exerce des violences sur l'autre partenaire ou ses enfants. Elle peut aussi être demandée dans le cas où une personne majeure est menacée de mariage forcé. La loi du 9 juillet permet aux personnes victimes de violences au sein du couple, qu'elles soient mariées, pacsées, vivant en concubinage, si elles bénéficient d'une ordonnance de protection, de bénéficier de plein droit d'un premier titre de séjour ou de son renouvellement. Dans l'observation des associations de soutien, ces dispositions restent souvent inappliquées, et de nombreuses femmes étrangères victimes de violences restent soumises à des difficultés pour obtenir ce titre de séjour.