



GAMS Belgique

EXCISION ET MIGRATION EN BELGIQUE FRANCOPHONE

Rapport de recherche
de l'Observatoire du sida
et des sexualités pour
le GAMS Belgique

Myriam Dieleman



EXCISION ET MIGRATION EN BELGIQUE FRANCOPHONE

Rapport de recherche de l'Observatoire du sida
et des sexualités pour le GAMS Belgique

Myriam Dieleman

Promoteur

GAMS Belgique asbl
www.gams.be

Instigateur

Observatoire du sida et des sexualités
Facultés universitaires Saint-Louis
www.observatoire-sidasexualites.be

Chargée de recherche

Myriam Dieleman
dieleman@fusl.ac.be

Comité d'accompagnement

Dominique Daniel
Khadidiatou Diallo
Els Leye
Vladimir Martens
Maria Miguel Sierra
Nouria Ouali
Charlotte Pezeril
Fabienne Richard
Sophie Stoffel

Bailleurs

2007 European Year of Equal Opportunity for All
Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme
Institut pour l'égalité des femmes et des hommes
Communauté française de Belgique
Annoncer la couleur - Commission communautaire française
Action vivre ensemble
Fonds Houtman - Office de la naissance et de l'enfance

Pour citer ce document

Dieleman Myriam, *Excision et Migration en Belgique francophone, Rapport de recherche de l'Observatoire du sida et des sexualités pour le GAMS Belgique*, Bruxelles, Ed. GAMS Belgique, 2010.

Dépôt légal

D/2010/12.193/1

Table des matières

5	Tableaux et figures
6	Acronymes
7	Lexique
7	Notes terminologiques
9	Avant-propos du GAMS Belgique
11	I. Introduction
21	II. La conduite de l'enquête
21	Commande de recherche et encadrement scientifique
23	Objectif général et interrogations de départ
24	Collecte des données
25	<i>Entretiens individuels auprès de femmes et d'hommes concernés</i>
30	<i>Entretien collectif auprès de femmes demandeuses d'asile</i>
31	<i>Entretiens avec des intervenant.es</i>
33	<i>Observation participante et collecte de matériel</i>
34	Éthique et déontologie
36	Biais et limites
36	<i>La population, le territoire et la langue de l'enquête</i>
37	<i>L'objet de la recherche et la mise au jour de cas d'excision</i>
39	III. Trajectoires des interlocutrices.teurs privilégiés
43	IV. Prérequis sociodémographique et sanitaire sur les MGF
43	Terminologie et typologie
47	Démographie et prévalence
51	Données disponibles pour la Belgique
51	<i>Populations concernées et « à risque »</i>
57	<i>Les cas documentés de mutilation</i>
62	Impact des MGF sur la santé
65	V. Prévenir, réprimer, protéger : action publique et mutilations génitales
65	La loi, sa genèse et sa mise en œuvre

65	<i>La loi belge réprimant les auteurs de mutilations</i>
70	<i>Réception, perception et application de la loi : le risque de stigmatisation</i>
72	<i>Du côté des populations concernées : la loi ressource, la loi impossible</i>
73	<i>Le problème spécifique du dépistage</i>
77	L'excision, les « papiers »
77	<i>Droit d'asile et excision</i>
79	<i>L'octroi du statut de réfugié au motif du risque de mutilation</i>
83	<i>Le suivi des demandeurs d'asile et des réfugiés invoquant les mutilations</i>
87	<i>Le travail associatif dans le cadre de la demande d'asile</i>
94	Conclusion intermédiaire
97	VI. Des cas de mutilation en Belgique
97	Le silence et la rumeur
99	Chez la femme adulte, des plasties vulvaires non consenties
100	Chez les enfants, entre situations à risque et risques avérés
100	<i>Les situations « à risque »</i>
102	<i>Des excisions pratiquées dans le cadre familial</i>
104	<i>Les moyens de protection</i>
107	Conclusion intermédiaire
109	VII. Le lot chaste des femmes :
	Significations et finalités de l'excision
109	Le « système-excision »
110	<i>Excision et circoncision : la question des rites de passage</i>
112	<i>Le système-excision : marquage du sexe et échange matrimonial</i>
115	Des savoirs flous, une parole en creux
115	<i>Une injonction par la négative</i>
116	<i>« De ça on ne parle pas », la souffrance faite vertu</i>
121	Régime matrimonial, coutume et religion
121	<i>Honneur, virginité, fidélité</i>
123	<i>Les transgressions sexuelles</i>
127	<i>Construire le genre féminin</i>
132	<i>Le clitoris, au cœur de l'impur</i>
136	Re/Construire une sexualité : l'excisée « n'est pas une femme »
137	<i>La désinfibulation au risque de la désapprobation</i>
139	<i>La chirurgie, l'espoir du plaisir</i>
141	<i>D'un sexe à l'autre : des souffrances supplémentaires en contexte migratoire</i>
144	Conclusion intermédiaire

147	VIII. Point de changement sans continuité : abandonner l'excision dans la migration
147	Facteurs favorables au changement
148	<i>L'intime et le savant : la prise de conscience des conséquences de l'excision</i>
152	<i>Une désillusion religieuse : l'islam ne prescrit pas l'excision</i>
155	Un continuum d'arbitrages
155	<i>Arbitrages « communautaires » : transmission culturelle et intégration sociale</i>
158	<i>Arbitrages médicaux : hiérarchiser, minimiser</i>
161	<i>Arbitrages de genre : une morale sexuelle inchangée</i>
164	Conclusion intermédiaire
167	IX. Conclusion générale
175	Bibliographie
175	Articles et ouvrages
179	Sources associatives et institutionnelles
181	Revue de presse
182	Annexe : Présentation de la recherche, du GAMS Belgique et de l'Observatoire du sida et des sexualités

Tableaux et figures

26	Tableau 1 : Profil des interlocutrices.teurs des entretiens individuels
29	Tableau 2 : Analyse thématique des entretiens
31	Tableau 3 : Pays d'origine et durée du séjour des participantes à l'entretien collectif
32	Tableau 4 : Secteurs des intervenant.es interrogés
53	Tableau 5 : Prévalence des MGF en Belgique et en Communauté française
55	Tableau 6 : Nationalités des femmes mutilées ou probablement mutilées résidant en Belgique
80	Tableau 7 : Décisions du CGRA au motif de risque de MGF
45	Figure 1 : Typologie des MGF
48	Figure 2 : Prévalence des MGF en Afrique et dans la Péninsule arabe
90	Figure 3 : Modèle d'engagement sur l'honneur du GAMS Belgique
91	Figure 4 : Carnet de suivi de la fillette du GAMS Belgique

Acronymes

asbl	Association sans but lucratif
CAMS	Commission pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles (France)
CDD	Contrat (de travail) à durée déterminée
cdH	Centre Démocrate Humaniste
CDI	Contrat (de travail) à durée indéterminée
CD&V	Christendemocratisch & Vlaams (Démocrates chrétiens flamands)
CF	Communauté française de Belgique
CGRA	Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides
CI-AF	Comité Inter-Africain sur les pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants
C-MGF	Collectif liégeois pour l'abolition des Mutilations Génitales Féminines
DGSIE	Direction générale Statistique et Information Economique
EDS	Enquête démographique et de santé
Fedasil	Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile en Belgique
FGTB	Fédération Générale des Travailleurs de Belgique
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
(UNFPA)	(United Nations Population Fund)
FUSL	Facultés universitaires Saint-Louis
GAMS	Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles (France)
GAMS Belgique	Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles féminines
GGOLFB	Groupement des Gynécologues Obstétriciens de Langue Française de Belgique
HCR	Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés
ICRH	International Centre for Reproductive Health (Université de Gand)
IDUP	Institut de Démographie de l'Université Paris 1 (France)
ILA	Initiatives locales d'accueil
IMT	Institut de Médecine Tropicale
INAMI	Institut national d'assurance maladie-invalidité
INED	Institut National d'Etudes Démographiques (France)
INS	Institut national de statistiques
ISP	Institut scientifique de Santé Publique
IST	Infection sexuellement transmissible
MICS	Multiple indicator cluster surveys
MGF	Mutilation génitale féminine
OMS	Organisation mondiale de la Santé
(WHO)	(World Health Organization)
ONE	Office de la Naissance et de l'Enfance
ONU	Organisation des Nations Unies
PMI	(Service de) Protection maternelle infantile (France)
PMS/PSE	(Service) Psycho-médico-social / de Promotion de la santé à l'école
PS	Parti Socialiste
SC-MGF	Stratégies concertées de lutte contre les mutilations génitales féminines
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SPF	Service Public Fédéral
UNICEF	United Nations Children's Fund (Fonds des Nations Unies pour l'enfance)

Lexique

Ce lexique est emprunté aux Stratégies concertées de lutte contre les MGF (DIELEMAN, RICHARD *et al.*, 2009).

Excision : ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres de la vulve, avec ou sans excision des grandes lèvres.

Infibulation : accolement et suture des grandes lèvres de la vulve, avec ou sans ablation du clitoris, laissant une petite ouverture pour que l'urine et les menstruations puissent s'écouler.

Désinfibulation : intervention consistant à sectionner la cloison formée par l'accolement ou la suture des grandes lèvres sur la ligne médiane pour ouvrir l'accès à l'orifice externe du vagin et ainsi permettre la pratique des rapports sexuels vaginaux et l'accouchement. La désinfibulation permet aussi de libérer le méat urinaire et de retrouver une miction urinaire normale.

Réinfibulation : nouvelle suture des grandes lèvres de la vulve précédemment sectionnées lors d'une désinfibulation. La réinfibulation est pratiquée le plus souvent après l'accouchement mais également lors d'une deuxième union (remariage d'une veuve par exemple) ou lorsque la première infibulation s'est désunie spontanément (suite à un problème de cicatrisation par exemple).

Reconstruction du clitoris : technique chirurgicale qui a pour but de reconstruire un clitoris « d'aspect normal, en bonne position et sensible » en ramenant à la surface le moignon du clitoris enfoui sous la cicatrice.

Notes terminologiques

Les termes suivants ont été systématiquement féminisés : enquêté.e, interlocutrice.teur, intervenant.e, migrant.e, militant.e, professionnel.le. L'accord des déterminants, des adjectifs et des participes a toutefois été aligné sur le masculin.

Vu l'usage courant en langue française du terme « excision » pour désigner tous les types de MGF et vu la charge potentiellement offensante du terme « mutilation » pour les populations concernées (GRUENBAUM, 2001), « excision » sera employé ici dans son sens générique, équivalant dans ce cas à « mutilation (génitale féminine) ». Les deux mots seront utilisés indistinctement. Le terme « infibulation » sera mobilisé lorsqu'il sera nécessaire de préciser le type de mutilation subie. Enfin, le terme « circoncision (féminine) » ne sera pas utilisé dans la mesure où la circoncision et l'excision ne sont pas équivalentes ni anatomiquement¹, ni symboliquement.

¹ Non seulement l'excision et l'infibulation ont des répercussions sur la santé auxquelles la circoncision n'expose pas, mais encore, l'excision pratiquée chez l'homme consisterait à procéder à une ablation de l'extrémité de la verge (et non du prépuce), équivalant embryologique (de la partie visible) du clitoris de la femme.

Avant-propos

Avant-propos du GAMS Belgique

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime qu'entre 100 et 140 millions de fillettes et femmes ont subi une mutilation sexuelle et que chaque année, 3 millions de fillettes risquent d'être soumises à cette pratique. Les régions les plus concernées par cette pratique sont l'Afrique (28 pays), ainsi que quelques groupes au Moyen-Orient (Yémen, Emirats arabes unis, Oman, Irak) et en Asie (Indonésie, Malaisie). Pour l'Europe, et particulièrement dans les pays d'immigration africaine (Allemagne, Belgique, France, Grande-Bretagne, Suède, Suisse,...), le Parlement européen estimait en 2009 qu'environ 500.000 femmes étaient mutilées, auxquelles s'ajouteraient 180.000 femmes ou filles à risque de l'être.

Les mutilations sexuelles féminines entraînent des souffrances immédiates et un risque de décès par hémorragie. À long terme, les femmes peuvent souffrir d'infections urinaires et génitales à répétition, de complications à l'accouchement, de douleurs au moment des rapports sexuels, de dépression. C'est une mutilation qui marque la femme à vie. En 2001, l'assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe a adopté une résolution condamnant les mutilations sexuelles féminines. La résolution réaffirmait « *la prééminence, sur les coutumes et sur les traditions, des principes universels du respect de la personne* ».

Un des piliers de la prévention des mutilations sexuelles féminines est la conscientisation des parents pour que ceux-ci refusent l'excision pour leurs filles et que la chaîne de cette pratique néfaste s'arrête avec eux. C'est pourquoi le GAMS Belgique à travers le projet « Que transmettre à ma fille ? » a voulu faire réfléchir les parents sur ce que l'on transmet à ses enfants. Est-ce qu'on doit tout transmettre, est-ce que la tradition est forcément bonne ? Ce projet avait deux grands axes : (1) réaliser une étude sur les raisons sous-jacentes à la persistance de l'excision parmi la population immigrée d'origine africaine et les leviers possibles de changement et (2) mener une campagne nationale de sensibilisation « Pas d'excision pour ma fille ! Pas d'excision pour ma sœur ! » pour prévenir le risque d'excision pendant les vacances lors d'un retour au pays².

Un comité de pilotage de vingt et une associations s'est regroupé autour du GAMS Belgique pour organiser la campagne nationale « Pas d'excision pour

² Voir en Annexe.

ma fille ! Pas d'excision pour ma sœur ! » qui a été lancée le 18 juin 2008 lors d'une conférence de presse en présence de Mme Onkelinx, Ministre fédérale de la Santé publique. Des affiches et des dépliants pour les parents ont été distribués dans les services de maternité et pédiatrie, les centres de planning familial, les consultations de nourrissons de l'ONE et Kind & Gezin, les écoles. Un site internet (www.gams.be), des flyers ont permis de toucher les jeunes et de donner de l'information sur l'excision et sur les associations et services ressources. Les affiches et dépliants en trois langues (français, néerlandais, anglais) sont disponibles gratuitement sur demande au GAMS Belgique (info@gams.be).

Dans ce rapport, nous avons le plaisir de vous présenter, le deuxième volet du projet : les résultats de l'étude qualitative réalisée par l'Observatoire du sida et des sexualités (FUSL). Il permet de mieux comprendre les difficultés qu'ont les femmes à arrêter la pratique de l'excision malgré leur prise de conscience de ses conséquences néfastes. Trouver la force de dire « non à l'excision » malgré la pression sociale et le silence imposé autour de l'excision qui règne dans les familles, trouver la protection et le soutien nécessaires quand on a annoncé son choix à sa famille, tels sont les défis à relever pour les femmes victimes qui ne veulent plus de l'excision pour leurs filles. ■

**Fabienne Richard, Coordinatrice de la campagne nationale
contre l'excision, GAMS Belgique**
Khadidiatou Diallo, Présidente du GAMS Belgique

Introduction

I - Introduction

Dès le début des années 1990, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) rapportait que des femmes et des filles excisées ou à risque de l'être résidaient, du fait de la migration, dans des pays d'Europe, au Canada, en Australie et aux États-Unis (OMS, 1994). Bien que la présence africaine en Europe et en Belgique reste modeste, les flux migratoires contemporains sont caractérisés depuis les indépendances par la venue plus importante de ressortissants subsahariens (LESSAULT & BEAU-CHEMIN, 2009 ; GATUGU, MANCO & AMORANITIS, 2001). La féminisation accrue de ces mouvements dans les années 1970-1980 et surtout leur diversification en termes d'origines régionales dans les années 1990-2000, spécifiquement l'arrivée de ressortissants de pays où les mutilations génitales féminines (MGF) sont pratiquées, induisent que les pays occidentaux sont concernés par la problématique des mutilations génitales féminines (MGF) sur leur territoire. Des cas d'excision ont notamment été établis en France, au Royaume-Uni, en Norvège, en Suède et en Suisse (OMS, 2006). Les gouvernements sont dès lors appelés à mettre en œuvre une réponse sanitaire adéquate et des stratégies de prévention, de protection et/ou de répression.

Aujourd'hui, l'OMS estime que le nombre de filles et de femmes excisées ou infibulées résidant en dehors de leur pays d'origine, ou qui risquent de subir de telles pratiques, a augmenté (OMS, 2008). Toutefois, pour étayer ces assertions, peu de données quantitatives comparables et mises à jour sont disponibles en Europe (LEYE, 2008). De fait, il est difficile de mener des études d'incidence sur des pratiques discrètes voire secrètes vu la stigmatisation et la pénalisation dont elles sont l'objet. En outre, des excisions sont plus probablement réalisées à l'étranger – par exemple lors d'un voyage dans le pays d'origine (ANDRO, LESCLINGAND & al., 2009). Puisqu'aucune surveillance de routine des cas de MGF n'est organisée, seules des données partielles – difficilement généralisables – et des résultats d'estimation démographique – souffrant inévitablement d'un écart avec les pratiques réelles – sont connus. Malgré ces obstacles, le Parlement européen avançait en 2009 que 500.000 femmes victimes de MGF vivaient en Europe et que 180.000 autres subissent ou risquent de subir une MGF (Parlement européen, 2009b).

En Belgique, la très récente étude de prévalence des femmes excisées et des filles à risque (DUBOURG & RICHARD, 2010), coordonnée par l'Institut de médecine tropicale (IMT) d'Anvers avec la collaboration de l'ICRH, l'ISP, l'ONE, Kind & Gezin, Fedasil et le CGRA, dépasse certaines limites³ de la première étude de ce genre conduite par l'ICRH (LEYE & DEBLONDE, 2004). Cette recherche a permis d'estimer qu'au 1^{er} janvier 2008, 6.260 femmes et filles étaient très probablement excisées et que 1.975 étaient à risque de l'être. Elle montre également que près de 80 % des femmes concernées sont originaires de dix pays : Guinée, Somalie, Egypte, Nigeria, Ethiopie, Côte d'Ivoire, Sierra Leone, Sénégal, Burkina Faso et Mali. La Région flamande (3.550 filles et femmes déjà excisées ou à risque de l'être) est la plus touchée par la problématique suivie de la Région de Bruxelles-Capitale (3.037) et de la Région wallonne (1.648). Par ailleurs, des recherches ont également mis au jour des demandes d'excision en Belgique. En effet, il ressort que des familles se sont présentées auprès de médecins (gynécologues, urologues) afin de pratiquer une excision sur leurs filles ou une réinfibulation pour les mères après un accouchement (MAGER & NORIEGA, 2003 ; LEYE & al., 2008). Si ces demandes d'excision ont été déclinées, des réinfibulations ont été pratiquées par certains cliniciens en contexte hospitalier sans d'ailleurs qu'aucune poursuite judiciaire ne s'ensuive, malgré l'existence de dispositions pénales sur les mutilations génitales féminines. Enfin, au plan qualitatif, la problématique de l'excision en contexte migratoire reste mal connue, en particulier en Communauté française.

Le terme « mutilations génitales féminines » (MGF) regroupe de multiples pratiques qui ont pour point commun d'intervenir presque toujours irréversiblement sur les organes sexuels des femmes à des fins socioculturelles – en particulier liées aux genres et aux sexualités. Les MGF touchent entre 100 et 140 millions de femmes à travers le monde (OMS, 2008). Elles ont lieu, selon des proportions variables, dans des pays d'Afrique subsaharienne (28 pays d'Est en Ouest de la bande subsaharienne), de la péninsule Arabique et, marginalement, au Moyen-Orient, en Asie et en Amérique latine (OMS, 2008). L'appartenance « ethnique », la catégorie sociale, la génération, le niveau d'éducation et le milieu de résidence (rural ou urbain) influencent la continuité ou l'abandon des pratiques et expliquent la variété ou la sévérité de celles-ci (TOUBIA, 1995 ; ANDRO & LESCLINGAND, 2007). La plus répandue est l'excision (ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres de la vulve, avec ou sans excision des grandes lèvres). L'infibulation (accolement et suture des grandes lèvres de la vulve, avec ou sans ablation du clitoris, laissant une petite ouverture pour que l'urine et les menstruations puissent s'écouler) est plus rare et

³ Cette étude de prévalence des femmes excisées et des filles à risque a inclus dans son échantillon, outre les femmes de nationalité étrangère et originaires d'un pays où une forme de MGF est pratiquée, les femmes ayant acquis la nationalité belge, les demandeuses d'asile et enfin les filles âgées de maximum 10 ans nées en Belgique de femmes étrangères et/ou naturalisées (deuxième génération).

localisée : elle représente environ 15% des mutilations et est surtout retrouvée en Afrique de l'Est. Malgré certaines allégations – notamment anthropologiques –, l'excision n'est pas équivalente à la circoncision ni sur le plan anatomique, ni sur le plan symbolique (SINDZINGRE, 1977 ; FAINZANG, 1985), ni même sur le plan des conséquences sur la santé.

Outre les conséquences immédiates (e.g. douleur intense, hémorragie pouvant entraîner la mort, infections de la plaie), l'impact des MGF sur la santé sexuelle, reproductive et mentale des femmes concernées est important et varie selon la sévérité de la mutilation. Plus particulièrement en cas d'infibulation, les infections uro-génitales, les fistules, les difficultés à l'accouchement (déchirures périnéales, souffrances et morts fœtales) ou les rapports sexuels douloureux sont plus fréquents. Depuis qu'elles sont mieux connues, ces conséquences sont au centre d'un argumentaire sanitaire pleinement intégré à la lutte contre l'excision, que celle-ci ressorte du combat contre les violences faites aux femmes ou pour les Droits de l'Homme. Les « mutilations » se sont véritablement inscrites à l'agenda politique international dans les années 1970⁴. Après s'être longtemps montrée réticente à intervenir sur la question de l'excision, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a finalement inclus ce problème dans son champ d'action sanitaire. En 1979, les Bureaux régionaux de l'OMS pour la Méditerranée orientale et pour l'Afrique ont organisé à Khartoum (Soudan) un séminaire au sujet des « pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants ». Celui-ci recommandait aux gouvernements d'éradiquer la « circoncision féminine », même médicalisée, par la promulgation de législations prohibitives et la mise en place de commissions nationales de coordination. Répondant à ce besoin, en 1984, le Comité Inter-Africain sur les pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants en Afrique (CI-AF) était créé à l'issue du séminaire de Dakar⁵. Le Comité regroupe les associations nationales de lutte contre l'excision en Afrique et en Europe. La France (GAMS) et la Belgique (GAMS Belgique) sont représentés.

En Belgique francophone, le problème de l'excision a progressivement émergé au début des années 1990, par la voie médiatique, lorsque la presse a commencé à relayer les procès qui avaient lieu en France contre des exciseuses et des parents de fillettes excisées. Dans ce pays voisin, une immigration de travail ouest-africaine dans les années 1960-1970 avait été suivie

⁴ Les mutilations génitales féminines ont été soulevées comme un problème par la Commission des droits de l'homme des Nations Unies en 1952 et ont fait l'objet d'une première résolution du Conseil économique et social des Nations Unies en 1958. Mais ce n'est qu'à la fin des années 1970 que la mobilisation internationale prend véritablement de l'ampleur.

⁵ Le séminaire de Dakar sur les pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants en Afrique a été organisé par le Sous-Comité des ONG sur la Condition de la Femme, Groupe de travail sur la circoncision féminine créé sous les auspices de la Commission des Droits de l'Homme de l'ONU, et par le gouvernement sénégalais, avec le soutien financier, technique et administratif de l'OMS, du FNUAP et de l'UNICEF.

dans la décennie suivante par l'établissement de familles. Des cas d'excision s'étant produits sur le territoire français, le Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles (GAMS) était alors né en 1982 de la rencontre entre des médecins pédiatres et des interprètes d'origines malienne et sénégalaise qui travaillaient en première ligne dans des services de protection maternelle et infantile (PMI). La même année, la Commission pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles (CAMS) était créée, situant immédiatement son combat sur le terrain pénal, se constituant partie civile chaque fois qu'une victime d'excision était découverte. Du premier procès correctionnel en 1979 d'une exciseuse pour homicide involontaire⁶ à la dernière condamnation aux Assises en 2004 d'une mère pour l'excision de sa fille, en passant par le cas le plus médiatisé, en 1999 – celui de l'exciseuse d'origine malienne Hawa Gréou condamnée à huit années de prison ferme au départ de la plainte d'une victime⁷ en même temps que 28 parents ayant écopé de peines allant de trois ans avec sursis à deux ans de prison ferme pour complicité – trente-six procès (CNCDDH, 2004) ont permis d'asseoir la répression judiciaire des mutilations. Il a pour cela fallu surmonter de nombreux obstacles liés au caractère supposément « culturel et religieux » de la pratique, ainsi reléguée par les juges dans la sphère « privée » hors de leur champ de compétence, à l'instar d'autres matières relevant des violences faites aux femmes et aux enfants. Les autorités françaises n'ont toutefois jamais prévu, au contraire de la Belgique, de qualification juridique spécifique pour incriminer l'excision, usant de dispositions plus générales déjà contenues dans le code pénal.

Comparativement à la situation française, aucun cas d'excision n'était encore apparu à cette époque en Belgique et les migrant.es originaires de pays où les MGF sont pratiquées étaient encore peu nombreux. D'un entretien avec un interlocutrice.teur privilégié, il ressort que quelques militantes féministes belges amorcèrent, semble-t-il sans grand succès, un début de mobilisation dans les années 1980. En 1996, le Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles féminines en Belgique (GAMS Belgique) a été fondé par Khadidia-tou Diallo, une Sénégalaise elle-même excisée, entourée de son réseau social essentiellement ouest-africain et soutenue par plusieurs associations (e.g. Collectif Alpha, Free Clinic). Le GAMS français a soutenu cette démarche et a formé des bénévoles belges en 1998. La création de l'association n'était toutefois pas toujours bien perçue par une partie de la communauté sénégalaise qui craignait les amalgames généralisants et la stigmatisation. La constitution de l'association a pris place à une époque où de nombreux ressortissants somaliens et djiboutiens arrivaient en Belgique, fuyant un contexte de guerre civile (à partir de 1991). Des vagues migratoires comparables ont d'ailleurs été

⁶ En 1978, un nouveau-né était décédé des suites d'une excision.

⁷ Une jeune femme, elle-même excisée à l'âge de 8 ans et alors âgée de 18 ans, dénonce ses parents sur le point d'exciser ses petites sœurs.

observées en Suède (JOHNSDOTTER, 2009) et en Suisse (THIERFELDER, TANNER & KESSLER BODIANG, 2005). La problématique de l'excision, et dans ce cas-ci de l'infibulation vu l'origine est-africaine des femmes concernées, a ainsi concrètement émergé dans le pays à la mi-décennie 1990 lorsque ces dernières, souvent accompagnées de leurs enfants, ont demandé l'asile en Belgique et se sont présentées aux portes du GAMS Belgique pour y obtenir des conseils pour les démarches administratives en matière de séjour et une aide en matière d'accès aux soins de santé. Depuis lors, les flux migratoires évoluant, les ressortissantes guinéennes constituent un des plus gros effectifs parmi les femmes africaines excisées résidant en Belgique.

De plus, la place des genres et des sexualités dans les politiques d'asile a notablement évolué. Au plan européen, les persécutions et les violences infligées en raison du sexe ou de l'orientation sexuelle sont spécifiquement prises en compte comme des motifs légitimes de protection internationale⁸ depuis 2004 (transposition en droit belge en 2006) en vertu d'une nouvelle interprétation de la notion d'« appartenance à un certain groupe social ». Cette catégorie de l'asile était déjà prévue mais peu définie par la Convention de Genève relative au statut des réfugiés (1951).

En Belgique, dès les années 1998-1999, des demandeuses d'asile ont invoqué un risque de mutilation pour leur fille⁹ auprès du Commissariat général aux réfugiés et apatrides (CGRA). Le statut obtenu pour protéger une mineure peut être étendu à ses parents. Dès 2006-2007, le CGRA a constaté une augmentation, toutefois très relative, du nombre de demandes d'asile pour ce motif, ce qui renvoie aux très sensibles problèmes des « filières migratoires » et de l'« appel d'air ». De fait, en avril 2008, le CGRA a formalisé (en interne) les modalités d'octroi du statut de réfugié lorsqu'un risque de mutilation est invoqué. Il a de plus, de manière tout à fait inédite, instauré une procédure de vérification annuelle de l'intégrité des organes génitaux de l'enfant protégé. Les parents sont sommés de présenter une attestation médicale¹⁰ car le CGRA estime, qu'en l'absence d'un dispositif de dépistage, qu'il entre dans ses compétences de contrôler que les conditions qui ont permis d'octroyer l'asile sont toujours « justifiées ». Le cas échéant, la famille pourrait être renvoyée vers le Parquet, perdre son droit de séjourner en Belgique et, enfin, faire l'objet d'une reconduite forcée en dépit du contexte persécutant par ailleurs dans le

⁸ Directive européenne 2004/83/CE dite de « qualification » concernant 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 les personnes qui, pour d'autres raisons, ont besoin d'une protection internationale.

⁹ Ou pour elles-mêmes lorsqu'elles craignent une ré-excision ou une réinfibulation, que ce soit pour les « sanctionner » ou pour les « purifier » à nouveau – notamment après une opération chirurgicale de reconstruction ou de désinfibulation.

¹⁰ Très récemment, le Conseil national de l'Ordre des médecins a remis un avis (5 juin 2010) où il rappelle les obligations déontologiques des médecins en matière d'attestation d'intégrité : le dossier médical du patient ou toute donnée « sensible » ne devrait pas être transmise à un non-médecin de l'administration et seule la « conclusion que la condition de prolongation de l'asile est ou non remplie » peut être communiquée.

pays d'origine. Tant l'amont que l'aval de cette procédure sont vivement critiqués par des acteurs du monde judiciaire (VERBROUCK & JASPIS, 2009) vu les liens et les confusions qu'elle établit entre prévention de l'excision, répression du crime, contrôle migratoire et protection des réfugiés. La discrimination qu'elle crée entre « catégories » de réfugiés est pointée ainsi que l'insuffisance de cette mesure de contrôle car seules certaines filles « à risque » sont suivies. Celles qui ont obtenu un droit de séjour par une autre voie (e.g. regroupement familial, statut de réfugié pour un autre motif) ou celles qui sont de nationalité belge mais nées d'une mère originaire d'un pays où une MGF est pratiquée ne sont pas contraintes à ce suivi annuel, même si elles viennent des mêmes groupes à risque.

Depuis la création du GAMS Belgique, le paysage associatif belge s'est notablement diversifié. En 2006, l'asbl La Palabre a été fondée par Khady Koïta, militante et auteure de l'ouvrage *Mutilée*, et Els Leye, chercheuse spécialisée sur la question des MGF. Établie en Belgique, l'association est toutefois orientée vers le « Sud », en particulier le Sénégal. Au départ d'une préoccupation pour les MGF, La Palabre a constaté d'autres besoins auxquels il fallait répondre de manière globale et se destine à aider les enfants des rues déscolarisés (« talibés ») et les jeunes filles victimes de violences (sexuelles). Une maison d'accueil est en construction à Thiès au Sénégal. Ensuite, à l'automne 2007, le Collectif liégeois de lutte contre les mutilations génitales féminines (C-MGF) est né à l'issue d'une réunion publique sur le thème des mutilations organisée à la section locale du syndicat FGTB de Liège par Lîdjibouti, une association culturelle d'amitié et de solidarité entre Liège et Djibouti. Quelques mois plus tôt, en février 2007, la presse mentionnait qu'une mobilisation avait pris place dans le quartier liégeois Saint-Léonard contre l'expulsion d'une résidente somalienne n'ayant pas obtenu le statut de réfugiée. « *Ce retour engendrerait un risque d'excision pour sa fillette et de lapidation pour elle-même, d'autant qu'elle n'est pas mariée, ce qui est mal vu là-bas* » (N.C., *Le Soir*, 28 février 2007). Le Collectif, qui ne s'est pas constitué en asbl, est composé d'un ensemble d'individus et d'associations locales¹¹. Il organise de nombreuses activités d'information du type conférences-débats. Le Collectif bénéficie de subventions ponctuelles mais insuffisantes pour organiser un travail social de première ligne.

Enfin, dernière-née, l'association INTACT a été constituée en janvier 2009 par un groupe d'experts en droit, en gynécologie et en psychiatrie afin de mener une action juridique pour des cas de mutilation génitale féminine et, plus gé-

¹¹ Lîdjibouti, le Centre de Planning familial Louise Michel, le Centre de Planning familial des Femmes Prévoyantes Socialistes (FPS) à Liège, le Centre d'Action Laïque (CAL) de la Province de Liège, le Centre Régional pour l'Intégration des Personnes Étrangères ou d'Origine étrangère de Liège (CRIPEL), le Collectif contre les Violences familiales et l'Exclusion (CVFE), les Femmes en Noir, le Collectif de Résistance Aux Centres Pour Étrangers (CRACPE), Ni Putes Ni Soumises (NPNS), SolidaritY, Vie Féminine.

néralement, contre toute autre « pratique traditionnelle néfaste ». INTACT a fonctionné la première année sur la base de bénévolat et a pu très rapidement se professionnaliser en juillet 2010 en recrutant deux juristes. INTACT fournit des conseils et des avis juridiques et envisage, le cas échéant, de poursuivre en justice des cas d'excision en Belgique¹² ou à l'étranger. La création de cette asbl spécialement dédiée à l'accompagnement et au suivi juridiques des plaintes devrait sans doute augmenter les recours à la loi. En effet, si la problématique est d'abord apparue sur le plan des politiques de santé et d'asile, le GAMS Belgique l'a non seulement rendue visible mais, de plus, l'association a mené un travail de plaidoyer en faveur d'une loi réprimant les mutilations. Il convient de souligner que l'adoption d'une telle loi ne répondait à aucun cas de MGF signalé sur le territoire, à l'exception notable de réinfibulations pratiquées par des médecins en contexte hospitalier (Conseil de l'Égalité des Chances entre Hommes et Femmes, 1997). Les importants événements judiciaires français de cette époque avaient en revanche prouvé l'existence de cas d'excision sur le territoire européen et donnaient l'exemple d'une réponse judiciaire possible, voire nécessaire. Plusieurs pays occidentaux et africains avaient de plus adopté des mesures pénales spécifiques ou des motions politiques en matière de MGF.

L'intense mobilisation internationale autour des MGF (e.g. la Conférence internationale sur la population et le développement au Caire en 1994 et la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes à Pékin en 1995) avait engagé la Belgique et, surtout, avait fini de convaincre la Ministre du Travail et de l'Égalité des chances Miet Smet (CD&V), connue pour son engagement politique en faveur des femmes, à mettre en place des mesures de lutte contre les MGF. Le contexte de l'« Affaire Dutroux » (1996) a mené à l'adoption d'une loi de protection pénale des mineurs (2000), laquelle incluait une réforme de la répression des abus sexuels. Les MGF y ont trouvé leur place suite à un avis du Conseil de l'Égalité des Chances entre Hommes et Femmes (1997) qui, malgré la crainte de renforcer la stigmatisation des populations, avait plaidé pour une « *interdiction spécifique de principe* ». Il avait condamné toute forme de mutilation en tant que violation des droits fondamentaux et de l'égalité entre hommes et femmes, d'atteinte à l'autodétermination et à l'intégrité, toutes postulées comme des « *valeurs de la Belgique* » (Conseil de l'Égalité des Chances entre Hommes et Femmes, 1997 : 19).

Malgré la possibilité de poursuivre un auteur de mutilation sur la base d'articles plus généralistes du code pénal (coups et blessures, atteintes à l'intégrité), le Conseil a estimé qu'il fallait éviter qu'un vide juridique entraîne les autorités judiciaires à prononcer des peines inadéquates. L'article 409 du

¹² L'association s'est réservé dans ses statuts la possibilité d'ester en justice.

code pénal permet depuis 2001 de poursuivre « *quiconque aura pratiqué, facilité ou favorisé toute forme de mutilation des organes génitaux d'une personne de sexe féminin, ou tenté de le faire, avec ou sans consentement de celle-ci* ». Tant les exciseuses que les parents, tenus pour responsables de l'intégrité des organes génitaux de leurs filles, peuvent être condamnés à une peine de prison. Cette disposition est assortie d'un ensemble de mesures complémentaires (e.g. allègement du secret professionnel, placement de l'enfant, extraterritorialité). Toutefois, aucun procès n'est encore advenu. S'il convient d'investiguer les obstacles au recours à la loi, cette mesure doit également être questionnée au regard de son potentiel « *inutilement stigmatisant à l'égard de certains groupes minoritaires* » (COENE, 2007 : 8).

L'analyse d'une affaire judiciaire suédoise relative à un cas d'excision et menant à des peines de privation de liberté illustre plusieurs enjeux à prendre en compte. La Suède a été un des premiers pays à se doter d'une législation anti-MGF en 1982. Les deux premiers procès pour mutilation se sont tenus deux décennies plus tard, dont un à Göteborg en 2006 qui impliquait un citoyen suédois d'origine somalienne condamné à deux ans de prison (JOHNSDOTTER, 2008 et 2009). Sa fille avait porté plainte contre lui et les déclarations de la mère de celle-ci, l'ex-épouse de l'inculpé, avaient étayé le dossier¹³. L'anthropologue Sara Johnsdotter démontre que ce père n'a probablement pas été jugé de manière équitable car l'insuffisance des preuves permettant de l'accabler a été largement compensée par le contexte émotionnel et politique très sensible à ce sujet et par la volonté politique de « faire exemple » en appliquant la législation anti-MGF, à l'encontre du sens critique ordinairement requis. L'auteure estime que lors du procès, les faits ont été interprétés à l'aune du corpus féministe radical suédois, ce qui rendait impossible qu'un homme accusé de violence envers une femme ait un procès juste. Alors que très souvent ce sont les femmes, en ligne maternelle, qui assurent la continuité de la coutume, l'auteure avance qu'en raison de « *stéréotypes sur les hommes et les femmes somaliens en Suède [...] d'hommes dominants, patriarcaux et de femmes opprimées* » et de « *la perception populaire des hommes africains comme de véritables auteurs de violence [true perpetrators], personne n'était surpris de voir un homme accusé de MGF* » (JOHNSDOTTER, 2009 : 79-81, Notre traduction). La méconnaissance d'éléments de la « culture d'origine » (e.g. absence du père lors de l'excision, risque de stigmatisation des femmes non-excisées) a, pour l'auteure, constitué un biais ethnocentrique central.

¹³ Cette affaire éclaire en partie que la législation anti-MGF peut être instrumentalisée dans le contexte d'un litige sur la garde d'un enfant.

Il faut également relever que la problématique des MGF se situe très visiblement au sein d'un ensemble de problèmes de « santé sexuelle en contexte interculturel » et, plus largement, de débats entre « droits des femmes et droits des minorités » qui font l'actualité médiatique et politique de ces dix dernières années. La liste est longue : demandes de réfection de l'hymen et de certificat de virginité, refus exprimés par certaines patientes ou leurs proches d'être examinées par un homme ; mais aussi port du voile, mariages arrangés ou forcés, polygamie et « crimes d'honneur ». Ce sont autant d'objets qui cristallisent l'attention publique et contribuent à renforcer une image figée et stéréotypée de femmes « étrangères musulmanes opprimées », d'hommes « fondamentalement dominateurs » issus de « cultures inégalitaires » et, en miroir, de peuples « occidentaux émancipés ». Dans ce contexte d'une opposition simpliste, Gily Coene critique la représentation des cultures et des religions « *comme des entités homogènes, statiques et fermées et pas comme le produit d'interprétations humaines et de rapports de forces* » (COENE, 2007 : 7).

Les débats sur l'immigration, l'interculturalité et le genre/les sexualités, en particulier l'opposition simpliste entre « islam réactionnaire » et « émancipation des femmes », sont allés croissants, nourrissant un climat de tension politique et sociale. Les risques de dérapage ou de récupération sur un tel sujet semblent bien plus importants aujourd'hui qu'hier pour les acteurs tant politiques qu'institutionnels ou associatifs. S'il est nécessaire de montrer en quoi certaines pratiques (violentes) comme l'excision relèvent de la construction asymétrique des genres et du contrôle des sexualités, il est tout aussi primordial de se départir d'une approche essentialiste qui pointe la « culture des autres » comme naturellement machiste et qui ne permet pas de critiquer la diversité des modes de domination, y compris dans « nos » contrées. Enfin, il est également requis de souligner les multiples instrumentalisations de la « culture » ou de la « religion » et de la « cause des femmes », à des fins sexistes ou racistes, qu'elles soient le fait tantôt de mouvements (religieux) réactionnaires, tantôt de gouvernements en place. ■

La conduite de l'enquête

II - La conduite de l'enquête

Commande de recherche et encadrement scientifique

La recherche *Excision et Migration en Belgique francophone* résulte d'une commande de l'asbl GAMS Belgique dans le cadre d'un projet de prévention des MGF intitulé « Que transmettre à ma fille ? ». Il a permis d'une part, de lancer en juin 2008 campagne nationale de sensibilisation intitulée « Pas d'excision pour ma fille ! Pas d'excision pour ma sœur ! »¹⁴ visant à prévenir le risque d'excision lors d'un séjour dans le pays d'origine pendant les vacances. D'autre part, un volet sociologique était prévu afin de comprendre les raisons de la persistance de l'excision et d'identifier les leviers de changement parmi la population immigrée d'origine africaine concernée en Belgique. Le GAMS Belgique s'est adressé à l'Observatoire du sida et des sexualités (FUSL), un centre de recherche, de concertation et d'appui en promotion de la santé qui a pour objectif général d'améliorer l'adéquation entre les besoins des publics cibles de la prévention, les stratégies d'intervention mises en œuvre par les acteurs de terrain et les politiques en vigueur en Communauté française.

Une première collaboration avait eu lieu entre le GAMS Belgique et l'Observatoire du sida et des sexualités autour des Stratégies concertées de lutte contre les MGF¹⁵ (SC-MGF), un processus de gestion de cycle de projet participative et systémique réunissant une diversité d'acteurs belges concernés par les mutilations (organismes de terrain, public cible, experts) et désireux d'y répondre plus adéquatement. Ces travaux ont permis d'améliorer la mise en réseau des intervenants et ont abouti à construire un cadre de référence pour l'analyse et l'action (DIELEMAN, RICHARD & al., 2009). Lors des ateliers d'analyse de situation et de planification opérationnelle, les participants aux SC-MGF ont notamment mis en avant la nécessité de disposer de données qualitatives et quantitatives fiables et régulièrement mises à jour afin d'appuyer la prise de décision politique et d'améliorer les stratégies d'intervention.

¹⁴ Voir en Annexe. La campagne peut être consultée en ligne : <http://campagne-excision.gams.be/index.htm>

¹⁵ Pour plus d'informations et pour télécharger la publication : <http://www.strategiesconcertees-mgf.be>

La direction de la recherche a été assurée par l'Observatoire du sida et des sexualités. De plus, un comité d'accompagnement a été constitué afin de veiller à la qualité et à la validité des méthodes et des résultats de la recherche. Celui-ci est composé de professionnel.les issus des champs académique et associatif.

Membres du comité d'accompagnement de la recherche

- Dominique Daniel, *Médecin généraliste, Membre fondateur de l'asbl Constats, Bénévole pour l'asbl GAMS Belgique*
- Khadidiatou Diallo, *Présidente et fondatrice de l'asbl GAMS Belgique*
- Els Leye, *Dr. en Comparative Sciences of Culture, Collaboratrice scientifique à l'International Centre for Reproductive Health (ICRH – Université de Gand)*
- Vladimir Martens, *Directeur de l'Observatoire du sida et des sexualités (Facultés universitaires Saint-Louis)*
- Maria Miguel Sierra, *Directrice de l'asbl La Voix des Femmes, Représentante du Réseau Mariage & Migration*
- Nouria Ouali, *Dr. en Sciences sociales et politiques, Coordinatrice du groupe d'études et de recherches Genre et Migration, Chargée de recherche au centre METICES (Université libre de Bruxelles)*
- Charlotte Pezeril, *Dr. en Anthropologie, Assistante de recherche à l'Observatoire du sida et des sexualités (Facultés universitaires Saint-Louis)*
- Fabienne Richard, *Sage-femme, MSc, Assistante de recherche à l'Institut de Médecine Tropicale (Anvers), Administratrice et coordinatrice de projets bénévole pour l'asbl GAMS Belgique*
- Sophie Stoffel, *Dr. en Sciences politiques, Assistante de recherche au Centre de Recherche en Sciences Politiques (CRESPO - Facultés universitaires Saint-Louis)*

Réuni à quatre reprises entre septembre 2009 et juin 2010, le comité d'accompagnement a guidé les priorités de l'enquête de terrain et a contribué à améliorer la collecte et l'analyse des données. Il s'est prononcé sur le protocole de recherche, les guides d'entretien, le rapport intermédiaire et le rapport final de la recherche. Les débats et les réflexions du comité ont utilement nourri le travail de rédaction. Des échanges significatifs ont porté : d'une part, sur l'éthique de la recherche tant au niveau de sa conduite (formulaire de consentement, confidentialité, anonymat) que de la publication des résultats en particulier concernant les cas de mutilation eu égard au risque possible d'instrumentalisation ; et d'autre part, sur la justesse de la critique à porter vis-à-vis des dispositifs institutionnels existants en matière de répression des auteurs de mutilations.

Objectif général et interrogations de départ

La recherche *Excision et migration en Belgique francophone* a pour objectif de décrire et de comprendre l'impact de la migration sur les pratiques et les représentations de l'excision afin de saisir les motifs et les logiques qui concourent à la continuité ou à l'abandon de celle-ci parmi les populations d'origine subsaharienne (conditions de vie, dynamiques sociales, effets des dispositifs institutionnels). Étant donné l'absence en Communauté française de recherches sur l'excision du point de vue des acteurs concernés et considérant les délais impartis pour la collecte des données, la recherche a *de facto* une visée exploratoire. Son ambition est de procéder à un état des lieux assez large de la situation et de préciser les dimensions de la problématique ainsi que de proposer des pistes de recherche ultérieures. Les résultats de la recherche seront diffusés dans le monde scientifique et auprès des intervenant.es de terrain et des autorités politiques. Une meilleure connaissance de la problématique devrait permettre d'affiner les stratégies de prévention.

La question générale de la recherche porte sur l'impact de la migration sur les pratiques et les représentations de l'excision, autrement dit : « *Quels sont les facteurs de changement induits par la migration et dans quelle mesure celle-ci favorise-t-elle une continuité ou un abandon des pratiques d'excision ?* »

De là découlent plusieurs interrogations de départ de la recherche qui ont fait l'objet de chapitres séparés dans ce rapport.

- ***Ya-t-il des excisions en Belgique ?*** La recherche vise à identifier, dans la mesure du possible, les situations à risque et éventuellement les cas d'excision sur des filles résidant en Belgique.
- ***Quelles sont les finalités et les significations de l'excision pour les acteurs concernés – notamment en contexte migratoire ?*** La recherche vise à interroger l'excision au regard des assignations de genre en matière de régulation de la sexualité des femmes et au plan de la construction de la « féminité ».
- ***Quels sont les ressources et les obstacles à l'abandon de la pratique ?*** La recherche vise à identifier les ressources mobilisées et les obstacles

rencontrés par les migrant.es et lorsqu'elles et ils décident de ne pas faire exciser leurs filles.

- **Quels sont les effets et contre-effets des dispositifs ?** La recherche vise à percevoir l'impact, *i.e.* les modalités de réception et d'usage des dispositifs de prévention, protection et répression des mutilations par les populations concernées et par les intervenant.es.

Les hypothèses de départ de la recherche étaient les suivantes :

- 1• La migration a un impact sur les pratiques et les représentations de l'excision. Elle concourt probablement à diminuer le risque de mutilation étant donné un contexte globalement défavorable.
- 2• L'excision n'est pas une pratique isolée, elle s'inscrit au sein d'un ensemble de prescrits de genre et de sexualité pesant en particulier sur les femmes.
- 3• Si l'excision est pratiquée en Belgique, les motivations sont probablement différentes de celles en vigueur dans le pays d'origine.

Collecte des données

La recherche *Excision et Migration en Belgique francophone* est une enquête qualitative qui a été menée avec les outils conceptuels et méthodologiques de la sociologie et de l'anthropologie, permettant d'approcher, au plus près et en finesse, les pratiques et les représentations des groupes concernés. La méthodologie de recherche est essentiellement inductive puisque les hypothèses ont été formulées sur la base du travail de terrain, en dialogue avec la littérature pertinente.

L'enquête a été conduite entre juillet 2009 et février 2010. Après la rédaction d'un protocole de recherche, la préparation de guides d'entretien et l'intégration à diverses activités sur le « terrain », la collecte des données à proprement parler a été effectuée entre octobre 2009 et janvier 2010. L'analyse et la rédaction du rapport final ont été effectuées entre février et août 2010.

Le public principal de l'enquête est constitué de migrant.es subsahariens majeurs¹⁶ issus de pays où se pratiquent l'excision et/ou l'infibulation et auprès desquels des entretiens individuels approfondis et un entretien collectif ont été réalisés. Le public secondaire de l'enquête est composé d'intervenant.es professionnels de plusieurs secteurs concernés (pour une liste quasi exhaustive de ceux-ci : DIELEMAN, RICHARD & al., 2009 et <http://www.strategiesconcertees-mgf.be>). Ils ont été rencontrés lors d'entretiens semi-directifs qui ont permis de compléter la connaissance du contexte institutionnel. Enfin, des temps d'observation participante ont été mis en place au sein des lieux associatifs et militants.

Entretiens individuels auprès de femmes et d'hommes concernés

Les interlocutrices.teurs ont été recrutés à travers des associations de prévention et de lutte contre l'excision à Bruxelles et à Liège (GAMS Belgique, C-MGF, La Palabre)

Les contacts ont été établis soit directement, soit par l'entremise d'un travailleur ou d'un militant.e de l'association. Vu les finalités de la recherche, le groupe d'enquêté.es devait être le plus diversifié possible selon le pays d'origine, l'âge, la catégorie socioprofessionnelle et la durée de séjour en Belgique. Toutefois, le recrutement de personnes résidant en Belgique depuis plus de deux ans a été privilégié pour favoriser la collecte de données portant sur le contexte belge et moins sur le pays d'origine.

Au total, 9 personnes âgées de 25 à 50 ans ont été rencontrées dans le cadre d'un entretien individuel – dont 7 femmes

Le tableau 1 (page suivante) reprend les principaux marqueurs sociodémographiques des enquêté.es.¹⁷

¹⁶ Le protocole de la recherche prévoyait également de rencontrer des adolescents « descendants d'immigrés ». Cette option a été abandonnée vu les obstacles déontologiques (e.g. nécessité de l'accord parental).

¹⁷ Pour plus de détails sur les parcours individuels des enquêté.es, le point « Trajectoires des interlocutrices.teurs privilégiés » peut être consulté.

Tableau 1 : Profil des interlocutrices.teurs des entretiens individuels

Pays d'origine. Age. Nombre d'années en Belgique. Statut de séjour. Région de résidence. Type de logement. Emploi/Revenus. Situation conjugale et familiale. Réseau social.

Les données permettant d'identifier des individus ont été modifiées (e.g. prénom) ou généralisées (e.g. âge, résidence) afin de préserver leur anonymat.

FEMMES

	Aliya	Djibouti. 25 ans. 3 ans en Belgique. Réfugiée. Bruxelles. Logement privé. Employée (CDD). Célibataire. Militante contre les MGF.
	Amina	Djibouti. 35 ans. 10 ans en Belgique. Réfugiée. Liège. Logement privé. Aide sociale. Mariée avec un enfant (né ici). Époux djiboutien. Militante contre les MGF.
	Binta	Guinée. 45 ans. 8 ans en Belgique. Régularisée (séjour temporaire). Bruxelles. Logement privé. Employée (CDD). Mariée avec enfants (dont certains sont nés ici). Époux guinéen. Membre active de la communauté guinéenne.
	Aisha	Guinée. 35 ans. 2 mois en Belgique. Demandeuse d'asile. Namur. Logement social. Aide sociale. Divorcée avec enfants.
	Farida	Niger. 25 ans. 2 ans en Belgique. Demandeuse d'asile. Liège. Logement social. Aide sociale. Célibataire (a fui un mariage forcé).
	Awa	Sénégal. 50 ans. 25 ans en Belgique. Acquisition de la nationalité par le mariage. Bruxelles. Logement privé. Travailleuse bénévole. Divorcée et remariée avec enfants (dont certains sont nés ici). Époux belge. Militante contre les MGF.
	Roughy	Sénégal. 50 ans. 15 ans en Belgique (20 ans en France). Regroupement familial. Bruxelles. Logement privé. Employée. Divorcée avec enfants (nés ici). Militante contre les MGF.

HOMMES

	Mukhtar	Somalie. 35 ans. 15 ans en Belgique. Réfugié. Bruxelles. Logement privé. Employé (CDI). Marié. Épouse somalienne. Membre actif de sa communauté. Militant contre les MGF.
	Assane	Djibouti. 45 ans. 10 ans en Belgique. Réfugié. Bruxelles. Logement privé. Employé (CDD). Marié avec enfants (dont nés ici). Épouse djiboutienne. Membre actif de sa communauté.

Les origines nationales, les âges, les statuts administratifs et les situations sociales des enquêté.es en Belgique sont diversifiés. Toutefois, tous les interlocutrices.teurs ont été socialisés en Afrique de l'Est ou de l'Ouest. Ils et elles proviennent d'un milieu urbain au moment de leur départ, certains avaient parfois préalablement migré d'un village vers une ville. Ils et elles sont arrivés après leur (premier) mariage, sauf un homme qui s'est marié en Belgique. Les femmes ont toutes été mariées entre 12 et 22 ans à un homme proche de la famille choisi par leurs parents. Certaines ont divorcé, voire ont fui leur époux. Leur niveau d'étude est globalement faible (primaire ou secondaire). Elles ont toutes été excisées et/ou infibulées, sauf une femme qui n'est pas excisée (bien que l'excision soit pratiquée dans sa famille élargie) et qui relate son vécu du mariage forcé.

La plupart des enquêté.es exerce un emploi, souvent à durée déterminée, sauf deux femmes primo-arrivantes qui bénéficient de l'aide matérielle prévue pour les demandeurs d'asile. Ils et elles vivent avec tout ou partie de leurs enfants (entre 1 et 9), à l'exception d'un homme et de deux femmes (les plus jeunes) qui n'avaient pas d'enfant au moment de l'enquête. Les filles des enquêté.es nées en Afrique ont été excisées là-bas avant la migration, sauf la fille d'une femme qui a fui son pays pour la protéger. Aucune femme n'a eu recours à une opération de reconstruction du clitoris, une seule l'envisageait sérieusement.

Des entretiens individuels approfondis ont été réalisés dans une visée compréhensive avec le consentement des enquêté.es

Trois entretiens exploratoires ont été menés sans recourir à un guide d'entretien formalisé. Les six entretiens suivants ont été réalisés sur la base d'un guide d'entretien semi-directif. L'ordre des questions n'a pas été formellement suivi ; de même, tous les items prévus par le guide n'ont pas été abordés avec tous les interlocutrices et des questions imprévues ont pu émerger.

Le consentement à participer et l'accord pour l'enregistrement ont été acquis verbalement à deux reprises : lors de la demande d'entretien et au moment de débiter l'entretien, sur la base d'une information reçue au sujet de la recherche (promoteur, instigateur et objectifs) et au sujet des droits des enquêté.es (anonymat, confidentialité, possibilités de refus et d'interruption de l'entretien, modalités de restitution).

Les entretiens ont permis de dialoguer au sujet du vécu personnel et des connaissances et représentations de l'excision (définition, signification, motifs), de la continuité ou de l'abandon de la pratique en contexte migratoire, enfin des dispositifs existants (connaissance, perception, recours). Des éléments biographiques (trajectoire migratoire, statut de séjour, situation sociale, professionnelle et familiale, réseau social) ont également été recueillis.

Les entretiens ont été réalisés dans les locaux des associations relais. Ils ont duré entre 1 heure et 2 heures et demie et ont tous été intégralement retranscrits. Tous les échanges se sont déroulés en français, sans recours à un interprète. Les interlocutrices.teurs maîtrisaient le français. Certains ont été alphabétisés en Belgique. Une partie des entretiens a été restituée aux enquêtés.lorsque cela était demandé et possible. Faute de temps, il n'a pas été possible de mener des entretiens répétés avec les interlocutrices.teurs.

Sur la base de la retranscription intégrale des entretiens, une analyse de contenu a été effectuée.

L'analyse a procédé selon les étapes suivantes :

- 1 •** Reconstitution factuelle et chronologique de chaque trajectoire et des événements marquants. Les entretiens ont d'abord été analysés séparément entre ressortissants d'Afrique de l'Est et de l'Ouest, mais cette distinction n'est plus apparue pertinente à la rédaction finale.
- 2 •** Identification des thématiques dans chaque récit et recoupement des thématiques en « chapeaux » (voir tableau 2).
- 3 •** Extraction des éléments significatifs dans chaque entretien et mise en forme des données.
- 4 •** Rédaction.

Tableau 2 : Analyse thématique des entretiens**Significations, finalités et fonctions de l'excision***Avant de migrer / après la migration*

- Savoirs et représentations de l'excision
- Conséquences de l'excision
- Circulation de la parole
- La violence faite aux femmes, la condition des femmes

Pratiques de l'excision *Au pays / en Belgique*

- Pratique de l'excision au pays
- Vécu de sa propre excision / celle de sa sœur
- Pratique de l'excision en Belgique
- L'excision pour ses filles
- Fuir (migrer) pour ne pas exciser sa fille

Continuité ou changement ? *La remise en question de l'excision*

- Facteurs de changement / continuité
- Transmission culturelle en contexte migratoire
- La communauté, la vie associative

Conjugalité et sexualité *« Etre une femme »*

- Virginité, fidélité, mariage coutumier, mariage forcé, polygynie, divorce, maternité
- Le problème du désir, du plaisir / de la souffrance, vivre et construire sa sexualité
- La désinfibulation
- La reconstruction du clitoris
- Les féministes et l'excision

La répression de l'excision

- Connaissance et perception de la loi sur les MGF
- La lutte contre l'excision

La migration et le séjour

- Trajectoire migratoire (motifs du départ, modalités d'arrivée)
- Migrer avec un passeur
- L'excision, les papiers
- Rentrer au pays ?
- Laisser ses enfants au pays

Entretien collectif auprès de femmes demandeuses d'asile

Un entretien collectif a été réalisé avec l'aide de l'équipe psychosociale du GAMS Belgique

Le GAMS Belgique organise mensuellement dans ses locaux des « cours de connaissance du corps de la femme et des mutilations sexuelles féminines » pour son public. Lors de ces séances de sensibilisation, des professionnels de la santé sont invités à animer un atelier au sujet des mutilations ou sur des thèmes connexes (e.g. la santé et la sexualité des femmes, le droit des étrangers). Une séance a pu être consacrée au sujet « excision et migration » au bénéfice de la recherche. La recherche a d'abord été présentée (promoteur, instigateur et objectifs) aux participantes.

35 femmes ont accepté de participer à un atelier sur « l'excision et la migration »

Il s'agit pour la plupart de demandeuses d'asile originaires de Guinée et arrivées en Belgique il y a moins d'un an. Le tableau 3 reprend les origines et les durées de séjour des participantes.

Tableau 3 : Pays d'origine et durée du séjour des participantes à l'entretien collectif

Pays d'origine (N femmes)

- Guinée (27)
- Mauritanie (2) ; Côte d'Ivoire (2)
- Niger (1) ; Nigeria (1) ; Sierra Leone (1) ; Burkina Faso (1)

Durée du séjour en Belgique (N femmes)

- Moins de 9 mois (26)
- Entre 1 an et 2 ans et demi (6)
- 3 ans, 5 ans et 9 ans (3)

Deux sous-groupes ont été constitués et une grille d'entretien a été utilisée

Au sein de chaque sous-groupe, une discussion collective de 45 minutes a été menée sur la base d'une grille conçue avec l'équipe du GAMS Belgique. Les travaux ont été restitués en plénière. Les échanges ont été enregistrés et partiellement retranscrits.

La grille d'entretien a permis de questionner les savoirs et les représentations des femmes au sujet de l'excision, ainsi que les changements de position qu'elles ont traversés depuis qu'elles ont migré et les contradictions ressenties entre la « normalité » au pays et les injonctions en Belgique.

Entretiens avec des intervenant.es

13 entretiens semi-directifs ont été conduits avec des intervenant.es professionnels des secteurs de la santé et de la santé sexuelle, de la migration et des droits des étrangers à Bruxelles et à Liège (voir tableau 4).

Ils ont été recrutés soit pour leur connaissance du public et du sujet (notamment le GAMS Belgique), soit pour leur apport significatif en matière de dispositifs légaux et institutionnels. Les cinq premiers entretiens explora-

toires ont été enregistrés et intégralement retranscrits. Le consentement à participer et l'accord pour l'enregistrement ont été systématiquement demandés. Les huit entretiens suivants ont été menés sur la base d'un guide d'entretien formalisé. Le consentement à participer a été verbalement acquis. Ces entretiens n'ont pas été enregistrés et les notes prises à la main ont été mises au propre. Celles-ci ont été relues, corrigées et approuvées par la plupart des professionnel.les interrogés.

Le guide d'entretien a permis de questionner les missions générales des institutions et associations, de mettre au jour la connaissance de cas d'excision et de comprendre les éventuelles stratégies d'intervention mises en œuvre à cette occasion. Les entretiens avec les professionnel.les ont été analysés sur une base thématique.

Tableau 4 : Secteurs des intervenant.es interrogés

Secteur	Lieu de référence	Nombre d'entretiens
Droit	Tribunal de Première instance (Bruxelles)	1
	Cabinet d'avocats (Bruxelles)	1
Santé/Santé sexuelle	Cabinet médical (Verviers)	1
	Centre médical (Bruxelles)	1
	Maison médicale (Liège)	1
	Planning familial (Liège)	1
Migration	Commissariat général aux réfugiés et apatrides	2
	SIREAS IST/SIDA/MIGRANTS	1
MGF	GAMS Belgique asbl	4

Observation participante et collecte de matériel

Au cours de l'enquête, il a été possible de participer à diverses activités, continues ou ponctuelles, associatives ou culturelles. Ces événements ont permis de tisser des liens avec le terrain d'enquête, de s'imprégner plus largement des discussions et débats qui traversent la problématique et de collecter diverses informations. Il s'agit en particulier de : trois réunions de sensibilisation au GAMS Belgique ; une réunion du collectif liégeois contre les MGF ; dix séances de l'atelier d'écriture « Bonnes pratiques traditionnelles » au GAMS Belgique ; une soirée théâtre/débat autour de la pièce « L'initiatrice » (de Pietro Pizzuti) ; une projection/débat autour du film « Secrets de femmes, paroles d'hommes » (de Marc Dacosse et Eric d'Agostino) ; la Journée internationale contre les MGF du 6 février 2010.

De plus, du matériel utile a été collecté :

- Une liste anonymisée des femmes demandeuses d'asile et réfugiées accompagnés en 2009 par le GAMS Belgique (données : date de naissance, pays d'origine, lieu de résidence).
- Un relevé anonymisé, réalisé en 2008, concernant les femmes somaliennes et djiboutiennes suivies entre 1996 et 2001 par le GAMS Belgique et « perdues de vue » (données : lieu de résidence, situation de séjour, logement, occupation, statut matrimonial, enfants).
- Des modèles types de documents créés et utilisés par le GAMS (certificat médical, engagement sur l'honneur, carnet de suivi des fillettes) et le CGRA (engagement sur l'honneur).

Éthique et déontologie

Des normes déontologiques, notamment la Déclaration d'Helsinki adoptée en 1964 par l'Association médicale mondiale, et des procédés de régulation éthique de la recherche ont été élaborés dans les pays de tradition anglo-saxonne depuis la fin de la deuxième guerre mondiale – notamment suite à plusieurs scandales survenus dans diverses recherches (BONNET & ROBERT, 2009). Ces normes et procédés sont en vigueur depuis longtemps dans le domaine de la recherche clinique et touchent progressivement les recherches qualitatives (sociologie, anthropologie). Ils ont pour objectifs principaux d'informer les sujets d'enquête du but de celle-ci, des risques et des dangers qu'ils encourent au plan de leur santé (physique et psychologique) mais aussi de veiller au respect de leurs droits (à l'intégrité, à l'information, à l'autonomie, à la vie privée) et le cas échéant, d'obtenir leur consentement éclairé.

Particulièrement, l'usage d'un formulaire de consentement est de plus en plus souvent requis pour éclairer un sujet d'enquête de certaines exigences ou de certains risques liés à la participation à la recherche et afin, principalement, de couvrir la responsabilité juridique du chercheur ou de son institution en cas de litige. Un tel formulaire s'applique obligatoirement à certaines recherches de type biomédical (e.g. en Belgique dans le cas d'essai clinique). Les risques ne sont toutefois pas identiques pour ce qui concerne les recherches en sciences sociales : si leur impact sur la santé des individus est pratiquement nul, les risques pour la vie sociale des interviewés ne le sont pas. Le manque d'anonymat ou la rupture de la confidentialité lors de la restitution publique des résultats les exposent potentiellement à divers types de violence.

Une série d'obstacles entrave fortement l'usage d'un formulaire de consentement dans les recherches qualitatives, en particulier celles qui sont conduites dans une perspective ethnographique. La collecte de données reposant essentiellement sur la construction progressive de liens de confiance, la part d'imprévisible dans l'enquête dite de terrain limite les possibilités d'anticiper systématiquement les « dangers » que courent les enquêtés et qui sont notifiés dans le formulaire. L'enquête auprès d'une population en partie de tradition orale et/ou illettrée et dont le rapport à l'autorité est souvent marqué par la répression (e.g. étrangers en séjour irrégulier), d'autant

plus au sujet d'une pratique illégale et taboue, ne devrait pas faciliter la signature d'un formulaire écrit. L'usage d'un formulaire de consentement pourrait paradoxalement créer de la méfiance par l'introduction d'un élément juridique.

L'entretien semi-directif est une technique qui se prête relativement mieux à l'usage d'un formulaire de consentement parce que c'est un dispositif précis, identifiable et prévisible. À l'inverse, toutes les autres interactions spontanées avec les enquêtés, comparables à celles de la vie sociale quotidienne, se prêtent relativement mal à la signature d'un formulaire. De plus, les « risques » dérivés de telles interactions, sans nier leur impact, ne sont probablement pas qualitativement différents ou quantitativement supérieurs à ceux que l'on peut rencontrer dans la vie quotidienne (BONNET & ROBERT, 2009) et restent relativement incommensurables. Il apparaît impensable, voire impossible, de soumettre les échanges de la vie courante à un formulaire, au risque d'alourdir la recherche, voire d'en compromettre sérieusement la conduite.

L'intérêt à baliser une recherche qualitative sur le plan éthique repose bien plus sur la prise en compte – avant, pendant et après la recherche – des effets de celle-ci sur la vie et les conditions de vie des enquêtés. Pour Didier Fassin, vu le « *processus de construction éthique de la recherche* », la déontologie des sciences sociales « *réside dans le travail d'explication des questions éthiques, d'exploration de leurs enjeux et de négociation de réponses locales et provisoires* » (FASSIN, 2008 : 133). L'option éthique prise dans la présente démarche d'enquête a été d'informer les enquêtés du cadre, des finalités et de l'usage des résultats de la recherche.

En conséquence :

- Lors de la demande d'un entretien, les personnes ont été informées du cadre et de l'objet de la recherche, ainsi que de la protection de leur anonymat et de la confidentialité des entretiens. Un premier accord à participer à la recherche a été obtenu à ce moment.
- Lors de l'entretien, l'enquêtrice a systématiquement procédé à la lecture d'un texte informatif sur la recherche (cadre, objet et finalité) et sur les droits des enquêtés (droit de ne pas répondre à certaines questions et d'interrompre l'entretien à tout moment ; droit à disposer de l'entretien et à modifier ses déclarations ; droit de refuser l'enregistrement). La protection de l'anonymat et de la confidentialité a été rappelée. L'accord à participer a été donné verbalement par les enquêtés.

- Les données brutes (nominales) sont archivées en un lieu sûr pour assurer la confidentialité.
- Dans le rapport, les témoignages sont anonymisés et les indices de temps et de lieu sont modifiés.
- La publication des cas dans le rapport de recherche et les parutions ultérieures veilleront à ne pas stigmatiser ou porter atteinte au groupe des enquêtés.

Enfin, l'objet de l'enquête pouvant potentiellement déstabiliser les enquêtés, une attitude « bienveillante » a été adoptée et la dimension intrusive d'une telle enquête a été limitée autant que possible, au cas par cas. La confrontation à des situations de détresse sociale ou psychologique a fait l'objet d'une attention particulière mais, en pratique, aucune situation de détresse n'a nécessité de relais vers l'équipe psychosociale du GAMS Belgique (aucune demande de soutien n'a émergé) tel que cela était prévu.

Biais et limites

L'enquête *Excision et Migration en Belgique francophone* est exploratoire et souffre nécessairement de plusieurs biais et limites qui doivent mener à la plus grande prudence dans l'usage et la généralisation des résultats. Tout l'intérêt d'une investigation large de la problématique réside essentiellement dans les pistes interprétatives et pistes de recherche qu'elle peut dégager.

La population, le territoire et la langue de l'enquête

La première limite de l'enquête porte évidemment sur la composition et la taille de la population de l'enquête. Étant donné que la population de l'enquête est très spécifique et difficile à toucher – d'autant plus que l'objet même de la recherche risquait de susciter des refus –, le recrutement a été organisé par l'intermédiaire d'associations de prévention et de lutte contre les MGF. L'échantillon est ainsi constitué d'une frange particulière de la population concernée puisque sa composition est déterminée par les circuits d'accès à ces organismes. Toutes les personnes rencontrées étaient déjà sen-

sibilisées à l'excision, certaines étant d'ailleurs des militant.es de plus ou moins longue date. Ceci introduit donc nécessairement un biais dans les réponses. Enfin, les associations étant essentiellement fréquentées par des femmes, ceci explique la faible proportion d'hommes interrogés lors de l'enquête.

Si la revue de littérature renseigne sur la situation en Belgique, l'enquête à proprement parler a été conduite en français sur le territoire de la Communauté française de Belgique (essentiellement à Bruxelles et à Liège). Donc d'une part, les résultats ne sont probablement pas totalement transposables au contexte flamand et d'autre part, des personnes originaires d'Afrique anglophone n'ont pas été rencontrées. Tous les interlocutrices.teurs maîtrisaient suffisamment le français. Il n'a donc pas été nécessaire de faire appel à un interprète. Cela témoigne d'un biais de position sociale. Pour certaines femmes toutefois, la langue française reste à certains égards difficile.

L'objet de la recherche et la mise au jour de cas d'excision

Un obstacle central de la recherche est son objet lui-même, étant donné qu'il relève à la fois du tabou et de « l'intime » – dans ce cas souvent marqué par la souffrance –, de l'interdit pénal et d'un possible rapport instrumental aux institutions de séjour étant donné le contexte migratoire restrictif. L'assurance d'une garantie d'anonymat et de confidentialité dans le cadre d'une recherche scientifique ne suffit probablement pas à affranchir la parole des interlocutrices.teurs.

Comme l'essentiel des données est de type déclaratif, la partie de l'enquête consacrée à la mise au jour de cas d'excision a été sujette à caution. Questionner directement les enquêté.es sur leur connaissance à ce sujet a suscité sinon de la méfiance, à tout le moins du silence. La partie de l'enquête auprès des professionnel.les a révélé une forte ambivalence entre la conviction qu'il existe des cas d'excision et le silence quasiment complet sur des faits réels. Des rumeurs de cas d'excision flottaient en permanence. ■

Trajectoires des interlocutrices.teurs privilégiés

III - Trajectoires des interlocutrices.teurs privilégiés



ue soient ici remerciés les interlocutrices.teurs qui ont accepté de se raconter dans leur intimité. Les prénoms sont d'emprunt et les données biographiques ont été suffisamment modifiées afin de préserver l'anonymat des personnes.

Assane



Djibouti. 45 ans. Musulman. Il était fonctionnaire et a quitté son pays, il y a plus de dix ans, pour des raisons politiques. Il a recouru aux services d'un passeur. Il est parti avec plusieurs de ses enfants, en laissant d'autres ainsi que son épouse djiboutienne. Ceux-ci l'ont rejoint lorsque Assane fut en mesure d'assurer économiquement leur venue. Après plusieurs années, il a été reconnu réfugié. Il a entre temps vécu de l'aide sociale et d'emplois non déclarés. Aujourd'hui, Assane a un emploi à durée déterminée. Il a eu plusieurs filles, toutes nées à Djibouti. Une partie de ses filles est excisée. Celles qui ont migré en bas âge avec lui ne l'auraient pas été.

Mukhtar



Somalie (ethnie Somali). 35 ans. Musulman. Il est arrivé en Belgique il y a plus de 15 ans. Il est parti au moment de la guerre civile et a obtenu le statut de réfugié. Mukhtar a épousé en Belgique une femme originaire de Somalie, ils n'ont pas d'enfant. Aujourd'hui, Mukhtar a un emploi stable et il est impliqué dans la vie communautaire.

Aliya



Djibouti (ethnie Somali). 25 ans. Musulmane. Elle est venue en Belgique il y a 3 ans. Fuyant un mariage forcé, elle a rejoint ses parents en payant les services d'un passeur qui l'a abandonnée à la gare ; elle a été recueillie par un membre de la communauté. Sa demande d'asile au motif de mariage forcé et de risque de réin-

fibulation (suite à une désinfibulation en Belgique pour des raisons médicales) a été traitée dans l'année qui a suivi son arrivée. Elle est célibataire et n'a pas d'enfant. Elle est employée à durée déterminée. Aliya est engagée dans la lutte contre les MGF et a été exclue de sa communauté en raison de cette prise de position.

Amina



Djibouti (ethnie Afar). 35 ans. Musulmane. Elle a rejoint, il y a une dizaine d'années, son mari exilé politique en Belgique. Elle y a demandé l'asile et sa procédure de reconnaissance a rapidement abouti. Après avoir travaillé bénévolement, elle cherche désormais un emploi stable. Amina a eu une fille en Belgique et elle milite contre les MGF.

Binta



Guinée (ethnie Peule). 45 ans. Musulmane. Elle était commerçante et est arrivée en Belgique il y a presque 10 ans, rejoignant son mari. Sa demande d'asile a été refusée et elle est devenue sans-papier. Elle a été régularisée, mais son titre de séjour est à durée limitée. Elle a un permis de travail et elle cotise pour les soins de santé (mutualité). Binta a été mariée à l'âge de 15 ans à un cousin plus âgé dont elle a eu plusieurs fils et filles. Certains de ses enfants vivent en Guinée, d'autres sont venus en Belgique et les derniers y sont nés. Ses filles sont excisées. Binta vit en famille. Elle a un emploi à durée déterminée et fréquente les associations à base communautaire.

Aisha



Guinée (ethnie Malinké). 35 ans. Musulmane. Elle est arrivée en Belgique il y a 2 mois. Elle est partie avec ses enfants parce que sa belle-famille voulait exciser sa fille. Elle est venue avec un passeur et elle a introduit une demande d'asile au motif du risque d'excision pour sa fille. Elle dispose d'un titre de séjour provisoire. Aisha a été mariée à 16 ans par ses parents à un homme bien plus âgé et elle l'a quitté dix ans plus tard. Elle commerçait dans son pays. Ici, elle est prise en charge par Fedasil et le CPAS. Tous les frais matériels et de santé sont pris en charge. Ses enfants sont scolarisés.

Awa



Sénégal (ethnie Peule). 50 ans. Musulmane. Dans son pays, Awa a fui un mariage forcé et un mari violent. Commerçante, elle est ensuite venue en Belgique au début des années 1980 et y a épousé un Belge. Parmi ses filles, certaines sont nées en Belgique et Awa a fait venir les autres par le regroupement familial. Awa a été alphabétisée en Belgique. Elle a une vie sociale dense parmi les associations à base communautaire. Elle milite contre les MGF.

Roughy



Sénégal (ethnie Soninké). 50 ans. Elle est arrivée en France dans les années 1970, rejoignant le cousin plus âgé à qui elle avait été mariée par ses parents. Elle a eu plusieurs enfants. Elle a longtemps décroché des emplois d'appoint. Roughy s'est investie dans le tissu associatif de femmes africaines. Divorcée de son mari violent, Roughy s'est établie en Belgique il y a une quinzaine d'années. Elle a un emploi. Elle milite contre les MGF.

Farida



Niger (ethnie Touareg). 25 ans. Musulmane. Elle est en Belgique depuis 2 ans. Elle a fui un mariage forcé avec un ami de son père âgé de 60 ans. Elle est venue avec un passeur et elle a introduit une première demande d'asile au motif du mariage forcé. La décision a été négative, le CGRA estimant qu'elle ne donnait pas suffisamment de détails. Elle a introduit une deuxième demande d'asile. Elle dispose d'un titre de séjour provisoire (trois mois). Farida a essentiellement vécu dans un centre d'accueil pour demandeurs d'asile et fréquente les amis qu'elle y a connus. Elle n'a pas de permis de travail ni aucun revenu propre. Elle bénéficie d'une aide matérielle de Fedasil. Elle n'a pas d'enfant.

Prérequis sociodémographique et sanitaire sur les MGF

IV - Prérequis sociodémographique et sanitaire sur les MGF

Terminologie et typologie

Les qualificatifs employés pour désigner ce qui est communément appelé en français l'« excision » n'ont cessé de se multiplier, et parfois de faire débat, au sein des organismes internationaux en charge des droits humains et de la santé (des femmes et des enfants) et des organisations non gouvernementales préoccupées par ces mêmes matières. D'abord nommées « opérations rituelles fondées sur la coutume »¹⁸ au tournant des années 1960 puis, à partir des années 1980, « circoncision féminine et infibulation »¹⁹ ou, sur un mode plus englobant, « pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants »²⁰ et « pratiques traditionnelles nocives »²¹, le terme « mutilation »²² est finalement adopté au début des années 1990. Il souligne la gravité de l'acte, son caractère de violation des droits humains et de violence faite aux femmes et situe nécessairement celui qui l'emploie du côté de la lutte pour l'abolition de ces pratiques. À la fin des années 1990, la critique était toutefois vive eu égard à la connotation négative de ce terme vis-à-vis des populations concernées. Le recours au mot « excision » est devenu plus fréquent. L'UNICEF et l'UNFPA ont ensuite proposé une formulation intermédiaire : « *female genital mutilation / cutting (FGM/C)* » traduit en français par « mutations génitales féminines / excision (MGF/E) ». Aujourd'hui, l'ensemble de ces désignations, et d'autres encore, sont mobilisées par divers acteurs selon leur prise de position sur un continuum entre acceptation relative et volonté d'éradication de l'excision : « chirurgie génitale », « ex-

¹⁸ La *Résolution 680 B/II (XXVI)* du Conseil économique et social des Nations Unies invitait en 1958 l'OMS à entreprendre une étude sur la persistance des coutumes qui consistent à soumettre les filles à des opérations rituelles et sur les mesures adoptées ou prévues pour mettre fin à ces pratiques.

¹⁹ *Conférence mondiale de la Décennie des Nations Unies pour la Femme*, Copenhague, 1980.

²⁰ *Séminaire du Bureau régional OMS pour la Méditerranée orientale en collaboration avec le Bureau régional OMS pour l'Afrique sur les pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants*, Khartoum, 1979.

²¹ *Assemblée mondiale de la Santé, Résolution WHA 38.27*, 1985.

²² *3^e Conférence régionale du Comité Inter Africain pour la lutte contre les pratiques traditionnelles ayant effet sur la santé de la mère et de l'enfant*, Addis-Abeba, 1990. *Séminaire des Nations Unies sur les pratiques traditionnelles affectant la santé de la femme et de l'enfant*, Burkina-Faso, 1991.

cision », « pratique traditionnelle dangereuse »²³, « convention sociale néfaste »²⁴, « mutilations génitales féminines (MGF) »²⁵ et « mutilations sexuelles féminines (MSF) »²⁶.

Outre la terminologie, une typologie de référence a été établie en 1997 conjointement par l'OMS, l'UNICEF et l'UNFPA²⁷. Les diverses mutilations pratiquées sur les organes génitaux féminins comprennent la clitoridectomie (type I), l'excision (type II) et l'infibulation (type III), auxquelles s'ajoutent une série d'interventions « non classées » comme les percements, les incisions, les scarifications ou la cautérisation (type IV). Étant donné la difficulté à distinguer les types I et II, les professionnels de santé classent généralement les MGF en deux types : « l'excision » – qui englobe les types I et II – et « l'infibulation » – le type III (AMY & RICHARD, 2009). La Figure 1 reprend la typologie des MGF définie par l'OMS et présente une illustration des principales mutilations.

²³ Programme DAPHNE II (2004-2008) de la Commission européenne pour combattre la violence faite aux enfants, aux jeunes et femmes, *Projet 97/096/WC - 99/036/WC, Vers un consensus sur les mutilations génitales féminines dans l'Union européenne : Coopération visant à éliminer une pratique traditionnelle dangereuse.*

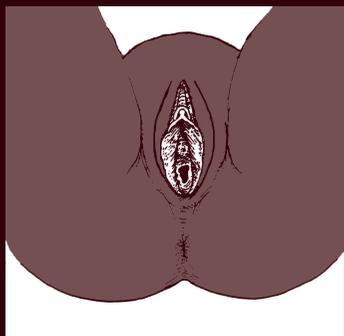
²⁴ Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), *Changer une convention sociale néfaste : la pratique de l'excision/mutilation génitale féminine*, Centre de recherche Innocenti, 2005.

²⁵ Parlement européen, *Résolution 2008/2071 (INI) sur la lutte contre les mutilations sexuelles féminines pratiquées dans l'UE*, 2009.

²⁶ Organisation mondiale de la santé, *Éliminer les mutilations sexuelles : Déclaration inter-institutions*, 2008.

²⁷ Déclaration commune sur les mutilations génitales féminines OMS/UNICEF/UNFPA, Genève, 1997.

Figure 1 : Typologie des MGF



Vulve intacte



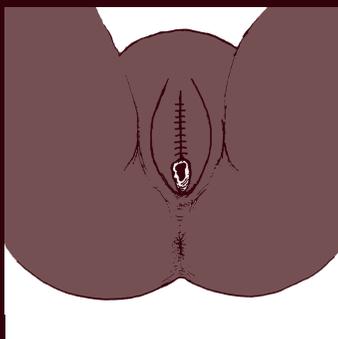
Type I : Clitoridectomie

Ablation partielle ou totale du prépuce et/ou du clitoris



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'accrolement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres, avec ou sans excision du clitoris.

Pour cette enquête, une série de choix a été nécessairement effectuée pour qualifier le phénomène :

- Vu l'usage courant du terme « excision » en Afrique francophone et la charge potentiellement offensante du terme « mutilation » vis-à-vis des populations concernées (GRUENBAUM, 2001), le mot excision sera utilisé dans son sens générique, équivalant dans ce cas à mutilation génitale féminine, et les deux termes seront employés indistinctement.
- La simplification typologique entre excision et infibulation sera reprise dans la mesure où tant les populations que les professionnels mobilisent couramment ce *distinguo*. Le terme « infibulation » sera utilisé de manière spécifique lorsqu'il sera nécessaire de préciser le type de mutilation subie.
- Enfin, le terme « circoncision (féminine) », plus souvent mobilisé dans le monde anglo-saxon, ne sera pas utilisé dans la mesure où, malgré certaines allégations, la circoncision et l'excision ne sont pas équivalentes ni anatomiquement, ni symboliquement (SINDZINGRE, 1977, 1979 ; FAINZANG, 1985). Le point « Excision et circoncision : la question des rites de passage » développe plus avant cette considération.

Démographie et prévalence

L'OMS (2008) estime que les mutilations de types I à III concernent quelque 100 à 140 millions de femmes âgées de 15 à 49 ans dans le monde. En Afrique particulièrement, près de 3 millions de filles et de femmes risquent de subir une MGF chaque année. Les mutilations sont principalement réalisées sur les filles dans la (petite) enfance et à l'adolescence avant l'âge de 15 ans, la pratique étant réalisée à un âge de plus en plus précoce dans certains pays, quelquefois dans les premières semaines suivant la naissance. En outre, des femmes adultes – même une fois mariées – peuvent être excisées/infibulées ou ré-excisées/réinfibulées selon les pratiques locales (OMS, 2008). Par exemple, les femmes infibulées doivent être désinfibulées pour rendre possible les rapports sexuels vaginaux, en principe lors de leur mariage, ainsi que pour permettre la sortie du nouveau-né lors de l'accouchement. La plupart de ces femmes sont réinfibulées dans le *post-partum* immédiat (OMS, 2008) et cette procédure peut être répétée plusieurs fois au cours de la vie d'une femme.

Des cas de mutilation sont recensés par l'OMS dans 28 pays d'Afrique subsaharienne²⁸ et plus marginalement dans la Péninsule arabique et au Moyen-Orient²⁹ (voir Figure 2). Des cas sont également signalés en Asie³⁰ et en Amérique latine³¹. Sur la base des données disponibles, notamment à partir des enquêtes démographiques et sanitaires menées dans plusieurs pays et intégrant un module sur les MGF, il est possible de distinguer les pays à faible, moyenne et forte prévalence des MGF selon que moins de 25%, entre 25% et 85% ou plus de 85% des femmes sont mutilées (ANDRO & LESCLINGAND, 2007 ; OMS, 2008). L'excision est la mutilation la plus répandue (80% à 90% des pratiques connues). L'infibulation est moins fréquente (10% à 15%) et localisée, elle prédomine en Afrique de l'Est – Somalie, Djibouti, nord du Soudan, Haute Egypte, Erythrée et Ethiopie. Cependant des cas d'infibulation sont signalés dans des pays d'Afrique de l'Ouest comme le Sénégal, le Mali ou le Nigeria.

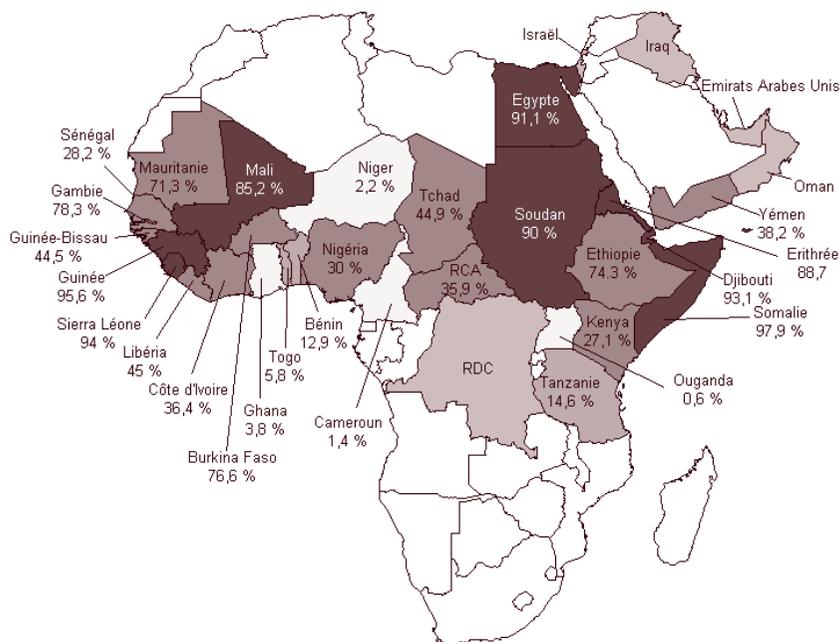
²⁸ Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Centrafrique, Côte d'Ivoire, Djibouti, Egypte, Erythrée, Ethiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Liberia, Mali, Mauritanie, Niger, Nigeria, Ouganda, République Démocratique du Congo Sénégal, Sierra Leone, Somalie, Soudan, Tchad, Togo, Tanzanie.

²⁹ Yémen, Émirats Arabes Unis et « sans preuves établies, [...] en Jordanie, dans l'émirat d'Oman, dans les Territoires palestiniens occupés (Gaza) et dans certaines communautés kurdes d'Irak. » (UNICEF, 2005, p. 11)

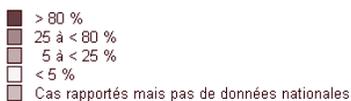
³⁰ Inde, Indonésie, Malaisie.

³¹ Colombie, Pérou.

Figure 2 : Prévalence des MGF en Afrique et dans la Péninsule arabe



Prévalence des mutilations génitales féminines
(femmes de 15 - 49 ans)



Source des données : DHS, MICS et WHO 2008

© GAMS - Belgique 2010

La variété des pratiques et de leur prévalence est le plus souvent rapportée et expliquée par le fait que « *l'appartenance ethnique [est] le facteur le plus décisif* » (OMS, 2008 : 4), « *ces pratiques s'inscrivant traditionnellement dans les rites d'initiation³² associés à l'entrée dans l'âge adulte dans certains groupes ethniques* » (ANDRO & LESCLINGAND, 2007 : 2). Cette assertion doit toutefois être contrebalancée par la complexité des déterminants sociaux et contextuels à l'œuvre dans l'existence, la pérennité et la variabilité de cette pratique. La catégorie sociale, la génération (ANDRO & LESCLINGAND, 2007), le niveau d'éducation et l'habitat rural ou urbain (TOUBIA, 1995) exercent des effets non négligeables sur la pratique. Par exemple, au sein des groupes de population connus pour pratiquer l'excision, la fréquence de la pratique est plus élevée dans les communautés rurales les plus pauvres et où les possibilités d'éducation sont plus limitées (TOUBIA, 1995).

Depuis une quinzaine d'années, une tendance à la diminution (lente) de la prévalence des MGF est observée dans plusieurs régions et pays africains (ANDRO & LESCLINGAND, 2007 ; OMS, 2008). Ce processus est visible dans les pays où l'excision est très répandue (e.g. Guinée, Erythrée). Le recul dépend notamment du degré de mobilisation des Etats et de la société civile (prises de positions politiques, lois pénales, travail de prévention et d'éducation), ainsi que de l'élévation du niveau d'instruction des femmes (ANDRO & LESCLINGAND, 2007). L'OMS estime cependant que, malgré ces « signes positifs », la prévalence reste élevée dans de nombreuses régions.

Dans les pays d'immigration, en particulier sur le continent européen, de nombreuses limites pèsent sur les études d'incidence des MGF. Vu la pénalisation et la stigmatisation, elles sont très probablement pratiquées clandestinement et/ou à l'étranger. L'année passée, le Parlement européen estimait toutefois que quelque 500.000 femmes excisées vivaient en Europe et que 180.000 autres risquent annuellement de subir une MGF, considérant que l'excision « *est particulièrement répandue dans les familles d'immigrés et de réfugiés et que, pour cette pratique, des fillettes sont même renvoyées dans leur pays d'origine* » (Parlement européen, 2009b). En France, les travaux réalisés au sein du projet *Excision et Handicap* par l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED) et l'Institut de Démographie de l'Université Paris 1 (IDUP) ont permis d'estimer, sur la base d'un recensement de 1999 et de taux de prévalence dans les pays d'origine, qu'entre 42.000 et 61.000 femmes majeures ayant subi une mutilation résidaient sur le territoire national. Selon une hypothèse moyenne, il s'agirait donc de 53.000 femmes (ANDRO & LESCLINGAND, 2007). L'enquête de santé a ensuite montré que (ANDRO, LESCLINGAND & al., 2009) :

³² Pour une critique de l'excision comme rite d'initiation, se reporter au point « Excision et circoncision : la question des rites de passage ».

- les femmes nées en Afrique sont plus souvent excisées que celles qui sont nées en France ;
- quel que soit le lieu de naissance, l'excision est moins pratiquée au fil des générations : les femmes nées en France dans les années 1980-1989 ont été plus souvent excisées que celles qui sont nées dans les années 1990 ;
- le risque d'excision a été estimé quasi nul du fait des parents, mais « non nul » en cas de séjour ou de retour au pays.

Les représentants associatifs et les chercheurs français s'accordent à dire que les MGF concerneraient presque exclusivement les primo-arrivantes (Mission d'évaluation de la Politique de prévention de lutte contre les violences faites aux femmes, 2009). Ils redoutent toutefois que les familles installées en France excisent leurs enfants lors d'un séjour dans le pays d'origine, particulièrement entre 6 et 12 ans, alors qu'aucun examen des organes génitaux n'est effectué dans le cadre de la médecine scolaire.

Données disponibles pour la Belgique

Populations concernées et « à risque »

Les premières données quantitatives sur les populations concernées par les mutilations en Belgique ont pu émerger grâce aux travaux de recherche conduits au sein de l'International Centre for Reproductive Health (ICRH – Université de Gand) en 2003 (LEYE & DEBLONDE, 2004). En 2010 une étude de prévalence coordonnée par l'Institut de Médecine Tropicale (IMT) d'Anvers à la demande du SPF Santé publique est venue mettre à jour les données sur le nombre de femmes excisées et de filles à risque d'excision vivant sur le territoire (DUBOURG & RICHARD, 2010). De plus, des données quantitatives émanent de plusieurs sources institutionnelles et associatives. Le Commissariat général aux réfugiés et apatrides (CGRA) produit des statistiques relatives aux demandeurs d'asile invoquant le motif de mutilation génitale féminine (données récoltées lors de l'enquête). L'Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile (Fedasil) a estimé en 2009 le nombre de femmes mutilées résidant dans les centres d'accueil pour demandeurs d'asile sur la base des nationalités (JAOUI, 2009). L'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) a estimé, sur la base des avis de naissances en Communauté française, le nombre de filles nées d'une mère originaire d'un pays où l'excision est pratiquée (ONE, 2007). Enfin, le GAMS Belgique notifie les caractéristiques des femmes suivies individuellement par l'association. Les tableaux 5 et 6 (ci-dessous) reprennent synthétiquement les données disponibles pour la Belgique et la Communauté française³³.

Nombre de femmes et filles mutilées ou à risque de l'être

- Au 1^{er} janvier 2003, une analyse réalisée par l'ICRH sur la base des données du registre de population et du registre des étrangers montrait que 12.415 femmes étrangères (ayant obtenu un permis de séjour de plus de 3 mois) étaient issues d'un pays pratiquant les MGF (LEYE & DEBLONDE, 2004). Les femmes ayant obtenu la nationalité belge, les demandeuses d'asile (inscrites au registre d'attente) et les migrantes en très court séjour et en séjour illégal n'ont pas pu être prises en compte. La prévalence globale du pays d'origine a été appliquée à chaque groupe national selon la catégorie

³³ Une première compilation des données quantitatives disponibles pour la Belgique a été réalisée dans le cadre des ateliers participatifs des Stratégies concertées de lutte contre les MGF (DIELEMAN, RICHARD & al., 2009).

d'âge. Le nombre total de femmes résidant en Belgique probablement victimes ou à risque de MGF a ainsi été estimé à 2.745, dont 534 filles de moins de 14 ans.

- Au 1^{er} janvier 2008, une nouvelle étude de prévalence coordonnée par l'IMT (en collaboration avec l'ICRH, l'ISP, l'ONE, Kind & Gezin, Fedasil et le CGRA) estimé que 22.840 femmes et filles étaient originaires d'un pays où l'excision est pratiquée (DUBOURG & RICHARD, 2010). Parmi celles-ci, 6.260 sont très probablement excisées et 1.975 sont à risque de l'être. La différence entre ces chiffres et ceux de 2003 s'explique notamment par une augmentation du nombre de migrants issus de pays où les MGF sont pratiquées, mais aussi par la prise en compte de nouvelles sources d'information. Les données de Fedasil ont permis de considérer les demandeuses d'asile n'étant pas encore inscrites dans le registre de la population et celles de l'ONE et de Kind & Gezin ont permis de connaître le nombre de filles nées d'une mère originaire d'un pays où l'excision est pratiquée (deuxième génération). Enfin, les femmes ayant acquis la nationalité belge ont également été retenues pour constituer l'échantillon de départ.
- Entre 2006 et 2009, le CGRA a traité 521 dossiers concernant des individus ou des familles pour lesquels le risque de MGF est invoqué à l'appui de la demande d'asile. En 2006-2007, il s'agissait de 171 décisions ; en 2008, de 185 décisions ; et en 2009, de 165 décisions. En 2008, le sexe des parents demandeurs d'asile est connu : il s'agissait de 157 femmes et de 28 hommes.
- En 2009, l'Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile (Fedasil) a effectué un relevé statistique des femmes demandeuses d'asile résidant dans plusieurs centres d'accueil (données partielles émanant de Fedasil, de la Croix-Rouge et de certaines ILA). L'Agence a estimé que 340 femmes et filles sont « certainement mutilées » parmi 598 ressortissantes de pays où l'excision ou l'infibulation sont pratiquées (JAOUI, 2009).

**Tableau 5 : Prévalence des MGF en Belgique
et en Communauté française**

RÉFÉRENCE	ANNÉE ET SOURCES	MÉTHODE	RÉSULTATS
ICRH LEYE & DEBLONDE, 2004	1/1/2003 - INS (Registres de population et des étrangers) : femmes étrangères. Rem. : Ces données ne reprennent pas les demandeurs d'asile, ni les femmes en séjour illégal, ni les femmes ayant acquis la nationalité belge. - OMS (répertoire des estimations de prévalence dans les pays d'origine sur la base des EDS).	Estimation de la prévalence de femmes mutilées en Belgique et des filles à risque (application de la prévalence globale dans le pays d'origine aux effectifs de femmes résidant en Belgique par nationalité). Rem. : La nationalité des femmes n'indique pas leur « ethnies ».	12.415 femmes (avec statut de séjour de plus de 3 mois) sont originaires d'un pays africain où les MGF sont pratiquées. 2.211 femmes résidant en Belgique sont probablement victimes de MGF. 534 filles sont à risque d'être excisées (0-14 ans).
IMT DUBOURG & RICHARD, 2010	1/1/2008 - DGSIE (Registre des personnes physiques) : femmes étrangères et naturalisées. - ONE, Kind & Gezin (avis de naissance) : deuxième génération. - Fedasil (JAOUI, 2009) : demandeurs d'asile. - EDS et MICS (prévalence dans les pays d'origine).	Estimation de la prévalence de femmes mutilées en Belgique et des filles à risque (application de la prévalence par tranche d'âge connue dans le pays d'origine aux effectifs de femmes résidant en Belgique par nationalité).	22.840 femmes et filles sont originaires d'un pays où l'excision est pratiquée 6.260 femmes sont très probablement excisées. 1.975 filles sont à risque d'être excisées. 3.350 femmes excisées ou filles à risque résident en Région flamande ; 3.037 en Région de Bruxelles-Capitale ; 1.648 en Région wallonne. En Région wallonne, la répartition est la suivante : Brabant wallon (174), Hainaut (268), Liège (649), Luxembourg (59), Namur (125).
CGRA Données transmises lors de l'enquête	2006-2009 - Données internes	Comptage des décisions prises par le CGRA pour des dossiers où le risque de MGF est cité comme motif à l'appui de la demande d'asile.	521 décisions ont été prises par le CGRA. ³⁴ En 2006 : 88 En 2007 : 83 En 2008 : 185 En 2009 : 165

³⁴ Toutes les décisions prises par le CGRA pour un motif de MGF n'ont pas été positives (voir le Tableau 7).

**Tableau 5 : Prévalence des MGF en Belgique
et en Communauté française (suite)**

RÉFÉRENCE	ANNÉE ET SOURCES	MÉTHODE	RÉSULTATS
Fedasil JAOUI, 2009	2009 - Données internes - EDS (prévalence dans les pays d'origine).	Estimation de la prévalence de femmes mutilées résidant dans plusieurs centres d'accueil pour demandeurs d'asile (non exhaustif) : Fedasil, Croix-Rouge et ILA (application de la prévalence connue dans le pays d'origine aux effectifs de femmes originaires d'un pays où les MGF sont pratiquées).	598 femmes et filles demandeuses d'asile originaires d'un pays où les MGF sont pratiquées résident dans le réseau d'accueil. 340 femmes et filles sont « certainement mutilées ».
ONE ONE, 2007	2007 - Avis de naissances	Comptage des filles nées en Communauté française d'une mère originaire d'un pays où se pratiquent les MGF.	280 filles sont nées d'une mère issue d'un pays où se pratiquent les MGF.
GAMS Belgique Données transmises lors de l'enquête	2009 - Données internes	Comptage des femmes excisées ou infibulées (demandeuses d'asile ou réfugiées) suivies individuellement par le GAMS Belgique.	179 femmes excisées ou infibulées ont été suivies au GAMS Belgique au cours de l'année 2009. Rem. : 221 femmes se sont présentées au GAMS Belgique et 42 ont été réorientées.

En matière de nationalités

Tant des femmes originaires d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique de l'Est sont concernées, mais incontestablement, le groupe des femmes guinéennes constitue un important effectif depuis le début des années 2000 ; alors que dans les années 1990, l'afflux de femmes djiboutiennes et somaliennes était plus significatif. Le tableau 6 (ci-dessous) reprend les données les plus récentes concernant les nationalités de la population féminine excisée ou à risque d'excision résidant en Belgique.

**Tableau 6 : Nationalités des femmes mutilées
ou probablement mutilées résidant en Belgique**

IMT 2010 DUBOURG & RICHARD, 2010 Données nationales	CGRA 2006-2007 Données d'enquête Décisions pour les dossiers où les MGF sont invoquées dans la demande d'asile	CGRA 2008 Données d'enquête Décisions pour les dossiers où les MGF sont invoquées dans la demande d'asile	Fedasil 2009 JAOUI, 2009 Résidentes des centres d'accueil pour demandeurs d'asile	GAMS 2009 Données d'enquête Femmes suivies individuellement par l'association
Guinée (1812)	Guinée (60)	Guinée (123)	Guinée (215)	Guinée (133)
Somalie (912)	Cameroun (24)	Sierra Leone (9)	Somalie (37)	Mauritanie (6)
Egypte (694)	Kenya (17)	Côte d'Ivoire (6)	Soudan (11)	Niger (6)
Nigeria (651)	Côte d'Ivoire (12)	Mauritanie (6)	Éthiopie (10)	Nigeria (5)
Ethiopie (645)	Niger (11)	Somalie (6)	Burkina Faso (9)	Somalie (5)
Côte d'Ivoire (521)	Sierra Leone (10)	Cameroun (4)	Gambie (9)	Djibouti (4)
Sierra Leone (370)	Liberia (6)	Kenya (4)	Côte d'Ivoire (7)	Kenya (4)
Sénégal (331)	Burkina Faso (5)	Soudan (4)	Djibouti (7)	Côte d'Ivoire (3)
Burkina Faso (307)	Djibouti (5)	Niger (3)	Kenya (6)	Sierra Leone (3)
Mali (286)	Somalie (4)	Sénégal (3)	Mauritanie (5)	Burkina Faso (2)
Djibouti (279)	Mali (3)	Ghana (2)	Nigeria (4)	Togo (2)
Soudan (238)	Mauritanie (3)	Mali (2)	Érythrée (4)	Éthiopie (1)
Mauritanie (233)	Togo (3)	Tchad (2)	Égypte (3)	Liberia (1)
Liberia (163)	Bénin (1)	Togo (2)	Sierra Leone (3)	Mali (1)
Kenya (161)	Érythrée (1)	Bénin (1)	Togo (2)	Soudan (1)
Gambie (127)	Gabon (1)	Burkina Faso (1)	Tanzanie (2)	Tanzanie (1)
Ghana (115)	Guinée-Bissau (1)	Djibouti (1)	Bénin (1)	Tchad (1)
Tchad (82)	Sénégal (1)	Gambie (1)	Cameroun (1)	
Togo (76)	Soudan (1)	Liberia (1)	Mali (1)	
Cameroun (54)	Tchad (1)	Nigeria (1)	Sénégal (1)	
Benin (45)	Yémen (1)	Ouganda (1)	Autres (2)	
République Centra- fricaine (36)		Tanzanie (1)		
Guinée-Bissau (34)		Yémen (1)		
Tanzanie (25)				
Erythrée (15)				
Yémen (12)				
Niger (9)				
Ouganda (1)				
TOT : 8.235	TOT : 171	TOT : 185	TOT : 340	TOT : 179

Rem. : l'estimation de prévalence menée en 2003 par l'ICRH indiquait que, parmi 2.745 filles et femmes résidant en Belgique probablement victimes de MGF ou à risque de l'être, les Ghanéennes (343 femmes) et les Congolaises (331) constitueraient les deux effectifs de population les plus importants (LEYE & DEBLONDE, 2004). Venaient ensuite par ordre décroissant : les Guinéennes (240 femmes), les Égyptiennes (224), les Camerounaises (202), les Somaliennes (193), les Nigériennes (160), les Ivoiriennes (144), les Éthiopiennes (125), les Burkinabaises (108).

La nouvelle étude de l'IMT d'Anvers (DUBOURG & RICHARD, 2010) et les observations de terrain en Communauté française (DIELEMAN, RICHARD & al., 2009) ne confirment pas ces données. En particulier, la pratique de l'excision chez les ressortissantes originaires de la République démocratique du Congo n'est pas avérée. Le taux de prévalence des MGF dans ce pays n'est pas connu avec exactitude, seules des données ponctuelles sont disponibles (OMS, 2008) et laissent voir que l'excision serait très rare et localisée (probablement le fait de réfugiés venus de pays voisins). Concernant le Ghana, une prévalence de 30% a été appliquée par l'ICRH alors que les enquêtes les plus récentes font part d'une prévalence de 3,8% (voir la Figure 2).

- La dernière étude de l'IMT d'Anvers révèle que près de 80 % des femmes concernées par cette problématique en Belgique sont originaires de 10 pays d'Afrique : Guinée, Somalie, Egypte, Nigeria, Ethiopie, Côte d'Ivoire, Sierra Leone, Sénégal, Burkina Faso et Mali. La Région flamande (3.550 filles et femmes déjà excisées ou à risque de l'être) est la plus touchée par la problématique suivie de la Région de Bruxelles-Capitale (3.037) et de la Région wallonne (1.648).
- En 2006-2007, les pays d'origine des 171 réfugiés invoquant un risque de mutilation génitale féminine dans leur demande d'asile auprès du CGRA sont essentiellement : la Guinée (60 personnes) et le Cameroun (24). En 2008, les 185 décisions du CGRA concernaient des personnes venant surtout de Guinée (123 personnes).
- En 2009, parmi 340 femmes certainement mutilées résidant dans les centres d'accueil pour demandeurs d'asile, la plupart provenait de Guinée (215 femmes) puis d'Afrique de l'Est : Somalie Soudan et Ethiopie (JAQUI, 2009).
- Les données transmises par le GAMS Belgique concernant 179 femmes suivies individuellement en 2009 par l'association confirment que la plupart (133/179) étaient originaires de Guinée. Les Mauritaniennes, Nigériennes et Nigérianes comptaient pour près de 10% du total tandis que les Soma-liennes, Djiboutiennes, Ethiopiennes et Soudanaises représentaient 6% de l'effectif.

En matière d'âge

- Au 1^{er} janvier 2008, l'IMT estimait que 1.190 filles de moins de 5 ans étaient à risque ou déjà excisées ; 1.690 âgées de 5 à 19 ans étaient à risque ou déjà excisées ; 4.905 femmes âgées de 20 à 49 ans étaient très probablement excisées ; et 450 âgées de 50 ans et plus étaient également très probablement excisées. Précédemment, l'ICRH avait estimé que 534 filles étaient en âge d'être excisées (0-14 ans) et devraient être considérées comme une population « à risque » pour les MGF (LEYE & DE-BLONDE, 2004). Toutefois cette estimation n'avait pas pris en compte la deuxième génération.
- Les femmes suivies par le GAMS Belgique en 2009 étaient âgées de 20 à 29 ans pour la plupart (62%), ensuite de 30 à 38 ans (17%) et de 18-19 ans (13%). Les femmes de 40 à 48 ans étaient peu nombreuses (3%), tout comme les filles de 15 à 17 ans (4%).

Types d'excision

- Un relevé partiel des femmes suivies par le GAMS Belgique en 2009 (95 femmes sur un total de 179) montre que celles-ci étaient majoritairement excisées de type I (21%) et II (63%). Seules 9% des femmes étaient excisées de type III. Les femmes Guinéennes étaient majoritairement excisées de type I/II (89%) – quelques femmes (5/95) étaient mutilées de type III. Les femmes mauritaniennes étaient excisées de type I/II. Les femmes somaliennes étaient surtout mutilées de type III.

Les cas documentés de mutilation

Plusieurs enquêtes ont permis d'établir d'une part, que des demandes d'excision ont été formulées par des familles auprès de médecins et d'autre part, que des mutilations ont été pratiquées dans le cadre médical.

Des demandes d'excision ou d'infibulation

- Une enquête conduite en Flandre en 2006 au sujet des connaissances, attitudes et pratiques des gynécologues (et stagiaires) exerçant en milieu hospitalier (LEYE & al., 2008) montre que parmi 328 répondants : 6 (1,8%) ont reçu une demande de MGF, 13 (4%) ont reçu une demande concernant la possibilité de faire une MGF en Belgique et 31 (9,5%) ont entendu qu'une MGF avait été pratiquée en Belgique. La recherche ne précise pas quel type de mutilation a été demandé, ni quel membre de la famille a formulé la demande. Les médecins ont refusé de pratiquer une excision ou une infibulation.
- Un sondage effectué dans les quinze derniers jours de 2007 auprès de 254 membres du Groupement des gynécologues obstétriciens de langue française de Belgique (communiqué de presse du GGOLFB 15 novembre 2008) a révélé que 8 demandes d'excision ou d'infibulation ont été formulées cette année-là auprès des gynécologues francophones (cité par GUTIERREZ, Le Soir, 15 novembre 2008).
- Les acteurs de terrain s'inquiètent généralement de savoir ce que les familles demandeuses d'une excision ont pu faire suite aux refus opposés par le corps médical, notamment si elles ont cherché à pratiquer une excision dans un autre pays.

Des réinfibulations médicalisées

Des demandes de réinfibulation post-partum ont été formulées en Belgique auprès du corps médical par des familles originaires de pays où se pratique cette mutilation. Certains médecins ont accédé à ces requêtes dans un cadre hospitalier. En 1995-1996 déjà, les résultats d'une enquête conduite, à l'initiative du Groupe de travail MUSA (Multicultureel Samenleving) de la Fédération humaniste, dans 155 hôpitaux, principalement à Anvers, Bruxelles et Gand ainsi qu'auprès de représentants politiques, médicaux et sociaux sont diffusés³⁵. Il en ressort notamment qu'« *un nombre restreint de médecins gynécologues ou non sont priés plusieurs fois par an de pratiquer une défibulation ou réinfibulation (par exemple après un accouchement). La défibulation est assez souvent pratiquée parce que l'accouchement peut ainsi*

³⁵ VERMEULEN K. (1996) *De stilte doorbreken ? De complexiteit van genitale verminking van vrouwen*, Antwerpen, Humanistisch Vrijzinnige Dienst vzw.

se dérouler sans risque. La réinfibulation est rarement demandée, deux médecins l'ont pourtant pratiquée. Aucun médecin n'a pratiqué l'infibulation ». (Conseil de l'Égalité des Chances entre Hommes et Femmes, 1997, p. 8).

- En Flandre, l'enquête conduite en 2006 auprès de gynécologues (LEYE & al., 2008) a montré que 195 répondants sur 333 (58,5%) avaient vu (au moins) une femme ou une fille excisée ou infibulée en consultation. Parmi eux, 168 ont fourni des soins à (au moins) une femme infibulée. Si 52 (41,6%) ont déclaré avoir reçu une demande de désinfibulation, 34 (27,2%) ont déclaré avoir reçu une demande de réinfibulation. Il ressort que 18 de ces derniers rapportent l'avoir pratiquée et plus précisément : 7 l'ont fait « intégralement », 7 ont laissé une plus grande ouverture qu'avant l'accouchement et 4 ont dit avoir recousu l'épisiotomie pratiquée pour l'accouchement. Ce dernier acte ne constitue pas une réinfibulation, ce qui témoigne probablement d'une certaine confusion dans les déclarations des médecins. Au total, 14 médecins auraient donc pratiqué une réinfibulation. La recherche n'évoque pas des cas de réinfibulations pratiquées à l'initiative du médecin sans l'accord de la patiente.
- Dans la partie francophone du pays, un mémoire de fin d'études réalisé en 2002-2003 auprès de 55 sages-femmes et gynécologues exerçant dans la Province de Liège a révélé que 45,5% (25/55) des répondants avaient rencontré au moins une patiente mutilée au cours des deux dernières années. Les praticiens rapportent que 7 demandes de réinfibulation ont été formulées et que 5 ont été pratiquées (MAGER & NORIEGA TONTOR, 2003).

La médicalisation des MGF est une tendance observable dans certains pays à forte prévalence³⁶ et contre laquelle l'OMS a pris position dès 1979 lors du Séminaire de Khartoum³⁷. Corollaire paradoxal des campagnes sur les effets « néfastes » de l'excision, la médicalisation des MGF est une conséquence involontaire, mais néanmoins réelle. En Égypte, entre 61% et 94% des mères cherchent à faire pratiquer l'excision ou l'infibulation de leurs filles par un médecin (UNICEF 2005 et OMS, 2006). Cela s'observe également au Yémen (76%), en Mauritanie (65%), en Côte d'Ivoire (48%), au Kenya (46%) (OMS, 2006) et au Soudan (36%) (UNICEF 2005). Toutefois, *« même lorsqu'elle est effectuée par des professionnels qualifiés, l'intervention n'est pas nécessairement moins grave ou les conditions sanitaires plus sa-*

³⁶ Égypte, Yémen, Mauritanie, Côte d'Ivoire, Kenya (OMS, 2006).

³⁷ Séminaire du Bureau régional OMS pour la Méditerranée orientale en collaboration avec le Bureau régional OMS pour l'Afrique sur les pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants, Khartoum, 1979.

tisfaisantes. En outre, aucun élément ne permet d'attester que la médicalisation réduit les complications obstétricales ou les autres complications à long terme avérées qui sont associées aux mutilations sexuelles féminines. D'aucuns ont avancé que la médicalisation est un premier pas utile ou indispensable sur la voie de l'abandon total, mais aucun élément de preuve ne vient étayer un tel argument » (OMS, 2008 : 14). En outre, l'implication de membres du corps médical renforce l'idée que les mutilations sont « acceptables » (UNICEF, 2005).

Comment toutefois comprendre que des médecins exerçant en Belgique ont franchi le pas d'un acte contraire à la déontologie et à l'éthique médicale d'autant que le contexte sociétal n'est *a priori* pas favorable aux mutilations et que les auteurs de celles-ci sont pénalement réprimés. L'enquête menée en Flandre parmi les gynécologues (LEYE & al., 2008) révèle qu'au plan des connaissances et attitudes, parmi 316 répondants, 77% estiment que la réinfibulation est une forme de mutilation, 50% disent qu'ils auraient refusé de la pratiquer, 31% déclarent qu'ils auraient expliqué à la femme que c'est illégal mais 19% pensent qu'ils auraient refermé la vulve à la demande de la femme. Si la plupart des gynécologues s'est prononcée contre toute médicalisation, environ un cinquième des répondants a estimé que c'était une forme de « réduction des risques » en voulant minimiser les conséquences d'une réinfibulation « traditionnelle ». Les ateliers d'analyse de situation menés dans le cadre des Stratégies concertées de lutte contre les MGF ont révélé que le souci de « répondre à la demande des femmes » et une posture de « respect de la culture », souvent doublés d'une méconnaissance générale de la problématique, seraient autant de facteurs à même d'éclairer cette situation (DIELEMAN, RICHARD & al., 2009).

L'enquête flamande pointait également le fait que les gynécologues se sentent peu préparés à prendre en charge des femmes mutilées. Spécifiquement, vu le fait qu'aucun code de conduite n'est prévu à ce sujet, les praticiens resteraient confus quant au statut légal de la réinfibulation (LEYE & al., 2008). Le Conseil national de l'Ordre des médecins n'a pas émis d'avis à ce sujet. Une enquête menée en Suisse auprès de professionnelles de la santé a également éclairé ce problème. De même qu'en Belgique, des médecins y ont pratiqué des réinfibulations en se fiant à leur propre jugement vu qu'aucune procédure de référence n'existait en Suisse. Aucune justification médicale n'impose de (re-) fermer une vulve et les recommandations de l'OMS proscrivent fermement cette pratique. Cependant, plusieurs arguments sont invoqués par les cliniciens : « [...] *les droits des patients, la crainte d'exposer ces femmes à l'exclusion sociale ou au rejet du mari si elles sont*

“ouvertes” et le fait que les femmes qui prennent cette décision sont d’âge mûr » (THIERFELDER, TANNER & KESSLER BODIANG, 2005). En Belgique, l’article 409 du code pénal réprime les auteurs de MGF³⁸, mais en l’absence de mention explicite de la réinfibulation au rang des mutilations, certains acteurs associatifs et sanitaires sont d’avis de préciser le texte de la loi. D’autres estiment que la loi est suffisamment inclusive et qu’une circulaire émanant du Ministère de la Santé précisant le statut de la réinfibulation pourrait suffire. Tous s’accordent sur la nécessité d’un travail de sensibilisation auprès du corps médical, en ce compris une information sur la loi en vigueur et le statut de la réinfibulation comme mutilation (DIELEMAN, RICHARD & al., 2009).

³⁸ Voir le point « La loi belge réprimant les auteurs de mutilations ».

Impact des MGF sur la santé

Les conséquences connues des mutilations sur la santé sexuelle, reproductive et mentale des femmes sont multiples (WHO, 2006b ; OMS, 2008), même si la fiabilité des recherches mises en œuvre et la qualité des données collectées ont été critiquées (LEYE, 2008). De plus, au plan sociopolitique, l'argumentaire sanitaire est au centre du combat et des discours militants pour l'abolition des mutilations – en sus d'une mobilisation axée sur les droits des femmes. L'acte de mutilation a des conséquences immédiates : la première est une intense douleur qui peut provoquer une perte de connaissance ou un état de choc. Les saignements sont importants et peuvent entraîner la mort. Pratiquées avec des instruments rudimentaires, dans des conditions non stériles, les mutilations sont la cause d'infections et peuvent générer des cas de septicémie. À moyen et à long termes, les MGF – particulièrement l'infibulation – sont la cause d'infections urinaires, génitales et pelviennes, augmentent les risques de développer des fistules, favorisent l'incontinence, accroissent les risques de transmission du VIH et des IST, causent des difficultés menstruelles, des complications lors de la grossesse et de l'accouchement (déchirures périnéales plus fréquentes, souffrances et morts foetales) et peuvent mener à une stérilité (WHO, 2006b).

En matière de sexualité, plusieurs études montrent que les rapports sexuels sont très souvent douloureux ou déplaisants – parfois impossibles –, que la capacité à atteindre l'orgasme est fortement diminuée, proportionnellement à la sévérité de la mutilation mais aussi eu égard à l'inhibition de l'expression sexuelle (LEYE, 2008). Ces difficultés peuvent avoir un impact négatif sur la vie conjugale. Les conséquences sur la santé sexuelle et sur la sexualité peuvent entraîner des problèmes psychologiques (LEYE, 2008). Sur ce plan, les données disponibles indiquent que les MGF peuvent générer une diminution de l'estime de soi, de l'anxiété, voire des symptômes dépressifs. Des cas de syndrome de stress post-traumatique ont également été observés (BEHREDNT & MORITZ, 2005).

En contexte migratoire, les symptômes d'anxiété ou de dépression constatés chez des femmes migrantes mutilées peuvent être la conséquence des MGF mais aussi du déracinement et de la confrontation à un nouvel environnement culturel (CARCOPINO & *al.*, 2004). Lorsque l'excision ou l'infibulation ne sont pas habituellement pratiquées par les populations du pays d'arrivée, des femmes peuvent ressentir un conflit entre les attitudes oppo-

sées en vigueur dans leur culture d'origine et dans la culture occidentale au sujet de l'excision, mais aussi de la sexualité et des droits des femmes (WHO, 2006a). Le contact avec des femmes non mutilées peut être à la source d'interrogations sur l'identité sexuelle (« être pleinement une femme ») vu l'impératif et la valorisation des mutilations dans les communautés d'origine (LEYE, 2008). Cette question est traitée de manière critique dans le point « D'un sexe à l'autre : des souffrances supplémentaires en contexte migratoire ».

En Belgique, l'enquête menée en 2006 auprès de gynécologues flamands (LEYE & al., 2008) a révélé que les demandes significatives des femmes excisées/infibulées en consultation portaient par ordre de fréquence sur : des difficultés dans la sexualité, des cas d'infection urinaire ou de douleurs chroniques, des problèmes liés à la grossesse et à l'accouchement, des fistules, des souffrances psychologiques et de l'infertilité. En France, le volet qualitatif du projet *Excision et Handicap* récemment mené en France a montré que, quel que soit le type de mutilation, l'absence de plaisir et/ou de désir dans les rapports sexuels est très souvent mise en avant, à des titres divers, par les femmes migrantes excisées (ANDRO, LESCLINGAND & POURETTE, 2009). Le volet quantitatif a mesuré, dans le cadre d'une enquête par questionnaire d'ampleur, l'impact des mutilations sur la santé génésique, gynécologique et sexuelle des femmes concernées (ANDRO, LESCLINGAND & al., 2009). Les résultats obtenus, sur une base déclarative, auprès de 635 femmes excisées (pour un échantillon témoin de 2247 femmes non-excisées présentant les mêmes caractéristiques sociodémographiques) montrent que les femmes excisées cumulent des vulnérabilités sociales au plan de leur état de santé (morbidity et santé fonctionnelle) et de leur rapport à la santé (santé perçue). L'excision exerce un effet propre en accroissant les probabilités d'infections uro-génitales, les douleurs et gênes quotidiennes, les déchirures au moment de l'accouchement et les épisodes de tristesse. ■

Prévenir,
réprimer,
protéger :
action publique
et mutilations
génitales

V - Prévenir, réprimer, protéger : action publique et mutilations génitales

La loi, sa genèse et sa mise en œuvre

La loi belge réprimant les auteurs de mutilations

La loi du 28 novembre 2000 (entrée en application le 1^{er} avril 2001) relative à la protection pénale des mineurs a créé un article 409 du code pénal réprimant³⁹ les auteurs de « *mutilation des organes génitaux d'une personne de sexe féminin, avec ou sans consentement de cette dernière* ». Cette mesure a été assortie d'une levée du secret professionnel dans le cas où un danger grave et imminent menacerait une mineure (article 458 bis du code pénal) – au risque d'être poursuivi pour le délit de non-assistance à personne en danger (article 422 bis du code pénal). Le délai de prescription est de dix ans à partir de la majorité de la victime (article 21 bis du code de procédure pénale). La disposition est extraterritoriale puisque si la mutilation est pratiquée sur une mineure dans un autre pays, toute personne qui y a participé pourra être poursuivie en Belgique lorsqu'elle s'y trouve (article 10 ter du code de procédure pénale). Enfin, au plan civil, en cas d'extrême nécessité appelant une réaction immédiate, le Procureur du Roi peut demander au Juge de la jeunesse de retirer l'enfant de son milieu familial. En cas de risque de mutilation avéré, le Juge des référés peut décider de confier l'hébergement de l'enfant à des tiers et interdire que l'enfant quitte le territoire.

³⁹ Au plan des peines, l'article 409 du code pénal prévoit : « §1er [...] La tentative sera punie d'un emprisonnement de huit jours à un an. §2 Si la mutilation est pratiquée sur une personne mineure ou dans un but de lucre, la peine sera la réclusion de cinq ans à sept ans. §3 Lorsque la mutilation a causé une maladie paraissant incurable ou une incapacité permanente de travail personnel, la peine sera la réclusion de cinq ans à dix ans. §4 Lorsque la mutilation faite sans intention de donner la mort l'aura pourtant causée, la peine sera la réclusion de dix ans à quinze ans. »

Avant de se pencher sur la réception de la loi et sur les modalités de son application, il paraît utile de retracer brièvement la genèse de cette disposition spécifique. En effet, comment comprendre l'introduction d'un projet de loi alors qu'aucun cas d'excision effective sur le territoire ou concernant une résidente n'avait fait l'objet de traitement judiciaire et que seules des réinfibulations pratiquées par des médecins étaient avérées⁴⁰ depuis 1995 ? L'immigration somalienne et djiboutienne, au début des années 1990, avait à peine fait émerger la problématique sur le plan sanitaire quant aux soins et traitements à donner aux femmes souffrant des conséquences d'une infibulation. En 1996, l'asbl GAMS Belgique était créée, donnant une visibilité accrue à ce problème. Le travail de plaidoyer de cette association en faveur d'une pénalisation des MGF et la sensibilité de plusieurs femmes politiques pour ce sujet ont certainement favorisé l'avènement d'une telle mesure au sein d'une loi visant à renforcer la protection pénale des mineurs. L'« affaire Dutroux » (1996) avait, de plus, conduit à une réforme des dispositions sur les abus sexuels sur mineurs.

Vers le milieu des années 1990, la France était par contre traversée par plusieurs procès contre des exciseuses et des parents. La presse belge s'en était fait très tôt l'écho ; une occasion de titrer sur des « *pratiques barbares* » et des « *traditions tribales* » (AFP, *Le Soir*, 19 juin 1991 et 7 janvier 1993). La réaction des pouvoirs publics français est particulièrement instructive, d'autant plus qu'elle semble avoir marqué les esprits des populations africaines concernées. En effet, nombre d'interlocutrices.teurs relataient au cours des entretiens leurs souvenirs des familles et des exciseuses traduites en justice, condamnées et incarcérées. En 1978, le décès par hémorragie d'un nouveau-né des suites d'une excision constitue le premier événement marquant d'une longue suite d'affaires judiciaires portées au-devant de la scène par l'avocate et militante Linda Weil-Curiel à travers l'association Sos Femmes Alternatives, puis à travers la Commission pour l'abolition des mutilations sexuelles (CAMS).

Les premières affaires ont été traitées au Tribunal correctionnel au motif de « coups et blessures » prévu par le code pénal. En 1983, lors du jugement d'une femme française ayant mutilé sa fille, une situation qui ne relevait pas de « l'excision rituelle », la Cour de cassation a considéré que l'ablation du clitoris était à inclure au rang des « mutilations », incrimination déjà prévue par le code pénal. Les associations de lutte contre les mutilations sexuelles (la CAMS et le GAMS) avaient fortement plaidé pour la qualification de ces pratiques en tant que crimes, chose faite en 1984 lorsque le Tri-

⁴⁰ Voir le point « Les cas documentés de mutilation ».

bunal correctionnel de Créteil s'est déclaré incompétent pour une affaire d'excision, la renvoyant en Cour d'assises. En matière de réponse pénale, plusieurs États européens, par ailleurs dotés de dispositions sur les préjudices et lésions corporels ou sur les coups et blessures, ont adopté une législation spécifique condamnant les mutilations génitales, dont les pionniers sont la Suède (en 1982) et le Royaume-Uni (en 1985). Les Etats-Unis et le Canada (1997) répriment également les mutilations génitales. En Afrique, plusieurs pays ont également pris des mesures de ce type : le Soudan (en 1946), Djibouti (en 1995), le Burkina Faso et la République Centrafricaine (en 1996), la Côte d'Ivoire, le Togo et la République Unie de Tanzanie (en 1998), le Sénégal (en 1999).

En 1997, le cas de l'Egypte défraie la chronique et fait grand bruit dans la presse belge et française, concourant probablement à une sensibilité accrue de l'opinion publique tout en donnant une visibilité politique à la problématique – l'amalgamant toutefois à une question de religion. Le Ministre de la Santé égyptien avait décrété en 1996 l'interdiction de l'excision par le corps médical. Mais suite à une bataille juridique menée par des islamistes, le tribunal administratif du Caire avait abrogé le traité d'interdiction et autorisé à nouveau la pratique de l'excision. « *Le Tribunal [...] a expliqué que le ministère ne peut pas décider seul d'interdire donc de criminaliser une pratique sur laquelle ne repose pas de consensus parmi les oulémas* » (AFP, *Le Soir*, 27 juin 1997). Préalablement, le Conseil d'Etat égyptien avait estimé que l'excision pouvait être considérée comme un geste licite, bien que l'islam ne rende pas la pratique obligatoire. Le recours en appel du gouvernement égyptien avait suspendu l'exécution de l'arrêté du Tribunal administratif, l'excision restant donc illégale. À la fin de l'année, le Conseil d'Etat rétablissait finalement l'interdiction de pratiquer l'excision.

Autre facteur d'importance pour expliquer l'avènement d'une loi spécifique, il convient de resituer les engagements internationaux de la Belgique à établir et mettre en œuvre un plan d'action national de lutte contre les MGF. En effet, les années 1994-1995 sont marquées par l'intensification de la mobilisation contre les mutilations. En 1994, l'Assemblée mondiale de la Santé adopte une résolution sur les « *pratiques traditionnelles nocives pour la santé des femmes et des enfants* » et la Sous Commission des Nations Unies sur les Droits de l'Homme établit un Plan d'action pour l'élimination des pratiques traditionnelles néfastes. Le Programme d'action adopté lors de la Conférence internationale sur la population et le développement (Le Caire, 1994) inclut des recommandations pour éliminer les mutilations sexuelles. Enfin, le Programme d'action de la plate-forme d'action de la Quatrième

Conférence mondiale sur les femmes (Pékin, 1995) engage les pays signataires, dont la Belgique, à mettre en place une législation pour protéger les femmes contre les MGF.

Dans ce contexte, la Ministre de l'Emploi, du Travail et de la Politique de l'Égalité des chances, Miet Smet (CD&V), déclare que des cas de mutilation lui sont rapportés : « *Ces pratiques atroces sont aussi appliquées dans notre pays et j'estime que c'est inadmissible* » (LAPORTE, *Le Soir*, 10 novembre 1995). La Ministre envisage en conséquence de présenter un projet de loi interdisant l'excision avec la collaboration du Ministre de la Justice, Stefaan De Clerck (CD&V). Préalablement, elle commande un état des lieux de la pratique en Belgique et un bilan des actions menées en France, dans le cadre plus général d'une réforme de la pénalisation des abus sexuels dont sont victimes les femmes et les enfants.

En 1997, paraissent les conclusions de la recherche⁴¹ menée au sein du Service de criminologie de l'Université de Liège. Les mutilations sexuelles « *pratiquées pour des raisons d'ordre rituel, traditionnel ou, dans certains cas, esthétiques ou ludiques sur le territoire belge ou à l'étranger, sur des fillettes de nationalité belge* » (KERSTENNE, *Le Soir*, 28 octobre 1996) ne sont pas à considérer *stricto sensu* comme des abus sexuels, mais constituent néanmoins une atteinte à l'intégrité de la femme, voire mettent leur vie en danger et devraient donc être pénalisées. Restent des obstacles « moraux » à la pénalisation relatés par la presse : « *De quelle manière [...] un homme occidental qui promulgue une telle loi peut-il être entendu par les ethnies qui pratiquent les mutilations sexuelles ?* » (KERSTENNE, *Le Soir*, 28 octobre 1996). Le risque que la pénalisation renforce la dimension « identitaire » de la pratique est discuté. La recherche recommande de pénaliser « raisonnablement » les auteurs de MGF en fonction de la gravité des mutilations pratiquées sur les enfants de moins de 16 ans. L'étude plaide enfin en faveur d'une approche pénale généraliste (non spécifique) en intégrant une disposition sur les MGF en droit de la jeunesse. Ceci devrait favoriser davantage la prévention de ces actes, diminuer le risque de stigmatisation et éviter de « *caractériser le délit par une intention de nuire ; intention qui ne peut être associée à la mutilation sexuelle pratiquée dans le respect de traditions ancestrales* » (*ibid.*).

Clôturant cette période d'émergence de la problématique, l'avis rendu en 1997 par le Conseil de l'Égalité des Chances entre les Hommes et les

⁴¹ KELLENS G., DEMET S., « Les mutilations des organes génitaux féminins. Les atteintes à l'intégrité des organes sexuels externes », In *Violence Intrafamiliale - Restructuration et modernisation du code pénal*, Etude réalisée à la demande de Miet Smet, Ministre de l'Emploi, du Travail et de la Politique de l'Égalité des chances, 1997.

Femmes sur les mutilations allait considérablement guider les travaux ultérieurs de la Commission Justice de la Chambre. Le Conseil partait du constat que s'il n'y a aucun cas de mutilation avéré en Belgique, « *des femmes vont en France ou retournent dans leur pays d'origine pour y subir l'intervention. On sait qu'aux Pays-Bas, des familles envoient des petites filles à l'étranger dans un tel but. Il faut toutefois supposer que beaucoup de formes de mutilations génitales se font encore dans la clandestinité et qu'elles ne sont pas pratiquées par un médecin* » (Conseil de l'Égalité des Chances entre Hommes et Femmes, 1997 : 9).

Le Conseil s'est prononcé contre toute légalisation de quelque forme de mutilation⁴² que ce soit, même la plus légère⁴³, vu leur caractère de violation des droits fondamentaux, de l'égalité entre hommes et femmes et d'atteinte à l'autodétermination et à l'intégrité. En conséquence et avec prudence dans la formulation, le Conseil a estimé que la Belgique devait adopter des dispositions pénales pour « *incriminer les actes de mutilation mais pas la culture en elle-même* » (*Ibid.* : 17). Pour « *réaffirmer clairement les valeurs que la Belgique se doit de protéger* » (*Ibid.*, p. 19) et pour combler une insécurité juridique s'il fallait recourir à l'article 400 du code pénal relatif aux coups et blessures entraînant une mutilation grave, le Conseil s'est prononcé en faveur d'une disposition pénale spécifique pour « *régler une répression adéquate et proportionnée* » (*Ibid.* : 19). Enfin, le Conseil a insisté sur la nécessité d'une politique de prévention et d'information car « *la seule pénalisation de ces pratiques ne fera qu'accroître la clandestinité de ces délits. [...] Du fait que certaines personnes procèdent à ces pratiques sans avoir conscience de leur faute et que les victimes ne considèrent pas leur mutilation comme un problème, il faut situer la politique de lutte contre la mutilation génitale dans le cadre d'une politique générale de prévention* » (*Ibid.* : 21) . Finalement, la nationalité des victimes et des auteurs n'a pas été retenue comme un critère d'application de la loi.

⁴² La circoncision et les opérations relatives à la transsexualité n'ont pas été considérées par le Conseil comme des mutilations génitales. Le Conseil a souligné que « *seules des raisons médicales solides peuvent justifier une atteinte aux organes génitaux* » (Conseil de l'Égalité des Chances entre Hommes et Femmes, 1997, p. 17). Il faut souligner que la mutilation des « intersexes » n'est absolument pas discutée.

⁴³ Le Conseil est très ferme sur ce point : « *En légalisant la forme la plus légère, on ne s'oppose pas ouvertement au principe de la mutilation génitale et on contribue à son maintien. Ce n'est qu'en interdisant toutes les formes de mutilation génitale que l'on pourra supprimer les malentendus* » (Conseil de l'Égalité des Chances entre Hommes et Femmes, 1997, p. 16).

Réception, perception et application de la loi : le risque de stigmatisation

Engagement du politique, l'adoption d'un article 409 du code pénal constitue depuis presque une dizaine d'années une référence normative forte pour les acteurs belges issus des champs tant militant⁴⁴ que préventif. Dans l'ensemble, les professionnels rencontrés au cours de l'enquête accueillent favorablement cette disposition, vue comme un outil nécessaire et « symbolique », marquant clairement la limite entre le permis et l'interdit, l'acceptable et l'inacceptable. Les mesures similaires votées dans plusieurs pays africains renforcent d'autant le sentiment que la loi est adéquate, en plus d'être une marque de solidarité vis-à-vis des femmes des « pays du Sud ». La position globale des acteurs de terrain pourrait être résumée par cet extrait de la plaidoirie de Maître Verbrouck au Concours international de plaidoiries pour les droits de l'homme (Caen, 2008) et qui lui a fait remporter le 1^{er} Prix et le Prix du public. « *Inutile de plaider le relativisme culturel. Certaines valeurs, comme celles qui sont ici en jeu, sont universelles et doivent être défendues au-delà de toute croyance culturelle. D'ailleurs, dans la plupart des pays les plus concernés, les mobilisations contre l'excision sont bien plus importantes que chez nous. Comme l'a dit Alice Walker (Prix Pulitzer pour La couleur pourpre) en visant précisément l'excision : "La torture n'est pas la culture" » (VERBROUCK, 2008).*

Enfin et *per se*, la loi définit le cadre du travail des juges alors qu'en France : « *A chaque procès, il fallait recommencer, convaincre les procureurs et les juges* » (Extrait d'entretien, Tribunal de Première instance). Si le législateur a tranché le débat, n'en demeure pas moins l'épineux problème de la stigmatisation. Par la voie d'une législation pénale spécifique, et même en l'absence de tout cas effectif, les populations visées par cette disposition sont implicitement désignées. Un atelier mené en 2008 en Suède avec une vingtaine de personnes de la communauté somalie a révélé que cette population se sent stigmatisée par la législation anti-MGF en vigueur (JOHNSNDOTTER, 2009). Renvoyés à une image de « mauvais parents », les Somalis se sentent constamment suspectés de mutiler leurs enfants. D'ailleurs, la (sur-) sensibilisation de l'opinion publique et des professionnels médico-sociaux a

⁴⁴ À titre illustratif, la campagne nationale 2008 du GAMS Belgique et de ses partenaires en vue de prévenir le risque d'excision lors d'un retour au pays pendant les vacances. Intitulée « Pas d'excision pour ma fille ! Pas d'excision pour ma sœur ! », elle mobilise la peur et repose explicitement sur la dimension répressive dans un but préventif : « *L'excision est INTERDITE par la loi belge. Les parents et l'exciseuse peuvent être poursuivis pour une excision faite en Belgique, en Europe ou en Afrique lors d'un séjour pendant les vacances.* » Source : <http://campagne-excision.gams>. [Consulté le 16 avril 2010].

conduit à plusieurs soupçons et signalements infondés de cas de mutilation (il s'agissait notamment de rumeurs). Ceci s'ajoute à un ensemble de pré-supposés stigmatisants, *i.e.* un homme somali ne pourrait être qu' « *un terroriste, un tricheur, un dealer de qat⁴⁵ ou un mutilateur* » (*Ibid.* : 44, Notre traduction).

Reste que la loi n'a pas encore été appliquée depuis 2001. À l'exception des très récentes plaintes déposées auprès de Parquets belges⁴⁶, aucun cas n'a été enregistré dans les statistiques criminelles entre 2006 (date d'introduction d'un code pour les mutilations sexuelles dans la nomenclature des infractions) et 2009. En avril 2009, le Ministre de la Justice Stefaan De Clerck (CD&V) estimait, dans sa réponse à une question parlementaire au sujet des mutilations, que : « *dans ce domaine de délinquance, le nombre de dossiers ouverts dans les Parquets et le nombre de poursuites initiées par les Parquets ne permettent pas de dresser une image du phénomène criminologique que constitue la problématique des mutilations génitales. Il est, en effet, concevable que des centaines d'excisions puissent être pratiquées en Belgique et que, vu la clandestinité de ces opérations, l'herméticité des milieux en cause et la pression intra-familiale, aucune plainte ne soit jamais déposée par les victimes et aucune information ne remonte jusqu'aux services de police et donc jusqu'aux parquets* » (Sénat de Belgique, 2009). Outre l'écart habituel entre la criminalité réelle et la mesure de celle-ci que soulève le Ministre⁴⁷, il faut constater la manière dont le phénomène est d'emblée placé dans le champ de la « délinquance » – sans plus d'interrogation sur la nature criminelle ou non des MGF en rapport avec son ancrage « culturel ». Plus avant, le raisonnement qui consiste à expliquer la clandestinité des pratiques par une « herméticité des milieux » est non seulement tautologique, mais encore n'éclaire en rien un phénomène qui, au même titre que la violence familiale, se déroule par essence dans la sphère « privée » et souffre donc toujours d'invisibilité. Le propos du Ministre est finalement surtout révélateur d'une lecture « communautaire » du problème.

⁴⁵ Le qat est une plante cultivée en Afrique de l'Est et dans la Péninsule arabique. Les feuilles contiennent une substance psychotrope et sont mâchées pour leur effet stimulant et euphorisant.

⁴⁶ Voir le chapitre « Des cas de mutilation en Belgique ».

⁴⁷ Remédiant en partie à ce problème, le GAMS Belgique a formé des policiers aux MGF depuis 2002.

Du côté des populations concernées : la loi ressource, la loi impossible

Si jusqu'en 2009, aucune plainte⁴⁸ n'a été enregistrée sur base de l'article 409 du code pénal, cela renvoie évidemment au fait central qu'aucune victime n'a dénoncé un auteur de mutilation. Certains estiment que « *la pression sociale, la crainte de représailles, le caractère tabou de la pratique au sein des communautés concernées* » (*Extrait d'entretien, Cabinet d'avocats*) expliquent ce constat. Du côté des populations concernées, la répression de l'excision dans les pays européens semble bien connue de tous et ce d'abord à travers l'importante médiatisation des événements judiciaires français et de leur conclusion très marquante, essentiellement la condamnation avec ou sans sursis pour des parents et la réclusion à huit années pour une exciseuse malienne en 1999. Pour Mukhtar, il n'est donc pas imaginable, ou en tout cas difficilement possible, que des familles excisent leur enfant vu le contexte pénal et pas tant par conviction ou par connaissance des conséquences sur la santé.

En tout cas, les familles ici ne peuvent plus le faire parce qu'il y a une contrainte légale du pays d'accueil. C'est interdit. Ils risquent l'emprisonnement. C'est clair, c'est déjà passé de bouche-à-oreille. Parfois à la télé, on voit les scandales à Paris, avec des Maliennes, à Londres aussi des condamnations. Et donc à mon sens, il n'y a pas d'excision au niveau des familles ici. Si ça existe, c'est marginal, ou bien en cachette, et encore... Ensuite, je ne pense pas que les personnes qui vivent ici, les hommes en premier et puis les femmes, je ne pense pas qu'ils sont profondément sensibilisés des méfaits de l'excision (Extrait d'entretien, Mukhtar, 35 ans, Somalie).

Les jeunes femmes concernées ne s'identifient peut-être pas en tant que « victimes d'excision » et éprouvent probablement des réticences à dénoncer leurs parents. Le recours à la loi crée ainsi un espace de dénonciation impossible pour une pratique qui est construite comme nécessaire et perçue de manière valorisante.

⁴⁸ Voir le chapitre « Des cas de mutilation en Belgique ».

Et puis, chez nous, de porter plainte, on ne peut pas. C'est quelque chose qui n'existe pas et qui n'existera jamais dans nos coutumes. Ça n'existe pas. On ne va pas poursuivre les parents pour ces pratiques. Parce que, elles, elles pensent faire mieux (Extrait d'entretien, Amina, 35 ans, Djibouti).

Sur la perception et l'usage de la loi, certaines femmes demandeuses d'asile la réduisent à son caractère instrumental, « respecter la loi pour avoir les papiers »⁴⁹, tandis que d'autres se disent en faveur de la loi et perçoivent l'excision comme une « pratique néfaste », voire « criminelle » au plan de la santé et des droits des femmes. Enfin, la loi ne suffit probablement pas à elle seule à dissuader toutes les familles concernées de pratiquer l'excision, mais elle peut soutenir celles et ceux qui ont décidé d'abandonner la pratique en leur permettant de faire face à l'insistance de leurs familles⁵⁰.

Il convient également de relever le fait que le silence autour de l'excision persiste dans la migration. Les mères, même lorsqu'elles sont militantes, n'en parlent pas toujours directement avec leurs filles car, explique par exemple Binta, ce n'est pas dans l'habitude de parler de ça en famille. Elle estime qu'elle répondra aux questions de ses filles quand elles les poseront. Entre femmes migrantes, le sujet n'est pas facilement abordé, sauf au sein des lieux associatifs et militants spécialement dédiés aux MGF. Binta rapporte que lors des réunions de l'association des femmes guinéennes, et alors que toutes les membres ont été sensibilisées à la problématique, l'excision n'est jamais un sujet de discussion. Si le tabou perdure dans la migration, il faut chercher à l'interpréter comme un effet dérivé de la pénalisation : l'évitement du sujet renvoie à la crainte de savoir qui pourrait avoir excisé sa fille et donc au risque d'être dénoncé, inculpé et/ou expulsé.

Le problème spécifique du dépistage

Du côté des intervenant.es, le peu de recours à la loi s'explique notamment par l'absence d'une politique structurelle de « dépistage » et par le fait que les professionnels à même de détecter, de prévenir et/ou de signaler de tels cas ne sont pas suffisamment sensibilisés ni formés (DIELEMAN, RICHARD & al., 2009). De là, découle logiquement la difficulté à réunir les preuves judiciaires d'un cas d'excision (LEYE & DEBLONDE, 2004), outre le caractère éminemment peu visible et « privé » de ces situations. Les réticences poli-

⁴⁹ Voir le point « L'excision, les "papiers" ».

⁵⁰ Voir le point « Les moyens de protection ».

tiques et les résistances éthiques et déontologiques des acteurs de terrain sont manifestes face à la demande, portée jusqu'il y a peu par le GAMS Belgique, d'intégrer l'examen externe des organes génitaux des filles (et des garçons) à la visite médicale préventive des consultations de l'ONE et de la médecine scolaire (PMS et PSE). S'appuyant sur l'expérience française⁵¹, l'association avance qu'un examen régulier de ce type permettrait de dépister les filles excisées et d'exercer une pression diffuse, mais ferme, à même de décourager les parents (éventuellement) désireux de pratiquer une excision. Étendue à toutes les fillettes, quelles que soient leurs origines, cette mesure pourrait également permettre de dépister d'autres problèmes (e.g. violences sexuelles). Enfin, le GAMS Belgique estime qu'il est actuellement discriminatoire de s'assurer uniquement de la bonne forme de l'appareil génital des garçons. En effet, tandis que l'examen des organes génitaux n'est en fait plus recommandé⁵² par l'ONE après l'âge de 18 mois depuis 2004, un « *examen systématique sommaire* » des organes génitaux externes des garçons est prévu dans les services PSE (CSPS, 2007).

Jusqu'à présent l'ONE et les services PSE se sont opposés à l'organisation d'un contrôle de routine, estimant notamment que le contexte de la consultation n'est pas adéquat et que les enfants manifestent une attitude de « *méfiance et de peur* » à l'égard des intervenants, « *comportement exacerbé depuis l'affaire Dutroux, certains enfants allant jusqu'à refuser que certains professionnels les touchent* » (CSPS, 2007). En 2007, suite à une demande d'avis de la Ministre de la Santé en Communauté française Catherine Fonck (cdH) quant à l'opportunité d'un tel examen vu le nombre limité de familles concernées, le Conseil supérieur de promotion de la santé (CSPS 2007) s'était prononcé défavorablement, privilégiant plutôt une stratégie globale de prévention. Le Conseil avait mis en avant l'effet à double tranchant d'une telle mesure. « *Si l'examen systématique des organes génitaux, lors des consultations ONE et PSE, peut avoir un caractère dissuasif auprès de certaines familles, cette mesure risque tout autant de rompre la confiance de ces familles envers des services qui ne seraient, dès lors, plus consultés (ce qui pourrait constituer*

⁵¹ En France, l'examen des fillettes par des pédiatres des services de protection maternelle et infantile (PMI), équivalent de l'ONE, a été à l'origine de plusieurs signalements judiciaires et d'une mobilisation importante contre l'excision. Ces services départementaux sont chargés d'assurer la protection sanitaire de la famille et de l'enfant et organisent des consultations d'accompagnement et de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes (suivi pré- et post-natal) et des enfants de moins de 6 ans. Actuellement, les intervenants de prévention estiment néanmoins que si l'examen des filles de moins de 6 ans par les services de PMI et la politique de signalement prévue en cas de détection d'une mutilation ont vraisemblablement un effet protecteur, des jeunes filles pourraient être excisées après 6 ans. Isabelle Gillette-Faye, la Directrice du GAMS, résume ainsi le problème : « *Les praticiens de la médecine scolaire ne peuvent pas procéder à des examens systématiques des organes génitaux externes des enfants de plus de six ans – le contexte scolaire ne s'y prête pas et on ne voit pas comment légitimer le fait d'examiner certaines enfants et pas d'autres –. Par contre, les collègues travaillant dans le secteur de la planification familiale rencontrent des jeunes filles venues les voir et découvrent, après avoir reconstitué leur histoire, qu'elles ont été excisées entre l'âge de six et douze ans sans que cela ait jamais été détecté. Souvent, ces jeunes filles se sont fait "piéger" lors d'un premier voyage dans le pays où elles ont été, non seulement excisées, mais encore mariées de force, ce qui constitue un double traumatisme.* » (Mission d'évaluation de la Politique de prévention de lutte contre les violences faites aux femmes, 2009, p. 23).

⁵² L'examen des organes génitaux externes est recommandé à 15 jours, 1 mois, 1 mois et demi et 18 mois. Guide « Prévention et petite enfance » de l'ONE (Ed. 2004).

un dommage important en termes de santé pour ces enfants) » (CSPS 2007). Plus avant, l'articulation problématique entre mission préventive et mission répressive est bien résumée dans l'avis du Conseil supérieur de promotion de la santé. « *Le Conseil attire l'attention sur l'instrumentalisation du médecin vis-à-vis de la justice. [...] Cette pratique impliquant la dénonciation des responsables de mutilations pourrait compromettre gravement la mission de prévention dévolue aux services de santé* » (CSPS, 2007).

De fait, l'ensemble des intervenant.es psycho-médico-sociaux concernés éprouve un malaise à signaler les situations à risque et les cas avérés d'excision vu le risque d'effets contreproductifs, en particulier l'impact probablement négatif sur la relation de soin. Le travail de concertation intersectorielle piloté par le GAMS Belgique au sein des Stratégies concertées de lutte contre les MGF a récemment permis d'entrevoir une piste de résolution du débat. En effet, une des actions du plan opérationnel prévoit d'« *organiser un débat réunissant les professionnels concernés, des experts de la thématique et des spécialistes de l'enfance* » afin de parvenir à « *un consensus sur les procédures les plus adéquates pour identifier les enfants à risque de MGF et les enfants victimes de MGF* » (DIELEMAN, RICHARD & al., 2009). Plus en amont, la sensibilisation, la formation et la mise en réseau des professionnel.les concernés des secteurs de la santé, de la petite enfance, de l'enseignement, de l'accueil des étrangers, de la police et de la justice amélioreraient certainement la détection des situations à risque et la prise en charge globale des familles concernées (DIELEMAN, RICHARD & al., 2009)⁵³.

Autre source de malaise parmi les intervenant.es expliquant la faiblesse des signalements : les menaces pesant sur la cellule familiale en cas d'inculpation et/ou de condamnation des parents freinent les relais vers le judiciaire. Si une disposition pénale spécifique a été prise pour réprimer les auteurs de mutilation, en l'absence de jurisprudence, l'impact de celle-ci n'a pas encore été mesuré, ni anticipé. En l'état, une condamnation au pénal des parents pourrait mener à un placement des enfants excisées (et de la fratrie) en institution/en famille d'accueil. Ou alors privilégiera-t-on de les maintenir dans leur milieu familial ? Autrement dit, les cas d'excision doivent-ils être traités au plan judiciaire de la même manière que les situations de maltraitance ? Une approche globale, « *déculturalisée* », et basée sur les violences en raison du genre recommanderait d'inclure l'excision dans le panorama plus large des violences faites aux femmes (et aux enfants). Il importe toutefois d'évaluer la spécificité (ou non) des mesures à apporter à ces situations et l'adap-

⁵³ Répondant à cette lacune, un guide de prévention et d'accompagnement, coordonné par le GAMS Belgique et financé par le SPF Santé publique, est en cours de publication.

tation conséquente du cadre d'intervention. Si la violence familiale est un phénomène continu, l'excision peut être perçue comme un acte ponctuel⁵⁴ et il est admis pour certains intervenant.es que « *les parents ne sont pas maltraitants par ailleurs* » (*Extrait d'entretien, Médecin*) et qu'« *ils pensent bien faire pour leur enfant* » (*Extrait d'entretien, GAMS Belgique*). Les immigrés font de plus face à des injonctions contradictoires puisque dans leur contexte d'origine « *un "bon parent" ne pourrait pas s'opposer, ou difficilement, à l'excision de son enfant* » et qu'en Belgique, « *on pourrait se dire que le "bon parent" est celui qui empêche l'excision, vu que tous les moyens sont réunis* » (*Extrait d'entretien, Tribunal de Première instance*).

Dernier obstacle observé parmi les acteurs belges : le risque d'expulsion du territoire des parents ayant obtenu le statut de réfugié au motif du risque d'excision de leur fille et dont il serait avéré qu'elle a été mutilée⁵⁵. Que la mutilation ait été ou pas pratiquée, ou décidée, par eux importe d'ailleurs peu aux yeux de la loi et les parents seront tenus pour responsables de l'intégrité de leurs enfants. Plus avant, les liens, perçus comme problématiques par plusieurs intervenant.es, entre politique d'asile et politique criminelle entravent fortement les signalements en cas de risque d'excision ou d'excision avérée.

⁵⁴ Il convient de nuancer cette assertion puisque d'une part, l'impact des MGF s'étale sur toute la durée de vie des femmes concernées et que d'autre part, certaines femmes sont ré-excisées ou réinfilulées à plusieurs reprises.

⁵⁵ Voir le point « L'excision, les "papiers" ».

L'excision, les « papiers »

Droit d'asile et excision

Les MGF ont été progressivement et récemment reconnues comme un fait de torture, au même titre que le viol par exemple, c'est-à-dire des événements du domaine familial et privé, alors que la torture a été pendant longtemps uniquement reconnue sous l'angle politique. (Extrait d'entretien, Médecin).

En Belgique, les demandeurs et demandeuses d'asile qui font état d'un risque de mutilation pour leur fille ou d'un risque de ré-excision ou de réinfibulation pour elles-mêmes (notamment après une opération chirurgicale de reconstruction ou de désinfibulation)⁵⁶ peuvent prétendre à une reconnaissance de la qualité de réfugié auprès du Commissariat général aux réfugiés et apatrides (CGRA) eu égard aux normes internationales, européennes et belges⁵⁷. Le cas échéant, le statut de réfugié octroyé à une fille mineure sera étendu à sa famille (son ou ses parents). Il faut de plus rappeler que la crainte de cette « persécution de genre » (FREEDMAN & VALLUY, 2007) prend le plus souvent place dans un contexte discriminatoire (VERBROUCK & JASPIS, 2009) et est très souvent cumulée à d'autres motifs justifiant l'asile, qu'ils soient genrés ou non (e.g. mariage forcé, violence sexuelle, persécution). En Belgique, le CGRA est une « administration indépendante » en charge de l'examen, au cas par cas, des demandes de protection internationale. Selon les situations, le CGRA octroie le statut de réfugié ou de protection subsidiaire aux étrangers qui en cas de retour dans leur pays d'origine risquent de subir une persécution ou des atteintes graves. Pour les MGF, le CGRA a produit, en 2003 puis en 2008, deux directives internes concernant d'une part, la procédure d'octroi du statut de réfugié en cas de risque de mutilation et d'autre part, la procédure de vérification des conditions fondant l'asile. Une troisième directive est en cours de finalisation (2010). Ces instructions sont rédigées à l'intention des agents traitants et ne sont pas rendues publiques, ni même accessibles aux demandeurs d'asile. Toutefois, un entretien avec deux agents du CGRA a permis de mieux connaître les pratiques en vigueur.

⁵⁶ Certains témoins estiment toutefois que ces cas sont peu pris en compte.

⁵⁷ La Convention de Genève (1951) prévoit que les États signataires accordent leur protection aux personnes victimes de persécutions (en raison de leurs opinions politiques, de leur religion, de leur nationalité, de leur ethnité ou de leur appartenance à un certain groupe social). La Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme proscribit tout traitement inhumain ou dégradant (1998). La Loi du 15 décembre 1980 fixe les conditions d'accès au territoire, de séjour, d'établissement et d'éloignement des étrangers.

Les premiers cas de protection internationale au motif de MGF rapportés par la presse belge datent de la mi-décennie 1990. D'abord aux Etats-Unis, en avril 1996, une jeune femme togolaise âgée de 19 ans et en fuite depuis l'âge de 17 ans avait demandé l'asile pour ne pas « *se soumettre à l'excision à laquelle voulait la forcer l'homme que sa famille lui avait fait épouser* » (N.C., *Le Soir*, 26 avril 1996). Emprisonnée 16 mois durant pour entrée illégale sur le territoire étasunien (sur la base d'un faux passeport acquis en Allemagne), elle venait d'être libérée dans l'attente d'une décision quant au fond sur la crainte de mutilation en tant que persécution au sens de la Convention de Genève. « *Une décision qui pourrait créer un précédent pour les femmes cherchant à échapper aux mutilations sexuelles de par le monde.* » De fait, aucun juge n'avait jusqu'alors accédé à une telle demande vu que « *cette pratique représentait "un rituel important" qui "lie les membres d'une même tribu"* » (*ibid.*). En France ensuite, en juin 1996, la première décision de protection concernait une femme guinéenne en situation irrégulière qui n'avait pas été expulsée, mais bien plutôt rattrapée *in extremis* par un tribunal administratif lyonnais. Le juge avait estimé que « *puisque les filles de cette femme de 28 ans risquaient de subir une excision dès leur retour au pays d'origine, un traitement inhumain et dégradant au sens de la Convention des droits de l'homme, la famille ne pouvait être reconduite aux frontières de l'Hexagone* » (KERS-TENNE, *Le Soir*, 28 octobre 1996).

En Belgique enfin, en janvier 1998, le cas d'une femme somalienne qui avait obtenu le statut de réfugiée politique en évoquant le risque d'excision si elle restait dans son pays d'origine était brièvement décrit par un journaliste (LE-PRINCE, *Le Soir*, 5 janvier 1998). L'année suivante, en mars 1999, le cas d'une femme ouest-africaine était rapporté. Une Guinéenne âgée de 33 ans avait fui son pays en 1991 et résidait illégalement sur le territoire belge alors qu'elle y avait mis au monde quatre enfants. Seule l'aide médicale urgente lui était accordée et, dans l'incapacité de payer le loyer de son appartement bruxellois, elle allait en être expulsée. Sa demande d'asile, introduite en 1993, avait été rejetée car jugée trop tardive et insuffisamment individualisée. Elle justifiait son exil par son appartenance à une minorité persécutée (plusieurs membres de sa famille ont été assassinés). « *De plus, elle refuse d'y retourner car, à coup sûr, ses trois filles subiront l'excision* » (D'HAEYER, *Le Soir*, Mardi 16 mars 1999). La suite de l'affaire n'est pas connue.

L'arrivée de ressortissantes victimes d'excision/infibulation dans les années 1990 (*e.g.* Somaliennes, Djiboutiennes) avait fait émerger le problème des MGF au plan de la prise en charge sanitaire. Ensuite, le travail du GAMS Belgique auprès des femmes mutilées demandeuses d'asile a certainement contribué à la visibilité du problème. En 2000, l'avènement de l'article 409

du code pénal réprimant les auteurs de mutilation a constitué un socle de référence pour le travail du CGRA et a favorisé l'inclusion du « risque de mutilation » en tant que persécution dans la politique d'asile belge. Enfin, et surtout, l'octroi du statut de réfugié au motif du risque de mutilation s'inscrit dans un contexte de réforme générale de la politique d'asile belge (2006-2007) et, plus particulièrement, de la transposition en droit belge, en 2006, d'une directive européenne⁵⁸ d'avril 2004 dite « Directive de qualification »⁵⁹. Résultat d'un mouvement d'interprétation de la notion de persécution en raison de « l'appartenance à un certain groupe social », prévue mais très peu définie par la Convention de Genève (1951), cette réglementation détermine désormais les conditions minimales d'octroi de la protection internationale. Plusieurs alinéas mentionnent que les violences infligées à des personnes en raison de leur sexe, ou de leur orientation sexuelle, et les violences infligées à des femmes ou à des enfants doivent être considérées comme des motifs légitimes de reconnaissance de la qualité de réfugié. En 2006, le CGRA a également adopté une directive interne sur la manière d'appliquer concrètement cette notion d'appartenance à un certain groupe social. Une année auparavant, en 2005, un poste de « coordination pour le genre » était créé au sein du CGRA en vue d'harmoniser les pratiques des agents en cette matière, notamment vu l'accroissement des demandes d'asile pour des motifs liés au genre.

L'octroi du statut de réfugié au motif du risque de mutilation

Entre 2000 et 2005, le risque de mutilation est apparu de plus en plus fréquemment dans les demandes d'asile auprès du CGRA. Le tableau 7 (ci-dessous) reprend le nombre de décisions positives et négatives du CGRA en matière de MGF entre 2006 et 2009 (pour les nationalités : voir le Tableau 6).

⁵⁸ Article 48/3 de la Loi du 10 octobre 2006 modifiant la Loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers.

⁵⁹ Directive 2004/83/CE du Conseil de l'Union européenne, du 29 avril 2004, concernant 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 les personnes qui, pour d'autres raisons, ont besoin d'une protection internationale, et relatives au contenu de ces statuts.

Tableau 7 : Décisions du CGRA au motif de risque de MGF

Année	Total des décisions	Reconnaissance de la qualité de réfugié		Octroi de la protection subsidiaire	Refus	Autres
2006	88	36	41%	0	52	/
2007	83	47	56%	0	36	/
2008	185	141	76%	0	38	6*
2009	160	100	62%	2	54	4

Source : Données transmises par le CGRA lors de l'enquête.

* 5 renoncements

En 2007, le taux de reconnaissance était déjà relativement important (56%) et en 2008, le nombre de dossiers de demande d'asile au motif de MGF traités par le CGRA a doublé par rapport aux deux années précédentes. Le taux de reconnaissance est également le plus élevé de toute la période 2006-2009 puisque 76% des dossiers ont obtenu une décision favorable. Ce chiffre est particulièrement exceptionnel compte tenu que, par exemple, la même année, 661 Guinéens⁶⁰ ont introduit une demande d'asile et que seules 32% des demandes introduites ont connu une issue positive (Source : SPF Economie – données 2008). Enfin, en 2009, les statistiques du CGRA indiquent qu'un peu moins de dossiers basés sur les MGF ont été traités qu'en 2008, mais toujours presque deux fois plus qu'en 2006 et 2007. Le taux de reconnaissance est sensiblement plus faible (62%) qu'en 2008. De plus, et c'est nouveau, deux dossiers ont donné lieu à l'octroi d'une protection subsidiaire. Ce dernier statut de séjour a été introduit en 2006 dans la loi belge⁶¹. Il peut être accordé à une personne qui craint de subir un traitement inhumain et dégradant en cas de retour dans son pays d'origine mais qui ne peut pas prétendre au statut de réfugié. Toutefois, ce statut confère une moins grande protection que le statut de réfugié puisqu'il permet de séjourner en Belgique pour une durée limitée. Après cinq années de séjour ininterrompu pour le même motif, le permis de séjour pourra être octroyé pour une durée illimitée.

Comme pour toute autre demande d'asile présentée auprès du CGRA, lorsque le risque de MGF est invoqué dans un dossier, ce dernier est étudié par un agent traitant qui propose une décision, laquelle doit ensuite être approuvée par le Commissaire. La prévalence dans le pays et dans l'ethnie d'origine de la personne est un critère d'appréciation important. Si elle n'est pas

⁶⁰ En 2008, parmi 1.046.839 étrangers inscrits au registre national, il y avait 3.970 Guinéens (Source : SPF Economie).

⁶¹ Loi du 15 septembre 2006 modifiant la Loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers.

légalement obligatoire, la présentation d'un certificat médical attestant la mutilation de la mère⁶² et d'un constat d'intégrité de la fille à protéger est recommandée dans la pratique pour attester de la situation de risque d'excision.

Le CGRA ne peut jamais OBLIGER un demandeur d'asile à produire un élément de preuve ou un document quelconque. On ne peut donc pas dire que les parents DOIVENT fournir un certificat. Tout demandeur d'asile a aussi la responsabilité de démontrer en quoi la crainte qu'il invoque est fondée. Autrement dit, si une mère dit : "Ma fille n'est pas excisée et je vous demande l'asile pour éviter qu'elle ne le soit", nous estimons qu'elle a tout intérêt à convaincre le CGRA que sa fille ne l'est effectivement pas. De la même manière qu'un militant ou un opposant politique qui dit avoir été torturé a tout intérêt à fournir des éléments de preuve qui pourront corroborer ses déclarations, et donc contribuer à convaincre du fait que sa crainte est justifiée. Le CGRA invite donc le parent à fournir le maximum d'éléments qui puissent convaincre l'agent qui traite le dossier que ce que dit cette personne est vrai ; et dans le cas d'un récit aussi simple que celui d'une crainte de MGF dans le chef d'une fille, l'élément le plus probant, pour attester que la fillette n'est pas excisée, et donc qu'il y a bien un risque, c'est un certificat médical. Ne pas collaborer à cette invitation du CGRA à produire le certificat médical serait une attitude qui serait analysée et prise en considération par l'agent qui traite le dossier (Extrait d'entretien, CGRA).

Les refus de demande d'asile au motif du risque de mutilation sont causés par divers motifs, au premier rang desquels le discrédit dont le CGRA qualifie plusieurs dossiers. Selon cette administration, « la condition fondamentale est que le demandeur d'asile raconte spontanément un récit d'asile crédible et cohérent [...]. Il est hélas incontestable que la procédure d'asile est souvent utilisée (abusée) par des personnes souhaitant obtenir un séjour temporaire ou définitif en Belgique. Et c'est justement le but de la procédure d'asile de rapidement reconnaître la qualité de réfugié aux personnes ayant fui leur pays en raison d'une crainte de persécution tout en refusant, aussi rapidement que possible, les personnes l'ayant quitté pour d'autres raisons (la plupart du temps socio-économiques) » (CGRA, 1998). Toutefois, une crainte de persécution parfaitement fondée pourra être définitivement compromise si le demandeur a, par exemple, présenté une déclaration d'identité jugée frauduleuse. Ce qui fait dire à un témoin privilégié que : « Le CGRA doute de tout et il faut

⁶² Un certificat attestant d'une opération chirurgicale de reconstruction ou de désinfibulation peut être présenté si le risque de ré-excision / réinfibulation est invoqué.

batailler pour faire face à son exigence de "vérité". Tout est toujours suspect, qu'on soit trop militant ou pas assez » (Extrait d'entretien, Cabinet d'avocats). Les agents du CGRA font part qu'ils ont régulièrement affaire à des récits routiniers, à des « histoires types » et finalement, selon eux, à des demandes injustifiées. La difficulté réside donc pour eux à garder leur « *capacité à rester vigilants aux situations véritablement fondées de risque d'excision par exemple* » (Extrait d'entretien, CGRA). Le travail de vérification des sources en vue d'établir la crédibilité d'un dossier est rendu d'autant plus complexe pour des cas qui touchent à la sphère « privée et intime », à la différence des situations publiques de conflit politique et de violence d'Etat.

Une nuance est nécessaire ici aussi. La persécution au sens de la Convention de Genève est toujours une question de crainte individuelle, même si le motif est politique ou qu'il s'agit de violence de la part d'agent de l'Etat. Autrement dit, même s'il y a un conflit politique ou de la violence d'Etat, il restera toujours nécessaire et parfois difficile de vérifier si la personne que l'on a devant nous, dans notre bureau ce jour-là, est bien concernée personnellement par tel ou tel évènement politique qu'il relate et qui a bien eu lieu dans son pays. Idem pour un pays où l'on sait que sont pratiqués des mariages forcés ou bien où des homosexuels sont condamnés à mort. Donc, en résumé, et pour être précis : la différence et la difficulté de traiter ces dossiers vient plutôt du caractère intime, délicat, tabou de ces thématiques de genre et de toutes les conséquences psychologiques qui peuvent en résulter et altérer la manière dont les personnes relatent leur récit, ainsi que de la difficulté à faire des recherches, de notre côté, pour vérifier des faits (Extrait d'entretien, CGRA).

Il faut souligner que, dès 2007, une « *augmentation considérable du nombre de demandes d'asile introduites par des parents (principalement des mères) au nom de leurs filles afin de les préserver du risque de mutilations génitales* » (VAN DEN BULCK, 2009) était observable. Cet « afflux », toutefois très relatif, de demandeurs d'asile au motif d'excision a probablement laissé planer une interrogation sur l'existence d'une « filière migratoire » organisée et laisse voir une ambivalence politique. Si le gouvernement et son administration jugent nécessaire de protéger les filles et les femmes à risque d'excision, l'inquiétude de créer un « appel d'air » est très sensible. Il semble d'ailleurs qu'en 2008, les autorités compétentes envisageaient de n'accorder plus que la protection subsidiaire et non plus asilaire aux victimes (potentielles) de MGF. Ce mouvement de recul a suscité la résistance de l'avocate Céline Verbrouck, spécialisée dans les dossiers de demande d'asile au motif de MGF. Elle rappelait alors avec force que « *les principes directeurs sur la protection interna-*

tionale du HCR [Haut Commissariat des Nations Unies aux Réfugiés] incluent expressément ces violences sexuelles dans le champ d'application de la Convention de Genève et la directive européenne 2004/83 qui définit notamment le statut de réfugié l'a précisé également »⁶³ (VERBROUCK, 2008).

L'avocate estime qu'il faut en conséquence accorder la qualité de réfugié car, même si les mutilations génitales entrent aussi dans la définition du statut de protection subsidiaire en tant que torture, il s'agit « *avant tout d'une persécution à l'encontre d'un groupe social déterminé qui appelle la protection maximale, celle du statut de réfugié* » (*Ibid.*). Elle argumente en outre que « *le statut de protection subsidiaire mène à une impasse. Il enferme la femme dans une situation inextricable en la considérant toujours comme suspecte et en la contraignant à prouver constamment sa bonne foi. Au lieu d'augmenter la protection de la personne considérée, on renforce finalement sa vulnérabilité car on la dépossède de sa propre capacité à s'approprier sa souffrance et à agir contre l'excision [...]. Les rapports qu'elle entretient avec le corps médical et les travailleurs sociaux amenés à devoir produire certificats et attestations sont nécessairement faussés* » (*Ibid.*). Le CGRA accordait jusqu'en 2009 majoritairement le statut de réfugié, même si deux cas d'octroi de protection subsidiaire sont apparus cette dernière année (voir le Tableau 7).

Le suivi des demandeurs d'asile et des réfugiés invoquant les mutilations

En avril 2008, le CGRA a adopté une deuxième directive interne organisant le suivi des familles ayant obtenu la reconnaissance du statut de réfugié au motif du risque d'excision.

Non pas parce qu'il y a plus de demandes d'asile pour ce motif, mais bien parce qu'il y a un risque, non négligeable, que les fillettes quoique reconnues réfugiées, soient quand même excisées. Et que ce contrôle est un moyen, une des formes d'action, pour aider à la prévention (Extrait d'entretien, CGRA).

Vu que « l'agent de persécution » ne se trouve pas uniquement dans le pays d'origine et que la famille de l'enfant est susceptible de pratiquer une excision sur elle, le risque que les filles protégées pour ce motif soient mutilées

⁶³ Elle fait également référence à plusieurs engagements de la Belgique : Convention contre la torture et autres traitements ou punitions cruels, inhumains ou dégradants (1984) ; Convention internationale sur l'élimination de toutes formes de discrimination contre les femmes (1979) ; Convention internationale sur les droits de l'enfant (1989).

semble bien réel, des cas s'étant produits dans d'autres pays européens. Le Commissaire général écrivait à ce sujet que « *dans de nombreux cas, c'est en effet l'entourage familial immédiat qui s'avère responsable des MGF. La pression sociale peut être particulièrement forte. Par conséquent, le risque de MGF pratiquées en Belgique ou dans un autre pays ne peut jamais être totalement exclu. C'est pourquoi le CGRA a instauré une procédure spécifique depuis avril 2008. Cette procédure doit permettre d'assurer le suivi de l'intégrité physique des jeunes filles et de veiller à ce que la protection accordée par le CGRA soit bien réelle* » (VAN DEN BULCK, 2009). Cette mesure est vivement critiquée par certains acteurs du monde judiciaire (VERBROUCK & JASPIS, 2009) vu les liens et la confusion qu'elle instaure entre prévention de l'excision, répression du crime, contrôle migratoire et protection des réfugiés. Et de fait, ainsi que l'écrit le directeur de cette administration, « *le CGRA attire l'attention des parents sur le fait que les MGF sont interdites et punies par la loi en Belgique et dans la plupart des pays européens. Dans le cas où ils procéderaient tout de même aux MGF, des poursuites juridiques seront engagées à leur encontre* » (VAN DEN BULCK, 2009).

Dans un premier temps, les parents concernés sont invités à signer une « déclaration sur l'honneur » rappelant que le statut de réfugié leur est octroyé en raison de l'existence d'un risque de MGF pour leur fille et que les MGF sont réprimées en Belgique. Cette déclaration n'est pas prévue par la loi de 1980 et y souscrire ne conditionne donc pas l'octroi du statut de réfugié. Le CGRA prend en principe une décision indépendamment et préalablement sur la base du risque d'excision et du besoin de protection de l'enfant. Toutefois aucune famille n'a encore refusé de la signer. Cette étape est conçue par le CGRA comme un moment de « sensibilisation ». Il est, par exemple, demandé aux parents comment ils vont faire pour résister à la pression sociale ou familiale. Dans un second temps, puisque le CGRA estime que la loi et l'asile n'assurent qu'une « protection théorique » et étant donné qu'aucun organisme n'a mis en place un dépistage systématique des enfants⁶⁴, le CGRA a décidé de convoquer annuellement les parents concernés à confirmer, certificat médical à l'appui, l'intégrité de l'appareil génital de leurs filles. À l'occasion de ce contrôle, le directeur du CGRA explique qu'« *on vérifie si les circonstances qui ont conduit à la décision de reconnaissance [de la qualité de réfugié] sont toujours d'actualité. Chaque année, il est demandé aux parents de présenter un certificat médical prouvant que leur fille, qui est reconnue comme réfugiée, n'a subi aucune MGF. Dans le cas où les parents ne respectent pas cette obligation annuelle, le CGRA saisira le parquet* » (VAN

⁶⁴ Le CGRA avance que si l'examen médical était pris en charge par d'autres instances, la protection ne serait plus exclusivement théorique et que dès lors il serait peut-être conduit à réviser ses procédés. En 2008, le CGRA a informé l'ONE et d'autres organismes de ce suivi en invitant (indirectement) ces structures à prendre en charge le suivi. Voir le point « Le problème spécifique du dépistage ».

DEN BULCK, 2009). En outre, le CGRA pourrait en toute logique retirer la qualité de réfugié si la crainte à l'origine de la reconnaissance a disparu, ce qui entraînerait la notification d'un ordre de quitter le territoire. Malgré certaines contestations, le CGRA argue qu'il entre bien dans ses compétences de procéder à un tel contrôle s'en référant à la loi ⁶⁵ et au principe de l'intérêt supérieur de l'enfant.

Les contrôles de suivi ont débuté en avril 2009. Un an après que la décision positive quant à l'asile a été signifiée aux parents concernés en raison du risque de mutilation, une lettre leur est envoyée les invitant à fournir une attestation médicale d'intégrité de l'enfant. Depuis avril 2008, les parents joignent un certificat d'intégrité de leur enfant lors de la demande d'asile, donc l'examen annuel devrait permettre de vérifier qu'aucune mutilation n'a été pratiquée depuis lors. Ce suivi est prévu dans les limites de compétence du CGRA, autrement dit il s'arrête si l'enfant n'est plus considéré comme réfugiée (e.g. si elle acquiert la nationalité belge). Aucune limite d'âge n'est encore prévue et il n'y a pas eu de cas de fille atteignant la majorité. Une importante critique porte sur la discrimination entre catégories de réfugiés (VERBROUCK & JASPIS, 2009) puisque c'est pratiquement le seul cas où un suivi postérieur de l'asile est formellement prévu et mis en place. Contre cet argument, le CGRA estime que la différence de traitement est justifiée étant donné que les MGF sont un motif d'asile exceptionnel (il est attribué à un groupe extrêmement vulnérable) et que le simple octroi d'un titre de séjour sur le territoire belge ne suffit pas pour assurer la protection contre l'« agent de persécution » puisque les MGF sont pratiquées dans le contexte familial. Le CGRA estime *a contrario* que la différence de traitement constitue une « discrimination positive » visant à mieux protéger ces réfugiés.

Le CGRA n'organise pas lui-même l'examen médical mais renvoie vers des médecins de référence indépendants de son administration et propose un modèle type d'attestation médicale. Le parent dispose en théorie du libre choix du médecin. Une rumeur circule quant au fait que certains parents sommés de fournir un certificat d'intégrité au CGRA présenteraient de « faux enfants » aux médecins. Le CGRA estime qu'il n'y a « *aucun cas prouvé de fraude de ce type* » (*Extrait d'entretien, CGRA*). Le CGRA avait envoyé en 2008 au Conseil national de l'Ordre des médecins un courrier pour l'informer de la procédure, au même titre que d'autres acteurs. Le Conseil a pris contact

⁶⁵ La loi du 15 septembre 2006 modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers fixe les compétences du Commissaire général aux réfugiés et aux apatrides. Le Commissaire peut : « *abroger le statut de réfugié ou le statut de protection subsidiaire [s'il] le changement de circonstance est suffisamment significatif et non provisoire pour que la crainte du réfugié d'être persécuté ne puisse plus être considérée comme fondée [ou] lorsque les circonstances qui ont justifié l'octroi de cette protection cessent d'exister ou ont évolué dans une mesure telle que cette protection n'est plus nécessaire [ou si] le comportement personnel démontre ultérieurement l'absence de crainte de persécution dans son chef.* »

avec le CGRA fin 2009 et début 2010 pour avoir plus de détails et a remis, au mois de juin 2010, un avis quant aux obligations déontologiques des médecins en rapport avec cette nouvelle procédure du CGRA. Le Conseil a estimé qu'il n'est « ni acceptable ni nécessaire » que les « données sensibles » (e.g. dossier médical, croquis, documentation photographique) soient communiquées à un non-médecin de l'administration et que seul peut être transmis « *le strict nécessaire à l'objet de cet examen médical, à savoir la simple conclusion que la condition de prolongation de l'asile est ou non remplie* » (Conseil national de l'Ordre des médecins, 2010). Le Conseil souligne que, dans ce cas, la consultation du dossier médical par des tiers « appellerait une réglementation spécifique » conforme aux droits du patient (Loi du 22 août 2002). Enfin, le Conseil recommande de définir les critères de sélection de médecins « familiarisés avec la problématique » et « *de donner à ces médecins un statut et de dresser une liste suffisamment étoffée de praticiens qui permette un choix au patient et à sa famille* » (*Ibid.*).

Comme pour la « déclaration sur l'honneur », la procédure de vérification n'est pas prévue par la loi et n'est donc pas obligatoire mais, en pratique, s'y soustraire pourrait entraîner une série de risques pour les familles concernées. Depuis avril 2009, toutes les familles convoquées ont rendu un certificat d'intégrité. Sauf une famille, laquelle n'a pas répondu aux courriers de convocation. Dans le cas où aucune réaction ne ferait suite à trois courriers de convocation, la prochaine directive interne du CGRA (2010) prévoit qu'un signalement sera effectué auprès du Parquet.

Légalement, le CGRA ne peut pas exiger cette attestation, mais si le parent ne la fournit pas après plusieurs rappels, cela sera considéré comme un indice et le cas sera discuté par les personnes responsables de ce suivi au CGRA. Et cette absence de réaction est un des cas de figure pour lesquels il est prévu un signalement au Parquet fédéral (Extrait d'entretien, CGRA).

Cette orientation a été prise après consultation du Service Agression et Crimes d'honneur de la Police fédérale, le CGRA se préparant éventuellement à une action judiciaire : « *Les courriers serviront de preuve en cas de procès. Il ne faudrait pas faire de signalement à la légère, ni mettre les familles sous l'œil de la police* » (*Extrait d'entretien, CGRA*). Toutefois, lorsque les contrôles ont débuté, la presse s'était fait, l'écho du cas d'une vingtaine de femmes qui, n'ayant pas produit de certificats médicaux, « *ne sont dès lors plus en mesure de satisfaire les conditions mises par les autorités belges à leur séjour en Belgique* » (METDEPENNINGEN, *Le Soir*, 25 avril 2009). La police fédérale aurait alors été chargée, dans le cadre d'une action coordonnée avec le ministère public de les retrouver. La suite de l'affaire n'est pas connue.

Si le CGRA et ses agents se doivent de vérifier la crédibilité des dossiers de demande d'asile, « l'exigence de vérité » de cette administration poursuit les réfugiés reconnus bien au-delà. Au départ d'une compétence relative au droit d'asile, le CGRA s'est en même temps institué en acteur de « prévention » et en acteur de « répression ». Empruntant partie de ses méthodes aux procédés policiers, le risque est sérieux de lier la politique d'asile à la politique criminelle et de renvoyer, dans leur pays d'origine, les parents condamnés pour excision sans toutefois savoir ce qu'il adviendra de leurs enfants. La politique d'asile est ainsi visiblement utilisée comme un outil au service du contrôle des flux. Pourtant, l'accroissement des demandes au motif du risque de MGF devrait plutôt être analysé et compris comme un effet du dispositif lui-même. Notamment, l'important travail de sensibilisation du GAMS Belgique auprès des travailleurs des centres d'accueil pour demandeurs d'asile a généré une réorientation plus fréquente des femmes potentiellement concernées.

Le travail associatif dans le cadre de la demande d'asile

D'abord exclusivement bénévole, l'octroi progressif de subventions a permis au GAMS Belgique d'organiser une série d'activités, tant individuelles que collectives et communautaires, dans les champs de la prévention et de la promotion de la santé, de l'éducation permanente, de la cohésion sociale et de l'égalité des chances. L'objectif général de l'association est de contribuer à l'éradication des mutilations sexuelles féminines en Belgique et dans le monde et ce à travers plusieurs stratégies : la sensibilisation du grand public, la prévention auprès des communautés, la formation continue des professionnels, le suivi individuel à la demande, l'organisation de la concertation des acteurs (SC-MGF), le plaidoyer politique et l'appui aux projets en Afrique. L'association a longuement milité pour l'avènement d'une loi interdisant les mutilations. Aujourd'hui, elle revendique un meilleur suivi des filles à risque d'excision en s'appuyant sur les services ONE, PMS et PSE. Dans le cadre d'une « politique intégrée », l'association travaille activement à l'établissement d'un plan d'action national contre les MGF, notamment à travers le pilotage des Stratégies concertées de lutte contre les MGF et la représentation du secteur au groupe de travail coordonné par l'Institut pour l'Égalité entre les Femmes et les Hommes dans le cadre du futur plan d'action national de lutte contre les violences entre partenaires et d'autres formes de violences intrafamiliales (2010 - 2014).

Le public actuel du GAMS Belgique se compose presque exclusivement de femmes demandeuses d'asile invoquant un risque d'excision/ré-excision et/ou un mariage forcé. En 2009, plus de deux tiers des femmes suivies in-

dividuellement par l'association résidaient dans un centre ouvert du réseau d'accueil des demandeurs d'asile (Fedasil et Croix-Rouge), essentiellement en Région wallonne (estimation faite sur un échantillon de 95 femmes sur un total de 179 femmes suivies en 2009). Seul un quart disposait d'un domicile privé, dont la moitié à Bruxelles. Les femmes sont essentiellement orientées au GAMS Belgique par les travailleurs psychosociaux des centres d'accueil pour demandeurs d'asile et/ou par le CGRA. Dans ce contexte, elles viennent afin de consolider la constitution de leur dossier de demande d'asile. « *C'est souvent l'assistante sociale du centre ou alors une amie, une connaissance qui est venue au GAMS. Parfois elles ne savent même pas ce que c'est le GAMS et viennent* » (Extrait d'entretien, GAMS Belgique). Si l'information sur la protection offerte par les autorités belges traverse les frontières, il apparaît à travers cette enquête que c'est surtout en Belgique que des femmes migrantes potentiellement concernées sont amenées à prendre conscience de l'excision en tant que problème de santé et en tant que motif fondant le droit d'asile.

Lors d'un premier entretien au GAMS Belgique, la demande de la femme est écoutée. Le principe du « récit type », de l'histoire routinière, déjà relevé par le CGRA, est également remarqué.

La plupart ont le même récit. Guinéennes, Peules, dans un centre, elles ont demandé pour venir au GAMS par le bouche-à-oreille. Elles ont subi l'excision quand elles étaient petites (5-6-7 ans), elles ont subi un mariage forcé, par exemple suite au décès de leur mari elles ont dû épouser le petit frère, ou alors elles avaient un petit copain et déjà un enfant avec et on leur a imposé un mari, un plus vieux. C'est souvent lié, mariage forcé et excision : l'excision quand elles sont petites et mariées de force plus tard. En général, le papa ou l'oncle ou les deux, oblige la dame à épouser un monsieur plus âgé, un monsieur de la famille, en général il est polygame. Il arrive que l'excision soit liée. Soit c'est : "Il veut exciser ma petite fille." Ou c'est : "Je me suis enfuie avant le mariage parce qu'il veut m'exciser". Ça arrive parfois quand elles sont mineures, il faut absolument qu'on les excise avant. Ça c'est le récit qui revient. Et puis il y a les cas particuliers (Extrait d'entretien, GAMS Belgique).

Pour ouvrir un dossier de suivi individuel au GAMS Belgique, la femme devra également fournir une attestation médicale de son excision et, le cas échéant, de l'intégrité de sa fille. L'examen est réalisé soit dans certains centres pour demandeurs d'asile, soit dans un planning familial partenaire du GAMS Belgique. Il permet de dépister d'éventuels problèmes de santé et de fournir les

soins nécessaires. Le coût de la consultation est pris en charge par le centre d'accueil. Enfin, l'attestation d'excision sera une « preuve » (e.g. de l'excision de la mère et de la non-excision de l'enfant) utile à joindre au dossier de demande d'asile auprès du CGRA.

Clôturant leur demande d'inscription au GAMS Belgique, les femmes sont invitées à signer un « engagement sur l'honneur » (voir Figure 3) stipulant qu'elles protégeront leur fille contre toute forme de mutilation sexuelle et qu'elles respecteront l'article 409 du code pénal réprimant les auteurs de mutilations. Ce contrat n'a pas de valeur proprement légale et ressort donc bien plus du « rappel à la loi » et de l'appel à la responsabilité parentale. Ce procédé a en quelque sorte été dédoublé par la « déclaration sur l'honneur » mise en place par le CGRA puisqu'il lui est antérieur. Les demandeurs d'asile qui, en Belgique, invoquent le risque de mutilation reçoivent donc à plusieurs reprises une information sur le cadre de la loi belge. Tant le CGRA que le GAMS Belgique, à leurs niveaux d'intervention respectifs, éclairent les candidats réfugiés de la répression des mutilations et de leur responsabilité en tant que parents. Les « déclaration » et « engagement » sur l'honneur que les parents sont invités à signer dans l'une et l'autre institution et association sont autant de contrats moraux réitérant le cadre de la loi. Du côté du GAMS Belgique, cet engagement est aussi pensé comme une ressource pour les femmes et les familles qui seraient confrontées à une pression familiale pour faire exciser leur fille : elles pourraient mettre en avant la loi, leur signature et le risque d'être condamnées voire emprisonnées.

Figure 3 : Modèle d'engagement sur l'honneur du GAMS Belgique

Engagement sur l'honneur

Je soussignée, Madame ... , demeurant ... , m'engage solennellement en présence de Madame Khadidiatou Diallo, Présidente du GAMS-Belgique, à protéger ma fille: ..., née le .././.... contre toute forme de mutilation sexuelle.

Connaissant les problématiques de l'excision, je m'engage à respecter l'article 409 du code pénal.

Art. 409 du Code Pénal.

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

La tentative sera punie d'un emprisonnement de huit jours à un an.

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

Art.10 ter du Code de Procédure Pénale

Si la mutilation a été pratiquée sur une mineure, en Belgique ou dans un autre pays, *toute personne qui y a participé peut être poursuivie en Belgique*

Madame ...

Madame Khadidiatou DIALLO

Fait à Bruxelles, le ...

En l'absence d'un examen de dépistage de l'excision⁶⁶, le GAMS Belgique a lui aussi pris l'initiative d'établir un suivi annuel des enfants à l'aide d'un « carnet de suivi de la fillette » (voir Figure 4).

Figure 4 : Carnet de suivi de la fillette du GAMS Belgique

Photo	FICHE N°	<p>Que dit la loi en Belgique:</p> <p>La loi condamne et sanctionne toutes les pratiques de mutilations sexuelles féminines: excision du clitoris, infibulation.....</p> <p>Art. 409 du Code Pénal.</p> <p>§1. Quiconque aura pratiqué, facilité ou favorisé <i>toute forme de mutilation des organes génitaux d'une personne de sexe féminin</i>, avec ou sans consentement de cette dernière, sera punie d'un emprisonnement de trois à cinq ans. La tentative sera punie d'un emprisonnement de huit jours à un an.</p> <p>§2. Si la mutilation est pratiquée sur une personne mineure ou dans un but de lucre, la peine sera réclusion de cinq à sept ans.</p> <p>Art.10 ter du Code de Procédure Pénale</p> <p>Si la mutilation a été pratiquée sur une mineure, en Belgique ou dans un autre pays, <i>toute personne qui y a participé peut être poursuivie en Belgique.</i></p>
Nom.....		
Prénom.....		
Age:.....		
Fille de :.....		
Et de		
Origine:.....		
Adresse.....		
.....		
Tél:.....		
Fait à Bruxelles, le		
Khadidiatou Diallo Présidente		

⁶⁶ Voir le point « Le problème spécifique du dépistage ».

Lors de l'ouverture du dossier, chaque enfant reçoit un carnet individualisé, lui aussi conçu pour aider les familles à résister à la pression sociale. Avec cet outil, les parents sont invités à renouveler annuellement la preuve de l'intégrité de leur enfant. Comme pour le contrôle prévu par une directive interne du CGRA (2008), cette vérification n'est pas obligatoire. En pratique, seules certaines familles s'exécutent.

Ce qui me chiffonne aussi, on s'est battu pour avoir la loi. Elle est connue dans certains milieux. On se heurte à un système que je n'arrive pas à saisir : on accepte de voter une loi, mais on n'accepte pas de mettre des balises, de mettre des barrières pour que ça n'arrive pas. Par exemple, les enfants qu'on excise dès le 7^e jour de la naissance, le médecin ne vérifie pas sous prétexte qu'on va humilier les enfants, les nourrissons. À ce moment-là, qui peut dire qu'un enfant est excisé ? [...] Mon souci c'est le bien être de l'enfant. [...] Il faut faire comprendre aux populations qu'il y a une loi et il faut des sanctions. Si on ne met pas des sanctions, ils vont continuer (Extrait d'entretien, GAMS Belgique).

Les femmes pour qui le GAMS Belgique ouvre un dossier de suivi sont invitées à participer aux séances mensuelles de sensibilisation à l'excision. L'objectif premier du GAMS Belgique est de sensibiliser les communautés concernées pour espérer un « changement de comportement » et *in fine* un abandon de l'excision. Les femmes y reçoivent une information de base sur les conséquences des MGF en matière de santé. Elles y viennent dans la mesure où les centres d'accueil jugent du bien-fondé de cette sortie (les frais de transport pour s'y rendre sont à la charge des centres). De là, certaines femmes « épousent la cause » de la lutte contre les MGF. Pour le reste, une part importante des femmes, une fois leur « problème de séjour » réglé, ne revient pas aux activités de l'association, parfois simplement par manque de temps, s'étant établie de manière plus stable en Belgique. Des témoins relatent cependant que plusieurs femmes, outre leurs priorités et contraintes quotidiennes, craignent de revenir au GAMS Belgique vu ses liens, du moins subjectivement perçus comme tels, avec le CGRA – et la proximité de ce dernier avec les autorités judiciaires. De là à déduire que ces femmes ne viennent plus de peur qu'on « découvre » qu'elles ont excisé leur fille, le pas est trop grand. De même, il est improbable qu'une association d'aide et de prévention à base communautaire « dénonce » ses propres membres.

Toutefois, vu la contradiction pour le GAMS Belgique à assurer en même temps des activités de sensibilisation à destination des populations cibles et des actions de répression de certaines de leurs pratiques, la création de l'association INTACT est venue répondre au besoin d'une action sur le terrain judiciaire.

Recevant des informations lui laissant penser que des MGF se pratiquent en Belgique, l'asbl GAMS Belgique a estimé nécessaire qu'un organisme ou une association indépendante puisse revoir des signalements d'excision et les porter au besoin à la connaissance des autorités judiciaires. Dans cette réflexion, il est apparu qu'aucune institution existante n'avait clairement ce rôle. Par ailleurs, il est vite apparu qu'aucun travail de répression ne pouvait se mener sans prévention et que ces besoins impliquent une réflexion profonde des outils juridiques à disposition ou à développer (Extrait du rapport d'activités de l'asbl INTACT, 2009).

Depuis sa constitution en 2009, l'asbl INTACT a déjà reçu plusieurs demandes de conseil et d'avis juridiques, elle a également reçu des dossiers de plainte en matière de mutilation.

Conclusion intermédiaire

La loi pénale adoptée en 2000 (arrêté de mise en application en 2001) n'a encore donné lieu à aucune poursuite judiciaire⁶⁷. Pourtant, du côté des populations concernées, l'interdiction prévue par la loi semble globalement connue de tous et toutes. Mais une dénonciation de ses parents, proches ou pairs en cas de mutilation avérée reste très improbable et renvoie à un usage « impossible » de la loi. Ceci explique également que le silence autour de l'excision persiste en contexte migratoire, outre le tabou dont la pratique souffre déjà. Les modalités de réception et d'usage de la loi pénale interrogent la place des normes juridiques dans les « changements de comportement ». La loi est utilisée dans au moins deux cas de figure, plus ou moins opposés. « Capacitante », la loi apparaît comme une ressource pour des parents désirant protéger leurs enfants d'une excision (par exemple lors d'un voyage dans le pays d'origine). « Instrumentalisée », la loi est respectée par certains dans la mesure où elle peut garantir un droit de séjour en Belgique.

Du côté des intervenant.es, la réception favorable de la norme pénale est contrebalancée par des obstacles au recours effectif à la loi. Outre le manque d'information et de formation, les conséquences qu'entraînerait un signalement, *i.e.* une « dénonciation » des usagers d'une association de première ligne ou des bénéficiaires d'un service de soins de santé, freinent les relais vers le judiciaire et entravent l'organisation structurelle d'un dépistage des organes génitaux externes des enfants. Les résistances du « terrain » soulèvent des enjeux éthiques et déontologiques en cas d'excision avérée : l'impact sur la relation de confiance et de soin entre médecin et patient, la place particulière du sexe des filles dans les soins de santé généralistes, l'allègement possible du secret médical et l'instrumentalisation de la prévention au service de la répression criminelle ou migratoire. Enfin, l'impact sur la cellule familiale d'une condamnation et/ou une expulsion éventuelle des parents ajoute définitivement au malaise des intervenant.es.

Au plan de la politique d'accueil des étrangers, au départ d'une compétence relative au droit d'asile, le CGRA s'est arrogé une mission de « prévention » à travers plusieurs directives internes, *i.e.* inaccessibles notamment aux demandeurs d'asile concernés. En particulier, dans un contexte d'augmenta-

⁶⁷ Toutefois, en 2009 et en 2010, deux plaintes ont été déposées. Voir le chapitre suivant « Des cas de mutilation en Belgique ».

tion du nombre de demandes d'asile invoquant le risque de mutilation depuis 2006-2007, la mise en place d'une vérification annuelle de l'intégrité des organes génitaux des filles emprunte ses procédés au travail policier dans la mesure où la procédure prévoit, le cas échéant, de signaler les situations suspectes auprès du Parquet et de documenter un dossier judiciaire. S'il incombe au CGRA et à ses agents de vérifier la crédibilité des dossiers de demande d'asile, « l'exigence de vérité » poursuit les réfugiés reconnus au-delà de l'octroi du statut. Le risque est sérieux de lier la politique d'asile à la politique criminelle et de renvoyer, dans leur pays d'origine, des parents condamnés pour excision – sans savoir toutefois ce qu'il adviendra de leurs enfants puisque les procédures ne prévoient pas encore ce cas de figure.

Vraisemblablement, la crainte des autorités d'asile de créer les conditions d'un « appel d'air » ou de renforcer les « filières migratoires », vu l'augmentation sensible des demandes d'asiles fondées sur le motif de crainte de MGF, est visible. La politique d'asile est ici constituée en outil au service de la politique migratoire et du contrôle des flux. Pourtant, cet accroissement doit plutôt être compris comme un effet du dispositif lui-même, l'ouverture d'une catégorie d'asile entraînant nécessairement le recours à celle-ci par les personnes concernées. Notamment, le travail de sensibilisation du GAMS Belgique dans les centres d'accueil pour demandeurs d'asile a généré une orientation plus fréquente des femmes victimes de MGF et de leurs enfants vers ce type de demande.

Enfin, au plan de l'intervention associative en regard de la politique d'asile, la convergence de certains intérêts et la similitude de divers procédés entre le GAMS Belgique et le CGRA induisent une série d'effets sur les comportements des usagers vis-à-vis de l'association. La dimension militante et, en son sein, les choix stratégiques « du côté de la loi » du GAMS Belgique, posent la question des limites d'un travail de prévention articulé au contrôle, à la contrainte et à la sanction. Les demandeuses d'asile reçoivent bien une information sur les conséquences de l'excision en matière de santé. Mais les tensions entre sensibiliser et faire peur, entre protéger et dénoncer peuvent aussi provoquer des contre-réactions, vu le cadre plus général de constant rappel à la loi des réfugiés concernés par l'excision. Si le GAMS Belgique est parfaitement cohérent dans son plaidoyer pour la loi et ce qui en découle logiquement, d'autres intervenant.es de première ligne, tout en partageant la nécessité de la loi, restent réticents quant aux modalités et aux conséquences de son application. ■

Des cas de mutilation en Belgique

VI - Des cas de mutilation en Belgique

Le silence et la rumeur

Enquêter sur une pratique taboue et criminalisée s'avère un exercice difficile, d'autant compliqué par le silence et les rumeurs qui l'entourent. Par exemple, plusieurs intervenant.es et interlocutrices.teurs rencontrés sont convaincus qu'il existe des cas d'excision en Belgique. Interrogés plus avant, ils sont néanmoins bien en peine de décrire objectivement, faits à l'appui, ces situations. Ils font part de « on-dit ». Des rumeurs circulent de ville en ville et de service en service. S'agit-il de cas fondés dont on ébruite discrètement l'existence, comme autant d'indices, plus ou moins intentionnels, destinés aux autorités publiques pour susciter leur mobilisation ? Ces rumeurs font entendre, en substance, que la pratique continuerait clandestinement. Il y aurait une exciseuse, ici à Anvers, là à Koekelberg ou à Verviers, dans tel quartier où « la communauté » est importante. Des parents se rendraient aux Pays-Bas ou en Angleterre car c'est plus accessible que le pays d'origine. Un médecin serait même connu pour pratiquer des réinfibulations.

Pour sa part, Binta souligne que les exciseuses sont des « vieilles personnes » et qu'elles n'ont pas pu migrer pour cette raison. Elle décrit aussi les exciseuses comme des femmes courageuses « *Pour oser faire cela. N'importe qui ne peut pas le faire* » (Extrait d'entretien, Binta, 45 ans, Guinée). A l'inverse, Awa relate l'histoire d'une exciseuse qui aurait pratiqué à domicile il y a 3-4 ans dans un quartier bruxellois. Les voisins entendaient des pleurs. « *Dans cet immeuble, on voyait que les petites filles descendaient chaque fois il y avait des pleurs et tout ça* » (Extrait d'entretien, Awa, 50 ans, Sénégal). Elle n'en dit pas plus. Pour sa part, Roughy a connu ce genre de situations en France dans les années 1980 mais, elle ne sait pas ce qui se passe exactement en Belgique. Elle est pourtant convaincue que cela continue secrètement.

En France, je l'ai vu moi, dans les salles de bain. Quand je le voyais à l'époque, je ne pensais pas... Pour la Belgique, il faut être honnête : je peux pas dire que ça se pratique ici ou pas. Mais je suis persuadée que ça se pratique ici. La majorité des femmes qui vivent ici ont demandé l'asile et donc ne peuvent pas voyager. Des enfants sont nés ici et je suis sûre que quelque chose se trame et qu'on n'arrive pas à percer. La communauté la plus importante ici, les Guinéennes, quelque chose se passe. Soit pendant les vacances chez les grands-parents, sans rien dire. Soit ici, les enfants sont mutilées à leur naissance, ou après les visites de l'ONE (Extrait d'entretien, Roughy, 50 ans, Sénégal).

La rumeur fonctionne de pair avec le silence. Plusieurs interlocutrices teurent qu'« on ne parle pas de ça ». De fait, pèse sur l'excision le poids du tabou doublé, dans un contexte de pénalisation des mutilations, de suspicion réciproque et du risque d'être dénoncé, d'autant plus que « *tout le monde se connaît* » (Extrait d'entretien, GAMS Belgique), ce qui contribue certainement à une forme de circonspection entre pairs. Enfin, la réserve entourant l'excision n'épargne pas les acteurs de prévention et de lutte contre l'excision éventuellement en possession des « secrets » de leurs usagers.

Certaines personnes savent exactement ce qui se passe mais ne peuvent pas le dire parce qu'ils sont dans des positions de militantisme. [...] Ils n'osent pas dénoncer leurs compatriotes (Extrait d'entretien, Roughy, 50 ans, Sénégal).

Chez la femme adulte, des plasties vulvaires non consenties⁶⁸

En 2009, une victime a, pour la première fois, porté plainte pour mutilation devant un Parquet belge dans une affaire qu'il serait opportun de qualifier de « plastie vulvaire non consentie en contexte hospitalier ». Ce cas a été soumis par le GAMS Belgique à l'asbl INTACT et est encore à l'instruction, d'où le peu d'information à ce sujet.

Une femme majeure d'origine maghrébine affirme avoir été mutilée (une partie de sa vulve, de ses petites lèvres et de ses grandes lèvres) par son gynécologue, à son insu, à l'occasion d'une intervention chirurgicale après un accouchement⁶⁹. Cette femme a été orientée vers un avocat spécialisé (Extrait du rapport d'activité de l'asbl INTACT, 2009).

L'enquête judiciaire déterminera probablement la nature exacte de cette situation : s'agit-il d'une erreur médicale, d'un malentendu, d'un acte « criminel » ou d'une chirurgie esthétique pratiquée d'initiative par un professionnel de la santé ? De plus, l'origine maghrébine de la plaignante est interpellant, car à l'exception du Sud du Maroc où de rares cas d'excision sont signalés, le Maghreb n'est pas identifié par l'OMS comme une région connaissant les MGF.

En 2009 également, un cas de réinfibulation en contexte hospitalier a fait l'objet d'un conseil juridique. Ce cas a été soumis par le GAMS Belgique à l'asbl INTACT mais n'a pas donné lieu à une plainte.

Une femme majeure d'origine africaine affirme avoir été réinfibulée après son accouchement dans un hôpital, malgré une demande expresse de l'intéressée et de son mari de ne pas réinfibuler. Informée de ses droits et des procédures existantes, l'intéressée a préféré ne rien entamer et solliciter une intervention de chirurgie « réparatrice » (Extrait du rapport d'activité de l'asbl INTACT, 2009).

Certains témoins rencontrés au cours de l'enquête se demandent s'il s'agirait d'un acte d'épisiotomie interprété par la femme comme une réinfibulation (non consentie).

⁶⁸ Pour plus de détails sur les réinfibulations médicalisées, voir le point « Les cas documentés de mutilation ».

⁶⁹ Des sources complémentaires indiquent que l'opération ne s'est pas déroulée au moment de l'accouchement mais quelque temps plus tard pour, supposément, corriger les séquelles de celui-ci.

Chez les enfants, entre situations à risque et risques avérés

Les situations « à risque »

Les inquiétudes communément partagées par les intervenant.es portent notamment sur les familles originaires de Somalie et de Djibouti arrivées au milieu des années 1990 et régularisées en 1999-2000 à l'occasion d'une opération de régularisation. De plus, certaines ont acquis la nationalité belge. Les femmes infibulées suivies à l'époque par le GAMS Belgique ont ensuite été « perdues de vue ». Elles ont désormais la possibilité d'effectuer un séjour dans leur pays d'origine, n'étant ni demandeuses d'asile ni réfugiées⁷⁰. « *Tant que la crainte de l'interdit joue sur le statut de séjour, on peut penser que cela freine suffisamment les volontés d'exciser, mais ensuite ?* » (Extrait d'entretien, Tribunal de Première instance).

Au cours de l'enquête, quelques situations concernant cette population ont émergé. Un médecin généraliste de la région liégeoise relate le cas de deux jeunes femmes somaliennes infibulées venues le consulter en 2009. Nées en Somalie, elles vivent en Belgique depuis plusieurs années. Elles sont infibulées et il suppose, sans avoir pu le vérifier, que cela a été pratiqué avant la migration de la famille. Les jeunes femmes sont peu prolixes et déclarent ne pas vouloir faire exciser leurs futures filles.

Deux jeunes femmes somaliennes et célibataires, âgées de 18-20 ans, sont venues seules consulter pour un problème de retard de règles. Elles craignaient de ne pas pouvoir être enceintes et en conséquence "d'être rejetées ou répudiées". À l'occasion du deuxième rendez-vous, le médecin les a examinées et a pu constater qu'elles étaient infibulées. Elles ne voulaient pas s'étendre sur le sujet. Le médecin pense qu'elles sont établies dans la région depuis 3 ans et que leur présence en Belgique est antérieure. Elles sont scolarisées et maîtrisent le français. Leurs papiers de séjour sont en règle. Elles vivent chez leurs parents et ont des frères et sœurs. Elles sont nées en Somalie. Pour le reste, elles sont restées

⁷⁰ Les candidats réfugiés, outre les risques qu'ils encourent, ne peuvent pas rentrer dans leur pays d'origine sous peine de faire échouer la procédure d'asile. Les réfugiés reconnus risquent de ne pas pouvoir rentrer dans leur pays d'origine tant qu'ils n'ont pas acquis la nationalité belge.

très discrètes sur leur vie privée et le médecin n'a pas été intrusif dans ses questions. La première estimait que pour elle-même il n'y avait plus rien à faire concernant son excision, mais que pour ses futures filles, elle ne le ferait pas. La seconde était plus réticente, mais témoignait aussi son souhait de ne pas perpétuer la tradition. Depuis cette discussion, les filles ne sont pas revenues consulter (Résumé d'entretien, Médecin, Verviers).

Un autre cas concerne une adolescente excisée très précocement, probablement dans son pays d'origine, et qui ignore qu'elle l'est. Le médecin qui relate cette situation s'est trouvé dans l'embarras d'annoncer ce « diagnostic » à la patiente.

Une fille somalienne de 14 ans est venue pour une consultation IVG dans un planning. Elle vit en Belgique depuis l'âge de 3 ans. Elle a été excisée (type II), mais ne s'en souvient pas. Le médecin pense donc que ça a dû être pratiqué avant son départ pour la Belgique. Elle a un premier enfant de 6 mois et elle vit sans ses parents, dans une maison maternelle. Elle dit qu'elle n'est pas excisée – autrement dit elle ignore qu'elle l'est. Le médecin voudrait le lui annoncer, mais ne sait pas comment s'y prendre pour ne pas paraître intrusif ou jugeant. La patiente n'est pas revenue (Résumé d'entretien, Médecin).

Deux interlocutrices privilégiées ont relaté des discussions qu'elles ont eues avec leurs pairs. Une amie d'Amina vit sous la pression de son mari qui veut faire exciser leur fille, envers et contre tout. Amina estime que c'est une situation à risque.

J'étais avec elle [une amie] et son mari lui a dit : "Il faut qu'on fasse à ma fille."

J'ai dit :

- Il faut que je discute un peu avec ton mari, c'est pas normal que vous puissiez exciser.

- Non, non il y tient. Moi je ne veux pas, Mais lui il y tient.

C'est un petit têtù ! Je l'ai connu c'est un homme qui est vraiment obtus et qui est dans sa position même en vivant ici. Il a une certaine idéologie que je n'aime pas trop. Et je me dis que lui, il va finir par le faire ! (Extrait d'entretien, Amina, 35 ans, Djibouti).

De même, à l'occasion d'une visite chez une amie, Farida a entendu dire celle-ci que si elle avait d'autres filles, elle les ferait exciser et que c'est simple car « il suffit de les envoyer au pays ». Cette dame a déjà eu plusieurs filles, âgées aujourd'hui de 18-20 ans et qui ont manifestement été excisées avant la migration. Farida a également observé que cette femme veut continuer la pratique pour les mêmes raisons qu'au pays.

Pour ne pas trop avoir envie des hommes en bas âge. Il n'y a pas une raison, c'est ça ! Pour empêcher les femmes d'avoir de la sensualité parce que le clitoris est sensible (Extrait d'entretien, Farida, 25 ans, Niger).

Enfin, au mois de décembre 2009, lors d'un débat suivant la projection d'un film documentaire sur les MGF, un spectateur belge a témoigné spontanément d'un cas qu'il avait pu observer il y a une quinzaine d'années dans la Région bruxelloise. Il s'agissait d'un père soudanais, séparé de son épouse canadienne, qui aurait renvoyé sa fille dans son pays natal vers l'âge de 16 ans pour la marier et, à cette fin, l'infibuler. Il n'a plus jamais eu de nouvelles de cette situation.

Des excisions pratiquées dans le cadre familial

Au-delà des rumeurs et des risques, la présente enquête a permis de mettre au jour quelques cas d'excision avérés en Belgique. Toutefois, ceux-ci sont « problématiques » à deux égards. D'une part, certains ont fait l'objet d'une plainte et très peu de données précises sont disponibles. D'autre part, dans certains cas, les experts appelés à vérifier ceux-ci ont posé des diagnostics contradictoires.

En 2009, des médecins d'un planning familial ont signalé auprès d'un Parquet belge la situation d'une fillette probablement excisée sur le territoire. Ce cas a fait l'objet d'un conseil juridique de l'asbl INTACT.

Deux médecins d'un planning familial nous ont contactés pour avoir des conseils suite au fait qu'ils avaient constaté une possible infibulation sur une enfant d'origine africaine de 2 ans et demi née en Belgique. Nous leur avons conseillé d'effectuer un signalement au Parquet ce qui a été fait. Les médecins plaignants ont toutefois retiré leur plainte, après qu'un urologue a diagnostiqué une malformation rare⁷¹ (Extrait du rapport d'activité de l'asbl INTACT, 2009).

⁷¹ Il ne s'agissait pas d'une malformation rare mais d'une coalescence des petites lèvres. C'est une affection fréquente, bénigne et asymptomatique (THIBAUD & DUFLOS, 2003).

De plus, ce cas a été rapporté par plusieurs témoins au cours de la recherche. La synthèse des entretiens, présentée ci-dessous, fait apparaître des éléments utiles à la compréhension globale du cas.

Une année auparavant, la fillette et ses parents avaient été reconnus réfugiés par le CGRA au motif du risque d'excision. Le dossier de demande d'asile apportait la preuve que la fille n'était pas excisée. Répondant à l'exigence du CGRA que les familles attestent annuellement de l'intégrité des organes génitaux des enfants protégés au motif de risque de MGF, la fillette a été amenée devant un médecin qui a constaté une infibulation. L'attestation médicale à destination du CGRA a été remplie en conséquence. Toutefois, dans le doute, un avis urologique a été exigé et mentionné sur le certificat de (non) intégrité. De plus, l'équipe médicale se questionnait sur l'opportunité de signaler ce cas au Parquet car certains médecins ressentaient une contradiction avec le secret médical. Plus tard, l'examen de l'urologue a conclu à un accolement spontané des petites lèvres (coalescence) et pas à une mutilation, ni à une malformation. Ce spécialiste aurait d'ailleurs procédé à une ouverture chirurgicale de la vulve de la fillette alors qu'il est en général conseillé de ne pas intervenir chirurgicalement pour éviter les risques de récives et ce qui montre, le cas échéant, une méconnaissance des pathologies vulvaires de la petite fille. Les parents, d'abord furieux d'avoir été accusés à tort, auraient finalement remercié les médecins pour avoir diagnostiqué un réel problème de santé. In fine, des attestations médicales contradictoires ont été rendues au CGRA. La famille a été convoquée par le CGRA et a eu « l'air sincère ». Le CGRA n'a semble-t-il pas signalé ce cas auprès du Procureur du Roi (Résumé et synthèse de plusieurs entretiens).

De cette affaire, il ressort que les médecins n'ont pas posé un diagnostic identique et uniforme pour un même cas – ce qui questionne la validité éventuelle des certificats médicaux en cas de procès et qui rend nécessaire pour certains intervenant.es la prise de photos. De plus, il faut souligner que l'ensemble des intervenant.es impliqués (médecins, CGRA) a agi avec prudence au plan du recours judiciaire. En particulier, les médecins de première ligne ont émis des réserves à relater de telles situations auprès des autorités du Parquet. Enfin, seul bénéficiaire, la fillette examinée a pu être diagnostiquée et soignée – même s'il apparaît que, dans ce cas, le traitement préconisé n'était pas adéquat⁷².

⁷² Selon Thibaud et Duflos (2003), le décollement médical des lèvres est inutile dans la plupart des cas vu que l'accolement se défait spontanément dans l'enfance ou à l'adolescence. Ces auteurs estiment que les traitements sont souvent traumatisants et de plus, suivis de récive.

Au sujet de la difficulté à poser un diagnostic médical unanime, un cas récent est rapporté en substance comme suit par un médecin généraliste interrogé lors de l'enquête.

Le cas concerne deux adolescentes de 13 et 16 ans résidant dans un centre pour réfugiés. Leur mère est somalienne et analphabète. Lors d'un examen pour un rapport médical en matière de MGF, un médecin référent du CGRA constate qu'elles ne sont pas excisées. Mais un autre médecin les examine également et conclut au contraire qu'elles sont excisées. Le premier médecin les réexamine et ne voit toujours pas de trace d'une excision. Un rendez-vous a été pris avec un gynécologue expert, mais a échoué. Entre-temps, elles ont été perdues de vue (Résumé d'entretien, Médecin).

Le médecin interrogé a en outre expliqué qu'il est parfois malaisé de se prononcer sur la « bonne » conformation des organes génitaux des nourrissons et des petites filles car le clitoris est très petit. Ces cas renforcent la nécessité de faire examiner les enfants à risque par des professionnels formés et expérimentés.

En 2010, le GAMS Belgique a été sollicité dans le cadre d'une deuxième plainte auprès d'un Parquet concernant une MGF. Ici, un père d'origine africaine aurait été accusé par son ex-épouse de violence sexuelle sur leur fille, ce qui s'est finalement avéré être une tentative d'excision. En effet, l'homme est suspecté d'avoir appliqué de la gomme arabique sur le clitoris de sa fille pour le « rapetisser »⁷³. Le GAMS Belgique a constitué un dossier documentaire sur l'usage de la gomme arabique dans le cadre des MGF pour l'avocat de la plaignante. Il apparaîtrait que le Parquet n'a pas inculpé cet homme en l'absence d'éléments de preuve suffisants.

Les moyens de protection

Pour les familles qui ont choisi de ne pas faire exciser leurs filles, plusieurs ressources et stratégies peuvent être mobilisées, par exemple lors de voyages dans le pays d'origine, pour s'opposer aux demandes de la famille. Un séjour au pays requiert, pour éviter l'excision, de ne pas laisser ses filles partir quelques jours chez une tante ou une grand-mère (hyperprotection) et, si possible, d'être aidée par son mari ; de mettre en avant la menace de la pé-

⁷³ La gomme arabique est un produit corrosif qui peut irriter et brûler les tissus. De plus, des mixtures à base de gomme arabique sont également utilisées pour refermer les grandes lèvres en cas d'infibulation.

nalisation (recours à la loi en vigueur en Belgique) ; ou alors de prétendre que l'enfant a déjà été excisée en Belgique à l'hôpital (dissimulation). Cette dernière stratégie semble également utilisée dans les pays d'origine par certaines familles mais participe d'une continuité des injonctions normatives à pratiquer l'excision.

S'ils me demandent, je dis qu'on a fait ça en Europe. Que c'est pas mal, sous anesthésie. Si elle est déjà excisée, qu'est-ce qu'ils vont te dire ? [...] Tous les gens intellectuels font à l'hôpital. Même s'ils font semblant qu'ils l'ont fait alors qu'ils ne l'ont pas fait (Extrait d'entretien, Binta, 45 ans, Guinée).

Recourir à la loi peut aller de pair avec une double stratégie identitaire. Par exemple, lors d'un séjour à Djibouti avec sa fille, Amina a mis en avant la loi belge pour protéger sa fille désormais belge. Si en Belgique, sa fille est d'« origine africaine » et doit connaître les coutumes de son pays, à Djibouti elle est une « blanche » et elle n'a donc pas besoin d'être excisée.

Et moi quand je suis partie j'en ai un peu parlé autour de moi. J'ai dit : "Vous avez intérêt à ne pas toucher ma fille parce que maintenant ma fille, elle est belge. Donc je peux être poursuivie à cause de ça. Parce que en Belgique c'est une condamnation, oui c'est une condamnation et c'est moi qu'ils vont condamner si vous touchez" (Extrait d'entretien, Amina, 35 ans, Djibouti).

Awa a fait de même avec sa fille, défiant quiconque de la toucher.

J'ai dit : "Voilà, je suis venue mais ma fille ne sera pas excisée et n'essaye pas de la toucher ou essayer de me faire l'honneur ou quoi que ce soit. C'est une Belge, "blanc-bec", et donc elle va pas être excisée." Et mon oncle dit : "Qui va oser la toucher ici ? Surtout pas moi, j'ai pas envie de... Que les casques français⁷⁴ viennent." Parce qu'il croyait que c'était... Ils venaient nous chercher, nous mettre en prison (Extrait d'entretien, Awa, 50 ans, Sénégal).

Plus radicale, la migration figure également au rang des stratégies pour éviter l'excision de leurs filles. Aisha a quitté son pays parce que ses beaux-parents voulaient exciser sa seule fille. Elle craignait qu'on la lui enlève, qu'on la lui « vole », pendant les vacances. Changer de ville ne suffisait pas, il fallait changer de pays – notamment parce que la loi réprimant l'excision n'y est pas concrètement appliquée.

⁷⁴ Les « casques français » renvoient très probablement aux casques de l'ancienne armée coloniale.

C'est pendant les vacances qu'on fait ça. [...] On allait venir un jour, on vole ma fille pour l'excision. Parce que c'est ce qui m'est arrivé moi. Mes tantes m'ont volée. Je me suis dit : " Je ne peux pas continuer à fuir tout le temps, ça va perturber ses études." J'ai expliqué à une copine. Qui m'a parlé d'un commerçant [...]. C'est un monsieur, un Peul, à Conakry. J'ai expliqué mon problème : "J'ai divorcé, je ne peux pas rester avec mes enfants, je veux quitter la Guinée." Parce que ça se fait partout en Guinée. Il fallait quitter la Guinée. Si c'était condamné, tu le fais et on te met en prison, j'aurais pu dire : "Quiconque fait ça..." (Extrait d'entretien, Aisha, 35 ans, Guinée).

Les femmes migrantes sont aussi confrontées à la difficulté de protéger leurs filles restées au pays lorsque le regroupement familial n'est pas possible ou prend trop de temps. S'étant enfuie de son foyer à cause d'un mariage forcé et d'un mari violent en y laissant ses enfants, Awa est habitée par la culpabilité de ne pas avoir pu empêcher l'excision de sa fille aînée car « une mère veut le meilleur pour son enfant ».

Pour ma fille aînée, la pression était tellement forte que j'ai pas pu, j'ai pas pu dire non. Même s'ils l'ont amenée, sans mon consentement, j'aurais dû me battre encore beaucoup plus. Mais je l'ai pas fait. C'est là aussi que je m'en veux, je m'en veux. Et pourtant j'avais une possibilité parce que le père, ce n'est pas quelqu'un qui vient d'une famille qui pratique l'excision. Il est Wolof. Et donc c'est là moi ma faiblesse de ne pas réagir encore, dire non, c'est ça qui me ronge. [...] Donc et là le défi de dire que, bon, la troisième ne sera jamais excisée, c'était un défi. C'était dire : " Maintenant je suis majeure vaccinée et c'est moi qui décide, ce n'est plus vous qui décidez à ma place. Mes enfants, je vais décider." [...] Moi, m'imposer, mon indépendance, dire non et savoir dire oui, quand je veux et quand ça me sent. C'était un défi tu vois (Extrait d'entretien, Awa, 50 ans, Sénégal).

Conclusion intermédiaire

La pratique de l'excision en Belgique (ou à l'étranger sur des filles résidant en Belgique) est difficile à connaître car les personnes concernées disent « ne pas savoir » si des connaissances de leur entourage souhaitent faire exciser leurs filles ou l'auraient fait et de quelle manière. Les interlocuteurs signalent que l'excision n'est pas un sujet habituellement abordé en raison du tabou qui pèse sur cette pratique, mais également en raison de l'interdit pénal et du risque de dénonciation conséquent. Par ailleurs, bien que très peu de cas concrets soient relatés, plusieurs intervenant.es et interlocutrices.teurs éprouvent la conviction intime que la pratique continue. Par exemple, diverses rumeurs circulent quant à la présence d'exciseuses sur le territoire. La population « à risque » la plus régulièrement désignée serait constituée de migrant.es établis en Belgique depuis plusieurs années et ayant obtenu un statut de séjour durable. Pour l'heure, rien ne confirme sérieusement ces indications.

En 2009 et 2010, deux plaintes ont été déposées auprès de Parquets belges pour mutilation. La première a été déposée par une femme majeure qui affirme avoir été mutilée par son gynécologue, à son insu, lors d'une intervention chirurgicale visant à réparer les séquelles d'un accouchement. L'origine maghrébine de la plaignante laisse penser qu'il ne s'agirait pas d'une excision coutumière. Une seconde plainte a été déposée concernant un père d'origine africaine qui aurait tenté d'exciser sa fille selon un procédé coutumier.

Par ailleurs, en 2009, une femme majeure d'origine africaine a affirmé avoir été réinfibulée après son accouchement dans un hôpital, malgré sa demande expresse de ne pas subir cet acte. Ce cas n'a toutefois pas fait l'objet d'une plainte. Il était déjà avéré que des réinfibulations ont été pratiquées par des médecins en contexte hospitalier, sans d'ailleurs que ceux-ci ne soient jamais inquiétés en vertu de la loi belge. Ces cas confirment qu'en l'absence de codes de conduite précis, la réinfibulation a un statut incertain pour certains cliniciens et renforce d'autant la nécessité d'informer ceux-ci de la problématique – en particulier du fait que la réinfibulation est une mutilation punissable par la loi.

En 2009 également, un signalement a émané d'un planning familial dans le cadre du suivi annuel de l'intégrité des filles réfugiées protégées au motif du risque d'excision requis par le CGRA. Ce cas supposé d'infibulation, finalement diagnostiqué comme un cas de coalescence des petites lèvres, a donné lieu à des diagnostics contradictoires entre cliniciens, ce qui illustre la nécessité de former adéquatement des médecins (de référence) pour de tels examens.

Enfin, pour les familles qui ont choisi de ne pas faire exciser leurs filles, diverses stratégies de « résistance » peuvent être observées – notamment lors de voyages dans le pays d'origine : la menace (mettre en avant la loi pénale en vigueur en Belgique), la dissimulation (dire que l'enfant a été excisée en Europe) ou l'hyper protection (ne jamais laisser l'enfant seule avec une grand-mère par exemple). ■

Le lot chaste des femmes

VII - Le lot chaste des femmes : Significations et finalités de l'excision

Chaste. *Du latin « castus » : pur. 1° (vx) Qui s'abstient des plaisirs jugés illicites et des pensées impures. 2° (mod) Qui s'abstient volontairement de toutes relations sexuelles. (Par ext) Où il n'y a pas d'érotisme. (Le Nouveau Petit Robert, 1993).*

Le « système-excision »

Pour ce qui a trait aux finalités et aux significations de l'excision et de l'infibulation, les interlocutrices.teurs rapportent d'abord ce qui a été vécu, appris et compris dans leur pays d'origine. Malgré la diversité des pratiques et des représentations locales, les contenus discursifs divergent assez peu sur le fond. Pour une part, il est certain que le dispositif d'enquête biaise la production des résultats, *i.e.* qu'il les uniformise, soit par les questions posées, soit par le recrutement des enquêtés. Sur ce point, la fréquentation d'associations de prévention et de lutte contre les mutilations exerce un effet propre dans la reconstruction et la restitution des contenus. Epistémologiquement, il est ainsi difficile de départir, dans les discours des interlocutrices.teurs, ce qui est « importé tel quel » du contexte de départ et ce qui est réinventé au cours de la trajectoire.

Plus avant, cette convergence des discours et des représentations touche à la discussion d'un invariant de l'excision. Dans les années 1970 et 1980, plusieurs anthropologues de langue française avaient tenté de fonder, dans une perspective féministe, une interprétation de l'excision (pas de l'infibulation) qui vaille au-delà de ses variations contextuelles (TAUZIN, 1988). Critiquant l'analyse de l'excision comme « rite de passage » symétrique à la circoncision, la pratique avait été conceptualisée comme une opération de consti-

tution de « l'identité femme », le marquage du sexe venant inscrire le genre, soit dans sa finalité procréative (SINDZINGRE, 1979), soit dans sa position subordonnée (FAINZANG, 1985). Dans la continuité de ces travaux, la notion de « système-excision » se dégage, dans cette recherche, des procédés rituels d'excision et d'infibulation et des représentations symboliques qui les constituent. La notion de « système » doit être comprise au sens d'un ensemble de pratiques discursives et matérielles (e.g. savoirs, significations, représentations, rapports sociaux, rites, rôles, normes) qui, articulées entre elles, donnent à voir l'architecture des rapports sociaux – ici sous l'angle particulier de la domination de genre et en second lieu d'âge.

Il convient également de pointer et d'articuler une dimension supplémentaire, celle de l'âge – autrement dit, la domination des aînées sur les cadettes. Si l'excision apparaît comme une activité exclusivement féminine (par les femmes, pour les femmes, entre femmes), elle met en jeu le pouvoir des femmes âgées, organisatrices du rituel, sur leurs filles (les mères) et sur leurs petites-filles. Ces dernières n'hésitent d'ailleurs pas à prendre position, s'il le faut, à l'encontre des décisions du père de famille.

Excision et circoncision : la question des rites de passage

L'anthropologue Nicole Sindzingre a, la première, remis en question les rares travaux ethnologiques réalisés sur l'excision sur la base de l'ouvrage d'Arnold Van Gennep intitulé *Les rites de passage* (1909) et qui la présentaient comme un équivalent féminin de la circoncision. Elle a critiqué d'abord l'androcentrisme des auteurs : « *Toute analyse de la nature de la pression symbolique qui entoure l'excision et tout examen des mécanismes d'incitation qui la font socialement "aller de soi", la rendent désirable et son abolition "impossible" pour celles qui la subissent, a été occultée* » (SINDZINGRE, 1977 : 72). Elle a démontré ensuite que malgré leurs similitudes – exciser et circoncire, « *c'est dans les deux cas, retrancher du corps humain une partie de lui-même, c'est laisser une marque (d'une absence et d'un événement) indélébile qui ne sera pas oubliée, c'est prendre pour point d'application les lieux de la jouissance et de la procréation* » (SINDZINGRE, 1977 : 5) – les deux opérations sont fondamentalement dissymétriques. D'une part, la comparaison embryologique révèle que l'excision pratiquée chez l'homme consisterait à procéder à l'ablation de l'extrémité de la verge (le gland), équivalent de la partie visible du clitoris (FAINZANG, 1985). Les conséquences sur les possibilités de jouissance ne sont donc pas comparables entre les deux pratiques car l'ex-

cision limite fortement la sensibilité sexuelle en mutilant un organe fondamental au plaisir, alors que le prépuce enlevé lors de la circoncision est un morceau de peau. D'autre part, Sindzingre propose une analyse comparée des rituels⁷⁵ de circoncision et d'excision (espace, temps, personnes impliquées) et montre que l'excision n'est précisément pas un rite de passage parmi d'autres.

Au contraire, il est, pour cette auteure, porteur d'une spécificité fonctionnelle et symbolique en tant que rituel de « *production sociale de la différenciation des sexes* » (SINDZINGRE, 1977 : 5). Elle écrit que la circoncision est souvent un grand rituel très valorisé qui mobilise toutes les valeurs de la société, elle est pratiquée dans l'en-dehors du monde quotidien et sur un mode collectif (futurs initiés et assistance initiée). L'excision est régulièrement un rituel privé et abrégé qui mobilise relativement moins d'éléments symboliques (cosmogonies, mythes), qui se déroule plus souvent individuellement dans l'en-dedans de la maison familiale et dans le secret. Enfin, analysant les discours locaux sur l'excision, l'anthropologue avance que le « passage » opéré par l'un et l'autre rituel n'est pas non plus de nature comparable. « *Tandis que la circoncision produit des catégories (homme, adulte, etc.) immédiatement insérées dans des systèmes d'appartenances et de statuts inégaux [...], l'excision crée essentiellement la catégorie "femme"* » (SINDZINGRE, 1979 : 176). La différence centrale entre les deux opérations repose ainsi sur le fait que « *la circoncision est soutenue par des représentations du corps social [et que] l'excision prend appui sur des représentations de la femme, de la différence des sexes ou de la fécondité et se trouve par là corrélative d'une institution particulière, le mariage* » (*ibid.*).

À partir d'une d'enquête de terrain sur les discours relatifs à l'excision dans des familles ouest-africaines (Soninkés, Bambaras et Toucouleurs) résidant en France, l'anthropologue Sylvie Fainzang discute également la non-équivalence entre excision et circoncision. Elle avance que si la circoncision et l'excision sont toutes deux réputées favoriser la fertilité et la fécondité, toutefois « *l'excision aurait pour fonction de supprimer la virilité de la femme [...], la circoncision aurait celle d'augmenter la virilité de l'homme* » (FAINZANG, 1985 : 121). Dévirilisation des unes et survirilisation des autres, pour cette auteure, l'excision n'est définitivement pas un (rite de) passage, mais bien un marquage du sexe inscrivant l'asymétrie de genre et la destinée subordonnée des femmes dans leur corps. La présente enquête confirme que l'excision

⁷⁵ Sur ce point, Sindzingre procède à une critique théorique du modèle de rite de passage de Van Gennep (1909). Elle estime que la notion de rite de passage (ou de transition) couvre des rituels très divers (naissance, puberté, mariage, funérailles), avec ou sans marquage du corps, et que le schéma des « opérations symboliques » est trop général pour en rendre compte. Elle souligne également que la notion d'excision recouvre des opérations très variables et que l'infibulation occupe une place à part (l'excision retranche une partie du corps, l'infibulation obstrue le sexe féminin).

n'est en effet pas toujours une « initiation » aux secrets du groupe social – le « savoir » rituellement transmis est d'ordre domestique et conjugal –, ni même une « transition » car, pratiquée en bas âge, elle ne fait pas passer celle qui la subit dans la catégorie de femme adulte. Dans certains cas, elle n'est parfois même pas (ou plus) ritualisée et se déroule sans qu'aucun événement marquant la reconnaissance sociale ne vienne sceller cette épreuve. À tel point que certaines femmes ne se souviennent pas d'avoir été excisées et qu'elles apprennent, dans la migration, qu'elles le sont.

En dernier lieu, et sans toutefois déduire une analyse de l'excision d'une analyse de la circoncision, il apparaît utile de s'inspirer du travail de Margaret Mead qui explique la circoncision comme la volonté des aînés de briser la sexualité débordante des jeunes afin d'asseoir leur propre domination (sexuelle). Elle écrit que « *dans certaines tribus d'Amérique du Sud, d'Afrique et des Mers du Sud, l'antagonisme des hommes âgés face à la sexualité naissante des jeunes hommes induit des peurs qui apparaissent plus tard dans des pantomimes, à l'occasion de rites initiatiques cruels dans lesquels les jeunes gens sont circoncis, leurs dents sont arrachées et, selon les cas, ils sont diminués, modifiés et emplis d'humilité ; finalement on leur permet d'être des hommes* » (MEAD, 1949 : 84, Notre traduction). L'excision pourrait de la sorte répondre pour les femmes âgées au souhait de « brider » la sexualité des jeunes filles.

Le système-excision : marquage du sexe et échange matrimonial

Interrogeant la nature et la genèse de l'oppression des femmes, l'anthropologue Gayle Rubin (1975) tire les conséquences logiques, pour la théorie féministe, des travaux structuralistes menés sur l'économie politique capitaliste (Marx et Engels), les structures de la parenté (Mauss et Lévi-Strauss) et le tabou de l'inceste (Freud et Lacan). Elle questionne ainsi le « devenir-femme » : « *Une femme est une femme. C'est seulement dans des conditions déterminées qu'elle devient une domestique, une épouse, un bien meuble, une minette du club Playboy, une prostituée ou un dictaphone humain. Arrachée à ces conditions, elle n'est pas plus l'assistante de l'homme que l'or n'est par lui-même de la monnaie. Quelles sont donc ces relations sociales qui font qu'une femelle devient une femme opprimée ?* » (RUBIN, 1975 : 4). Afin de qualifier et d'analyser « *cette part de la vie sociale qui est le lieu de l'oppression des femmes [et] des minorités sexuelles* » (*Ibid.*), l'auteure bâtit le concept de « système de sexe/genre » en le situant au même niveau que le systèmes politique et économique. Elle en propose la définition suivante : c'est « *l'ensemble des dispositions par lesquelles une société transforme la sexualité biologique en*

produits de l'activité humaine et dans lesquelles ces besoins sexuels transformés sont satisfaits » (Ibid.). Le « sexe » est donc conçu comme le résultat des relations sociales puisque les « besoins [sexuels] ne sont presque jamais satisfaits sous une forme "naturelle", pas plus que ne le sont les besoins de nourriture » (Ibid. : 8). Pour Rubin, plusieurs systèmes de sexe/genre co-existent, le patriarcat n'en étant qu'une des formes inégalitaires. Son travail plaide enfin pour « une économie politique des systèmes sexuels. Il nous faut étudier chaque société afin de déterminer les mécanismes exacts qui produisent et maintiennent ses propres conventions sur la sexualité » (Ibid. : 15).

Plus avant, Rubin rappelle que les échanges matrimoniaux qui lient les hommes entre eux par l'« échange des femmes » fondent les systèmes de parenté. Ceux-ci contraignent les femmes à se conformer à leur genre pour produire, satisfaire et perpétuer un régime d'hétérosexualité obligatoire⁷⁶ (ou régime hétérosexuel) et de division des genres. « Une femme doit devenir la partenaire sexuelle d'un homme à qui elle est due en retour d'un mariage précédent. Si une fille promise dès l'enfance refusait, une fois adulte, sa participation, cela perturberait le flux des dettes et des promesses. Pour qu'un tel système puisse continuer à fonctionner sans à-coups, il y a intérêt à ce que la femme en question n'ait pas trop d'idées de son cru quant à la personne avec qui elle pourrait vouloir coucher. Du point de vue du système, on préférera pour les femmes une sexualité qui réponde aux désirs des autres à une sexualité qui aurait des désirs actifs et y chercherait réponse » (RUBIN, 1975 : 18). C'est sur cette base théorique que l'excision peut être analysée en tant que rite de constitution de l'« être-femme » conforme aux prescrits de genre que l'appartenance à son sexe impose. Car si l'échange matrimonial requiert la différenciation des sexes, l'excision concourt à fonder le régime hétérosexuel en construisant « la femme » à travers le contrôle de sa sexualité. Destinées à être mariées et à le demeurer, les femmes doivent être excisées pour préserver leur virginité et garantir leur fidélité, valeurs garantes du système d'échange matrimonial. « La fonction de l'excision nettement affirmée, exprimée sans ambages, c'est de prélude au mariage »⁷⁷ (SINDZINGRE, 1977 : 68). En plus de l'incorporation de la chasteté (virginité et fidélité), l'excision, plus visiblement lorsqu'elle est ritualisée sur un mode collectif, va de pair avec l'apprentissage d'un ensemble de prescrits comportementaux visant à mettre fin au supposé « désordre » de la femme (SINDZINGRE, 1977) et, dans le même mouvement, à la préparer à sa subordination (FAINZANG, 1985).

⁷⁶ Monique Wittig (1980) définit l'hétérosexualité comme la relation obligatoire entre « l'homme et la femme », relation supposément inélectable et évidente – en tout cas inquestionnée – et comme un système social d'oppression et d'appropriation des femmes par les hommes. Elle critique également les catégories de la différence des sexes, « homme et femme », en tant que produits de la domination naturalisés par celle-ci.

⁷⁷ SINDZINGRE continue ainsi : « [...] et de donner ainsi au corps de la femme, en le marquant, un surcroît de fertilité et la capacité de mettre au monde des enfants dans les conditions les plus favorables. » Les entretiens avec les enquêtés n'ont pas du tout rapporté de lien entre excision et procréation. Cette thématique doit pour l'instant être mise de côté.

L'excision inscrit donc la féminité dans le corps. Ou plutôt, elle construit « *les conditions [physiologiques] de la domination [sociale] de l'homme sur la femme. [...] Dire qu'une femme non-excisée n'est pas une femme, ce n'est pas refuser de constater sa spécificité biologique, mais c'est exprimer qu'elle n'a pas reçu sur son corps la marque du groupe qui la définit, et la forge, socialement, comme telle* » (FAINZANG 1985 : 121). Nicole Sindzingre (1979) décrit l'excision comme une pratique de « *rectification sociale d'une donnée première, le corps physiologique* ». Au contraire de la circoncision qui est le lieu d'une transmission initiatique, l'apprentissage de savoir-faire « domestiques » et tout « féminins » lors du rituel d'excision ne marque pas « *un changement d'état dans le processus d'acquisition d'un savoir-faire* » (SINDZINGRE, 1979 : 175), mais confirme un état de fait. Elle avance que l'excision est légitimée et induite par des représentations de la féminité (un « *appareil symbolique* »), par ailleurs récurrentes malgré la diversité des sociétés qui la pratiquent. Pour cette auteure, la problématique doit être posée sous l'angle de l'excès et du manque : le supposé surcroît de sexualité des femmes (un « trop plein ») irait de pair avec leur faiblesse (intellectuelle, physique). Le corps et le tempérament féminins seraient ainsi à parfaire pour rendre les femmes « tranquilles » et « calmes » et, de la sorte, prémunir leur famille du déshonneur. « *La femme manque naturellement de contrôle de soi en matière sexuelle ; sa "faiblesse" et son "appétit sexuel" font d'elle une menace pour l'honneur de la famille ; ce caractère "licencieux" étant supposé centré dans le clitoris, l'excision est le "seul" moyen de préserver la chasteté des jeunes filles* » (SINDZINGRE, 1977 : 69).

Sylvie Fainzang (1985) pousse plus avant cette logique et analyse l'excision non pas comme un (rite de) « passage » ou d' « initiation », mais bien comme un (sur-) « marquage » visant à faire correspondre le sexe (biologique) au genre (sexe social), soit à façonner le corps à son image. « *L'analyse des discours relatifs à l'excision nous conduit plutôt à voir dans cette opération la nécessité de conformer le corps de la femme à la place qui lui est dévolue dans les rapports sociaux entre les sexes. [...] Cette image [de la féminité] renvoie à la place de la femme au sein des rapports d'autorité dans le cadre matrimonial, et plus généralement dans la société globale* » (FAINZANG, 1985 : 119). Pour cette auteure, « l'en trop » de la femme décrit par Nicole Sindzingre est avant tout un trop de pouvoir qu'il s'agit de supprimer pour créer les conditions physiques nécessaires à la subordination féminine. L'excision n'est donc pas tant un marquage social de la différence sexuelle, qu'un marquage sexuel de la différence sociale. Elle inscrit sur les corps les rapports de sexe. En particulier en situation d'immigration, Fainzang (1985) estime que vu le changement de contexte, l'excision n'a plus aucune valeur initiatique et que seule subsiste la différenciation des sexes. « *Voir ce qui reste de ces pratiques dans un contexte social renouvelé, c'est sans doute le moyen de mettre au jour une de leurs dimensions fondamentales qui leur vaut aujourd'hui, de perdurer. [...] Reste le marquage social des sexes comme condition préalable nécessaire à la reproduction des rôles sociaux* » (FAINZANG, 1985 : 125).

Des savoirs flous, une parole en creux

Une injonction par la négative

P réalable à toute analyse des discours des interlocutrices.teurs au sujet de l'excision, il convient de restituer les modalités par lesquelles elles et ils ont acquis et construit un savoir, des connaissances et des perceptions à ce sujet dont la particularité première est qu'« on n'en parle pas ». La récente enquête qualitative du projet *Excision et Handicap* sur les déterminants sociaux et familiaux de la pratique de l'excision parmi les populations concernées en France a notamment interrogé la circulation de la parole sur l'excision (ANDRO, LESCLINGAND & POURETTE, 2009). Le rapport final de la recherche indique que l'excision n'est en fait pas totalement l'objet d'un « non-dit » puisque chacun sait qu'elle *doit* être pratiquée et à quelles fins. Les auteurs avancent plutôt que la manière d'en parler ou de *ne pas* en parler est significative car elle vise à minimiser la gravité de la pratique et de ses conséquences sur la vie sexuelle et la santé des femmes. La teneur exacte de l'acte resterait ainsi un secret aux mains des exciseuses et les énoncés les plus largement partagés réitéreraient sans cesse l'impératif de l'excision en analogie avec la circoncision, ce qui masque sa fonction discriminatrice. Finalement, tout l'entourage « *participe à élaborer, renforcer, construire cette injonction normative sur une pratique dont le contenu exact reste, lui, flou* » (ANDRO, LESCLINGAND & POURETTE, 2009 : 16).

La présente enquête montre d'une part, qu'avant leur propre excision, les femmes interrogées ne savaient pas exactement de quoi il retournait, ni ce qui les attendait véritablement. D'autre part, plusieurs femmes interrogées ont fait état qu'aucun contenu sur la finalité ou à la signification de l'excision ne leur a été transmis explicitement. De même lors des excisions de leurs sœurs, les hommes interrogés n'avaient aucune idée précise sur la pratique, alors qu'ils se trouvaient aux alentours et entendaient les cris. Il ne semblait nécessaire pour personne de discuter de l'excision puisque « *c'est banal* » (*Extrait d'entretien, Mukhtar, 35 ans, Somalie*), l'évidence se passant de mots pour être sue et comprise de tous. D'où la difficulté des unes et des autres à formaliser et à transmettre un discours sur l'excision. Aujourd'hui, les femmes interrogées qui ont été sensibilisées à l'impact de la pratique voudraient en savoir plus et questionner leurs parents.

Si c'est normal, est-ce que c'est bon ou pas ? J'ai des questions pour ma famille. Il faut que je demande pourquoi ils le font. Je ne sais pas. Je n'ai jamais entendu. Ils ne m'ont jamais dit "c'est à cause de ça" qu'ils font (Extrait d'entretien, Binta, 45 ans, Guinée).

Malgré le peu d'explicitation, chacun connaît et comprend les significations et les fonctions de l'excision. D'abord parce qu'un savoir diffuse. C'est ambiant : « *Des choses floues qui traînaient* » (Extrait d'entretien, Mukhtar, 35 ans, Somalie). Ensuite, l'excision ou l'infibulation font bien l'objet d'une verbalisation, certes limitée mais tout à fait opératoire. Tant la pratique se passe de mots, tant s'abat la stigmatisation sur celle qui n'est pas excisée. D'absente, la parole devient négative, « tu n'es pas », et prescriptive, « il faut le faire », ce qui renvoie à la fonction d'intégration sociale de la pratique – en particulier à travers le système d'échange matrimonial.

J'étais rejetée. Puis j'ai été excisée. Et puis elle [ma grand-mère] me disait : "Tu trouveras un bon mari." Donc ce qu'on m'avait fait allait me permettre de trouver un bon mari, je pouvais faire la prière dans le rang des femmes, elle me racontait des histoires, m'apprenait des choses, etcetera. L'excision m'a rendue heureuse (Extrait d'entretien, Aliya, 25 ans, Djibouti).

Si formaliser un énoncé sur les finalités de l'excision n'est pas toujours évident, notamment parce que très peu d'explications au sujet de la pratique ont été transmises, le sens est donc plus immédiat par la négative. La femme qui n'est pas excisée ou infibulée sera critiquée et raillée. Elle trouvera difficilement sa place dans la société. Par exemple, parmi les Peuls, Bambaras, Sarakolés, Mandingues et Soussous d'Afrique de l'Ouest, le terme « bilakoro » désigne la femme qui n'est pas excisée et qui, par extension, ne mérite pas le respect.

« De ça on ne parle pas », la souffrance faite vertu

Plusieurs interlocutrices.teurs rapportent que l'excision est un sujet tabou. Particulièrement, c'est le vécu individuel et douloureux de l'excision qu'il est difficile d'exprimer et de critiquer, bien plus que le sujet général de l'excision en tant que pratique collective, impérative et valorisée. La souffrance occasionnée par l'excision, sorte de climax héroïque de l'apprentissage féminin, doit être enfouie au plus profond de soi. En parler serait prendre le risque de contrevenir et presque rompre avec la norme. Or, « *Tu peux pas dire du mal de cette chose-là parce qu'elle fait que tu es acceptée* » (Extrait d'en-

retien, Aliya, 25 ans, Djibouti). Contrairement à la sexualité qui est discutée entre pairs de même génération, mais pas entre enfants et parents, l'excision n'est pas un sujet de discussion entre sœurs ou cousines de même âge. Illustration forte, alors qu'elles ont été infibulées ensemble, Aliya et sa sœur n'en ont jamais parlé ultérieurement. Durant leur convalescence, elles ont juste échangé quelques mots bienveillants : « *Tu as encore mal ? Oui, et toi ?* » (*Extrait d'entretien, Aliya, 25 ans, Djibouti*). Au sein du couple, le sujet ne semble pas abordé plus souvent. Les hommes se voient opposer que l'excision est une « affaire de femmes » et ces dernières ne parlent pas de leurs difficultés, notamment sexuelles, avec leurs maris. D'autant plus qu'excisées ou infibulées étant jeunes, peu voire pas informées des conséquences des MGF, elles ne font pas toujours le lien entre l'excision, leurs problèmes de santé et leurs souffrances (DIELEMAN, RICHARD & al., 2009).

Il faut souligner que la douleur n'est pas dénuée de sens. La littérature indique que, dans certains cas, l'excision est réputée favoriser la fécondité (SINDZINGRE, 1977) mais les entretiens montrent plutôt que l'opération est notamment censée préparer la femme à (la douleur de) l'accouchement et plus généralement à une destinée toute féminine de souffrance. Les douleurs lors des rapports sexuels, lors des règles et lors de l'accouchement sont perçues comme le lot quotidien et normal du genre féminin.

On n'en parle pas. Les femmes qui disent à leur mère qu'elles ont mal pendant les rapports sexuels, les mères disent que c'est normal, c'est comme ça, c'est pour tout le monde comme ça. Il faut avoir mal, une femme a été élevée pour être malade tout le temps : elle a des douleurs de règles. Une femme c'est une femme, c'est normal. Donc elle ne parle pas à son mari de la souffrance (Extrait d'entretien, Amina, 35 ans, Djibouti).

Les hommes, frères ou maris, sont tenus à l'écart d'une pratique exclusivement réservée aux femmes. Ils ne sont cependant pas totalement ignorants. Par exemple, Assane et Mukhtar ont indirectement assisté à l'infibulation de leurs sœurs. Ils en ont gardé des souvenirs précis, marquants. À l'époque, ils ont pensé que c'était un « mauvais moment à passer », équivalant à la douleur de la circoncision qu'ils devraient eux-mêmes subir et à celle des accouchements que les filles devraient connaître à l'avenir.

Je me rappelle les cris, c'était horrible. Mais comme les autres rigolaient, moi aussi, ils disaient : "Bien fait pour elles ! Nous aussi on va nous circoncire à notre tour." C'était banalisé, on ne voyait aucune méchanceté. Ça fait mal, c'est tout. Comme quand on accouche. Toutes

les femmes devaient y passer, et nous aussi, moi aussi. Tu n'entends que les cris, tu ne sais pas ce qui se passe à l'intérieur. Déjà tu es trop jeune pour savoir ce que c'est, mais même pour un adulte, les hommes ne s'imaginent pas ce que c'est. Pour eux c'est global, on coupe un peu le clitoris et on ferme un peu les lèvres. C'est banal, c'est mal connu (Extrait d'entretien, Mukhtar, 35 ans, Somalie).

Le récit d'Aliya (ci-dessous) relate précisément les sentiments qu'elle a traversés lors de son infibulation, la place centrale et totale de la douleur et en même temps, la nécessité d'en passer par là, pour « en être », être reconnue de tous renvoyant à la fonction d'intégration de l'excision ou de l'infibulation.

L'INFIBULATION D'ALIYA (25 ANS, DJIBOUTI)



Aliya a été infibulée tardivement vers l'âge de 15 ans, son père s'y étant opposé. Elle subissait la pression de sa grand-mère maternelle qui la dévalorisait et la repoussait, et elle était raillée par ses camarades de classe. Elle souffrait et voulait être « comme les autres ». Un été, défiant l'autorité paternelle, sa grand-mère l'a emmenée pour les vacances dans sa région d'origine et l'a fait infibuler, ainsi que sa sœur. La grand-mère d'Aliya était fâchée avec son beau-fils car l'excision est une affaire de femmes et les hommes n'ont rien à y faire. La mère d'Aliya était prise en étau entre sa mère et son mari. Elle était plutôt « pour » mais ne voulait pas désobéir à son mari. Après l'excision, le père a chassé la grand-mère.

Aliya : Ma grand-mère avait le poids, elle décidait de l'excision de mes sœurs. Le respect total pour ma grand-mère.

Le jour dit, la grand-mère a fait croire à un mariage. L'exciseuse est venue à domicile, accompagnée de plusieurs femmes. Deux lui tenaient les bras et deux les jambes. Aliya a ressenti une douleur violente qui reste gravée à jamais dans sa mémoire. Elle a été prise de sentiments de haine et de trahison. Elle l'a vécu comme une punition. Chaque fois qu'elle revoyait l'exciseuse, elle revivait son excision. La douleur est finalement passée et Aliya a été finalement très heureuse d'être comme les autres, se sentant bien mieux excisée qu'intacte.

Aliya : *Ça s'est passé dans la maison. Elles sont venues, nous ont mises à terre, d'abord moi. Ma petite sœur affolée s'est mise à crier, on l'a mise à terre. On nous a écarté les jambes et tellement la douleur était intense, je suis tombée dans les pommes. Ils ont commencé par moi. Ma grand-mère disait : "Il faut bien tout couper." J'entendais : "Ferme-les, il faut bien les fermer, car ce sont les dernières, elles ont été longtemps ouvertes." Elle nous a bien fermées. On nous a ligoté les jambes. Elles ont coupé les petites lèvres. Elles ont cousu les grandes lèvres avec des épines d'acacia. Mais elle a d'abord mis du fil, puis ma grand-mère a demandé des épines d'acacia.*

J'entendais pendant qu'elle coupait avec le rasoir. Tchac // Tchac // Tchac // C'est le bruit de ma chair. Au moment où elle a fait les sutures, je suis tombée dans les pommes, c'était insupportable, j'entendais le son de la lame. Je le vivais comme une punition : "Qu'as-tu fait pour qu'elle te ferme comme ça ?" J'avais l'impression qu'elle avait attendu toute sa vie ce moment-là.

Le plus dur c'est au moment où on urine la première fois. Ça reste gravé dans la tête. C'est une plaie et quand l'urine sort, ça brûle. Ma petite sœur n'est pas allée aux toilettes pendant 4 jours et son ventre a gonflé. Ma grand-mère a rappelé l'exciseuse. Elle est revenue, elle a voulu ouvrir ma sœur, mettre un tuyau, parce que l'urine ne sortait pas. Je me suis battue pour ça, j'ai pleuré, j'ai menacé ma grand-mère d'appeler mon père : "Ne la touche pas ou alors je me brûle vive." C'était infernal, je culpabilisais de cette folie, je la voyais malade. C'était douloureux, j'avais mal, j'avais de la haine pour ma grand-mère, elle nous a trahies, elle nous torture alors qu'elle nous a promis des vacances.

Après que la douleur soit passée, j'étais vraiment contente que ma grand-mère m'ait excisée. Parce qu'elle m'aimait bien, j'étais bien vue aux yeux de tous. On était de nouveau acceptées. Comme les autres. C'est surtout ça qui comptait, j'avais oublié la douleur. Je profitais de ma grand-mère, on passait de bons moments ensemble.

Dans certains cas, l'excision ou l'infibulation est entourée d'une fête familiale. Les filles reçoivent des cadeaux et des félicitations, autant de marques de reconnaissance sociale et d'intégration dans le groupe qui feront oublier ce mauvais moment : « *Des beaux cadeaux, elles ont oublié ce qui fait mal. [...] Tu oublies. C'est comme un accouchement* » (Extrait d'entretien, Binta, 45 ans, Guinée). Le souvenir de la douleur demeure toutefois, indicible sceau du « devenir-femme ».

C'est une journée festive en mai. On est bien habillée, on est coiffée bien, on a des cadeaux, toute la famille est là. C'est comme pour le baptême chez vous. [...] Et la fête et toute la famille qui était là. On disait : "Ils sont là pour vous. Et ça [la douleur], c'est rien du tout ça va passer quoi. Dix jours après, vous êtes sur pied !" Et c'est vrai. Donc, ça a tellement été rapide qu'on n'y pensait pas jusqu'à ce qu'on dit quand tu poses la question, quand tu dis : "Pourquoi ?" (Extrait d'entretien, Amina, 35 ans, Djibouti).

En rapport avec la douleur, les femmes guinéennes font spécifiquement état d'une pratique d'excision « par surprise ». Elles racontent que le moment venu, des femmes proches (tantes et cousines du côté maternel ou paternel) emmènent l'enfant d'une mère pour un séjour de vacances au cours duquel la famille se chargerait de reproduire la coutume. Les mères seraient informées ensuite du succès de l'opération, parfois aussi d'un décès ou d'un accident grave. Les mères ne pourraient pas conduire elles-mêmes leurs filles à l'excision car elles savent combien c'est douloureux et dangereux.

Je vais te dire chez nous, avec l'excision, tu ne vas jamais voir une femme prendre son enfant l'amener chez l'exciseuse. Parce que tu sais, ton enfant, c'est ton enfant, tu ne lui souhaites aucun mal. Toi tu es passée par là, ça fait mal. Tu ne veux pas ça pour ton enfant. Ils ont trouvé la manière : d'autres parents viennent le faire par surprise. Ils viennent te dire que : "Ta fille vient passer la nuit chez moi, ou bien les vacances chez moi". Chez sa tante ou sa cousine. Elle prend ce temps pour l'excision. Quand tout est bien, alors on vient t'informer. [...] Ça est passé comme ça pour moi. Pour mes filles, ça n'est même pas passé dans ma tête. C'est leur tante qui a décidé et qui a fait. Imagine-toi cette douleur. Ma mère n'a jamais fait. Elle ne nous a pas pris chez l'exciseuse. C'est les tantes. Du côté maternel et paternel, les deux. Il n'y a pas de différence. Chez nous les enfants appartiennent à tout le monde (Extrait d'entretien, Binta, 45 ans, Guinée).

La décision de pratiquer l'excision d'enfant est certes généralement prise par les parents, mais pas uniquement. Les grands-mères ainsi que les tantes de l'enfant (sœurs et cousines des parents) font pression et parfois, passent à l'acte contre le consentement des parents. C'est ce qu'illustrait également le récit d'Aliya (ci-dessus) puisque malgré l'opposition ferme de son père, sa grand-mère maternelle l'a infibulée. Cette situation indique clairement le rôle et le pouvoir des aînés, en particulier ici des femmes âgées de la famille.

Régime matrimonial, coutume et religion

Honneur, virginité, fidélité

Au cœur des discours et des vécus des femmes et hommes d'Afrique de l'Est et de l'Ouest interrogés, l'excision et l'infibulation ont pour fonction et pour finalité de « freiner la débauche en contrôlant les filles » (*Extrait d'entretien, Mukhtar, 35 ans, Somalie*). Inscrivant les normes de virginité et de fidélité dans les corps des femmes, ces pratiques visent à prévenir ces dernières de tout comportement sexuel hors mariage et se doublent, le cas échéant, de sanctions sociales en cas de transgression impudique. De sa virginité d'abord, la jeune fille tire son « honneur », lequel rejaillit sur toute sa famille. Il est dès lors primordial de construire et de préserver la virginité et ce à travers un ensemble de pratiques discursives, matérielles et rituelles dont l'excision et l'infibulation sont parties intégrantes, voire fondatrices.

Il y avait tout un mythe sur la virginité de la femme. Ma grand-mère disait : "Il y a de l'eau chaude qui coule des oreilles, qui sèche et qui ne part pas. Quand on dévierge la femme, on peut savoir, il y a des signes, on peut détecter." Maintenant ça me paraît stupide. Dans ma famille, il y a le drap blanc, on doit prouver à toute la communauté, à tout le quartier plutôt, que la fille est vierge. [...] On étale le drap sur une place et on met de l'argent sur le drap. C'est pour la mariée, on paie sa virginité qu'elle a sauvagée. [...] Puis il y avait tout ce conditionnement de ma grand-mère, de ma famille. "Quand une fille va voir ailleurs ou fait des choses avant le mariage, ça va se voir quand elle marche !" (Extrait d'entretien avec Aliya, 25 ans, Djibouti).

L'infibulation, en particulier, ferme littéralement le sexe des filles et rend tout contact génital douloureux voire improbable sans « ouverture » préalable, créant les conditions maximales d'un contrôle sur la sexualité féminine. Celui-ci peut devenir obsédant pour certains parents, des mères en particulier, qui souhaitent préserver la réputation de la famille. « Dans certaines familles, tous les mois, elles vérifient si ça n'a pas été ouvert ! » (*Extrait d'entretien, Amina, 35 ans, Djibouti*).

En premier lieu, l'excision nourrit donc le dessein de préserver la virginité des filles pour assurer leur capacité à se marier. La perte de la virginité lors de la nuit de noces sera souvent assortie d'une cérémonie, familiale ou publique selon les contextes, au cours de laquelle la valeur de la fille et la réputation de sa famille sont réaffirmées.

Chez nous, on ne montre pas le drap. Si la fille est vierge, les parents du mari prennent le drap, mettent dans une calebasse fermée et le matin de bonne heure, quand tout le monde n'est pas réveillé, ils amènent la calebasse chez les parents de la fille pour qu'ils sachent que leur fille était vierge. C'est tout. Pour montrer ça au public, on n'accepte pas ça chez nous (Extrait d'entretien, Binta, 45 ans, Guinée).

La virginité, condition à l'union et garant de la « valeur » des femmes dans les systèmes matrimoniaux⁷⁸ des interlocutrices.teurs, assure ainsi l'échange des femmes, la circulation des biens et l'alliance des familles (RUBIN, 1975). Par exemple, dans un système fondé sur la dot, Assane explique que le père de l'époux verse une dot à la famille de l'épousée ; celle-ci sera récupérée à la génération suivante, lorsque le mari devenu père mariera sa fille. Assane précise en outre qu'une fille non-excisée sera faiblement dotée. Ainsi qu'il l'exprime, c'est « le côté économique » de l'excision car « une femme non-excisée ne rapporte rien du tout » (Extrait d'entretien, Assane, 45 ans, Djibouti). Il rajoute qu'il y a également un « côté sentimental » car un homme pourrait penser que :

Une femme non-excisée a vu des hommes avant lui. Une femme excisée comme épouse veut dire que c'est la première pénétration de cette femme et elle ne t'oubliera jamais. Il y en a qui croient au premier amour et certains aux premières pénétrations (Extrait d'entretien, Assane, 45 ans, Djibouti).

Pendant immédiat de la virginité, l'excision et l'infibulation seraient également garantes de la fidélité des épouses. La notion d'honneur continue ainsi d'agir en aval du mariage et l'excision aurait pour fonction, plus ou moins explicite, de diminuer le désir en « coupant la sensualité » féminine. En contexte polygyne la pratique permettrait, selon certains interlocutrices.teurs, qu'un seul homme puisse satisfaire toutes ses co-épouses et ainsi assurer, sans fatigue excessive, son devoir viril (« honorer sa femme »).

⁷⁸ Les interlocutrices.teurs proviennent principalement de contextes où l'échange matrimonial repose sur la dot.

On nous dit que c'est pour ne pas suivre d'autres hommes que ton mari. Une femme doit être fidèle. Donc tu n'oses pas approcher un homme que tu ne connais pas si tu n'es pas mariée. On dit que si tu n'es pas excisée, tu deviens "pute" parce que n'importe quel homme peut te prendre. C'est comme ça chez nous. Une femme circoncisée peut vivre 3, 4, 5 ans sans mari. Parce que beaucoup de maris vont en aventure et les femmes sont en Guinée seules. Le mari est en aventure pour aller chercher de l'argent. Comme ça, la femme va être fidèle. Sinon elle va chercher d'autres maris. Tu vois cette mentalité ? Beaucoup de gens l'acceptent car beaucoup aussi n'ont pas été à l'école. On commence à sensibiliser les gens sur la maladie et sur le plaisir (Extrait d'entretien, Aisha, 35 ans, Guinée).

Au sujet de l'excision, une idée communément partagée voudrait qu'elle soit réalisée « pour les hommes » afin de satisfaire leur plaisir sexuel et leur puissance virile. La pratique serait perpétuée parce qu'ils refuseraient d'épouser une femme non-excisée. Les hommes sont ainsi souvent rendus responsables, presque « coupables » de l'excision et de sa continuité. La question du rôle des femmes dans la reproduction d'une coutume spécifiquement féminine (pratiquée entre femmes, par des femmes sur d'autres femmes) à l'exclusion et en l'absence de tout homme n'a pas du tout été abordée par les interlocutrices.teurs.

L'excision, c'est pourquoi ? C'est pour leur plaisir ! Donc si une femme souffre, moi j'ai toujours dit que c'est la faute aux hommes. C'est facile de dire que c'est les femmes qui font ça aux femmes ! Quand on leur demande s'ils sont prêts à se marier avec une femme non-excisée, ils refusent ! Une femme excisée, c'est un trou qui ne va pas grandir. Pour leur plaisir à eux c'est bon, mais pour nous ça fait mal ! (Extrait d'entretien, Amina, 35 ans, Djibouti).

Les transgressions sexuelles

Si l'excision apparaît comme un procédé consistant au plan normatif, il ne réside pas complètement à la réalité des échanges sexuels. Plusieurs interlocutrices.teurs rapportent en effet que les jeunes gens de leur entourage entretenaient des rapports pré-nuptiaux, transgressant le prescrit.

L'hypothèse que les gens avançaient à l'époque chez moi, la fidélité, prévenir des relations sexuelles hors mariage, c'était une prévention carrément physique contre les rapports sexuels hors mariage. Et c'était aussi une preuve physique que la fille est vierge pour le futur mari. C'est cela que les gens racontaient un peu partout. [...] Ce discours reste, mais est facilement démontable. La preuve : au pays, toutes les filles ont été excisées et pourtant tous les soirs il y avait [...] des flirts, des couples sans mariage, des rencontres dans les discothèques. Tout le monde excise et tout le monde, presque, fait l'amour. Comment ça se passe ? (Extrait d'entretien, Mukhtar, 35 ans, Somalie).

Le prix à payer pour avoir perdu sa virginité en dehors du mariage est lourd pour les filles. Elles seront la cible des quolibets et des insultes. Le mariage étant au centre de l'éducation des filles, perdre sa virginité entraîne le déshonneur, la honte et la déconsidération. Celle qui n'est pas excisée ou infibulée est sans honneur, autant que celle qui contrevient à la norme sexuelle : elles sont trop « ouvertes » et encourrent les conséquences de la souillure.

Entre les copains, c'était : "J'ai été avec elle, mais elle est fermée. Donc, c'est pas possible d'avoir un rapport." Ou : "Elle est ouverte". Entre guillemets : "C'est une salope." [...] Quand une fille refusait de coucher avec un garçon, pour se venger, il va dire : "Elle n'est même pas infibulée, j'ai fait l'amour avec elle aussi bien par devant que par derrière." C'est des petites vengeance (Extrait d'entretien, Mukhtar, 35 ans, Somalie).

Autre illustration, les interlocutrices.teurs somaliens et djiboutiens rapportent que lors de vacances dans un pays voisin, l'Éthiopie, les garçons avaient l'occasion de rencontrer des filles qui n'étaient pas infibulées et se montraient « disponibles », qu'elles soient des prostituées ou des jeunes filles de leur âge. La distinction entre la femme « pure » (l'épouse, la mère) et la femme « tombée » (la prostituée, la femme non mariée) apparaît pleinement opératoire.

Ils disaient : "Les filles éthiopiennes, elles sont bien. Là-bas il y a des meufs !" Les filles éthiopiennes ne sont pas toutes excisées. Ils allaient en vacances en Éthiopie. Je demandais quelle était la différence. La Djiboutienne : elle est passive car elle est excisée et elle ne ressent pas tout ça. Les garçons savaient que pour passer du bon temps, il fallait aller en Éthiopie. Mais pour avoir un foyer, une femme dans la maison, il fallait une Djiboutienne parce qu'elle est pure, elle est excisée. Pour s'amuser avec les autres filles, il faut aller chercher ailleurs. Une "bonne" femme, c'est une Djiboutienne. Je leur disais qu'ils n'étaient

pas crédibles, qu'il fallait rester avec ces filles-là alors ! [...] J'étais mal. Non pas pour les Djiboutiennes mais pour les Ethiopiennes. Ils vont prendre leur pied là-bas sans considération pour elles (Extrait d'entretien, Aliya, 25 ans, Djibouti).

Si l'honneur et la réputation de la famille trouvent leur pleine réalisation dans l'accomplissement d'un schéma matrimonial attendu, le déshonneur découle logiquement de tout écart à celui-ci. Des interlocutrices rapportent que quitter son époux, engager une union mixte (par exemple avec un non musulman) ou refuser l'époux coutumièrement désigné sont autant de situations où les femmes prennent le risque d'être ostracisées. Le récit d'Aisha (ci-dessous) illustre comment, à plusieurs étapes de sa vie sentimentale, la morale sexuelle était tangible. Il montre aussi comment l'honneur des parents passe par leurs enfants et celui des hommes par leurs épouses.

LE MARIAGE D'AISHA (35 ANS, GUINÉE, MALINKÉ)



Aisha a été mariée vers 16 ans, à l'âge où les règles sont déjà apparues et auquel la plupart des filles de son entourage ont été mariées. Elle était vierge et elle a accepté de prendre le mari proposé par ses parents. Cela pour sauvegarder l'honneur de sa mère, d'autant plus que Aisha est l'aînée. Ainsi que pour apaiser les relations entre son père et sa mère, qui était la troisième épouse de son père et menacée d'être chassée. Elle devait également honorer son père qui était l'imam du quartier et qui a lui-même été honoré qu'on demande sa fille en mariage. Aisha dit que la femme ne peut pas s'opposer, comme l'enfant. Elle ne connaissait pas son futur époux, il était bien plus âgé, c'était un voisin du quartier. Elle n'a pas pu terminer sa scolarité.

Aisha : Mes parents m'ont donnée en mariage à l'âge de 16 ans. Je ne voulais pas mais pour ne pas "honnir" ma maman, car j'étais l'aînée et elle était la troisième femme de mon papa... Et chez nous quand on donne ta fille en mariage, la femme n'a pas de décision à dire non. Comme je n'accepte pas, mon papa allait chasser ma maman de son foyer, et ça je ne voulais pas. Parce que ma maman pleurait tout le temps qu'elle a des petits problèmes avec mon papa. Quand je me marie, tout va s'arranger. J'ai accepté à cause de ma maman, pour lui donner un peu la paix.

Elle a été mariée à un homme inconnu bien plus âgé qu'elle.

Aisha : Franchement, je ne connaissais pas l'homme, il était plus âgé, il y avait au moins 20 années de différence entre nous je ne peux pas dire que je l'aimais. Non, pas du tout, on m'a donnée en mariage, j'ai accepté à cause de ma maman. Parce que ma maman cherchait une fierté. Et puis garder ma virginité pour honnir ma maman dans son foyer.

Après une dizaine d'années d'union matrimoniale, Aisha a finalement quitté son mari parce qu'elle ne supportait plus la situation conjugale (adultère, polygynie⁷⁹). Elle n'a pas eu l'appui de sa famille. Son père était lui-même polygyne, il ne pouvait cautionner son choix. Le mariage étant coutumier, il n'y a pas eu de divorce légal, civil. Aisha est partie sans rien et sa famille a cru qu'elle reviendrait. Mais elle a monté un commerce et est parvenue à ramener des revenus et à s'occuper de ses enfants. Ensuite, Aisha a rencontré un homme qu'elle a aimé. Mais ils n'ont pas pu se marier car il était chrétien. Aisha dit que c'est contraire à la religion d'épouser un non musulman. Son père a refusé de la remariage, elle n'a pas voulu passer outre et a rompu avec cet homme pour ne pas honnir encore sa famille.

Un « mariage coutumier » consiste à épouser, souvent lors d'une cérémonie hors du cadre civil légalisant les unions, un parent désigné par le système local d'alliance matrimoniale et, par extension, un conjoint choisi par les parents pour leurs enfants. La fille est « donnée en mariage », par la contrainte si nécessaire.

Une jeune fille doit se marier avec le fils d'un cousin de la maman. Ça fait des siècles. Il faut que ça cesse. [...] Une jeune fille de 18 ans pouvait se marier avec un homme de 90 ans juste pour faire un enfant. Une fille éduquée pouvait se marier avec un homme en brousse (Extrait d'entretien, Amina, 35 ans, Djibouti).

Toutes les interlocutrices ont traversé un tel épisode dans leur parcours de vie. Certaines n'ont aucun regret et s'entendent très bien avec l'époux qui leur a été « donné ». À l'inverse, plusieurs d'entre elles ont quitté leur pays pour fuir un mariage forcé et/ou échapper à un mari violent, comme Aliya et Farida, mariées contre leur gré à un homme bien plus âgé et polygyne.

⁷⁹ La « polygamie » est le terme générique qui renvoie au type de régime matrimonial permettant des unions simultanées. La polygynie désigne un cas précis de polygamie : lorsqu'un homme est uni à plusieurs femmes par des liens matrimoniaux. À l'inverse, la polyandrie renvoie à la situation d'une femme qui a plusieurs époux.

*Mon oncle voulait me marier avec une autre personne. Il disait que mon fiancé n'était pas bien. La personne qu'il avait choisie pour moi, je n'aurais pas besoin de travailler. Mais moi je voulais être indépendante ! [...]
Je ne pouvais pas vivre là, je ne pouvais pas accepter (Extrait d'entretien, Aliya, 25 ans, Djibouti).*

Pour sa part, Farida n'a pas pu s'opposer à la décision de ses parents et a même été battue quand elle a signalé sa contrariété. « *Tu ne peux pas aller à l'encontre de tes parents, hein. Tu peux pas. Chez nous tu sais, la tradition, c'est dur avec la tradition* » (Extrait d'entretien, Farida, 25 ans, Niger). Elle a dû passer la nuit de noces avec son époux et en rend compte comme d'un viol. Elle a fui le lendemain. Son mari et son père ont mis des hommes à ses trousses. Aucun divorce n'a été prononcé puisque le mariage est coutumier. Pour elle, rentrer au pays, c'est risquer de mourir.

Non seulement je n'ai aucun amour pour la personne, mais il est plus âgé que moi. Il a la soixantaine [...]. Quelle vie tu vas mener avec un homme que tu n'aimes pas et qui t'a violée ? Non, ça ne peut pas aller. Avec trois femmes en plus ! (Extrait d'entretien, Farida, 25 ans, Niger).

Construire le genre féminin

Si l'excision constitue un prérequis à l'échange matrimonial et se trouve au fondement de la morale sexuelle par le contrôle de la sexualité féminine, elle doit aussi être analysée au regard de la construction sociale du genre féminin. La volonté de façonner la fille, puis la femme, à l'image de son genre répond à un impératif social de sexe. En effet, l'hétérosexualité obligatoire et la division des genres (RUBIN, 1975 ; WITTIG, 1980) requièrent une stricte différenciation sexuelle. L'excision ou l'infibulation agissent comme un « surmarquage » des femmes visant à faire correspondre leur sexe biologique aux attentes du corps social vis-à-vis de leur genre, *i.e.* leur sexe social nécessairement « sub-ordonné » (FAINZANG, 1985).

D'une part, le « devenir-femme » implique que le sexe féminin soit distingué du masculin, *in fine* pour mieux s'unir à lui. Excisée tardivement parce que son père s'y opposait, Aliya a subi les railleries de ses camarades de classe : « *Tu urines comme les garçons. Tu fais trop de bruit* » (Extrait d'entretien, Aliya, 25 ans, Djibouti). Ce devenir peut aussi impliquer de parfaire le sexe féminin en corrigeant son incomplétude à travers l'infibulation : « *Tu seras complète* » (Extrait d'entretien, Amina, 35 ans, Djibouti). D'autre part,

l'excision, en préservant la chasteté des femmes par la suppression attendue de leur désir, garantirait également leur « éducation » et leur « discrétion » – toutes qualités prescrites par leur genre.

Plusieurs interlocutrices ont décrit leur expérience dans des cérémonies collectives d'excision. Leurs récits permettent de comprendre que le comportement féminin adéquat doit être retranché et mesuré à travers une série d'opérations « éducatives » et d'injonctions complémentaires. L'excision marque le sexe biologique des femmes et nourrit ainsi le but d'« ordonner » leur sexe social – supposant un « désordre » préalable. Comme l'indiquent les propos d'Aïsha (ci-dessous), divers apprentissages prescriptifs les préparent à leur devenir sexuel, maternel, conjugal et domestique « sub-ordonné ». Le système-excision apparaît sous son plein jour.

L'EXCISION D'AÏSHA (35 ANS, GUINÉE, MALINKÉ)



Aïsha a été excisée le même jour qu'une soixantaine de fillettes lors d'un séjour collectif de quarante jours dans un village voisin. Le premier jour, toutes les filles ont été « coupées », les unes après les autres. L'exciseuse portait un foulard rouge et se trouvait dans une case dédiée à cet effet. Les nouvelles excisées ont dû exécuter une danse. La guérison s'est étalée sur deux semaines. Ensuite, sont venues des épreuves d'« éducation » et de « torture ». Lors de l'entretien, Aïsha s'étend bien plus sur celles-ci que sur que l'excision elle-même.

Aïsha : Par exemple, on vous envoie au soleil à 33°. On met les grains de riz par terre, là où il y a beaucoup de sable. On vous demande de ramasser, un à un, sous le soleil. Tout le monde va suivre cette torture. Vous ramassez, petit à petit. On vous met au soleil et vous regardez le soleil. Après, on prend un gros caillou, on met sur ta tête, à genou. On te dit de marcher sur les genoux sur 30 mètres. Si le caillou tombe, on te tape sur le dos. Et tu n'as pas d'habit. Tu as seulement un petit pagne et un pagne pour ne pas voir les seins. On te tape et tu dois prendre le courage, te forcer. Chacun a subi cette torture. On vous dit que c'est l'éducation. C'est pour vous torturer.

Au cours de ce séjour, elle a reçu quelque explication quant à la finalité de l'excision.

Aisha : On nous dit que c'est pour ne pas suivre d'autre homme que ton mari. Une femme doit être fidèle, si tu n'es pas mariée garder ta virginité. Une femme qui est circoncisée, tu ne dois pas être, je ne sais pas comment on dit... Par exemple, on se dit quelque chose entre nous, et tu ne dois pas sortir aller dire ça à un autre. Tu dois être discrète. Quand tu vois quelqu'un de plus âgé que toi, tu dois t'asseoir pour lui dire bonjour. Et puis, quand tu entends quelque chose ici, tu ne dois pas courir aller dire, raconter des histoires sur quelqu'un. Et quand tu trouves des gens en train de parler, tu ne dois pas te mêler, ça ne te regarde pas. Tu ne dois pas parler si on ne te demande pas. Si on te demande quelque chose, tu dois dire non si tu ne connais pas, si ce n'est pas tes parents. Tu dois respecter les plus âgés. Tu dois préparer pour ton mari. Tu dois respecter tes parents, les parents des autres.

L'excision de Binta (voir ci-dessous) a également été pratiquée dans un contexte collectif et ritualisé. La description de son séjour rappelle le schéma tripartite des rites de passage de Arold Van Gennep (*In SINDZINGRE, 1977*). Lors d'une première étape de séparation du groupe, les filles sont emmenées dans un autre village que le leur et elles doivent abandonner leurs vêtements habituels. Ensuite, lors d'une deuxième étape dite liminale, les filles vivent dans un espace-temps « en marge » du groupe où elles sont soumises à des apprentissages spécifiques qui les préparent à finalement, dernière étape, ré-intégrer le groupe. Une interlocutrice évoquait également ce principe du passage. « *La maman te dit : "Il faut le faire parce qu'il faut passer par là. Maintenant tu grandis c'est une autre étape de ta vie qui commence"* » (*Extrait d'entretien, Amina, 35 ans, Djibouti*). Mais à l'inverse d'autres rites de passage, l'excision n'est pas l'occasion d'une transmission de secrets d'initiés. Très spécifiquement, les filles excisées se voient dicter des règles de comportement qui façonnent leur sexe à leur genre.



L'EXCISION DE BINTA (45 ANS, GUINÉE, PEULE)⁸⁰

Binta a été excisée au cours d'un séjour collectif de deux semaines. Les enfants ont été envoyées dans le village de l'exciseuse. Elles étaient accompagnées d'une tante.

Binta : Là-bas, c'est même pas tes vêtements que tu as. On t'achète un pagne, noir ou rouge, avec le foulard, que tu vas porter toute la semaine.

Les filles ne peuvent pas manger comme à leur habitude, toutes dans le même bol avec la main. Elles ont chacune leur cuiller et leur bol. Les femmes adultes chantent des chansons et racontent des histoires. Le premier jour, l'excision est pratiquée. La douleur est immense, Binta doit retenir ses larmes. Le parallèle est fait avec la douleur de l'accouchement.

Binta : On te dit que si tu pleures, on va rigoler de toi. Si quelqu'un pleure, pendant toute ta vie ils disent ça : "Celle-là quand elle a été excisée, elle avait pleuré."

[En chuchotant] *Tu vas garder toute cette douleur-là pour toi. [Ton dramatique, déchiré] On va pas te plaindre. Tu te tais.*

La guérison dure quelques jours. La douleur passe enfin, elle est alors minimisée.

Binta : C'est comme un doigt qu'on te coupe. Après tu oublies.

Le reste du séjour est occupé par diverses activités qui ont trait au ménage et au mariage.

Binta : On te dit d'aller dans le bois choisir un bois, un bout, une branche. Tu la frottes, tu la décores bien. Si tu as choisi quelque chose de petit, tu auras un mari petit comme ça ! [Rires] Si tu choisis un long, tu auras un mari qui est long. Si tu entretiens bien ton bois, qu'il est propre, tu auras un mari propre. Ça on te le dit après. Tu restes avec ça pendant toutes les deux semaines. Le jour que c'est fini, vous allez à la rivière vous laver. Ils jettent le bois et l'eau l'emporte. Ils disent : "C'est ton mari."

⁸⁰ Il convient de souligner que cet exemple de rituel n'est probablement pas représentatif de la situation actuelle en Guinée. Des témoins privilégiés indiquent en effet que la phase d'« apprentissage » a disparu et que seul subsiste l'acte d'exciser, sans plus aucune explication.

Myriam (Enquêtrice) : Et toi tu avais un bâton comment ? [Rires et signes amples de la main] Un grand bâton ?

Binta : Oui ! [Mon mari est grand] Mais il n'est pas beau ! Peut-être je suis pas bien artiste, j'ai pas décoré bien ! [Rires] Tout ça, c'est pas vrai, c'est des histoires ! [Rires]

Myriam : On fait d'autres choses pendant les deux semaines ?

Binta : Tu ne vas pas préparer [les repas]. Tu vas nettoyer la maison, tu vas balayer, tu vas faire le truc propre. Ils disent : "Si tu n'es pas propre, si tu n'apprends rien à quelque chose de propreté, tu vas rester comme ça. Si tu n'es pas ordonnée, tu vas rester désordonnée." Il faut apprendre tout ça pendant les deux semaines.

Enfin vient le retour à la maison, une fois les filles guéries et « fin prêtes ».

Binta : Après tu reviens quand tu es guérie. C'est fini, on te lave bien. Tu rentres à la maison.

Sur la question de la subordination, toutes les interlocutrices se sont exprimées, de manière diversement critique, sur le sort « soumis » réservé aux femmes et au sujet de la violence qui leur est faite à travers l'excision mais également dans le mariage (« forcé », « polygame ») et, plus généralement, dans leurs rapports avec les hommes et les aînés.

La coutume veut qu'une femme soit soumise. On lui dit qu'une femme doit être toujours d'accord avec ce que le mari dit. Que la polygamie, c'est normal, c'est la coutume, c'est la religion. Donc l'homme veut se marier avec quatre femmes. Et la première femme même cherchait la suivante. Maintenant ça disparaît. Moi je ne vais pas accepter ça ! C'est l'excision qui est restée. La polygamie et les mariages forcés, ça continue, mais les femmes commencent à dire non (Extrait d'entretien, Amina, 35 ans, Djibouti).

J'avais pas la possibilité de revendiquer. Et la peur dans le ventre. Et puis, en éducation on te dit : "Tu dois obéir, tu dois pas ci, tu dois pas cela." [...] Chaque chose que tu dois faire, tu dois demander. Et moi j'en avais ras-le-bol de demander ! Tu vois, demander tout le temps des permissions ou des autorisations, j'en avais rien à cirer ! J'en avais ras-le-bol (Extrait d'entretien, Awa, 50 ans, Sénégal).

En outre, plusieurs interlocutrices ont souligné que l'excision est, pour elles, l'élément central, premier et irréversible d'une domination violente à l'œuvre dans la sexualité et la conjugalité. Pour les militant.es anti-MGF, abolir l'excision revient à lutter contre un pilier de la violence faite aux femmes. *Le GAMS a été créé [en France] en '82 par des pédiatres et des femmes africaines. Donc moi, j'y suis allée une fois de temps en temps. Et puis, [...] j'ai commencé à aller tous les mois. Tous les mois, tous les mois. Avant de vraiment m'engager je voulais savoir. [...] Il fallait que je sache en fait réellement si tout ce qu'elles disaient c'était lié aux conséquences sur la santé. Est-ce que c'était ça ? Et je devais aussi peut-être réfléchir dans ma tête : est-ce que toute cette violence qu'on subissait, est-ce que c'est pas lié à ça ? Et puis, petit à petit, moi j'ai fait le lien. Je me suis dit : " Tout ça c'est la même violence. En fait, c'est juste pour nous dominer, pour nous contrôler. Donc il faut faire quelque chose." Et donc je me suis engagée réellement au GAMS. [...] Tout ça c'est la domination et le contrôle de la sexualité de la femme. La domination et la soumission. L'excision est un pion dans tout le puzzle (Extrait d'entretien, Roughy, 50 ans, Sénégal).*

Le clitoris, au cœur de l'impur

Les interlocutrices.teurs décrivent généralement l'excision comme un acte coutumier⁸¹ (en référence aux ancêtres) et religieux (en référence à l'islam), ce qui renvoie à sa fonction intégratrice. De fait, dans un pays où la prévalence est très élevée, être excisée ou infibulée revient à « en être », être normale, comme les autres. « *En Afrique c'est les coutumes, c'est l'habitude, c'est obligé* » (Extrait d'un entretien collectif). Pour Amina, la coutume transcende même la classe sociale et le niveau d'éducation. « *C'est la coutume qui est tellement forte, ancrée dans la mémoire* » (Extrait d'entretien, Amina, 35 ans, Djibouti). Les récits coutumiers de l'excision varient selon les contextes locaux. Pour les interlocutrices.teurs originaires de Djibouti et de Somalie en Afrique de l'Est, l'infibulation est réputée être une coutume héritée des Pharaons égyptiens qui supposément infibulaient leurs épouses pour préserver leur chasteté lors des guerres contre les Arabes ou lors de longs voyages de conquête⁸².

⁸¹ Les interlocutrices.teurs recourent surtout au terme « coutume » et très peu au mot « tradition ».

⁸² L'origine de l'excision n'est pas véritablement connue. Elle était pratiquée avant l'apparition du Christianisme et a fortiori de l'Islam. Les traces les plus anciennes remontent à l'Égypte pharaonique et à l'Éthiopie voisine.

L'histoire qu'on nous a racontée : on nous disait que le Pharaon, quand il partait en voyage, parce qu'il faisait des longs voyages d'une année ou six mois, il excisait ses femmes. Il avait plusieurs femmes. Donc pour qu'elles restent intactes. Il savait qu'à son retour, personne n'a touché ses femmes. Parce qu'elles sont excisées (Extrait d'entretien, Amina, 35 ans, Djibouti).

L'excision et l'infibulation sont également perçues comme une manière de respecter le prescrit religieux alors même que l'islam ne les prescrit pas et que ces pratiques sont historiquement antérieures à l'islamisation de ces régions subsahariennes⁸³.

Depuis l'Afrique, en Somalie, je n'avais absolument pas d'opinion sur la chose, je trouvais ça naturel, c'est dans la culture. Je pensais même que c'était aussi religieux, le fait de couper un peu, le Prophète même avait demandé. Que c'était conseillé, dans la sunna (Extrait d'entretien Mukhtar, 35 ans, Somalie).

En Somalie et à Djibouti, l'ablation du clitoris qui accompagne souvent l'infibulation est associée à une représentation quasi monstrueuse de cet organe qui sentirait « mauvais » et qui ne cesserait de grandir au point de « pendre entre les cuisses » selon les mots d'Amina et d'Aliya. L'organe, réputé laid et sale, rendrait la femme « impure ». En plus de ne pouvoir trouver un mari, la femme non-excisée serait inapte à se présenter devant Dieu lors de la prière malgré les ablutions.

Ma grand-mère était tout le temps derrière moi. Elle disait : "Il faut qu'on te coupe le clitoris sinon ça va pendre. Tu n'es pas une fille, tu es impure, ta fille ne trouvera pas de mari." Alors je me disais que pour trouver un mari, il fallait couper quelque chose. Je me disais que mes cousines allaient trouver un mari. Quand ma grand-mère me disait que j'étais sale, je ne voyais pas que c'était lié à mon clitoris. Elle me disait tout le temps que je serai sale, que je ne suis rien qu'une chienne, que ça ne sert à rien que je fasse la prière. [...] Je lui demandais : "C'est quoi cette chose qui pend ?" Je cherchais cette chose. Les femmes yéménites, certaines ne sont pas excisées et on dit que leur clitoris traîne par terre. Déjà je ne savais ce que c'était le clitoris (Extrait d'entretien, Aliya, 25 ans, Djibouti).

⁸³ Voir le point « Une désillusion religieuse : l'islam ne prescrit pas l'excision ».

Cette notion de « pureté » se retrouve également dans des récits de femmes ouest-africaines. « Impure » et impropre à la consommation matrimoniale, une femme qui n'est pas excisée ne pourra pas trouver de mari et, de plus, elle ne pourra légitimement pas préparer les repas.

Pour honorer les filles, parce que tu ne peux pas grandir et vivre là-bas si tout le monde sait que tu n'es pas excisée. Pour l'honneur. Sinon on te traite, tu n'auras pas un mari, on dira : "Tu vas prendre une femme qui n'est pas excisée ! C'est pas bon." Ils disent que si elle prépare, c'est pas bon, c'est pas propre. Alors que tout ça c'est des idées comme ça, c'est pas vrai (Extrait d'entretien, Binta, 45 ans, Guinée).

Un lien entre mariage, coutume et religion est établi à travers la notion de pureté. L'excision apparaît comme une opération rituelle de purification visant à établir (ou rétablir) l'honneur de la femme et celui de sa famille.

Originaire de Guinée, une interlocutrice malinké rapporte une autre histoire, celle de Hadjara (voir ci-dessous) l'esclave et la co-épouse dont on a percé les oreilles, rasé les cheveux et, finalement, excisé le clitoris pour lui ôter tout attribut de séduction. L'histoire laisse penser que coutume, religion et genre s'entrecroisent dans les représentations de l'excision.

L'HISTOIRE DE HADJARA, EXTRAIT DE L'ENTRETIEN AVEC AISHA (35 ANS, GUINÉE, MALINKÉ)



Aisha : Dans le Coran, qu'est-ce qui a amené ça ? C'était la jalousie. C'est pas le prophète Mohamed. Mais un autre Prophète, le nom m'échappe, a épousé la bonne de sa femme. Je dis la bonne, c'est l'esclave ! Et la première femme, son esclave travaillait avec elle, sous ses ordres !

Alors la femme a été jalouse. La femme a dit à son mari de percer les oreilles pour mettre des boucles. D'abord, pour faire la différence, parce qu'elle ne veut pas être égale à cette femme qui est son esclave. Le mari a fait ça. Mais elle n'a pas vu de changement. Toujours le mari aimait la femme. Donc elle aussi, elle a demandé de faire pour elle aussi. Le mari a fait ça.

Après elle a demandé au mari d'enlever les cheveux de cette dame. Le mari a enlevé carrément les cheveux de la femme. Elle s'appelait Hadjara. Pensant que, quand on enlève les cheveux, Hadjara ne va pas être

aimée par son mari. Comme ça, il y a une différence entre celle qui a toujours ses cheveux et l'autre qui n'a pas. Quand le mari regardait la tête sans cheveux de Hadjara, il l'aimait toujours. La première a enlevé ses cheveux aussi, comme la co-épouse. Mais toujours, le mari aimait l'esclave.

Elle s'est demandé : "Ha, qu'est-ce que je vais faire ?" Elle s'est dit : " Je vais enlever ses petites lèvres." Elle a demandé d'exciser Hadjara pour diminuer peut-être le plaisir, car elle a beaucoup de plaisir et Hadjara n'aura pas beaucoup de plaisir. Donc c'est la jalousie qui a amené tout ça là. Pour ne pas être égales.

C'est une ancienne histoire. On nous raconte ça. Mais ce n'est pas dit dans le Coran. Mais ça a été fait. Comme c'était les Musulmans, eux aussi ont appliqué. En enlevant les petites lèvres, ça diminue le plaisir de la femme et la femme va être fidèle. C'est tout.

Christine Bellas-Cabane rapporte une version biblique de cette histoire⁸⁴, situant son origine chez les Coptes d'Egypte et les Abyssins d'Ethiopie. La pratique se serait diffusée vers l'Ouest de l'Afrique au fil des migrations (antérieure donc à l'islam, elle aurait été tolérée par celui-ci). L'auteure souligne que la mutilation visait à rendre Hadjara « *impropre à la jouissance* » et à lui imprimer « *une marque d'appartenance d'un groupe qui semblait protégé de Dieu* » (BELLAS-CABANE, 2008 : 108). La coutume, référent identitaire du groupe, s'articulerait ainsi, à travers l'excision, au système de sexe/genre. La pratique viendrait inscrire l'asymétrie de genre dans le corps démontrant de la sorte que la « *différence* » (ici entre homme et femme) n'est pas constitutive, mais bel et bien constituée par un rapport de pouvoir (DELPHY, 2008). Si le genre et la sexualité, inscrits dans des logiques d'honneur/déshonneur, de pureté/souillure et d'intégration/stigmatisation, sont bien au centre des représentations et des pratiques de l'excision, l'« *identité du groupe* » l'est aussi. Celle-ci implique, voire repose sur la construction du genre, *i.e.* sur le rapport social et les places respectives et hiérarchisées du féminin et du masculin.

⁸⁴ « L'épouse d'Abraham, nommée Sarah, était une femme d'une grande beauté. Le roi Abdeler, fou de désir, avait tenté de la posséder en vain, car elle était protégée par des pouvoirs surnaturels. Pour lui prouver son amour, il lui offrit une jeune esclave, Hadiara, à laquelle Sarah, désespérée de ne pas avoir d'enfant, s'attacha au point de demander à son mari de la prendre comme seconde épouse pour leur en donner un. Abraham eut donc un fils nommé Ismael de sa seconde épouse. Par la suite, Sarah en eut un à son tour, Isaac. On raconte que devant l'entente qui s'affirmait entre son mari et Hadiara, Sarah devint très jalouse, et elle décida de faire exciser sa rivale qu'elle chassa ensuite. D'autres prétendent qu'elle lui fit percer les oreilles. Plus tard, lorsque Ismael décida de prendre une épouse, sa mère Hadiara lui dit : "Nous sommes tous des circoncis, hommes et femmes, et nous n'épousons que ceux qui le sont." Les femmes se circoncirent et Ismael les épousa. Il en eut douze princes. Devant cette postérité, la circoncision se répandit dans les contrées avoisinantes. » In BELLAS-CABANE, 2008, p. 107-108 ; extrait de la thèse en médecine d'Habibatou DIALLO, *Aspect sociosanitaires de l'excision au Mali*, 1996.

Re/Construire une sexualité : l'excisée « n'est pas une femme »

Dans le quartier où on habitait, il y avait beaucoup de Français. On a été colonisé par les Français. J'avais des amies de l'école et quand on regardait des films, on voyait une femme qui avait des orgasmes, ça suscitait des réactions.

- C'est une très bonne actrice, alors pourquoi elle crie comme ça ?

Les filles françaises disaient :

- Elle a un orgasme.
- C'est quoi un orgasme ?
- C'est quand tu fais l'amour.

On parlait de ça, je posais des questions, mais je savais au fond de moi que je n'allais pas faire ça (Extrait d'entretien, Aliya, 25 ans, Djibouti).

Dignité et indignité, colonisés et colons, « blanc.hes et noir.es », les échanges interculturels ne sont pas sans impact sur les représentations et les attentes en matière de sexualité. « Elles n'arrivaient pas à avoir du plaisir et maintenant, ici, qu'elles sont en Europe, elles veulent avoir du plaisir » (Extrait d'entretien, GAMS Belgique). Bien qu'une partie des femmes excisées, à la différence sensible des femmes infibulées, déclare « vivre bien » leur sexualité, la plupart de celles qui fréquentent le réseau d'aide et de soins formule une demande portant sur la sexualité.

[Les femmes disent] : "J'ai mal" et "Je n'ai pas de plaisir". Lors des rapports sexuels, ça fait mal ou ça ne fait rien du tout ! Certaines ne sentent rien, n'ont aucun plaisir et aucun désir sexuels. Elles n'ont pas l'initiative, n'ont pas envie de faire l'amour et ne l'ont jamais eue. Ou alors certaines, qui ont appris à connaître leur corps, qui se sont familiarisées aux sensations des différentes parties de leur corps, peuvent encore investir cette partie-là. Elles savent que certaines positions donnent certaines sensations. D'autres pas du tout, elles pensent que, comme elles n'ont pas de clitoris, de petites lèvres, les parties qui donnent du plaisir ont été enlevées, il y a un blocage psychologique (Extrait d'entretien, GAMS Belgique).

Pour certaines, les rapports sont douloureux, voire très douloureux en cas d'infibulation. D'autres sont entrées dans la sexualité à l'occasion d'un mariage qu'elles n'ont pas désiré et ont vécu leur premier rapport comme un viol. Plus généralement, les interlocutrices rencontrées ont exprimé des difficultés sexuelles et leur souhait de trouver du désir et du plaisir, en somme de « réparer » la mutilation et d'accéder, enfin, à la sexualité. Certaines, par exemple, recourent à un psychothérapeute/sexologue et entament un « travail sur leur corps ». Des hommes, lorsqu'ils en parlent, peuvent également être demandeurs d'améliorer leur sexualité et celle de leur épouse.

Un homme somalien [vient à la consultation] avec son épouse somalienne qu'il avait récemment mariée au pays et fait venir en Belgique. Il veut consulter pour sa femme qui "n'est pas comme les autres". Elle est infibulée. Un autre homme somalien [est venu] à la consultation pour parler de sa petite copine avec qui il éprouve des problèmes sexuels (Extrait d'entretien, Médecin).

La désinfibulation au risque de la désapprobation

Plusieurs interventions médicales sont pratiquées en vue de soulager les femmes qui souffrent des conséquences d'une MGF et notamment afin d'améliorer la qualité de leurs rapports sexuels. Nécessaire à la pénétration vaginale et à l'accouchement par voie basse, la désinfibulation permet aussi de retrouver une miction urinaire normale. Elle est coutumièrement pratiquée lors de la nuit de noces : le mari doit « ouvrir » la vulve de son épouse avec son sexe de préférence et lorsque c'est impossible, avec un couteau ou tout autre objet tranchant. Dans certains cas décrits dans la littérature, l'exciseuse ou une « vieille femme » peut être présente dans la chambre nuptiale pour seconder le mari. Amina estime que cette manière de forcer les femmes à avoir des rapports sexuels est comparable au viol.

Les hommes préfèrent le faire eux-mêmes, plutôt que d'emmener la femme chez un médecin. C'est une preuve de virilité. Il ne va pas penser à la douleur de la femme (Extrait d'entretien, Amina, 35 ans, Djibouti).

Après plusieurs années de mariage, Amina a finalement pratiqué une désinfibulation médicalisée et a pu entretenir des rapports intimes avec son mari. Ce dernier ne voulait pas se sentir diminué par ses pairs et l'intervention est restée secrète.

On n'a pas dit aux copains, aux amis. Il m'a dit : "Je te laisse faire mais n'en parle pas aux amis" (Extrait d'entretien, Amina, 35 ans, Djibouti).

Hors le cadre du mariage, la désinfibulation, bien qu'elle se justifie au plan médical, peut toutefois constituer un acte de rupture avec le groupe social, entraînant la désapprobation voire le rejet. Dans ces cas, le risque de réinfibulation est réel. Une interlocutrice rapportait le cas d'une jeune femme désinfibulée en Belgique et que son frère avait emmenée de force dans un pays voisin pour la faire réinfibuler. Lorsque le médecin a expliqué à Aliya qu'elle était infibulée et quelles conséquences cela avait, elle a immédiatement voulu « réparer » son état, d'autant qu'elle souffrait énormément. Cet acte a été très mal perçu par son entourage, tant dans « sa communauté » en Belgique qu'au pays car « tout se sait très vite ». Elle déshonorait sa famille, ce qui entraînait en contradiction avec son sentiment personnel de se « libérer », de « s'ouvrir » et de s'affirmer.

Ma communauté m'a tourné le dos. Ma sœur me faisait des reproches, ma famille. Mon fiancé m'a claqué la porte au nez, il n'a pas accepté la désinfibulation. C'est incroyable les colporteurs. Certaines choses courent à une vitesse phénoménale ! Ils l'appelaient et lui racontaient chacun de mes actes. Il m'a dit :

- *C'est quoi cette histoire ? Alors tu te paves comme ça ! J'ai vraiment honte de dire que je suis ton fiancé.*
- *C'est comme ça. Je vais me faire désinfibuler.*
- *Comment tu peux faire ça ?*
- *Je suis malade, je veux vivre bien dans mon corps.*
- *Ta mère avait ces problèmes-là, ta sœur avait ces problèmes, toi-même tu avais ces problèmes au pays, et c'est pas maintenant que tu es allée en Occident que tu vas avoir ces mêmes idées. Je ne suis pas prêt à faire ma vie avec une fille qui a ces idées-là !*

PAF !

Même ma sœur, quand je lui ai dit, elle a fait tout un cinéma : "Comment tu peux te faire désinfibuler ? Trouve-toi un mari et tu verras après. C'est pas bien." Elle m'a fait tout un problème : "Tu nous crées des problèmes tout le temps. On nous montre du doigt." Elle ne me parlait pas, je m'en foutais. Je veux vivre mieux. Je disais : "Il faut m'accepter. Je suis ta sœur."

Myriam (Enquêtrice) : Maintenant que tu es "ouverte", comme on dit, tu te sens mieux ?

Aliya : Je me sens beaucoup plus féminine, beaucoup plus libre. C'est une bête opération, juste ouvrir, mais il y avait tellement de liens derrière. J'essaie d'en parler à ma petite cousine, du bien que ça fait de s'asseoir sur la cuvette et d'uriner, rien ne peut égaler ça. Et les règles, les infections urinaires. Tu te sens plus toute fermée, ça a beaucoup changé au niveau psychologique. Par rapport à ma vie affective et sexuelle aussi. Les rapports, il n'y avait pas moyen de me toucher, on ne pouvait pas m'approcher (Extrait d'entretien, Aliya, 25 ans, Djibouti).

La chirurgie, l'espoir du plaisir

La technique chirurgicale de reconstruction du clitoris consiste à restaurer un clitoris d'aspect normal et sensible. L'opération n'est pas encore pratiquée en Belgique : très peu de praticiens y sont formés et elle n'est pas remboursée par l'INAMI. Il est toutefois possible de se rendre en France pour y subir l'intervention. La somme avancée par la patiente (environ 1000 Euros) pourra être remboursée par sa mutuelle de santé via la « procédure du formulaire E112 ». Celle-ci permet de recevoir à l'étranger des soins médicaux qui ne sont pas disponibles en Belgique, pour autant que le médecin-conseil de la mutualité ait évalué la demande et qu'un gynécologue fournisse un certificat permettant le remboursement⁸⁵. À la demande de la Ministre fédérale de la Santé Laurette Onkelinx (PS), le Conseil Supérieur de la Santé a remis en août 2009 un avis concernant le remboursement de la reconstruction du clitoris. Le groupe d'experts belges sur les MGF, constitué pour cette occasion, s'est prononcé en faveur de l'accessibilité de l'opération. Il a estimé que « *le fait de rendre l'intégrité de son sexe* » à une femme qui souhaite « *retrouver une sensibilité clitoridienne, se sentir "entière" et reconstruire son image corporelle* » justifie pleinement l'intervention, « *à condition que celle-ci soit sans danger* » (CSS, 2009). L'avis mentionne en outre que la prise en charge d'une femme excisée doit idéalement être globale, ce qui implique de mettre en place une équipe pluridisciplinaire qui évalue, pour chaque cas, le problème de la patiente et les diverses alternatives pour y répondre. Un soutien psychologique peut parfois s'avérer suffisant. La Ministre de la Santé n'a pas encore pris de décision suite à cet avis.

⁸⁵ De plus, le remboursement en Belgique des opérations qui se font à l'étranger n'est accepté que si cette opération est remboursée dans le pays où elle est pratiquée. C'est le cas en France pour la reconstruction du clitoris.

Peu de femmes concernées sont correctement informées au sujet de cette opération (Femmes prévoyantes socialistes, 2009) et de plus, toutes les femmes excisées ne souhaitent pas nécessairement y recourir, estimant soit que c'est trop tard vu leur âge (la sexualité n'est pas ou plus une préoccupation), soit que ce sera trop douloureux ou inefficace.

Je vois bien que ça ne les intéresse pas trop, dans le sens où elles disent que : "Pour nous c'est fait, c'est fini. Donc, il n'y a pas de réparation." Certaines de mes amies me disent :

- *Une réparation, pour quoi faire ? Tu veux avoir envie pourquoi, c'est fini quoi. Toi tu es mariée c'est bon.*
- *Mais je suis mariée, mais je voudrais bien voir ce que c'est le plaisir bien sûr. C'est pas parce qu'on est marié que c'est fini !*
(Extrait d'entretien, Amina, 35 ans, Djibouti).

Le volet qualitatif de l'enquête *Excision et Handicap* a montré plus précisément que des femmes socialisées en Afrique et excisées très jeunes, à la différence des femmes socialisées en France, n'envisagent pas ou moins souvent le recours à la chirurgie réparatrice (ANDRO, LESCLINGAND & POURETTE, 2009).

Celles qui l'ont fait ou veulent le faire se placent essentiellement dans une dynamique de « réparation » psycho-corporelle et d'accès au plaisir sexuel. Le succès de l'opération n'est cependant pas totalement garanti : « *Parfois c'est pire, on ne sait jamais ce que ça peut produire quand on fait de nouvelles cicatrices. La femme doit être prévenue. L'apparence physique du clitoris peut être garantie, pas la sensibilité.* » (Extrait d'entretien, GAMS Belgique) Amina, qui a déjà pratiqué une désinfibulation médicalisée, témoigne du fait que sa propre sexualité n'est pas extraordinaire, que son clitoris lui « manque » et qu'elle a souffert des conséquences de l'excision. Elle a mal lors des rapports sexuels et estime que « ce n'est pas normal ». Son mari la soutient dans cette démarche et une de ses amies qui a fait l'opération en France et en est très contente lui dit que « ça change tout ».

Moi je ne me suis pas connue avec le clitoris par exemple. Mais je pense que je serais mieux avec parce que là c'est tout le temps douloureux. [...] Le plaisir moi je connais pas. Quel genre de plaisir a la femme non excisée ? Mon premier rapport, j'avais trop mal. J'étais terrifiée. Traumatisée. Je disais : « non non non ». On cherchait des petites crèmes pour que ça aille plus vite. Je voudrais bien que ce soit autrement (Extrait d'entretien, Amina, 35 ans, Djibouti).

Retrouver un organe pour trouver un plaisir sexuel et orgasmique, tant valorisé en Occident et seulement accessible aux femmes non-excisées, révèle qu'un certain mécanisme / biologisme est à l'œuvre. La réponse « technique », si elle est parfaitement légitime, fait toutefois écho aux injonctions normatives d'un certain *marketing* médico-sexuel. À titre illustratif, le site web d'une clinique privée de « chirurgie esthétique gynécologique » en Suisse présente la reconstruction, parmi d'autres opérations⁸⁶ apparemment jugées équivalentes. L'explication est fournie en ces termes : « *Ainsi la personne peut découvrir du plaisir dans sa vie sexuelle, alors que ce dernier lui avait été volé à son insu et le plaisir de pouvoir enfin se reconsidérer une femme à part entière permet d'estomper le triste souvenir de cette atroce mutilation.* »⁸⁷ Le message envoyé aux femmes excisées est qu'elles ne sont plus « entièrement » femmes dès lors qu'elles n'ont ni clitoris ni (donc) de plaisir sexuel. L'opération leur ferait oublier les douleurs et souffrances passées et la reconstruction leur permettrait de se réaliser « pleinement » eu égard à ce qui est attendu, « ici », du genre féminin.

D'un sexe à l'autre : des souffrances supplémentaires en contexte migratoire

Si dans les contextes d'origine, être excisée (ou infibulée) permettait d'être une femme « complète » et d'accéder pleinement au statut de femme « honorable », en Occident, être excisée revient à être une femme incomplète, amputée d'un organe fondateur de la féminité et du plaisir sexuel. Avec la migration, « *Les femmes ont appris qu'elles étaient excisées, que "tout le monde n'était pas excisé."* C'est devenu un problème, une question » (*Extrait d'entretien, Tribunal de Première instance*). Ainsi, migrer, c'est aussi devenir « une femme mutilée » dans le regard de l'autre et les femmes excisées font face aux représentations de l'excision et de la féminité dans la société d'accueil. Les campagnes et les acteurs de lutte contre les MGF, malgré leur but de prévention et de sensibilisation, envoient le message qu'elles sont « mutilées » et « *en conséquence, privées des joies du sexe* » (JOHNSDOTTER & ESSEN, 2004 : 1, Notre traduction). L'extrait suivant de la plaidoirie de Maître Céline Verbrouck au Concours international de plaidoiries pour les droits de l'homme est un exemple significatif des images sur la féminité, le genre et la sexualité. « *Un des objectifs de l'excision est la domination sexuelle*

⁸⁶ La clinique propose : la réduction des lèvres, le galbe des grandes lèvres, le rétrécissement du vagin, le rehaussement du point « G », la reconstruction de l'hymen, le traitement des douleurs de la vulve, la réfection des cicatrices douloureuses notamment liées à une épisiotomie).

⁸⁷ http://www.medfemme.com/reconstruction_clitoridienne.html [Consulté le 16 avril 2010].

par l'atténuation ou la suppression du désir sexuel de la femme. La femme excisée n'a pas droit au plaisir, n'a pas droit à une sexualité, simple, respectueuse et partagée. Quand elle n'a pas tout simplement atrocement mal lors d'un rapport sexuel. En quelque sorte, la femme mutilée n'a pas droit à l'amour » (VERBROUCK, 2008). L'excision est régulièrement présentée comme un acte brutal et « barbare ». Ramenée à sa dimension proprement mutilante, nommée avec un certain vocabulaire, « mutilation, torture, crime, traumatisme, victime », l'excision dans les campagnes de sensibilisation bascule dans le régime de l'anormalité – « *L'excision, c'est pas normal. L'excision, on ne doit pas le faire.* » (Extrait d'entretien, Binta, 45 ans, Guinée) – et de la criminalité – « *L'excision, c'est des crimes* » (Extrait d'entretien, Farida, 25 ans, Niger).

L'analyse de plusieurs entretiens et l'observation participante de divers événements en lien avec les MGF ont permis de révéler la transversalité d'un discours sexuel ambiant qui entretient l'impératif d'une « bonne sexualité » et de « l'épanouissement sexuel » au sein de la « relation amoureuse ». À certains égards prescriptif, en particulier lorsqu'il est tenu par des cliniciens, ce discours est potentiellement générateur de souffrances normatives supplémentaires puisque les femmes excisées sont d'emblée exclues de ce supposé éden. La sexualité et le plaisir sont décrits sur un plan anatomique et présupposent tacitement un coït « (hétéro-) conforme » (préliminaires, pénétration, orgasme). Obligatoirement hétérosexuelle, cette sexualité requiert un apprentissage que les femmes excisées devront maîtriser (par exemple via une rééducation post-traumatique, de la masturbation ou des exercices de musculation du périnée) pour atteindre le climax sexuel avec leur partenaire masculin.

Pendant immédiat, les représentations de la « sexualité africaine » ne sont pas en reste. En plus d'être « culturellement différente », cette sexualité serait à la fois pleine de tabous et pratiquée sans préliminaires et sans jouissance pour la femme. Tout serait réservé à l'homme : le plaisir, les co-épouses, les maîtresses et les prostituées. Paradoxalement, la « féminité africaine » est décrite comme le lieu d'un régime de séduction permanente, d'hyper féminité et d'une ritualisation particulière à travers les parfums, les toilettes ou les parures invitant au rapport sexuel. En conséquence d'un tel discours, certaines femmes excisées se dédisent d'avoir une sexualité peu satisfaisante pour ne pas apparaître comme « moins femmes » que les autres – les femmes blanches.

Moi j'avais une sexualité nulle. [...] C'est du vécu. [...]. Quand je discute avec les femmes africaines, une bonne partie a les mêmes sensations que moi. Mais on ne va pas le dire aux blanches qui utilisent notre cause (Extrait d'entretien, Roughy 50 ans, Sénégal).

Sans surprise, ce discours sur la sexualité n'est pas dépourvu d'un discours sur la féminité et la conjugalité. La femme occidentale se définirait comme un « individu », propriétaire de son corps, et le modèle de relation homme/femme serait fondé sur l'amour, la confiance, l'égalité et le partage. La dimension économique et inégalitaire des rapports de genre, en particulier matrimoniaux et familiaux, est parfaitement occultée lorsqu'il s'agit de décrire le contexte et les rapports « européens ». Inversement, la femme africaine serait « totalement soumise » à l'honneur de sa famille, à la domination de son mari et la relation conjugale en Afrique reposerait bien plus sur une logique de solidarité économique que d'échange sentimental. Ces définitions concurrentes de la féminité font véritablement advenir une femme « mutilée ». Les femmes concernées vivent non seulement une amputation bien réelle, mais également celle qui est provoquée par le discours.

Conclusion intermédiaire

Les récits du rituel d'excision, dans les pays d'origine des femmes interrogées, confirment que la pratique s'inscrit plus largement dans un ensemble de prescrits et d'assignations de genre visant au contrôle de la sexualité des femmes (chasteté) et construisant leur rôle subordonné (domestique). L'excision prend place au sein d'un système ancré dans les échanges matrimoniaux et provisoirement appelé système-excision. L'enquête rappelle que l'excision n'est ni un rite d'initiation, ni un rite de passage et la pratique a été analysée en tant que rite de constitution de l'« être-femme », conforme au genre que l'appartenance à son sexe impose. L'excision agit ainsi comme un marquage du sexe (biologique) visant à faire correspondre au genre (sexe social) soit à façonner le corps à l'image qui en est attendue. Elle s'accompagne d'un ensemble de prescrits de genre qui font système (série d'injonctions normatives) et qui « ordonnent » le comportement féminin attendu (retranché et mesuré). L'excision préserve la capacité à se marier des femmes en garantissant physiquement et symboliquement leur virginité. Elle permet la réalisation de l'échange matrimonial ainsi que sa durée à travers la fidélité. Le contrôle de la sexualité des femmes s'accompagne en outre de sanctions sociales (deshonneur) en cas de transgression.

L'honneur et la pureté sont au centre de l'excision : celle-ci apparaît comme une opération de purification visant à établir l'honneur de la femme et *in extenso* celui de sa famille. Les interlocutrices rapportent que l'excision est perçue comme un fait de coutume (héritage des ancêtres) et un prescrit religieux. La coutume, référent identitaire du groupe, s'articulerait, à travers l'excision, au système de sexe/genre : pour « faire partie du groupe » (respecter la coutume des anciens), il faut exciser (couper la femme pour lui donner sa place), ce qui revient aussi à respecter la religion. S'il n'est pas besoin de parler de l'excision, c'est bien parce qu'il est su de tous que ne pas être excisée serait risquer d'être stigmatisée et rejetée. La souffrance de l'acte et de ses conséquences sont tabous, et pas tant l'excision en tant qu'institution valorisée et impérative. L'excision serait d'ailleurs censée préparer les femmes à la souffrance – et en particulier celle de l'accouchement – vue comme le lot quotidien du genre féminin. Enfin, la douleur et le risque de mort viendraient expliquer, dans certains cas, que les parents (les mères) ne soient pas directement impliqués dans la pratique, celle-ci étant souvent prise en charge par d'autres membres de la famille, généralement les tantes et les grands-mères.

En contexte interculturel, les représentations et les attentes en matière de sexualité se transforment. Les femmes migrantes sont confrontées à la place de la sexualité en Europe et prennent souvent conscience qu'elles n'ont pas de plaisir ni de désir. Elles expriment que leur sexualité est difficile, voire douloureuse. De plus, la venue dans un pays où l'excision n'est pas pratiquée fait voir la « non-normalité » de l'excision et questionne la définition sociale de l'« être-femme », les femmes migrantes devenant des femmes « mutilées », voire irrémédiablement « inaccomplies ». Les femmes concernées vivent non seulement une amputation bien réelle, mais également celle qui est provoquée par le discours sexuel et de genre ambiant. Celui-ci n'est pas dénué d'injonctions sous-jacentes en matière de définition de la féminité et de la « bonne » sexualité. Il charrie en outre des représentations simplistes de la féminité « africaine soumise » et de l'« occidentale émancipée ». Il faut dès lors analyser la souffrance supplémentaire, normative, que génère le passage d'un système de sexe/genre à un autre par le fait de la migration.

Face à leurs souffrances physiques et psychiques, les femmes concernées peuvent pratiquer plusieurs opérations chirurgicales (e.g. désinfibulation, reconstruction). Certaines se placent alors dans une perspective de « réparation », qui peut d'ailleurs prendre d'autres voies psychothérapeutiques. Toutefois, pratiquée en dehors du mariage, la désinfibulation constitue un acte de rupture avec le groupe social, entraînant une forte désapprobation. Dans ces cas, le risque de réinfibulation forcée est réel. Quant à la reconstruction, outre le manque d'information, toutes les femmes excisées ne souhaitent pas nécessairement y recourir estimant que leur sexualité n'est pas une priorité ou anticipant les douleurs de l'opération. ■

Point de changement sans continuité

VIII - Point de changement sans continuité : abandonner l'excision dans la migration

Facteurs favorables au changement

Je pense que c'est une pratique trop néfaste et inutile. Néfaste parce que ça affecte la santé de la femme et de l'enfant directement. Et inutile parce que je ne vois pas en quoi elle peut servir : celui qui court derrière une fidélité, c'est pas comme ça que tu l'auras, celui qui utilise la raison religieuse, ce n'est pas marqué dans le Coran, et pour l'argument culturel, à quoi ça sert ? (Extrait d'entretien, Mukhtar, 35 ans, Somalie).

En matière de processus de changement, il convient d'abord de souligner que la remise en question de l'excision et son abandon progressifs peuvent commencer au pays. Ce peut être une rébellion face à des situations intimes violentes, un effet des campagnes publiques de prévention ou encore, le résultat de la mobilité interne (e.g. exode rural) et externe (e.g. voyages à l'étranger) laquelle va de pair avec une confrontation interculturelle. Il est d'ailleurs primordial de comprendre la nature du changement qui s'opère dans les pays où l'excision est (largement) pratiquée et où il n'y a pas toujours d'interdiction légale (ou, s'il y en a une, elle est relativement inopérante vu notamment une forte prévalence). Sur le plan de l'intervention, cela permet d'appréhender plus finement les logiques qui se jouent en dehors d'une stratégie de recours à la justice pénale. Sur le plan d'une socio-anthropologie des genres et sexualités en contexte interculturel, il est absolument nécessaire d'articuler le changement « ici » à celui qui se joue « là-bas » pour comprendre pleinement les dynamiques et forces sociales à l'œuvre. Spécifiquement toutefois, la migration crée un espace-temps où le processus de changement, potentiellement, se révèle. « *L'immigration ne révolutionne pas radicalement la condition des femmes. Mais elle joue davantage comme un révélateur et un accélérateur des tendances préexistantes en Afrique, surtout dans les milieux urbains* » (GILLETTE, 1997 : 42).

L'intime et le savant : la prise de conscience des conséquences de l'excision

Extrait d'un entretien collectif réalisé lors d'un atelier « excision et migration »
au GAMS Belgique à l'automne 2009

Question des animatrices de l'atelier

Depuis que vous êtes en Belgique, est-ce qu'il y a des choses qui ont changé votre vision sur l'excision ? Est-ce que vous avez appris des nouvelles choses ?

Réponses des femmes participant à l'atelier

- L'excision, au pays, est interdite. Mais dans les villages, dans les provinces, ça existe, les gens font exciser leurs filles. Donc en ville, on dit que c'est pas bien parce que ça joue sur l'accouchement de la femme. Ce que j'ai appris ici c'est encore plus pire que ce que j'ai appris au pays. J'ai appris que c'est très, très dangereux. J'ai appris beaucoup de choses.*
- Depuis le pays, on sait que c'est pas bon. Mais les parents, à force de nous dire qu'une femme qui se respecte est excisée, ça nous reste dans la tête. Ça nous a fait vraiment beaucoup de tort. On constate que c'est grave. Depuis là-bas on sait, mais pas vraiment à ce point.*
- L'excision, c'est pas interdit chez nous, mais ils essaient de mettre fin. Mais nos parents... Moi je suis contre l'excision. Je suis là juste il y a 2 semaines alors je n'ai rien appris ici en Belgique. Mais au pays, les médecins, ceux qui ont beaucoup de savoir, on nous dit que c'est pas bon. J'ai vu ça lors de ma grossesse, j'ai eu des complications, il a fallu qu'on m'opère. Je sais que c'est pas bon.*
- Au pays, on nous dit que l'excision c'est pas bon, mais on le fait quand même. C'est interdit mais on le fait. Moi-même j'ai vécu l'excision, ma fille devrait aussi être excisée, mais je n'ai pas envie. On m'a dit que quelque part je pourrais protéger ma fille alors j'ai suivi les conseils et je suis venue ici.*
- Ça joue sur la femme au moment de l'accouchement parce que ça complique. Moi on m'a excisée le jour de mon accouchement. J'ai eu mon premier fils. Vraiment ça a été horrible. J'ai perdu beaucoup de sang. Ça joue vraiment sur la femme. Ça c'est vrai.*

- En plus, même pas seulement pour l'accouchement, par exemple à la télé quand tu vois les films de porno et les femmes qui se sentent bien en faisant l'amour. Et toi qui es circoncisée, tu fais le sexe parce que peut-être avec ton mari, mais tu ne sens rien, tu n'as pas de plaisir. Seulement tu te couches. Tu n'as rien, rien du tout.

La souffrance conjugale et sexuelle des femmes, via la diffusion d'une information sanitaire, est au centre du processus de changement. La prise de conscience, notamment dans la migration, que toutes les femmes ne sont pas excisées – que donc l'identité féminine ne requiert pas universellement de mutiler le sexe apparaît être un facteur déterminant d'une mise en cause de l'impératif et des justifications de la pratique. De plus, certaines femmes rapportent qu'elles sont raillées en tant que femmes excisées.

Donc il y a eu maintenant prise de conscience en rencontrant d'autres communautés. Si nous ne sommes pas mixtes, on ne peut pas tout comprendre. Dans les centres, certaines sont excisées, certaines non. Le plus souvent celles qui ne sont pas excisées, les Congolaises, les Sénégalaises se moquent de nous. Ça nous fait mal un peu parce que nous savons ce que c'est (Extrait de l'entretien collectif).

Plusieurs interlocutrices.eurs ont expliqué la continuité de l'excision dans leur pays par l'ignorance des conséquences de la pratique sur la santé des femmes, même si certains ont souligné l'influence positive des récentes campagnes de prévention, que ce soit à la télévision ou dans les chansons (par exemple « *Non à l'excision* » de Tiken Jah Fakoly). La transmission d'un savoir, essentiellement médical, sur l'excision et ses conséquences ne touche toutefois pas uniformément toutes les générations, ni toutes les classes sociales. Les jeunes seraient aujourd'hui moins enclins que leurs parents à pratiquer l'excision et un écart entre populations urbaines et rurales et entre familles aisées et pauvres serait remarquable.

On commence à sensibiliser les gens en Guinée. On dit à la télé, on chante : "L'excision c'est pas bon". Ça crée des maladies. Ça empêche de faire des enfants. Des gens meurent. Des gens saignent beaucoup (Extrait d'entretien, Aisha, 35 ans, Guinée).

En contexte migratoire, notablement grâce au travail des associations de lutte contre les MGF, la diffusion d'un savoir sur l'impact sanitaire de l'excision est centrale dans le processus de changement des représentations et des pratiques.

Je ne savais pas, je ne savais rien du tout. C'est quand je suis venue ici [au GAMS Belgique]. Parce que je croyais que c'était normal, c'était comme ça. C'est ici que j'ai commencé à me poser des questions (Extrait d'entretien, Binta, 45 ans, Guinée).

La plupart des interlocutrices ont souffert dans leur chair et, plus que les autres, les femmes infibulées : lors de leurs menstruations, pour uriner, au moment de l'accouchement, à l'occasion des rapports sexuels.

Elle [une dame] a eu ça 2 fois. Lorsqu'on l'a coupée, elle a été à la maison, et elle n'était pas bien coupée, alors son papa l'a renvoyée. Ils ont coupé la deuxième fois et jusqu'à présent elle a eu mal. On l'a amenée plusieurs fois à l'hôpital, elle est au centre [pour réfugiés]. Les médecins s'occupent d'elle. Elle est là depuis 9 mois. Elle dit qu'elle souffre, elle ne peut pas faire le rapport avec son mari, c'est ouvert, elle saigne (Extrait de l'entretien collectif).

La prise de conscience du lien entre leur état de santé ou certaines de leurs difficultés et leur excision/infibulation peut être à la source d'une remise en question de la pratique. Le corps médical et paramédical joue évidemment un rôle de premier ordre dans l'annonce du diagnostic de « mutilation », d'autant que certaines femmes découvrent lors d'une consultation gynécologique qu'elles sont excisées. Toutes les femmes ne sont pas nécessairement disposées à recevoir une telle information ou à en discuter, ce qui renvoie aux besoins de formation des intervenant.es (DIELEMAN, RICHARD & al., 2009).

Le médecin m'a examinée, ça a été tout un problème parce que je n'arrivais pas à écarter les jambes, je revivais mon excision. Elle m'a mis à l'aise. On est revenues à son bureau et m'a montré deux images : "Voilà le sexe d'une femme normale et voilà le sexe d'une femme infibulée." Et j'ai chialé. Sans pouvoir m'arrêter. Elle était choquée : "Tu ne savais pas que tu étais excisée ?" Si, mais je ne pensais pas que c'était à ce point là de fermer le sexe. Je me disais : "Pourquoi ta grand-mère t'a fait ça ?" Je revivais des choses : "Quand j'étais pas excisée, j'étais pas normale, en m'excisant j'étais dans la norme et en venant ici, j'étais pas normale. C'est quoi une femme normale ?" (Extrait d'entretien, Aliya, 25 ans, Djibouti).

Alors que les difficultés intimes ne pouvaient pas être dites au pays, la migration ouvre pour certaines la possibilité de s'exprimer, en particulier dans les lieux associatifs, et favorise un processus de changement.

Je pense que dans nos pays, on n'a pas la parole comme ça. Tu peux pas dire ce que tu ressens. Quelque part tu es obligée de garder ce que tu ressens, même si tu as mal. Ici on a la parole, on s'exprime nous les femmes. J'ai des amis et ils me posent des questions sur le plaisir. Je dis : "Oui j'ai du plaisir, tu penses quoi, je suis une femme." Tu es obligée de dire ce que tu ne ressens pas, tu ne peux pas être frustrée. Où est la différence ? On m'a coupé le clitoris et les lèvres (Extrait de l'entretien collectif).

Lors de l'entretien, Aisha s'épanche longuement sur cette dimension. Avec son mari, elle avait des rapports sexuels douloureux et sans désir. En conséquence, la conjugalité s'est dégradée, son mari a entretenu des relations extraconjugales et ils ont finalement divorcé. Plus tard, Aisha a quitté son pays pour éviter que sa fille soit excisée et doive, à son tour, vivre cette souffrance.

J'avais tout le temps mal. Quand j'ai mal, ça me décourage de le faire. [...] Moi j'ai pas de plaisir. [...] Je ne suis pas une femme ? Pourtant cette femme n'est pas plus belle que moi. Mais pourquoi elle a du plaisir et pas moi ? Et pourquoi l'homme aime cette femme ? Parce qu'elle fait bien l'amour et qu'elle a du plaisir. Mon mari me disait que je suis "turbo diesel" parce que pour me chauffer, il faut beaucoup de temps et il est fatigué et j'ai pas encore commencé. Il me refusait : quand il a fini, il a fini. J'ai envie et lui était fatigué. [...] Moi j'ai vu des inconvénients et j'ai dit : "Ce qui m'est arrivé, je ne veux pas que ça arrive à ma fille." C'était clair chez moi. [...] J'ai dit : "Jamais, ça n'arrive pas à ma fille." J'ai fait cette décision (Extrait d'entretien, Aisha, 35 ans, Guinée).

Les hommes ont aussi connu des difficultés sexuelles liées à l'excision ou à l'infibulation et souhaitent que la situation change.

Les choses que je me rappelle le plus, c'est d'avoir essayé de faire l'amour avec des filles infibulées et ça ne marchait pas. Ça aussi peut-être ça m'a poussé à réfléchir. Ça m'a choqué, ça leur faisait mal, ça ne rentrait pas. Il y a un petit trou pour faire pipi et les règles. Dans l'excitation, tu as envie de pénétrer, mais ça fait mal, aussi à l'homme (Extrait d'entretien, Mukhtar, 35 ans, Somalie).

Au plan du genre, la question de la domination (et de la violence) se pose également dans la migration et le changement de contexte qu'elle impose. « Revanche » de certaines interlocutrices, outre l'indépendance qu'elles acquièrent vis-à-vis des maris et des familles, celle de pouvoir entamer des études ou de pouvoir inscrire leurs enfants à l'école est présenté de manière

binnaire, opposant « culture africaine et culture européenne », reprenant la vision monolithique d'un « Occident émancipateur » et d'une « Afrique traditionnelle ».

Par ailleurs, nombre d'interlocutrices.teurs ont longtemps perçu une équivalence entre l'excision et la circoncision. Désormais, ils distinguent clairement les deux et posent les principes de leur non-équivalence, du moins au plan des conséquences sur la santé et la sexualité.

Parce que dans la tête, les gens assimilent ça à la circoncision masculine. "Du moment que nous les garçons, on nous circoncit, il est normal qu'on excise les filles." C'est une fausse comparaison, parce qu'on compare juste l'acte mais pas les conséquences. 99% de conséquences positives pour l'homme et exactement 99% de conséquences négatives pour la femme (Extrait d'entretien, Mukhtar, 35 ans, Somalie).

Dans ce processus de rupture de l'équivalence, l'excision est rejetée tandis que la circoncision est revalorisée, paradoxalement avec les mêmes arguments. En effet, la plupart des interlocutrices.teurs estime que la circoncision, c'est « normal », c'est la « tradition » et « c'est écrit » dans le Coran. D'autant plus que la pratique est perçue comme ayant un impact positif sur la santé des hommes, « pour éviter les maladies ». Tradition, religion et santé constituent donc des registres compatibles et dont l'articulation peut produire des résultats apparemment contradictoires dans la mesure où ce n'est pas la nature des catégories qui est discutée mais seulement leur effet sur le réel.

Une désillusion religieuse : l'islam ne prescrit pas l'excision

Les interlocutrices.teurs rencontrés sont tous musulmans⁸⁸ et ont longtemps considéré l'excision comme un prescrit religieux⁸⁹. Mais à l'occasion de voyages dans d'autres pays musulmans ou, plus simplement, lors de contacts avec des musulmans d'autres ethnies de leur pays (par exemple dans le contexte d'un exode rural), le constat que tous les musulmans ne pratiquent pas l'excision génère souvent une première critique de la pratique. Dès lors que toutes les femmes musulmanes ne sont pas excisées, il apparaît que la religion n'impose pas cela.

⁸⁸ Très peu de données sont disponibles sur les musulmans subsahariens en Belgique. Ils seraient surtout d'origine guinéenne, sénégalaise, malienne, mauritanienne, nigérienne, rwandaise et éthiopienne et ils se rattacheraient essentiellement à la confrérie tidjane (DIOUM, 2006).

⁸⁹ Voir le point « Le clitoris au cœur de l'impur ».

C'était la coutume, mais la religion aussi parce qu'ils insistaient beaucoup : "C'est parce que la religion veut que les petites filles soient excisées, parce qu'elles sont purifiées et elles sont plus propres. C'est la différence entre une Musulmane et une autre religion." Mais l'Arabie Saoudite quand même c'est très musulman ! C'est là où il y a La Mecque et tout. Et ils ne savent pas, ils ne savent pas ce que c'est l'excision ! Et moi ça me trottait dans ma tête. [...] Et c'est à partir de ce moment-là que je me suis dit : "C'est pas normal que l'excision existe, c'est pas possible, il faut que ce genre de pratique disparaisse." Les gens me riaient au nez parce qu'ils me disaient : "Si tu n'es pas excisée tu n'es pas une vraie Djiboutienne, c'est pas notre culture, c'est pas notre coutume, c'est pas notre religion" (Extrait d'entretien, Amina, 35 ans, Djibouti).

La migration en Europe est également une occasion de prendre distance avec le prétendu prescrit religieux concernant l'excision. Dans son cas, Awa a longtemps pensé que l'excision était non seulement une preuve du courage féminin, mais encore une étape dans son cheminement spirituel. Elle estime désormais que la religion est instrumentalisée pour défendre l'excision. Alphabétisée en Belgique, Awa a fait des lectures sur l'excision qui l'ont bouleversée et qui montraient l'absence de prescrit religieux. Son monde s'effondrait : pourquoi fallait-il donc subir cela ? Le choc était décisif, comme si plus rien ne justifiait la souffrance, désormais inutile. Son grand-père, instruit en matière de religion, lui a alors expliqué que l'excision existait avant l'islamisation et que l'islam s'en était accommodé.

"La circoncision pour les garçons c'est net et clair et mis. C'est une alliance avec Abraham." Ça il l'a dit. "Mais pour les femmes c'est une culture et une tradition. Ça n'a rien à voir avec la religion." Mais les gens mélangent les deux (Extrait d'entretien, Awa, 50 ans, Sénégal).

Depuis, Awa critique la justification religieuse de l'excision, ce qui nécessite probablement de se redéfinir, en tant que femme, vis-à-vis de l'institution religieuse. Musulmane pratiquante, elle s'interroge désormais sur la pluralité dans l'islam. « Ya-t-il deux religions musulmanes différentes ? » (Extrait d'entretien, Awa, 50 ans, Sénégal).

Une interlocutrice observe qu'une partie de la communauté guinéenne adopte des positions conservatrices en matière de religion et rapporte qu'elle a récemment entendu, à Bruxelles, un imam guinéen encourager les mutilations dans un prêche.

J'ai assisté à une réunion religieuse où j'ai entendu que l'excision fait partie de la religion musulmane. [...] Les gens veulent être conformes à leur religion. Il dit n'importe quoi : il faut dissocier culturel, traditionnel et religieux. Lui il associe, il renforce l'excision. Et pourtant, les gens étaient bouche bée, ils l'écoutaient comme Dieu (Extrait d'entretien, Awa, 50 ans, Sénégal).

La controverse est vive, notamment parmi les musulmans concernés, entre opposants à la pratique qui démontrent que ni le Coran ni le Prophète ne la prescrivent et représentants de courants religieux réactionnaires, notamment pour ce qui concerne le statut des femmes, qui argumentent que le Prophète ne l'a pas interdite. L'excision est une pratique antéislamique et de plus, elle n'est pas pratiquée par la totalité des musulmans à travers le monde. Elle est d'ailleurs répertoriée parmi certains groupes chrétiens et « animistes ». Aucune sourate du Coran, ni même aucun hadith (retranscription de la parole du prophète) ne recommandent l'excision. Les filles du prophète n'étaient elles-mêmes pas excisées (HERZBERGER-FOFANA, 2000). Seule une allusion à l'excision se trouverait dans un hadith isolé. Mahomet, au cours d'un voyage à Médine, aurait recommandé à une exciseuse d'esclaves, de « ne pas tout enlever ». L'incision du capuchon du clitoris (type I) serait vraisemblablement tolérée en tant que pratique pieuse tandis que l'excision (clitoridectomie) serait rigoureusement proscrite (TAUZIN, 1988). Enfin, au niveau des autorités religieuses, en 1996, l'imam d'Al Azhar⁹⁰ a déclaré publiquement qu'il n'avait pas fait exciser sa fille et a pris position en déclarant que l'excision n'est pas prescrite par la religion. En 2006, une fatwa a été émise par cette même autorité, elle condamnait les MGF en les qualifiant de « crime contre l'espèce humaine ».

⁹⁰ Al Azhar est une université prestigieuse et la plus haute autorité de l'islam sunnite en Égypte. Elle prononce des fatwas (directives religieuses) qui guident la conduite de nombreux sunnites dans le monde. En 1995, un procès s'est tenu au Tribunal de Première instance du Caire, intenté par l'Organisation égyptienne des droits de l'homme (OEDH) contre Al-Azhar. L'université était alors dirigée par l'imam ultraconservateur Cheikh Ali Gad Al Haq. Nommé en 1982, il s'était prononcé dans une fatwa de 1994 en faveur de l'excision des filles, affirmant qu'il s'agissait d'une recommandation du prophète Mahomet. Les avocats d'Al-Azhar avaient fait état d'une recherche menée en France et qui, selon eux, montrait que l'excision des filles minimise les risques de les voir atteintes du sida. En fait, *Le Quotidien du médecin* (Paris) avait publié, le 22 août, une étude affirmant que la circoncision des hommes diminuerait la contamination par le virus du sida. L'OEDH réclamait donc 150.000 dollars au cheikh d'Al-Azhar et aux responsables de sa nomination, le Président de la République et le Premier ministre égyptiens. Ce « dédommagement du préjudice moral provoqué par la fatwa » devait aider à financer une campagne contre l'excision en Égypte (AFP, *Le Soir*, 18 septembre 1995 et 16 mars 1996). En 1996, le Cheikh Mohamed Sayed Tantawi succédait à son prédécesseur. Plus libéral, il s'était prononcé contre l'excision.

Un continuum d'arbitrages

Arbitrages « communautaires » : transmission culturelle et intégration sociale

Plusieurs recherches ont fait l'hypothèse que la migration renforce, potentiellement, la pratique de l'excision par souci de « *préservation de l'identité ethnique* » (OMS, 2008 : 7). Un contexte d'« *intenses bouleversements sociaux* » favoriserait la continuité, voire l'adoption, de l'excision sous la pression de « *mouvements de renouveau religieux ou de résurgence des traditions* » (*Ibid.*). Des études françaises ont postulé un lien entre la crainte du groupe de perdre son identité, la domination masculine et la continuité de l'excision, laquelle permettrait de « *maintenir la cohésion au sein du groupe en perpétuant le marquage des sexes, qui institue la femme dans son rôle de future épouse soumise* » (GILLETTE-FRENOY, 1992 : 9). Les femmes payeraient le prix du sentiment d'être menacé que vit leur groupe, en raison « *des sentiments d'oppression et de spoliation que la société dominante provoque* » (GILLETTE, 1997 : 41), puisqu'elles assument un rôle de transmission culturelle auprès des enfants. Les filles seraient alors « *coupées* », car « *il le faut* », sans autre forme de cérémonie. Autre facteur d'importance mis plus récemment en évidence par l'enquête qualitative du projet *Excision et Handicap*, « *l'attachement aux pratiques du pays d'origine [pourrait] être une forme de réassurance pour des groupes sociaux précarisés dans leur pays d'accueil* » (ANDRO, LESCLINGAND & POURETTE, 2009 : 16). De ce fait, la pratique de l'excision déclinerait avec l'ascension sociale des groupes concernés, en particulier dans les familles où les femmes accèdent aux ressources d'éducation et d'emploi, réduisant les inégalités de genre.

Cette enquête n'a pas permis de corroborer pleinement les hypothèses précitées étant donné que la population d'enquête⁹¹ se composait soit de migrant.es établis depuis plusieurs années en Belgique et ayant accédé à divers types de ressources (associatives et de type emploi/formation), soit de primo-arrivants encore au début de leur parcours migratoire en Belgique. Il n'y avait aucun interlocutrice.teur issu d'une population établie depuis quelque temps mais plus précaire. À l'avenir, il serait d'ailleurs pertinent d'approfondir les liens entre mobilité sociale, asymétrie de genre, dépossession culturelle et excision. Il faudrait également investiguer plus avant les logiques et rapports sociaux au

⁹¹ Voir le point « Biais et limites ».

sein des « communautés » de migrant.es pour apprécier l'hypothèse d'un « repli communautaire » ou d'un « sentiment de spoliation ». Les éléments du contexte français, dont son histoire coloniale particulière, ne sont probablement pas intégralement transposables à la Belgique.

Pour Amina et Aliya, la pratique continuerait parmi les familles immigrées résidant en Belgique malgré l'interdiction légale. Elles expliquent cela par « l'attachement aux coutumes », « l'intégration dans la communauté » et la crainte de « perdre ses racines » (sa culture, ses traditions, ses valeurs). Au centre du problème, la peur d'être rejeté par le groupe d'origine ou d'appartenance. Sous des airs de paradoxe, les migrant.es seraient plus attachés aux coutumes que leurs compatriotes restés au pays. Isabelle Gillette avance qu'ils ne vivent pas les mêmes changements culturels, en tout cas pas à la même vitesse (GILLETTE, 1997), d'autant plus dans un contexte de rejet des étrangers.

Quand on est loin de son pays, on essaie de ne pas perdre ce qu'on avait comme tradition, comme culture. Les gens qui sont restés dans les pays locaux ne sont pas vraiment dans la tradition comme ceux d'ici. Ceux d'ici se rattachent beaucoup plus à leur tradition, à leur culture. Ils sont en Occident et s'ils essaient de dire non à quelque chose, ils vont perdre leurs valeurs culturelles. Pour ne pas perdre tout cela, ils veulent sauvegarder leurs traditions (Extrait d'entretien, Aliya, 25 ans, Djibouti).

Un reproche d'« occidentalisation » est adressé à ceux qui abandonnent l'excision, ou d'autres pratiques construites comme « traditionnelles », et peut être doublé d'une affirmation identitaire forte qui pèse comparative-ment bien plus sur les femmes.

Des imams disent : "Il ne faudrait pas que vos filles deviennent des femmes occidentales. Il faudrait qu'elles portent le voile." Alors que dans le pays, elles ne portaient pas le voile ! (Extrait d'entretien, Aliya, 25 ans, Djibouti).

Quant à Amina, elle estime qu'il n'est pas nécessaire de pratiquer l'excision pour transmettre la culture et qu'il faut éviter « le pire » de la coutume.

Les coutumes, c'est les repères. Si tu perds les coutumes, tu n'as plus de trace, tu n'as plus rien. Les coutumes, c'est important, c'est là où je viens, je ne peux pas perdre, je n'aimerais pas (Extrait d'entretien, Amina, 35 ans, Djibouti).

Ceux qui abandonnent la coutume et l'affirment, au pays notamment, paient le prix fort de la stigmatisation.

C'est une honte de ne pas exciser ta fille. Pour que cette honte ne s'inscrive pas ta famille, tu vas le faire. J'ai des cousines qui ne sont pas excisées. Leur père (le mari de ma tante) s'est battu bec et ongles. La mère était rejetée, les filles étaient critiquées : "Tes filles vont finir dans la débauche. Elles vont être des prostituées. Elles vont finir dans la rue" (Extrait d'entretien, Aliya, 25 ans, Djibouti).

Quand j'ai dit aux gens, devant mes parents : "Quiconque fait ça à ma fille, je vais le tuer." Ils m'ont dit : "Tu es malade toi ! Pense à ta fille, si tu le fais pas, ta fille va être pute !" J'ai dit : "Elle n'a qu'à être pute, mais moi je le fais pas !" (Extrait d'entretien, Aisha, 35 ans, Guinée).

Prendre position et, plus même, militer contre l'excision peuvent également poser problème. Le cas d'Aliya est largement illustratif. S'étant engagée corps et âme dans ce combat, elle a été violemment rejetée par « sa communauté » et placée du côté des « blancs ». Alors qu'elle a été infibulée tardivement vu l'opposition de son père, Aliya est passée de la honte de ne pas être excisée à la honte de divulguer la pratique en dehors de sa communauté. Aujourd'hui, elle n'est plus agressée, mais elle n'est toujours pas invitée aux événements collectifs et elle a dû se construire en dehors de ses pairs et tisser d'autres relations sociales.

Ma communauté n'adhère pas que je parle de l'excision, je ne suis pas acceptée, je suis rejetée totalement, j'ai eu plusieurs agressions dans la rue. Je passais mon temps au commissariat de police à déposer plainte. C'était pas des femmes qui me harcelaient, c'étaient des hommes qui m'agressaient. On me disait : "Tu es une prostituée, tu es une dévergondée, bientôt toutes les filles de la communauté vont te suivre si on ne t'arrête pas maintenant. Comment oses-tu parler de nos traditions aux blancs ?" (Extrait d'entretien, Aliya, 25 ans, Djibouti).

Mukhtar connaît bien la communauté djibouto-somalienne et estime que les possibilités d'intégration par le travail sont limitées. Il rapporte que nombre de ressortissants ne sont pas qualifiés, ne travaillent pas et/ou vivent de l'aide sociale et de petits boulots, d'intérim, etc. Il souligne également le manque de maîtrise du français parmi ses compatriotes. Ces éléments concourraient, selon Mukhtar et Aliya, à une vie sociale dans « l'entre soi » communautaire, au plan social, culturel, économique et matrimonial.

Ils vivent plus ensemble, avec eux-mêmes, qu'avec les autres. Ils fréquentent les autres uniquement au travail ou à l'école et là, ils sont obligés, ils n'ont pas choisi (Extrait d'entretien, Mukhtar, 35 ans, Somalie).

Enfin, Mukhtar souligne que la communauté n'a pas organisé de débat sur l'excision et ne s'est donc pas prononcée à ce sujet. Il estime que, grâce aux actions de sensibilisation, celle-ci commence à changer de position sur cette question, mais très lentement. Il observe que les femmes sont plus dynamiques sur ce sujet car cela les concerne directement. À l'inverse, il constate que les hommes somaliens s'en tiennent au « politiquement correct » en se disant « contre l'excision », mais qu'ils continueraient à juger que « c'est une affaire de femmes » dont ils n'ont pas à se préoccuper, qu'il faut maintenir la culture et qu'il faut « prévenir les rapports sexuels hors norme. »

Arbitrages médicaux : hiérarchiser, minimiser

Le travail de sensibilisation et de prévention à destination des publics cibles passe par la diffusion de messages sanitaires sur l'impact de l'excision. Ceux-ci sont réappropriés localement et une meilleure connaissance des types de mutilations donne lieu, dans certains cas, à une hiérarchisation. Certains interlocutrices.teurs expriment en effet que, comparativement, l'excision est en quelque sorte « moins grave » que l'infibulation. « *L'excision, ça passe une seule fois, tu es petite, on fait l'excision, ça fait mal, c'est fini* » (Extrait d'entretien, Binta, 45 ans, Guinée). Dans le même ordre d'idées, plutôt que de l'abandonner complètement, il serait finalement « acceptable » d'ajuster la coutume de manière à minimiser l'impact de celle-ci sur la santé des femmes. Pratiquer une forme d'excision jugée moins mutilante (par exemple une clitoridectomie à la place d'une infibulation) ou réaliser une excision très précoce voire médicalisée⁹² pour que l'enfant souffre moins, cicatrice mieux et n'en ait pas de souvenir, sont des alternatives possibles rapportées par des interlocutrices.teurs.

Une dame de Djibouti d'une vingtaine d'années vient pour une IVG au planning. Elle est excisée, mais "a minima" alors que sa mère est infibulée. On ne peut même pas faire de diagnostic d'excision dans son cas. Elle savait bien que l'excision est interdite en Belgique et dit que c'est positif de médicaliser l'excision, comme la circoncision qui a été faite pour son frère à l'hôpital. Elle dit qu'elle est contre les MGF (Extrait d'entretien, Médecin).

⁹² Il est par exemple avéré que des parents se sont présentés devant des médecins pour demander de pratiquer une excision (voir le point « Les cas documentés de mutilation »).

Plusieurs interlocutrices.teurs ont des enfants, certains sont nés dans le pays d'origine et ont migré à divers âges tandis que d'autres sont nés en Belgique. Pour les filles qui étaient déjà excisées au moment du départ, la question de pratiquer ou pas l'excision ne se pose évidemment plus. Pour les quelques filles nées ici ou qui y ont migré en n'étant pas excisées, les interlocutrices.teurs – leurs parents – se disent contre l'excision. Ces familles sont ainsi composées d'une partie de filles excisées et d'une partie de filles non excisées. Les données récoltées ne permettent toutefois pas de conclure à un arbitrage réfléchi conduisant les familles à ne faire exciser qu'une seule ou une partie des filles, tel que décrit par l'enquête qualitative du projet *Excision et Handicap* (ANDRO, LESCLINGAND & POURETTE, 2009).

Plus particulièrement, des interlocutrices.teurs rapportent, sans décrire de cas concrets, que certaines familles privilégieraient des formes moins sévères d'excision pour maintenir la coutume tout en diminuant ses conséquences. La mutilation de type I (clitoridectomie) consiste à inciser, voire couper, le capuchon du clitoris. Elle est appelée « sunna »⁹³ par certaines populations. Parce qu'elle refuse la distinction entre formes mutilantes et non mutilantes d'excision, Amina a dû faire preuve de fermeté pour que sa fille ne soit pas excisée. Elle-même est infibulée et milite contre les MGF. Elle dit que c'est une victoire pour elle que sa fille ait encore son clitoris. Résistant des années durant au sein de son couple face aux demandes insistantes de son mari, Amina a dû surmonter la crainte de stigmatisation et de déshonneur (en cas de retour au pays notamment) et a finalement mis en avant d'une part, sa propre souffrance et d'autre part, la pénalisation des MGF.

Avant qu'elle ne naisse ma fille, il [mon mari] me disait :

- Il faut qu'on fasse pour ma fille. Demain, si j'ai une fille je vais le faire.

- Non ! Il n'en est pas question ! Comment tu vas faire à ta fille alors que moi, quand je suis arrivée en Belgique, tu te rappelles bien que j'ai fait une opération pour qu'on puisse m'ouvrir. Et t'as vu que j'ai eu mal et tout ça. Et si j'étais pas excisée, j'allais pas passer par tout ça !

Donc il a fallu lui expliquer. Ma fille n'était même pas née. Et ce débat a duré [plusieurs années]. Parce que moi, je ne l'ai pas eue [ma fille] assez rapidement. Peut-être dû à l'excision, je ne sais pas. Et je lui disais :

⁹³ La « sunna » est la seconde source législative de l'islam, après le Coran, et renvoie aux dires et actes du Prophète Mahomet. Elle a un caractère plus « pratique » que le Livre. Le Prophète Mahomet, dans un hadith, aurait toutefois exprimé que la circoncision est une « sunna » (une obligation) et que l'excision est une « makruma » (un honneur pieux).

- *Ma fille ne sera pas excisée. Donc tu vas choisir soit de me quitter.*
- *Non, mais il y a le sunna, le sunna c'est juste le bout.*
- *Non ! On ne touche pas, on ne touche pas. Ni sunna ni le reste ! Moi j'ai été infibulée. Et ma fille, elle ne sera pas touchée. Quoi que tu puisses faire. De toute façon ici en Belgique tu ne feras pas. En Europe, tant qu'elle sera en Europe, c'est interdit et à Djibouti tu feras pas parce que moi, je suis pas d'accord !*
- *Elle sera la risée de tout le monde ma fille, quand elle va... On ne va pas vivre quand même... On a dit qu'on vient en Europe. Si on rentre à Djibouti et qu'elle n'est pas excisée, on va l'insulter, on va...*
- *Non, s'il faut vivre le temps qu'elle grandit et qu'elle oublie et qu'elle se défend elle-même je resterai en Belgique, je partirai pas. Mais au moins maintenant, au moins c'est l'avenir de ma fille, au moins il ne faut pas qu'elle ressente tout ce que j'ai vécu.*
- *C'est le sunna.*
- *Mais de quoi, qu'est-ce que tu connais de tout ça ? Est-ce que tu peux sentir, tu peux rien sentir, donc tu peux pas le dire ! C'est pas... Cette décision, elle ne t'appartient pas, c'est à moi de la prendre. Si je vais continuer dans cette coutume ou si je vais arrêter. Donc moi je dois t'en parler avant qu'on ne soit mariés, de l'excision. Donc, tu sais combien que ça me tient à cœur. Tu veux faire ça à ma fille, mais je dis que c'est pas logique donc.*
(Extrait d'entretien, Amina, 35 ans, Djibouti).

Les formes dites « symboliques » d'excision sont signalées depuis quelques années au sein des communautés migrantes. Elles sont présentées comme des alternatives moins « nocives » mais d'une part, il n'est pas exclu que les filles soient soumises plus tard à une excision complète par exemple au moment de leur mariage et d'autre part, ces interventions « ne résolvent pas l'inégalité liée au genre qui sous-tend l'exigence de la pratique et peuvent en fait entraver son abandon » (UNICEF, 2005 : 25).

Arbitrages de genre : une morale sexuelle inchangée

Sur le plan d'une analyse de sexe/genre, dans quelle mesure le système-excision⁹⁴ peut-il être partiellement transposé voire adapté en contexte migratoire ? En effet, si des femmes et des hommes rejoignent la lutte contre les MGF en s'opposant à une coutume séculaire ou, plus simplement, décident d'abandonner cette coutume pour des raisons essentiellement sanitaires, cela n'entraîne pas nécessairement une remise en cause de tous les prescrits de sexe/genre (chasteté, hétérosexualité, mariage, subordination), ni une remise en question du genre en tant que construction normative. Entre genre et santé, des arbitrages divers s'opèrent tels qu'être contre l'excision mais pour la virginité, contre le mariage arrangé, pour la fidélité, contre la polygamie (la polygynie), pour l'obéissance au mari, contre le célibat. Le système-excision n'est ainsi pas totalement remis en question dans la multiplicité de prescrits qu'il génère et qui le fondent. La souffrance est dénoncée, pas (toujours) la norme.

Les logiques d'union conjugale et la capacité à marier sa fille⁹⁵ influencent nécessairement la continuité de la pratique, d'autant lorsque les parents envisagent ou pas de rentrer dans leur pays d'origine ou d'y recruter un époux. À la différence des immigrés des années 1970-1980, les nouveaux arrivés n'ont plus les mêmes perspectives de « retour au pays » vu les restrictions à la mobilité imposées par les politiques migratoires (QUIMINAL, 2002). Que ce soit par crainte d'être persécutés ou parce qu'ils ont établi le centre de leur existence en Belgique, plusieurs interlocutrices ne s'envisagent pas de s'installer définitivement au pays – ou seulement pour « les vieux jours ». Économiquement, seuls des voyages ponctuels sont à leur portée. Dès lors que le retour n'est pas prévu, l'excision perdrait en partie de son utilité au plan de la capacité matrimoniale et de l'alliance entre familles, en tout cas vis-à-vis des familles restées dans le pays d'origine.

« Ta fille, ça ne lui sert plus à rien d'être excisée si elle ne va pas se marier au pays (Extrait d'entretien, Amina, 35 ans, Djibouti). »

Quant aux stratégies matrimoniales en Belgique, Amina et Aliya estiment que le mariage mixte, comme l'abandon de l'excision, font partie d'une démarche d'« intégration » plus globale. Aliya raconte qu'elle a engagé pen-

⁹⁴ Voir le point « Le système-excision : marquage du sexe et échange matrimonial ».

⁹⁵ Voir le point « Honneur, virginité, fidélité ».

dant un temps une relation avec un étranger, musulman mais pas djiboutien, ce qui a été plus ou moins bien perçu par sa mère qui préférerait une union avec une personne de la même culture.

On est trop communautaire et on ne s'en cache pas. Être avec une personne d'une autre communauté, c'est grave quoi ! (Extrait d'entretien, Aliya, 25 ans, Djibouti).

Parmi les Guinéens de Belgique, Binta a pu assister à des fêtes de mariage. Cette immigration étant récente, les femmes qui se marient ne sont pas nées ici et n'y ont pas grandi. Il est donc difficile d'évaluer l'évolution des logiques matrimoniales. La plupart des mariages se passerait entre Guinéens, mais Binta relate qu'il y a quelquefois des mariages avec des femmes non-excisées. Elle n'y voit aucun problème.

D'un côté, Binta dit qu'elle laissera ses filles se marier « tard » (vers 21-22 ans) et choisir leur conjoint. « *Un bon mari qui les comprend et qui les rend heureuses* » (Extrait d'entretien, Binta, 45 ans, Guinée). Elle préfère même que ce soit un anonyme, plutôt qu'un parent coutumièrement désigné, car cela éviterait les conflits familiaux. Là aussi, l'impact de la migration est observable. La famille n'étant plus là pour organiser les échanges matrimoniaux, cela permet de prendre de la distance avec certaines obligations. D'un autre côté, Binta voudrait que ses filles restent vierges jusqu'au mariage et demeurent fidèles à leur époux. Rester vierge, c'est « se préserver » pour l'honneur de la famille, mais aussi pour éviter les maladies. À nouveau, l'argument sanitaire n'est pas du tout incompatible avec la logique coutumière, au contraire.

Il faut garder la virginité jusqu'au mariage. Si tu es mariée, tu es avec ton mari. Je ne peux pas l'obliger de se marier avec quelqu'un qu'elle n'aime pas. D'accord, cherche celui que tu aimes. Si c'est celui-là, il faut rester fidèle (Extrait d'entretien, Binta, 45 ans, Guinée).

Si l'excision garantit la fidélité de la femme mariée, Binta estime que cela pourrait être obtenu autrement, essentiellement par la voie de l'éducation des filles.

Ce que j'ai appris avec l'infibulation, coudre les femmes, c'est pour qu'elles n'aillent pas sur les hommes, derrière, après le mariage. Mais tu pouvais expliquer à ta fille les dangers sans le faire comme ça, souffrir. Toi tu vas traumatiser ta fille pendant toute sa vie car tu fais les rapports sexuels avec ton mari pendant toute ta vie. Elle fait des enfants, elle va passer tout son temps à souffrir dans ce monde. C'est une souffrance inutile, rien du tout, inacceptable ! (Extrait d'entretien, Binta, 45 ans, Guinée).

L'objectif n'est donc pas contesté, seul le moyen d'y parvenir. De même, « en Suède, où les Somalis abandonnent généralement la tradition de la circoncision féminine, les mères doivent trouver d'autres stratégies que l'infibulation pour assurer la chasteté de leurs filles » (JOHNSDOTTER & ESSEN, 2004 : 8, Notre traduction). Cela inclut, selon cette auteure, une communication renforcée sur les questions sexuelles, un contrôle social étendu et l'éducation (religieuse).

Conclusion intermédiaire

La remise en question de l'excision commence bien souvent dans les pays d'origine et la migration potentialise celle-ci. Par un effet du contexte belge globalement défavorable à l'excision, tant au plan de la pression sociale (la coutume est inexistante et stigmatisée, aucun impératif diffus à pratiquer l'excision ne circule en population générale), que de l'organisation sociale et familiale (le rituel ne peut être organisé à l'identique vu que la famille n'a pas migré au complet, les exciseuses apparemment non plus en raison de leur âge), la migration favorise une remise en question de la pratique. De plus, l'existence de dispositifs préventif, protectionnel et répressif exerce des effets non négligeables. L'interdiction légale semble connue et bien comprise des migrant.es concernés, que ce soit via les associations, les institutions, les réseaux sociaux ou les médias. En plus de la crainte d'être inculpés et condamnés, certains migrant.es ont obtenu un statut de séjour au motif du risque d'excision pour leur fille. Dès lors, la mise au jour d'une mutilation sur celle-ci mettrait en jeu la protection internationale dont ils ont bénéficié.

La transmission d'un savoir médical sur les conséquences de l'excision est de nature à révéler la souffrance intime des femmes (sexualité, conjugalité, santé) et celle-ci est au cœur d'une remise en question de la pratique. La migration permet à certaines femmes d'exprimer leur vécu – essentiellement grâce au travail des associations qui ouvrent des espaces de parole à ce sujet. La désillusion concernant le prescrit religieux – face au constat que l'islam ne prescrit pas l'excision – est également un facteur déterminant d'une remise en cause de l'impératif de la pratique. La circoncision apparaît, quant à elle, comme un acte « normal » à perpétuer car prescrit par la religion et la tradition, d'autant qu'il est perçu comme bénéfique pour la santé. Les rationalités sanitaires, religieuses et coutumières s'articulent ainsi sans trop de difficulté, dans un cas pour condamner une pratique, dans l'autre pour la valoriser davantage.

Toutefois, un risque d'excision persiste parmi certains migrant.es vu la « force de la coutume » et la fonction d'intégration sociale de l'excision. Cette pression sociale doit en partie être analysée au regard des stratégies matrimoniales et de leur changement dans la migration, l'excision étant conçue notamment pour préserver la capacité à se marier des filles. La présente recherche révèle surtout qu'entre continuité et abandon de l'excision, s'établit

un continuum d'arbitrages entre impératif coutumier, interdiction légale et souci de la santé des femmes. Il faut par exemple percevoir que le discours médical est réapproprié, notamment afin d'aménager la coutume en diminuant ses conséquences par l'adoption de pratiques supposément « moins mutilantes ». À ce titre, la tentation est forte de pratiquer une excision de type I dite « sunna » (ablation partielle ou totale du capuchon et/ou du clitoris) plutôt qu'une infibulation.

Si la pratique est abandonnée par certains, le système-excision n'est pas toujours remis en question en tant que projet (hétéro-) normatif. Il est plutôt aménagé et les représentations qui le fondent ainsi que les injonctions (chasteté, mariage) et les rôles (subordination) qu'il produit peuvent perdurer sans trop de difficulté. L'oeuvre de la distance rend la norme visible et l'appropriation de nouveaux savoirs peut générer chez les interlocutrices un recul critique. Mais celui-ci n'équivaut pas à un revirement complet ou radical et laisse plutôt place à divers arbitrages de la morale sexuelle. « L'éducation des filles » est par exemple censée produire des effets comparables à l'excision. La finalité n'est pas contestée, seul l'est le moyen d'y parvenir. ■

Conclusion générale

IX - Conclusion générale

La recherche *Excision et migration en Belgique francophone* est une enquête qualitative exploratoire de type socio-anthropologique au sujet des motifs et des logiques de continuité et d'abandon de l'excision et de l'infibulation parmi les populations d'origine africaine concernées. Des entretiens individuels approfondis ont été réalisés avec 9 femmes et hommes et un entretien collectif a été mené avec 35 femmes demandeuses d'asile, toutes et tous originaires d'un pays où l'excision ou l'infibulation sont pratiquées. De plus, 13 entretiens semi-directifs ont été organisés avec des intervenant.es des secteurs de la santé et de la santé sexuelle, de la migration et des droits des étrangers à Bruxelles et à Liège. Au départ d'une visée compréhensive, l'enquête vise une meilleure analyse de la problématique et devrait ainsi permettre d'améliorer les stratégies de prévention.

Le rapport final de la recherche présente d'abord un état des lieux de la situation dans le monde (démographie, prévalence) et en Belgique (populations concernées et à risque, cas documentés de MGF). Les cas de mutilation avérés sont ensuite décrits, au-delà des nombreuses rumeurs qui circulent à ce sujet et malgré les difficultés à connaître ces situations vu le silence qui les entoure dans un contexte de pénalisation et de stigmatisation. Ensuite, une analyse critique de la dimension institutionnelle de la problématique soulève des enjeux, notamment sanitaires, relatifs à l'application de la loi pénale et de la protection internationale. L'analyse retrace la genèse puis la réception et la mise en œuvre des dispositions pénales réprimant les auteurs de MGF et des directives relatives à l'octroi du statut de réfugié au motif du risque d'excision. Si ces mesures visent à protéger les victimes de violence, plusieurs effets contre-productifs peuvent toutefois être pointés, menant à la conclusion que les stratégies de contrôle doivent être accompagnées, voire précédées, d'approches globales en matière de santé et d'éducation.

Ensuite, la recherche éclaire les représentations des interlocutrices.teurs au sujet de l'excision (finalités, significations) et met en avant la notion de « système-excision ». L'analyse montre en effet que l'excision et l'infibulation ne sont pas des pratiques isolées mais s'inscrivent au contraire dans un en-

semble de pratiques discursives et matérielles de construction et d'assignation des genres féminin et masculin – en particulier à travers le contrôle de la sexualité des femmes. L'excision apparaît comme un acte de constitution de l'« être femme » par un marquage du sexe supposé façonner le corps à l'image de son genre (SINDZINGRE, 1977 ; FAIZANG, 1985). Un premier ensemble de prescrits attachés au système-excision renvoie à la sphère conjugale et familiale puisque l'excision est supposée préserver l'honneur des femmes et de leur groupe par la chasteté. De fait, l'excision est conçue de sorte à satisfaire l'exigence de virginité prénuptiale et, ensuite, de fidélité au mari en « coupant » le désir et le plaisir féminins. Par ailleurs, les douleurs subies lors de l'acte sont représentées comme une préparation aux souffrances de l'accouchement, augurant une carrière maternelle. Prérequis à l'échange matrimonial, l'excision se trouve ainsi au fondement de la morale sexuelle en forgeant une identité féminine « pleine et complète », distincte du masculin auquel elle est supposée s'unir. La pratique participe ainsi de la construction du « régime hétérosexuel » en affirmant la division des genres (RUBIN, 1975 ; WITTIG, 1980).

Un second ensemble de prescrits renvoie à la construction sociale du genre féminin, l'excision pourvoyant également à l'« éducation » des femmes. Le comportement attendu de celles-ci requiert qu'elles soient « ordonnées » dans leur ménage et « subordonnées » à leur mari et aux aînés. L'excision vient ainsi marquer la domination de genre et la domination d'âge. Socialement, l'excision est également justifiée par la « coutume » (en référence aux ancêtres) et par la religion (ici en référence à l'islam – alors même que l'islam ne la prescrit pas) et exerce une fonction d'intégration sociale. De fait, ne pas être excisée ou infibulée revient à « ne pas en être » et à risquer de subir le poids de la stigmatisation. Avec l'excision et l'infibulation, les femmes sont « purifiées », au sens religieux du terme mais également au sens sexuel et conjugal du terme. L'excision établit dès lors un lien entre mariage, coutume et religion et inscrit dans le même mouvement l'asymétrie de genre et l'« identité du groupe ».

Enfin, la recherche met au jour l'impact de la migration sur l'excision et identifie des facteurs favorisant son abandon. Ce processus commence d'ailleurs souvent dans les pays d'origine. Si la souffrance des femmes et surtout son expression sont au cœur du processus de changement, la prise de conscience que l'excision n'est pas prescrite par la religion et qu'elle n'est pas universellement pratiquée, ainsi que le contact avec les associations de lutte contre les MGF – principalement à travers leur travail de sensibilisation au plan de la santé sexuelle et reproductive – constituent d'importants points de bifurcation dans les trajectoires des migrant.es. La recherche montre comment

des familles négocient progressivement un arrêt de la pratique pour leurs enfants, révélant divers arbitrages entre injonctions sanitaire, « communautaire » et matrimoniale – contradictoires entre elles à certains égards.

D'une part, le recours à la loi constitue une ressource pour les familles désireuses de ne pas faire exciser leur enfant ; d'autre part, la pression est forte pour ne pas abandonner totalement la pratique en procédant par exemple à des excisions jugées moins mutilantes (en pratiquant une forme moins sévère). D'autres stratégies d'ajustement sont encore mises en place par les familles pour empêcher qu'une excision ne soit pratiquée par exemple lors d'un voyage dans le pays d'origine : que ce soit par la dissimulation (faire croire que l'enfant est excisée) ou l'hyper protection (ne jamais laisser l'enfant seule). Entre continuité et abandon, le système-excision subit des aménagements dans la migration. Subsiste une série de prescrits qui, à divers degrés, continuent d'agir sur le sort féminin. L'opposition à l'excision, en tant que pratique désormais « criminelle » au plan pénal et « néfaste » pour la santé des femmes, n'implique pas nécessairement de modifier le reste des prescrits de genre (hétérosexualité obligatoire, carrière matrimoniale, rôle subordonné).

Dans la migration, l'acquisition de nouveaux savoirs – notamment médicaux – sur l'excision est en même temps qu'émancipatoire, potentiellement génératrice de souffrances spécifiques et jusque-là inconnues. Il arrive que des femmes excisées, prenant connaissance d'une autre lecture de la pratique voire « découvrent » qu'elles sont excisées, se sentent diminuées et ne se vivent plus « entièrement femmes ». Les femmes migrantes se confrontent à la place particulière qu'occupe la sexualité en Europe. Si nombre d'entre elles qui sont excisées estiment que leur sexualité est sans désir, ni plaisir, voire douloureuse, elles font également face à un problème de définition de l'« être-femme » dès lors que le discours ambiant leur renvoie l'image de femmes amputées d'un organe essentiel à leur (hétéro-) sexualité et à leur identité. La migration, en les plaçant face à une autre normativité de sexe/genre, les fait devenir des femmes « mutilées ». La recherche place ainsi la problématique au regard de la normativité sexuelle occidentale, elle-même partie prenante d'un système de sexe/genre particulier bien que toujours dans le cadre de la production du régime hétérosexuel et de la division des genres tout autant à l'œuvre en Occident. La critique porte ainsi sur l'opposition habituelle entre « ici et là-bas » à travers la dichotomie de sexe/genre entre « femmes africaines traditionnelles » *versus* « femmes européennes libérées ».

En effet, le problème des injonctions contradictoires est régulièrement décrit de manière binaire comme un « paradoxe identitaire » résultant de la « *double appartenance* » et requérant une « *conciliation entre les univers culturels du pays d'origine et du pays d'accueil* » (ANDRO, LESCLINGAND & POURETTE, 2009 : 41). À cet endroit, la sexualité est décrite comme le lieu d'une opposition entre « *univers de référence : celui de la société d'origine d'une part, qui associe fortement la sexualité et la procréation ; celui de la société d'accueil d'autre part, qui valorise fortement la sexualité pour elle-même* » (*Ibid.*: 46) . C'est un même manichéisme qui est formulé sous les termes d'un « conflit idéologique » entre « *valeurs traditionnelles de chasteté et de modestie féminines* » répandues en Afrique et modèle de « *liberté sexuelle affranchie de tous les tabous* » en vigueur en Occident (JOHNSDOTTER & ESSEN, 2004 : 1, Notre traduction). Cette opposition monolithique et figée entre « eux et nous » et entre « sexualité procréative versus sexualité jouissive » procède d'une analyse culturaliste des normes de sexe/genre et de certaines formes de violence faite aux femmes. Des images de « femmes immigrées opprimées » nourrissent des contre-images de « femmes occidentales émancipées » et « *fonctionnent comme des représentations en miroir permettant de s'imaginer sa propre identité nationale et européenne* » (COENE, 2007 : 5). Cette lecture pré-suppose une « *dichotomie rassurante* » entre « *d'un côté, un monde barbare, toujours éloigné, où les femmes sont opprimées et persécutées ; de l'autre côté, un monde "civilisé" qui les met à l'abri des persécutions ou violences liées au genre* » (FREEDMAN & VALLUY, 2007 : 19). Elle introduit l'idée contestable et dangereuse d'une « *altérité radicale entre des cultures de persécution et des cultures de protection* » (*Ibid.* : 18). Mais surtout, cette analyse des MGF en tant qu'une des formes de violence faite aux femmes « *manque l'essentiel, à savoir qu'elles sont un effet de structures et de systèmes de pouvoir observable dans toutes les sociétés et dans toutes les cultures, aujourd'hui encore, y compris en Europe et d'autres pays occidentaux, avec seulement des variations de formes et d'intensité* » (FREEDMAN & VALLUY, 2007 : 19). La violence et l'inégalité de genre ne résultent pas en propre d'une « culture » ou d'une « altérité » essentiellement éloignées des valeurs et normes de la « civilisation ».

Dès ses débuts, la lutte contre l'excision a donné lieu à de vives confrontations – en particulier entre féministes occidentales et féministes africaines lors de la première Conférence internationale des femmes (Copenhague, 1980). « *Les mouvements féministes occidentaux [ont tiré] la sonnette d'alarme sur ce sujet épineux, et [crié] "Halte au barbarisme!" Ils ont repris à leur compte, avec force tapage publicitaire, la lutte que menaient sur le terrain les mouvements féminins africains, mais la levée de boucliers s'est faite de façon fort maladroite. [...] Les femmes du sud ont été heurtées par cette attitude tutélaire qu'elles ont ressentie comme du maternalisme de mauvais aloi. Le dialogue s'est dès lors bloqué des deux côtés* » (HERZBERGER-FOFANA, 2000). Certaines mi-

litantes renvoyaient aux femmes excisées qu'en plus d'être opprimées, elles avaient été privées de l'accès à la jouissance. Les secondes estimaient que leur parole était confisquée, refusant que quiconque en parle à leur place. En contexte post-colonial, les préoccupations pour le désir et le plaisir, portées par des féministes « blanches » au sein du mouvement de « libération sexuelle », ont en conséquence été mal reçues.

Dans le débat entre féminisme et multiculturalisme et pour apprécier pleinement les écarts de représentations entre « femmes occidentales et femmes africaines », il convient notamment d'analyser la place et les articulations entre genre et « culture » dans la médecine et la justice. À ce titre, la comparaison du traitement médical et pénal, mais aussi social entre les « excisions rituelles » et les chirurgies esthétiques du sexe fait voir que c'est essentiellement le sexe des femmes africaines qui est aujourd'hui assigné à rester « intact ». Ceci se confirme entre autres, de manière complexe, face au constat que des réinfibulations ont été pratiquées par certains cliniciens en contexte hospitalier, parfois sans demande expresse des intéressées et sans qu'ils ne soient pourtant jamais inquiétés alors que cette opération pourrait être pleinement interprétée eu égard à la loi pénale. L'OMS estime à ce sujet que « *certaines membres du personnel médical interprètent à tort les principes des droits de l'homme pour réaliser la réinfibulation au nom de la préservation de ce qu'ils perçoivent comme la culture du patient et le droit de celui-ci à choisir les interventions médicales, même lorsque le patient lui-même ne l'a pas demandé* » (OMS, 2008 : 14). Quant à la place de la « culture » dans la justice, voire l'attribution d'une autonomie juridique aux minorités culturelles ou religieuses dans certaines matières dites « privées » (relevant essentiellement du droit de la famille), à l'instar de la politique communautaire anglo-saxonne et de son « pluralisme juridique », le problème est pour l'heure inversé. De fait, une législation identique existe bien « pour tous » mais elle n'est pas appliquée uniformément entre femmes « occidentales » et femmes « immigrées ». De plus, les « communautés » concernées n'ont pas encore pris une position collective « pour ou contre » l'excision – leurs ressortissants sont divisés sur le traitement à réserver à leurs propres filles – et ne sont visiblement pas en demande d'une exception juridique pour cette pratique en vertu de leur « culture, religion ou tradition ».

La définition explicative que donne l'OMS des mutilations génitales féminines fournit une excellente illustration de ce problème. Pour cette organisation, les MGF sont des « *interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme et/ou tout autre lésion des organes génitaux féminins pratiquée à des fins non thérapeutiques* » (OMS, 2008 : 1). Plus précisément, « *peut être défini comme une forme de mutilation sexuelle féminine [toute pratique qui] obéit à une convention sociale, [puisqu'il] existe en*

conséquence une pression sociale exercée sur les jeunes filles afin qu'elles modifient leurs organes génitaux, [et qui] aboutit à des altérations permanentes des organes génitaux » (OMS, 2008 : 32). L'OMS situe explicitement le problème sur le plan de l'inégalité des sexes et de la violation des droits humains des femmes. « *Du point de vue des droits de l'homme, cette pratique [...] constitue une forme extrême de discrimination à l'encontre des femmes [...]. Les mutilations sexuelles féminines traduisent le contrôle exercé par la société sur les femmes. De telles pratiques ont pour effet de perpétuer des rôles établis en fonction du sexe et ayant valeur de norme qui sont inégaux et néfastes pour les femmes* » (OMS, 2008 : 1 [et] 5). Le caractère très englobant de cette qualification des MGF répond probablement à une volonté implicite de ne pas stigmatiser les populations auxquelles ces pratiques sont attribuées. Mais elle rend le sexe des femmes quasiment « intouchable » en dehors d'une finalité thérapeutique, celle-ci étant postulée comme neutre, occultant donc la part culturelle de la médecine occidentale. Plus avant, alors que la contrainte sociale est mise en avant comme facteur explicatif (l'OMS parle de « pression » et de « convention » sociales), la dimension coercitive de telles pratiques n'est pas proprement affirmée, renvoyant aux limites du consentement. Or ce problème prend toute son acuité en contexte occidental eu égard aux interventions de chirurgie esthétique du sexe et aux réinfibulations médicalisées.

Les dispositions pénales belges en matière de répression des mutilations génitales féminines sont pour l'instant indifférentes au consentement de la personne (mais aussi à son âge, à son origine ou à ses motivations) qui les subit et au type de mutilation pratiquée. Elles pourraient donc potentiellement s'appliquer aux plasties génitales « esthétiques »⁹⁶. Or là n'était pas la préoccupation du législateur et, même si du côté du corps médical certains gynécologues considèrent ces opérations comme des mutilations (LEYE & al., 2008), il est fort improbable que des médecins soient poursuivis pour ces pratiques. Pour l'heure donc, si des femmes européennes en quête d'une « correction », fussent-elles soumises aux impératifs normatifs contemporains de la féminité, peuvent accéder à de telles opérations sans que leurs chirurgiens tombent sous le coup d'une inculpation pour mutilation, il n'en est pas de même pour les femmes africaines qui souhaiteraient subir une « excision rituelle », fusse-t-elle « minimale », afin elles aussi de correspondre à un « idéal social » très genré. Pourtant, elles disposent théoriquement des mêmes droits. Pour Gily Coene, « *il est donc implicite dans cette législation que les femmes occidentales choisissent "volontairement" de subir une opération qui modifie le corps, et que les femmes non-occidentales ne font cette demande que du fait de leur position d'opprimée et qu'en conséquence elles doivent être protégées par la loi* » (COENE, 2007 : 8). En Suède, ce débat a révélé que l'interprétation la

⁹⁶ Certaines cliniques proposent des interventions chirurgicales sur les parties génitales : remodeler le pubis ; resserrer, densifier ou élargir le vagin (vaginoplastie) ; améliorer l'aspect des grandes lèvres (labiaplastie) ; corriger les petites lèvres (nympheplastie).

plus courante de la loi anti-MGF tend à criminaliser l'excision, même « symbolique », parmi les Somaliennes et à considérer que les chirurgies esthétiques de la vulve parmi les Suédoises ne sont pas condamnables (JOHNSDOTTER & ESSEN, 2004). Ce qui apparaît comme central dans cette législation pénale, c'est bien « *la perception de pratiques culturelles (étrangères) en tant qu'elles oppriment les femmes* » (COENE, 2007 : 7). À l'inverse, la « liberté de choix » des femmes du « Nord » semble acquise et « *le combat d'émancipation des femmes occidentales est conçu comme presque gagné* » (*Ibid.* : 5). Cette différence de traitement masque donc la construction du genre féminin en Occident, laquelle repose, comme ailleurs, sur une série de pratiques discursives et matérielles visant à faire correspondre sexe biologique et sexe social, place subordonnée et corps dominé.

Le problème est cornélien car si la loi prévoit que toute forme de mutilation du sexe des femmes, même la plus « légère », est condamnable puisqu'elle atteint à l'intégrité du corps et perpétue des motifs profonds de domination masculine, il est toutefois difficile de justifier que certaines pratiques soient permises et d'autres pas – manifestement en fonction d'un critère « culturel ». À l'inverse, la perspective d'un cadre liberticide où toute intervention sur le sexe (e.g. le piercing génital) serait prohibée par « sanitarisme » ou par « féminisme » ne résout pas ce dilemme. Pour que le droit s'applique uniformément, faut-il prendre en compte le degré de gravité des conséquences de ces interventions sur la santé, au détriment du sens que ces pratiques recouvrent au plan d'un schéma de sexe/genre ? Ou faut-il prendre en compte le consentement des femmes, quitte à ne pas distinguer entre celles qui ont la possibilité de « consentir » et celles qui se trouveraient sans marge d'action pour consentir « librement »⁹⁷ ? Cette question renvoie à la critique de la « possibilité de sortie » (COENE & LONGMAN, 2005) : ne pas s'opposer reviendrait à consentir, or les dominés ne sont précisément pas en mesure de sortir du groupe. Ils et elles n'en ont souvent pas les moyens.

In fine, ce dilemme mène à la conclusion que les normes juridiques ne suffisent pas pour produire des changements sociaux en profondeur. Il convient de revenir sur le postulat que ni la normativité sexuelle, ni la domination de genre, ni même la violence faite aux femmes ne sont l'apanage d'une « culture ». Si l'excision constitue une forme de violence particulière à certaines régions du monde, elle ne doit pas permettre d'occulter les formes de violence faite aux femmes en Occident ou les impératifs de sexe/genre qui y ont cours, ni d'entretenir de fausses images et des représentations stigmatisantes, voire instrumentales, des populations immigrées et de leurs sexualités. ■

⁹⁷ Il convient de préciser que la comparaison du traitement différencié entre excision et chirurgie s'applique aux femmes majeures, étant entendu que les filles mineures ne sont pas en mesure de consentir juridiquement.

Bibliographie

Bibliographie

Articles et ouvrages

- AMY J.-J., RICHARD F. (2009) « Les mutilations génitales féminines », In PARMENTIER B., ENGLERT Y. (dir.), *Guide de Consultation Périnatale (ONE-GGOLFB)*, Bruxelles, De Boeck, p. 525-536.
- ANDRO A., LESCLINGAND M. (2007) « Les mutilations sexuelles féminines : le point sur la situation en Afrique et en France », *Population & Sociétés*, n° 438, octobre 2007, p. 1-4.
- ANDRO A., LESCLINGAND M., CAMBOIS E., CIRBEAU C. (2009) *Excision et Handicap: Mesure des lésions et traumatismes et évaluation des besoins en chirurgie réparatrice*, Volet quantitatif du projet Excision et Handicap (ExH), Rapport final (INED et IDUP), Paris, Paris 1 – Acsé.
- ANDRO A., LESCLINGAND M., POURETTE D. (2009) *Comment orienter la prévention de l'excision chez les filles et jeunes filles d'origine africaine vivant en France: Une étude des déterminants sociaux et familiaux du phénomène*, Volet qualitatif du projet Excision et Handicap (ExH), Rapport final (INED et IDUP), Paris, Paris 1 – Acsé.
- BEHRENDT A., MORITZ S. (2005) « Posttraumatic stress disorder and memory problems after Female Genital Mutilation », *American Journal of Psychiatry*, vol. 162, p. 1000-1002.
- BELLAS CABANE C. (2008) *La Coupure : L'excision ou les identités douloureuses*, Paris, La Dispute/SNEDIT.
- BONI T. (2010) « Corps blessés, corps retrouvés ? Les discours sur les mutilations sexuelles féminines », *Diogenes*, n° 225, p. 15-32.
- BONNET F., ROBERT B. (2009) « La régulation éthique de la recherche aux États-Unis: histoire, état des lieux et enjeux », *Genèses*, vol. 2, n° 75, p. 87-108.
- CARCOPINO X., SHOJAI R. BOUBLI L. (2004) « Les mutilations génitales féminines : généralités, complications et prise en charge obstétricale », *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, vol. 33, n° 5, p. 378-383.

- CEFAÏ D. (2009) « Codifier l'engagement ethnographique ? Remarques sur le consentement éclairé, les codes d'éthique et les comités d'éthique », In CEFAÏ D., COSTEY P., GARDELLA E., GAYET-VIAUD C., GONZALEZ P., LE MENER E., TERZI C. (dir.), *L'Engagement ethnographique*, Paris, EHESS, Publié dans <http://www.laviedesidees.fr> le 18 mars 2009, p. 1-27.
- COENE G. (2007) « Être féministe, ce n'est pas exclure », *Revue Européenne des Migrations Internationales*, vol. 23, n° 2, p. 79-105.
- COENE G., LONGMAN C. (2010) « Les paradoxes du débat sur le féminisme et le multiculturalisme », In COENE G., LONGMAN C. (dir.), *Féminisme et multiculturalisme : Les paradoxes du débat*, Bruxelles, P.I.E. Peter Lang, p. 11-32.
- DELPHY C. (2008) « Les uns derrière les autres », In DELPHY C., *Classer, dominer : Qui sont les « autres » ?*, Paris, La Fabrique, p. 7-52.
- DIALLO K. (1995) *Mon jardin dévasté*, Mémoire au Collectif Alpha, Bruxelles.
- DIELEMAN M., RICHARD F., MARTENS V., PARENT F. (2009) *Les stratégies concertées de lutte contre les mutilations génitales féminines. Un cadre de référence pour l'action en Communauté française de Belgique*, Bruxelles, GAMS Belgique, décembre 2009.
- DIOUM M. (2006) « L'Islam noir est peu intégré. », *InfoSud Belgique-Syfia*, 5 janvier 2006.
- DOUVILLE O., BLONDIN-DIOP A. (2004) « Recherches sur les parcours de soin de patients africains séropositifs en France », In HOURS B. (dir.), *Systèmes et politiques de santé*, Paris, Karthala, p. 329-344.
- DUBOURG D., RICHARD F. (2010) Etude de prévalence des femmes excisées et des filles à risque d'excision en Belgique, Bruxelles, Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement.
- FAINZANG S. (1985) « Circoncision, excision et rapports de domination », *Anthropologie et Sociétés*, vol. 9, n° 1, p. 117-127.
- FASSIN D. (2008) « L'éthique, au-delà de la règle : Réflexions autour d'une enquête ethnographique sur les pratiques de soins en Afrique du sud », *Sociétés contemporaines*, n° 71, p. 117-136.
- FREEDMAN J., VALLUY J. (2007) « Persécutions genrées des femmes », In FREEDMAN J., VALLY J. (dir.), *Persécutions des femmes : Savoirs, mobilisations et protections*, Paris, Croquant, Coll. Terra, p. 7-32.
- GATUGU J., MANCO A., AMORANITIS S. (2001) *Valorisation et transfert des compétences : L'intégration des migrants au service du co-développement. Le cas des Africains de Wallonie*, Paris, L'Harmattan.
- GILLETTE-FRENOY I. (1992) *L'excision et sa présence en France. Etude ethno-sociologique*, Paris, GAMS.

- GILLETTE I. (1997) *La polygamie et l'excision dans l'immigration africaine en France, analysées sous l'angle de la souffrance sociale des femmes*, Thèse de doctorat, Université Paris 7, Paris, Atelier national de reproduction des thèses.
- GRUENBAUM E. (2001) *The female circumcision controversy. An anthropological perspective*, Philadelphia, Penn.
- HERZBERGER-FOFANA P. (2000) *Les Mutilations Génitales Féminines (MGF)*, <http://www.arts.uwa.edu.au/AFLIT/MGF1.html> [Consulté le 12 février 2010].
- HENRY N., WEIL-CURIEL L. (2007) *Exciseuse : Entretien avec Hawa Gréou*, Saint-Victor-d'Épine, City Editions.
- JOHNSDOTTER S., ESSEN B. (2004) « Sexual Health among Young Somali Women in Sweden : Living With Conflicting culturally Determined Sexual Ideologies », *Advancing Knowledge on Psycho-Sexual Effects of GFM/C : Assessing the Evidence*, Alexandrie, 10-12 octobre 2004.
- JOHNSDOTTER S. (2008) « Popular Notions of FGC in Sweden : The case of Ali Elmi », *Finnish Journal of Ethnicity and Migration*, vol. 3, n° 2, p. 74-82.
- JOHNSDOTTER S. (2009) *Discrimination of certain ethnic groups ? Ethical aspects of implementing FGM legislation in Sweden*, University of Malmö.
- KAGNE B. (2000) « Africains de Belgique, de l'indigène à l'immigré », *Hommes & Migrations*, n° 1228, novembre - décembre 2000.
- Laboratoire des innovations sociales (2007) « Le GAMS : La lutte pour l'abolition des mutilations sexuelles féminines », Cahier n° 81.
- LESSAULT D., BEAUCHEMIN C. (2009) « Les migrations d'Afrique subsaharienne en Europe : un essor encore limité », *Populations et Sociétés*, n° 452, janvier 2009.
- LEYE E., DEBLONDE J. (2004) *La législation belge en matière de Mutilations Génitales Féminines et l'application de la loi en Belgique*, International Centre for Reproductive Health (ICRH), Publication n° 9.
- LEYE E. (2008) *Female Genital Mutilation : A study of health services and legislation in some countries of the European Union*, Thèse de doctorat, Université de Gand.
- LEYE E., YSEBAERT I., DEBLONDE J., CLAEYS P., VERMEULEN G., JACQUEMYN Y., TEMMERMAN M. (2008) « Female Genital Mutilation: knowledge, attitudes and practices of Flemish gynaecologists », *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, vol. 13, n° 2, p. 182-190.
- LY-TALL A.B. (2006) « Les mutilations génitales féminines, une forme extrême de violence faite aux femmes », Communication lors de la Journée internationale des Nations-Unies "Tolérance zero aux mutilations génitales féminines", 6 février 2006, http://sisyphe.org/article.php3?id_article=2150 [Consulté le 29 avril 2010].

- MAGER F., NORIEGA TONTOR C. (2003) *Les mutilations génitales féminines, mieux les comprendre pour mieux les prendre en charge*, Mémoire de fin d'études, Liège, Institut St-Julienne.
- MATON C. (2009) « Mutilations sexuelles féminines », *Le Généraliste*, n° 933, 10 septembre 2009.
- MEAD M. (1949) *Male and Female*, New York, Marrow Quills.
- QUIMINAL C. (2002) « 1974-2002, les mutations de l'immigration ouest-africaine », *Hommes & Migrations*, n° 1239, septembre-octobre 2002.
- RICHARD F. (2003) « Les mutilations sexuelles féminines : leur reconnaissance, leur prévention », Actes du colloque « Violences sociales, violences sexuelles... », Bruxelles, Aimer à l'ULB, 20-21-22 mars 2003.
- RUBIN G. (1998) [1975] « L'économie politique du sexe : transactions sur les femmes et systèmes de sexe/genre », *Les cahiers du CEDREF*, n° 7, p. 3-81.
- SINDZINGRE N. (1977) « Le plus et le moins : à propos de l'excision », *Cahier d'Etudes africaines*, vol. 17, n° 65, p. 65-75.
- SINDZINGRE N. (1979) « Un excès par défaut. Excision et représentations de la féminité », *L'Homme*, vol. 19, n° 3, p. 171-187.
- SYLLA A. (1987) « Mutilations sexuelles et féminité », *Éthiopique*, n° 44-45.
- TAUZIN A. (1988) « Excision et identité féminine. L'exemple mauritanien », *Anthropologie et Sociétés*, vol. 12, n° 1, p. 29-37.
- THIBAUD E., DUFLOS C. (2003) « Plaidoyer pour l'enfant : le traitement de la coalescence des petites lèvres est inutile », *Archives de Pédiatrie*, vol. 10, n° 5, p. 465-466.
- THIERFELDER C., TANNER M., KESSLER BODIANG C.M. (2005) « Female genital mutilation in the context of migration: experience of African women with the Swiss health care system », *European Journal of Public Health*, vol. 15, n° 1, p. 86-90.
- TOUBIA N. (1995) *Mutilation génitale féminine : Appel à la mobilisation mondiale*, New York, Rainbo.
- VAN DEN BULCK D. (2009) « 20 ans de protection des droits de l'enfant. Protection effective des enfants, même après leur reconnaissance comme réfugiés », Carte Blanche du Commissariat général aux réfugiés et apatrides (CGRA), *Le Soir*, 20 novembre 2009.
- VERBROUCK C. (2008) *Lutter contre les mutilations génitales féminines*, Concours international de plaidoiries pour les droits de l'homme, Mémorial de Caen.
- VERBROUCK C., JASPIS P. (2009) « Mutilations génitales féminines : quelle protection ? », *Revue du droit des étrangers*, n° 153, p. 133-150.

- WEBER F. (2008) « Publier des cas ethnographiques : analyse sociologique, réputation et image de soi des enquêtés », *Genèses*, vol. 1, n° 70, p. 140-150.
- WHO (World Health Organization) (2006a) « Female genital mutilation – new knowledge spurs optimism », *Progress in Sexual and Reproductive Health Research*, n° 72.
- WHO (World Health Organization) (2006b) « Female genital mutilation and obstetric outcome : WHO collaborative prospective study in six African countries », *The Lancet*, n° 367, p. 1835-1841.
- WITTIG M. (2007) [1980] « La Pensée straight », In WITTIG M., *La Pensée Straight*, Paris, Amsterdam, p. 53-61.

Sources associatives et institutionnelles

- CGRA (Commissariat général aux réfugiés et apatrides), Communiqué de presse du 26 septembre 1998, Document législatif n° 1-768/4.
- CGRA (Commissariat général aux réfugiés et apatrides), « Les mutilations génitales féminines et l'octroi du statut de réfugié », Communiqué de presse du 18 juin 2008.
- CNCDH (Commission nationale consultative des droits de l'homme), Etude et propositions sur la pratique des mutilations sexuelles féminines en France, Assemblée plénière du 30 avril 2004.
- Conseil de l'Égalité des Chances entre Hommes et Femmes, Avis n° 18 relatif aux mutilations génitales du 13 juin 1997.
- Conseil national de l'Ordre des médecins, « Réfugiés – Mutilation génitale – Secret professionnel », Avis du 5 juin 2010.
- CSPS (Conseil supérieur de promotion de la santé), Projet de Plan d'Action National en matière de lutte contre les mutilations génitales, Avis du 16 mars 2007 remis en réponse à une demande de Madame Catherine Fonck, Ministre de l'Enfance, de l'Aide à la Jeunesse et de la Santé.
- CSS (Conseil Supérieur de la Santé), « Chirurgie reconstructrice après excision des organes génitaux externes ou mutilation génitale féminine (MGF) », Avis du 5 août 2009, Publication n° 8430 .
- FPS (Femmes prévoyantes socialistes), Les solutions chirurgicales pour les femmes excisées vivant en Belgique, 2009.
- GAMS Belgique asbl, Rapport d'activités 2008.
- INTACT asbl, Rapport d'activités 2009.
- JAOUI S., Femmes excisées ou à risque d'excision dans les structures d'accueil en Belgique, Bruxelles, Etudes Fedasil, 2009.

- Mission d'évaluation de la Politique de prévention de lutte contre les violences faites aux femmes, Audition de Mme Isabelle Gillette-Faye, Compte-rendu n° 8 du 17 mars 2009.
- ONE (Office de la Naissance et de l'Enfance), Données « Avis de naissance » BDMS, Communauté française de Belgique, 2007.
- OMS (Organisation mondiale de la Santé), Mutilations sexuelles féminines, Dossier d'information, 1994.
- OMS (Organisation mondiale de la Santé), Eliminer les mutilations sexuelles: Déclaration inter-institutions, HCDH, OMS, ONUSIDA, PNUD, UNCEA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, 2008.
- Parlement européen, Rapport sur la lutte contre les mutilations sexuelles féminines pratiquées dans l'UE (2008/2071(INI)), 2009a.
- Parlement européen, Résolution du 24 mars 2009 sur la lutte contre les mutilations sexuelles féminines pratiquées dans l'UE (2008/2071(INI)), 2009b.
- Programme DAPHNE de la Commission européenne 2009, Développer des plans nationaux pour combattre et éliminer les mutilations génitales féminines dans l'Union européenne, Compte-rendu de la journée de sensibilisation à l'Hôtel de Ville de Bruxelles le 25 novembre 2008.
- Sénat de Belgique, « Mutilation génitale - Pratique en Belgique - Traitement judiciaire », Question écrite n° 4-2574 de Anke Van Dermeersch (VB) au Ministre de la Justice, Stefaan De Clerck (CD&V) du 12 janvier 2009, Réponse reçue le 8 avril 2009.
- UNICEF, Changer une convention sociale néfaste : la pratique de l'excision/mutilation génitale féminine, Centre de recherche Innocenti, 2005.

Revue de presse

- AFP, « Pratique barbare évoquée devant une Cour d'assises : le huis clos pour le procès de l'excision, près de Paris », *Le Soir*, 19 juin 1991.
- AFP, « Loi pénale contre traditions tribales. Paris : trois procès pour excision », *Le Soir*, 7 janvier 1993.
- AFP, « Des millions de femmes mutilées : OMS contre pratiques ancestrales », *Le Soir*, 16 mai 1994.
- AFP, « Egypte : Pour l'excision des petites filles », *Le Soir*, 18 septembre 1995.
- AFP, « Le cheikh d'Al Azhar n'est plus. Egypte : décès du gardien du dogme ultraconservateur », *Le Soir*, 16 mars 1996.
- AFP, « L'excision à nouveau autorisée en Egypte », *Le Soir*, 27 juin 1997.

- BAUMARD E., « Sémira : aux hommes et femmes d'Afrique », *Le Soir*, 14 octobre 1998.
- CORDY J., « Trois Maliens aux Assises de Paris. Normale et coutumière là, barbare ici : l'excision est à nouveau condamnée », *Le Soir*, 9 mars 1991.
- D'HAeyer A., « Bruxelles-Ville : Le CPAS impuissant face à la détresse d'une mère. Expulsion dramatique rue du Miroir », *Le Soir*, Mardi 16 mars 1999.
- GUTIERREZ R., « Pas d'interdit sur le certificat de virginité », *Le Soir*, 15 novembre 2008.
- HUWART A.-C., « Le combat contre l'excision passe par la Belgique » et « L'excision existe toujours », *Le Soir*, 6 février 2007.
- KERSTENNE R., « L'excision toucherait aussi des femmes en Belgique: Le chemin serait long entre l'intention et la mise en œuvre d'une loi belge », *Le Soir*, 28 octobre 1996.
- LAMENSCH M., « Un statut B pour des groupes d'étrangers persécutés », *Le Soir*, 26 septembre 1998.
- LAMENSCH M., « Pour en finir avec l'excision », *Le Soir*, 9 mars 2004.
- LAPORTE C., « Un projet de loi sera mis au point avec la justice : Miet Smet veut interdire l'excision », *Le Soir*, 10 novembre 1995.
- LEPRINCE P., « On se mobilise contre l'excision : on y travaille aussi en Belgique », *Le Soir*, 5 janvier 1998.
- MARTENS F., « Faut-il mettre le législateur sous tutelle ? », *Le Soir*, 8 mars 1999.
- MESKENS J., « Verdict à la cour d'assises de Paris: huit ans de prison pour l'exciseuse », *Le Soir*, 17 février 1999.
- METDEPENNINGEN M., « Des centaines d'excisions », *Le Soir*, 25 avril 2009.
- N.C., « La crainte de l'excision justifierait le droit d'asile », *Le Soir*, 26 avril 1996.
- N.C., « Condamné pour excision », *Le Soir*, 2 novembre 2006.
- N.C., « Liège mobilisé contre l'expulsion d'une Somalienne », *Le Soir*, 28 février 2007.
- SOUMOIS F., « Gynécologues : Démythifier, plutôt que contraindre », *Le Soir*, 17 novembre 2008.
- VANDEMEULEBROUCKE M., « De jeunes Africaines soignent chez nous les graves séquelles de l'infibulation », *Le Soir*, 29 octobre 1999.
- VAN VAERENBERGH O., « En dix ans, "Maman Gréou" a mutilé une cinquantaine de jeunes filles : La France juge le crime intolérable de l'excision », *Le Soir*, 3 février 1999.

Annexe

La recherche Excision et migration en Belgique francophone

La recherche Excision et migration en Belgique francophone résulte d'une commande de l'asbl GAMS Belgique dans le cadre d'un projet de prévention des MGF intitulé « Que transmettre à ma fille ? ». Il a permis d'une part, de lancer en juin 2008 une campagne nationale de sensibilisation intitulée « Pas d'excision pour ma fille ! Pas d'excision pour ma sœur ! » visant à prévenir le risque d'excision lors d'un séjour dans le pays d'origine pendant les vacances. D'autre part, un volet socio-anthropologique était prévu afin de comprendre les motifs et les logiques de continuité et d'abandon de l'excision et de l'infibulation parmi la population immigrée d'origine africaine concernée en Belgique en vue d'améliorer les stratégies de prévention.

Sur la base d'une enquête de terrain, la recherche analyse l'impact de la migration sur les représentations et les pratiques de l'excision et questionne particulièrement les transformations et les confrontations normatives au plan des genres et des sexualités. Elle éclaire également la dimension institutionnelle de la problématique et soulève plusieurs enjeux, notamment sanitaires, relatifs aux intersections entre genre et « culture » à travers les champs d'application de la loi pénale et de la protection internationale en matière de mutilations génitales féminines.

<http://campagne-excision.gams.be>



Le GAMS Belgique

Le GAMS Belgique (Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles féminines) est un groupe d'hommes et de femmes africains et européens qui luttent pour l'abolition des mutilations génitales féminines en Belgique et dans le monde. Le GAMS est actif dans les champs de la prévention et de la promotion de la santé, de l'éducation permanente, de la cohésion sociale et de l'égalité des chances. L'association mobilise plusieurs stratégies : la sensibilisation du grand public, la prévention auprès des communautés, la formation continue des professionnels, le suivi individuel à la demande, l'organisation de la concertation des acteurs (Stratégies concertées de lutte contre les MGF), le plaidoyer politique et l'appui aux projets en Afrique.

<http://www.gams.be>

<http://www.strategiesconcertees-mgf.be>

STRATÉGIES
CONCERTÉES
MGF



L'Observatoire du sida et des sexualités

L'Observatoire du sida et des sexualités est un centre de recherche des Facultés universitaires Saint-Louis qui propose l'éclairage des sciences humaines et sociales sur des questions relatives aux sexualités et aux IST/sida dans un cadre de promotion de la santé. L'Observatoire veille à l'articulation entre l'expertise scientifique et l'action concrète et a pour objectif général d'améliorer l'adéquation entre les besoins des publics cibles de la prévention, les stratégies d'intervention mises en œuvre par les acteurs de terrain et les politiques en vigueur en Communauté française de Belgique.

<http://www.observatoire-sidasexualites.be>

 Observatoire
du sida et des sexualités

L

a recherche Excision et migration en Belgique francophone résulte d'une commande de l'asbl **GAMS Belgique** (Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles féminines) dans le cadre d'un projet de prévention des MGF intitulé « Que transmettre à ma fille ? ». Il a permis d'une part, de lancer en juin 2008 campagne nationale de sensibilisation intitulée « Pas d'excision pour ma fille

! Pas d'excision pour ma sœur ! » visant à prévenir le risque d'excision lors d'un séjour dans le pays d'origine pendant les vacances. D'autre part, un volet socio-anthropologique était prévu afin de comprendre les motifs et les logiques de continuité et d'abandon de l'excision et de l'infibulation parmi la population immigrée d'origine africaine concernée en Belgique en vue d'améliorer les stratégies de prévention.

Sur la base d'une enquête de terrain, la recherche analyse l'impact de la migration sur les représentations et les pratiques de l'excision et questionne particulièrement les transformations et les confrontations normatives au plan des genres et des sexualités. Elle éclaire également la dimension institutionnelle de la problématique et soulève plusieurs enjeux, notamment sanitaires, relatifs aux intersections entre genre et « culture » à travers les champs d'application de la loi pénale et de la protection internationale en matière de mutilations génitales féminines.

Myriam Dieleman est socio-anthropologue et travaille comme chercheuse à l'**Observatoire du sida et des sexualités** (Facultés universitaires Saint-Louis à Bruxelles) au sein de l'axe thématique « Santé sexuelle en contexte interculturel ». Ses travaux précédents ont porté sur la prostitution/le travail du sexe et sur les vulnérabilités au VIH/sida parmi les migrant.es subsahariens.



Décembre 2010