

# FEMMES, EXCISION ET EXIL

Quel accompagnement thérapeutique possible ?



# Femmes, excision et exil

## Quel accompagnement thérapeutique possible ?

L'écriture de cet ouvrage a été coordonnée par Annalisa D'Aguanno, psychologue clinicienne au GAMS Belgique depuis 2009.

### **Comité d'écriture**

- Zahra Ali Cheik, animatrice communautaire, GAMS Belgique°, Bruxelles.
- Isabelle Breto, psychologue, CASO de Médecins du Monde°, Bruxelles.
- Annalisa D'Aguanno, psychologue clinicienne, GAMS Belgique°, Bruxelles.
- Dr Luc Declaire, assistant senior en psychiatrie, Cliniques Universitaires St-Luc°, collaborant avec l'unité d'ethnopsychiatrie du service de santé mentale du centre Chapelle-aux-Champs°, Bruxelles, DEA en sciences cognitives (ULB), administrateur de la Société Balint Belge.
- Manu Delière, psychologue, centre Planning Familial Louise Michelle°, Liège.
- Anne Graindorge, coordinatrice, Woman'Do, Bruxelles.
- Katinka In't Zandt, psychologue, centre de Planning Familial Free Clinic°, Bruxelles.
- Silme Nacih, psychologue, centre de Planning Familial FPS-Réseau Solidaris°, Liège.
- Carolina Neira Vianello, animatrice, GAMS Belgique°, Bruxelles.
- Sonia Zeghli, psychologue, CéMAViE°, CHU Saint-Pierre, Bruxelles.

### **Comité de relecture**

- Virginie Beckers, sexologue, responsable, centre de Planning Familial FPS-Réseau Solidaris°, Liège.
- Maria-Gladys Buse, psychologue, Exil°, Bruxelles.
- Marguerite De Kerchove, psychologue, Exil°, Bruxelles.
- Reza Kazemzadeh, psychologue, Exil°, Bruxelles.
- Caroline Lejeune, avocate, Barreau de Bruxelles.
- Pascale Maquestiau, chargée de missions, le Monde selon les femmes°, Bruxelles.
- Fabienne Richard, sage-femme, directrice du GAMS Belgique°, consultante à CéMAViE°, CHU Saint-Pierre, Bruxelles.
- Dominique Smets, conseillère conjugale et familiale, centre de Planning Familial FPS-Réseau Solidaris°, Liège.
- Fabrice Vandenbussche, psychologue clinicien et anthropologue, CARDA°, Croix-Rouge de Belgique.

La relecture finale de l'ouvrage a été réalisée par Claire Chevolet, enseignante, licenciée à l'Université Libre de Bruxelles en philosophie classique.

### **Concept graphique**

Clarice ([www.clarice-illustrations.be](http://www.clarice-illustrations.be)).

### **Notes aux lecteurs et lectrices**

Dans un souci de lisibilité masculin/féminin, nous utilisons l'écriture genrée.

Tout au long de l'ouvrage, les termes de « mutilation sexuelle » et d'« excision » sont utilisés afin de désigner le terme général de mutilation génitale féminine.

En fin d'ouvrage, vous trouverez un lexique, une liste des différents services cités ainsi que la bibliographie. Dans le texte, les termes suivis par un astérisque (\*), vous renvoient au lexique et ceux suivis par un rond (°), aux coordonnées des différents services. Les références bibliographiques sont notées par un numéro entre crochets [1] et les notes se situent en page 174.

# Acronymes

<b>AEC</b>	Atelier d'Expression Corporelle.
<b>CASO</b>	Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation de Médecins du Monde.
<b>CCE</b>	Conseil du Contentieux des Etrangers.
<b>CGRA</b>	Commissariat Général aux Réfugiés et aux Apatrides.
<b>CLMGF</b>	Collectif Liégeois contre les Mutilations Génitales Féminines.
<b>DSM</b>	Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders, en français : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.
<b>DSR</b>	Droits Sexuels et Reproductifs.
<b>EMDR</b>	Eye Movement Desensitisation and Reprocessing, en français : désensibilisation et reprogrammation par des mouvements oculaires.
<b>EMTE</b>	Énergétique, Massage, Thérapie Eidétique.
<b>GAMS</b>	Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles féminines.
<b>HCR</b>	Haut Commissariat aux Réfugiés.
<b>IVG</b>	Interruption Volontaire de Grossesse.
<b>MDM</b>	Médecins Du Monde.
<b>MENA</b>	Mineur Étranger Non Accompagné.
<b>MGF</b>	Mutilations Génitales Féminines.
<b>OE</b>	Office des Étrangers.
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé.
<b>SSPT</b>	Syndrome de Stress Post-Traumatique.
<b>UNHCR</b>	Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés.

# Sommaire

Préface 6



**PREMIÈRE PARTIE. Qui sont ces femmes ?** 9

- Chapitre 1. Quand les femmes se présentent... 9
  - Qui étions-nous lorsque nous vivions au pays ? 11
  - Qui étions-nous pendant le voyage ? 15
  - Qui sommes-nous aujourd'hui ? 19
  - Qui serons-nous demain ? 23
- Chapitre 2. Quand les professionnel-le-s parlent des femmes... 25



**DEUXIÈME PARTIE. Les mutilations génitales féminines :  
une expression des violences de genre** 33

- Chapitre 3. Quelques notions de base 33
- Chapitre 4. Les mutilations génitales féminines :  
quel(s) lien(s) avec le genre ? 36



**TROISIÈME PARTIE. Les conséquences psychologiques des mutilations  
génitales féminines et des mariages forcés** 45

- Chapitre 5. Les conséquences psychologiques  
des mutilations génitales féminines 47
  - Quand l'impact est instantané 48
  - Quand l'impact agit avec le temps 51
- Chapitre 6. Les conséquences psychologiques des mariages forcés 66
  - Les différents moments du mariage 66
  - Les différents temps du mariage 72



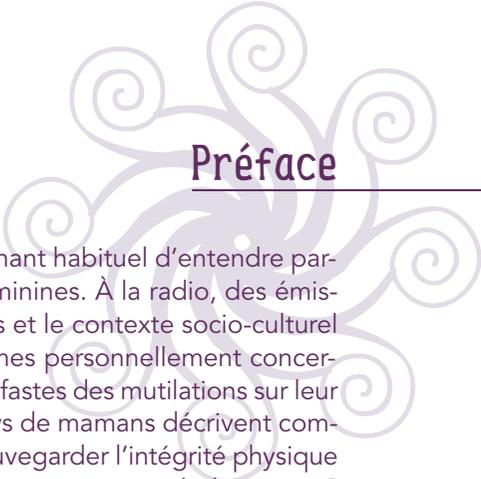
**QUATRIÈME PARTIE. L'accompagnement thérapeutique des femmes  
concernées par les mutilations génitales féminines  
et le mariage forcé** 77

- Chapitre 7. Aller voir un-e thérapeute 77
  - Qui consulte et pourquoi ? 77
  - La question des relais 80

• Chapitre 8. L'accompagnement individuel	83
Éléments à prendre en compte	83
Différentes dimensions de l'approche	94
Que disent les femmes de cet accompagnement ?	111
• Chapitre 9. Un exemple d'accompagnement collectif :	
l'Atelier d'Expression Corporelle	112
Quelques points de repères	113
Une expérience d'Atelier d'Expression Corporelle	115
Quelques réflexions à propos de l'atelier	117
Que disent les femmes de cet accompagnement ?	121
• Chapitre 10. L'articulation entre le travail individuel et le travail collectif	123
De l'individuel vers le collectif	123
Du collectif vers l'individuel	125



<b>CINQUIÈME PARTIE. Les mutilations génitales féminines et l'asile :</b>	
<b>le dilemme des thérapeutes</b>	127
• Chapitre 11. Le contexte juridique	127
• Chapitre 12. La demande d'asile et les mutilations génitales féminines :	
un cadre spécifique	129
• Chapitre 13. Quid du stress lié à la procédure d'asile ?	131
• Chapitre 14. Quelle(s) position(s) adopter en tant que thérapeute ?	137
En consultation : la préparation à l'audition	139
Lors de l'audition au CGRA : un accompagnement	140
Derrière notre bureau : la rédaction d'une attestation de santé mentale	140
• Chapitre 15. La rédaction d'une attestation de santé mentale	141
Avantages	142
Inconvénients	143
La question de la crédibilité	144
Comment rédiger une attestation de santé mentale ?	149
Quelle(s) spécificité(s) dans le cas de mutilations génitales féminines ?	151
Conclusion	153
Orientations et contacts	155
Pour aller plus loin...	159
Lexique	160
Pour connaître les auteur-e-s	165
Annexes	169
Annexe 1. Classification des mutilations génitales féminines	169
Annexe 2. Schéma du cerveau	169
Annexe 3. Certificat médical	170
Bibliographie	171
Notes	174



## Préface

---

**D**ans notre société, il est maintenant habituel d’entendre parler de mutilations sexuelles féminines. À la radio, des émissions débattent sur les origines et le contexte socio-culturel de l’excision. À la télévision, des femmes personnellement concernées témoignent des conséquences néfastes des mutilations sur leur santé. Dans les journaux, des interviews de mamans décrivent comment elles ont quitté leur pays pour sauvegarder l’intégrité physique de leurs petites filles... mais quid des aspects psychologiques ? Quels sont les enjeux psychologiques d’une excision et quel travail thérapeutique est-il possible de proposer à ces femmes ?

Lorsqu’en tant que psychologue/thérapeute, nous avons commencé à accueillir des femmes concernées par l’excision et à travailler avec cette problématique, nous étions bien seules, chacune de notre côté, avec très peu de supports scientifiques pour soutenir notre clinique. En effet, le nombre de recherches médicales à ce sujet prolifère alors qu’il existe un gouffre considérable dans la littérature psychologique.

Le défi de cet ouvrage – qui est également un des défis de notre clinique – a été de réunir autour d’une même table différentes personnes d’institutions variées qui travaillent actuellement avec un public de femmes concernées par l’excision et le mariage forcé et qui ont une expérience de travail thérapeutique individuel et/ou collectif. Vous constaterez la diversité des professions du comité d’écriture et de relecture : psychologues, thérapeutes, animatrices, sage-femme, anthropologue et psychiatre ; autant de personnes en contact avec l’humain, le psycho-social et bien souvent le thérapeutique parfois sans le savoir.

Des personnes relais (cf. chapitre 7) parmi lesquelles assistant-e social-e, personnel médical et avocat-e, orientent régulièrement vers nos institutions des femmes concernées par les MGF et/ou un mariage forcé pour un travail thérapeutique. Il arrive également que ce soit un-e psychologue qui oriente une de ses patientes. Il-elle se sent alors démuni-e ou dépassé-e par la thématique des violences de

genre dont fait partie l'excision et préfère qu'un-e thérapeute « expert-e MGF » puisse prendre la relève.

Le problème est multiple. Premièrement, nos ressources humaines ne nous permettent pas de satisfaire toutes les demandes. Ensuite, les distances que les femmes doivent parcourir pour rejoindre nos institutions sont parfois terriblement grandes ; jusqu'à 2h de train pour certaines. Et pour terminer, qu'est-ce qu'un-e expert-e MGF alors que nous-mêmes avons commencé à 0 ?

Ainsi, cet ouvrage s'adresse à tout-e professionnel-le du secteur psycho-médico-social qui s'intéresse et/ou travaille avec un public concerné par les thématiques que nous traitons, qui se questionne à ce sujet et qui – pourquoi pas – souhaite proposer un accueil individuel ou mettre en place un atelier de groupe.

En effet, nous sommes d'avis qu'il faut multiplier les lieux de consultation et les rapprocher des lieux de vie des femmes, petites filles et familles concernées par les mutilations ; entre autres, des structures d'accueil pour demandeurs et demandeuses d'asile. Nous encourageons les collaborations entre les centres, les plannings familiaux, les maisons médicales et les thérapeutes indépendant-e-s et espérons que cet ouvrage puisse servir d'outil et de « tremplin » dans ce sens.

L'écriture de l'ouvrage a permis de tisser des liens entre professionnel-le-s, liens que nous continuons à entretenir et espérons multiplier avec d'autres personnes qui nous liront afin de continuer à échanger sur notre pratique, nos outils, nos difficultés et bien plus encore.

Cet ouvrage n'est pas une étude scientifique. Nous avons souhaité contribuer à la littérature en partageant sur papier notre expérience personnelle développée au cours de ces années de pratique. Bien entendu, ce que vous trouverez dans ces pages n'est pas exhaustif ; l'expérience ne peut que s'enrichir et se diversifier au fil du temps et des rencontres. Cet ouvrage est un début de travail, de réflexion et d'invitation. À vous de créer à partir de là !

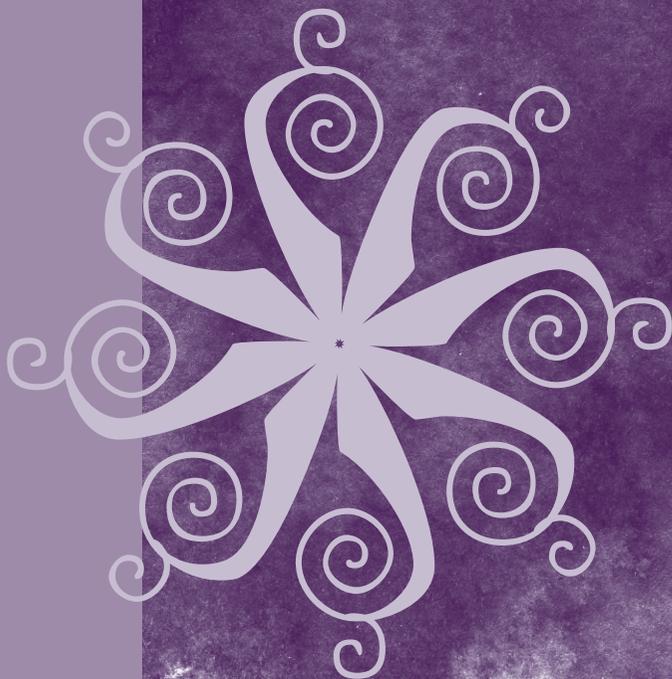
Bonne lecture et surtout, bon travail !



Annalisa D'Aguanno

# Partie 1

Qui sont ces femmes ?





# Première Partie

## Qui sont ces femmes ?

### Chapitre 1.

#### Quand les femmes se présentent...

---

**A**ctuellement, en Belgique, la problématique des mutilations génitales féminines (MGF) et ses enjeux pour la santé mentale et physique ne font pas partie des programmes du cursus de base des professionnel-le-s psycho-médico-sociaux. Notre expérience de psychologues, thérapeutes et animatrices s'est construite au fil des entretiens, des animations et des rencontres ; sur « le tas ».

Nous souhaitons débiter cet ouvrage ainsi, en vous laissant faire connaissance avec ces femmes ; ces mêmes femmes avec lesquelles nous travaillons. Nous ne voulons pas parler en leurs noms mais leur donner la parole. Pour cela, nous avons construit et proposé trois ateliers de deux heures. Six femmes s'y sont inscrites en sachant qu'elles contribueraient ainsi à cet ouvrage. Certaines se présentent sous leurs noms réels, d'autres ont choisi des noms d'emprunt.



- *Je m'appelle **Tiguidanké**, je suis née le 28 novembre 1988 à Kindia. Je suis guinéenne.*
- *Moi, c'est **Barry Mariama**. Je suis guinéenne.*
- *Je suis **Nene Galle Barry**, guinéenne. J'ai grandi à Kindia et à Conakry.*
- *Moi je m'appelle **Nathalie**, je viens du Burkina Faso.*
- *Je m'appelle **Nene, Nene Anna Ouedrago**, je viens du Burkina Faso.*
- *Je m'appelle **Diallo Assanatou**, je suis de la Guinée Conakry, j'ai grandi là-bas. Mon village natal, c'est à Labé.*

Afin de les accueillir, nous plantons le décor à chaque atelier. Un pagne vert posé à terre symbolise le chemin. Sur ce chemin, quatre étapes nous attendent : le pays d'origine, le voyage, le pays d'accueil et le futur ; le chemin parcouru et celui qui reste à parcourir. À chaque étape, nous prenons place à terre ou sur des chaises. Des objets et de la musique associés à la période à explorer nous accompagnent. À chaque étape, nous nous levons et dansons vers l'étape suivante en laissant tout derrière nous ; une boîte est le seul objet à nous accompagner. À l'intérieur, des questions pour nous inspirer.

Où vis-tu ? Avec qui ? Qu'est-ce que tu fais dans la vie ? Quels sont tes rêves, tes projets ? Qu'est-ce que tu aimes ? Qu'est-ce que tu n'aimes pas ? Qu'est-ce que tu trouves juste ? Qu'est-ce que tu trouves injuste ? Quelles sont tes peurs ? Comment te sens-tu ici ?

Vous lirez certains récits ci-dessous, il s'agit spécifiquement de la vision et du vécu des participantes, de la vie au Burkina Faso et en Guinée Conakry. Nous en avons semé d'autres tout au long de l'ouvrage afin d'illustrer nos propos ; une façon de redonner la parole à qui de droit. Vous remarquerez que l'orthographe et la grammaire de ces récits ne sont pas toujours correctes. Ne vous en étonnez pas, nous avons choisi de retranscrire les récits dans toute leur authenticité et n'avons rien changé à l'original.

Préparez-vous, le voyage commence.

## Qui étions-nous lorsque nous vivions au pays ?

Pour la première étape, celle de la vie « au pays », comme elles disent si bien, nous sommes assises par terre sur une natte rose ; une sorte de tapis tissé avec du matériel de récupération comme des sachets de plastique. Les objets qui jonchent le sol sont des calebasses<sup>1</sup> simples ou décorées avec des perles, des instruments de musique à percussion comme des tambours ainsi que nos sandales. Nous sommes assises jambes fermées et pieds nus ; il ne faut pas marcher sur la natte avec des chaussures !

La position assise et les objets à terre inspirent les participantes...



Tiguidanké. *Chez nous, on plie comme ça [les jambes] quand on est assise par terre pour manger (...)<sup>2</sup>. Tu peux prendre avec la main comme ça le manger et attraper [le bol] avec l'autre parce que si tu n'attrapes pas, tu es impolie. (...) Tu ne dois pas toucher ce qu'on met au milieu ; la viande, le poisson. C'est les grandes personnes qui doivent te donner, les plus âgées que toi.*



Mariama. (...) *En Afrique, quand tu demandes [à manger], on le met dans ta main et ta main va gonfler ! Il faut demander pardon et ça se dégonfle (...). Après, tu vas jamais demander à manger à quelqu'un ! C'est de la sorcellerie !*



Nene Galle. *Vous connaissez ça<sup>3</sup> ? Ça c'est le wassakoumba<sup>4</sup>. Quand vous partez pour l'excision (...), vous prenez ça. Vous partez dans les cabanes, les femmes sont habillées en rouge et noir avec le couteau et avec lame. (...) C'est avec ça que vous allez chanter et tu te dis « Ah, donc quand je suis venue ici, c'est pour l'excision. ». On dit pas ça à la maison !<sup>5</sup>*



Mariama. (...) *Mais ça peut être aussi quand tu es mariée ! On te trouve vierge, on fait sortir le pagne blanc avec le sang. Une vieille va venir avec ça<sup>6</sup> et crie que la fille est vierge et tous les gens vont venir voir et chanter pour elle (...). S'il n'y a pas de sang, on sait que tu n'es pas vierge. Si tu n'es pas vierge, là c'est foutu ! C'est la honte et tu n'es plus tranquille dans la famille de ton mari !*

Très vite, les récits s'orientent vers les traditions telles que les pratiques des mutilations sexuelles et du mariage forcé. Tiguidanké

tire la question « Qu'est-ce qui est juste et injuste », ce qui permet la suite de la discussion.

 Tiguidanké. *J'ai rencontré un homme, un chrétien. Chaque fois quand je sors, c'est lui qui me donnait à manger, qui me donnait de l'argent jusqu'à ce que je tombe enceinte hors mariage. Moi, je ne savais pas, je voyais mes règles correctement. Quand je suis tombée malade, ma tante<sup>7</sup> m'a amenée à l'hôpital, c'était à cinq mois et je ne savais pas que j'étais enceinte. Ma tante est venue crier à mon père « Je t'avais dit, c'est pour ça que je traitais ta fille comme ça. » alors que c'est elle qui m'a abandonnée, elle ne me donnait rien. C'est le monsieur là (...) qui me donnait tout. Donc, je suis obligée de faire du n'importe quoi parce que ma maman n'était pas là, alors que ses enfants<sup>8</sup> étaient heureux. Je vendais du savon et l'homme achetait tout pour qu'on ne me frappe pas à la maison.*

 Assanatou. *Moi, je vendais les boulettes de poisson pour ma grande sœur. Tu as peur, il faut que ça marche parce que si tu rentres et tu n'as pas vendu, on va te frapper. Tu ne peux même pas prendre un cent pour manger sinon...*

 Nene Galle. *Quand tu es en Afrique, tout peut être injuste. Tu peux traiter les gens n'importe comment. Quand je suis venue en Europe, j'ai compris beaucoup de choses. J'ai compris que tout le monde est égal devant la loi (...), j'ai compris que l'excision, c'est pas bon.*

 Mariama. *J'ai fui mon pays, la famille de mon mari et ma famille voulaient faire l'excision à ma fille. Je ne voulais pas, j'avais vu les conséquences ; celles qui meurent, qui perdent beaucoup de sang, qui ont des maladies, ça contamine avec le même couteau<sup>9</sup>. On m'a dit « Non, ça c'est la coutume, on doit le faire sinon elle va être à la portée de tout le monde. ». Mes belles-sœurs m'insultent ; le fait que je fais un enfant hors mariage. Ils disent « (...) Toi-même, tu as eu un enfant hors mariage, elle va faire plus que toi si on l'excise pas, peut-être elle va avoir plus de cinq bâtards dans sa famille ! ». (...) La fille du petit frère de mon mari, sa femme, c'est une marocaine, ils ne font pas l'excision chez eux là-bas. On a laissé jusque la femme est sortie, on a pris sa fille et on l'a excisée ! J'ai pensé à ça ; tôt ou tard, ils vont faire la même chose si je reste ici.*

 Nathalie. Être chez tes parents et avoir un enfant, ça c'est très grave parce que c'est la honte pour la famille. Chez nous au Burkina Faso, quand tu tombes en grossesse, tu ne dois pas rester chez tes parents, tu dois aller chez une tante jusqu'à ce que tu accouches. Si le père de l'enfant accepte pour t'épouser, y a pas de problème et s'il refuse, ça aussi c'est la honte pour la famille. Et la famille a tout le temps la tête baissée parce qu'ils voient dans les autres familles, les enfants respectent leurs parents.

 Tiguidanké. (...) Ses parents<sup>10</sup> vont venir chez tes parents pour demander pardon. Si tes parents veulent, ils peuvent dire « Ok, ça va c'est fini. » mais s'ils veulent pas, ils disent « Non, la fille doit rester là-bas jusqu'à ce qu'elle accouche. Si elle accouche, elle laisse le bébé et elle vient à la maison parce que c'est elle qui est ma fille, l'autre c'est pour vous. »<sup>11</sup>. Et toi, tu peux pas laisser ton enfant là-bas et retourner chez tes parents. « Comment mon bébé va vivre ? ». C'est dur pour une maman ! Maintenant, il faut demander pardon à tes parents jusqu'à ce que tes parents acceptent que tu vives avec le bébé. D'autres n'acceptent pas.

 Mariama. Quand ton bébé revient, il va beaucoup souffrir. On l'appelle « bâtard ». Il ne doit pas manger avec les autres qui sont nés dans le mariage, on le frappe sur la tête, on lui fait n'importe quoi. Tu n'es pas heureux, la manière dont on traite ton enfant, ça te plait pas. N'importe quelle maman, ça lui plait pas. Toi aussi tu as envie de quitter là-bas mais tu n'as pas le choix, où tu va vivre sinon ?

 Mariama. (...) Tu n'as pas la paix du cœur. On te critique à chaque fois, on peut te donner aussi à un vieillard et on t'oblige et on te dit si tu n'acceptes pas, ça veut dire que tu veux faire encore un enfant hors mariage !

Les participantes de l'atelier relatent plus d'injustices que de justice. L'injustice de devoir travailler alors qu'elles sont en âge scolaire et d'être maltraitées alors qu'elles ont des enfants « hors mariage », ce qui fait le déshonneur de tous-toutes les membres de la communauté. L'éducation veut que les enfants aient des relations sexuelles uniquement dans le cadre d'un mariage. Avoir un enfant hors mariage, c'est afficher au yeux de toute la communauté le non respect de l'éducation reçu et donc le non respect des parents. Le comportement des jeunes filles crée ainsi le déshonneur de la famille.

Nene Anna tire la question « Quelles sont vos rêves et vos projets ? ».



Nene Anna. (...) Mon rêve, c'était d'avoir un bébé parce que là-bas si tu n'as pas d'enfants<sup>12</sup>, si tu es mariée (...), on dit « pokouri<sup>13</sup> » en mooré<sup>14</sup> « celle qui ne peut pas avoir d'enfants ». Maintenant, je suis venue, j'ai gagné Anna, je suis contente. J'ai trouvé quelqu'un qui va m'appeler « Maman ». Enfant, je rêvais de trouver mon mari à moi, de choisir. On m'a obligée de me marier mais grâce à Dieu, je suis venue<sup>15</sup>. Moi, je sais ce que j'ai vu en Afrique avant de venir ici.



Tiguidanké. Je voulais étudier et travailler. Tu dépends de toi-même, tu ne dépends pas de quelqu'un. Tu es instruite. Ça c'est une belle vie ! (...). Je ne voulais pas être quelqu'un qui ne faisait rien.

Une question nous vient à l'esprit : « Que dire alors à celles qui restent ? ».



Nathalie. Nous, on a eu la chance, on est ici. Mais si vraiment on pouvait mobiliser les femmes là-bas, lutter contre l'excision, le mariage forcé, l'injustice d'empêcher les filles d'aller à l'école... S'il y a une association et qu'ils essayent de parler au gouvernement, je me dis qu'à la longue ça va aller. Je les encourage, ces femmes, à persévérer et à refuser, à se battre. Même si la famille va te rejeter, je me dis à la longue, elle va t'accepter.

À la question « Qui étions-nous lorsque nous vivions au pays », les participantes présentent leurs coutumes, leurs habitudes de vie, les couleurs, les saveurs des choses qui les ont bercées. L'éducation et les obligations sociétales prennent une place importante ainsi que la peur et l'injustice. Nous remarquons également leur regard « à distance » sur ce qu'elles étaient, qui leur permet de poser certaines questions aujourd'hui.

## Qui étions-nous pendant le voyage ?

Lors de l'atelier suivant, une musique invitant au voyage accompagne nos pas. Nous quittons l'étape « au pays » en dansant vers l'étape du voyage. Nos sandales sont posées sur le pagne tel les cailloux du Petit Poucet. Nous nous asseyons par terre, rien d'autre qu'une petite valise au milieu de notre cercle et notre boîte à questions.

Pour commencer cette étape, une curiosité plus qu'une question : « Aviez-vous déjà imaginé quitter votre pays un jour ? ».

 Mariama. *Non, j'avais pas l'idée là. C'est quand j'ai eu le problème avec ma fille, j'ai tout fait pour partir.*

 Assanatou. (...) *Je savais que pour l'Europe, il faut avoir le Visa et les papiers (...) donc, c'était pas dans mes pensées. Je n'ai jamais pensé à m'enfuir jusqu'à je perds ma petite fille<sup>16</sup>. Dans l'avion, mon cœur battait du fait que j'ai laissé mes enfants. (...) J'étais pas heureuse, j'étais bouleversée pour mes enfants et parce qu'on a chassé ma mère à cause de moi<sup>17</sup>. On m'a amené à manger, j'ai pas pu manger... J'étais pas tranquille et tu voyages avec quelqu'un que tu ne connais pas (...).*

 Tiguidanké. (...) *Quand tu dis que tu « voyages », on pense que tu vas aller à Dakar, au Mali... Tu te penses pas de venir par là<sup>18</sup> parce qu'on a pas ça dans la tête, on a pas les moyens. Je pensais que la personne allait m'emmener dans les pays africains ; Gabon, Cameroun...*

 Assanatou. (...) *Je ne savais pas que je venais en Belgique, c'est quand je suis descendue que je suis allée demander à l'Office des Étrangers\*, l'asile... c'est là... je ne savais pas que c'était la Belgique. L'ami de mon papa m'a envoyée ici. Je sais pas où je viens, je trouve injuste de m'envoyer comme ça.*

 Nene Anna. (...) *Je ne savais pas que pour partir, c'est Europe. La personne m'a dit « Je t'emmène loin ». J'ai pas acheté pantalon, rien acheté... je portais pagne avec petit pull comme ça.*

Il est bien clair pour les participantes que la destination de leur voyage leur est volontairement cachée. Seule importe leur survie et celles de leurs enfants, à mettre à l'abri d'une excision dans certains cas. Mais alors, quelle préparation nécessite un tel voyage ?

 Tiguidanké. *La maman de mon petit ami m'a aidé, c'est elle qui a négocié tout avec le Monsieur qui m'a emmené ici. Moi je ne savais rien. Un seul jour, j'ai vu le Monsieur (...). La dame a dit « C'est celle-là ». On a pas parlé, je l'ai salué seulement. (...). La nuit là, elle m'a dit « Prépare-toi (...), y a un monsieur qui doit t'accompagner quelque part. ». Je lui ai demandé « Où ? Avec ma fille ou toute seule ? ». Elle m'a dit « Toute seule (...), pour te cacher, pour pas que tes parents te retrouvent. ». J'avais beaucoup peur. Là-bas aussi, je voulais m'enfuir ; peut-être qu'eux, ils veulent me faire quelque chose de mal. Je pense « Peut-être, ils veulent me vendre (...). Je suis toute seule, je n'ai ni de père, ni de mère. ». Y a mon père mais moi je dis que je n'ai pas de père parce qu'il n'a rien fait pour moi (...). Pendant le voyage, je me disais que je ne vais jamais revoir ma fille. J'avais peur qu'il me tue pour prendre ma tête, mes organes... Un jour, ma fille allait demander « Où est ma maman ? », qu'est-ce qu'on allait lui dire ? « Elle va se retrouver toute seule elle aussi ! ». Je pensais à tout ça...*

 Mariama. (...) *Je suis venue avec un monsieur et avec ma valise, c'est tout. Dans ma valise, j'avais juste mes habits. Je voulais envoyer un complet que j'aimais beaucoup mais malheureusement, je n'ai pas eu le temps de prendre ça.*

 Tiguidanké. *Y a des gens qui les appellent « passeurs » ou « hommes d'affaire » mais nous on dit pas ça. On dit que c'est quelqu'un qui va t'aider, tu sais pas comment il va t'aider. C'est ici qu'on a compris, on dit « les passeurs » (...).*

 Mariama. *Les gens qui font voyager, certains (...) sont des menteurs, ils prennent l'argent et ils disparaissent. Toujours, tu donnes l'argent à l'avance. (...). Si tu avais économisé pendant des années... Ca fait peur. On fait le risque.*

 Assanatou. (...) *Dans mon cas, c'est un sauveur mais il y a beaucoup de cas où l'homme veut te violer.*

Le voyage est préparé par les autres, dans le plus grand secret autant de la destination que des démarches administratives. Parfois, la précipitation et l'urgence de la situation ne leur permettent pas de faire leurs bagages. Dans certains cas, pour des raisons économiques, elles doivent se séparer, non sans peines, de leurs enfants pour leur survie. Elles quittent une persécution vers une destination inconnue avec un inconnu qui parfois abuse d'elles. C'est à se demander à quel moment réellement et à quel endroit, elles seront en sécurité ?



Tiguidanké. *J'étais triste pendant le voyage. « Où je pars ? Si je pars là-bas, qu'est-ce que je vais trouver ? (...) Je n'ai pas de famille, je connais personne. Comment je vais me sentir ? ». Je pensais à tout... Je ne suis pas avec ma fille... ça me touchait beaucoup (...). Je pense que c'est trop dur.*



Mariama. (...) *Moi aussi, j'ai laissé mon petit garçon (...). Le moment que j'étais venue, c'était très terrible pour moi. À tout moment, je vois un petit garçon, je pense à mon enfant ; un enfant qui n'avait pas 5 ans. (...). La personne qui m'a aidée m'a dit « Si ta fille avait eu plus de 2 ans, elle aussi (...) tu allais payer plus que ça ! ». (...) Je trouve ça injuste de laisser un petit garçon qui n'a pas 5 ans. Je n'ai pas aimé beaucoup de chose. (...) Sauf l'avion, tu as fait quelque chose que tu n'as jamais fait.*



Tiguidanké. *Dans l'avion, j'avais les vertiges, je pouvais pas regarder dehors, j'avais peur. Je vomissais. Même pour aller faire pipi...*



Nene Anna. *On a dit qu'il faut mettre la ceinture, moi j'ai attrapé la chaise en bas, je ne savais pas (...) ! On m'a dit « Non, tu ne vas pas tomber, il faut dormir ! ». J'ai pas dormi jusqu'à on est arrivé. Le matin, on est allé, je ne sais même pas c'est où... on a pris le train, on est venu à la gare du midi, il faisait froid.*



Mariama. *Moi j'avais peur parce que les papiers je suis venue avec, c'était pas des vrais. J'avais trop peur quand même parce que la personne qui m'aidait (...) m'a présentée comme si on était marié. (...). Je suis venue avec un faux nom. (...). Moi je l'ai payé 3000€. (...) Il me donne pas les papiers, c'est lui qui a tout (...).*

✿ Tiguidanké. *La peur, ça part jamais. La peur est différente. Je n'avais pas de rêves. J'avais rien sauf la peur. On se demandait « Qu'est-ce qui va se passer si tu arrives là-bas ? ».*

✿ Assanatou. *Pendant ce voyage, je n'ai rien aimé. J'avais la peur, j'ai laissé mes enfants au pays, je pleurais dès que l'avion a démarré. Je me suis mis à pleurer. De laisser mes enfants... et je connais ce que j'ai vécu, donc mes enfants vont vivre la même chose (...) ! Tu peux dire quelque chose que tu as aimé, quand tu as le cœur tranquille... quand je suis arrivée, j'ai voulu retourner à cause de mes enfants (...).*

Pendant le trajet, une seule participante était contente d'avoir pris l'avion pour la première fois. La peur du voyage, l'angoisse de la destination inconnue, des intentions du « passeur », des faux papiers et surtout la peine d'avoir laissé ses enfants prennent le dessus. Mais dans ce cas, à quel moment leur a-t-on demandé leur avis ?

✿ Mariama. (...) *Quand tu dis « Aide-moi ! », c'est eux qui décident.*

✿ Mariama. *J'aurai aimé que la personne<sup>19</sup> me demande pourquoi je m'enfuis (...).*

✿ Tiguidanké. *Nous aussi, on aurait aimé donner notre avis... (...) Je voulais qu'elle me demande « Ah, tu veux que je t'amène où ? ». J'allais lui dire « Quelque part, là où je peux être heureux avec ma petite fille parce que là où je suis, je n'ai personne qui peut m'aider. ». (...) Je voulais être heureux avec elle. Comme moi, j'ai pas été heureux avec mes parents, je voulais qu'elle soit heureux avec moi (...). Le jour que j'ai les moyens, je vais la faire venir pour rester avec moi pour qu'elle soit heureux.*

À la question « Qui étions-nous pendant le voyage ? », nous découvrons l'inconnu et l'angoisse. Le voyage semble précipité, mystérieux ; elles n'en connaissent que peu d'éléments. Leur avis n'est pas demandé et la destination du voyage souvent les surprend à l'arrivée ; loin de leurs terres, beaucoup plus loin que ce qu'elles imaginaient, dans le froid. Elles pensaient qu'elles atterriraient en Afrique, dans un pays voisin. Le voyage est préparé par les autres, elles suivent malgré les inquiétudes. La plupart ont laissé leur(s) enfant(s) derrière elles car c'était trop compliqué ou trop cher de

fuir avec eux-elles ; l'instinct de survie qui prend le dessus non sans dommages collatéraux ; un sentiment de culpabilité et des remords à traîner avec elles.

## Qui sommes-nous aujourd'hui ?

Pour la troisième étape du voyage, nous chaussons nos sandales et atteignons la Belgique. Nous sommes assises sur des chaises, nos jambes sont serrées ou croisées. Des photos rappellent l'endroit où nous nous trouvons ; un chien en laisse, le drapeau belge... La Brabançonne résonne au loin.

 Nathalie. *L'arrivée en Belgique (...) ça a été mais il faisait froid ! (...) Je viens d'un pays où il fait très chaud (...) ! J'ai senti d'un coup le froid qui me pénétrait et j'ai senti que je n'étais pas habillée chaudement. C'était en septembre. Le ciel était gris, ça me paraissait bizarre. Chez nous, y a le soleil qui tape à ce moment-là (...). La première impression... je me suis dis « Ah, ici, c'est pas comme chez nous ! » parce que chez nous, tu attaches le pagne, tu t'habilles comme tu veux et que là tu dois mettre vraiment des manteaux et des bonnets. Je me suis dis « Comment je vais faire pour vivre ici ? ».*

 Tiguidanké. (...) *Partout où je sors, je vois la lumière (...), l'électricité ! Chez nous, tu ne vois pas ça tout le temps ! J'ai dit « (...) C'est un autre monde ! Ici au moins peut-être je vais me sentir bien. ». (...) Je voyais les blancs passer ; ça m'a effrayée parce que j'ai pas l'habitude de les voir et en plus je ne sais pas comment ils sont. En Afrique, je voyais les arabes, les marocains (...) mais je connaissais pas la différence entre les marocains et les blancs. (...). J'ai appris la différence ici.*

À leur arrivée en Belgique, les premiers éléments qui sautent aux yeux des participantes sont les différences entre les pays telles que le climat, l'électricité et la couleur de peau. Ensuite, la réalité de leur situation reprend le dessus, leur « voyage » en Belgique ne fait que commencer...

 Nene Anna. *On est arrivé... tourne, tourne comme ça, la nuit et le matin. Il<sup>20</sup> m'a emmenée à la gare du nord et il m'a dit « Tu me suis (...), si tu vois des gens dans la file, il faut aller là-bas. ». (...) Je suis allée me mettre derrière<sup>21</sup>. Maintenant (...), je commence à leregar*

der, il m'a même pas regardée ! Il est parti. J'avais seulement un petit pull, j'avais froid. Il y avait la pluie. Je ne savais pas comment faire. C'est au centre<sup>22</sup> que j'ai trouvé des pulls. (...) Je ne savais pas que c'était comme ça, froid, ici.



Mariama. Là où j'ai passé la première nuit<sup>23</sup>, on m'a dit « Ici, on peut pas recevoir les gens, il faut aller là où on demande l'asile. ». Il<sup>24</sup> m'a expliqué quand même. C'est à ce moment que j'ai compris. Pour moi, c'est comme en Afrique, je pensais que je pouvais rester pour toujours chez ces gens. Chez nous, tu vas avoir au moins trente personnes dans les concessions, tu manges dans le même plateau. Y a des gens qui quittent au village pour rester pour deux mois chez toi. Il faut pas s'inscrire. Chez mon papa, on est plus de vingt-cinq personnes, tu peux avoir tes tantes, les enfants de tes tantes ou les petits-fils de tes tantes... Tout ça, c'est les parents. Ils peuvent venir rester et ça fait rien. C'est trop différent d'ici quand même.



Assanatou. (...) Le jour où je suis arrivée, c'est ce même jour que je me suis vue avec le papa de cet enfant là<sup>25</sup> parce que c'est lui qui m'a montré l'itinéraire ; le bus, le train y a pas ça chez nous ! On a pris contact... et puis la grossesse.

Arrive la question des « papiers »...



Nathalie. En Afrique, on vit librement. On a pas besoin de papiers, les étrangers sont respectés. On se dit que c'est comme ça partout dans le monde mais quand tu arrives ici... ça te fait peur. Tu te demandes ce qui va se passer. Papiers c'est quoi ? Et sans papiers, on te rapatrie. Là où j'étais<sup>26</sup>, c'est comme un camp militaire ; en brousse, isolé. Tu attends qu'on te juge. Comme si tu étais en prison. (...) C'est la peur. Qu'est-ce que tu as, qu'est-ce qu'il se passe ? C'est pas facile à digérer, oui, c'est dur. C'est un monde différent. Ça fait peur.



Mariama. Le jour que je suis venue demander l'asile (...), on m'a donné l'itinéraire. Je n'ai jamais monté dans le train, dire Voie 5, Voie 2 là (...). J'étais arrêtée à la gare du nord. (...). J'ai vu un africain, un mauritanien, je l'ai demandé « Je veux aller ici, il faut me montrer. ». Je lui ai montré le papier, il m'a guidée (...). Je suis montée dans le train mais ce jour-là, j'ai beaucoup souffert avec ma fille, j'ai beaucoup perdu.

Après l'arrivée en Belgique, le passage à l'Office des Étrangers\* (OE), les participantes ont été orientées vers un centre d'accueil pour demandeurs et demandeuses d'asile.

 Tiguidanké. (...) On m'a emmenée dans un centre de transit\* (...); c'était dans un village... y a que les arbres (...) et les réfugiés qui sont là-bas. Je pleurais mais j'ai connu beaucoup de gens. Après (...) trois semaines, on m'a enlevée là-bas et on m'a envoyée plus loin à Herbeumont. (...) Les gens restaient dans leur chambre, il faisait froid. (...) Tout le monde est stressé. À qui tu peux aller parler ton problème ? Personne. Donc toi seule, tu te penses, tu pleures jusqu'à fatiguée le matin.

 Assanatou. J'avais peur quand je suis venue parce que je savais pas lire et écrire. Le manger que je n'ai pas l'habitude de manger, ça aussi ça m'a beaucoup fatiguée. J'avais faim mais j'osais pas manger.

 Tiguidanké. Chez nous<sup>27</sup>, tu peux manger comme tu veux. Ici, il faut te lever à 7h30. 8h00, tu vas aller manger. Si 8h30 te trouvent (...), tu trouveras que c'est fermé ; tu peux plus manger ! (...) Tu restes jusqu'à midi, (...) il faut aller encore manger. Quand 13h00 te trouvent, ça sera fermé et tu peux plus manger. C'est ici que j'ai connu (...) les horaires de manger. (...) Tu fais une queue (...) pour manger. Tu prends le plateau comme ça et on te sert. Chez nous, on a pas l'habitude de faire une queue.

 Nene Anna. On nous donnait à manger matin, midi et soir, tu n'as rien à faire. Tu dors seulement. Manger-dormir-grossir et stresser. Y a de ces voisins qui me disaient « Toi, tu veux pas grossir », je dis « Je mange mais je grossis pas. ».

 Mariama. (...) C'est ici que j'ai appris qu'on doit manger trois fois par jour. J'étais un peu grosse, j'ai beaucoup maigri ; je ne mangeais pas, je n'aimais pas le manger. Des fois, je prépare<sup>28</sup> dans ma chambre ; c'est interdit (...).

 Mariama. (...). Chaque après midi, je partais pour pointer, pour faire savoir que j'étais là.

 Tiguidanké. *Tu montres ta carte, on écrit « P », présent. Si tu fais trois jours sans être là, on te chasse (...)* !

 Nene Anna. *Tout le temps, les gens sortaient du centre, me laissaient là, à regarder. C'est quand [mon amie] Pamela est sortie qu'elle m'a dit que moi aussi je pouvais aller faire les vacances<sup>29</sup> avec elle pour ne pas rester seule.*

Les participantes expriment le choc de la rencontre avec un nouveau code culturel, incarné ici, par le règlement intérieur des centres de demandeur-deuse-s d'asile (sorties, horaires repas...). Ceci constitue les premières impressions au sujet de la « terre d'accueil ». La différence des repères spatio-temporels et alimentaires entraînent des malentendus, de l'incompréhension et un isolement. Ces éléments ne sont pas des détails mais occupent une place prédominante au sein du sentiment de sécurité des participantes et de toute personne exilée. Comment s'adapter et se construire de nouveaux repères ?

 Mariama. *Le mercredi, on paye les sept euros (...)<sup>30</sup>, ils savent que tout le monde va venir alors ils préparent les frites avec le poulet. Si c'est pas ça (...), ils gaspillent<sup>31</sup> parce que personne ne mange.*

 Nene Anna. *Il y avait pommes de terre et puis la viande avec la sauce blanche. Avec les gros oignons là... les poireaux. (...) Parfois ils changent. Si je voulais pas manger, je prends du pain et je mange seulement.*

 Mariama. *Le dimanche, y avait les petits pains qui étaient très bons. Je partais prendre ça beaucoup. Si le manger du restaurant n'était pas bon, je prenais dans le sac et je mangeais ça.*

 Tiguidanké. *Le dimanche, on donne les croissants. (...) Tu prends un seul hein ! (...) Tu reviens si y a personne pour prendre encore.*

 Nathalie. (...) *C'est des pains aux raisins ou des croissants. (...) On donne trois croissants ! Le riz, c'est pas cuit, c'est jaune. Y a des jours où y a le blé-riz, personne ne mange ça.*

 Tiguidanké. *Les pâtes, tu vas manger des pâtes jusqu'à... quand tu reviens tu veux plus. Et les salades sont glacées !*

✿ Mariama. (...) *Moi j'aime les pâtes mais la façon dont eux ils font, je n'aime pas !*

✿ Nene Anna. *Moi je mets beaucoup de condiments. Si y a rien, je prends seulement macaronis, je mets les piments et je mange. (...). Les samedis, il y a pizza. Quand on me dit « Y a pizza ce soir ! », moi je suis la première (...)!*

Une question nous brûle les lèvres, « Où est le juste ? ».

✿ Nathalie. *Ce que je trouve juste, on nous a bien accueillies, on nous a donné un toit où loger, on nous nourrissait, même les soins c'est gratuit. Si on a des rendez-vous, on nous donne des tickets<sup>32</sup>.*

✿ Mariama. *Ce qui est juste en Belgique, (...) ton enfant va aller à l'école. (...) Chez nous y a plein d'enfants qui ne vont pas à l'école.*

À la question « Qui sommes-nous aujourd'hui ? », elles mettent en évidence les différences qui les ont le plus marquées à leur arrivée en Belgique. Le climat, les couleurs, les humeurs, les saveurs sont autant de repères perdus et de nouvelles habitudes à adopter à travers de nouveaux codes de compréhension et de lecture. L'insécurité du voyage se poursuit à l'arrivée, lorsque l'asile prend la place prédominante dans leur quotidien. C'est l'attente d'un nouveau statut, celui de réfugiée ; une nouvelle place. La procédure d'asile les mène à partager ce qu'elles ont culturellement appris à taire. Elles expriment une reconnaissance vis-à-vis des autorités belges de pouvoir bénéficier d'un toit, d'une aide médicale et sociale et de la scolarité pour leurs enfants.

## Qui serons-nous demain ?

La quatrième étape de l'atelier – la projection dans le futur – a lieu le même jour que l'étape de la Belgique. Une musique futuriste nous mène à danser jusqu'à une table où est posée une grande feuille blanche d'un mètre carré et demi. Nous restons debout. Gouaches, pinceaux, pastels, crayons de couleurs, feutres, auto-collants, paillettes, journaux, revues, tissus, plumes, feuilles colorées, cartons et bien d'autres matériaux de récupération et autres recouvrent la table d'à côté.

Les questions de la boîte qui – jusque là – nous accompagnait tout au long du chemin, sont collées sur la toile. Nous invitons les femmes à peindre leur futur avec la consigne suivante: « Vous avez la capacité, vous avez la force, vous êtes des femmes qui ont du courage, l’envie, le désir de faire quelque chose. Actuellement, il n’y a rien sur la page blanche mais que voulez-vous y mettre ? C’est à vous d’exprimer ce que vous souhaitez ».



*Photo de l’œuvre collective réalisée lors de la dernière étape du voyage ; « Le futur ».*

Une partie de l’œuvre rappelle des éléments du passé, un centre d’accueil de forme ronde, des tissus africains, des plantes traditionnelles, des cases<sup>33</sup> et des personnages s’attelant au travail des champs... Mais, on découvre également un futur peint aux couleurs de la Belgique ; le drapeau noir, jaune, rouge se répète à différents endroits. Des plumes et des fleurs colorées, peintes à la gouache ou découpées et ensuite collées se multiplient accompagnées du mot « Bonheur ». Un hommage aux enfants, leurs prénoms, une silhouette de bébé et la signature de chaque participante complètent le tableau.

L’atelier que nous avons proposé se termine mais au sol, le pagne vert qui symbolise le chemin – parcouru d’une part et à parcourir d’une autre – invite à continuer...

## Chapitre 2. Quand les professionnel-le-s parlent des femmes...

**L**e premier chapitre vous permettait de faire connaissance avec une toute petite partie des femmes que nous côtoyons et que vous pourriez côtoyer en consultation et lors d'activités diverses. Afin de savoir qui pourrait être concerné-e par l'excision, vous pouvez vous référer à la carte des prévalences des MGF dans le monde, en fin d'ouvrage ; il s'agit d'un outil précieux à conserver et à consulter régulièrement<sup>34</sup>. Ayez à l'esprit que les mutilations ne concernent pas uniquement le continent africain et qu'en fonction du pays, de l'ethnie et des habitudes familiales, la pratique diffère.

Nous vous proposons maintenant, de lire l'expérience personnelle de certain-e-s auteur-e-s de cet ouvrage. Ce second chapitre est présenté sous la même forme que le précédent, chaque auteur-e a rédigé quelques lignes au sujet de son travail ; une petite porte entrouverte sur sa pratique... Pour en savoir plus au sujet du parcours professionnel des auteur-e-s, vous pouvez consulter la page 165.



*Silme. Pour ma part, je perçois les femmes que je côtoie, au travers de la question d'excision, comme des femmes fortes, qui ont dû prendre une décision à un moment dans leur vie, qui allait à l'encontre de ce qui était attendu d'elles, de leurs rôles supposés, contre tous, pour leur vie ou survie, avec des conséquences non négligeables pour elles, leur entourage d'ici ou dans leur pays d'origine.*

*Une des dernières consultations que j'ai eue était vraiment très émouvante. Cette femme, qui venait très régulièrement aux rendez-vous durant sa procédure d'asile, s'est peu à peu émancipée. Elle est revenue me donner de ses nouvelles et me remercier d'avoir pu trouver oreille attentive et bienveillante. Elle avait enfin pu investir des activités et se construire un réseau social ; une de ses demandes. Désormais, elle se sentait beaucoup mieux et n'éprouvait plus le besoin de venir aussi souvent, tout en sachant que la porte lui restait ouverte.*

© Katinka. Mme B. entre et comme d'habitude, me demande, « Bonjour, comment allez vous ? Et vos enfants ? ». Pas question que je ne lui réponde pas. Elle veut vraiment savoir comment je vais, et mes enfants aussi. Sur mes fils, des ados, il y a toujours deux phrases à dire. Elle sourit. Je lui pose la même question. Elle me répond quelque chose sur la petite avec qui elle a fui son pays et ses deux filles qui ont dû rester. Ensuite elle s'assied et l'entretien peut commencer.

Je pense à Mme T. que j'ai vue une fois seulement, il y a quelques années. C'était la première fois que le GAMS m'envoyait quelqu'un, donc je voulais très bien travailler pour leur montrer qu'ils pouvaient dorénavant m'orienter des femmes. Tout de suite, pour lui montrer que je n'avais pas peur du sujet, je lui ai posé des questions sur son excision et son mariage difficile, à peine je m'étais présentée. Madame m'a répondu respectueusement mais ne racontait rien à propos d'elle-même. Il y a eu beaucoup de silences pendant l'entretien. J'étais assez mal à l'aise, comme elle d'ailleurs. Quand l'entretien a été fini, je lui donnai un rendez-vous. Je ne l'ai plus jamais revue.

J'ai dû penser aussi à ce que j'ai appris pendant mes études. Une psy ne raconte jamais quelque chose sur elle-même. Mais on nous a appris aussi qu'il faut créer un lien de confiance. Et si dans la façon de saluer, on nous pose la question sur nos enfants et qu'on attend une réponse ? Et par politesse, on pose la question à Madame, qui peut nous raconter quelque chose qui est valorisant pour elle ? Car, après, elle doit dévoiler peut-être beaucoup de choses difficiles et douloureuses de sa vie. Dans nos études, on ne nous a rien appris par rapport aux femmes de l'Afrique de l'ouest, de leur façon de créer un lien avec nous. Nous voulons qu'elles parlent « vrai », donc pourquoi pas nous aussi ?

© Isabelle. Madame H. a été l'une des premières femmes victimes d'excision que j'ai suivie. Plus que l'excision, très rapidement, elle a partagé sa peur de l'extérieur et son habitude de rester à l'intérieur de la maison car elle s'y sentait en sécurité. En effet, elle accompagnait sa fille pour ses activités mais ne sortait jamais pour faire des choses pour elle-même. Madame H. expliquait que depuis petite, son père lui répétait que dehors c'était dangereux, qu'elle ne devait pas s'y aventurer. Seuls les hommes peuvent aller et venir

*lorsqu'ils le veulent et sans risques, disait-on chez elle ; un équivalent de l'idée commune de « La rue est aux hommes et la maison aux femmes... ». Après la mort de ce père vu comme protecteur, Madame H. dut, malgré tout, sortir pour survivre et vendre de la nourriture. Or, ce danger de l'extérieur fut malheureusement confirmé, dans la réalité, par une agression au cours de l'une de ses sorties. Depuis ces divers discours et événements, tout comme dans son nouveau pays, en Belgique, Madame n'osait que peu profiter de ce que pouvait lui offrir l'extérieur, comme si cela ne semblait pas fait pour elle.*

*Au delà d'un vécu sans doute traumatique, ce qui m'a frappé avec Madame H. fut la répartition des possibles selon les genres, de l'ordre d'une différenciation spatiale. Cette différenciation paraissait telle que, malgré le changement de pays, Madame avait intériorisé cette frontière entre l'intérieur et l'extérieur et ce d'autant plus, que lorsqu'elle avait dû la franchir, le couperet était tombé...*

*Lorsque Madame H. s'est adressée au service au sein duquel je travaillais, elle était comme « enfermée », n'entrevoyant que peu de choses pour elle car d'autres l'avaient impactée de leurs violences diverses et assignée à une certaine place. J'espère juste avoir pu l'accompagner vers une réouverture de cette vision des possibles, afin qu'elle puisse choisir pour elle.*



*Luc. En tant qu'homme et professionnel, dans la rencontre avec les femmes réfugiées victimes de violences, de mutilations, de tortures ou survivantes de massacre, je suis fréquemment renvoyé à une grammaire des genres de l'extrême : le masculin cruel et le féminin mortel. Je reste d'autant plus admiratif et respectueux de la confiance que peuvent m'accorder ces personnes et cela aiguise en moi la conscience du rôle qu'un homme peut accomplir dans la thérapie en remettant de l'humanité partagée, de l'échange culturel, du masculin humain, du féminin positif, du symbolique commun, des valeurs actées... Quand le rire peut émerger des larmes, souvent la puissance de la vie qui renaît n'est pas loin. Que de générosité, que de courage, que de profondeur, que de force autour des récits et des rêves qui sont travaillés en consultation. Et surgit de ma mémoire cette première phrase du film « Les visiteurs du soir » de Marcel Carné : « Pouvoir dire en te voyant : « Je comprends maintenant pourquoi j'ai tant marché! ». ».*

☉ Zahra. En rédigeant ces quelques lignes, j'ai beaucoup réfléchi sur l'expérience que j'allais partager car je reçois beaucoup de femmes avec des histoires lourdes marquées par la souffrance, la séparation et la douleur. Chacune d'entre elles m'a marquée mais comme une évidence j'ai voulu vous faire part de l'entretien qui m'a le plus attendri.

Je devais recevoir une dame qui venait pour la première fois au GAMS. Elle m'attendait dans la salle d'attente et je l'ai invitée à me suivre dans mon bureau. Chantal était guinéenne et elle avait environ 25 ans. Elle s'est assise timidement en disant « Madame, je ne parle pas bien français, il ne faut pas vous fâcher contre moi. Je n'ai pas été à l'école mais je parle petit français. ». Elle semblait apeurée quand elle me disait cela alors, je lui ai demandé « Qu'est-ce qui te fait penser que je vais me fâcher Chantal ? ». Elle m'a répondu en baissant la tête : « C'est un peu comme ça, Madame. ».

J'ai été touchée par son attitude et ses paroles alors je lui ai dit « Je te remercie pour l'effort que tu fais en me parlant en français et je te comprends parfaitement donc n'aie pas peur. ». Depuis ce jour-là, je voyais Chantal régulièrement car elle avait commencé un suivi psychologique et, à chaque fois, elle venait me voir dans mon bureau pour me dire bonjour d'une manière très enthousiaste pour me raconter comment les choses se passaient pour elle. Désormais, elle était beaucoup plus à l'aise et en confiance pour parler en français.

☉ Manu. Je reçois Madame B., 20 ans, orientée chez nous par le GAMS, guinéenne. Elle a fui son pays alors que son père voulait la marier de force avec un de ses amis alors qu'elle était fiancée à l'un de ses professeurs, qu'elle avait choisi. Elle a, un soir, voulu se rendre à un mariage, à l'insu de ses parents et pour cela a escaladé la fenêtre pour rejoindre une amie. Sur le trajet du retour, accompagnée d'amies, leur chemin a croisé la route de trois militaires qui les ont emmenées dans un bois pour les violer. Elle est rentrée ensuite chez elle et a fait comme si rien ne s'était passé. Elle est tombée malade et n'a plus su se rendre à l'école. Son fiancé l'a accompagnée à l'hôpital où il lui a été imposé un test de grossesse révélant qu'elle était enceinte, de son violeur. Le fiancé n'a pas accepté la situation, l'a désignée comme responsable de ce qui s'était passé et n'a plus voulu d'elle. Ses parents ont décidé de l'exciser pour la préparer au mariage avec l'ami de son père. Elle avait

échappé à l'excision étant enfant grâce à sa mauvaise santé. L'excision a été très douloureuse et traumatisante. Pour échapper au mariage, elle s'est réfugiée chez une amie qui lui a dit qu'elle ne pouvait pas subvenir à ses besoins ni à ceux de son bébé. Elle a alors été obligée de se prostituer. Avec l'aide d'un client bienveillant, elle a réussi à quitter le pays avec son bébé qui a aujourd'hui 2 ans.

Au delà de la détresse ressentie, elle se pose la question de savoir que dire, quand et comment dire à son petit ce qui s'est passé. Elle craint d'être jugée par lui et à travers sa crainte, je perçois l'ombre d'un sentiment de culpabilité. Parallèlement, et c'est là tout le paradoxe chez cette jeune femme, elle me dit s'appuyer sur son gamin lorsqu'elle ne va pas bien ; il est plein de bienveillance à son égard lorsqu'elle pleure et il la motive à s'occuper de lui, en donnant ainsi un sens à sa vie malgré les épreuves. Nous allons travailler l'ambivalence\* dans la relation à son fils ainsi que son sentiment de culpabilité.

Ce récit m'a bouleversée et à la fois révoltée. Révoltée car cette jeune fille semble avoir échappé dans un premier temps – au contraire de la plupart des guinéennes – à l'excision et au mariage forcé et pour finir, son destin est identique aux autres... Révoltée aussi contre ces militaires violeurs qui sont impunis et qui – on peut l'imaginer – continuent de briser la vie de tas d'autres jeunes.



Annalisa. Lorsque j'explique aux gens où je travaille, les expressions sur leurs visages se transforment. Ils et elles sont effrayé-e-s et adoptent une espèce de « compassion ». Et pourtant non, mes journées ne sont pas pénibles. Ces remarques et ces réactions questionnent le regard social sur le travail que nous menons, sur le public que nous côtoyons et sur les thématiques traitées. Notre travail est formidable, il nous pousse à travailler l'Humain avec un grand H, à expérimenter l'humilité dans toute sa splendeur, à ouvrir grand nos oreilles et à apprendre. Je garde des petits trésors dans ma mémoire, des phrases et des gestes anodins. Ils en disent long sur les ressources de ces personnes.

Lors de sa dernière consultation, Fanta me dit « C'est comme si tu avais pris du savon et tu m'avais lavé le cœur. ». J'ai écrit cette phrase sur le mur du bureau, elle m'accompagne tous les jours.

*Alors qu'en fin de séance, Mary a l'habitude de me donner un ou deux euros comme somme symbolique pour l'entretien, le jour où elle déménage et s'autonomise par rapport au centre d'accueil, elle me tend vingt euros. « Parce qu'il y a beaucoup de choses que vous avez faites pour moi, que je voudrais vous dire avec ma bouche mais je ne sais pas. ».*

*Je retiens également des fous rires en chœur « Vous ici, vous dites que vous êtes le pays du chocolat, qu'en Belgique, on fait le meilleur chocolat du monde ! Mais moi, depuis que je suis là, j'ai beaucoup marché et je n'ai vu aucun cacaotier ! », me disait un homme qui, au Burkina Faso, était propriétaire d'une vaste plantation de cacaotiers.*

*Alors que les personnes quittent les consultations en disant « Je n'oublierai jamais ce que vous avez fait pour moi. », j'ai envie de le leur dire à mon tour. Merci à toute l'humanité, au respect et à la générosité qu'ils et elles m'ont appris. C'est comme si mes yeux ne voyaient rien avant cela, que mes oreilles n'entendaient rien, que ma bouche ne parlait pas et que mon corps ne ressentait rien.*

La plupart des femmes qui s'adressent à nos consultations n'ont pas choisi d'immigrer et sont souvent isolées en Belgique. Elles ont quitté leur pays en toute hâte et dans l'urgence, sans ou avec très peu de bagages, en abandonnant tout derrière elles parfois même des enfants, pour échapper à une persécution et assurer leur survie. Lorsque la fuite est préparée par un tiers, la plupart du temps, elles n'en connaissent pas les plans ; à l'aéroport elles apprennent qu'elles vont prendre l'avion et quitter leur pays. Arrivées en Belgique, elles découvrent la demande d'asile et son parcours plein d'imprévus et de rebondissements alors qu'elles pensaient que quitter leur pays suffirait à leur sécurité.

En consultation, leurs récits font apparaître que l'excision est très souvent associée à un mariage forcé et à d'autres formes de violences de genre que nous développerons dans la deuxième partie.

**Elles ont posé un choix qui a changé le cours de leurs vies ; celui de refuser les violences.** Elles ont besoin d'être reconnues dans cette prise de position pour continuer à agir et non subir leur vie. De ce premier choix découle ensuite la réappropriation du pouvoir de décider ce qui est bon pour elles.

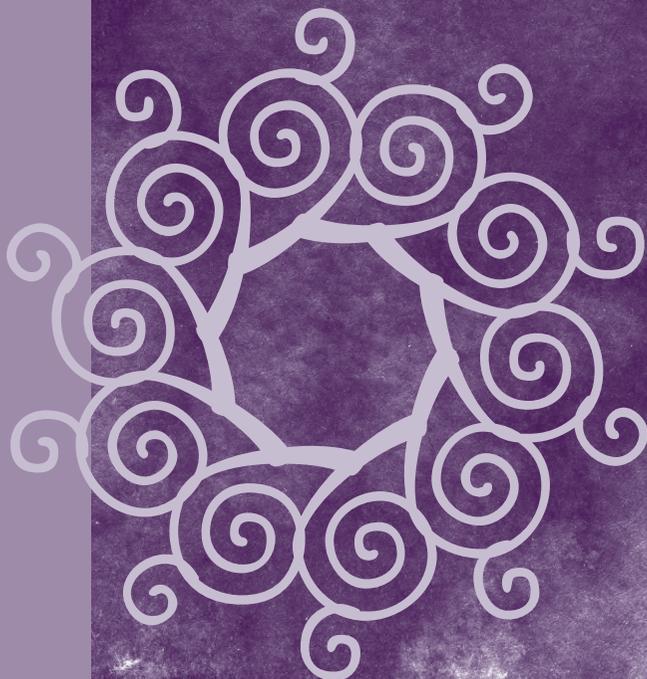
Elles sont souvent des pionnières au sein de leur famille ; premières à avoir fui le mari qui leur a été imposé, à avoir refusé l'excision pour leur fille, à exercer seules l'autorité parentale du vivant de leur mari resté au pays. Ainsi, elles sèment des graines de révolte dont les générations futures hériteront. Protéger une petite fille de l'excision, c'est la sortir de la lignée des rôles traditionnels attendus par une communauté et d'un système inégalitaire. Elles se situent à un tournant où les femmes font évoluer la condition autour de l'excision. Ces femmes qui sont en marche pour changer le cours de l'Histoire de leur pays ont – dans un même temps – besoin de prendre soin de leur loyauté à leurs origines. Tout ceci sera à prendre en compte dans un travail thérapeutique.

En marche dans un parcours d'émancipation personnelle, elles sont aussi pionnières au sein d'un collectif plus large : celui de l'ensemble des femmes du pays d'origine. Comment articuler le monde d'avant exil avec le monde d'après exil? Comment relier sa propre histoire de vie avec celle des membres de sa famille demeuré-e-s au pays ? Comment évoluer vers « une intégration créatrice », comme le dit Jean-Claude Métraux [1], qui donne une place aux absents, à la famille d'origine ? Les récits de femmes que nous rencontrons en consultation sont colorés de ces questionnements essentiels. La foi, la langue maternelle, les tenues vestimentaires, les plats culinaires représentent autant de « ponts » entre le passé et le présent et leur permettent de rester reliées à leurs racines.

Malgré le parcours du combattant, ces femmes sont en vie et elles s'adressent à vous. Elles sont maintenant familières avec les démarches administratives, le parcours d'asile, elles ont appris à se déplacer en transports en commun, à s'adresser à une personne, elles se forment, apprennent le néerlandais, s'adaptent alors qu'elles changent de lieu de vie plusieurs fois sur l'année... Elles peuvent et sont capables de beaucoup de choses. En tant que professionnel-le-s, il faut travailler sur nos propres représentations pour ne pas les enfermer et les réduire uniquement à ce qu'elles ont vécu au pays. Victime n'est pas une identité. Voyez en elles potentiels et ressources.

# Partie 2

Les mutilations génitales  
féminines : une expression  
des violences de genre





# Deuxième Partie

## Les mutilations génitales féminines : une expression des violences de genre

### Chapitre 3. Quelques notions de base

---

**N**ous avons démarré la réflexion de cette partie grâce à un exercice de brainstorming autour du sigle MGF ; « Qu'est-ce qu'évoque le sigle MGF pour nous ? ». Les termes qui nous viennent spontanément en tête sont les suivants : violence(s), contrôle, genre, torture, mutilation et couper.

Pourquoi **violence(s)** ? Parce que comme l'indique sa définition<sup>35</sup>, il s'agit d'une action qui « produit ses effets avec une force intense, brutale et souvent destructrice ». **Contrôle** parce que nous estimons que l'ultime but des mutilations est de contrôler le comportement des filles et des femmes. Et là, le mot **genre** émerge aussi. Le genre est un concept qui réfère aux différences sociales entre hommes et femmes, différences qui, de plus, sont hiérarchisées. Quand des relations entre hommes et femmes ne sont pas égalitaires, il y a donc domination et la domination utilise de la force pour maintenir ce déséquilibre. Nous avons aussi dû penser à **mutilation** car une partie du corps de la femme est enlevée sans raison médicale, provoquant une forte souffrance et laissant une marque à vie.

Les mutilations génitales féminines nous font penser à un déséquilibre dans les relations car une fois pratiquées, les filles et les femmes doivent se conformer à un certain rôle et une position de soumission. Elles doivent ainsi adopter un comportement défini par la famille et la communauté. Par l'excision, le plaisir sexuel leur est nié.

Afin d'argumenter nos propos, nous utiliserons, dans cette partie, une série de concepts clés que nous faisons le choix de définir au préalable.

- **Les mutilations génitales féminines** recouvrent toutes les interventions relatives à l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou la lésion des organes génitaux féminins pratiquées pour des raisons culturelles, religieuses ou pour toute autre raison non thérapeutique [3].
- Le verbe **mutiler** se définit par l'atteinte volontaire à l'intégrité physique d'une personne entraînant la perte d'un membre ou d'un organe. La mutilation peut être une circonstance aggravante de certaines infractions (tortures et actes de barbarie, viols, violences, délaissements d'enfant, enlèvements, séquestrations, etc.). Le risque de mutilation est un des éléments constitutifs de la mise en danger d'autrui.
- L'action de **contrôler** consiste à maîtriser, dominer, avoir le pouvoir « sur » quelque chose ou quelqu'un, vérifier leur état ou leur situation au regard d'une norme. Comme synonymes, citons « contenir », « dominer » et « soumettre ».
- La **violence** est l'utilisation de la force physique ou psychologique pour contraindre, dominer, causer des dommages ou la mort.
- La **torture** est définie par la convention des Nations Unies contre la torture – adoptée en 1984 et entrée en vigueur en 1987 – comme suit « (...) acte par lequel une douleur ou des souffrances aiguës physiques ou mentales sont intentionnellement infligées à une personne aux fins notamment d'obtenir d'elle ou d'une tierce personne, des renseignements ou des aveux, de la punir d'un acte qu'elle ou une tierce personne a commis ou est soupçonnée d'avoir commis, de l'intimider ou de faire pression sur elle ou de l'intimider ou de faire pression sur une tierce personne, ou pour tout autre motif fondé sur une forme de discrimination quelle qu'elle soit, lorsque de telles douleurs ou souffrances sont infligées par un agent de la fonction publique ou toute autre personne agissant à titre officiel ou à son instigation ou avec son consentement exprès ou tacite. Ce terme ne s'étend pas à la douleur ou aux souffrances résultant uniquement de sanctions légitimes, inhérentes à ces sanctions ou occasionnées par elles » [4].

- Le **genre** est une construction sociale et culturelle qui établit pour chaque sexe, les rôles et comportements qui sont considérés comme appropriés. Les relations de genre sont des relations sociales hiérarchisées qui varient d'un endroit et d'une époque à l'autre. Dès l'enfance, nous intériorisons consciemment ou inconsciemment les rôles qui nous sont attribués en fonction de notre sexe. À chaque sexe correspond un rôle bien défini dont il est difficile de se détacher tant ces normes sont intégrées chez tout un chacun. C'est à travers ces rôles que des relations inégales de type économique, social, culturel, politique ou encore éthique peuvent se créer. Contrairement au sexe, le genre est un construit social : cela implique que des changements peuvent y être introduits afin de mettre fin aux inégalités et aux discriminations à l'égard des femmes [5].
- Le **stéréotype** « est une idée ou une image populaire et caricaturale que l'on se fait d'une personne ou d'un groupe, en se basant sur une simplification abusive de traits de caractère réels ou supposés. Deux mécanismes principaux contribuent à l'élaboration d'un stéréotype : la simplification (...) et l'exagération (...) » [6].
- **Les violences de genre** ou sexospécifiques sont les violences dirigées spécifiquement contre un homme ou une femme du fait de son sexe et son rôle ou qui affectent les femmes ou les hommes de façon disproportionnée. Les rapports hommes/femmes étant la plupart du temps régis par une relation de pouvoir inégale où les hommes ont un rôle social dominant, ce sont les femmes qui sont le plus souvent les victimes de ces types de violence. De façon générale, ces phénomènes s'expliquent par une inégalité patente entre hommes et femmes, souvent matérialisée par un rapport de force omniprésent laissant place à des démonstrations de violences à l'encontre des femmes [7]. Dans ces types de violence, il s'agit de maintenir le déséquilibre de pouvoirs entre hommes et femmes ainsi que d'imposer un contrôle sur l'autre pour les maintenir dans les rôles attendus.

Envisageons maintenant ce qui nous permet de faire le lien entre excision et violences de genre.

## Chapitre 4. Les mutilations génitales féminines, quel(s) lien(s) avec le genre ?

---

**A**u vue des différentes définitions ci-dessus, nous constatons aisément que les MGF sont une expression des violences de genre que subissent les filles et les femmes. À travers les mutilations sexuelles, la communauté montre aux filles et aux femmes que leur corps ne leur appartient pas. Comme toutes les violences de genre, les mutilations sexuelles servent à maintenir un certain ordre social où – dans ce cas-ci – les hommes détiennent le pouvoir et qui place les femmes dans une position de soumission, de dominées.

Dans nos pratiques, nous observons que très souvent, ces femmes sont amenées à rencontrer au cours de leurs vies d'autres formes de violence. On pourrait parler d'une double violence : la violence intrafamiliale et l'indifférence des institutions publiques qui ne réagissent pas devant cette inégalité hommes/femmes et qui souvent la tolèrent, voire la soutiennent. Comme exemple, citons des policiers qui soutiennent que l'excision et le mariage forcé sont des problèmes privés à régler en famille.

Malheureusement les données statistiques, notamment les études DHS « Demographic and Health Surveys<sup>36</sup> », ne présentent pas les chiffres des violences en fonction du statut de l'excision mais en fonction de l'âge, du lieu de résidence, du statut socio-économique et autre. Néanmoins, nous savons qu'une société où la majorité des femmes sont excisées est une société où les violences de genre sont très nombreuses. Ainsi l'étude nationale sur les violences de genre faite en 2009 en Guinée Conakry [8] (prévalences des MGF à 97%), montrait que 92% des femmes de 15 à 49 ans avaient subi des violences. Au sein de nos associations, nous n'avons jamais rencontré une femme qui avait été « seulement » excisée. Très souvent ces filles et ces femmes subissent aussi des mariages forcés ou précoces, des viols maritaux, le lévirat\*, le sororat\*, les violences autour de la dot, les violences conjugales, la répudiation après la naissance répétée de filles ou après un viol, l'impunité de l'auteur de ce viol,

le non pouvoir sur la décision du nombre d'enfants et l'espacement des naissances ainsi que l'accès différencié à la santé, la nourriture et la scolarité [9].



*Même dans le ventre, on dit que « Si c'est une fille, on va te la donner<sup>37</sup>. » et quand l'enfant va grandir, lui, il est vieux. Nathalie, Burkina Faso, 26 ans.*



*Si la femme accouche d'un bébé comme ça, si y a un vieux qui avait fait quelque chose de bien à ton papa, déjà il prend l'enfant, elle a déjà un mari<sup>38</sup>. Même si le monsieur est un vieux. Nene Anna, Burkina Faso, 32 ans.*



*Dès que tu nais, on attache une petite corde sur ta main comme ça pour dire « Voilà, c'est ta femme ! ». Mariama, Guinée Conakry, 27 ans.*



*(...) Quand il<sup>39</sup> est revenu de voyage, on lui a dit « Voilà, on t'a gardé la fille là ! » et quand je l'ai vu, j'ai dit « Non, je ne veux pas ! » (...). Toute la famille disait « Quoi, une femme, c'est vous qui commandez ici ? ». Assanatou, Guinée Conakry, 23 ans.*

**Les violences de genre sont maintenues par des croyances.** Il s'agit d'idées reçues sur les filles, les garçons, les hommes et les femmes. En fait, il n'existe pas d'« hommes type » ou de « femmes type », par contre, il existe des « idées type » sur la façon dont une femme et un homme doivent ou devraient se comporter. Les valeurs et les croyances par rapport à ce qu'est un homme, une femme et leurs rôles respectifs dans la famille et la société sont très différentes. Les attentes par rapport au pouvoir et à l'obéissance sont différentes pour les filles et les garçons. L'utilisation de la force pour résoudre des conflits est valorisée différemment pour les filles et les garçons ainsi que le rapport à la sexualité par exemple. Si une femme ne se comporte pas de la façon attendue, elle doit être corrigée. Ces croyances justifient les manières d'agir ou de ne pas réagir. Le corps des femmes est instrumentalisé pour préserver l'honneur de l'homme, de sa famille et de la communauté.

Celles-ci nous mènent à une autre caractéristique typique des violences de genre, dont les mutilations sexuelles ; notamment **l'imposition d'un contrôle pour maintenir les femmes dans un rôle**

**de soumission.** Ainsi les MGF ont un aspect préventif et correctif. C'est un marquage qui rappelle aux filles ou aux femmes qui elles sont et comment elles doivent se comporter. L'excision est le début d'une vie d'interdictions et appelle à une sexualité dans un certain contexte – le mariage – avec la procréation comme finalité. Par contre, la circoncision masculine est une invitation à la vie sexuelle. En effet, dans certaines ethnies de l'Afrique de l'ouest, après avoir été circoncis, le jeune garçon reçoit pour conseil de multiplier les rapports sexuels afin de « faciliter » la cicatrisation même si cela reste très douloureux. Les mutilations peuvent également être correctives. Nous connaissons dans nos institutions, des femmes excisées qui se sont vues infibulées suite à des comportements considérés comme inappropriés par rapport à la norme dominante, dans des zones géographiques où ce type de mutilation n'est pas prédominant comme en Guinée Conakry par exemple. D'autres ont été ré-excisées juste avant un mariage pour s'assurer qu'elles soient « bien propres ».

**Toutes les violences de genre sont entourées d'un silence, d'un tabou.** On n'en parle pas, on ne s'en mêle pas, on ne voit pas ; ceci appartient à la vie privée. Et n'oublions pas l'impact sur la santé ; les mutilations rendent les femmes vulnérables dans leur santé reproductrice et sexuelle et ceci d'un point de vue physique et psychologique.

Vous constaterez dans vos pratiques que la plupart des femmes qui ont subi une mutilation sexuelle n'ont pas pu choisir librement leur partenaire. Dans le tableau suivant, nous souhaitons mettre en évidence les éléments communs qui relient les MGF et les mariages forcés.

	Mutilations génitales féminines	Mariage forcé
Silence et tabou autour des pratiques.	<p>Sauf rare exception, la petite fille n'est pas informée de l'excision à venir et même si entre enfants, certaines choses peuvent se dire, elle n'en saisit le sens réel qu'au moment de l'acte.</p> <p>* <i>Vous connaissez ça<sup>40</sup> ? Ça c'est le wassakoumba. Quand vous partez pour l'excision (...), vous prenez ça. Vous partez dans les cabanes, les femmes sont habillées en rouge et noir avec le couteau et avec lame. (...) C'est avec ça que vous allez chanter et tu te dis « Ah, donc quand je suis venue ici, c'est pour l'excision. ». On dit pas ça à la maison ! Nene Galle, Guinée Conakry, 35 ans.</i></p> <p>En fonction des ethnies, il existe un réel tabou autour de la pratique. Tout le monde sait ce qu'il se passe sans pour autant que cela constitue un sujet de discussion. Les mêmes enfants excisées contribuent à préserver ce tabou.</p>	<p>Le père ou le patriarche de la famille annonce à la jeune fille/femme qu'elle se mariera. Il informe, il ne demande pas son avis.</p> <p>* <i>On ne demande jamais notre avis. Même petite ; c'est les parents qui décident. Même si tu veux pas. Assanatou, Guinée Conakry, 23 ans.</i></p> <p>La présence de la femme n'est pas nécessaire pour célébrer un mariage traditionnel ou religieux. Il arrive que la femme soit informée alors que le mariage a déjà eu lieu. Elle doit alors quitter son foyer pour rejoindre celui de « son mari ».</p>
Le corps de la femme ne lui appartient plus.	<p>L'excision est l'affaire de tous et toutes sauf celui des filles et des femmes concernées.</p> <p>L'excision est la norme. Elle n'est pas décidée ou imposée à tel ou tel enfant, elle est écrite dès la naissance (sauf exception comme dans certaines ethnies béninoises). Elle ne peut pas être questionnée ou discutée.</p>	<p>Le mariage est l'affaire de tous et toutes, sauf celui des filles et des femmes « à marier ».</p> <p>Il ne regarde pas uniquement l'individu-e ou le couple. Il implique tous les membres de la communauté. La communauté choisit le futur mari, prépare les célébrations, contraint par la force la femme à accepter le mariage, punit en cas d'objections...</p>

	Mutilations génitales féminines	Mariage forcé
	<p>Naître dans une communauté qui excise, signifie être excisée tôt ou tard. La communauté soutient, accompagne, prépare la cérémonie, excise. Ces mêmes femmes que l'enfant fréquente sont présentes ; une voisine, une tante, une grand-mère...</p> <p>Pour l'enfant, l'excision est la porte d'entrée dans cette même communauté. C'est un rite d'initiation et d'identification qui permet aux jeunes filles l'accès à différentes choses dont le mariage et la sexualité reproductive.</p>	<p>Les filles n'ont qu'une seule issue : une relation hétérosexuelle qui doit aboutir à la naissance de nombreux enfants et si possible des garçons. L'homosexualité est innommable et condamnée dans plusieurs pays qui pratiquent l'excision. De même que le célibat chez une femme est très mal perçu, on ne devient une femme respectable qu'après avoir mis au monde des enfants dans le cadre du mariage.</p>
<p>La sexualité contrôlée par la communauté.</p>	<p>La finalité de l'excision est le contrôle des femmes, de leurs corps et de leurs sexualités. Elle entraîne très souvent des conséquences multiples, tant physiques que psychologiques.</p> <p>✳ <i>Chez nous au Burkina, y a le respect en premier lieu. Tu dois tout le temps respecter tes parents même si tu vois que ce qu'ils disent c'est pas ça, tu dois les obéir et les suivre. Chez nous aussi, une fille qui n'est pas excisée, c'est la honte pour la famille... c'est une fille qui va aimer les garçons. Si les autres savent que tu n'es pas excisée, c'est la honte, ils vont se moquer de toi. Ils vont dire que même dans ton foyer, tu ne seras pas fidèle ! Nathalie, Burkina Faso, 26 ans.</i></p>	<p>Un mariage forcé équivaut à des rapports sexuels sans consentement, non désirés c'est-à-dire à des viols<sup>41</sup>.</p> <p>Certaines femmes sont conscientes de subir des viols et utilisent ce mot, d'autres pas. Certaines pensent que les rapports sexuels violents font partie de ce que les femmes doivent subir dans un mariage.</p> <p>✳ <i>Mon mari me faisait n'importe quoi de sexuel. Je ne trouvais pas ça normal mais je pensais que c'était comme ça dans le mariage. C'est ici que j'ai appris le mot « viol ». Nisrin, Yemen, 20 ans.</i></p> <p>Comme le mariage, la sexualité est aussi l'affaire de tous et toutes. Elle est contrôlée et admise par la communauté uniquement dans les liens du mariage et</p>

	Mutilations génitales féminines	Mariage forcé
		<p>uniquement dans un but reproductif pour la femme, ce qui est renforcé par la pratique de l'excision.</p> <p>Les parents sont garants de la virginité de la jeune fille mariée. L'honneur de la famille repose sur les épaules de la jeune fille qui est élevée dans le but de remplir cette mission.</p> <p>✳ (...) si on te trouve vierge<sup>42</sup>, on fait sortir le pagne blanc avec le sang<sup>43</sup>. Une vieille va venir avec ça<sup>44</sup> et crie que la fille est vierge et tous les gens vont venir voir et chanter pour elle (...). S'il n'y a pas de sang, on sait que tu n'es pas vierge. Si tu n'es pas vierge, là c'est foutu ! C'est la honte et tu n'es plus tranquille dans la famille de ton mari ! Mariama, Guinée Conakry, 27 ans.</p>
La violence comme moyen de contrôle, de répression et de domination.	Si une fille ou une femme n'est pas excisée, elle est exclue de certaines activités ou tâches (préparation des repas, mariage...) car elle est « hors norme », alors elle représente un danger pour la communauté.	<p>Si une femme s'oppose au mariage, elle devient la cible d'agressions par ses pairs et risque l'exclusion sociale, elle est amenée de force dans son « nouveau foyer ».</p> <p>De plus, son comportement d'opposition fait soupçonner une « mauvaise » excision ou une excision incomplète. Elle risque ainsi une réexcision ou une infibulation*.</p>

Éléments communs reliant les pratiques des mutilations génitales féminines et des mariages forcés.

Lutter contre les mutilations sexuelles et d'autres formes d'expression de violences liées au genre doit opérer à partir d'une déconstruction sociale du système patriarcal. Ceci ne signifie pas que l'« ennemi » est l'homme. Les violences de genre sont tellement bien intégrées par tous et toutes les membres d'une communauté, au point que les femmes elles-mêmes contribuent à leurs maintiens. Comme exemple citons l'excision qui est pratiquée la plupart du temps, par des femmes et non des hommes.

C'est le système qui maintient l'inégalité de genre, système qui s'est mis en place au fil de nombreuses années. Lutter pour l'égalité des genres et donc lutter contre les MGF consiste à travailler sur sa déconstruction.

Lutter contre les MGF fait partie de l'amélioration de la santé reproductive et sexuelle des filles et des femmes. Accroître la santé sexuelle et reproductive, c'est inclure la dimension des droits. Les droits sexuels et reproductifs (DSR) sont des normes spécifiques, issues des Droits Humains et appliquées à la sexualité et à la reproduction. Les DSR découlent des droits à la liberté, à l'égalité, au respect de la vie privée, à l'autonomie, à l'intégrité et à la dignité de l'individu-e.

Plusieurs droits sexuels et reproductifs réfèrent à la lutte contre les MGF, par exemple :

- **Le droit à la santé, à la santé reproductive et à la planification familiale.** Ceci implique la prévention de la mortalité maternelle et fœtale. Or, les mutilations sexuelles sont une des causes de cette mortalité : elles rendent les accouchements plus longs, voir impossibles et peuvent provoquer des hémorragies ainsi que davantage d'enfants mort-nés [10].
- **Le droit à la vie, à la liberté et à la sécurité.** L'élimination des MGF est fondamentale car elles peuvent entraîner la mort.
- **Le droit de modifier les coutumes discriminatoires à l'encontre des femmes.** Lutter contre les inégalités entre les femmes et les hommes consiste à tenir compte de l'évolution des coutumes et des traditions. Les raisons qui justifient la pratique de l'infibulation\* à l'époque des pharaons ne peut et ne doit pas valider sa perpétuation de nos jours.

Bien que l'excision soit ancrée dans la culture, elle est avant tout l'expression des violences de genre et une entrave à l'égalité homme/femme. Une mère ne décide pas d'exciser ses filles par sadisme, dans le but de faire violence, mais lui garantit ainsi une place dans la communauté au lieu du rejet. Dans ce cas, la culture arrive à donner un sens à la violence.

# Partie 3

Les conséquences  
psychologiques des  
mutilations génitales  
féminines et des  
mariages forcés



# Troisième Partie

## Les conséquences psychologiques des mutilations génitales féminines et des mariages forcés



« **L**es mutilations génitales ont un impact considérable sur la santé des femmes qui les subissent, tant sur le plan physique que psychologique et sexuel » [11]. Dans cette partie, nous abordons spécifiquement les conséquences d'ordre psychologique. Pour plus d'informations au sujet des conséquences physiques, vous pouvez vous référer à l'ouvrage « Mutilations génitales féminines : Guide à l'usage des professions concernées » [11].

Lorsque la question des conséquences psychologiques est abordée, il est important, comme décrit dans le chapitre précédent, de tenir compte du contexte de vie dans lequel évolue les femmes, afin d'« élargir » notre vision de la personne et de ne pas la réduire aux événements traumatiques qu'elle a vécus. Nous vous invitons à la rencontrer dans sa complexité et sa richesse singulière.

La femme que vous recevez a subi une mutilation, elle **n'est pas** une femme mutilée, comme elle **n'est pas** une femme violée mais a été violée. « Mariage forcé » ou « mutilation génitale » ne constituent pas une identité.

⊙ *Pour moi, une femme excisée, c'est une femme. Qui a vécu quelque chose de spécifique. Mais une femme.* Katinka, co-auteure de l'ouvrage.

L'excision constitue une **violence continue** dans le sens où elle « ouvre » la porte à d'autres violences de genre qui suivront au fil des années. Pour cette raison, lorsqu'il nous est demandé, par exemple, de rédiger une attestation sur la santé mentale d'une femme qui nous consulte, il est difficile voire parfois impossible de

« séparer » les conséquences psychologiques en fonction des événements vécus. Il s'agit de **traumatismes au pluriel**, complexes et répétitifs, survenus, pour certaines, dans un délai de temps très bref et parfois à un jeune âge. Les conséquences des mutilations ne peuvent se lire seules, il faut les relier au contexte de vie global et unique de chaque femme.



(...) *Quand tu es une fille, tu n'as pas le droit d'aller à l'école, tu n'as pas le droit de sortie, tu n'as pas le droit de faire le plaisir<sup>45</sup>. Tu n'as que droit de rester à la maison chez tes parents, sous ses ordres. Moi, précisément mon père, c'était un grand dictateur. J'avais une sœur, elle a eu beaucoup de problèmes. On voulait la donner à un vieux, elle ne voulait pas. Elle a eu tous les problèmes du monde. Moi, j'ai confronté mon père, moi j'ai refusé.*

*Je faisais l'école coranique. Y a eu quelqu'un qui voulait m'épouser, un jeune qui était à l'université. Il m'a dit de changer l'école coranique, de faire le français, que (...) « Si je veux être un Ministre, si je veux présenter ma femme à la télé (...) et elle ne sait pas s'exprimer en français, c'est une honte pour moi ! ». C'est grâce à lui aujourd'hui, si je peux parler [le français]. J'ai dit à mon père et il a refusé et j'ai dit « Je vais aller moi-même m'inscrire. ».*

*Malheureusement, c'était pas lui qui a été mon mari<sup>46</sup>. Je suis désolée pour ça mais je suis reconnaissante quand même. C'est pour quoi faire l'école, c'est très bien. On a eu beaucoup de difficultés mais Hamdoulillah<sup>47</sup>, aujourd'hui, ici, ça va. Nene Galle, Guinée Conakry, 35 ans.*



*Mon premier mariage, j'étais jeune. J'avais accepté et je suis allée rejoindre mon mari au Gabon. Après quelques années, je suis rentrée en Guinée. Il est revenu, je suis encore tombée enceinte, une petite fille (...) qui est décédée d'une excision derrière moi. Quand elle est décédée, mon mari a fait un accident de voiture au Gabon. (...) J'ai fait quatre mois et dix jours de veuvage ; tu vas rester avec les habits blancs. (...) Chez nous, quand ton mari meurt, ce sont ses parents qui récupèrent toutes ses choses<sup>48</sup>. À cause de ça, on m'a proposé encore son grand frère pour que je l'épouse<sup>49</sup>. C'est là où j'ai dit non parce que lui-même<sup>50</sup>, je ne voulais pas et comme maintenant il est décédé, j'ai demandé de me laisser vivre avec mes enfants, de faire mes choix. On m'a frappée, on m'a obligée de me*

*remarier avec lui. Donc à cause de ça, je me suis enfuie pour venir ici.* Assanatou, Guinée Conakry, 23 ans.

Dans cette troisième partie, nous ne voulons pas lister une série d'éléments qui permettraient d'établir un quelconque diagnostic. Nous souhaitons vous permettre d'acquérir une meilleure compréhension des vécus ainsi que des comportements et réactions de certaines femmes concernées par les mutilations sexuelles et/ou le mariage forcé que vous rencontrez et/ou serez amené-e à rencontrer tant au cours d'un travail individuel que collectif.

Mieux saisir ce qu'il se joue pour la femme afin d'adapter en conséquence ses propres réactions et travailler sur ses croyances et ses comportements pour mieux communiquer.

## Chapitre 5. Les conséquences psychologiques des mutilations génitales féminines

---

**L'**Organisation Mondiale de la santé définit les mutilations sexuelles féminines comme « (...) toutes les interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme et toutes autres mutilations de ces organes pratiquées pour des raisons culturelles ou autres et non à des fins thérapeutiques » [12].

Il est possible de différencier les conséquences psychologiques des MGF au même titre qu'on distingue les conséquences physiques immédiates et à long terme. L'impact psychologique immédiat et à court terme détermine le « premier temps » du trauma c'est-à-dire le vécu de l'impact. Le deuxième temps s'exprimera plus tard, de manière différée dans l'expression symptomatologique et parfois de manière chronique.

Les éléments qui suivent font partie des conséquences psychologiques potentielles mais ne se retrouvent pas systématiquement chez toutes les femmes concernées par l'excision.

## Quand l'impact est instantané

### Impact immédiat

Une majorité des jeunes femmes reçues dans nos institutions utilisent le mot « **traumatisme** » quand elles abordent la question de leur excision. Il semblerait qu'au moment de l'acte, les « ingrédients » soient réunis pour qu'un éventuel Syndrome de Stress Post-Traumatique\* (SSPT) puisse se développer à long terme. On parle alors d'état de stress aigu.

**Les femmes se rappellent du jour de leur excision, comme extrêmement épouvantable, effroyable et traumatisant.** Elles décrivent avoir éprouvé un sentiment de peur, d'impuissance, d'horreur et des douleurs sévères. Le caractère brutal lié à l'inattendu, au non-sens, fait également partie de leur récit. Ces observations sont tirées de l'étude de Behrendt et Moritz sur le SSPT\* et les problèmes de mémoires suite à l'excision sur un groupe de femmes sénégalaises [13] ainsi que celle de Kizilhan au sujet des troubles psychologiques de l'excision auprès d'un groupe de femmes iraniennes kurdes excisées [14].

Dans notre pratique, nous entendons les femmes comparer l'excision à une expérience proche de la mort « J'ai vu la mort ce jour-là (...), je voulais mourir ! ». La peur ressentie se rapproche de l'effroi, renforcée par le caractère inattendu, brutal et violent de l'acte, le silence autour des raisons et le manque d'explications qui ne permettent pas d'élaboration\*.



*(...) Pour l'excision, on ne te demande pas, on fait ce qu'on veut ! On te prend et on te dit « Allons manger ! ». Toi tu pars, tu te retrouves avec tes grands-mères. Tu comprends rien. Mariama, Guinée Conakry, 27 ans.*

Certaines femmes décrivent un épisode de **dissociation** appelé aussi **clivage**.



*« Quand on m'a excisée, je n'ai rien senti du tout, je savais qu'on était en train de me couper mais j'étais pas là. ». Fatouma, Djibouti, 33 ans.*

Sandor Ferenczi – psychiatre et psychanalyse hongrois du 19<sup>ème</sup> siècle – décrit le phénomène comme suit : « À partir des obstacles à la réunion des éléments de la personnalité en une unité, on peut peut-être remonter à la manière dont se constitue le clivage lui-même. Au cours d'une torture psychique ou corporelle, on puise la force de supporter la souffrance dans l'espoir que tôt ou tard cela va changer. On maintient donc l'unité de la personnalité. Mais si la quantité et la nature de la souffrance dépassent la force d'intégration de la personne, alors on se rend, on cesse de supporter, cela ne vaut plus la peine de rassembler ces choses douloureuses en une unité, on se fragmente en morceaux. Je ne souffre plus, je cesse même d'exister tout au moins comme Moi global » [15].

« La dissociation implique un clivage de conscience. » affirme Babette Rothschild, thérapeute psychocorporelle et spécialiste du SSPT. « Pendant un évènement traumatique, la victime peut se couper de certains éléments de l'expérience, réduisant ainsi efficacement l'impact de l'évènement » [16]. Le phénomène de dissociation pourrait prendre plusieurs formes : « l'amnésie à différents degrés (...). Une personne peut devenir comme anesthésiée et ne ressentir aucune douleur, une autre se coupe de ses émotions, une autre encore peut perdre conscience ou se sentir comme hors de son corps » [16].

Le terme de dissociation surgit fréquemment dans la littérature touchant l'état de stress post-traumatique ; les personnes traumatisées transforment leurs expériences pour les rendre plus acceptables ou supportables. **Le phénomène de dissociation assure la protection psychique.** Les définitions les plus usuelles de la dissociation en font une compartimentalisation progressive de l'expérience, de l'identité, de la mémoire, de la perception et des fonctions motrices. Les phénomènes dissociatifs sont souvent forts, intenses voire extrêmes. La mémoire semble disparaître pendant tout un temps, les identités se convertissent en leurs contraires apparents et la douleur semble ignorée.

**Ces mêmes réactions de dissociation peuvent se déclencher à nouveau plus tard si la personne perçoit son environnement comme hostile ou dangereux** que ce soit au cours d'un entretien thérapeutique, d'une conversation avec une amie ou d'une interview auprès de l'agent-e traitant du CGRA\* en cas de demande

d'asile, nous le verrons en détail dans la cinquième partie. Ainsi, la femme peut présenter une confusion des sens, un étourdissement sensoriel ou encore des changements corporels tels que des tremblements ou bien une rigidité du corps. Elle peut également sembler détachée ou distante au vue de l'anesthésie émotionnelle ou s'effondrer en pleurant. Aux yeux des autres, ces réactions peuvent apparaître comme inadaptées mais s'expliquent aisément comme nous envisagerons plus loin.

Nous constatons que les femmes identifient parfois ce qui leur arrive et considèrent la dissociation comme un handicap venant entraver leur quotidien. Parfois même, ceci constitue le motif pour consulter un-e thérapeute.

### Impact à court terme



*Une jeune femme éthiopienne me consultait pour des symptômes psychosomatiques. Elle racontait que sa mère l'avait emmenée auprès de l'exciseuse lorsqu'elle avait 20 ans. Sa mère attendait à l'extérieur de la pièce ; les mères n'assistent pas à l'excision de leur fille. Pendant toute la durée de l'infibulation\*, la jeune femme m'explique comment et combien elle a supplié sa mère de venir l'aider. Annalisa, co-auteure de l'ouvrage.*

Non seulement, les jeunes filles ne sont pas « préparées » à être excisées mais en plus, elles doivent gérer le **sentiment de trahison**. Un parent ou un proche qui les accompagne vers le lieu de l'excision, une voisine ou un membre de la famille qui tient le couteau, une mère qui ne s'oppose pas ou qui n'intervient pas pour les sauver... Ce sentiment de trahison se justifie par le fait que ces personnes représentent – pour ces enfants et ces futures adultes – la protection. La situation devient donc paradoxale ; les mêmes personnes qui protègent et veillent aux besoins primaires sont celles qui incarnent la blessure. Ceci explique les conflits de loyauté ainsi que les sentiments ambivalents\* présents dans les récits de certaines femmes.

Lorsqu'on parle de « tabou » autour des MGF, on met le doigt sur ces éléments. On ne met pas de mots sur l'excision vécue et bien souvent, on interdit l'expression des émotions et de la douleur, par des phrases telles que « Si tu commences à pleurer, tu pleureras toute ta vie ! ». **À la violence dans leurs chairs s'ajoute la violence du non-dit autour de l'événement.** D'où l'importance de créer des es-

paces de paroles dans les institutions. En anticipant la quatrième partie sur l'accompagnement thérapeutique des femmes concernées par une MGF et/ou un mariage forcé, l'écoute d'histoires similaires aux leurs leur permet de se sentir moins seules, de se sentir reconnues dans leur vécu et de pouvoir élaborer\* l'histoire singulière qui est la leur.

## Quand l'impact agit avec le temps

Les mutilations sexuelles atteignent différentes sphères de la vie privée, sociale, sexuelle et autre de la petite fille et future femme. Non seulement elles touchent l'intégrité corporelle mais elles peuvent aussi entraver les rapports sociaux futurs.

### Confiance et estime de soi

Comme nous l'avons souligné précédemment, bien que l'excision soit justifiée par la communauté d'appartenance\*, il n'est pas rare d'entendre qu'elle soit vécue comme une trahison par la petite fille/jeune fille ou femme excisée. En effet, l'incompréhension de l'évènement, le non-sens, la brutalité des faits et des pairs mènent certaines jeunes filles à se questionner sur ce qui motive l'excision. Certaines finissent par perdre confiance en leurs pairs et proches, ces mêmes personnes qui incarnaient la protection et la sécurité. À partir de là, il est facile de comprendre les enjeux de l'excision sur le sentiment de sécurité.

Le sentiment de trahison est d'autant plus fort si la jeune fille « cumule » plusieurs évènements de trahison. Le mariage forcé en fait partie, étant souvent le second temps de la trahison. Cette perte de confiance risque de s'étendre à d'autres sphères sociales, par contamination. Ainsi, **la perte de confiance peut s'opérer sur le groupe des hommes, des femmes, des camarades de classe, de la communauté, du pays, voire même du monde.** Evelyne Josse<sup>51</sup> désigne ceci par la perte des « valeurs essentielles de l'existence (la paix, l'altruisme, la solidarité, l'amitié, l'éthique, le prix de la vie...) (...) » lorsqu'elle parle de torture [17]. Il n'est pas rare de constater une estime de soi très basse chez ces femmes qui ne s'explique pas uniquement par le biais de l'excision mais par le contexte de vie particulièrement brutal, humiliant, dévalorisant voire aliénant dans lequel elles baignent.

**Le vécu d'un acte sexuel est d'une part physique mais également psychologique, renvoyant à une construction sociale des relations intimes.** Les codes qui régissent les relations sexuelles entre partenaires sont empreints de la représentation et du rôle attribué à la femme et à l'homme dans la société dans laquelle les individus vivent.

Dans les sociétés traditionnelles, le mode d'affiliation est basé sur la formation d'une famille. Le choix du partenaire est secondaire car il s'agit d'inscrire le couple dans la pérennité. Et pour cela, ce sont des caractéristiques attendues telles qu'être une « bonne épouse », une « bonne mère », qui seront privilégiées.

Les femmes que nous rencontrons migrent dans un pays où les codes de la sexualité et ses représentations sont différents. Les repères qui donnaient sens à leur vécu, statut et rôle, sont bousculés et peuvent être remis en question. Lorsqu'elles migrent, elles apprennent que l'excision n'est pas une coutume partagée mondialement et que la majorité des femmes ne l'a pas subie. Dans le travail de migration qu'elles ont à accomplir, elles vont comparer les deux systèmes de pensées et s'en fabriquer un propre. En ce moment peut apparaître un questionnement sur la sexualité ; certaines représentations au sujet des femmes européennes « complètes » qui auraient toutes pleinement accès à la jouissance, des questions autour du désir, des douleurs ressenties, la question de l'accès au plaisir et celle d'une éventuelle reconstruction clitoridienne.

© *Quand on touche le clitoris d'une femme pas excisée, elle jouit tout de suite. Une femme qui n'est pas excisée a envie de faire l'amour tout le temps ! Dès que tu la touches comme ça<sup>52</sup>, elle est excitée.*  
Aminata, Mali, 32 ans.

Une grande partie des femmes qui nous consultent témoignent d'une absence d'épanouissement sexuel, aussi bien dans les rapports sexuels vécus avec un partenaire en Afrique qu'en Belgique. Elles racontent qu'elles ont peu ou pas de plaisir durant les rapports, peu ou pas de sensibilité, peu ou pas envie de prendre des initiatives.



*Je n'ai pas envie de faire l'amour, je peux faire un an sans chercher l'homme.* Lilli, Bénin, 23 ans.

Une étude visant à explorer l'impact de l'excision auprès de jeunes mariées égyptiennes [18] indique des différences significatives avec le groupe contrôle de jeunes filles mariées non excisées. Les femmes excisées se plaignent davantage de dyspareunie, de perte de libido, d'insatisfaction sexuelle et de difficultés à atteindre l'orgasme.

Les conséquences physiques d'une mutilation sexuelle entraînent des complications qui « techniquement » peuvent perturber la vie sexuelle ; citons entre autres la formation d'abcès, de kystes, de chéloïdes et de neurinomes<sup>53</sup>. De plus, dans la réalité de nos pratiques, les femmes que nous recevons n'ont pas seulement été excisées mais ont également été mariées de force. L'étude citée ci-dessus n'indique pas s'il s'agissait de mariages consentis ou imposés. Cependant, comme nous l'avons déjà précisé, la sexualité placée dans ce contexte précis d'alliances forcées entraîne des viols. Parmi les femmes que nous rencontrons, la plupart ont été mariées de force alors qu'elles étaient mineures et vierges. Elles n'avaient reçu aucune « éducation sexuelle » via des pairs ; elles étaient donc terrorisées quand l'homme auquel elles ont été mariées, souvent beaucoup plus âgé, s'est approché d'elles la « nuit de noces ». Certaines jeunes filles ferment les yeux et serrent les dents en priant que cela aille le plus vite possible et intègre ces violences sexuelles comme faisant partie de leur rôle de femme et donc de la condition féminine. D'autres vont essayer de s'échapper dès cette « nuit de noces » ou dans les jours qui suivent le mariage ; certaines y arrivent, d'autres sont rattrapées, d'autres encore périssent.

Posons-nous la question suivante ; qu'est-ce que la sexualité dans ce genre de contexte ? À quoi est-elle associée ? Comment parler de désir et de plaisir ? Une femme, qu'elle soit excisée ou pas, pourrait-elle éprouver du plaisir dans ce genre de mariage, c'est à dire un mariage précoce ou forcé ?

« La sexualité est que pour les hommes. », disent-elles. L'homme prend l'initiative et est le seul à éprouver du plaisir sexuel. Poussons l'hypothèse plus loin ; ne pas ressentir de sensations même après de longues années de mariage, ne serait-ce pas un mode de défense contre l'agresseur ?

Maintenant, penchons-nous sur la symbolique de l'excision.

L'excision vient blesser le sexe, l'intime, la sexualité et la femme dans son essence. Exciser pour purifier, purifier une partie du corps qu'on dit ne pas être propre. Pourquoi cette partie ne serait-elle pas propre ? **En excisant, le message envoyé pourrait être le suivant : à l'origine, le sexe de la femme n'est pas bon, il est sale. De plus, il n'est pas de l'ordre de l'intime, il appartient à la communauté.** La douleur et la souffrance sont en lien avec le sexe. Si le message est celui-ci, comment pourrait-on imaginer de « l'utiliser » sur un répertoire de l'ordre du plaisir ? Comment investir une partie du corps considérée négativement avec le mot « plaisir » ?

À cela s'ajoutent le poids des mots éducationnels, le contexte de vie, les religions et le tabou qui ne permettent pas l'exploration de la sexualité. « Ne joue pas avec les petits garçons (...), ne mets pas de jupes courtes (...), si tu fais l'amour avant le mariage, je vais le voir ; de l'eau chaude va couler de tes oreilles ! ».

Pourtant, malgré tout, les femmes se posent des questions quant à leur sexualité. Est-ce normal de ne ressentir que des douleurs ? Comment font les autres ? Et lorsqu'elles peuvent échanger avec d'autres femmes qui se disent épanouies sexuellement « Est-ce qu'un jour, moi aussi je vais avoir du plaisir ? ». Des croyances quant à la sexualité circulent parmi elles, des croyances qui peuvent entraver psychiquement la vie sexuelle actuelle.

« Je ne me sens pas une femme (...) je suis une femme incomplète... ». Voilà ce que certaines disent d'elles-mêmes. Dans le cadre de la migration, c'est parfois le partenaire masculin qui ne vient pas forcément d'une communauté qui pratique l'excision qui renvoie cette image. « Qu'est-ce qu'on t'a fait ? Qui t'a fait-ça ? Pourquoi tu ne veux pas qu'on laisse la lumière quand on fait l'amour ? ». Des femmes nous ont confié avoir mis fin à ces relations qui avaient mis à jour leur différence par rapport aux autres femmes. **Il est alors difficile de savoir si l'absence ou la diminution de plaisir est fonctionnelle – clitoris coupé – ou si c'est cette image renvoyée de femme coupée, incomplète qui paralyse et diminue encore plus les femmes à avoir du plaisir.**

Tout se joue comme si le clitoris renfermait la féminité et l'accès à la sexualité. Clitoris coupé, image du corps incomplète, image de soi et de femme amoindrie. Comment être femme, devenir femme, renaître femme même si le sexe a été mutilé ? Et de manière élargie, comment faire la paix avec ce corps où chaque membre semble avoir été maltraité ?

**La qualité des relations affectives influence le vécu des rapports sexuels.** Elles disent avoir besoin d'un homme gentil et respectueux ; respectueux de l'égalité hommes/femmes et respectueux dans ses gestes, tendre. Pour certaines, la sexualité se résume à cela. Pour d'autres, il s'agit de la condition indispensable à leur épanouissement.

D'un autre côté, certaines femmes témoignent avoir une vie sexuelle épanouie. Sakiata est en couple en Belgique depuis maintenant cinq ans. Elle connaît maintenant les positions grâce auxquelles elle ressent davantage de plaisir sexuel. Elle peut en parler à son compagnon. Elle crée et innove constamment. Malgré son infibulation\*, Maondé éprouve du plaisir durant les rapports sexuels avec son mari, le désire et prend des initiatives. **Chacun, chacune et chaque couple possède sa définition de la sexualité.**

La sexualité faisant partie intégrante de la vie de toute femme, bien qu'elle soit dite et pensée « tabou » par un public concerné par l'excision, elle constitue dans la plupart des cas un sujet privilégié qu'il est possible d'aborder lorsque un cadre sécurisant est posé et que la confiance est installée. Nous invitons les professionnel-le-s à encourager des lieux d'échanges à ce sujet.

## Corps et image de soi

L'excision, dans son vécu traumatique, peut également s'exprimer à travers le corps. Ilanh Kizilhan [14] rapporte un taux de manifestations psychomatiques plus élevé dans le groupe de femmes kurdes excisées par rapport au groupe de femmes non excisées.

Le corps est le dénominateur commun des sévices vécus par ces femmes. Il porte les traces ; coups, cicatrices, perte de cheveux, perte de l'ouïe, plaies au niveau du vagin... Les maux du corps sont les premiers à être évoqués en consultations. Ils poussent à consul-

ter : « J'ai mal à la tête, je n'arrive pas à dormir la nuit (...). Je perds mes cheveux (...). Je suis constipée et le docteur me dit de ne plus manger de riz alors qu'au pays je mangeais du riz tous les jours (...). Je ne ressens rien quand je fais l'amour. ». Le corps est le support des traumatismes.

Nous l'avons déjà dit, le corps n'appartient pas aux femmes. Frappées, touchées, bousculées, violées, mutilées, utilisées, déplacées, jetées, piétinées par les autres ; comme le dit Behja Traversac – directrice de la maison d'édition Chèvre feuille<sup>54</sup> – « (...) le corps des femmes est choséifié » [19]. Au même titre qu'un objet, le corps est utilisé dans tout son potentiel jusqu'au jour où il ne fonctionne plus. Un mari répudie son épouse parce qu'elle ne peut pas lui « donner » d'enfants ou parce qu'« elle ne donne » que des filles. Un autre épouse une jeune fille parce que sa première épouse devient trop vieille pour le satisfaire sexuellement. Un troisième meurt et tous ses biens sont transmis aux hommes de sa famille, épouses comprises. Une épouse est répudiée et chassée du foyer par son mari suite à la grossesse hors mariage de leur fille. Une petite fille est excisée une seconde fois parce qu'elle joue trop près des petits garçons...

Jamais ces femmes ne peuvent choisir pour elles et leur corps. Des questions se posent alors...

Quelles émotions, traumatismes et autres sont inscrits dans leurs chairs et comment agissent-ils sur elles aujourd'hui ? Que garde le corps en mémoire quand l'excision a été pratiquée très jeune et quand la femme une fois adulte n'a pas les mots pour dire ce qui s'est passé ? Quel rapport ces femmes ont-elles avec leurs corps ? Quelle conscience ? À qui appartiennent leurs corps aujourd'hui ? Comment peuvent-elles habiter à nouveau leurs corps ? Comment peuvent-elles faire la paix avec leur corps tel qu'il est aujourd'hui ?

**Nous avons en idée que faire la paix avec son sexe passe d'abord par la paix avec son corps, son corps entier** et nous tentons de l'appliquer autant dans l'accompagnement individuel que collectif, comme nous le verrons dans la quatrième partie.

## Syndrome de stress post-traumatique

### *Mutilations génitales féminines et SSPT : études scientifiques*

Le DSM IV [20] cite les mutilations sexuelles comme étant une violation de l'intégrité physique les classant ainsi comme un trauma psychologique et une cause potentielle de syndrome de stress post-traumatique. En effet, ce syndrome est l'un des éléments les plus cités parmi les recherches menées sur les conséquences psychologiques de l'excision. Il se décrit comme une réaction psychologique à un événement potentiellement traumatique, situation souvent caractérisée par le risque d'atteinte à l'intégrité physique.

Parmi les symptômes, nous pouvons citer les **flash-backs** c'est-à-dire la répétition de l'événement traumatique sous forme de cauchemars ou de pensées fréquentes et incontrôlables, en période d'éveil ou de sommeil. Plus de trois quarts des femmes participantes à l'étude de Kizilhan [14] en témoignent et présentent des images de ce genre au moment même de l'interview. **On compte également une détresse psychologique ainsi de l'hypervigilance, de l'agitation, des angoisses, des troubles du sommeil et des phobies** ayant des répercussions sur le quotidien.



*Une jeune femme malienne se rend dans un planning familial, elle est accompagnée de sa grande sœur. Lorsque, en entrant dans la salle d'attente, elle voit sur le mur l'affiche d'une campagne nationale contre les MGF sur laquelle sont dessinés des instruments utilisés lors de l'excision, elle se pétrifie ; les pupilles dilatées, elle commence à trembler. Elle n'entend plus rien et semble complètement ailleurs. Elle dira, par la suite, avoir eu peur qu'on l'excise une seconde fois. Annalisa, co-auteure de l'ouvrage.*

La vision d'une lame, le bruit d'une paire de ciseaux, l'odeur d'un parfum, un certain type de toucher, le goût d'une boisson... sont autant d'informations sensorielles qui font écho de près ou de loin au souvenir traumatique d'une excision et sont susceptibles de le réactiver à tout moment de la vie d'une femme. Ce phénomène est accompagné d'une série de manifestations physiques telle que l'augmentation de la fréquence cardiaque, de la sudation, de la respiration... **Un mécanisme d'évitement** se mettra en place afin d'éviter à la personne concernée d'être réexposée à des stimuli lui rappelant l'évènement traumatisant. La personne souffrant d'un

SSPT\* peut également devenir moins réactive au monde extérieur et fournir des efforts importants pour éviter d'être confrontée à des aspects ou situations qu'elle associe à l'événement traumatisant.

Les études de Behrendt et Moritz [13] sur un groupe de femmes sénégalaises et ensuite celle de Kizilhan [14] parmi la population féminine kurde du nord de l'Irak convergent dans ce sens en mesurant un taux de SSPT\* de 30% parmi le premier groupe et de 44,3% parmi le second. Les auteurs comparent ces chiffres au taux de SSPT\* observé dans le cas d'abus sexuels infantiles. Les deux études s'accordent à dire que l'élément « culturel » ou « ethnique » des mutilations n'est pas un facteur protecteur face à l'apparition d'un SSPT\* ou d'autres syndromes d'ordre psychiatrique.

De plus, toutes les études ont observé des **dysfonctionnements de la mémoire déclarative** c'est-à-dire cette mémoire qui nous permet de récupérer consciemment des informations stockées pour ensuite les exprimer par le langage. Ce qui explique que certaines femmes ont très peu de souvenir de leur excision.

Il est important dans nos pratiques de pouvoir tenir compte de ces réactions afin de ne pas interpréter à tort un comportement et de mettre en place un accompagnement adapté. Les femmes qui ont fui leur pays et ce genre de persécutions ressentent de l'insécurité même en terre d'asile, ce qui empêche l'investissement et la projection dans un avenir à plus long terme...

### *Neurosciences*

Le psychotraumatisme a un impact fonctionnel et structural sur le cerveau. Fonctionnel car certaines aires cérébrales vont fonctionner différemment, soit trop, soit trop peu et structural car certaines zones vont diminuer de volume et d'autres augmenter.

Les zones touchées sont celles plus primitives du cerveau reptilien, mais également du cerveau émotionnel limbique et du cortex préfrontal [21]. Voyons de plus près les fonctions de ces trois zones. À ce propos, vous trouverez un schéma du cerveau dans les annexes.

Il faut savoir que le **cortex préfrontal** – comprenant le cortex préfrontal médian et ventromédian – est essentiel pour assurer une pleine conscience, un sentiment de soi, une représentation de soi et

contribue aux relations à l'autre notamment par l'empathie et le décodage des mimiques faciales. Le **cerveau limbique** est, quant à lui, le siège principal des comportements émotionnels en lien étroit avec les amygdales cérébrales et les hippocampes. Les premières attribuent des émotions positives ou négatives aux perceptions – la peur, par exemple – et les secondes jouent un rôle important dans l'encodage et la mémorisation des souvenirs. Le **cerveau reptilien** – et particulièrement le tronc cérébral – assure des fonctions vitales, intervient dans les comportements instinctuels nécessaires à la survie et notamment dans le système de défense de base ; fuir, combattre ou s'immobiliser.

En temps normal, quand survient un événement traumatique supportable, la régulation émotionnelle soumet les zones les plus primitives du cerveau – c'est à dire les cerveaux limbique et reptilien – aux zones corticales les plus évoluées, ce qui veut dire que le cortex préfrontal régule les amygdales cérébrales et le tronc cérébral. Cependant, plus une expérience traumatisante submerge la personne, plus les parties primitives du cerveau prennent de l'importance. Au lieu d'avoir l'amygdale qui stimule l'hippocampe pour stocker un souvenir précis avec une coloration émotionnelle, le trauma hyperactive l'amygdale comme centre de la peur et celle-ci inhibe l'hippocampe. **Le souvenir reste piégé dans l'amygdale et ne peut être ni traité ni stocké par l'hippocampe.** Il ne pourra donc pas devenir un souvenir autobiographique qui se raconte et dont la charge émotive se modifie avec le temps. On observera une hypermnésie des aspects émotionnels de l'événement traumatique mais des difficultés pour se souvenir des détails de cet événement.

Nous abordons déjà ici la raison pour laquelle il est si difficile voire impossible pour une femme présentant un syndrome de stress post-traumatique\*, de raconter son excision ou bien les viols qu'elle a subis alors qu'elle avait été mariée de force par exemple, en restituant l'exactitude des faits lors d'une audition au CGRA\* en cas de demande d'asile. Le sujet sera davantage développé dans la dernière partie de l'ouvrage.

De plus, il est possible de relier certains symptômes du SSPT\* à des zones précises du cerveau. Ainsi, le symptôme d'évitement et l'altération de la conscience de soi sont reliés au cortex préfrontal, la répétition au cerveau émotionnel et l'hyperactivité neurovégétative au tronc cérébral.

## Maternité, grossesse et accouchement

### *Les enjeux de la grossesse dans le parcours migratoire*

Comme le souligne Toby Nathan, ethnopsychiatre « Le vécu de violences pré-migratoires et le départ précipité et non préparé loin de chez soi sont aggravés par la perte de la possibilité de retour au pays d'origine. L'exil entraîne la désaffiliation\*, la déculturation\* et la dé-liaison à la fois en termes de liens familiaux et sociaux, mais affecte aussi la capacité interne à faire des liens entre les différents événements et moments de sa vie. L'individu dénoyauté de son contenant culturel et social présente une sorte d'« hémorragie du Moi » qui n'a plus de membrane symbolique pour le rassembler, pour se penser et penser sa vie » [22]. Qui plus est, la grossesse est un moment tout à fait particulier dans la vie d'une femme. Il est lieu de différents changements : physiques, émotionnels et statutaires.

Ces femmes « déliées » de leurs pairs féminins et de leurs mères, se retrouvent isolées durant cette période sensible. Elles ont peu voire pas de possibilités d'identification qui permettrait un soutien, une compréhension de ces différents changements, en particulier les changements physiques.

Les femmes migrantes qui quittent leur pays pour survivre, se retrouvent malgré elles à mener un travail d'acculturation. Elles doivent apprendre et comprendre les nouveaux codes du pays d'adoption et trouver le ou les moyens de les intégrer dans leur mode de fonctionnement. Elles sont en perte de repères et amenées à en trouver de nouveaux.

Ce qui pose la question de la transmission ; quelle histoire de soi transmettre alors qu'elle est en train de se définir ? Comment parler à ses (futurs) enfants de son pays d'origine ? Comment nommer les raisons qui les ont poussées à la fuite ? Comment expliquer le parcours de la fuite ? Comment expliquer le manque de soutien des personnes référentes au pays ? Comment transmettre une histoire qui est en élaboration ? Quid des valeurs, elles-mêmes remises en question ?

En tant qu'intervenante, la notion de valeurs est importante à questionner. Ces femmes peuvent se retrouver dans une situation contradictoire ; à savoir elles-mêmes sensibilisées aux conséquences

néfastes de l'excision et ne pas vouloir reproduire ce schéma avec leurs propres enfants ou bien vouloir en quelque sorte inscrire leur progéniture dans leur même lignée c'est-à-dire une transmission des valeurs sur un mode identitaire, en procédant alors à l'excision de leurs filles.

**La perte de repères identificateurs est source de souffrance. Trouver des amies mères, des personnes plus âgées pouvant partager leurs valeurs est rassurant.** À la naissance, elles devront gérer seules les premiers soins au bébé alors que dans leurs pays, elles auraient reçu l'aide de toute la communauté des femmes. En Belgique, elles portent un rôle éducationnel et une responsabilité parentale non partagés contrairement au pays. Des ateliers de préparation à la naissance ou des lieux de rencontres pour (futures) mamans peuvent servir de support et de soutien.

D'où l'importance d'un accompagnement autre que médical durant la période de la grossesse, que ce soit par des accueils psycho-sociaux ou par des ateliers consacrés à la naissance<sup>o</sup>. Ces moments permettront de donner la parole aux femmes, d'aborder les questions des traditions et de la transmission des valeurs mais également d'aborder les angoisses autour de la grossesse et de donner la possibilité de redevenir actrice de sa grossesse. Ces ateliers ont d'autant plus de sens que ces femmes demandeuses d'asile et nouvellement arrivées en Belgique connaissent mal, voire pas du tout le système de santé européen.

Certaines n'ont jamais eu de consultation avec un-e gynécologue et ont peur de la première consultation, des instruments et des équipements utilisés (spéculum, écouvillon pour prendre des prélèvements, échographie...). Il existe aussi beaucoup de rumeurs, par exemple, sur la péridurale qui serait « une grosse aiguille qu'on enfonce dans le dos et qui te rend handicapée ». Les consultations chez le-la gynécologue sont avant tout centrées sur les aspects médicaux du suivi et moins sur le bien-être psychologique des futures mamans, les consultations sont courtes et la méconnaissance de la langue ne permet pas toujours le dialogue. Certaines structures instaurent la prise en charge de ces différents aspects comme, par exemple, la consultation obstétricale « doublée » par une intervenante psychosociale ou la consultation ONE dans certains hôpitaux.

Si beaucoup de femmes ont migré sans leur conjoint ou si la grossesse est souvent le résultat d'un mariage forcé ou d'une violence sexuelle, certaines femmes vivent en Belgique avec leurs compagnons. Dans ce cas, il est important d'intégrer les futurs pères dans ce travail. C'est ce qui se fait au CHU La Citadelle° à Liège.

### *Travailler avec le corps médical*



« En Afrique, on a pitié des femmes enceintes (...), on dit qu'une femme qui accouche a un pied dans ce monde et un pied dans l'autre. ». Lucia, Côte d'Ivoire, 31 ans.

### **De manière générale, la grossesse et ensuite l'accouchement sont des périodes à risque pour la santé mentale et physique des femmes.**

Si toutes les femmes connaissent dans leur entourage une fille ou femme morte lors d'une excision, il en est de même pour les accouchements. L'accouchement est appréhendé ; les femmes connaissent les possibilités de complications et de déchirures, c'est le mot qu'elles utilisent. Si elles accouchent au pays, les femmes infibulées savent que le médecin ou la sage-femme les réinfibulera par la suite.

Pour certaines, les premiers accouchements laissent une marque traumatique autant au niveau physique que psychique, susceptible de se réveiller lors d'accouchements ultérieurs. Ainsi, il nous semble important de permettre l'expression de la parole autour de cette période même s'il ne s'agit pas de la première grossesse. La communication avec le-la gynécologue et le-la sage-femme est primordiale. Or, il existe des peurs des deux côtés ; la femme enceinte excisée craint ou a honte d'aborder la question de l'excision avec son-sa médecin et certain-e-s médecins ne savent pas comment aborder cette question en consultation.

Préparer l'accouchement ensemble permet également de présenter la possibilité de la péridurale, qu'elles ne connaissent pas toutes, ainsi que de l'épisiotomie, en cas de besoin. Comme pour la sexualité, elles idéalisent souvent l'accouchement des femmes non excisées : « Seule une femme excisée se déchire pendant l'accouchement (...). L'accouchement pour une femme non excisée, c'est facile. ». Elles ne savent pas que l'épisiotomie peut aussi être

pratiquée chez des femmes non excisées. Une épisiotomie, la cicatrisation, les douleurs au moment même ou ultérieures peuvent clairement réveiller le souvenir de l'excision ; le risque est moindre si la situation a été anticipée et si la femme est soutenue et accompagnée autour de cette période autant par les services psycho-médico-sociaux que par son réseau social.

Il est important qu'elles puissent à la fois se sentir à l'aise dans l'environnement technique des salles de naissance des maternités belges et qu'elles puissent aussi défendre leurs droits et poser des questions à leur médecin sur certains actes qui ne sont pas obligatoires pour les femmes excisées.

Ainsi toutes les femmes infibulées ne doivent pas forcément avoir une césarienne, la technique de désinfibulation permet une naissance par voie vaginale. La non maîtrise d'une des langues nationales belges ne favorise pas toujours ce dialogue nécessaire et plusieurs femmes reviennent nous voir après leurs accouchements sans avoir d'explications sur des gestes techniques posés.

## Exclusion sociale

Alors que les MFG visent, entre-autres, une intégration et une reconnaissance communautaire, paradoxalement, lorsque l'excision présente des complications médicales, elle induit l'effet inverse et contribue à la **marginalisation** de la femme.

Parmi les conséquences médicales des mutilations sexuelles entraînant l'exclusion sociale, citons l'incontinence et la stérilité.

En cas d'incontinence, la jeune femme arrive difficilement à retenir les urines voire les selles. Sa vie sociale en pâtit et on se moquera d'elle en lui disant qu'elle sent mauvais et qu'elle n'est pas normale. L'incontinence peut survenir suite à une blessure des tissus adjacents lors de l'excision (méat urinaire touché lorsque la petite fille se débat), à une infibulation\* très serrée qui entraîne une rétention des urines avec une distension de la vessie en permanence ou un accouchement difficile.

La stérilité chez une femme excisée peut survenir soit parce que l'excision a causé une infection ascendante touchant l'appareil repro-

ductif soit parce qu'aucun rapport sexuel complet n'a pu être possible à cause d'une infibulation\* très serrée [23] et [24]. La stérilité remet en question l'identité de femme, dans le sens de « femme – mère de ». Au sein d'une communauté, une femme ne pouvant pas avoir d'enfants n'est pas une femme, c'est une honte.



(...) *Mon rêve, c'était d'avoir un bébé parce que là-bas<sup>55</sup> si tu n'as pas d'enfants, si tu es mariée (...), on dit « pokouri<sup>56</sup> » en mooré<sup>57</sup> « celle qui ne peut pas avoir d'enfants ». Nene Anna, Burkina Faso, 32 ans.*

Le mariage lui apporte un statut supérieur à celui de célibataire, donner la vie constitue l'étape supérieure et augmente la reconnaissance communautaire. Les récits nous apprennent que la stérilité entraîne le rejet de la part de la communauté, parfois même du mari, qui peut épouser une deuxième femme. La femme qui n'a pas d'enfants ne peut pas espérer se remarier et la stérilité lui sera attribuée alors que l'homme sera rarement mis en cause dans ses capacités reproductives et sexuelles.

Dans ces deux cas de figure, l'excision ne sera jamais remise en cause. Stérilité et incontinence sont de l'ordre de la responsabilité de la femme. On dira d'elle qu'elle est maudite, qu'elle a dû faire quelque chose pour le mériter, qu'elle est une sorcière. Les liens de cause à effet entre MGF et conséquences médicales ne sont que rarement conscientisés. Cependant, lorsqu'ils le sont ou lorsqu'on arrive à démontrer ces liens, ils contribuent à l'abandon de la pratique.

## Choc culturel



*Je suis une femme excisée. Je ne suis pas normale. Khadiatou, Guinée Conakry, 26 ans.*

« Normale » est un mot utilisé de manière très banale autant par les femmes elles-mêmes que les professionnel-le-s et qui pourtant est lourd de sens.

Qu'est-ce qui est normal, qu'est-ce qui ne l'est pas ? Où est la norme en fonction de qui, quoi, comment, où et quand ?



Dans notre quartier y avait une fille. Elle était née au Zaïre. Elle n'était pas excisée, c'était une malinké<sup>58</sup>. Cette fille-là, on parlait d'elle, on disait « Celle-là, si tu la vois, si elle voit des hommes, elle est excitée! ». On se demande pourquoi « Parce qu'elle n'est pas excisée ! Eh, ça c'est pas bon hein, il faut exciser les enfants (...). Hamdoulillah<sup>59</sup>, moi aussi je suis excisée ! ». On l'a beaucoup critiquée ! C'est quand je me suis mariée, j'ai compris que l'excision c'est pas bon. J'ai pas d'enfants mais si j'ai une fille, je vais pas l'exciser. Les enfants de mes frères, ceux qui acceptent, je vais leur dire de ne pas le faire. Peut-être c'est ce qui a fait que je n'ai pas d'enfants. J'ai fait onze ans de mariage et j'ai pas fait d'enfants. Nene Galle, Guinée Conakry, 35 ans.

L'excision est la norme dans les pays où se pratiquent les MGF. Les filles non excisées sont celles qui sont « différentes ». Parmi les femmes que nous rencontrons, certaines découvrent en Belgique que toutes les femmes au monde ne sont pas excisées. **C'est parfois l'étonnement de découvrir qu'être mutilée n'est pas la condition obligatoire pour être une femme. La confrontation avec le monde occidental leur révèle parfois violemment qu'elles ne font plus partie de la norme.** Elles peuvent remettre en question leur identité de femme et en perdre leurs valeurs identitaires et communautaires. Dans un même temps, elles prennent conscience des conséquences néfastes de cette pratique traditionnelle du point de vue de leur santé autant physique que psychique. Il semblerait que de se retrouver « hors communauté » nourrisse un questionnement et un positionnement individualisé sur les valeurs et les pratiques communautaires telles que l'excision.

Parfois, la brutalité de cette prise de conscience peut s'accompagner d'un retour du refoulé du traumatisme de l'excision. C'est ce qu'on appelait en début de chapitre, le second temps du traumatisme, causé par un élément déclencheur. « C'est comme si j'étais excisée une seconde fois. ». Pour cette raison, nous n'utilisons donc jamais le terme « normale » dans nos pratiques.

## Chapitre 6. Les conséquences psychologiques des mariages forcés

---

**D**ans ce chapitre – comme nous l’avons précédemment annoncé – par mariage forcé, nous entendons un mariage sous la contrainte qui a eu lieu dans le pays d’origine. Notre expérience concerne les femmes originaires des pays où se pratique l’excision<sup>60</sup>. Dans cet ouvrage, nous parlons de notre pratique avec des femmes victimes de mariage forcé mais il ne faut pas oublier que les hommes également subissent ce genre de tradition. Les femmes que nous recevons en consultation ont soit été mariées avant de réussir à prendre la fuite soit ont pris la fuite avant que le mariage ne soit célébré voire « consommé ».

« Par force, violences, viols » constituent autant de termes utilisés dans les témoignages de femmes contraintes au mariage. Elles associent ce type de mariage et le quotidien que celui-ci entraîne, à de la violence. Un mariage forcé entraîne en effet des conséquences tant au niveau de la santé mentale ou physique qu’au niveau de la sphère sociale.

Dans ce chapitre, nous avons choisi de distinguer les conséquences psychologiques en fonction des différents **moments** et des différents **temps** du mariage. Par « moments », nous entendons les étapes d’un mariage forcé que nous avons identifiées et par « temps », les années en fonction de l’âge de la mariée et de la durée du mariage.

### Les différents moments du mariage

#### L’annonce du mariage : chantage et ambivalence

Généralement, le père de famille décide de « donner » en mariage ses filles. Il décide du moment c’est-à-dire des âges de ses enfants et du futur mari. Il peut également choisir un foyer polygame. Dès leur jeune âge, les enfants sont témoins de cette pratique dans leur famille. Elles grandissent dans ces « fêtes » et comprennent très vite ce qui les attend.



*Moi, je suis djakanké<sup>61</sup>. Chez moi, dès que tu as 7 ans, tu comprends les choses. Tu vois ce que les parents font à tes sœurs ou à tes frères (...) et quand tu vois ça, tu te dis « Ah, moi aussi, c'est ce qu'on va me faire. ». Tu sais déjà même si tu ne sais pas tout. Tiguidanké, Guinée Conakry, 33 ans.*

Bien que « prévenues », l'annonce du mariage reste une surprise voire un choc pour les jeunes filles. En cas de discussion, d'opposition verbale voire physique, de fugue ou de défense, la communauté élargie met en place un système de pression et de chantage au moyen de violences psychologiques et/ou physiques. Citons comme exemple Fatimata qui s'enfuit après l'annonce du mariage. Ses grands frères la retrouvent auprès de son petit ami, la menacent avec une arme à feu et la battent jusqu'à ce qu'elle perde connaissance. Elle est alors reconduite auprès du « mari » alors qu'elle est inconsciente.



*On te donne le mariage même si c'est un vieux qui n'arrive pas à se lever, tu es obligée d'accepter ! Mes sœurs sont là-bas, elles sont mariées obligées de rester. Maintenant, je sais que ma mère a mille problèmes ; ils vont dire que c'est elle qui m'a envoyée ici.*

*J'ai demandé à une femme qui venait ici de demander à son fils qui vit au pays de me dire où est ma mère maintenant. Il a dit que ma maman est chassée. Quand le papa décide le mariage et tu ne veux pas, on fait sortir ta maman du foyer (...) ! Ils pensent que mon frère sait où je suis, ils l'ont parlé mal. Ma fille a eu un mois le 15 septembre et quand le fils de mon amie a été demander où était ma mère, mon frère a eu des problèmes et il est mort le 15 septembre. Nene Anna, Burkina Faso, 32 ans.*

La mère de Nene Anna a été chassée de la maison par son mari, suite à l'opposition de sa fille au mariage. Sa mère n'a aujourd'hui aucun endroit où vivre, aucun revenu et plus aucun droit sur ses enfants qui sont resté-e-s vivre avec leur père, à qui ils appartiennent, culturellement. La responsabilité du bien-être et de la sécurité de la mère repose entre les mains de la fille et donc de la future mariée. Il est aisé de comprendre le sentiment de culpabilité de la jeune fille, en cas de refus du mariage ou de fugue.

**C'est là toute la question de la loyauté qui met à mal les liens familiaux et les systèmes d'appartenance\***. Comment rester « fille de » en respectant l'éducation reçue par ses parents et la place que la communauté nous donne alors qu'on ne veut pas d'un mariage souhaité et organisé par ces mêmes personnes ? Où se termine la communauté et commence l'individu-e ? Cette même loyauté maintient la famille dans la reproduction d'un même fonctionnement – dans ce cas, d'une pratique de mariage forcé – sur plusieurs générations. Naît alors **l'ambivalence\*** ; refuser le mariage ou l'accepter pour continuer à appartenir à la communauté ? Ainsi, la jeune fille « accepte » par un oui ou une absence de refus ce qui donne l'illusion d'une décision consentie.



*Mon père m'a traitée comme un animal, je ne pensais pas qu'il est capable de faire ça. Je me demande si je suis réellement sa fille (...) sinon, pourquoi il allait me faire souffrir comme ça ?* Khadia, Sénégal, 18 ans.

Cette ambivalence et cette loyauté atteignent leur apogée lorsque les jeunes femmes arrivent à reconstruire leur vie tant bien que mal en Belgique et reprennent contact avec leur famille en allant même jusqu'à leur venir en aide financièrement.

S'opposer, c'est défier l'autorité paternelle et ainsi remettre en question le système patriarcal qui maintient les inégalités de genre.

C'est aller à contre courant du rôle attendu par la jeune fille ainsi que les attentes familiales et communautaires. Si la jeune fille s'oppose à la communauté, où est donc sa nouvelle place ? Il peut en résulter un sentiment d'abandon et de solitude pouvant mettre en question l'appartenance\* à une famille, à un groupe.



*« Les parents aiment leurs enfants plus que tout au monde, pas pour moi. ».* Khadiyatou, Sierra Leone, 20 ans.

La jeune fille accumule également cette double trahison ; excision, comme nous le disions précédemment, et mariage forcé. Le monde lui apparaît réellement imprévisible et peu sûr. Trahie par ses figures de référence, ses repères sont mis à mal. Si elle se réfugie auprès de ses parents suite aux violences conjugales, elle est à nouveau reconduite auprès du « mari », ce qui exacerbe son vécu d'insécurité

et sa perte de confiance envers ses parents, ses proches et de manière étendue, envers toute personne. Certaines femmes connaissent des ami-e-s chez qui elles peuvent se reposer de temps en temps, d'autres optent pour la voie du suicide, d'autres encore, résistent.

### La vie dans le « nouveau foyer »

La femme mariée quitte le foyer parental pour rejoindre le foyer conjugal ; c'est le passage du **contrôle parental** au **contrôle marital**. De nouvelles formes de violence peuvent apparaître.

Les violences conjugales se définissent par « (...) un ensemble de comportements, d'actes, d'attitudes de l'un des partenaires ou ex-partenaires qui vise à contrôler et dominer l'autre. Elles comprennent les agressions, les menaces ou les contraintes verbales, physiques, sexuelles, économiques, répétées ou amenées à se répéter portant atteinte à l'intégrité de l'autre et même à son intégration socioprofessionnelle. Ces violences affectent non seulement la victime, mais également les autres membres de la famille, parmi lesquels les enfants. Elles constituent une forme de violence intrafamiliale (...) » [25].

En nous appuyant sur le récit des femmes, envisageons maintenant les différentes formes de violences.

#### *Violences verbales et psychologiques*

Parmi elles, les plus courantes sont les cris, les menaces, les injures, l'humiliation, l'interdiction de parler, de pleurer, l'obligation de s'agenouiller devant « le mari » en baissant les yeux, la dévalorisation et le mépris. Il se peut également que les violences verbales et psychologiques s'expriment sous forme de privation de liberté avec un arrêt du parcours scolaire, de réclusion forcée à la maison, d'isolement social vis-à-vis des ami-e-s voire de la famille, de contrôles permanent des faits et gestes, d'obligations de se voiler ou de porter la burqa, d'esclavage domestique...

#### *Violences physiques*

La violence physique contribue à la brisure de l'identité ; elle est utilisée afin de soumettre physiquement la femme aux règles du « nou-

veau foyer » et aux désirs de ses membres. Au-delà des bousculades, des coups, des tirages de cheveux et autres, se dressent également une atteinte spécifique à la vie de la femme par des étranglements, des brûlures, des coups à l'arme blanche... L'histoire se lit sur le corps : cicatrices, marques de coups ou de brûlures et os déboîtés ou fracturés. Ceci peut amener des conséquences physiques à long terme tel que des problèmes d'audition, un boîtement ou autre.

L'enquête démographique de santé et à indicateurs multiples de la Guinée Conakry de 2012 [8] indique que la violence domestique – telle qu'ils l'appellent – fait partie de la vie courante. 92% des femmes pensent qu'il est justifié qu'un homme batte sa femme et deux hommes sur trois partagent cette opinion pour les raisons suivantes : brûler le repas, refuser les rapports sexuels au sein du mariage, négliger les enfants, argumenter avec son mari et sortir sans son accord.

La dimension culturelle prend ici une place importante dans le sens où non seulement violences verbales, psychologiques et physiques sont appliquées par « le mari » mais également – si présentes – par les coépouses de la « nouvelle mariée » ainsi que sa belle famille. La « dernière arrivée » recevant toutes les « faveurs », le « mari » délaisse ses autres femmes causant jalousie parmi elles.

En tant que violence physique, classables dans les violences sexuelles, nous pouvons également citer la pratique de la réexcision. Bien que peu connue et démentie par les instances d'asile, cette pratique est une réalité parmi les femmes déjà excisées. **La réexcision consiste à pratiquer une seconde excision.** Dans ce contexte de mariage forcée, elle peut être pratiquée sous l'ordre du mari qui considère que sa femme n'est pas assez excisée ; une femme qui présenterait une mutilation génitale de type I, par exemple<sup>62</sup>. Elle peut être également demandée par le mari dans le but de « calmer » sa femme parce qu'elle s'enfuit du foyer ou s'oppose et se débat lorsqu'il veut avoir des relations sexuelles avec elle ou encore en cas de lévirat\* pour qu'elle soit « purifier » à nouveau. Bien entendu, ces raisons ne sont pas exhaustives.

## *Violences économiques et matérielles*

En théorie, dans un foyer polygame, l'homme subvient aux besoins matériels de ses différentes épouses. La pratique montre que souvent, ce n'est pas le cas. Les femmes doivent trouver des moyens alternatifs – tenir un petit commerce par exemple – afin d'assurer leur survie et celle des enfants. Leur condition économique est donc souvent précaire.

## *Violences sexuelles*

**Les violences sexuelles sont justifiées par les liens du mariage. « Tu es ma femme, on doit avoir des rapports sexuels ensemble ».**

Les conséquences psychologiques relatives aux violences sexuelles dans ce type de mariage s'apparentent au traumatisme des femmes violées ; sentiment d'être salie voire détruite « à l'intérieur », reviviscence des scènes de violence sous forme de cauchemars, à ceci près que dans le cas des femmes que nous rencontrons, l'agresseur est légitimé socialement. Les femmes le disent elles-mêmes « Quand je refusais d'avoir des rapports<sup>63</sup>, il me battait ! ». Certaines relatent également avoir été droguées afin d'être plus facilement maîtrisées physiquement. D'autres décrivent différents types de sévices sexuels faisant appel à la « fantaisie » du « mari ».

La réalité est que les enfants et les grossesses portées par ces femmes sont majoritairement le résultat d'un viol. Qui dit mariage forcé dit viols et donc grossesses forcées. Elles « acceptent » la grossesse, « Je suis obligée d'accepter le bébé. ». Certaines au nom de leur religion, quelle qu'elle soit, refusant l'avortement. En Belgique, des sentiments ambivalents sont présents par rapport à ces grossesses et ces enfants mais rarement exprimés. Elles se justifient ; elles ont réussi à avoir leur vie sauve en quittant leur foyer, elles ne peuvent donc pas faire de mal à un être innocent.

Nous entendons au cours des consultations que **certaines perdent tout attrait pour la vie sexuelle**. « Je vis désormais uniquement pour mes enfants. ». De manière générale, elles gardent une méfiance face aux hommes et il leur faudra du temps pour arriver à reconstruire une relation de confiance ; certaines ne supportent plus le regard des hommes, d'autres sont prises de panique à leur côté « Comment vais-je pouvoir créer une famille si je garde une telle

peur des hommes ? ». De plus, ces viols peuvent réactiver la scène traumatique de l'excision et réveiller les affects qui y sont associés.

Elles aspirent à ne plus être un objet pour un homme et pouvoir écouter leurs besoins.

## Les différents temps du mariage

### Quand le mariage concerne des enfants

On les appelle les mariages précoces, dans le sens où l'un des deux partenaires n'a pas l'âge légal pour se marier, en fonction des lois du pays dans lequel il-elle réside. Cet âge tourne généralement autour des 18 ans. Ces « femmes - enfants » passent de l'autorité du père à celle d'un « mari ». On attend d'elles une conformité au rôle traditionnel d'épouse qui comporte différentes facettes ; gérer les tâches ménagères et domestiques, avoir des relations sexuelles, porter des enfants, accoucher... Alors que leur corps physique et leur « corps » mental n'ont pas encore la maturité.

« La privation de l'adolescence, les rapports sexuels forcés et le déni de la liberté et du développement individuel qui accompagnent le mariage précoce, ont une forte incidence psycho-sociale et émotionnelle » [26]. En dehors des conséquences désastreuses au niveau psychologique, citons également la répercussion sur la santé de l'enfant, sur la procréation et le déni des droits sexuels et reproductifs. Les grossesses prématurées entraînent des taux de mortalité maternelle et infantile très élevés. S'ajoutent également à cela, les violences physiques, psychologiques et autres dont nous venons de parler. De plus, les mariages précoces sont souvent synonymes de déni éducationnel, menant les enfants à interrompre leur scolarité.



*Quand j'étais petite, j'avais voulu étudier, faire de longues études et être sage-femme, chez nous on dit ça accoucheuse. Je n'ai pas eu cette chance d'aller loin à l'école, j'ai fait la sixième primaire. J'ai trouvé ça injuste. Sinon, quand je vois les femmes en blouse, quand je vois dans les hôpitaux, ça me plaît beaucoup (...). Quand j'ai quitté l'école, j'ai ressenti une douleur parce que c'est par là que tu dois passer pour réussir et sans un niveau tu ne peux pas aller loin. Tu peux étudier mais à un certain âge, c'est un peu difficile. Je voyais mes rêves dans l'eau. (...) Sans tes diplômes, tu ne peux rien faire. C'était mes rêves quand j'étais enfant. Nathalie, Burkina Faso, 26 ans.*

## Quand le mariage dure

**Ces différentes formes de violence influencent bien entendu la santé mentale et l'identité même de la femme.** Dans nos pratiques, nous rencontrons des identités brisées, ruinées, accompagnées d'une estime de soi particulièrement faible voire inexistante. La femme se retrouve sans plus aucune valeur pour elle-même, soumise, conditionnée et façonnée tel que le « nouveau foyer » le désirait. Peuvent apparaître des symptômes dépressifs, somatiques, d'état de stress post-traumatique, de dissociation et autres.



*J'ai une sœur, nous sommes de même père<sup>64</sup>. C'est une cousine. On l'a forcée au mariage, un Elaj<sup>65</sup> qui avait deux femmes. Elle n'était pas heureuse. Elle n'a pas voulu avoir d'enfant. Maintenant la famille la détestait, elle avait un peu d'âge pour se marier, (...) elle avait 28 ans. Chez nous, on te marie à 14, 16 ans mais à 28, on te dit que tu es une vieille. Elle a décidé de se suicider ; elle a pris l'acide et elle est morte. (...) On a voulu me forcer encore parce que je ne voulais pas me marier avec mon cousin. Je n'ai pas accepté du tout, quand même ça s'est arrangé avec la famille mais on m'a donné encore un autre que je ne connaissais pas et j'ai accepté sinon je ne pouvais pas avoir la paix du cœur. Chaque fois, je pense à ma sœur<sup>66</sup> qui s'est suicidée, ça me fait pleurer. Elle n'allait jamais faire cela si on ne l'avait pas obligée à se marier. Mariama, Guinée Conakry, 27 ans.*

Ces symptômes peuvent s'inscrire durablement dans le corps. **Certains se montrent sans défenses dans des contextes de nouvel abus depuis l'exil**, par exemple un passeur qui affirme qu'il n'a pas reçu assez d'argent et que la femme doit « régler » le reste en nature par des rapports sexuels avec lui ou en se prostituant pour lui. Plusieurs femmes nous ont également parlé d'hommes qui rôdent autour de l'Office des Étrangers\* à la recherche de femmes « fraîchement » arrivées en Belgique. Ils leur promettent une aide. Elles sont alors à la merci de l'esclavage sexuel, de chantage, de maltraitements et autres. D'autres femmes acceptent des relations « amoureuses » lorsqu'elles sont déboutées de leur procédure d'asile et se retrouvent à vivre dans la rue. D'autres enfin sont violentées et violées dans les centres d'accueil. Tant de situations qui illustrent une femme soumise à la domination d'une autre personne et démunie pour faire respecter ses droits, comme si aucune autre porte de sortie – de survie – n'était possible.



*Celui qui m'a emmenée ici, il a failli me violer. (...). On est monté dans un immeuble (...). Il m'a dit de manger, j'ai dit que j'avais pas faim. Je ne pouvais pas lui dire que j'ai peur de lui. Il est sorti. En venant, il a bu. J'étais couchée, il est venu et il m'a touchée comme ça. J'ai crié « C'est à cause de ça que tu m'as emmenée ici ? ». Il a commencé à m'attraper, je suis sortie, je savais pas où j'allais. Y avait l'ascenseur. Je ne sais pas comment monter, comment descendre. (...) Il m'a trouvé (...), j'ai dit « Si tu me touches, je vais crier ! ». Il a dit « Même si tu cries là, y a personne ! ». Je me suis enfermée dans les toilettes (...), j'étais là deux jours sans manger. (...) Le troisième jour, il est venu et il a dit « Sors, je te fais pas de mal, là où on m'a dit de te déposer, je vais te laisser là-bas. ». Il m'a emmenée quelque part, où y a Hôtel Ibis. Il a dit « Attends-moi ici, j'arrive (...) ». Depuis, je l'ai plus revu. (...) Y a une dame qui est venue avec son mari, je leur ai expliqué. Après la dame a dit « Ok, chez nous, on peut pas te garder mais on va t'aider là où tu vas aller te plaindre. ». C'est maintenant que je me suis retournée à l'Office des Étrangers\*. Tiguidanké, Guinée Conakry, 33 ans.*



*Quand on est ici, si les hommes savent que tu n'as pas de papiers... Quand je parlais au psychologue, mon premier jour, on m'a donné le papier<sup>67</sup> mais je savais pas où je devais aller. J'ai trouvé deux guinéens à la Place Flagey (...). Quand je voulais les demander, ils ont dit « Non non non, on a pas l'argent ! ». Je ne suis pas venue pour demander l'argent ! J'ai trouvé un monsieur, j'ai demandé « Si tu peux m'aider. », il m'a amenée juste devant la porte [du psychologue], c'était un sénégalais. Après, il me dit « Donne-moi ton numéro parce que moi, j'ai les papiers, je peux te donner les papiers, après je t'appelle. ». Y a beaucoup d'hommes qui font comme ça, qui profitent des problèmes qu'on a pour faire du mal. Je ne sais pas, y a beaucoup de choses que je vis dans ça (...). Si on pouvait aussi nous aider dans ça. (...) Y a des choses qui font mal, toi tu le fais mais... même les belges c'est comme ça, ils disent n'importe quoi (...) ! Nene Anna, Burkina Faso, 32 ans.*

Même si l'exil permet de se protéger de la réalité d'un « mari » violent, ces femmes doivent faire face à la reviviscence de souvenirs traumatiques qui prennent la forme de flash-back ou de cauchemars. Des sentiments de honte, d'humiliation ou de dégoût d'elles-mêmes émaillent leurs récits. Elles ont été touchées dans leur dignité et dans leur identité de femme. Des préoccupations concernant leur intégrité

physique peuvent émerger au cours d'une consultation gynécologique, « Mon mari a-t-il détruit quelque chose à l'intérieur de moi ? Mon ventre est-il pourri ? ». D'où l'importance de tendre une oreille attentive aux plaintes somatiques.

## Quand les femmes résistent

Les femmes n'ont pas les moyens de recourir à la loi pour se protéger ; la police évite de se mêler des « affaires familiales ». L'excision et le mariage forcé sont pratiqués dans les familles de ces mêmes policiers.



*(...) Maintenant ils ont changé, si tu es excisée, tu t'habilles normalement alors qu'avant on mettait pagne noir (...). Si ta tante te prend pour t'apporter à l'excision, tu n'as pas le droit de dire à la police et porter plainte contre ta tante. On te dit « Ah, allez parler dans la famille ça. ». Y a les associations (...), tu te plains, on te dit « C'est la famille, nous on peut rien faire. ». Chez moi, on t'excise dès deux semaines à la naissance. On fait ça quand tu es trop petite parce qu'ils ont compris que c'est plus facile. Tiguidanké, Guinée Conakry, 33 ans.*

L'exemple ci-dessus illustre une situation d'excision mais ceci s'applique également en cas de violences intrafamiliales. Se refuser sexuellement au « mari » malgré les coups, profiter de son absence pour se réfugier auprès d'une personne de confiance, brûler le repas ou y verser trop de sel ou trop de poivre sont autant de manières de résister et de montrer son opposition à la situation malgré sa violence.

Jusqu'au jour où certaines quittent leur pays, la plupart sans moyens financiers et sans autre stratégie que celle de la survie, en suivant leur instinct. Quitter le foyer maltraitant se résume à rompre définitivement les liens familiaux, risquer la répudiation, la non-appartenance\* et malheureusement, comme nous l'avons déjà dit, à s'exposer à d'autres formes de violences et de maltraitance telle que la prostitution.

Les conséquences d'une mutilation sexuelle et/ou d'un mariage forcé, ajoutés à l'assimilation des normes, des règles et des contraintes de la communauté de vie, constituent autant d'éléments qui se manifesteront, de manière variée pour chaque femme, au cours de la vie.

# Partie 4

L'accompagnement  
thérapeutique des femmes  
concernées par les  
mutilations génitales  
féminines et le mariage forcé





# Quatrième Partie

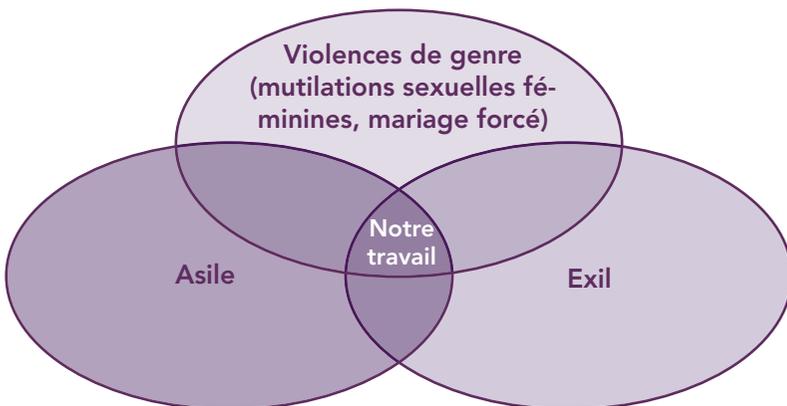
## L'accompagnement thérapeutique des femmes concernées par les mutilations génitales féminines et le mariage forcé

### Chapitre 7. Aller voir un-e thérapeute

#### Qui consulte et pourquoi ?

**F**emmes, enfants, filles, hommes, jeunes hommes et familles peuvent être concerné-e-s par une excision ou un mariage forcé. Une femme témoigne de comportements d'évitement face aux hommes, un homme a peur de blesser sa femme qui est infibulée pendant leurs rapports sexuels, une enfant rêve constamment d'être poursuivie par les vieilles femmes du village... L'âge et l'origine<sup>68</sup> des consultant-e-s varie également.

Comme vous l'aurez compris, la plupart du temps, notre travail se situe à l'intersection de différentes thématiques ; violences de genre, exil et asile.



*Intersection de notre travail.*



Prenons en exemple une valise. Imaginons que chaque personne naisse avec une valise, plus ou moins vide. Pour les personnes qui fréquentent nos institutions, le remplissage de la valise commence au pays. Peu à peu viennent s'y accumuler certains évènements dou-

loureux voire traumatiques ; une excision, la mort d'un proche, un viol... Ensuite, sur la route vers la terre d'asile, d'autres évènements risquent de charger davantage cette valise qui commence à peser ; un enfant laissé derrière soi pour assurer sa survie, une dette envers le passeur à payer en nature... Arrivées dans le pays d'accueil, la valise risque de déborder, voire d'éclater parce que viennent s'y tasser de nouveaux vécus ; la peur de l'inconnu, les difficultés liées aux démarches administratives, l'insécurité d'une demande d'asile...



*On m'a dit « On va vous aider. », on me fait quitter dans les problèmes et je rentre dans les problèmes ! Quand tu arrives à l'Office des Étrangers\*, on te dit « Tu arrives, tu expliques tes problèmes et après tu attends ! ». Je ne savais pas qu'ils allaient te convoquer à nouveau. Je suis allée parler après une année presque ! On te dit « On va t'aider. » mais on te dit pas la réalité. Je trouve que ça, c'est injuste. Nene Anna, Burkina Faso, 32 ans.*



*Je pensais qu'ici je serais tranquille, personne ne va me torturer. (...) J'allais aller à l'école, je vais faire une formation (...). Je vais trouver un mari ici, je vais faire ma vie ici (...). Donc, j'avais ça en tête. Mais ici, c'est pire. Tiguidanké, Guinée Conakry, 33 ans.*

Lorsqu'une personne consulte un-e thérapeute, elle se rend en consultation avec cette valise. Le travail thérapeutique que nous menons consiste à aider cette personne à déposer sa valise dans un premier temps, pour ensuite, à son rythme, l'ouvrir et regarder son contenu. Nous pensons que cette valise participe à la démarche de consulter un-e thérapeute.

La porte d'entrée des consultations – en dehors d'un tiers, porteur de la demande – se traduit bien souvent par des plaintes somatiques. Des symptômes de détresse psychologique peuvent également s'exprimer comme de l'anxiété, de l'insécurité, des changements d'humeur soudains. Vous trouverez ci-dessous, un tableau non exhaustif reprenant les principaux troubles que nous avons observé parmi les personnes venues nous consulter.

Troubles du sommeil	Troubles cognitifs	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✱ <i>Je n'arrive pas à dormir, je suis fatiguée, je fais des cauchemars, je pense tout le temps.</i> Hadja, Mauritanie, 36 ans.</li> </ul> <p>Flash-back rappelant l'excision, le viol...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✱ <i>J'ai peur de dormir sans la lumière.</i> Kadra, Djibouti, 18 ans.</li> </ul> <p>Peur du noir ou au contraire peur d'allumer la lumière et d'être repérée. Comportement obsessionnel ; rite de vérification de la serrure de la porte.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✱ <i>Je n'arrive pas à me concentrer en classe.</i> Halimatou, Sierra Leone, 31 ans.</li> <li>✱ <i>Je me perds tout le temps. J'oublie où je suis, je suis confuse, je n'arrive pas à m'orienter.</i> Marie-Christelle, Cameroun, 23 ans.</li> <li>✱ <i>J'oublie mes rendez-vous, je perds mes documents, je range les choses à la mauvaise place.</i> Fikre, Ethiopie, 20 ans.</li> </ul> <p>Phénomène de dissociation, absences.</p>	
Troubles émotionnels	Troubles psychosomatiques	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✱ <i>Je n'ose pas les gens, je me méfie des gens.</i> Simane, Djibouti, 32 ans.</li> <li>✱ <i>Je n'ose pas marcher dans la rue seule.</i> Anta, Sénégal, 30 ans.</li> </ul> <p>Sentiment de trahison, d'insécurité. Anxiété diffuse et chronique.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✱ <i>Je pleure tout le temps.</i> Rayna, Ethiopie, 29 ans.</li> <li>✱ <i>Je m'énerve avec tout le monde, je frappe mes enfants.</i> Sana, Soudan, 36 ans.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✱ <i>J'ai mal à la tête (...) à la nuque et aux épaules.</i> Alice, Ghana, 28 ans.</li> <li>✱ <i>Je suis constipée et le docteur me dit de ne plus manger de riz alors qu'au pays je mangeais du riz tous les jours et je n'avais pas de problèmes.</i> Iftine, Somalie, 42 ans.</li> <li>✱ <i>Je suis tout le temps fatiguée.</i> Ramata, Mauritanie, 31 ans.</li> <li>✱ <i>Je perds mes cheveux.</i> Fati, Guinée Bissau, 30 ans.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✱ <i>Je ne me reconnais plus, j'ai peur de devenir folle.</i> Nadine, Congo, 26 ans.</li> <li>✱ <i>Je ne suis pas normale.</i> Theresa, Sierra Leone, 25 ans.</li> <li>✱ <i>C'est mieux si j'étais morte.</i> Amum, Somalie, 39 ans.</li> </ul>	<th data-bbox="583 1050 1015 1098">Troubles sexuels</th> <ul style="list-style-type: none"> <li>✱ <i>Je ne ressens rien quand je fais les rapports [sexuels].</i> Sana, Djibouti, 23 ans.</li> <li>✱ <i>Je n'ai pas envie de faire l'amour, je peux rester un an sans chercher l'homme.</i> Lilli, Bénin, 23 ans.</li> <li>✱ <i>J'ai mal, ça pique quand je suis avec un homme.</i> Halina, Guinée Conakry, 34 ans.</li> </ul>	Troubles sexuels

Tableau récapitulatif non exhaustif des plaintes recueillies en consultations.

Elles perçoivent des changements dans leur comportement, ne se reconnaissent plus, s'en inquiètent et se vivent comme étrangères à elles-mêmes. Elles cherchent des solutions en observant et en imitant leurs camarades. Lorsqu'elles n'arrivent plus à gérer seules ces changements, elles se confient à des amies et/ou des travailleurs et travailleuses psycho-médico-sociaux-ales. « (...) La confiance noie la douleur » [27].



*J'essaye de ne pas penser à mes problèmes, j'ai des activités toutes la semaine... Mais je n'arrive pas.* Sakina, Sierra Leone, 18 ans.



*Quand j'ai mal à la tête, je verse de l'eau froide dessus et ensuite, j'attache mes cheveux avec un foulard.* Nadège, Côte d'Ivoire, 36 ans.

Vous l'aurez compris, compte tenu de la complexité des vécus, de l'urgence dans laquelle souvent nous sommes amené-e-s à opérer et la « survie » liée à la demande d'asile, les problèmes liés aux MGF ou au mariage forcé ne constituent pas toujours la porte d'entrée vers une thérapie. Cependant, nous avons constaté que travailler dans un lieu référencé « MGF » nous attribue d'emblée une forme de **légitimité** pour accueillir et faire émerger ces inquiétudes et cette demande spécifique quelques soient les origines des intervenant-e-s. Il ne tient qu'à vous de mettre en place l'espace nécessaire en consultation pour faire émerger également ces inquiétudes.

## La question des relais

Les thérapeutes ne constituent pas des intervenant-e-s de première ligne ; les premier-ère-s confident-e-s seront souvent les travailleurs et les travailleuses médico-sociaux-ales présent-e-s autour du lieu de vie des femmes qui servent alors de relais. Ils-elles se retrouvent également dans la peau de l'avocat-e, du-de la médecin généraliste ou autre professionnel-le de la santé quelque soit le service médical ainsi qu'un-e animateur-trice alpha ou d'autres activités de groupe.

## Comment détecter la demande ?

Comme nous l'avons déjà dit, dans une grande partie des cas, les plaintes exprimées sont d'ordre physique. La première réponse souvent apportée par les relais est alors d'ordre médical ; paracétamol, calmants à base de plantes, comprimés pour dormir... **À ce stade-ci, on ne parle pas encore de demande mais de son précurseur : l'expression de la plainte.** Ce sera ensuite à vous d'écouter « au-delà » de cette plainte et de déceler la demande cachée afin d'y apporter une réponse adéquate. En effet, il est rare que la demande exprimée soit clairement de rencontrer un-e professionnel-le de la santé mentale d'autant plus que cette possibilité est souvent méconnue.

Comment faire ? L'observation et la compréhension des signes comportementaux, émotionnels, cognitifs et physiques permettent ce décryptage. Pour vous aider à détecter les « signaux d'alerte », vous pouvez vous référer au tableau du chapitre précédent. Une discussion ainsi qu'un apport informatif et explicatif sur la possibilité de consulter un-e professionnel-le de la santé mentale sont les bienvenus. Il reste également important, dans certains cas, que le-la personne relais puisse effectuer les démarches avec la personne, c'est-à-dire prendre le premier contact téléphonique afin de fixer le rendez-vous et – dans la mesure du possible si la personne le souhaite – l'accompagner lors du premier entretien.

Les professionnel-le-s comme les consultantes doivent être informé-e-s de l'utilité d'un accompagnement thérapeutique et se poser la question de savoir pour qui, quand et comment le proposer.

## Partir de la demande d'un-e relais pour s'approprier le travail

Comment peut alors le-la thérapeute, intervenant-e de seconde ligne, s'approprier le travail ?

La demande peut être formulée par un tiers, par exemple l'avocat-e qui prépare un recours au Conseil du Contentieux des Etrangers (CCE) ou bien par l'assistant-e social-e qui tente de rassembler les preuves nécessaires, voire d'autres personnes encore.

Dans le cas où la demande provient d'une tierce personne, il est important d'explorer avec la femme qui consulte, ce qu'elle sait, comprend et ensuite attend d'un accompagnement thérapeutique. Ne pas répondre de front à la demande de la personne relais, élargir le champ de notre intervention stipule une liberté de choix mais aussi que la femme soit actrice du travail thérapeutique et qu'elle y donne l'orientation souhaitée. Les objectifs de travail sont à fixer avec l'aide de la thérapeute selon les besoins et désir de cette personne. Le-la thérapeute se met à la disposition de la personne qu'il-elle accompagne et non l'inverse.

Les questions suivantes sont à même de guider la démarche thérapeutique, permettant de ne pas s'éparpiller et de tisser le fil rouge.

- Qu'est-ce que ça pourrait vous apporter de venir me voir ?
- Qu'est-ce que vous souhaitez partager avec moi ?
- Vous m'avez parlé de telle ou telle chose, qu'est-il prioritaire de travailler ensemble ?

Ce qui suit permet d'anticiper le terme et donc de se mettre au travail en mobilisant les ressources.

- Comment saurez-vous que vous n'avez plus besoin de revenir ici ?
- À quoi les autres personnes de votre entourage le verront-elles ?

Enfin, nous attirons l'attention sur la particularité de travailler avec un public dont le séjour est instable et où la thérapie se construit au jour au jour, sans projection possible dans le long terme ; sans savoir si la personne reviendra nous voir au prochain entretien.

## Chapitre 8. L'accompagnement individuel

---

**N**otre expérience du travail thérapeutique individuel concerne essentiellement des adolescentes et des femmes adultes. Rappelons que nous travaillons avec un public de femmes exilées au parcours de violences multiples et complexes dont font partie, entre autres, les mutilations génitales. Vous trouverez donc par moments dans cette partie, des éléments applicables à des contextes plus larges – liés à des parcours d'exil – alors qu'à d'autres moments, les éléments seront spécifiquement applicables aux situations de MGF.

### Éléments à prendre en compte

Nous sommes d'avis que le processus thérapeutique doit permettre de soutenir le cheminement de **(re)construction identitaire** et permettre à la personne qui consulte de reprendre possession et conscience de son vécu, de son ressenti, de ses ressources et de son autonomie.

Tout en restant conscient-e du contexte global annihilant dans lequel ces femmes ont grandi et se sont (dé)construites, nous sommes attentives à ne coller aucune vérité préétablie sur elles, en veillant à rencontrer chaque femme dans toute sa singularité et sa complexité, au départ de ce qu'elle dépose. Être conscient-e de l'importance des différences de cultures, de croyances, de modes de vie, de vécus entre soi-même et la femme permet également de faciliter cette rencontre.

Décrivons maintenant quelques éléments qui nous paraissent essentiels tant au niveau du travail individuel que collectif.

### Accueil

Comme décrit dans la troisième partie « Conséquences psychologiques des mutilations génitales féminines et des mariages forcés », les femmes que nous rencontrons doivent souvent **réapprendre**

**les dimensions positives des rapports sociaux** ; confiance, partage, empathie. Les relations qu'elles vont nouer avec les intervenant-e-s sociaux-ales et avec leurs thérapeutes – représentant-e-s de la culture d'accueil – participeront à cet apprentissage.

La qualité de tout accompagnement, de quelque nature qu'il soit, commence par l'accueil.

La qualité de l'accueil revêt un caractère particulièrement fondamental pour ces femmes qui sont seules en Belgique loin de leurs racines, qui – pour se rendre en consultation – parcourent un long chemin en transports en commun pour se présenter à leur rendez-vous minuté dans le temps, emmenant parfois leurs enfants en bas-âge... Tout ceci peut compliquer la démarche.

Elles peuvent avoir des difficultés importantes, liées à ce vécu traumatique, à réintégrer des notions de temps et d'espace du monde réel, tel que nous décrivons dans la dernière partie. Pour certaines, la démarche de consulter un-e thérapeute n'est pas du tout familière. Dans leurs pays, on ne connaît souvent que les psychiatres dans les hôpitaux, pour les personnes démentes et donc consulter un-e thérapeute s'apparente à la folie.

Il est essentiel d'offrir à ces femmes un accueil bienveillant, chaleureux, empathique et sans jugement. Celui-ci participe inévitablement à l'établissement d'un **lien** entre vous – thérapeute – et la personne accompagnée ; une relation colorée d'affectivité, sur laquelle peut se forger le transfert\* positif et le processus de (re)construction identitaire.



*Avant de vous rencontrer, j'allais vraiment mal, je pensais à faire des bêtises. Et je me rappelle, dès le premier coup de fil, quand je vous ai appelée pour demander si vous pouviez me voir très vite, même si ce n'était pas possible avant la semaine suivante, j'ai senti la bonne personne, l'accueil. Surtout, quand vous avez dit, avec une voix pleine de gentillesse « Je me réjouis de te rencontrer ! ». Et je me rappelle du premier rendez-vous, l'accueil quand vous m'avez dit, avec votre sourire, « Bienvenue, je suis contente de te rencontrer. ». Et depuis lors, je sais que vous êtes toujours là pour moi, et ça me soulage beaucoup. Noura, Somalie, 28 ans.*

Il faut éviter plus qu'avec quiconque d'instaurer une relation hiérarchisée et de se présenter ou de se laisser considérer comme « expert-e » par la personne qui vous consulte. Il est très facile en effet, pour ces femmes, de continuer à entretenir des relations de ce genre, apprises au pays. **La relation instaurée avec vous contribue à changer ce mode de fonctionnement.** Cette attention particulière invite la personne à se sentir en confiance.

## Cadre

### *Un cadre de sécurité*

**Pouvoir se déposer, verbalement, émotionnellement et corporellement, implique avant toute chose de se sentir suffisamment en sécurité, ne fût-ce que pour partager son insécurité.**

Même si le sentiment de sécurité est subjectif, le cadre dans lequel la personne est reçue et accompagnée doit garantir une certaine sécurité objective. Le sentiment de sécurité peut être travaillé en entretien, la personne peut alors l'expérimenter et se le (ré)approprier pour ainsi l'appliquer dans la vie de tous les jours. C'est une condition nécessaire pour la constitution de l'alliance thérapeutique. Elle l'est tout particulièrement pour ces femmes victimes de mutilations sexuelles et/ou mariage forcé et autres violences de genre, dans la mesure où, comme nous l'avons déjà précisé, elles ont un vécu marqué par l'insécurité et les actes de violences.

De plus, tant qu'elles sont en procédure d'asile, elles vivent dans une insécurité importante par rapport à leur futur. Elles ont peur d'être renvoyées de force dans leur pays ; d'être ramenées chez leur père, leur famille, « leur mari » et d'être punies ; torturées, ré-excisées voire tuées pour avoir fui et ainsi déshonoré la famille. Elles craignent également d'être exposées à nouveau aux persécutions qu'elles ont quittées. En Belgique, l'angoisse est de se retrouver à la rue sans papiers, avec leurs enfants en cas de décision négative du Commissariat Général aux Réfugiés et Apatrides\* (CGRA) ou d'un ordre de quitter le territoire et même si elles obtiennent le droit de séjour, l'insécurité colore également leurs projets d'avenir et certaines craignent le maraboutage\*.

N'ayant souvent pas l'habitude de pouvoir parler, encore moins de leur vécu, de leur ressenti, de leur colère, elles peuvent également être facilement impressionnables, coupées dans leur élan, leur tentative de se dire, si elles ne se sentent pas en sécurité.

Comment s'y prendre alors ? **Le cadre implique notamment une attitude sécurisante** de votre part, s'inscrivant dans une déontologie professionnelle comprenant la garantie claire du respect de la confidentialité qui n'est pas une évidence pour elles. Elles doivent clairement entendre de votre bouche que vous ne donnerez des informations à l'extérieur que dans la stricte limite de ce qu'elles demanderont, par exemple pour une attestation dans le cadre d'une demande d'asile. Le sentiment de sécurité peut être nourri par la qualité de la communication et la cohérence des interventions en cas de collaboration entre vous-même et d'autres personnes de référence telle qu'un-e avocat-e, un-e médecin, un-e assistant-e social-e... toujours à la demande de la personne qui consulte et en toute transparence vis-à-vis d'elle. Le déroulement des entretiens dans un local accueillant, chaleureux, calme, fermé, sans passages et sans intrusions contribue également à ce sentiment. Enfin, il est important de laisser la possibilité à la personne de choisir de travailler avec un thérapeute homme ou femme.

Longtemps nous avons réfléchi sur l'utilisation du « tu » et du « vous » en consultation. Nous fonctionnons au cas par cas mais généralement adoptons le « tu » lorsque spontanément la personne qui nous consulte nous tutoie. Il faut également noter qu'en dehors du suivi individuel, certain-e-s d'entre nous côtoient les femmes lors d'activités de groupe, de sortie et d'évènements festifs. Ces activités communautaires invitent au rapprochement et l'utilisation du « tu » nous y paraît mieux appropriée. Chaque thérapeute doit se sentir à l'aise avec ces choix et ne pas hésiter à en discuter au cours des premiers entretiens.

### *Un cadre clair*

Quelles que soient les spécificités du cadre, il est important qu'il soit clair pour le-la thérapeute comme pour la personne qu'il-elle accompagne, et qu'il y ait donc la place pour en parler. Cela aussi participe à la sécurité nécessaire pour que le lien puisse prendre place et le travail se déployer. **La clarté du cadre amène de la sécurité alors que les repères ont été largement mis à l'épreuve suite à l'exil.**

Les femmes que nous recevons sont souvent très éloignées de la culture psychologique occidentale comme nous le sommes de leurs cultures. Elles ignorent bien souvent ce que recouvrent les mots « psychologue, thérapeute » ou même « psychiatre » et comment ces professions agissent. Il est alors essentiel lors des premiers entretiens d'explorer ensemble les représentations autour de ces mots afin d'apporter, si besoin, des compléments d'informations et vérifier si le travail que vous proposez répond à leurs besoins actuels. Des questions telles que :

- Que connais-tu des psychologues/thérapeutes/psychiatres ?
- En as-tu déjà entendu parler ? Par une copine ? Dans un livre ? Dans un film ?
- À ton avis, à quoi sert un-e psychologue/thérapeute/psychiatre ?
- Comment imagines-tu qu'il-elle travaille ?

**Travailler avec des métaphores devient intéressant pour expliquer ce travail.** « C'est comme si tu t'étais blessée à la cheville alors que tu avances sur ta route. Le-la thérapeute est comme le bâton qui va te permettre de continuer à marcher jusqu'au moment où tes blessures seront suffisamment guéries pour marcher à nouveau toute seule. ».

Il faut également tenir compte qu'elles ne sont peut-être pas à l'aise avec la langue française, qu'elles viennent peut-être d'arriver récemment en Belgique et sont plongées dans un monde où tout est totalement nouveau et différent à leurs yeux.

Vous pouvez également choisir d'adapter votre cadre à ce public spécifique ou d'y mettre une certaine souplesse, selon ce qui vous semble pertinent et juste. Un cadre de travail trop rigide risque de montrer ses limites tenant compte notamment de l'incontournable dimension psychosociale de l'accompagnement – dont nous parlerons plus tard – ainsi que de la proximité de lien dans la juste distance qui semble indiquée et favorable à l'établissement de l'alliance thérapeutique.

Ceci nous pousse à revisiter notre cadre de travail habituel, à nous positionner, à trouver la bonne distance pas toujours facile à ajuster ainsi qu'à revoir les concepts d'empathie et d'alliance.

## Écoute, reconnaissance, et (re)mobilisation des ressources

Ecouter, voir, reconnaître la personne avec bienveillance et empathie dans tout ce qu'elle est, lui permettre d'être pleinement cette personne autonome et pleine de ressources, constitue un enjeu fondamental du travail thérapeutique. Il est d'autant plus important avec un public de femmes qui, dans le passé, n'ont été importantes que dans la mesure où elles répondaient aux besoins des autres.

Même si certaines ont plus de facilité d'expression que d'autres, elles sont souvent peu habituées à l'expression de leur vécu ; elles sont par ailleurs fragilisées et souvent habitées par un vécu de trauma indicible. Il y a lieu d'en tenir compte et d'y être attentif-ve ; ne pas attendre qu'elles élaborent\* toutes seules. Dialoguez avec elles tout en étant particulièrement attentif-ve à respecter le rythme, les silences, les demandes et éventuellement les limites.

Il est important de respecter la protection qui consiste à ne pas parler du traumatisme et d'attendre le moment juste en tenant à l'esprit qu'il se pourrait que la femme qui vous consulte n'aborde jamais les éventuels traumatismes et/ou raisons de sa venue en Belgique. Dans certains cas, le-la thérapeute peut rédiger une attestation psychologique destinée au dossier de demande d'asile en expliquant en quoi l'interview pour la procédure d'asile pourrait être nuisible pour la santé mentale de la personne, nous aborderons ce point en détail dans le chapitre 15.

L'accompagnement thérapeutique du processus de (re)construction identitaire s'inscrit dans une navigation, des va-et-vient entre le passé, le présent et le futur ; entre élaboration\*, reconscientisation et remobilisation des ressources.

Vous veillerez à reconnaître les femmes dans leur cheminement et leurs ressources ainsi qu'à les soutenir dans leur déploiement en les autorisant toujours pleinement à être en difficulté, à ressentir et déposer leur souffrance, leur colère, leur déception, leur découragement, leur tristesse, leur sentiment de culpabilité et leur vécu plein de douleur jusqu'à l'innommable.

Que ce soit par les pleurs, la voix, le dessin, le corps... L'expression de la rage peut notamment aider la personne à se remettre en mouvement et sortir de la paralysie dans laquelle l'a mise le traumatisme. Aussi, cela peut être rassurant de savoir que c'est normal de passer par des états « comme ça » pendant un certain temps après ce qu'elles ont vécu et que le processus pour aller mieux prend du temps. Il peut être important également de leur dire qu'elles ne sont pas seules à se sentir ainsi après un événement pareil, qu'il s'agisse d'une excision, d'un mariage forcé ou d'un autre traumatisme.



*Je suis plus comme avant, je suis pas normale, les autres ont peur de moi. J'ai mal tout le temps à la tête et j'ai peur d'avoir une maladie. J'ai peur de devenir folle.* Clémentine. Burkina Faso, 35 ans.

C'est essentiellement par votre regard, votre écoute, votre reconnaissance et par le lien qui se tisse entre vous que la femme va pouvoir faire l'expérience d'être une personne à part entière.

À partir de ce lien sécurisant, elle pourra reconstruire son équilibre psychique, porter à sa conscience des éléments qui en ont été refoulés, cheminer vers la guérison\* de ses blessures et libérer son autonomie et ses ressources.

## Travail psychosocial et travail en réseau

Cet accompagnement thérapeutique ne peut faire l'économie de l'intégration d'une dimension psychosociale et d'un travail en réseau pour une articulation optimale de la prise en compte des différents types de besoins auxquels les femmes sont confrontées ; notamment sur le plan médical, juridique, procédural, social, parental, socioprofessionnel et autre.

Il est fondamental qu'en tant que thérapeute, vous puissiez entendre la préoccupation concrète qui vous est adressée et que vous puissiez y répondre dans la mesure du possible et la limite de votre profession, tout en maintenant toujours une qualité d'écoute et un soutien au processus thérapeutique en cours. Avoir une certaine connaissance des services psycho-médico-sociaux du réseau en fonction des spécificités de votre public vous y aidera. À ce propos, vous pouvez consulter la partie « Orientations et contacts » en fin d'ouvrage.

Vous pouvez transmettre l'information, suivre la réalisation des démarches et vérifier la compréhension des informations reçues par les professionnel-le-s des services consultés par la personne. Tout ceci en privilégiant et respectant le rôle et les limites de chacun-e.

Petit à petit se constituera autour de la personne un réseau de référence pouvant la soutenir dans ses différentes préoccupations. Il est important que la personne accompagnée sente que ses référent-e-s peuvent communiquer de manière constructive et cohérente, en ayant toujours comme considération primordiale, son intérêt.

En fonction de la situation et de la demande spécifique, vous pouvez également parcourir les documents de la personne tout en veillant à l'orienter vers les services adéquats, l'accompagner dans une étape de sa procédure d'asile, par exemple pour l'audition au CGRA\*, faire une démarche avec elle, le cas échéant en collaboration avec d'autres professionnel-le-s, établir une attestation faisant état des difficultés psychologiques vécues et le cas échéant leurs liens apparents avec les événements pour lesquels la personne demande une protection. Vous trouverez plus d'informations à ce sujet dans la cinquième partie « Mutilations génitales féminines et asile, le dilemme des thérapeutes ».

Ceci s'applique de manière générale à tout public de demandeurs et demandeuses d'asile mais requiert des spécificités en ce qui concerne le travail avec une femme/famille concernée par la problématique de l'excision.



*Fatoumata se plaignait très souvent de douleurs musculaires qui l'empêchaient de marcher et de migraines qui allaient jusqu'à l'évanouissement. En entretien, elle me disait qu'elle ne pourrait rien envisager dans sa vie aussi longtemps que ses deux filles, restées au pays, ne soient mises à l'abri de l'excision ; la période des vacances scolaires s'approchant à grand pas. Pendant l'entretien, je lui propose de téléphoner à une association locale, en Guinée. Nous passons le premier coup de fil ce jour-là ensemble, trois semaines après, une action de sensibilisation a eu lieu au domicile des petites filles. Aujourd'hui Fatoumata a obtenu le statut de réfugiée et ses deux enfants l'ont rejointe en Belgique ; elles ne sont pas excisées. Annalisa, co-auteure de l'ouvrage.*

Pour tout accompagnement médical, suivi de grossesse, procédure d'asile en lien avec les MGF ou travail préventif, vous pouvez collaborer avec les associations spécifiques dont les coordonnées se trouvent dans la partie « Orientations et contacts ».

Le travail psychosocial peut également constituer un levier au travail thérapeutique, notamment dans le renforcement du lien. Afin de distinguer ces deux temps de travail, il peut être spécifié à la personne, les moments purement « thérapie » et les moments de « parenthèse psychosociale ».

Tout cela se fera dans l'attention particulière de ne pas tomber dans une « toute-puissance », c'est-à-dire dans une position haute qui influencerait tout le processus thérapeutique en cours.

### Collaboration avec un-e interprète

Certaines femmes qui souhaitent recevoir un accompagnement thérapeutique ne parlent pas ou ne sont pas encore assez à l'aise avec le français pour l'utiliser en entretien. D'autres n'ont pas envie et/ou ont besoin de se déposer dans leur langue maternelle.

Le travail avec un-e interprète se relève alors très précieux. Vous pouvez faire appel aux services d'interprétariat psycho-social tel que le Setis° ou Bruxelles accueil°. Pour les femmes demandeuses d'asile résidant en centre d'accueil ou bénéficiant du CPAS, la démarche et la prise en charge financière peuvent être faites par ceux-ci. Il s'agit d'être attentif-ve à la précision du dialecte parlé (le peul de la Guinée Conakry n'est pas le même que celui de la Mauritanie par exemple), au sexe de l'interprète ainsi qu'à ses origines pour éviter tout malentendu ou répétitions de conflits ethniques.

Bien entendu, dans la mesure du possible, **ce choix sera toujours laissé à la personne qui consulte**. Après les premiers entretiens, vous pouvez vérifier auprès de la femme si l'interprète lui convient. Se sent-elle à l'aise et en confiance ? L'interprète doit également vous convenir. En effet, il ou elle, malgré la spécificité de son intervention, doit en effet être considéré-e comme un-e intervenant-e à part entière, qui doit pleinement adhérer à votre cadre de travail et y convenir. Il peut être intéressant de prévoir également des moments de préparation par des échanges préalables concernant le

cadre, la problématique... ainsi que des moments de feed-back mutuels après les entretiens, permettant aussi à l'interprète de se « nettoyer » des choses entendues.

S'adresser à la personne en thérapie et non à l'interprète, garder le contact visuel, observer le langage non-verbal, veiller à ce que l'interprète reste bien dans son rôle d'interprète, sans synthétiser, ajouter ou donner son avis, dans une attitude de neutralité bienveillante et empathique, maintenir un climat de confiance et privilégier la continuité du travail avec un-e même interprète pour chaque personne, sont autant d'éléments à tenir également en compte.

### Lien en jeu



*Quand je me sens mal, je pense à vous.* Mirella, Cameroun, 36 ans.



*Je sais que vous êtes là pour moi, et ça change tout.* Hafsa, Djibouti, 28 ans.

**Le travail thérapeutique se développe sur la base du lien qui se tisse entre thérapeute et consultant-e.** Ce lien est transversal, il se développe et existe depuis l'accueil et se modèle dans toutes les interactions, verbales et non-verbales. Il se fonde ainsi avant tout sur une rencontre humaine.

La relation qui se développe va permettre notamment à la personne de vivre et d'expérimenter dans le lien ce qui lui a manqué pour se développer et se construire. Ainsi, le-la thérapeute exerce, par le biais du transfert\*, les fonctions parentales nécessaires à la construction identitaire. Cette relation affective permettra à la personne de faire l'expérience de se sentir pleinement acceptée, reconnue et aimée pour qui elle est, comme elle est, quoi qu'elle ressente, vive et exprime. Elle pourra ainsi se reconnaître et s'aimer elle-même puis vivre des relations affectives en dehors du cadre thérapeutique, en étant connectée à ses besoins, à ses ressources et à ses désirs, en se respectant et en se sentant respectée, comme personne à part entière.

Travailler le lien est fondamental avec notre public pour qui le lien a été ébranlé.



*Quand ma mère était malade, elle est partie au village et mon papa a épousé une autre femme (...). On m'a fait sortir de l'école et je suis restée avec ma tante<sup>69</sup>. Elle m'a fait du n'importe quoi. Elle me frappait, c'est moi qui préparais<sup>70</sup> pour ses enfants. Le matin, c'est moi qui prenais les trucs pour aller vendre [au marché], donc je pleurais et je me disais « Si c'était ma maman, elle n'allait pas faire ça ! ». (...) J'ai beaucoup souffert. Je ne pouvais même pas m'approcher de mon père (...). On dirait que c'était pas mon père. Ti-guidanké, Guinée Conakry, 33 ans.*



*J'étais traitée pire qu'un animal. Penda, Sénégal, 20 ans.*

Il faut également rester particulièrement vigilant-e à sa responsabilité en tant que thérapeute, dans le processus de (re)construction identitaire via le travail du lien. En effet, dans leur processus de différenciation\* du groupe et de recherche d'émancipation, à qui ces femmes peuvent-elles s'identifier ? À quoi peuvent-elles se référer ? Si ce n'est dans une large mesure à leur apprentissage du présent, aux liens du présent, entre autres celui avec le-la thérapeute ? Référez-vous également au chapitre « Le travail autour de la différenciation\* et de l'appartenance\* » qui suit.

La dimension psychosociale et le travail en réseau, le recours à un interprète, ainsi que la qualité de présence et d'être du-de la thérapeute, son approche, son écoute et la nature de ses interventions, ne seront pas sans répercussions sur le type de lien qui se développera et le transfert\* qu'il favorisera.

## Temps

Le travail de (re)construction identitaire est un cheminement complexe, nécessitant du temps, avec un rythme propre à chacune.

Il est important de respecter ce temps nécessaire, sachant également que **l'accompagnement pourra comprendre plusieurs temps**. Le temps de se poser, d'apprivoiser un nouvel espace, d'investir un nouveau lien, d'apaiser des symptômes, de retrouver une certaine sécurité, un certain confort, des repères, de remobiliser des ressources, de revisiter les zones douloureuses, de restaurer du sens, des mots... Les temps peuvent également se télescoper, s'entrechoquer, comme se succéder dans un mouvement de va-et-vient.

Donner du temps après l'entretien pour récupérer avant de repartir peut être également envisagé. Le temps de la procédure d'asile et le temps de l'après-procédure peuvent aussi fortement colorer les temps du travail thérapeutique.

La direction de ce travail est donnée par la personne qui consulte même si elle peut avoir besoin de dériver à gauche ou à droite avant de savoir où elle va ou bien de sécuriser son bateau avant de prendre le départ. Ceci ne s'oppose pas au sens et à la portée que peut prendre chaque entretien, même un seule, a fortiori un travail sur plusieurs entretiens.

Lorsque la personne souhaite ou se voit contrainte d'arrêter sa thérapie, il est important, dans la mesure du possible, que puisse se prendre le temps de l'entendre et de lui proposer un bilan du travail mettant en exergue les ressources. Si elle souhaite poursuivre sa thérapie ailleurs, tenant compte de sa demande et de ses besoins spécifiques, il faut l'orienter au mieux.

## Différentes dimensions de l'approche

### La dimension psychocorporelle

Par dimension psychocorporelle, nous entendons l'attention portée à la personne dans son ensemble, considérant le corps et la psyché comme un tout indissociable et la (re)construction identitaire comme une visée passant par une réunification de cet ensemble. Ce travail peut prendre plusieurs formes et être inspiré de différentes écoles de pensées.

La dimension psychocorporelle nous semble pertinente pour des femmes concernées par les MGF et/ou les violences issues d'un mariage forcé, pour lesquelles le corps a été particulièrement meurtri et le traumatisme étant tant physique que psychique.

En effet – nous l'avons abordé dans le chapitre 5 « Les conséquences psychologiques des mutilations génitales féminines » et l'aborderons également au cours du chapitre 15 dans la partie « La question de la crédibilité » – l'évènement traumatique affecte considérablement le fonctionnement du cerveau notamment la zone située dans le cortex préfrontal ; l'aire de Broca qui contrôle le

langage. Il n'existe pas de mots pour raconter une excision, un viol ou des tortures physiques. **Le traumatisme est indicible et cela d'autant plus s'il a eu lieu dans la période préverbale ou avant 3 ans en période de structuration de la mémoire** [28]. Voilà pour quoi, en complément d'une thérapie verbale dite « classique » ou comme outil principal, des techniques thérapeutiques qui donnent une large part au non verbal et au rapport avec les ressources positives de la femme et avec son corps dans l'ici et maintenant sont fortement recommandées.

Avec les femmes victimes de violences de genre, l'intégration d'une dimension psychocorporelle est particulièrement précieuse, favorisant entre autres une reprise de confiance et de pouvoir, un sentiment de bien-être et de connexion à soi-même, au monde et aux autres et la sortie de la dissociation corps-esprit caractéristique du trauma. Cet outil est également intéressant à utiliser quand le verbal, est moins aisé que ce soit pour une question de langue ou d'affinité.

**Travailler avec le corps ne nécessite pas de le toucher.** Il s'agit de porter son attention sur les postures, la gestualité, les mouvements, la respiration, et bien d'autres éléments encore. Lorsque le toucher est mobilisé, il prend la forme de massages – procurés par le-la thérapeute formé-e – ou d'automassages en miroir au-à la thérapeute. Cela peut se faire avec les mains ou avec un objet tel qu'une balle, un petit sac de riz ou un outil de massage spécifique. Ce travail se fait couchée au sol, sur une table de soin ou assise. Le toucher peut ne pas être la bonne technique au départ d'une thérapie et être ressenti comme intrusif. La temporalité de l'utilisation de cet outil doit être considérée afin de respecter le rythme de chacune ainsi que son rapport au corps.



*Aminata commençait chaque consultation par énumérer ses douleurs physiques. Elle décrivait un corps séparé où les membres semblaient éloignés les unes des autres comme s'il n'y avait pas de liant. Je lui proposais de se coucher au sol et je posais un sac de riz sur les contours de son corps en dessinant les limites. Accompagné d'exercice de respiration, cela l'aidait à s'apaiser. Annalisa, co-auteure de l'ouvrage.*

Mais le travail psychocorporel peut revêtir d'autres formes, par exemple des exercices, des mouvements, des respirations, des marches à travers une pièce... Il peut aussi passer par un travail avec le son et la voix en individuel ou en groupe.



*Une jeune femme avait identifié un problème qu'elle vivait de manière récurrente : elle était incapable de dire non à ses ami-e-s qui finissaient souvent par profiter de sa bonté, ce qui finissait par la mettre dans des situations difficiles voire dangereuses. Je lui proposai de se mettre debout dans la pièce tandis que moi j'avançais vers elle. Je lui demandai de m'arrêter lorsqu'elle estimait que l'espace entre nous deux lui était inconfortable. Nous pouvions travailler ainsi la question des limites de manière métaphorique et physique. Annalisa, co-auteure de l'ouvrage.*

**Le travail psychocorporel se base sur l'instant présent et invite la personne à prendre davantage conscience de son ressenti corporel.** Elle (ré)apprend ainsi à connaître et faire confiance en son corps pour l'utiliser tel un baromètre. En effet, une réaction physique anticipe une émotion, nous sommes des êtres de sens avant tout. Sentir que son ventre gargouille ou se contracte à l'évocation de tel ou tel évènement apprend à la personne qu'il s'agit d'une réponse corporelle à la peur, par exemple. Lorsque la personne partage ses découvertes et ses prises de conscience en thérapie, elle est recon nue dans la vérité qu'elle vit et cela lui permet de cheminer dans son processus de guérison\*.

Les questions suivantes peuvent servir d'exemple :

- Comment c'est dans ton corps là maintenant (après un exercice physique ou l'évocation d'un évènement) ?
- Comment te sens-tu d'avoir parlé de tout ça ?
- Et dans ton corps, comment c'est ?



*Tiens, c'est étonnant, je me sens tout à coup différente, et je constate que je vous regarde en face, et ça va, je me sens bien.*  
Diane, Cameroun, 31 ans.



*J'ai fait tous les jours les respirations avec les mouvements comme vous m'avez montré l'autre fois et ça m'aide beaucoup. L'autre jour aussi, j'arrivais pas à dormir, je me suis dit « Tu as des choses à faire ! » ; je me suis levée et j'ai fait mes exercices. Après, j'ai dormi*

*comme un bébé. En général, quand je ne sais pas dormir, ça dure toute la nuit.* Fulaymatou, Guinée Conakry, 26 ans.

Si vous souhaitez utiliser cette dimension du travail que nous proposons, il est bien entendu important d'être formé-e à ces pratiques et de prendre le temps de trouver la formation qui répond à vos attentes, à vos besoins et à ceux de votre public.

## L'approche de la thérapie brève

L'approche de la thérapie brève peut être utilisée comme système de référence à part entière mais des outils et des spécificités de cette approche peuvent également être intégrés dans votre travail. Ce modèle est concret, pragmatique et systémique\*.

Les questions suivantes permettent d'entamer le travail :

- Quel est ton problème actuel ?
- En quoi est-ce un problème pour toi ?
- Qu'as-tu déjà fait pour tenter de résoudre ton problème ?
- Quel est ton objectif « minimum » que l'on pourrait élaborer ensemble ?
- À quoi verras-tu que ton problème est résolu ?

Cette grille d'intervention induit de ne pas rester dans la plainte, de se mettre au travail en mobilisant les ressources de la personne. Plus spécifiquement, au vu des demandes qui semblent se répéter au travers des histoires singulières, l'approche de la thérapie brève tente d'élargir le système dans lequel les femmes se sentent coincées.

Citons l'exemple de Nouria, jeune femme ivoirienne de 29 ans. Elle est en attente du statut de réfugiée et souffre de cette précarité. Elle se trouve dans l'impossibilité d'envisager l'avenir pour elle et ses enfants. Le temps semble suspendu, ce qui la place dans un état de perplexité anxieuse majeure. Voici un court dialogue avec la thérapeute :



*Nouria : Je me sens inutile, j'ai peur de retourner au pays, je ne sais rien offrir comme avenir à mes enfants.*

*La thérapeute : OK, c'est très dur actuellement mais que pourriez-vous faire en attendant ?*

Nouria : *Inscrire mon fils handicapé dans un centre spécialisé où on pourrait l'aider à évoluer. Je pourrais aussi m'instruire, reprendre des cours pendant que mes enfants sont à l'école.*

Citons également l'exemple d'Aicha, femme malgache de 59 ans, en attente d'un regroupement familial.



Aicha : *Je me sens isolée en Belgique, mes enfants me manquent...*

La thérapeute: *OK, que pourriez-vous faire en attendant ?*

Aicha : *Maintenir le contact à distance...*

La thérapeute : *Que ferez-vous si le regroupement familial n'était pas possible ?*

Aicha : *Je sortirai de mon isolement en reprenant des études, je resterai reliée aux gens que j'ai rencontrés dans mon pays d'accueil et à ceux de mon pays d'origine.*

Des **recadrages** – c'est-à-dire des mots qui aident à percevoir autrement ce qu'elles vivent – permettent également d'élargir leur vision du monde.



La thérapeute : *OK, la séparation est douloureuse mais que leur transmettez-vous comme message ou comme valeur en ayant décidé de ne plus subir la violence dont vous étiez victime et en combattant l'excision ?*

Actualiser les ressources singulières des femmes est tout aussi important. Dans quoi puisent-elles leurs forces ? Qu'est-ce qui les a déjà aidées par le passé ? La foi, l'amour d'un père, ce qu'un-e aînée aura souhaité pour elle, « Ta tête doit te servir à réfléchir et non à porter des choses. », la liberté d'une tante qui a commencé à tracer les sillons de l'émancipation. Qu'est-ce qu'elles ont déjà réussi dans leur vie ?

En ce qui concerne les symptômes du SSPT\*, il est possible de proposer une tâche, une sorte de « devoir » à réaliser à la maison entre les entretiens. Il est question d'essayer de reprendre le contrôle sur le stress en lui donnant une place cadrée, par exemple en demandant à la personne de penser tous les jours pendant dix minutes à ce qu'elle a vécu. Il s'agit ici de l'inviter à sortir le stress au lieu de l'intérioriser. Lorsque les images traumatiques surviennent à d'autres moments, elle les invite à revenir plus tard. Ces images auront leur

moment dans la journée comme le précise Giorgio Nardone [29]. Les métaphores sont également des alliées précieuses pour les thérapeutes, par exemple « Regarder le fantôme en face et le toucher le fait disparaître. L'éviter nourrit la peur... ».

Ce mode d'intervention – qui a ses limites bien sûr – permet aux femmes de sentir qu'**elles reprennent le contrôle de leur vie malgré un contexte de réalité encore difficile**. Les limites généralement reprochées aux thérapies brèves concernent la place des émotions. Le modèle peut apparaître « froid » ou trop directif mais cela dépend de la personnalité du-de la thérapeute qui – tout en restant à l'écoute de ce qui s'interagit dans cet espace duel – va aussi veiller à colorer le lien de son ressenti.

Par ailleurs, la thérapie brève renforce l'optimisme de la femme car le travail se concentre sur de tout petits objectifs concrets. Ces femmes sont souvent aux prises avec un contexte global plutôt sombre et il est parfois bon de les recentrer sur ce en quoi elles gardent encore prise. Un autre bénéfice de cette forme de thérapie est de renforcer conjointement l'optimisme du-de la professionnel-le à celui de la femme. On néglige parfois le potentiel décourageant voire « traumatisant » de certains récits de vie chez les professionnel-le-s.

Se mettre au travail en « tirant sur un fil » à la fois, en toute modestie, nous aide à garder confiance dans le travail et les ressources de nos vis-à-vis.

## L'utilisation de l'EMDR

L'EMDR – acronyme d'Eye Movement Desensitisation and Reprocessing c'est à dire désensibilisation et reprogrammation par des mouvements oculaires – est une thérapie reconnue par l'OMS pour son efficacité dans le traitement du syndrome de stress post-traumatique\* et de tout évènement qui produit ou qui a produit une souffrance psychique durable tel qu'un deuil, une perte, une phobie, une maladie ou autre.

La pratique de l'EMDR trouve toute son indication auprès des femmes concernées par les mutilations génitales qui, pour la plupart, ont vécu de multiples traumatismes. Bien que ces femmes fas-

sent preuve d'un grand courage et d'une force incroyable, la souffrance psychique qu'ont engendré les situations de violences et de contraintes vécues par le passé reste présente tantôt endormie, tantôt stabilisée, tantôt à l'avant-plan.

Lors d'un traumatisme unique ou répété, lors d'évènements de vie douloureux, le cerveau va stocker dans une **mémoire dite traumatique** tout ce que l'événement englobe : des images, des sons, des odeurs, des phrases, des sensations corporelles... Parce qu'elle est susceptible d'être réactivée à tout moment, lors de l'exposition à des stimuli qui renvoient directement ou indirectement au traumatisme, cette mémorisation « vive » va perturber l'équilibre psychique des personnes qui nous consultent. Lors d'une réactivation inattendue, la femme va être aux prises avec une activation physiologique (tachycardie, sudation, oppression...), de l'anxiété, de la tristesse, de la peur voire de la sidération, comparable à une situation de stress intense.

**Tout l'intérêt de l'EMDR est de mettre un terme à cette réactivation en modifiant la perception douloureuse de l'événement.**

Par des mouvements oculaires alternatifs ou par des stimulations bilatérales auditives ou tapotements, l'évènement perturbant va, peu à peu, perdre de son intensité, être mis à distance et être classé dans la **mémoire du passé autobiographique** ; là où il aurait dû être classé lors de l'événement traumatisant. La mémoire autobiographique permet de raconter le souvenir avec une charge émotionnelle moindre qui se modifie avec le temps. En cas de réactivation du souvenir, le cortex pourra alors contrôler la réponse émotionnelle et apaiser la détresse.



*Illustration des mouvements oculaires de l'EMDR.*

L'EMDR aurait pour effet de synchroniser l'activité des deux hémisphères cérébraux (aires sensorielles/émotionnelles et cognitives) et de produire ainsi une désensibilisation de l'information traumatique et une remise en route du système naturel de guérison\* du cerveau. Le cerveau a une capacité innée à traiter les expériences

de vie et à trouver des solutions adaptatives. Cependant quand les évènements de vie sont trop douloureux, traumatiques ou qu'ils dépassent les capacités naturelles de gestion de l'organisme, ils sont stockés d'une façon dysfonctionnelle et vont générer une souffrance qui peut être quasi permanente.

La pratique de l'EMDR consiste en un travail « d'équipe » entre le-la thérapeute et la femme qui consulte. Elle doit se dérouler impérativement dans un cadre empathique, chaleureux, soutenant et contenant. En effet, le-la thérapeute doit soutenir et contenir la narration de l'histoire douloureuse voir traumatique de la femme. **Le travail se passe en deux temps ; premièrement, la désensibilisation au souvenir traumatique et ensuite sa reprogrammation.**

La première phase comprend plusieurs étapes. D'abord, la femme est invitée à relater le déroulement de l'évènement traumatique d'une excision, par exemple, et avec l'aide du-de la thérapeute, ils-elles vont déterminer le moment pertinent, le plus perturbant ou le moins intolérable ; appelé cible.



*On me bande les yeux, quand je ressens la douleur. Béatrice, Rwanda, 30 ans.*



*Je vois cet homme vieux, dégueulasse, tout nu (...). Fatoumata, Guinée Conakry, 25 ans.*

Ensuite, le-la thérapeute effectue une sorte d'« arrêt sur image » autour de laquelle sera explorée la pensée négative qui lui est liée.



*Je vais mourir ! Fatoumata, Guinée Conakry, 25 ans.*

Sera ensuite déterminé le degré de perturbation (0 à 10) que cette image entraîne, ainsi que les émotions – peur, tristesse, sentiment d'abandon, colère et autre – et les tensions corporelles qui lui sont associées.

Cette cible, avec ce qu'elle comporte de pensées négatives, de degré de perturbation, d'émotions et de tensions corporelles, sera l'image de départ de la désensibilisation à proprement parler. Alors que les images, les pensées, les sentiments, les émotions et les tensions corporelles font surface, le-la thérapeute et la femme travail-

lent ensemble en stimulant, bilatéralement par les mouvements des yeux ou par le tapotement, l'expérience rappelée afin d'éliminer le traumatisme passé qui est resté bloqué dans le cerveau. Apparaissent alors le déroulement de la scène traumatique, des pleurs, des crispations sur le visage et dans le corps, des émotions et des sentiments extrêmement douloureux.



*C'est bloqué là, j'arrive plus à pleurer, j'ai mal au cœur... Béatrice, Rwanda, 30 ans.*

Les séries successives et assez brèves de stimulations sensorielles continuent jusqu'à ce que les émotions soient atténuées voire neutralisées et que l'événement passé puisse être associé par la femme à des pensées et des sentiments davantage neutres voire positifs qui lui permettront de mettre à distance le traumatisme.



*Le viol est très loin, je pense plus à moi. Je suis pas morte, j'ai survécu. Béatrice, Rwanda, 30 ans.*



*Je commence à maîtriser mes émotions. Comment j'ai pu traverser tout ça ? Est-ce que c'est ça que je mérite ? Fatoumata, Guinée Conakry, 25 ans.*

La seconde phase du traitement – la reprogrammation – peut être réalisée lorsque l'événement traumatique a perdu toute son intensité douloureuse. La cible de départ sera alors reprogrammée avec des stimulations sensorielles toujours accompagnées par une pensée neutre ou positive.



*On ne peut plus m'imposer ; c'est du passé. Fatoumata, Guinée Conakry, 25 ans.*

Ainsi reprogrammé, l'événement traumatique est enfin classé dans la mémoire autobiographique et n'entraînera plus de reviviscence intense et dramatique. Il ne restera de ce souvenir qu'une sorte de cicatrice.

Dans la clinique des femmes concernées par l'excision ayant vécu également d'autres traumatismes, la difficulté sera d'amener la femme à accepter et à supporter la confrontation à l'événement traumatique. La thérapie faite d'associations libres, d'expositions,

de dissociations qu'est l'EMDR, met souvent à rude épreuve la femme et le-la thérapeute tant les images, les émotions et les tensions qui remontent à la surface sont d'une intensité aussi violente que lors du traumatisme. Au fil des mouvements bilatéraux, au fil des séances, l'apaisement progressif du traumatisme apparaît comme un soulagement tant pour la femme que pour le-la thérapeute.

Bien que l'EMDR fasse partie des prises en charge thérapeutiques brèves, efficaces et durables, l'accompagnement des femmes concernées par les mutilations génitales mais également d'autres formes de violences de genre, nécessite un nombre plus important de séances.

## La créativité en thérapie

La clinique de l'exil est une clinique particulière ; elle nous force à sortir de notre cadre habituel et à réinventer notre travail. Il s'agit de communiquer, or, dans notre société, communiquer implique principalement le verbal et la langue française, même en travaillant avec un-e interprète. Le français, cependant, ne constitue pas la langue maternelle de notre public. Même si les femmes parlent le français, il se peut qu'elles ne se sentent pas à l'aise et parfois le verbal n'est simplement pas leur mode de communication privilégié et cela autant en fonction d'éléments culturels que personnels.

Il s'agit donc de réinventer la communication. Se réinventer en tant que thérapeute et humain-e afin d'établir les liens nécessaires de confiance pour qu'une rencontre soit possible et qu'un travail thérapeutique puisse se faire sur un mode de communication où chacun puisse trouver sa place.

Comment fait-on cela ? Notre pratique nous a bien souvent montré qu'il n'existe pas de solution toute faite et que cela dépend des outils à disposition de chaque thérapeute en fonction de sa formation mais également de sa motivation. Il faut chercher, expérimenter, échanger avec les collègues, avec les réseaux de santé mentale, avec les thérapies alternatives... En d'autres mots, il faut être créatif-ve !

Citons l'exemple du « Comment ça va aujourd'hui ? ». Les femmes guinéennes répondent souvent « Ça va un peu. ». Lorsque cette réponse se répète d'entretien en entretien, on s'interroge de savoir « C'est combien ce « un peu » ? ». Comment pourrait-on s'y prendre pour saisir cette réponse correctement ? Pour aider la personne à s'exprimer et peut-être à nuancer cela ? Demander ? Quantifier verbalement sur une échelle de 0 à 10 ? Et pourquoi ne pas travailler métaphoriquement et proposer un outil concret pour « mesurer » son humeur ? C'est une façon de faire émerger la créativité en entretien.



*Quand je pose la question « Comment ça va aujourd'hui », je propose à la personne de prendre la figurine en papier plastifiée et de se positionner sur l'escalier que mon collègue a dessiné avec de la peinture sur une feuille A3. Ce simple exercice peut constituer le démarrage d'un entretien. Annalisa, co-auteure de l'ouvrage.*

Voici l'outil du « Comment ça va » ? Il peut également servir d'auto-évaluation pour débiter et/ou terminer un entretien.



*L'escalier d'évaluation. Dessin réalisé par Jérémie Gallegos, professeur d'alphabétisation au GAMS Belgique.*

À partir de là, le travail devient multiple. Travailler les émotions, la projection dans le futur, les ressources possibles pour avancer ou éviter de reculer sur les marches, les désirs, les envies... Le travail créatif peut aller encore plus loin en parlant à la troisième personne, en inventant un nom à la figurine, en la faisant parler, marcher, évoluer au fil des entretiens...

La créativité a sa place autant chez le-la thérapeute, que chez la femme qu'il-elle reçoit, autant dans un travail individuel que collectif. Elle constitue une manière originale de lier, d'entrer en relation dans une problématique lourde de sens et de poids comme les mutilations sexuelles.

Pour cela, l'art-thérapie – parmi d'autres – nous offre bien des pistes. Selon Jean-Pierre Klein<sup>71</sup>, l'art-thérapie est une psychothérapie à support artistique qui implique une création ainsi que l'installation d'un processus de production qui permet à la personne en thérapie d'effectuer un parcours symbolique. Tout au long de ce parcours surgissent des révélations de sens par l'observation des figures, répétitions, évolutions des œuvres. Ce processus permet à la personne de se transformer par elle-même [30].



*Une jeune fille utilisait la couleur rouge et noire pour dessiner ses cauchemars. Après avoir dessiné, elle restait silencieuse et pleurait systématiquement. Les dessins se succédaient, les formes évoluaient au fil des entretiens ; des taches, puis des ronds aux contours définis. Jusqu'au jour où elle introduit une nouvelle couleur dans ses dessins ; le rose. Là, elle explique qu'il s'agit de sa couleur préférée. Elle réfléchit alors aux vêtements de couleur rose qu'elle a dans sa garde-robe et les porte les jours où elle se sent moins bien. Elle achète également une peluche rose avec laquelle elle s'endort facilement. Les cauchemars diminuent jusqu'à disparaître. Annalisa, co-auteure de l'ouvrage.*

Lorsqu'on utilise la création en thérapie, ce n'est pas pour faire « du beau » mais pour amener les personnes à cheminer dans leur processus créatif comme on évolue dans une thérapie classique à travers les mots.

## Le travail autour de la différenciation et de l'appartenance

Le travail thérapeutique peut également comprendre un travail autour des questions d'appartenance\* et de différenciation\*. La dimension collective étant prédominante parmi notre public, elle laisse peu ou pas de place à l'individu-e. En fuyant leur pays et demandant protection ici, les femmes s'inscrivent dans un processus de différenciation\* et d'individuation dans lequel elles ne sont, en général, pas soutenues par leur famille et leurs proches. De plus, l'enjeu de leur démarche ne leur est pas toujours conscient. Comment rester en appartenance\* tout en se différenciant ?

**Dans un premier temps**, il est bon de laisser la place à l'expression des ressentis de colère et de souffrance tout en soutenant le côté inhumain de leur vécu et la nécessité de se protéger de ce système qui leur a imposé de si grandes violences. Un sentiment d'ambivalence\* peut alors apparaître, sentiment résultant de la loyauté plus ou moins inconsciente envers certain-e-s membres de la famille ou de la communauté, comme décrit dans la troisième partie.

Ce comportement individuel – bien qu'il soit réprimé par leur système d'appartenance\* – n'est pas isolé; il est le fruit du système tout entier et sert son évolution. Il s'agit d'envisager le travail de deuil et de séparation, notamment lié à l'exil ; explorer les vécus, les émotions et travailler la culpabilité. Il n'est pas rare que les femmes laissent au pays leurs parents, mais également un ou plusieurs enfants. Cela amène souvent des vécus très difficiles.

**Le second temps** du travail consiste à explorer comment la personne peut rester en appartenance\* avec son système. Le travail de construction identitaire mène à s'identifier à ce qui est bon dans le présent mais, si possible, aussi à ce qui est bon dans le passé, dans les racines. Pour pouvoir ré-appartenir à un système qui a tant fait souffrir, il faut apprendre à mettre en perspective les comportements individuels en les replaçant dans leur contexte. Au sujet de l'excision, les parents n'ont peut-être pas eu les ressources nécessaires pour s'opposer à l'excision de leur fille ; ce n'est pas donné à tout le monde d'avoir un espace pour la différenciation et la révolte.

Le travail en groupe peut constituer une manière de recréer cette appartenance\*. Mais dans le cadre d'un accompagnement individuel,

vous pouvez aider la personne à se reconnecter au positif qui lui a été transmis par ses parents. **Il est important de prendre conscience des valeurs et rituels de sa famille et de là, pouvoir choisir en pleine conscience ce que l'on garde et ce que l'on abandonne.** Ceci constitue la base même du travail préventif des MGF. Le travail autour de l'arbre généalogique peut aider dans cette recherche. Il peut aussi éveiller l'empathie pour les membres de la famille qui sont certes responsables des violences subies, mais aussi victimes depuis de nombreuses générations. Une mère peut supplier sa fille d'accepter le mariage imposé par son mari pour éviter qu'elle ne soit chassée de la maison et ne se retrouve à vivre dans la rue, alors qu'elle-même a été donnée en mariage au même âge que sa fille par son propre père. Il s'agit là de systèmes de fonctionnement fermés, qui se répètent sans fin. Aidez les femmes à en prendre conscience contribue sensiblement au changement.

Le système dans lequel la femme évolue ici et maintenant peut également poser problème ; notamment les difficultés rencontrées dans le cadre de la vie au sein du centre d'accueil et/ou avec ses enfants. Quels sont les liens entre ce qui est vécu dans le système actuel et les fonctionnements du système d'origine ? Vous pouvez alors questionner les relations dans la fratrie, les alliances et les coalitions, les croyances transmises sur les rôles de chacun-e, sur la façon de gérer les relations familiales...

En dehors du système familial actuel, il peut aussi être important d'aider à prendre conscience et à comprendre le système culturel et social actuel. La dimension psychosociale de l'accompagnement et le travail en réseau y participent et permettent ainsi l'entrée dans un nouveau système d'appartenance\*.

## La dimension médicale

### *Collaboration thérapeute – psychiatre*

L'intervention des psychiatres et ethnopsychiatres se situe souvent en deuxième ou troisième ligne.

Les questions à se poser sont les suivantes : à quel moment de l'accompagnement individuel ou collectif faut-il orienter une femme vers un-e psychiatre ? Sur base de quels critères ? Quelles observations ? Comment aborder la question avec elle ?

En tant que professionnel-le du secteur psycho-social, nous sommes amené-e-s à collaborer avec des services psychiatriques. Pour que ce travail profite pleinement à la personne en consultation et pour qu'une réelle relation de confiance puisse s'installer dans le trinôme thérapeute-psychiatre-consultante, il peut être intéressant de rencontrer au préalable les services psychiatriques avec lesquels vous avez décidé de travailler. Ceci est d'autant plus vrai dans le cas où ces services n'existent pas dans vos institutions. Il faut alors penser et mettre au point un système de communication efficace et continu.

Lorsque les outils thérapeutiques proposés commencent à atteindre leurs limites ; lorsque vous observez que malgré le travail en cours, la personne n'évolue plus, « fait du surplace » ou stagne dans une phase « basse » où rien de ce que vous proposez ne semble plus fonctionner, ou bien encore lorsque la personne présente des idéations suicidaires voire des passages à l'acte, des humeurs sombres et une souffrance telle qu'il ne semble pas avoir de solutions possibles, il est bon et nécessaire de faire appel à un-e psychiatre. Cette collaboration peut se mettre en œuvre à tout moment du travail thérapeutique.

Le dilemme est que **la demande de rencontrer un-e psychiatre n'est pas formulée par les femmes qui nous consultent**. Sauf en cas d'urgence, avant de proposer à la femme que vous accompagnez de consulter un-e psychiatre, il est préférable qu'une relation de confiance soit installée entre vous ; ceci afin d'augmenter les chances d' « adhésion » au traitement médicamenteux. Vous aborderez le sujet avec précaution parce les images que véhicule la psychiatrie en Afrique sont terrifiantes. « Les psychiatres, c'est pour les fous » nous disent-elles. Elles s'imaginent que la psychiatrie consiste à être attachées dans une camisole de force et à recevoir des piqûres contre leur avis. Dans ce contexte, bien entendu, il est aisé de comprendre les refus de certaines à consulter un-e psychiatre et même parfois un-e psychologue. Dans la mesure du possible, si cela peut favoriser la démarche, vous pouvez accompagner la personne lors de sa première consultation psychiatrique.

### *Désinfibulation et reconstruction clitoridienne*

Les questions relatives à l'opération de désinfibulation et de chirurgie reconstructrice sont spécifiques aux thématiques des mutilations génitales féminines. La thérapie peut être le lieu idéal pour les aborder.

Ces deux opérations permettent d'améliorer la qualité de vie des femmes.

La première s'adresse aux femmes infibulées\* ou présentant une pseudo-infibulation\*. La désinfibulation consiste à séparer de manière chirurgicale et sous anesthésie les grandes lèvres ou petites lèvres qui sont collées, pour permettre les rapports sexuels, l'écoulement de l'urine ainsi que des menstrues, sans la moindre entrave. Cette opération permet non seulement une aisance corporelle, un sentiment de complétude mais également une maîtrise nouvelle de son corps.



*L'opération m'a changé la vie, je suis à nouveau Femme. Ayane, Djibouti, 30 ans.*

La (re)construction identitaire peut également passer par une reconstruction clitoridienne ; il s'agit du second type d'opération. Celle-ci permet de construire un néo-gland clitoridien en utilisant la partie interne du clitoris qui n'a pas été touchée pendant l'excision. En effet, l'excision concerne la partie visible du clitoris mais la partie interne du clitoris mesure jusqu'à huit centimètres. Cette opération s'adresse à toute femme excisée. Le centre CeMAViE° de l'hôpital Saint-Pierre à Bruxelles (site César de Paepe) et la nouvelle unité de l'UZ Gent° permettent de répondre depuis peu à cette demande. Le but de ces deux centres est de proposer un accompagnement multidisciplinaire psycho-sexo-médical. Ils bénéficient d'une convention INAMI et les soins sont gratuits pour les femmes bénéficiant d'une mutuelle. Cette reconstruction – si elle fait partie d'un processus thérapeutique plus large – peut aboutir à une forme de « renaissance » identitaire ; se vivre à nouveau complète et reprendre le contrôle de son corps et de sa sexualité. Dans certains cas, la transformation psychique du travail thérapeutique suffit, permettant ainsi à certaines femmes de renoncer à la chirurgie.

Il faut rester vigilant-e au fantasme véhiculé par cette dernière intervention ainsi qu'au dilemme culturel sous-jacent. En effet, le clitoris – support de bien des fantasmes – pourrait devenir la solution systématique, unique, voire magique à toute une série de difficultés vécues par les femmes. **Chacune a – en effet – un parcours singulier et ce dont l'excision a privé chacune est singulier.** La seconde précaution est celle du dilemme culturel auquel les femmes s'exposent lorsqu'elles décident de recourir à la chirurgie reconstructrice. D'une part, elles se réapproprient une identité féminine conforme au mo-

dèle « normatif » et d'autre part, elles prennent le risque – si cela n'est pas élaboré en famille – que leur réparation soit perçue comme une rupture familiale et donc culturelle. Or, ceci est d'autant plus interpellant que les femmes que nous rencontrons en consultation sont majoritairement « coupées » de leurs liens d'origine.

L'un dans l'autre, il est important de considérer la dimension psychologique de ces interventions. Il s'agit à nouveau de « toucher » à ce sexe blessé. Bien que les conditions d'interventions et l'intention posées soient totalement différentes, les outils utilisés ainsi que les positions, les manipulations et la convalescence peuvent rappeler le trauma de l'excision. Si bien que certaines femmes refusent l'intervention malgré les avis médicaux des gynécologues consultés en ce qui concerne la désinfibulation.

**Le parcours vers l'une ou l'autre chirurgie requiert un accompagnement pas à pas et peut s'insérer dans un travail thérapeutique plus large.** Il sera opportun d'aborder les angoisses et conflits sous-jacents ainsi que de donner ou d'accompagner à la recherche d'une information claire et précise. Nous constatons dans nos pratiques que préparer l'intervention avec la disponibilité et la bienveillance de l'équipe médicale ainsi que de rencontrer des femmes déjà opérées peut aider la personne à prendre une telle décision. La convention INAMI des deux centres agréés prévoit cinq consultations pré-opératoires minimum pour s'assurer que la femme demandeuse d'une reconstruction du clitoris ait pu prendre le temps nécessaire à la réflexion en discutant avec chacun-e des intervenant-e-s.

Dernier point à envisager : une femme qui décide de se faire désinfibuler sera considérée comme s'opposant à son système de valeurs communautaires, de même qu'une femme qui opte pour la reconstruction du clitoris, toutes deux tentant d'« annuler » chirurgicalement le fait d'être excisée. Dans le cas d'une désinfibulation, si la femme est en demande d'asile, elle craindra pour sa vie en cas de retour au pays. La thérapie est donc le lieu idéal pour travailler une éventuelle ambivalence\*. L'opération de reconstruction clitoridienne est accessible aux femmes au statut certain parce que le suivi est plus long ; il faut s'assurer que la femme soit dans de bonnes conditions pour se reposer et qu'elle pourra revenir aux différentes consultations. La reconstruction du clitoris n'est pas considérée comme un traitement « vital » et n'est pas prise en charge par Fédasil pour les femmes demandeuses d'asile contrairement à la désinfibulation.

## Que disent les femmes de cet accompagnement ?

-  *Avant, je pleurais tous les jours, maintenant, je pleure moins. M'mawa, Mali, 26 ans.*
-  *Lors de l'audition au CGRA\*, j'ai demandé un interprète femme mais quand je suis arrivée, j'ai vu que c'était homme. Avant, j'aurais pas osé parler devant un homme comme ça mais je me suis rappelée le travail que je fais avec toi et je me suis sentie plus forte. J'ai bien respiré, j'ai pleuré aussi mais ça s'est bien passé. Mariama, Sierra Leone, 19 ans.*
-  *Je viens ici parce que tu m'aides à ranger les choses que j'ai dans la tête. Amal, Tchad, 25 ans.*
-  *Tu es comme famille pour moi, je sais que je peux tout te dire et que tu vas pas le répéter ailleurs. J'ai confiance. Je vais jamais t'oublier. Natacha, Burkina Faso, 37 ans.*

Par ces quelques témoignages, nous constatons que l'accompagnement individuel permet un certain apaisement des affects, le travail de l'estime de soi ainsi que la reprise du pouvoir sur soi et/ou sur sa procédure.

Nous en avons déjà parlé à plusieurs reprises mais nous voyons également l'importance du lien entre les femmes qui consultent et le-la thérapeute dans leur évolution personnelle. « Faire partie de la famille » sort du cadre de travail enseigné à l'université mais à son pesant d'or dans la clinique de l'exil. En tant que thérapeute, représentant-e de la terre d'asile, nous faisons partie de cette nouvelle terre sur laquelle elles peuvent s'ancrer, retrouver stabilité, sérénité et sécurité.

## Chapitre 9.

# Un exemple d'accompagnement collectif : l'Atelier d'Expression Corporelle

---

**A** fin d'illustrer cette partie, nous proposons de vous présenter un atelier spécifique, celui d'expression corporelle d'un de nos lieux de consultation. Cependant, les possibilités de travail en groupe sont nombreuses et peuvent prendre des formes variées en fonction des besoins des participantes et en fonction des outils privilégiés des animateur-trice-s.

Pourquoi un Atelier d'Expression Corporelle (AEC) pour des femmes concernées par l'excision et/ou d'autres formes de violences de genre ?

Comme nous l'avons déjà dit, le corps des femmes est souvent traité comme un objet qu'on prend, qu'on utilise, qu'on use, qu'on mutile, qu'on touche, qu'on piétine, qu'on frappe, qu'on viole, qu'on cache ou encore qu'on jette. Ce corps appartient aux autres et à la communauté mais surtout pas la femme elle-même. Les témoignages nous montrent que les femmes vivent et ressentent leurs corps comme un instrument pour enfanter, pour nourrir ou pour assouvir les besoins sexuels de quelqu'un d'autre. Sur ces observations, nous avons basé la création et l'élaboration de l'AEC.

**La société dans laquelle elles évoluent semble craindre le corps des femmes.** Ces corps qu'il faut maîtriser, contrôler, purifier, soumettre pour les rendre inexistants et invisibles. La sexualité n'est pas à soi, elle a un but, un objectif précis : la procréation et la survie de la communauté. Contrôler la sexualité des femmes, c'est contrôler et emprisonner leur corps. Les femmes commencent à avoir un autre rapport avec ce corps, elles le maîtrisent pour éviter les débordements et les punitions. Elles ne peuvent jamais choisir ni pour elles et ni pour leurs corps.

Des questions se posent alors...

Quelles émotions, traumatismes et autres sont inscrits dans leurs chairs et comment s'expriment-ils aujourd'hui ? Quelle conscience et quel rapport ont-elles avec leur corps ? À qui appartiennent leurs corps aujourd'hui ? Comment peuvent-elles habiter à nouveau ces corps ? Comment peuvent-elles faire la paix avec leur corps tels qu'ils sont aujourd'hui ?

## Quelques points de repères

Le mouvement c'est la vie ; même quand nous décidons de ne pas bouger, nous bougeons. Par le simple fait de respirer, la poitrine se soulève, la cage thoracique s'ouvre, le ventre se remplit, les narines vibrent... **Le mouvement est fondamental.** Il fait fuir dans le besoin, il permet à des familles de traverser l'océan pour mettre leurs vies en sûreté. Il permet au corps d'exprimer le cœur. Le mouvement permet le refus, la fuite, l'abandon, la survie, la joie. Il permet de respirer ; quand les personnes en exil s'arrêtent après leur fuite, ils-elles peuvent souffler. Le mouvement permet d'alléger les peines ; quand le corps s'arrête en terre d'asile, il est envahi de maux, il peut exprimer les peines. Il prend le temps alors qu'au pays le corps est constamment sous tension ; il lutte pour la survie.

### Le travail des sensations

L'excision meurtrit le corps ; le traumatisme est tant physique que psychique. Dès lors, il paraît évident d'intégrer le corps lorsqu'on travaille avec des femmes victimes de mutilations sexuelles.

Selon Babette Rothschild – thérapeute psychocorporelle et spécialiste du SSPT\* – « Un des outils les plus pratiques dans le traitement des traumatismes et du SSPT\* consiste à faire appel à la conscience que le patient a de l'état de son corps (...) » [16]. Babette Rothschild définit la **conscience corporelle** par une **conscience subjective des sensations du corps provenant des stimulations de l'intérieur du corps comme de l'extérieur**. Elle ajoute que certains symptômes du SSPT\* peuvent disparaître en augmentant cette conscience corporelle.

Un traumatisme peut être réveillé par des stimuli internes (en ce qui concerne l'excision, des douleurs au moment des rapports sexuels, des douleurs menstruelles...) et externes (la couleur rouge qui rappelle le sang, le bruit métallique qui rappelle l'outil utilisé pour exci-

ser...). L'auteure nous dit que le-la patient-e souffrant de SSPT\* risque de craindre toutes les sensations éprouvées dans son corps ne faisant plus la différence entre celles agréables et celles désagréables.

**La bonne nouvelle est que, plus on apprivoise les sensations, moins elles sont effrayantes.** Heril et Megrier [31] partagent cet avis ; avoir une meilleure connaissance de son corps, c'est apprendre à vivre avec lui en comprenant qu'il est le médiateur des énergies et des émotions qui passent en nous.

## Au centre de son corps

Dans son article « Danse du ventre, danse du centre » [32], Claire Baudin – infirmière et danse-thérapeute – nous expose sa vision de la danse orientale et de la femme. Selon elle, **la danse augmente l'estime et l'amour de soi ainsi que le plaisir d'être une femme, tout particulièrement pour les femmes qui ont subi des violences physiques et sexuelles.**

Nous sommes tous et toutes originaires du ventre de notre mère ; le ventre est l'origine. Nous sommes tous et toutes issu-e-s de la même Terre. Selon l'auteure, le ventre, situé au centre du corps, symbolise le noyau vital et par là, les émotions primordiales. Elle fait le lien entre l'étymologie du mot « mouvement » – en latin movere signifiant « mouvoir » [2] – et du mot « émotion » – en latin motio signifiant « mouvement » [2]. Mouvement et émotion sont intimement liés.

## L'expression corporelle, c'est quoi ?

Dans son livre « Expression corporelle. Langage du silence » [33], Claude Pujade Renaud<sup>72</sup> définit cette dernière en reprenant les termes d'Antonin Artaud<sup>73</sup> parlant du théâtre libanais « Un état d'avant le langage : musique, gestes, mouvements, mots. ». L'expression corporelle emprunte des techniques aux mimes, au théâtre, à la relaxation, à la danse, à l'animation...

Elle favoriserait un réinvestissement narcissique du corps, la construction d'une image positive et gratifiante ainsi qu'une aisance corporelle ; ce qui rejoint les propos de l'auteure précédente. Claude Pujade Renaud se pose la question suivante : comment ce qui est mis en place dans l'atelier est-il porté dans le quotidien par les participant-e-s?

L'objectif de l'expression corporelle est double. Le premier est un mouvement vers l'intérieur, le second vers l'extérieur. D'abord avec soi : (re)connaître son corps, expérimenter sur des modes de plaisir son fonctionnement, ses mouvements, son apparence et multiplier les expériences gratifiantes personnelles en relation avec lui. Ensuite avec une autre personne ; interagir, rencontrer les autres, leurs corps, les découvrir, leurs mouvements, leurs qualités et multiplier les expériences gratifiantes en groupe, en faisant « corps » avec lui.

L'auteure met en lumière les qualités de l'animateur-trice d'un AEC. Quelle que soit la technique utilisée, l'animateur-trice réinterroge l'outil et l'adapte au groupe. Entre silencieux-cieuse, démonstrateur-trice et participant-e, Claude Pujade Renaud parle de qualité de présence de l'animateur-trice. Elle propose une animation en binôme où l'un-e est animateur-trice et le-la second-e participant-e. Afin d'éviter l'identification, l'animateur-trice tient une place qui permette l'autonomie corporelle et psychique du groupe et de ses individu-e-s.

Il-elle expérimente également sur lui-elle-même les outils dans leurs difficultés et leurs limites. L'auteure gratifie davantage l'expérience personnelle que la formation artistique ou psychologique.

## Une expérience d'Atelier d'Expression Corporelle

### Quels objectifs ?

L'objectif principal de l'atelier est d'inviter les participantes à expérimenter de (re)mettre leur corps en mouvement. Nous pensons que ceci puisse mener à une familiarisation et à l'éveil des sensations avec leur corps et dans un second temps à une conscientisation. Ceci permettrait à son tour d'augmenter la confiance en soi, aux autres – puisque expérimentée en interaction aux autres – et au monde par contamination. Enfin, l'atelier permettrait de remobiliser les forces créatrices.

Selon la danseuse-thérapeute, An Goedertier<sup>74</sup>, « Danser, c'est mettre en mouvement le grand livre de sa vie. » ; c'est se reconnecter à son être, à ses origines et à l' « essence de femme », en ce qui nous concerne. **Le corps parle de son histoire, de sa culture et de ses racines** selon Claude Pujade Renaud. Musique et mouvement éveillent la mémoire collective du corps et son histoire ; une mémoire du

corps oublié disait France Schott Billmann<sup>75</sup>. Nous précisons qu'il s'agit de mémoires collectives de femmes, en ce qui nous concerne.

## Quelles techniques utilisées ?

Le point de départ est toujours corporel : danse, stretching, relaxation, exercices de respiration et d'(auto)massage, souvent accompagnés de musique. Nous passons également à d'autres techniques artistiques par le biais de l'intermodalité. Cette dernière est utilisée en art-thérapie et désigne le passage d'un média artistique à un autre pour que la thérapie opère. Le-la thérapeute propose à son-sa patient-e de peindre un tableau et ensuite le mettre en forme en utilisant l'argile par exemple. Le changement de média permet d'approfondir les thèmes travaillés et d'adopter un autre point de vue afin de faire évoluer le processus thérapeutique par la création.

« Il ne peut y avoir d'expression de l'énergie créatrice que véhiculée par un corps libre, un corps qui danse » [34].

Après le travail corporel, nous proposons ensuite de passer au théâtre (improvisations, réalisations de scénettes seule ou en groupe...), aux arts plastiques (peindre avec les doigts par exemple après une danse), au travail des masques (création, travail corporel), au chant... Du matériel créatif est mis à disposition des participantes ainsi que du matériel de confort tel que des coussins, des tapis et des couvertures.

## Quelles étapes du projet ?

Les observations sur le déroulement d'un module ou d'une séance nous donnent des pistes de travail pour le module ou la séance suivante ; tant sur les techniques à utiliser que sur les hypothèses de travail. Ainsi, après un module d'expression corporelle pure, nous allons proposer – par exemple – des techniques théâtrales au module suivant parce que nous en avons observé les prémises spontanées au module précédent. Si lors d'un atelier, les participantes rencontrent des difficultés à décrire leurs ressentis physiques par rapport à un exercice proposé, nous allons y porter une attention particulière à la séance suivante en construisant la technique artistique autour de cette observation, et ainsi de suite.

Lorsque nous choisissons un thème, le fil rouge de l'atelier, ses objectifs et ses temps forts sont tracés à l'avance ; par contre, au fur et à mesure des séances, nous adaptons les propositions à ce qui émerge dans le groupe et préparons chaque séance une semaine à l'avance sur base des observations de l'atelier précédent. En cela, **l'AEC se veut évolutif et co-construit avec les participantes ; rien n'est rigide, tout est mouvement.**

Quel que soit le thème, il se construit comme suit.

La première séance est dédiée à briser la glace, à se présenter, à construire le cadre ensemble et à initier une dynamique de groupe. La dernière séance permet la présentation individuelle ou en groupe – en fonction des objectifs spécifiques du module – du résultat final du travail, l'évaluation individuelle du parcours et l'au revoir. Les quatre séances centrales permettent de développer les exercices phares en fonction du thème.

Chaque séance se décompose en cinq moments. Le premier moment est celui de la bienvenue ; un rituel d'ouverture en musique, sous forme d'une ronde. Les participantes et les animatrices se tiennent par la main, se laissent porter par la musique, se disent bonjour corporellement et improvisent des pas dans la ronde selon les envies. Ensuite s'enchaînent les moments d'échauffement et d'éveil corporel pour préparer le corps au travail, l'exercice central en fonction du sujet du module – individuel et/ou en groupe et un moment de feedback oral pour celles qui le souhaitent. La boucle est bouclée par le cinquième moment ; celui de l'au revoir sous la même forme que le premier temps.

## Quelques réflexions à propos de l'atelier

La valise des traumas. Alors qu'elle va être embarquée sur l'avion, la valise est déjà pleine à ras bord, elle atteint la limite de poids à la douane. Parfois, pendant le voyage vient s'y entasser l'un ou l'autre nouvel événement. Lorsqu'elle touche la terre d'asile, de nouvelles situations s'enlisent à travers les fermetures qui menacent de céder. Femme, exil et mutilation génitale féminine. La valise, le corps. Quelles inscriptions du trauma ? Quels rapports au corps ? Quelle conscience ? Quelle paix possible ?

## Sentir son corps : s'en approprier

Comment les femmes habitent-elles et utilisent leur corps suite à une excision et/ou d'autres violences physiques ? Lorsqu'après un mouvement nous proposons un temps de recentrage sur soi, les yeux fermés ou pas, afin d'être à l'écoute de ce que cela a suscité dans le corps, les réponses sont vagues, certaines disent même ne rien ressentir. Il faut cependant noter que ce genre d'exercice peut être difficile pour quiconque. Nous vivons dans une société où le mental et l'intellect sont davantage encouragés que les affects, l'instinct et les sensations.

Dans la partie théorique, nous décrivions que sentir son corps devient dangereux pour des personnes atteintes de SSPT\*. Ceci est à mettre en lien également avec le mécanisme de dissociation dont nous parlions dans la troisième partie. Il semblerait que le rapport qu'elles entretiennent avec le corps présente quelque chose de l'ordre du clivage c'est-à-dire de la coupure ; la tête opposée au corps, avec peu ou sans connexion. **Au risque de sentir ce qui est dérangeant, certaines préfèrent « s'anesthésier » et ne rien ressentir.** En d'autres mots, elles se protègent, ce qui a tout à fait du sens après ce qu'elles ont vécu. Que ce soit en travail individuel ou collectif, il est bon de le nommer ; il s'agit là d'une ressource.

Et pourtant, elles se plaignent de ce mécanisme qui, rappelons-le, agit de manière inconsciente. Elles se décrivent confuses, étranges et différentes par rapport aux autres. **Quoi de plus angoissant que de ne plus pouvoir se fier à ses propres instruments, à ses propres sens ?** Elles expriment le désir de changer et de fonctionner autrement « Je veux être normale comme vous (...) je veux être comme avant. » c'est-à-dire avant qu'elles ne soient frappées, excisées, violées, torturées ou autre. Elles savent et quelque part elles sentent malgré tout que le trauma a dérégulé quelque chose dans leur fonctionnement habituel et elles en ont peur.

Le pari que nous faisons à travers l'AEC est de permettre à ces femmes de faire la paix avec leur corps, d'oser le sentir à nouveau leur et de l'apprécier tel qu'il est. Un cadre sécurisant par le style d'animation, est la condition sine qua non pour que cette expérience puisse avoir lieu.

Dans l'atelier, dans ce cheminement des sensations corporelles, les femmes ne sont pas seules ; elles sont accompagnées et soutenues par le style d'animation et le « corps » du groupe. Le travail en groupe permet de reconstruire également la confiance, en soi, aux autres et au monde. Les consignes sont volontairement courtes et non directives et laissent la place à la spontanéité, au geste juste, à soi pour soi. Il n'y a que de bons gestes. L'atelier consiste à redonner du pouvoir sur le corps.

Elles peuvent s'autoriser à sentir leur corps, à avoir des sensations dans ce lieu de sécurité en toute confiance des autres. Elles sont également un support pour les autres. Leur corps n'appartient qu'à elles seules.

Il arrive que les conditions de vie précaire et les systèmes administratifs les conduisent à l'assistanat. À cela, s'ajoute le vécu d'objet dont elles parlent, au sein de leur famille et de leur communauté. Mettre son corps en mouvement aide à inverser la tendance ; c'est passer de l'état passif à celui actif, c'est devenir actrice de soi et s'individualiser pour devenir une personne à part entière.

### **S'éveiller aux sensations : commencer à bouger**

Le mouvement est au cœur de la vie de ces femmes. Elles migrent d'un pays à un autre ensuite elles se déplacent en Belgique sur de longs trajets pour leurs différentes démarches et s'adaptent à toute nouvelle situation. Quand elles s'arrêtent, quand elles mettent suffisamment de distances entre elle et la/les persécutions, le corps peut alors exprimer ses peines d'une manière pas toujours adaptées et parfois détournée tel qu'à travers les symptômes psychosomatiques, nous en avons longuement parlé dans la chapitre 7. Pour mettre en lumière les messages du corps, nous utilisons le mouvement.

Ce travail se fait de manière délicate, évolutive et patiente ; chacune adopte son rythme et expérimente ses limites. Le travail de l'ancrage est nécessaire et renforce la sécurité et donc la permission de sentir son corps. L'atmosphère bienveillante permet d'accueillir les manifestations émotionnelles parfois craintes, le cercle de parole en fin d'atelier permet à celles qui le souhaitent de mettre des mots dessus.

L'échauffement de chaque séance, passe par l'ancrage à travers un travail de mouvement des pieds, d'imagination active et de massage

des contours du corps... L'ancrage est important pour se sentir en sécurité pour faire de nouvelles expériences sensorielles mais il a sens également lorsqu'on travaille avec des personnes exilées. S'exiler, c'est se couper de ses racines originelles, c'est se trouver entre deux patries ; un pays qu'on quitte pour survivre – qui ne nous veut plus – et un pays qu'on gagne pour vivre – qui ne nous veut pas tout à fait. S'exiler, c'est être nulle part et partout en même temps. Les migrant-e-s entre eux se traitent de « déraciné-e-s » **d'où le besoin de sentir la terre sous nos pieds, pour appartenir à la Terre où que l'on vive.**

Sentir ses pieds, pour reprendre racines où que l'on vive.

L'AEC, c'est l'apprentissage à nouveau d'un corps, d'un corps nouveau, un corps oublié qui passe par la prise de conscience d'avoir et d'être un corps. C'est également l'opportunité d'explorer son corps comme le nouveau-né pour le (ré)apprendre, faire de nouvelles expériences positives, les intérioriser dans son corps et ainsi réaliser de nouveaux ancrages dans un cadre permissif et sécurisant.

La particularité du cadre d'animation réside dans l'expérimentation des trois rôles par une même animatrice. Ceci lui fournit une vue d'ensemble de l'atelier et lui permet d'utiliser les éléments recueillis tantôt dans le rôle d'animatrice, tantôt dans le rôle d'observatrice, tantôt dans le rôle de participante, dans la construction des séances ultérieures. Notons également que nous restons vigilant-e-s à la question de l'influence de la participation de l'animatrice qu'il est important de travailler en supervision, tel que le fait remarquer C. Pujade-Renaud [33].

### Créer avec le corps : se transformer

Dans cet atelier, peu importe l'origine, l'histoire, les traumatismes et les blessures des participantes. Elles se « racontent » tel qu'elles ont envie de se raconter, de manière créative, spontanée, esthétique et ludique, autrement qu'à travers les mots d'un récit qu'elles devront raconter mille fois dans leur parcours d'asile. Elles sont justes, telles qu'elles sont au moment où elles arrivent en atelier.

Le mouvement amène la conscience sur les sensations et les émotions, ensuite vient la création pour se transformer, en danse ou en intermodalité pour remettre de la vie, insuffler du mouvement dans le corps, redevenir « Être de sensation » et remettre de la création dans les veines pour que la vie reprenne.

L'atelier fait appel à la créativité des participantes, une créativité qu'elles pensent ne pas posséder. Au fur et à mesure des séances, elles découvrent qu'elles sont capables de jouer du théâtre en groupe et puis en solo, de peindre un mouvement et de marier des couleurs, ou de chanter.



*Je pensais que c'était trop dur mais je me rends compte que je peux le faire.* Amina, Mali, 21 ans.

Ceci a des impacts tant intérieurs – notamment sur l'estime et la confiance en soi – qu'extérieur c'est-à-dire directement sur le corps, sur la façon de bouger et de marcher, d'être et de se montrer « femme ».



*Avant, quand je marchais en rue, je n'osais pas passer à côté d'un groupe d'hommes. Je changeais de trottoir et je regardais le sol. Maintenant, je n'ai plus peur ; je lève bien la tête et je marche droite. Je peux même les regarder, je n'ai plus peur.* Safia, Ethiopie, 25 ans.

L'atelier permet également aux participantes de comprendre que ce corps n'est pas leur ennemi mais un allié qu'elles peuvent chérir, dont elles peuvent prendre soin et à qui elles peuvent donner une place.

## Que disent les femmes de cet accompagnement ?



*Je suis venue en Belgique, c'est là que j'ai connu le GAMS. Je remercie beaucoup (...) les gens qui travaillent ici. (...) C'était dur pour moi mais quand je venais ici, (...) et je repars au centre, j'étais contente de moi. (...).* Nene Anna, Burkina Faso, 32 ans.



*(...) Y a les gens qui disent « C'est pas GAMS là qui va donner papiers hein, il faut pas te fatiguer là-bas, c'est pas le CGRA\*. ». Nous on sait que quand on vient au GAMS, on se défoule (...). Là, ça trouvera que ce que tu as gardé, tu as parlé avec quelqu'un, tu as partagé donc ça te fait du bien. (...).* Tiguidanké, Guinée Conakry, 33 ans.



*C'est très important de venir ici parce que tu vas te libérer des choses. (...) Si j'étais seulement au centre (...), j'aurais pas la force.* Mariama, Guinée Conakry, 27 ans.

 *Je suis très heureuse, je vous remercie tous parce que quand on vient ici, on se sent famille. Ça me touche beaucoup. Quand je repars, j'ai la joie au cœur. Vraiment ça me fait beaucoup plaisir (...). Même si je ne me sens pas bien, (...) je me force pour venir parce que je sens que je vais recevoir quelque chose qui va me faire du bien (...)! Que Dieu vous bénisse, qu'il vous donne la force de continuer votre travail. Ça me touche ce que vous faites pour nous. Nathalie, Burkina Faso, 26 ans.*

 *Après avoir participé à l'atelier d'expression corporelle, j'ai osé confronter le directeur et lui dire ce qui me dérangeait dans le centre. Chantal, Côte d'Ivoire, 30 ans.*

 *Je me suis sentie plus sûre de moi devant l'agent du CGRA\*. Ma voix tremble moins maintenant et je suis sûre des mots que je dis. Je me sens plus ouverte avec les gens et je n'ai plus peur de sortir de chez moi. Marta, Sierra Leone, 35 ans.*

 *Je suis capable de faire des choix pour moi (...), je peux dire non quand je veux pas. Alice, Cameroun, 26 ans.*

 *J'ai confiance en moi, je reprends ma vie en main. Marguerite, Ghana, 24 ans.*

 *Parfois, ça va vraiment pas mais je suis capable de remonter plus vite la pente. Annie, Cameroun, 30 ans.*

 *Quand je repars d'ici, je me sens légère. Mon stress diminue et ma tristesse aussi. Fatou, Guinée Conakry, 29 ans.*

 *L'atelier m'apporte de l'amitié et du courage. Diane, Cameroun, 27 ans.*

 *Mes amies m'ont dit que j'avais changé. Maimouna, Guinée Conakry, 21 ans.*

La participation à une activité de groupe semble avoir de l'effet à plusieurs niveaux. D'abord au niveau collectif, bien entendu. Les participantes réapprennent l'Humain, elles socialisent, échangent leurs numéros de téléphone et se construisent de nouveaux réseaux s'avérant soutenant et durables dans le temps. Les rapports avec les autres se modifient ; la reconnaissance qu'elles reçoivent via la place

qui leur est donnée dans l'institution les valorise davantage, participant également à l'estime d'elles-mêmes. Elles comptent pour quelqu'un.

Un travail important mis en évidence par les témoignages est également celui de l'estime de soi, de l'empowerment\* et du sentiment de sécurité. Des personnes extérieures constatent leurs changements. Lorsqu'une personne fréquente l'activité sur une longue période, nous constatons que les effets sont eux aussi durables dans le temps.

## Chapitre 10. L'articulation entre le travail individuel et le travail collectif

---

**A** ce stade-ci, il reste à se questionner sur l'éventuelle complémentarité entre un accompagnement individuel et un accompagnement collectif. Le travail individuel peut aboutir à l'adhésion à un groupe et inversement, la fréquentation d'un groupe peut faire émerger le besoin de travail individuel. La question se pose au cas par cas.

### De l'individuel vers le collectif

© *Je reçois pour la première fois une femme qui consulte pour des problèmes de sommeil. Elle identifie comme motif de consultation la récurrence des mêmes cauchemars. Elle se décrit comme épuisée, physiquement, psychologiquement et émotionnellement. Elle se sent sans ressources et se décrit comme très irritable, perdant souvent patience avec ses enfants.*

*Au fur et à mesure des entretiens, il est mis en lumière que la principale cause qui la pousse à consulter est son isolement social. Elle se sent probablement plus légitime dans sa démarche de demande d'aide, de se présenter avec un problème factuel. Elle déplore une vie sociale désertique et les objectifs du suivi se transforment petit à petit ; retrouver le sommeil ainsi que retrouver une vie sociale plus active. Silme, co-auteure de l'ouvrage.*

L'exemple ci-dessus met en valeur l'atout majeur du mouvement de l'individuel vers le collectif ; il s'agit pour la personne de sortir de son isolement et de développer un réseau social. L'accompagnement individuel a servi à mettre en lumière ce besoin que la personne ne pouvait pas encore exprimer en tant que tel avant de rencontrer la thérapeute.

Dans le cadre d'un travail autour des MGF, l'individuel vers le collectif permettrait également à la personne d'entendre les récits d'autres femmes concernées par le même vécu. Il n'est pas rare pour une femme excisée de penser qu'elle est seule dans ses douleurs physiques et mentales ou bien de croire que l'excision ne se pratique que dans son pays et que personne d'autre ne peut comprendre. Le collectif permet d'ouvrir, de voir plus loin et d'élargir ses points de vue. Combien de fois n'avons-nous pas entendu dire « Je viens ici pour échanger mes idées avec les autres et avoir de nouvelles idées. Avant, je pensais que moi seule je souffrais, j'avais mal quand je faisais les rapports [sexuels] (...). » ou encore « Je viens ici pour écouter les autres comment ils s'en sortent. ». **Partager une peine commune permet l'identification et l'adhésion à un nouveau groupe.** Un travail d'empowerment\* peut émerger voire de plaider, permettant de mettre en avant les Droits des Femmes et d'avoir une réelle action sur la société actuelle qu'elle s'exerce ici ou au pays.

Dans le cas où une femme éprouve de la méfiance et du rejet vis-à-vis d'un certain groupe social, comme nous l'avons décrit dans la troisième partie, travailler le collectif permet de faire de nouvelles expériences positives en groupe et de réapprendre le social.

Les entretiens individuels restent un lieu précieux pour certaines qui refusent le collectif et l'idée de partager « leurs secrets » avec d'autres, privilégiant ainsi la relation duelle. Certaines choisissent le travail individuel exclusif pour ne pas dévoiler leur thérapie et/ou leur engagement à une association, une cause, afin de ne pas être jugées, discréditées ou exclues dans leur communauté.

## Du collectif vers l'individuel

© *Mona fréquente un atelier créatif depuis cinq ans. Celui-ci lui convient tout à fait, autant dans la forme artistique que dans son contenu et la place qu'elle occupe parmi ses camarades. Elle n'aborde jamais les difficultés de procédure d'asile, la précarité et l'insécurité dans laquelle elle vit par moments, pas même ses sérieux problèmes de santé. Au fil des années, elle se livre au compte-gouttes aux différentes animatrices de l'association. Régulièrement, je lui rappelle la possibilité de prendre un rendez-vous individuel jusqu'au jour où, après une longue hospitalisation et convalescence, elle téléphone en disant être prête pour un rendez-vous. Analisa, co-auteure de l'ouvrage.*

L'exemple ci-dessus reflète l'importance du choix singulier et éclairé d'entamer une thérapie individuelle. Faire confiance dans les ressources et au rythme de Mona a permis ici de faire émerger des besoins qu'elle a su écouter en temps et en heure pour aboutir à une demande.

Faire partie d'un groupe, c'est être parmi les autres, comme les autres ; une individualité pouvant se confondre dans la « masse ». La démarche individuelle fait sortir de l'« anonymat ». Mona le dit « Je suis prête ! ». Elle confiera par la suite avoir eu besoin de plusieurs années de fréquentation aux ateliers pour apprendre à connaître la thérapeute et à lui faire confiance avant un rendez-vous personnel. C'est là tout le travail du lien dont nous parlions au début de cette partie.

# Partie 5

Les mutilations génitales  
féminines et l'asile :  
le dilemme des thérapeutes





# Cinquième Partie

## Les mutilations génitales féminines et l'asile : le dilemme des thérapeutes

**D**ans le cadre de notre pratique thérapeutique auprès de femmes concernées par une mutilation génitale, nous sommes régulièrement amené-e-s à les accompagner dans leur demande d'asile. En effet, cette procédure est l'une des voies juridiques qui leur permet d'obtenir un droit de séjour au sein de notre pays en raison du fait qu'elles ont subi ces violences de genre.

Non seulement l'asile est une source de stress supplémentaire à laquelle la femme doit se confronter et qui prendra une place certaine voire centrale, dans certains cas, au sein de l'accompagnement thérapeutique mais en plus, il est clair que cette situation particulière nous mène à nous questionner sur notre pratique, notre place et la position que nous prenons et prendrons au cours de l'accompagnement, notamment à travers la rédaction d'attestations décrivant le travail thérapeutique entrepris par la personne.

Avant d'aborder ces questions spécifiques, rappelons brièvement le contexte juridique du cadre dans lequel nous intervenons et la spécificité de la demande d'asile dans le cas d'une demande de protection dans le cadre des mutilations génitales féminines.

### Chapitre 11. Le contexte juridique

---

**S**elon la Convention de Genève<sup>76</sup> du 28 juillet 1951, « Le terme de réfugié s'appliquera à toute personne qui, craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance\* à un certain

groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve en dehors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou du fait de cette crainte ne veut se réclamer de la protection de ce pays » [35].

La demande d'asile se fait en plusieurs étapes. Tout d'abord, la personne introduit une demande auprès de l'Office des Étrangers\* (OE). Avec l'aide d'un-e avocat-e, elle constitue un dossier. L'OE intervient dans la question de savoir si la Belgique est responsable de l'examen de la demande au vu des critères établis par le Règlement de Dublin [36]. Si tel est le cas, la personne est invitée à une audition au Commissariat Général aux Réfugiés et Apatrides\* (CGRA) à laquelle elle peut aller accompagnée de son avocat-e et d'une personne de confiance. Enfin, après examen du dossier et de l'audition, une décision est prise par l'instance.

Dans le cas d'une réponse négative, le-la demandeur-deuse d'asile peut introduire un recours auprès du Conseil du Contentieux des Étrangers (CCE), juridiction examinant les recours contre les décisions négatives du CGRA\*. Celle-ci peut soit annuler la décision et renvoyer le dossier vers le CGRA\* afin que des mesures d'instructions complémentaires soient réalisées, soit octroyer le statut de réfugié-e, soit encore rendre un arrêt négatif.

En Belgique, la crédibilité des faits sous-tendant la demande d'asile dépend donc de l'appréciation des instances d'asile. **En droit d'asile, la preuve incombe à la personne qui demande l'asile** ; « (...) obligation du demandeur d'asile de produire le plus rapidement possible tous les documents dont il dispose et qui sont pertinents pour le traitement de sa demande d'asile, à savoir tous les documents concernant son âge, son passé, y compris celui des parents à prendre en compte, son identité, sa ou ses nationalité(s), le ou les pays ainsi que le ou les lieux où il a résidé auparavant, ses demandes d'asile antérieures, son itinéraire, ses pièces d'identité et ses titres de voyage, ainsi que toute autre pièce à l'appui de sa demande d'asile » [37]. La demande peut être rejetée en raison d'une absence de crainte d'être persécuté-e. Dans ce cas, la crainte exprimée par la personne n'a tout simplement pas été considérée comme **crédible** par les instances d'asile qui se basent sur les lacunes, les incohérences et les imprécisions dans les déclarations.

**Lorsque les conditions d'octroi se resserrent, l'importance des preuves écrites est accentuée.** Ainsi, nous remarquons un lien direct

entre le nombre d'attestations médicales, psychologiques et autres requises, et l'aboutissement favorable de la demande. Davantage de preuves objectives et références scientifiques sont requises face au doute à l'encontre de la crédibilité des faits fondant la demande d'asile. Cette suspicion ambiante est d'autant plus importante qu'elle est reprise autant au sein du discours politique européen que dans le discours social. Ces divers discours instituent la perception des personnes demandeuses d'asile comme des citoyen-ne-s de seconde zone et entraînent un rejet dans la société.

Cette négation de leur humanité provoque des effets sur le psychisme des demandeurs et demandeuses d'asile, obligeant d'autant plus les thérapeutes et autres intervenant-e-s à se positionner du côté de ceux qui soutiennent la parole subjective.

## Chapitre 12.

### La demande d'asile et les mutilations génitales féminines : un cadre spécifique

---

**D**epuis 2002, la Belgique intègre le risque de mutilation sexuelle en tant que tel, dans le champ d'application de la Convention de Genève, comme l'a souligné le Haut Commissariat aux Réfugiés (HCR) [38]. La reconnaissance du besoin de protection, qui refuse la perpétuation de cette pratique néfaste pour la santé de l'enfant et de la femme, souligne bien à quel point ces pratiques engendrent une souffrance psychique, somatique et sociale. Cette nouvelle possibilité de demander l'asile sur base d'une crainte de persécution actuelle et des conséquences des mutilations sexuelles implique une reconnaissance des effets traumatiques de ces pratiques.

« Les MGF sont une réalité. En tant que torture révélatrice d'un contexte discriminatoire et perdurant dans le temps sous différentes formes, elles entrent dans le champ d'application du statut de réfugié. La vulnérabilité particulière des femmes invoquant une telle crainte implique que les autorités d'asile doivent être particulièrement attentives au contexte des interrogatoires, aux questions posées, aux

recherches qu'elles peuvent elles-mêmes effectuer pour participer à la charge de la preuve, etc. » [38].

Une adaptation du cadre de l'interview, que vous pouvez en tant que thérapeute, proposer à l'adresse du CGRA\*, semble donc nécessaire [39].

Dans le cadre de sa procédure d'asile, une femme ayant subi une mutilation sexuelle doit fournir un certificat médical<sup>77</sup> stipulant la présence et les conséquences de la mutilation dont elle a été victime car – comme nous l'avons souligné initialement – la preuve lui incombe. Si jamais la maman, la famille ou la femme elle-même a quitté son pays afin de protéger une petite fille ou se protéger elle-même de l'excision, la demande d'asile peut se baser sur ce risque. En cas d'enfants à protéger, en plus du certificat médical de la mère, le certificat médical des petites filles devra être introduit dans le dossier ; certificat stipulant que ses organes sexuels sont intacts. La maman prouve par son excision et ses origines qu'elle provient d'un pays et d'une ethnie qui pratique l'excision<sup>78</sup>. Ce qui signifie que ses enfants sont à haut risque d'excision aussi.

Comme nous l'avons déjà dit précédemment, **l'excision est une violence continue. Une femme qui a été excisée peut demander l'asile sur base de crainte de nouvelles persécutions.** C'est le cas pour le risque de ré-excision, de violences liées au refus d'un mariage ou de séquelles de l'excision telles des conséquences psychologiques, des fistules, ou de l'incontinence urinaire qui rendraient son retour au pays impossible car elle ne trouverait pas de soins sur place.

Dans le cadre d'une demande d'asile basée sur ces différents éléments, il convient de collaborer avec l'association spécialisées<sup>79</sup> au sujet des MGF qui elles-mêmes travaillent étroitement avec des médecins de référence sensibilisé-e-s et formé-e-s à la problématique des mutilations sexuelles<sup>80</sup>. Pour toute difficulté dans un dossier « mutilation », l'asbl Intact<sup>o</sup> fait également partie des partenaires précieux, spécialisée sur les questions juridiques liées aux MGF, aux mariages forcés et aux crimes d'honneur.

Avant d'entamer la question du positionnement du-de la thérapeute dans toutes ces questions liées à l'asile, revenons un moment sur les effets psychosociaux des procédures d'asile.

## Chapitre 13. Quid du stress lié à la procédure d'asile ?

---



**D**ans la file<sup>81</sup> (...), je parlais avec mon cœur. Toujours avec moi-même. (...) On m'a envoyée dans le centre de transit\*. (...) Ma fille pleurait, même moi je pleurais. (...) Le lendemain, je suis partie à Liège<sup>82</sup>. (...) Chambre très noire, sale ! Catastrophe pour moi ! (...) On m'a laissée là-bas, je me suis mise à pleurer. Je n'arrêtais pas de penser, je ne connaissais personne (...). Pour manger, on m'avait donné le papier<sup>83</sup> mais moi je ne connaissais pas les heures (...). Mariama, Guinée Conakry, 27 ans.



Tu es traumatisée parce que déjà, les anciens te préviennent : « Tu vas faire quatre heures, cinq heures [d'audition du CGRA]\*. ». (...) Et là, tu dors pas, tu es stressée (...). On t'embrouille. Au début, tu n'arrives pas à digérer et après tu t'habitues et ça va. Nathalie, Burkina Faso, 26 ans.



(...) À Natoye<sup>84</sup>, quand j'étais arrivée, tout le temps je pleurais (...), je sais pas comment dire, mon visage était... Quand je suis venue au GAMS, vous m'avez vue ! Je suis toute seule dans une chambre de congolais, je ne dors pas la nuit et j'avais peur de la police. La congolaise m'a dit « Si tu pars pour l'interview [au CGRA]\*, faut pas aller, parce qu'on va t'attraper, on va t'emmenner dans un autre pays, on va te faire piqûre (...) ! ». J'ai pas dormi ! J'ai pris la chaise, aller assoir devant la porte pour la police ne vient pas me chercher parce que je dis « Ils vont encore m'emmenner dans un autre pays. ». Si j'entendais un peu de bruit, je regardais la fenêtre, j'attrapais la porte comme ça<sup>85</sup>, je suis arrêtée<sup>86</sup> jusque le matin. C'est comme ça que je vivais. C'était dur. Nene Anna, Burkina Faso, 32 ans.

Vous l'aurez compris, la procédure d'asile influence la santé mentale des demandeurs et des demandeuses d'asile [40]. Par procédure d'asile, nous entendons les multiples démarches administratives, leurs complexités, l'attente de la convocation au CGRA\* et ensuite de la réponse et les éventuels refus. Les témoignages ci-dessus illustrent bien ces propos. Les rumeurs autour de l'asile alimentées par les résident-e-s des centres d'accueil, terrifient. Ainsi, Nene Anna reste sur le qui-vive la nuit durant plusieurs mois, Mariama pleure toute la journée et Nathalie se dit traumatisée.



*Je suis ici depuis treize mois. Je ne dors pas à cause de ça. Tous les jours, je regarde ma boîte aux lettres ; je regarde matin, je regarde le soir pour voir si on va me convoquer. (...) C'est comme un examen, tu dois passer par là. Je sais qu'ils vont me convoquer. J'ai peur. On te laisse oublier<sup>87</sup>, tu es là, tu manges, tu dors, on te laisse là, un an, deux ans et puis on te convoque. Nathalie, Burkina Faso, 26 ans.*

Il est bien clair qu'en tant que thérapeute, nous pouvons témoigner de la place importante que l'asile prend dans la vie de ces personnes. La situation d'exil constitue un entre-deux tant sur le plan social que sur le plan psychique. L'octroi du statut de réfugié-e signifierait une stabilité de vie, une possible projection dans le futur et un accrochage à long terme à la société d'accueil. Et cela, d'autant plus que la plupart des femmes que nous rencontrons nous disent ne pas avoir connaissance de l'existence des conditions de séjour, avant de quitter leur pays. Elles souhaitent simplement mettre leur vie en sécurité en quittant les persécutions qu'elles vivaient.



*Jusqu'à maintenant, je ne peux pas décider ce que je vais faire dans la vie parce qu'avant de faire quelque chose, au moins (...), tu dois avoir l'esprit tranquille. Mais ici, j'ai pas l'esprit tranquille pour le moment (...), donc tout ça me tracasse. (...). Parfois, je vais me penser « Là où j'étais, on me frappait, on me faisait n'importe quoi mais au moins là-bas, c'était chez moi. ». Si je suis pas avec ma famille, au moins dehors je suis tranquille, je parle avec les gens, je rigole mais ici, je suis seule (...). Tiguidanké, Guinée Conakry, 33 ans.*

Or cet accrochage à la société est souvent rendu problématique par la précarité sociale de la procédure d'asile, surtout lorsqu'il s'agit de demandes d'asile multiples. En effet, l'aide matérielle à laquelle la première demande d'asile donne accès – que ce soit au niveau d'un logement, d'accès aux soins ou à la nourriture – s'interrompt à la troisième demande ou lorsque la personne est déboutée, plongeant celle-ci dans un dénuement important. Cette interruption est parfois temporisée selon les intervenant-e-s présent-e-s dans le réseau social de la personne. À titre d'exemple, les travailleurs et travailleuses sociaux-ales de centres d'accueil peuvent faire les démarches afin de prolonger le séjour pour raisons médicales ou psychiatriques, tenant ainsi compte de la fragilité des personnes.

D'un autre côté, **l'audition au CGRA\* peut également constituer un risque de retraumatisation.** En effet, il est attendu que les personnes qui demandent l'asile, racontent en détails leur vécu passé souvent traumatique devant l'agent-e traitant. Et dans certains cas, elles ne sont pas prêtes c'est-à-dire qu'elles n'ont parfois pas assez de défenses psychiques solides pour repenser aux événements qui les ont conduites à fuir le pays, sans en être profondément perturbées. Il s'agit ici d'un conflit de temporalité que nous explorerons plus loin.



*Je trouve que c'est injuste parce que la même question, ils reviennent sur ça, ils te font même traumatiser, tensionner et tu oublies ce que tu as dit. Nathalie, Burkina Faso, 26 ans.*

La parole de la personne est donc attendue lors de l'audition, cette même parole utilisée en entretien lors d'un accompagnement thérapeutique. **Son utilité, au sein de ces deux espaces, est néanmoins différente et est alors à signifier aux personnes accompagnées.** Ceci, afin que la parole « objective » attendue par les instances d'asile ne vienne contaminer la confiance de la parole « subjective » recueillie dans l'espace thérapeutique. En effet, les statuts de la parole sont ici diamétralement opposés. Dans le premier cas, la parole servira de preuve pour donner consistance à la crédibilité de la personne. Dans le second cas, la parole de cette même personne pourra présenter des errances, des imprécisions, soulignant surtout son impossibilité à dire sa subjectivité et non sa véracité. La parole constitue dans ce cas l'un des outils de travail thérapeutique, avec pour objectif un mieux-être où la condition sine qua non est la création d'une relation de confiance, ce qui n'est pas le cas dans la première situation.

Cette retraumatisation peut aussi être mise en lien avec l'impression de ne pas être cru-e par l'agent-e qui réalise l'interview, lorsque de nombreuses questions sont posées afin d'objectiver au maximum le vécu de la personne. Le doute de l'administration chargée de l'asile – qui souvent est repris dans l'argumentaire de la réponse négative – s'avère nuisible pour la personne en thérapie car elle la confronte à ce qu'elle a vécu sans reconnaître les événements souvent cause de l'exil et de la souffrance psychique actuelle. Le doute de l'administration s'ajoute à celui de la personne interrogée qui souvent se questionne sur le rôle qu'elle a pu jouer dans l'évène-

ment traumatique, en termes de culpabilité : « C'est de ma faute. Pourquoi ça arrive à moi et pas aux autres ? ». Le doute peut aussi porter sur la réalité de l'événement, tellement inassimilable psychologiquement qu'il peut entraîner un sentiment d'irréalité : « Est-ce que ça s'est vraiment passé ? ».



(...) Le CGRA\*... Tu vas dire « C'était jeudi ! », ils vont te tourner, après toi-même tu sais pas quoi dire. Et maintenant, ils disent que tu as fait contradiction. Le jour-là, de 9h30 jusqu'à 14h00<sup>88</sup> ! Je suis arrivée à la maison (...), j'avais mal à la tête. Quand je suis arrivée au restaurant, les gens parlaient mais je voyais personne ; j'avais autre chose dans ma tête. (...) Ils nous appellent pour parler de nos problèmes, on dit nos problèmes, maintenant ils disent que c'est pas vrai. (...) Tu viens demander l'asile, on te laisse, tu oublies ce que tu as, on va te donner à manger, tu es là à grossir, grossir, grossir, tu oublies tout ce que tu as dans la tête... Ils vont venir maintenant te demander de dire ce que tu avais à dire, après un an ! Ceux qui ont fait école, ils peuvent y arriver. Nous autres, on a pas fait école (...). Nene Anna, Burkina Faso, 32 ans.

Par ailleurs, le doute des instances d'asile peut concerner la provenance géographique et la nationalité de la personne.



(...). La dame<sup>89</sup> que j'ai trouvé au CGRA\*, elle m'a commencée à demander sur la politique. Moi, je connais pas, je suis pas politicienne ! Elle me dit « Non, tu viens de la Guinée, tu dois savoir ! ». (...) Mon histoire, (...) elle met de côté. (...) On me donne un négatif. Ça c'est injuste ! Tiguidanké, Guinée Conakry, 33 ans.

Lorsque ce doute est interrogé de manière suspicieuse, il peut confronter de nouveau la personne à des difficultés de rapport aux autorités et à l'origine. En effet, certain-e-s ne fuient pas seulement des éléments de la réalité extérieure et cette remise en cause peut les amener à se questionner douloureusement sur leur position au sein de leur famille, de leur entourage ou autre.

Enfin, ce doute peut entacher le sentiment de confiance que la personne a mis dans l'État belge. Celui-ci est souvent investi et attendu comme protecteur, venant rattraper le vécu de « lâchage » de la société d'origine. Cette vision idéalisée de l'accueil de la nouvelle société est alors mise à mal, entraînant un ressenti de vide, de lâché, voire de vécu d'une toute-puissance destructrice d'un État se déchaî-

nant sur la personne [41] pouvant être à l'origine, entre autre, de vécus dépressifs.



*Je parle un peu le français parce que j'ai été à l'école. (...) On m'a donné une personne qui parle flamand donc tout mon histoire est en flamand. Pendant l'entretien, j'avais une interprète qui traduisait mon peul en français à une autre femme qui traduisait le français en néerlandais pour l'agent. Donc, je ne connaissais rien si ce que je dis réellement c'est ce qu'elle dit à la femme. Ça me fait mal à l'aise, je voulais pas ça quand même. (...) On m'a donné négatif avec ma fille. J'ai fui mon pays parce qu'ils veulent exciser ma fille. Mais (...) l'interprète a dit (...), quand j'ai eu mon petit garçon, c'est à ce moment que j'ai décidé d'exciser ma fille. Donc, c'est différent ! Ça, je trouve injuste ! Ils devraient me donner mon histoire en français<sup>90</sup> pour que je puisse me défendre un peu (...). Mariama, Guinée Conakry, 27 ans.*



*Jusqu'à présent mes dossiers sont en néerlandais (...). On m'a collé négatif ! J'ai tout fait pour que mon avocat me dit le motif. Elle aussi (...), elle m'envoie encore et toujours les lettres en néerlandais. Ça me choque vraiment ! C'est injuste. Assanatou, Guinée Conakry, 23 ans.*

Originaires de la Guinée Conakry, Mariama et Assanatou parlent très bien le français mais pourtant, l'OE\* les a orientées vers un centre d'accueil situé en Flandre et leurs procédures d'asile se déroulent en néerlandais alors que cette langue leur est totalement étrangère. Les avocats sont donc néerlandophones et la communication n'est pas aisée ; elles ne savent pas lire ni comprendre la lettre de refus du CGRA\*. En d'autres termes, **elles n'ont aucun pouvoir sur leur procédure**. Qu'en est-il du respect de leurs droits ? Dans le cas de Mariama s'ajoute la complexité de la présence de plusieurs interprètes. En présence de plusieurs intermédiaires, le message peut arriver au destinataire de manière déformée et imprécise.



*Moi, je me suis disputée avec une interprète (...) parce que je comprenais un peu le français (...). Je lui dis « Non, c'est pas ce que j'ai dit, il faut dire ce que j'ai dit. ». La dame<sup>91</sup> a dit directement « Non, c'est pas toi qui l'apprends, elle fait son travail ! ». Elle me répond comme ça ! Moi, j'ai dit « Oui Madame, elle fait son travail mais ce que moi je dis, il faut qu'elle dise correctement. ». Sinon ça, c'est injuste. Tiguidanké, Guinée Conakry, 33 ans.*

Dans ce cas, Tiguidanké passe son audition dans sa langue maternelle pour se sentir plus à l'aise. Comme elle se débrouille également en français, elle garde une oreille attentive et un contrôle sur la manière dont traduit l'interprète et donc sur sa procédure d'asile. Elle se rend compte que la traduction comporte des erreurs mais l'agent-e traitant ne l'autorise pas à intervenir en français pour rectifier les propos de l'interprète et ne considère que les propos de l'interprète.

Il va sans dire qu'à l'inverse, une interview qui se déroule dans un cadre de confiance non empreint de suspicion ainsi qu'une reconnaissance de la qualité de réfugié-e peuvent avoir des effets protecteurs sur les personnes.

Dans la plupart des cas, cela leur permet de souffler, de se poser et de commencer à se projeter dans l'avenir. Cependant, actuellement nous observons une recrudescence des réponses négatives avec leurs effets néfastes sur le psychisme.

Face à cette violence induite par les procédures d'asile et leurs conséquences psychiques, nous nous retrouvons souvent à devoir nous positionner comme professionnel-le, entre clinicien-ne et expert-e, voire comme citoyen-ne [42] d'un État de droit censé respecter tout être humain. Or, ce positionnement s'avère complexe car opérant sur divers plans, comme nous allons maintenant l'aborder.

## Chapitre 14. Quelle(s) position(s) adopter en tant que thérapeute ?

---

**E**n tant que thérapeutes, nous sommes concerné-e-s à divers titres par les procédures d’asile que vivent les personnes que nous accompagnons. Ces procédures influencent leurs états psychiques. Ils-elles peuvent être fragilisé-e-s dès le début des procédures mais aussi lors de l’interview, comme nous venons d’évoquer. La place que nous sommes amené-e-s à prendre est de l’ordre d’un soutien psychique lors de ces différents moments.

Tout d’abord, **il nous semble fondamental de rappeler que la position de thérapeute dans ce contexte spécifique induit un questionnement constant et ne cesse d’évoluer.** Cette réflexion est amenée à se modifier autant en fonction de chaque nouvelle expérience de suivi thérapeutique que de l’évolution des procédures. Il va sans dire que – compte tenu de la complexité de cette implication – le travail en réseau, la recherche active d’informations et la co-réflexion avec les services spécialisés dans l’accompagnement des demandeurs et demandeuses d’asile qui font face aux mêmes dilemmes, tels que des services de santé mental, sont à favoriser. Il s’avère également parfois opportun de prendre directement contact avec l’avocat-e de la personne qui consulte. Ceci contribue également à mettre en lien les différent-e-s intervenant-e-s gravitant autour de cette personne.

Il est clair que vous rencontrerez des situations qui vous pousseront – malgré vous – à vous confronter à cette question autant qu’à celle de la rédaction d’attestations sur la santé mentale des personnes que vous accompagnez. Vous devrez vous questionner à ce propos, prendre position et la question que tout-e thérapeute se pose face à un tel dilemme est celle de l’instrumentalisation. Dans quelle mesure les personnes viennent-elles nous voir avec un objectif personnel de bien-être ou un objectif « stratégique » lié à la demande d’asile ? Vous serez donc amené-e-s à travailler ces questions de votre côté et à vous demander en quoi cela pourrait ou pas être dérangeant pour votre pratique professionnelle et personnelle. C’est un chemin que nous – auteur-e-s de cet ouvrage – avons toutes entamé.

Déontologiquement [43], le positionnement du-de la thérapeute dans cette pratique est problématique. En effet, la séparation entre les fonctions thérapeutique et d'expertise s'avère ténue car toutes deux comportent des objectifs différents, voire opposés. D'un côté, il s'agit de soigner, de l'autre de savoir et de prouver. Or, dans ces contextes de procédure d'asile, cette séparation est amenée à disparaître, d'où l'importance, en tant que thérapeute, de tenter de conserver cette différenciation.

Notre position dans cette clinique psychosociale est complexe. Nous sommes traversé-e-s par les discours sociétaux et témoins de la violence sociale opérée sur les personnes accompagnées. **Il s'agit d'un positionnement aux frontières du thérapeutique et du politique.** En effet, en tant que professionnel-le-s du soin, nous sommes amené-e-s à faire état du fonctionnement psychique mais lorsqu'il s'agit des procédures d'asile, cet état se situe dans un contexte politique particulièrement prégnant, sur lequel ni nous, ni la personne accompagnée n'avons aucune maîtrise.

Notre place dans les procédures d'asile est de l'ordre d'une présence et d'un soutien, toujours à préciser et à rappeler à la personne qui consulte. Il peut être difficile pour certain-e-s de différencier les différent-e-s intervenant-e-s qui naviguent autour d'ils-elles et ce n'est parfois qu'après un certain temps que la juste place de chaque professionnel-le est saisie.



*Alors qu'une dame me demande de rédiger une attestation, elle s'adresse à moi en ces termes : « Je compte sur toi que tu me défends très très bien ! ». J'ai pris alors le temps de lui rappeler la différence entre les professions d'avocat-e et de thérapeute en précisant que la défense du dossier revient à la première et que mon rôle ne consiste pas à la défendre mais à travailler pour elle et son bien-être physique et mental. C'est comme si elle se rendait compte en cet instant précis, que les deux professions n'avaient pas les mêmes objectifs de travail et que notre « utilité » était bien différente. Annalisa, co-auteure de l'ouvrage.*

D'un côté, il arrive que les questions liées à la procédure prennent une place centrale à certains moments de la thérapie. Ces questions ont des effets sur le transfert\* pouvant aller jusqu'à fragiliser le lien thérapeutique. Citons comme exemple une impossibilité de rédiger

une attestation lorsque le travail thérapeutique vient d'être entamé. Ceci peut être alors vécu par la personne comme un refus voire un rejet de la part du-de la thérapeute et la confiance au sein de l'espace thérapeutique peut être re-questionnée. Il est alors important de prévenir toute idée de collusion entre thérapeutes et instances d'asile en discutant avec cette personne et en faisant référence au cadre déontologique de notre travail. D'un autre côté, il arrive que les procédures puissent servir de levier pour aborder le fonctionnement psychique lorsque par exemple, à la relecture finale de l'attestation, la personne est valorisée en prenant conscience du chemin jusque-là parcouru.

Envisageons maintenant les différents moments de la procédure d'asile ainsi que les différents espaces où le-la thérapeute devra ajuster sa position.

## En consultation : la préparation à l'audition

Tout d'abord, il ne s'agit pas de préparer le récit de la personne que nous accompagnons mais davantage de la préparer à faire face à l'audition au CGRA\*.

Comment ? En lui proposant, au préalable, de déplier son histoire durant les entretiens, dans un cadre contenant basé sur une relation de confiance. La personne peut alors se préparer à évoquer des éléments vécus comme traumatiques, ailleurs. Ce sont ces points de souffrance que soulignera l'attestation rédigée par vos soins. **Toutefois, cette position force la temporalité subjective en abordant des thèmes difficiles dans un moment défini par les besoins de la procédure et non par les besoins de la personne accompagnée.** La préparation à l'audition peut également prendre la forme d'exercices de relaxation, en fonction des outils à votre disposition, afin de gérer le stress et permettre à la personne d'avoir accès à toutes ses capacités mentales et physiques pour répondre aux questions.

On peut néanmoins évoquer l'éventuel effet pervers d'une telle préparation. Si la femme peut gagner confiance et cohérence dans son récit grâce au travail thérapeutique, cela pourrait aussi jouer en sa défaveur auprès du CGRA\* qui pourrait la juger calme, posée et dé-

tachée de ses émotions ; éléments renforçant la non-crédibilité du récit aux yeux des instances d'asile. À ce propos, nous avons déjà eu l'occasion de parcourir diverses décisions négatives motivées par l'absence de pleurs lorsque la demandeuse d'asile évoque le jour de l'excision ou du viol.

En tant que thérapeute, nous devons néanmoins rester vigilant-e à la différenciation entre les différents temps et espaces c'est-à-dire entre thérapeutique et juridique ; espaces entre lesquels parfois nous jonglons. Il s'avère judicieux de bien délimiter et nommer les temps en entretien ; un temps d'évocation de problèmes et de démarches socio-juridiques et un temps consacré au psychique. Compte tenu de leurs complexités, il est parfois nécessaire et utile de vérifier auprès des personnes accompagnées leur compréhension du fonctionnement administratif et juridique, et de revoir ensemble les objectifs et les enjeux de la procédure d'asile afin que la personne puisse en reprendre le contrôle.

### Lors de l'audition au CGRA : un accompagnement

Considérée comme des personnes de confiance, nous pouvons être sollicitées à accompagner certain-e-s personnes lors de l'audition au CGRA\*. Notre fonction est de l'ordre de la présence et du soutien. Dans ce cas, **il s'agit davantage d'être témoin du fonctionnement psychique de la personne plutôt que de prouver la crédibilité de ses dires.** Cette démarche peut avoir un objectif d'« interprète » de son fonctionnement psychique auprès des instances d'asile, dans un moment considéré par la personne comme une épreuve aux enjeux capitaux.

### Derrière notre bureau : la rédaction d'une attestation de santé mentale

Attestation, rapport, rapport circonstancié... tant de noms pour désigner la même chose. En tant que thérapeute, nous recevons régulièrement des demandes de rédactions d'attestations décrivant la santé mentale des demandeurs et demandeuses d'asile que nous accompagnons. Dans la plupart des cas, la demande provient des avocat-e-s. Le but attendu est de souligner les raisons des défaillances de mémoire et de confusions temporelles éventuelles durant

l'interview au CGRA\* et/ou la présence de symptômes pouvant prouver les événements violents vécus et fuis. Ces éléments pourraient permettre de faire le lien avec les conséquences probables de problématiques post-traumatiques, dépressives ou psychotiques.

Notre position consiste à jongler entre objectivité des dires, constations et observations de la personne accompagnée, demandes de tiers – avocat-e-s ou assistant-e-s social-e-s – positionnement politique personnel et maintien de la fonction thérapeutique ; un réel exercice d'acrobate !

Dans le chapitre suivant, nous tentons de démêler tous les enjeux d'un tel travail.

## Chapitre 15. La rédaction d'une attestation de santé mentale

---

**I**l s'agit pour le-la thérapeute, de souligner dans son attestation la vulnérabilité psychique de la personne accompagnée afin que les difficultés d'évoquer les faits qui sous-tendent la demande d'asile – qu'il s'agisse de MGF, mariage forcé ou toute autre raison – n'influencent pas la crédibilité du récit. En effet, une certaine imprécision, une confusion dans le souvenir des dates, des lieux et autres, peuvent apparaître dans les récits des femmes.

Pour nous, thérapeutes, cela dépend davantage de défenses psychiques contre un vécu traumatique ainsi que d'explications neuroscientifiques, que d'une volonté d'omettre ou de modifier des éléments du récit, comme le soulignent parfois les instances chargées du traitement des demandes d'asile.

Or, cette reprise de la parole par un-e professionnel-le à l'intention des instances d'asile constitue un enjeu fondamental pour la relation transférentielle et humaine. Ainsi, il n'est pas anodin qu'en temps de scientificité et d'objectivation, les thérapeutes soient progressivement amené-e-s à y aller de leur présence afin que les récits des personnes soient pris en compte. Cependant, nous ne pouvons pas faire fi des effets pervers que cela peut avoir, comme celui de déposséder la personne de la parole. La balance se situe donc entre

laisser libre cours au récit de la personne ou lui indiquer le canevas administratif [44] permettant de rendre audible le récit, tout en laissant la personne exprimer son point de vue sur les choses.

Dans le cas où la personne que vous accompagnez est également suivie par un psychiatre, il s'avère intéressant que celui-ci rédige également une attestation. Nous remarquons en effet – et c'est là une question entière de débat – que dans de nombreux cas, une attestation médicale a plus de poids auprès des instances d'asile qu'une attestation d'accompagnement thérapeutique.

## Avantages

Même si la réalisation d'une attestation induit parfois une torsion du cadre thérapeutique – cela est dû à un contexte spécifique quelque peu contraignant – elle peut aussi avoir une certaine utilité.

Lue par les agent-e-s du CGRA\*, l'attestation peut mettre en évidence le décentrage culturel fondamental à opérer face au récit de personnes en exil. Il ne s'agit en aucun cas d'accoler des présupposés ethnologiques mais plutôt d'ouvrir la possibilité qu'en fonction du groupe d'appartenance\*, de l'histoire et de la langue de chacune, telle situation, geste ou concept n'a pas la même signification. Ce qui mène à une meilleure communication et compréhension et cela dans les deux sens. Il est également à noter que certaines associations de terrain compétentes dans ce secteur, donnent et pourraient donner des formations à ce sujet – à mettre à jour régulièrement – aux travailleurs et travailleuses des instances d'asile.

Par ailleurs, la réalisation d'une attestation peut faire partie prenante du travail thérapeutique. **Elle peut induire un certain renforcement du lien si elle est réalisée et relue conjointement avec la personne concernée.** Ainsi, celle-ci peut expérimenter le fait que le-la thérapeute est présent-e et soutenant-e lorsqu'elle traverse une période difficile. Le document peut également servir de bilan au travail thérapeutique permettant d'évaluer le chemin parcouru et de fixer de nouveaux objectifs de travail. Du côté du-de la thérapeute, cela permet d'apprendre ce qui a pu faire trauma afin d'éventuellement travailler cela par la suite.

## Inconvénients

**Le pouvoir des attestations peut être parfois fantasmé.** L'attestation peut être investie par la personne en thérapie comme une preuve de plus au sein du dossier qui aurait un poids certain sur la décision du CGRA\*. Dans la réalité, cela s'avère plus nuancé, d'où l'importance d'en parler en consultation. Ce travail autour de l'idéalisation du pouvoir de l'attestation et par là, du prétendu pouvoir du-de la thérapeute, est fondamental pour la relation thérapeutique. En effet, si ce travail n'est pas fait, la personne peut se retrouver fort déçue lorsqu'elle aura à faire avec l'impuissance du-de la thérapeute eu égard à une possible réponse négative.

L'un des moyens pour travailler cette idéalisation est la **réalisation conjointe de l'attestation**, comme déjà abordé auparavant. En effet, en tant que thérapeute, nous avons aussi à faire avec l'absence de contrôle concernant l'utilisation des attestations par les instances d'asile : ces attestations peuvent être parfois instrumentalisées pour servir l'argumentaire d'une réponse négative. Certaines phrases peuvent être sorties de leur contexte d'où l'importance de saisir toute l'ambivalence du travail autour de l'attestation, entre limites et utilisation.

Il est vrai également que les femmes qui nous consultent et les avocat-e-s peuvent avoir des attentes diverses vis-à-vis de ce document. Il s'agit donc de rappeler son action réelle et ses objectifs à chacun-e. Les attestations sont réalisées en cours de suivis pour une personne engagée dans ce suivi et non après un unique entretien, ceci afin de garder leur légitimité auprès des différent-e-s destinataires. **L'attestation se fait comme un témoignage d'un suivi et non comme une observation sur une temporalité limitée.** Il ne s'agit pas ici d'émettre un rapport d'expertise.

Nous nous questionnons sur les éventuels effets pervers de la psychologisation des demandes d'asile c'est-à-dire lorsque la crédibilité du récit se base essentiellement sur l'effondrement psychique des personnes. Même s'il est encore rare que l'aspect psychologique soit pris en compte en tant que tel, nous nous demandons dans quelle mesure cela pourrait desservir une demande d'asile. En d'autres termes, **quel est l'avis des instances d'asile face à une per-**

## sonne qui ne présente pas d'effondrement psychique visible ?

Cela ne veut en aucun cas signifier que rien ne s'est passé, que les événements vécus n'ont pas laissé de traces au sein du psychisme mais plutôt que la personne a su, jusque-là, se maintenir vivante sans s'effondrer, grâce à des solutions subjectives ou des maillages sociaux suffisamment présents et opérants pour elle. Une personne pouvant « maîtriser » les affects liés à ses vécus est d'autant plus susceptible de présenter un récit clair et cohérent sans désorientation spatio-temporelle, par exemple.



*Au Conseil des Contentieux, le juge m'a dit que j'avais l'air d'une femme forte et indépendante, que je ne pleurais pas lorsque je racontais les viols et toutes les autres violences que j'avais subis et que donc je n'avais pas l'air d'en avoir souffert, que j'aurai même pu me défendre et éviter ce qui m'était arrivé et protéger ma fille de l'excision tout en restant chez moi ! Carole, Burkina Faso, 32 ans.*

La notion même de crédibilité est alors à questionner. Comment être crédible ? Dans certains cas, il s'agit de présenter un récit précis et construit selon les codes administratifs et culturels du pays. Dans d'autres, lorsque la personne a été identifiée comme « malade », il faudra alors présenter un récit flou, témoin d'une souffrance et donc des événements subis. En tant que professionnel-le du secteur de la santé mentale, devons-nous poursuivre l'escalade des preuves et nous présenter comme l'expert-e du récit, tout en sachant que cette position comporte autant d'effets positifs sur la procédure d'asile que d'effets pervers ? Ou peut-être s'agit-il davantage de servir d'interlocuteur-trice, de proposer différentes possibilités et de se décaler de la situation socio-juridique en insistant sur l'existence de partenaires formé-e-s à cet aspect, lorsque cela s'avère judicieux ?

## La question de la crédibilité

Au delà des preuves apportées par la demandeuse d'asile, elle devra raconter ce qu'elle a vécu à l'agent-e traitant du CGRA\*. La transmission du récit se base sur la mémoire. Nous allons voir dans cette partie que **la mémoire n'est pas fiable à 100 %, surtout lorsqu'on a à faire à des personnes qui ont été maltraitées, torturées et/ou traumatisées**. Or, l'article d'Evans Cameroun sur les limites de la mémoire [45] cité dans le rapport de 2013 de l'UNHCR

« Beyond proof. Credibility Assesment in EU Asylum Systems » [46] a démontré que **les agent-e-s traitant-e-s avaient des attentes déraisonnables à propos des souvenirs qu'un-e demandeur-deuse d'asile devrait être en mesure de se rappeler.**

Prenons le temps maintenant de démontrer – en nous appuyant sur la littérature scientifique et l'expérience clinique – pourquoi la procédure de demande d'asile et le travail thérapeutique doivent tenter de se moduler sur la réalité clinique du traumatisme.

### Le fonctionnement de la mémoire

Plusieurs recherches dans le domaine de la psychologie prouvent qu'il existe une grande variation par rapport à la manière qu'ont les personnes d'encoder, de se rappeler et de restituer les souvenirs [47]. La mémoire n'enregistre pas les faits comme un enregistrement sur CD, elle garde en souvenir le vécu subjectif des évènements [48] Le contenu peut varier en fonction des répétitions [48] et du temps ; il peut se transformer significativement ; certains évènements s'effacent, d'autres sont davantage présents, d'autres encore se déforment [45]. Le récit de la seconde répétition d'un évènement fournit des détails autres que le récit original [49] ; ceci constitue le fonctionnement dit « normal » de la mémoire [45].

De plus, des études ont démontré qu'il était difficile voire impossible de récupérer des informations temporelles [45] – dates, heures, fréquences et durées – ainsi que des noms propres et des échanges verbaux [50]. La plupart du temps, nous estimons les informations temporelles sans précision possible et dans le cas d'une seconde répétition, nous ferons une nouvelle estimation qui risque d'être différente de la première [45]. Ceci ne signifie pas un manque de crédibilité mais témoigne du fonctionnement normal de la mémoire, il en est de même pour la récupération des noms propres [45].

### Le fonctionnement de la mémoire en cas de trauma

Rappelez-vous, le chapitre 5 « Les conséquences psychologiques des mutilations génitales féminines » citait le syndrome de stress post-traumatique\* comme conséquence possible d'une excision. Ce chapitre décrivait entre autre ce syndrome du point de vue des neurosciences et décrivait le bouleversement du fonctionnement

cérébral chez des personnes en étant atteintes. À ce propos, vous trouverez un schéma du cerveau dans les annexes.

En étudiant le cerveau de douze mineurs ayant survécu à une catastrophe dans une mine de charbon, des chercheurs chinois ont constaté que le volume du lobe pariétal supérieur gauche, du gyrus frontal supérieur droit, du gyrus lingual droit, du gyrus occipital moyen droit et du gyrus frontal moyen gauche était moindre dans le groupe de personnes souffrant d'un SSPT\* que dans le groupe contrôle [51]. **Le lobe pariétal intervient pour l'orientation dans le temps et dans l'espace.**

Pas étonnant donc que les personnes traumatisées « perdent leur chemin dans le monde », ne sachent plus qui elles sont, où elles sont et perdent la notion du temps. Rappelez-vous qu'en temps normal, face à un évènement traumatique, le cortex préfrontal – la zone la plus évoluée du cerveau – contrôle les fonctions cérébrales et permet à l'évènement – via les amygdales et l'hippocampe – d'être bien stocké en mémoire. Lorsque l'évènement est émotionnellement ingérable, les zones les plus primitives du cerveau, c'est-à-dire les cerveaux reptilien et émotionnel, prennent le dessus ; les amygdales sont hyperactivées, la perception de peur intensifiée et l'hippocampe inhibé. L'évènement ne pourra donc pas être stocké correctement dans la mémoire autobiographique, celle qui peut se raconter ; le souvenir de ce moment comportera les aspects émotionnels et sensoriels, notamment la peur, mais pas les détails. **Bien des chercheurs étudient l'impact du trauma sur la mémoire et s'accordent à dire que la récupération de données en est significativement atteinte** [47, 52, 53].

Lorsque ces personnes seront à nouveau confrontées à des stimuli rappelant l'évènement traumatisant via des détails de leur environnement, des conversations, des lectures, le travail thérapeutique ou autre, ces mêmes zones primitives du cerveau se réactiveront, générant ainsi des émotions intenses et diminuant l'activation d'autres régions du système nerveux central. Le cortex préfrontal antérieur gauche sera relativement désactivé et plus spécifiquement l'aire de Broca, c'est-à-dire un des centres majeurs de la parole [54]. Il apparaît donc chez les personnes présentant un stress post-traumatique chronique un déséquilibre dans les aires cérébrales et dans la connectivité entre ces aires.

Ceci explique les tableaux cliniques que rencontrent les intervenant-e-s qui s'occupent de femmes traumatisées : figées, baissant les yeux, éclatant en sanglots, incapables de raconter ce qui leur est arrivé, muettes ou bégayantes, se trompant dans des détails élémentaires de lieux et de temps, se contredisant sans en être affectées, se mettant en danger, semblant indifférente à leur famille, à leurs besoins élémentaires, ne parvenant plus à dire qui elles sont, ni à définir de désirs ou de projets...

Il s'agit du mécanisme de dissociation dont nous parlions au chapitre 5. Ce mécanisme peut se déclencher au moment d'aborder les événements traumatiques du passé ; face à un agent-e traitant-e du CGRA\* par exemple. Puisque l'évènement n'a pas été traité et encodé correctement par le cerveau, le récit ne pourra être restitué selon les attentes ; certains aspects pourraient être complètement oubliés et le récit peu détaillé et incohérent [52]. Émotionnellement, la personne pourrait sembler indifférente, distraite ou peu coopérative [52] ou encore présenter un comportement étrange tel que des rires ou de longs silences sans pour autant que cela signifie un manque de crédibilité. **Pour un-e observateur-trice non averti-e, c'est une source de méprise inépuisable qui a favorisé le rejet de bien des dossiers de demandeuses d'asile en augmentant ainsi le vécu traumatique.**

Pour ces différentes raisons, les personnes traumatisées ne peuvent transmettre un récit cohérent.

Le traumatisme psychique représente quelque chose d'ineffable, d'indicible. Il n'existe pas de mots pour le dire [55]. La femme qui en souffre – que ce soit dû à une excision ou à d'autres formes de violences – ne peut rendre compte de l'expérience qu'elle a vécue ni de celle qu'elle vit actuellement. Elle n'a pas de mots pour le dire, d'autant plus si le trauma a eu lieu dans la période préverbale ou avant 3 ans en période de structuration de la mémoire [28]. L'excision se pratique en général entre 0 et 12 ans, en fonction des ethnies. Les exceptions existent.

Parmi la population de femmes demandeuses d'asile se retrouvent des personnes qui ne peuvent s'exprimer ni au niveau du langage parlé, ni au niveau des émotions. La rencontre avec le réel de la mort est irreprésentable. Les personnes traumatisés parlent d'un choc qui sous-tend l'effet de surprise. C'est au moment où un on s'y attend le

moins que la surprise est la plus choquante et son effet le plus ravageur. On assiste alors à une fracture dans l'histoire de la personne où une époque vient à se terminer et une autre n'en finit pas de commencer. La souffrance est à son paroxysme et certaines personnes restent fixées à l'évènement, stupéfaites... [56]. « **L'évènement fige le temps et, en envahissant toute la vie, tient lieu de vie** » [57]. Nous ne pouvons présenter cette difficulté de décrire le traumatisme car le caractère inimaginable de l'intrusion du réel ne trouve pas de médiation symbolique. Cette irruption de réel renverse l'ordre établi et ébranle les certitudes du sujet. Ses repères sont bouleversés; le sujet est dans le chaos au point de s'en vouloir d'avoir survécu.

Pour illustrer cette difficulté d'expliquer, de mettre des mots sur cette expérience, nous citerons le témoignage de Primo Levi, rescapé des camps de la mort : « Nous, les survivants, ne sommes pas les vrais témoins. C'est là une notion qui dérange dont j'ai pris conscience peu à peu, en lisant les souvenirs et en relisant les miens à plusieurs années de distance. Nous, les survivants, nous sommes une minorité non seulement exiguë, mais anormale : nous sommes ceux qui, grâce à la prévarication, l'habileté ou la chance, n'ont pas touché le fond... (...), les engloutis, les témoins intégraux... eux sont la règle, nous l'exception. La destruction menée à son terme, l'œuvre accomplie, personne ne l'a racontée, comme personne n'est jamais revenu raconter sa propre mort » [58].

Confrontée à des émotions chroniques écrasantes, toute personne traumatisée perd sa capacité à utiliser ses émotions comme guides efficaces de ses actions. Elle n'interprète plus ses besoins ni ceux de son entourage [54].

L'enfant excisée, la fillette abusée, la femme violente, plongées dans un magma émotionnel sans repères, réorganisent les données et tentent vainement de redonner un sens, une structure, un semblant de logique et d'explications à ce qu'elles viennent de vivre. Elles réaménagent pour rester en cohérence interne et risquent lors de l'audition devant les instances d'asile de ne pas être crédibles.

Il sera bien entendu important de considérer ces différents éléments lors de l'écriture d'une attestation sur la santé mentale des femmes que vous accompagnez.

## Comment rédiger une attestation de santé mentale ?

Avant tout, il convient de rappeler que **l'objectif d'une attestation de santé mentale est de soutenir la parole de la personne que vous accompagnez.**

Le protocole d'Istanbul – manuel du HCR concernant les traitements inhumains, dégradants et la torture – et spécifiquement sa version pour psychologues, s'avère un outil précieux [59]. Celui-ci peut servir d'appui méthodologique à tout-e thérapeute devant rendre compte des observations et hypothèses cliniques concernant l'état psychique des personnes accompagnées. Les avocat-e-s avec lequel-les vous travaillez vous l'auront déjà fait remarquer ; un document de votre part attestant le suivi en cours sans autres détails risque de n'être d'aucune utilité. Le guide évoque l'importance de rédiger les attestations dans un langage intelligible afin que toute personne – en dehors du circuit de la santé mentale – puisse en saisir le contenu.

Ce protocole fait état d'une situation d'expertise pure, c'est-à-dire indépendante de suivis psychothérapeutiques. La fonction d'expert-e est alors plus délimitée, moins en tension entre clinique et expertise. À nous de jongler à nouveau.

Tout d'abord, il convient de vérifier plusieurs choses auprès de la personne que vous accompagnez. D'où vient la demande d'une telle attestation ? D'elle-même, d'un tiers ? Qui en particulier ? Que sait-elle d'un tel document ? Que représente ce document pour elle ? En comprend-elle les enjeux, notamment la question du secret professionnel partagé ? Avant même de rédiger ce document, prenez le temps d'investiguer ces éléments pour amener – si nécessaire – un complément d'informations, travailler en toute transparence, remettre le pouvoir dans ses mains et continuer ainsi à renforcer la relation thérapeutique.

Ensuite, vous pouvez passer à la rédaction de l'attestation, en **co-réalisation** avec la personne en demande. Grâce à cela, elle peut saisir qu'elle seule sait et peut transmettre son récit et que vous servez uniquement de support pour le développer. En tant que théra-

peute, nous jouons alors le rôle d'interprète en seconde ligne des divers discours, après les avocat-e-s, assistant-e-s sociaux-ales et autres intervenant-e-s. Nous pouvons aussi faire office d'intermédiaire entre la société d'accueil et les femmes accompagnées. Nous parlons ici d'interprètes en nous référant à l'expression d'E. Halluin de « Rendre la voix audible » [44] de la personne en demande d'asile, c'est-à-dire adaptée aux codes culturels et sociaux de la société destinataire de l'attestation.

Même si vous y serez souvent poussée-e-s, il est important de ne pas donner votre avis sur la réalité des événements. Il vaut mieux s'en tenir à une énumération des symptômes observés dans le cadre des entretiens thérapeutiques. Il convient par contre de souligner la cohérence des symptômes avec le récit. Le chapitre 7 de cet ouvrage peut éventuellement être un outil intéressant à ce propos.

Il convient de formuler l'observation du fonctionnement psychique avec le moins d'ambiguïtés possibles et d'évoquer telles quelles les paroles de la personne en signifiant de manière distinctive que ce sont ses dires. Il est parfois nécessaire – afin d'éviter tout malentendu – de rappeler également le cadre et les objectifs de votre travail ; les attentes des destinataires de l'attestation étant parfois diamétralement opposées au rôle de thérapeute.

Vous veillerez à respecter la temporalité de la thérapie c'est à dire le rythme de la personne, des traumas ainsi que les objectifs premiers de travail. **Il faudra se questionner sur la pertinence de la rédaction du document en fonction du temps de la thérapie et dans certains cas, préférer ne rien rédiger.** Nous avons déjà cité à ce propos l'exemple d'un suivi thérapeutique à peine commencé. Il est alors préférable d'en parler autant avec la personne que vous accompagnez qu'avec son avocat-e.

Quelle que soit la technique utilisée, il convient de terminer l'attestation par une relecture conjointe afin de rendre le pouvoir à qui de droit, c'est-à-dire à la personne accompagnée.



*C'est comme si tu avais lu ce que j'avais dans le cœur. Yayé, Guinée Conakry, 22 ans.*

## Quelle(s) spécificité(s) dans le cas de mutilations génitales féminines ?

Les généralités au sujet de la rédaction de documents attestant la santé mentale d'un-e demandeur-deuse d'asile du chapitre précédent s'appliquent également au travail avec des femmes concernées par les MGF. Bien que non spécifique à cette question, nous avons pu constater, avec les années de pratique, que le Manuel du Protocole d'Istanbul [59] fournit un bon outil dans cette matière.

Qu'il y a-t-il alors de spécifique dans la rédaction d'une attestation d'accompagnement thérapeutique d'une femme concernée par une mutilation sexuelle ?

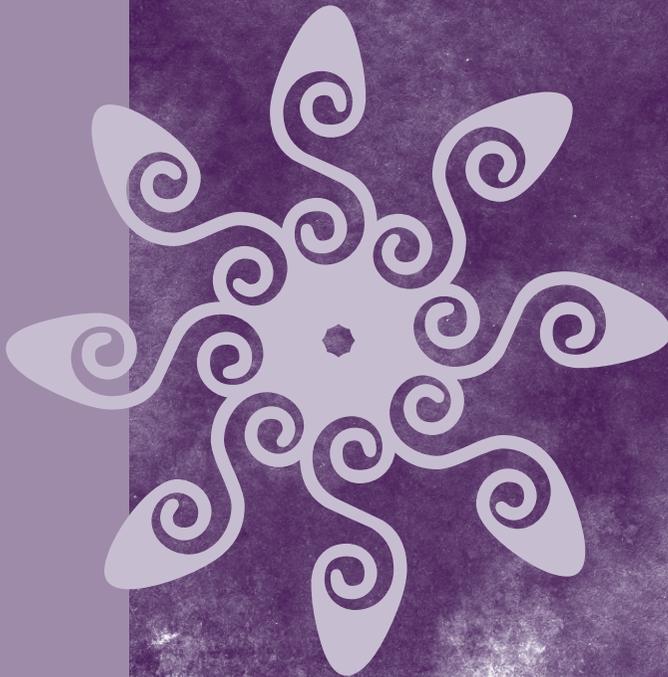
Il s'agit pour le-la thérapeute d'énumérer et de décrire les faits de violences de genre que relate la femme et pas uniquement parler de l'excision. Ces événements entraînant des conséquences à court et à long terme, il convient d'émettre des hypothèses quant à l'expression symptomatologique que vous observez en entretien et qui s'exprime dans le quotidien de la femme que vous accompagnez, voire l'handicape.

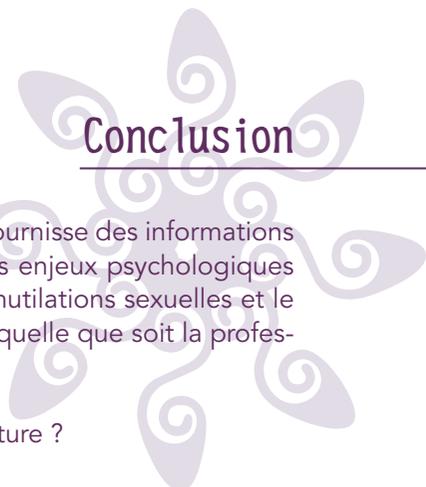
Il s'agit de servir la parole de la femme et d'être témoin des violences subies, au pluriel ; la violence de l'excision ne s'arrêtant pas le jour de sa cicatrisation. L'excision est une violence continue.

Précédemment, nous parlions de notre position d'entre-deux : thérapeutique et politique. S'ajoute ici la dimension de la **militance** que nous devons également gérer et doser à juste titre. **Rendre l'objectivable de l'horreur humaine, par écrit.**

Rédiger un document « officiel » attestant des traumatismes des violences de genre vécues par la femme permet également d'attester de l'existence de ces événements et contribue à la reconnaissance de ces violences aux yeux de la société mais surtout aux yeux de la femme en thérapie.

# Conclusion





## Conclusion

---

**N**ous souhaitons que cet ouvrage fournisse des informations qui permettent d'appréhender les enjeux psychologiques des femmes concernées par les mutilations sexuelles et le mariage forcé en contexte d'exil, et cela quelle que soit la profession de l'intervenant-e.

Que penser au terme de cette longue lecture ?

Dans ce genre de clinique, nous sommes amené-e-s à endosser plusieurs rôles. Nous sommes thérapeute, intervenant-e social-e, famille, ami-e, militant-e, simple homme ou femme et la plupart du temps, tout cela en même temps. Ce genre de travail nécessite que l'on se questionne en continu sur les enjeux et les objectifs spécifiques de notre clinique ainsi que sur nos propres croyances et nos représentations. **Chaque personne qui travaille aux prises avec l'Humain, les violences entre autres de genre et les Droits doit prendre position et chercher le juste milieu – non sans un travail de funambule – qui permet militance et travail quelle que soit notre profession.**

Notre positionnement au sujet des MGF et du mariage forcé se situe du côté des violences de genre. Ce positionnement, qu'il soit implicite ou explicite, sera aussi important pour les personnes qui nous consultent que la « terminologie » qui les désignent ; qu'on les nomme bénéficiaires, migrantes, exilées, usagères ou tout simplement femmes, c'est par la nature singulière du lien qui est créé qu'elles vont pouvoir se sentir reconnues et se reconstruire.

Alors, qui est thérapeute ? Qu'est-ce qui est thérapeutique pour des femmes concernées par l'excision ? Une année de thérapie par une psychologue ? Un atelier de groupe deux fois par mois ? Un-e avocat-e engagé-e ? Une infirmière qui accompagne les femmes lors d'un examen gynécologique ? Quelle définition de la thérapie ? Qui est expert-e ? Qui ne l'est pas ? Qu'est-ce qu'un-e thérapeute « expert-e en MGF » ? Existe-t-il-elle vraiment ?

Nous sommes considéré-e-s comme tel-le-s parce que nous avons multiplié les rencontres avec des personnes concernées par l'excision. Qui étions-nous avant ça ? Avions-nous les connaissances nécessaires pour ce travail ? Avions-nous été formées aux MGF ? Aux outils thérapeutiques « spécifiques » ? Existents-ils d'ailleurs ? Bien entendu la réponse est non, d'autant plus qu'il manque considérablement d'écrits au sujet des conséquences psychologiques et du travail thérapeutique des femmes concernées par les MGF. Tout simplement, **nous avons tenté d'appliquer nos outils « classiques » à une thématique spécifique** et avons avancé pas à pas, en nous ajustant de temps en temps, en partageant les expériences à travers des interventions, en faisant des erreurs et en apprenant de ces erreurs. En définitive, le travail de tout-e thérapeute.

Sûrement que penser qu'il existe un-e « thérapeute expert-e en MGF » répond aux besoins de certain-e-s professionnel-le-s de ne pas traiter cette thématique considérée comme « horrible, inhumaine, traumatique, déchirante, barbare »... autant de qualificatifs entendus aux travers des formations données. Ceci renvoie bien entendu à nos propres peurs, à nos limites, à nos croyances, à nos faiblesses, à ce qui touche profondément en tant qu'être humain que nous sommes tous et toutes. Cependant, en tant que thérapeutes, nous sommes constamment baigné-e-s dans ce genre de réflexions et de ressentis. Nous devons « faire avec » et travailler cela personnellement et professionnellement, en supervision.

À la base de tout accompagnement thérapeutique, il y a une rencontre d'humain-e à humain-e. Envisager les choses sous cet angle permet de modifier son point de vue et de se focaliser sur le b.a.-ba de tout-e professionnel-le des relations humaines. Alors, la rencontre devient possible et le travail devient possible également.

Nous espérons que cette lecture puisse vous éclairer sur la thématique et porter ses fruits dans vos prochaines rencontres, activités et futurs projets.

# Orientations et contacts

## **Atelier de préparation à la naissance**

### **Bruxelles : GAMS Belgique**

Les ateliers ont commencé en 2012. Ils se divisent en deux temps : trois séances pendant la grossesse (prénatal, accouchement et postnatal) et une séance après l'accouchement où les participantes reviennent avec leur bébé. Ils sont animés par une animatrice communautaire et deux sages-femmes.

Rue Gabrielle Petit 6  
1080 Bruxelles  
T +32 2 219 43 40  
F +32 2 217 82 44  
info@gams.be  
www.gams.be

### **Liège : Centre de planning FPS de Liège-Réseau Solidaris**

« Accoucher ici quand on vient d'ailleurs » : accompagnement de la femme autour de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum (3 séances). Les groupes sont co-animés par une psychologue et une sage-femme.

Rue des Carmes 17  
4000 Liège  
T +32 4 223 13 73  
cpf.liege@solidaris.be

## **Bruxelles Accueil**

Interprétariat social.

Rue des Alexiens 16  
1000 Bruxelles  
T +32 2 511 27 15  
F +32 2 503 02 29  
sis.ba@skynet.be  
www.servicedinterpretariatsocial.be

## **CARDA (Centre)**

Centre d'Accueil Rapproché pour Demandeurs d'Asile.  
Structure qui accueille les demandeur-deuse-s d'asile en souffrance psychique pour lesquelles il est nécessaire un suivi rapproché et non une hospitalisation.

Rue de Velroux, Gate 1  
4460 Bierset  
T +32 4 232 31 70  
F +32 4 232 31 99  
centre.carda@croix-rouge.be

## **CéMAViE**

Centre Médical d'Aide aux Victimes de l'Excision.  
Suivi psychologique, sexologique, médical et chirurgical (désinfibulation, reconstruction du clitoris).

CHU Saint-Pierre  
Site César De Paepe

Rue des Alexiens 11-13  
1000 Bruxelles  
Sur RDV les mardis après-midi  
T +32 2 506 70 91  
www.chusaintpierre.be

<p><b>Centre de Planning Familial FPS Liège-Réseau Solidaris</b> Membre du Collectif Liégeois contre les Mutilations Génitales Féminines (CLMGF).</p> <p>Rue des Carmes 17 4000 Liège T +32 4 223 13 73 cpf.liege@solidaris.be</p>	<p>Pour toute information Centre de planning Familial FPS Liège-Réseau Solidaris</p> <p>Rue des Carmes 17 4000 Liège T +32 4 223 13 73 cpf.liege@solidaris.be</p> <p>Prise de rendez-vous au service de gynécologie T +32 4 229 81 18</p>
<p><b>Centre de Planning familial Louise Michel</b> Centre de Planning familial offrant des consultations sociales, psychologiques, médicales et juridiques.</p> <p>Rue des Bayards 45 4000 Liège T +32 4 228 05 06 ou +32 472 23 03 12 mgfliege@live.be www.mgfliege.be</p>	<p><b>Clinique universitaire de St Luc</b> Service Psychiatrie.</p> <p>Avenue Hippocrate 10 1200 Bruxelles T +32 22 764 21 60 F +32 2 764 89 21 www.saintluc.be</p>
<p><b>Centre Chapelle-aux-champs</b> Service de santé mentale. Consultations psychologiques, psychiatriques ou sociales.</p> <p>Clos Chapelle-aux-Champs 30 bte 3026 1200 Bruxelles Sur RDV T +32 2 764 31 20 ou +32 2 764 31 43</p>	<p><b>Pièce de l'asbl l'Equipe (La)</b> Centre de réadaptation psychosociale proposant une communauté thérapeutique.</p> <p>Rue de l'Hotel des Monnaies 71 1060 Bruxelles T + 32 2 534 71 70 F +32 2 543 03 49 piece@equipe.be <a href="http://www.equipe.be/-La-Piece-.html">http://www.equipe.be/-La-Piece-.html</a></p>
<p><b>CHU de la Citadelle à Liège</b> Décentralisation d'une permanence de consultations psychosociales pour les patientes concernées par les MGF au sein du service de gynécologie et obstétrique les jeudis matins.</p>	<p><b>Exil</b> Centre médico-psychosocial pour victimes de violations des droits de l'homme, de la torture et pour personnes exilées.</p> <p>Avenue de la Couronne 282 1050 Bruxelles T +32 2 534 53 30 F +32 2 534 90 16</p>

<p>www.exil.be info@exil.be</p>	<p>Namur Contact : Halimatou Diallo Centre de planning Familial FPS Rue de la Tour 7 8000 Namur T +32 493 49 29 50 halimatou@gams.be</p>
<p><b>Free clinic</b> Centre de Planning familial offrant des consultations sociales, psychologiques, médicales et juridiques.</p> <p>Chaussée de Wavre 154a 1050 Bruxelles T +32 2 512 13 14 F +32 2 502 66 83 info@freeclinic.be www.freeclinic.be</p>	<p><b>Intact</b> Centre de référence juridique relatif aux mutilations génitales féminines et aux pratiques traditionnelles néfastes qui y sont liées.</p> <p>Rue des Palais 154 1030 Bruxelles T +32 2 539 02 04 F +32 2 215 54 81 contact@intact-association.org www.intact-association.org</p>
<p><b>GAMS Belgique</b> Groupe pour l'Abolition des Mutilations Génitales féminines.</p> <p><b>Antenne Bruxelles</b> Rue Gabrielle Petit 6 1080 Bruxelles T +32 2 219 43 40 F +32 2 217 82 44 info@gams.be www.gams.be</p> <p><b>Antenne Flandre</b> Contact : Katrien De Koster Van Maerlanstraat 26 2060 Antwerpen T +32 495 93 93 18 katrien@gams.be</p> <p><b>Antennes Wallonie</b> Liège Contact : Samia Youssouf Rue Agimont 17 4000 Liège T +32 470 54 18 99 samia@gams.be</p>	<p><b>Médecins du Monde (MDM)</b> Organisation internationale qui promeut la santé spécifique pour les personnes en situations précaires. Le CASO de MDM à Bruxelles est un Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation destinés aux personnes exclues du système de santé classique.</p> <p>Rue Botanique 7 1210 Bruxelles T +32 2 225 43 00 info@medecinsdumonde.be</p>

<p><b>Monde selon les femmes (Le)</b> ONG féministe travaillant autour du développement, de l'éducation permanente, de la recherche action et des mouvements sociaux.</p> <p><b>Siège à Bruxelles</b> Rue de la Sablonnière 18 1000 Bruxelles T +32 2 223 05 12 F +32 2 223 15 12</p> <p><b>Siège à Liège</b> Rue Gaucet 33 4020 Liège</p> <p>tanguy@mondefemes.org www.mondefemmes.be</p>	<p><b>UZ Gent</b> Referentiecentrum voor genitale verminking.</p> <p>UZ GENT Vrouwenkliniek (P3-P4) De Pintelaan 185 9000 Gent Sur RDV le mercredi matin T +32 9 332 37 82 ou +32 9 332 37 83</p>
<p><b>Setis</b> Interprétariat social.</p> <p>Rue Gallait 60 1030 Bruxelles T +32 2 609 51 80 F +32 2 609 51 81 info@setisbxl.be www.setisbxl.be</p>	<p><b>Woman'Do</b> Service d'accompagnement psychothérapeutique spécialisé dans l'aide aux femmes exilées en séjour précaire ayant fui des violences.</p> <p>Rue du Pinson 12 1170 Bruxelles T +32 471 22 59 36 F +32 2 660 09 66 coordination@womando.be www.womando.be</p>
<p><b>Ulysse</b> Service de Santé Mentale spécialisé dans l'accompagnement des personnes exilées.</p> <p>Rue de l'Ermitage 52 1050 Ixelles T +32 2 533 06 70 F +32 2 533 06 74 ulysse.asbl@skynet.be www.ulysse-ssm.be</p>	

# Pour aller plus loin...

## Articles

- Canedo F. Di Benedetto MF. & Langwiesner G. Reinbold A. & Verdier M. Violences faites aux femmes : toutes concernées ? *Vie féminines* Bruxelles, Octobre 2009.
- Dequire AF. & Terfous Z. Le mariage forcé chez les jeunes filles d'origine maghrébine. Entre résistance et soumission. *Pensée plurielle*, 2009/2 n° 21, p. 97-97.
- Grinberg M. & Lejeune C. Etude de jurisprudence sur les pratiques traditionnelles néfastes liées au genre. Le cas de la Guinée. Etude réalisée par l'asbl Intact, mai 2013, 40 pages.
- Neyrand G. Hammouche A. & Mekboul S. Les mariages forcés : conflits culturels et réponses sociales. *La découverte*, Paris, 2008, 305 pages.
- Nisrin AA. De la diversité des formes d'atteinte au consentement : les contours du mariage forcé. *Sociétés contemporaines*, 2013/2 (n° 90), p. 122.

## Articles en ligne et sites internet

- Demographic and health surveys : <http://www.dhsprogram.com>. Vous y trouverez, classées par pays et années, les études démographiques de santé dont systématiquement un chapitre sur les MGF.
- Maladies du séjour : [www.maladiesdusejour.be](http://www.maladiesdusejour.be).
- Mon mariage m'appartient. Qu'est-ce que le mariage forcé ? En ligne : <http://www.monmariagemappartient.be/mariage-force.html>.
- Praxis. Les différentes formes de violences conjugales et familiales. En ligne : <http://www.asblpraxis.be/violences-conjugales/differentes-formes-violences-conjugales-familiales>.
- Stratégies concertées de lutte contre les mutilations génitales féminines. Un processus participatif pour l'analyse et l'action en Fédération Wallonie-Bruxelles : [www.strategiesconcertees-mgf.be](http://www.strategiesconcertees-mgf.be).
- Spriet Z. Femmes : mon corps, mes droits. Amnesty International – L'espace Jeunes, 16 mai 2013. En ligne : [www.amnesty.be/jeunes/spip.php?article1081](http://www.amnesty.be/jeunes/spip.php?article1081).

## Ouvrages

- Unicef. *Female Genital Mutilation/Cutting : a statistical overview and exploration of the dynamics of change*. New York : 2013, 184 pages.
- *Le Monde selon les femmes. Les essentiels du genre 01, concepts de base*. Bruxelles : 2004, réédition 2007, 56 pages.
- D'HALLUIN E. Les épreuves de l'asile. Associations et réfugiés face aux politiques du soupçon. Paris, EHESS, coll. « En temps & lieux », 2012.

- **Ambivalence**

« Typiquement coexistence de l'amour et de la haine dans la relation à une même personne. ».

(Doron R. & Parot F. Dictionnaire de psychologie. PUF. Paris : 1991, 756 pages).

- **Appartenance**

« Besoin d'appartenance. Désir de se sentir proche d'autres individus qui vous ressemblent et qui apprécient ; souhait de pouvoir collaborer avec eux et leur rendre des services réciproques. ».

(Doron R. & Parot F. Dictionnaire de psychologie. PUF. Paris : 1991, 756 pages).

- **Centre de transit pour demandeurs et demandeuses d'asile**

Le centre de transit est un centre qui accueille des hommes, des femmes, des familles et des enfants mineur-e-s non-accompagné-e-s, migré-e-s en Belgique et en demande d'asile. Le terme transit est utilisé pour désigner un centre où la place d'accueil est temporaire, en attente de trouver une place définitive dans les différentes structures d'accueil du réseau. Les instances de Fedasil et de la Croix Rouge sont chargées de cet accueil.

- **Commissariat Général aux Réfugiés et aux Apatrides (CGRA)**

« Le CGRA a pour mission d'accorder une protection aux étrangers qui, en cas de retour dans leur pays d'origine, risquent de subir une persécution ou des atteintes graves. Il octroie le statut de réfugié ou celui de protection subsidiaire. ».

(CGRA Commissariat aux Réfugiés et aux Apatrides. En ligne : <http://www.cgvs.be/fr/>, consulté le 27 avril 2015).

- **Déculturation**

« Perte de tout ou une partie de la culture traditionnelle au profit d'une culture nouvelle. ».

(Dictionnaire de français Larousse. En ligne <http://www.larousse.fr/dictionnaires>, consulté le 13 novembre 2014).

---

- **Désaffiliation**

« Action de faire cesser l'affiliation (...). Affiliation ; action d'associer ou d'être associée à un groupe (...). ».

(Dictionnaire de français Larousse. En ligne <http://www.larousse.fr/dictionnaires>, consulté le 13 novembre 2014).

- **Différenciation**

« Processus par lequel une conduite, un organisme, une population passent d'un état homogène à un état hétérogène au cours du développement. (...) R Spitz, M. Klein, D. Winnicott et M. Malher, chacun dans son propre système de références, usent du terme de différenciation (...) pour marquer l'étape qui distingue le sujet ou la personnalité de son milieu biologique et social. ».

(Doron R. & Parot F. Dictionnaire de psychologie. PUF. Paris : 1991, 756 pages).

Le terme différenciation renvoie également à celui d'individuation.

« Recherche de singularité psychologique et d'autonomie qui s'opère au cours de la socialisation, par l'intermédiaire des rapports aux groupes d'appartenance et autres groupes. C'est le résultat des processus qui conduisent l'individu à construire un sentiment d'identité en exprimant des différences et similitudes entre lui-même et autre par l'intermédiaire des renforcements positifs et négatifs d'autrui, de la comparaison sociale et de la distinction sociale. ». (...).

(Doron R. & Parot F. Dictionnaire de psychologie. PUF. Paris : 1991, 756 pages).

- **Élaboration**

« (...). L'élaboration psychique est un concept technique de la psychanalyse puis, plus généralement, de toute la psychologie dynamique (...) qui correspond à une fonction fondamentale du psychisme : celle qui consiste à faire face aux tensions créées par les modifications de l'environnement ou par les modifications survenant dans le sujet lui-même (transformations corporelles ou psychiques consécutives au développement ou au cycle de la vie, surgissement d'exigences pulsionnelles, apparitions de maladies physiques, etc.). ».

(Doron R. & Parot F. Dictionnaire de psychologie. PUF. Paris : 1991, 756 pages).

- **Empowerment**

« L'empowerment est considéré comme le processus d'acquisition « de pouvoir » au niveau individuel et collectif. Il désigne, chez un individu ou une communauté, d'abord la capacité d'agir de façon autonome, mais également les moyens nécessaires ainsi que le processus pour atteindre cette capacité d'agir, de prise de décision dans ses choix de vie et de société. ». Il est possible de distinguer quatre niveaux de pouvoir ; le pouvoir « sur », « de », « avec », « intérieur ».

(L'approche de l'empowerment des femmes. Un guide méthodologique. Commission Femmes et développement, juin 2007, 45 pages. En ligne : [http://diplomatie.belgium.be/fr/binaries/approche\\_empowerment\\_femmes\\_fr\\_tcm313-65184.pdf](http://diplomatie.belgium.be/fr/binaries/approche_empowerment_femmes_fr_tcm313-65184.pdf), consulté le 13 novembre 2014).

- **Guérison (Processus de)**

« La guérison désigne « Une action de guérir : souvent le contexte sera le synonyme de rétablissement, cicatrisation, cessation, ajustement ou en-core protection, défense, persévération. ».

(Doron R. & Parot F. Dictionnaire de psychologie. PUF. Paris : 1991, 756 pages).

Par « processus de guérison », nous désignons le chemin individuel et personnel que chacun-e accomplit au cours d'un accompagnement thérapeutique, lui permettant de retrouver équilibre et sérénité.

- **Infibulation**

L'infibulation est le troisième type de mutilations sexuelles selon la classification de l'OMS. Il s'agit d'un « rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par l'ablation et l'accolement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres, avec ou sans excision du clitoris. ».

(OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO. Eliminating female genital mutilation. An interagency statement. World Health Organization, 2008).

- **Lévirat**

« La mort d'un conjoint ne met pas fin aux droits et obligations liées au mariage. Les pratiques du lévirat sous la forme de l'obligation faite au frère d'un homme décédé d'épouser la veuve, et du sororat sous la forme d'un mariage du mari veuf avec la sœur de l'épouse, rendent compte d'une volonté de perpétuer l'alliance et permettre éventuellement de préserver les droits du défunt sur sa descendance. ».

(BONTE P. & IZARD M. Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie. Presses Universitaires de France. Paris : 1991, 842 pages).

- **Maraboutage**

« En Afrique, action de marabouter ; ensemble des pratiques, à la fois magiques et religieuses, des marabouts. ».

(Dictionnaire de français Larousse. En ligne <http://www.larousse.fr/dictionnaires>, consulté le 13 novembre 2014).

- **Mutilation Génitale Féminine (MGF)**

Aussi appelée mutilation sexuelle, elles désignent « (...) toutes les interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme et toutes autres mutilations de ces organes pratiquées pour des raisons culturelles ou autres et non à des fins thérapeutiques (OMS 1997). ».

(OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO. Eliminating female genital mutilation. An interagency statement. World Health Organization, 2008).

- **Office des Étrangers (OE)**

L'Office des Étrangers est l'instance globale administrative qui enregistre les demandes d'asile.

- **Pseudo-infibulation**

Souvent, il s'agit d'une mutilation de type II où les moignons des petites lèvres sont restées collées ensemble au cours de la cicatrisation sans qu'il y ait eu de sutures comme pour l'infibulation des grandes lèvres.

- **Sororat**

« La mort d'un conjoint ne met pas fin aux droits et obligations liées au mariage. Les pratiques du lévirat sous la forme de l'obligation faite au frère d'un homme décédé d'épouser la veuve, et du sororat sous la forme d'un mariage du mari veuf avec la sœur de l'épouse, rendent compte d'une volonté de perpétuer l'alliance et permettre éventuellement de préserver les droits du défunt sur sa descendance. ».

(BONTE P. & IZARD M. Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie. Presses Universitaires de France. Paris : 1991, 842 pages).

- **Syndrome de Stress Post-traumatique (SSPT)**

« On parle de SSPT quand, à la suite d'expérience où la vie a été menacée, les réactions psychobiologiques et somatiques de stress persistent longtemps après que l'évènement traumatique ait eu lieu. Il est erroné de présupposer que quiconque a vécu un évènement traumatisant développera un SSPT. (...). Cette définition tient compte du fait que le SSPT peut se développer chez une personne en réponse à trois types d'évènements :

des incidents qui menacent la vie ou l'intégrité corporelle de quelqu'un ou qui sont perçus comme tels, le fait d'être témoin d'actes de violence commis sur autrui, le fait d'entendre parler de la violence faite à des proches ou de leur mort inopinée ou violente. ».

(ROTSCHILD B. Le corps se souvient. Mémoire somatique et traitement du trauma. Paris : de Boeck, 2008, 217 pages).

- **Systémique (Psychologie)**

« L'approche systémique est utilisée en thérapie familiale dans la mesure où elle examine les problèmes médico-sociaux dans leurs globalités. La systémie s'appuie sur le présent comme porte ouverte sur l'avenir, alors que la psychanalyse travaille sur des représentations exprimées par le sujet pour y voir un miroir ou se reflète le passé. L'approche systémique permet quant à elle d'aborder les difficultés d'un individu en fonction des relations qu'il entretient et du contexte dans lequel il intervient : famille, institution, services sociaux, ensemble famille-institution et/ou famille-services sociaux, groupes sociaux... (...). ».

(E. Gaulin. Approche systémique et thérapie familiale. 2012. En ligne : <http://www.approche-systemique.com/therapie-familiale/approche-systemique-et-therapie-familiale/>, consulté le 13 novembre 2014).

- **Transfert**

« Désigne en psychanalyse, le processus par lequel des fantasmes inconscients d'actualisent au cours de la cure et s'extériorisent dans la relation avec le psychanalyste. ».

(Doron R. & Parot F. Dictionnaire de psychologie. PUF. Paris : 1991, 756 pages).

« Processus selon lequel le patient réactualise ses conflits infantiles en projetant sur le thérapeute l'image de ses parents et les sentiments (désirs, expériences pénibles, découverte de la sexualité, etc.) qu'il a éprouvés envers eux. ».

(Dictionnaire de français Larousse. En ligne <http://www.larousse.fr/dictionnaires>, consulté le 13 novembre 2014).

# Pour connaître les auteur-e-s

## Zahra Ali Cheik

Après deux années de bénévolat, elle devient salariée au GAMS Belgique en tant qu'animatrice communautaire en 2009. Elle est une des « Strong Voice » de l'association auprès des médias. Elle co-anime plusieurs ateliers pour les femmes et les jeunes et participe à la formation des professionnel-le-s. Elle tient également une permanence auprès de plusieurs bureaux d'ONE à Bruxelles avec comme objectif de sensibiliser et prévenir des risques de mutilations sexuelles, auprès d'un public différent de celui qui fréquente l'association (famille arrivée par regroupement familial, couple mixte...). Elle intervient également dans des écoles primaires et secondaires lors des séances EVRAS. Dans le cas de signalement de risque d'excision, elle aide les enseignant-e-s à rencontrer les parents et à faciliter le dialogue. Les MGF faisant partie des violences de genre, elle multiplie les animations afin d'éveiller les consciences à cette question.

## Isabelle Breto

Jusqu'ici, elle travaille dans le secteur du psychosocial prenant en compte l'articulation entre la clinique du sujet et son inscription sociale dans la clinique communautaire, notamment par le biais d'ateliers. Elle travaille dans diverses institutions, dans des lieux de vie comme La Pièce de l'asbl L'Equipe° ou des consultations ambulatoires comme au SSM Ulysse° ou au CASO de MDM° en n'oubliant jamais cette articulation car si une personne n'est pas portée socialement, n'a pas de place auprès de l'autre, il devient complexe pour elle de cheminer vers un mieux-être. Elle travaille donc essentiellement avec ces personnes afin qu'elles sentent légitime de porter leur voix dans le lien social.

## Annalisa D'Aguanno

Licenciée en psychologie clinique à l'Université Libre de Bruxelles, c'est une formation auprès de l'Institut belge de Victimologie Appliquée qui lui permet de découvrir le GAMS Belgique à travers un stage en 2007. Dès lors, elle ne le quittera plus. Son intérêt pour la condition féminine et les droits des femmes la poussent à poursuivre au sein de l'association un bénévolat de deux années, transformé ensuite en poste fixe. Elle est la co-auteure du guide « Femme excisée et réfugiée, ma façon d'exister – Savoir faire et Savoir-être en entretien » (2012). À travers les consultations individuelles, elle écoute les femmes « au-delà des mots » et observe les corps parler. Elle s'intéresse à la place du corps si bien qu'en 2010, elle initie un atelier d'ex-

pression corporelle destiné aux femmes concernées par les violences de genre, atelier qu'elle co-anime actuellement. Elle suit une formation d'Art-thérapie auprès du centre Rhapsodie, à Bruxelles. La création est désormais son outil privilégié autant dans le travail individuel que collectif. Remettre de la créativité, là où la vie semble s'être arrêtée.

## Luc Declaire

Luc Declaire pratique d'abord la médecine générale pendant vingt ans à Etterbeek. Il est sensibilisé à la question des génocides contemporains et des réfugiés en travaillant avec les communautés arménienne et rwandaise en particulier. Dans le cadre de la médecine scolaire, il anime des ateliers d'initiation à la vie affective et sexuelle notamment auprès d'un public d'origine maghrébine. Au sein de la Société Balint Belge, il approfondit la question de la relation soignant-soigné et achève actuellement une spécialisation en psychiatrie avec un intérêt pour l'ethnopsychiatrie, le psychotrauma et l'analyse des phénomènes inconscients.

## Manu Delière

Après une formation de psychologue clinicienne à l'Université de Liège, elle se tourne vers le secteur de l'aide à la jeunesse et travaille dans un centre d'hébergement pour adolescentes durant quinze ans. Parallèlement à cela, elle travaille pendant huit ans dans un service d'urgences psychiatriques à l'hôpital de la Citadelle à Liège. En 2008, forte de sa formation de troisième cycle en psychothérapie brève à l'Institut Grégory Bateson, elle s'installe comme indépendante et commence à exercer comme consultante au Centre de Planning Familial Louise Michel à Liège. Depuis février 2014, elle est salariée dans ce même centre où elle possède une triple casquette de psychothérapeute, animatrice et accueillante IVG. C'est en ce lieu que son travail avec les femmes ayant vécu une mutilation sexuelle s'est affiné et où leur problématique a éveillé en elle une sensibilité particulière.

## Anne Graindorge

Licenciée en Droit et en Sciences criminelles, Anne Graindorge fonde en 2004 et coordonne pendant sept ans l'asbl Aïcha ; un service d'accompagnement psychosocial pour jeunes MENA présentant des difficultés spécifiques. Parallèlement à cela, elle est tutrice de nombreux-euses mineur-e-s non accompagné-e-s entre 2005 et 2012. Elle réoriente ensuite sa pratique du côté du soin en suivant diverses formations dont la Psychothérapie Corporelle Intégrative ainsi que la Psychothérapie Psychocorporelle EMTE. Elle fonde alors Woman'Do en 2013, un service d'accompagnement psychothérapeutique spécialisé dans l'aide aux femmes exilées en séjour précaire ayant fui des violences, qu'elle coordonne actuellement.

## Katinka in 't Zandt

Depuis vingt ans, elle est psychologue dans un centre de Planning Familial, la Free Clinic à Bruxelles. Elle a toujours travaillé dans le domaine des conséquences de violences, premièrement avec des victimes de tortures et ensuite avec les femmes de partout, victimes de violences liées au genre. Elle est également active dans le plaidoyer pour les droits sexuels et reproductifs et collabore avec le GAMS Belgique depuis 1996, année de sa création.

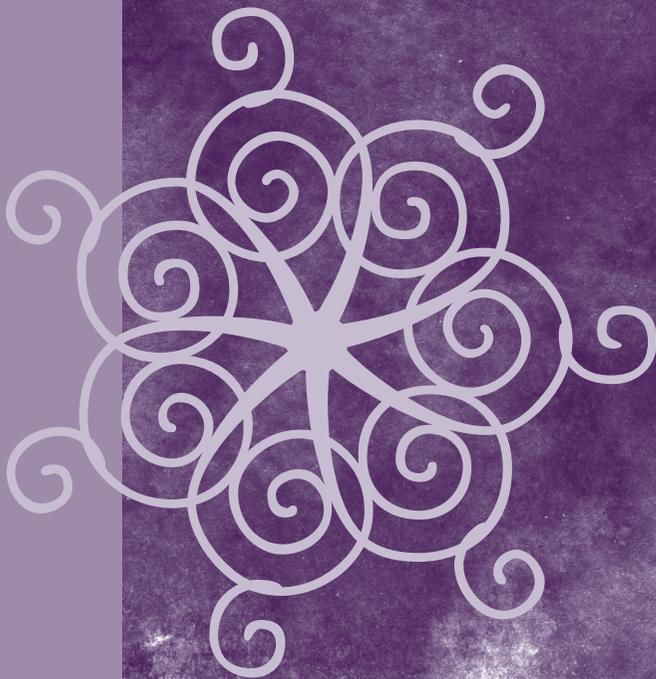
## Carolina Neira Vianello

Carolina Neira Vianello arrive au GAMS Belgique en 2009 en tant que bénévole pour prendre en charge la campagne européenne « END FGM » en collaboration avec Amnesty International. Avec le temps, elle commence à co-animer différents ateliers tels que les réunions mensuelles, l'atelier des jeunes ainsi que l'atelier d'expression corporelle. Actuellement, après six années, elle est toujours bénévole au sein de l'organisation.

## Sonia Zeghli

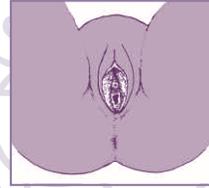
Licenciée en psychologie clinique à l'Université Libre de Bruxelles, Sonia Zeghli se forme ensuite en thérapies cognitives et comportementales à l'Université Catholique de Louvain. Elle travaille comme psychologue durant plus de sept ans en unité psychiatrique à la clinique César de Paepe et ensuite en centre de jour psychiatrique au CHU de St Pierre pour sept années également. Parallèlement, elle assure un accompagnement psychothérapeutique en consultation. De part son intérêt pour les troubles anxieux et plus particulièrement pour le PTSD, elle se forme à l'EMDR. En octobre 2013, elle intègre l'équipe multidisciplinaire de la douleur du service d'anesthésie et début 2014, la clinique du périnée. Quelques mois plus tard, elle rejoint l'équipe du centre CéMAViE°. Son travail consiste d'une part à réaliser une évaluation psychologique des femmes souhaitant avoir recours à la chirurgie de reconstruction clitoridienne et d'autre part à assurer l'accompagnement psychothérapeutique de la souffrance psychique de ces mêmes femmes.

# Annexes

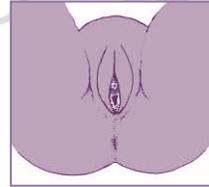


## 01. Classification des mutilations génitales féminines

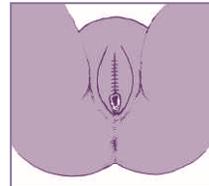
**Type I** ou clitoridectomie est l'ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du capuchon du clitoris.



**Type II** ou excision concerne l'ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres.



**Type III** ou infibulation est le rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par l'ablation et l'accolement des petites lèvres et/ou grandes lèvres, avec ou sans excision du clitoris.



**Type IV** comprend toutes les autres interventions nocives pratiquées sur les organes génitaux féminins à des fins non thérapeutiques, comme la ponction, le perçement, l'incision, la scarification et la cautérisation.

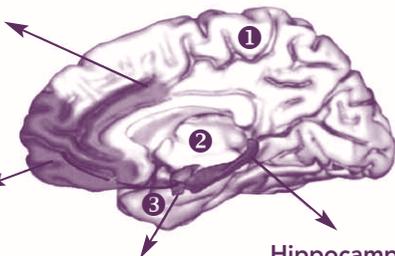
(SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement et GAMS Belgique. Mutilations Génitales Féminines : guide à l'usage des professions concernées. Edition GAMS Belgique. Bruxelles : 2011, 160 pages).

## 02. Schéma du cerveau

**Cortex cingulaire antérieur**  
Volume réduit / Hypoactivation

**Cortex préfrontal médian**  
Volume réduit / Hypoactivation

- ① Neocortex
- ② Cerveau limbique
- ③ Cerveau reptilien



**Amygdale**  
Hyperactivation

**Hippocampe**  
Volume réduit

# 03. Certificat médical

## Certificat Médical (suite)

Je soussigné(e), ..... , docteur en médecine, certifie avoir examiné  
 Mme/Mlle .....

Référence du médecin (cachet)

### Commentaires (suite)

Ville, date .....

**Certificat Médical**

A qui de droit,  
 Je soussigné(e), ..... , docteur en médecine, certifie avoir examiné  
 Mme/Mlle ..... , née le .....  
 à ..... d'origine ..... et de nationalité .....  
 N° SP (demandeur d'asile) ou Carte d'Identité N° .....  
 (si enfant, mettre les coordonnées des parents)

Cette dernière présente une vulve intacte et non excisée  
 Cette dernière a subi la mutilation sexuelle suivante (définition OMS 2007):

Types (cocher le type)	Zones excisées en rouge	Aspect après cicatrisation
<b>Type 1</b> «Clitoridectomie»: ablation partielle ou totale du capuchon et /ou du clitoris		
<b>Type 2</b> «Excision»: ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres		
<b>Type 3</b> «Infibulation»: rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par l'ablation et l'accolement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres, avec ou sans excision du clitoris		

**Type 4** autres formes (incision, cautérisation)  
 Préciser: .....

Fait et remis en main propre à la patiente pour l'usage qu'elle jugera nécessaire.

Signature

### Conséquences:

- Algies chroniques
- Cicatrices chéloïdes
- Kystes dermoïdes
- Problèmes urinaires ou fœtaux (dysurie, incontinence urinaire ou fécale,...)
- Infections génitales ou urinaires
- Dysménorrhée, émission prolongée du flux menstruel

- Dyspareunie, troubles de la sexualité, diminution de la libido
- Stérilité
- Problèmes durant la grossesse ou à l'accouchement
- Troubles psychologiques: angoisse/ dépression/troubles du comportement
- Autres (à préciser)

### Traitement(s) proposé(s):

- Suivi médical régulier et traitement(s) approprié(s)
- Traitement chirurgical (marsupialisation kyste, désinfibulation,...)
- Reconstruction du clitoris
- Consultation psychologique
- Consultation sexologique
- Autres (à préciser)

### Commentaires

(suite des commentaires au verso)

Fait et remis en main propre à la patiente pour l'usage qu'elle jugera nécessaire.

Signature

Certificat médical  
 du GAMS Belgique.

# Bibliographie

- [1] METRAUX JC. La migration comme métaphore. Edition La Dispute. Paris, 2011, 261 pages.
- [2] Larousse. Dictionnaire de français. En ligne <http://www.larousse.fr/dictionnaires>, consulté le 15 novembre 2014.
- [3] Organisation Mondiale de la Santé. Mutilations sexuelles féminines. En ligne : [http://www.who.int/topics/female\\_genital\\_mutilation/fr/](http://www.who.int/topics/female_genital_mutilation/fr/), consulté le 15 novembre 2013.
- [4] JOSSE E. La torture de masse. Le cas de l'ex-Yougoslavie. 2006. En ligne : [http://www.psycho-solutions.be/IMG/pdf/torture\\_de\\_masse.pdf](http://www.psycho-solutions.be/IMG/pdf/torture_de_masse.pdf), consulté le 15 novembre 2014.
- [5] Amnesty International. Mon corps, mes droits, dossier pédagogique 2013. Bruxelles, 2013, 71 pages.
- [6] Le Monde selon les femmes. Stereotypik. 2005, réédition 2007, 56 pages.
- [7] Mission de l'Organisation des Nations Unies pour la stabilisation en RD Congo. En ligne <http://monusco.unmissions.org/Default.aspx?tabid=11266&language=fr-FR>, consulté le 7 octobre 2013.
- [8] Institut National de la Statistique Ministère du Plan Conakry, Guinée, 2012. Guinée. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS-MICS). En ligne : <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR280/FR280.pdf>, consulté le 23 avril 2014.
- [9] VLACHOVA M. & BRASON L. Women in a insecure world. Violence against women. Facts, figures and analysis. Edition d.DCAF. Suisse, 2005.
- [10] WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. Lancet 2006; 367:1835 – 41.
- [11] SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement et GAMS Belgique. Mutilations Génitales Féminines : guide à l'usage des professions concernées. Bruxelles : 2011, 160 pages. Disponible en version papier sur demande au GAMS Belgique ou en version PDF sur le site [www.gams.be](http://www.gams.be).
- [12] OMS. Organisation Mondiale de la santé. En ligne : [http://www.who.int/topics/female\\_genital\\_mutilation/fr/](http://www.who.int/topics/female_genital_mutilation/fr/), consulté le 24 avril 2015.
- [13] BEHRENDT & MORITZ. Posttraumatic stress disorder and memory problems after female genital mutilation. Am J Psychiatry, May 2005, 162:1000-1002.
- [14] KIZILHAN I. Impact of psychological disorders after female genital mutilation among Kurdish girls in Northern Iraq. The European Journal of Psychiatry, April-June 2011, vol. 25, n°2.
- [15] FERENCZI S. Le traumatisme. Petite bibliothèque Payot, n°580. Paris, mars 2006, 176 pages.
- [16] ROTSCCHILD B. Le corps se souvient. Mémoire somatique et traitement du trauma. Paris, de Boeck, 2008, 217 pages.
- [17] JOSSE E. La torture. Repères notionnels. 2006. En ligne : [http://www.resilience-psy.com/IMG/pdf/torture.\\_reperes\\_notionnels.pdf](http://www.resilience-psy.com/IMG/pdf/torture._reperes_notionnels.pdf), consulté le 24 juin 2014.
- [18] ELNASHAR & ABDELHADY. The impact of female genital cutting on health of the newly married women. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2007, vol. 97, p. 238-244.
- [19] Corps en cris, corps écrit. Le corps met les voiles : actes du Colloque à Montpellier. Chèvre-feuille étoilée éd., 2003, 191 pages.
- [20] American psychiatric association. DSM IV Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Traduction française, Paris, Masson, 1996.
- [21] CARLUER L. Psychotraumatisme et neurosciences, 30ème colloque de la Fédération Française de Psychothérapie et de Psychanalyse. Trauma et Sens. Paris, 11 et 12 octobre 2013.
- [22] Toby Nathan cité dans : GOGUIKIAN RATCLIFF B. Repenser les liens entre migration,

- exil et traumatisme. (Re)penser l'exil, n°7, 2010/2011. En ligne : <http://revue-exil.com/re-penser-les-liens-entre-migration-exil-et-traumatisme/>, consulté le 15 mars 2014.
- [23] CUZIN B. Complications médicales, obstétricales et psychologiques des MSF. Développement et Santé. 2014; 205 :15-20.
- [24] HEARST AA. & MOLNAR AM. Female genital cutting: an evidence-based approach to clinical management for the primary care physician. Mayo Clin Proc. 2013 Jun; 88(6):618-29.
- [25] CANEDO F. DI BENEDETTO MF. LANGWIESNER G. REINBOLD A. & VERDIER M. Violences faites aux femmes : toutes concernées ? Outil de sensibilisation. Vie féminine, octobre 2009. En ligne : [http://www.viefeminine.be/IMG/pdf/Violences\\_faites\\_aux\\_femmes\\_VF\\_Bxl\\_.pdf](http://www.viefeminine.be/IMG/pdf/Violences_faites_aux_femmes_VF_Bxl_.pdf), consulté le 23 avril 2014.
- [26] UNICEF. Le mariage précoce. Unicef, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, centre de recherche Innocenti, Florence, Italie, Digest Innocenti, n°7, mars 2001.
- [27] BA M. Une si longue lettre. Editions Clamecy, France, 2013, 165 pages.
- [28] DELBROUCK M. Le traumatisme psychique. Revue Balint n°100, p. 12.
- [29] NARDONE G. Peur, panique, phobies. Edition L'Esprit du Temps, France, 1996, 350 pages.
- [30] KLEIN J.-P. L'art-thérapie. Edition Que sais-je ? PUF, France, 1997, 127 pages.
- [31] HERIL A. & MEGRIER D. Techniques théâtrales pour la formation d'adultes. Paris, Retz, 1999, 111 pages.
- [32] BAUDIN C. Danse du ventre, danse du centre. Edition Art et Thérapie, 2000, n°72/73, p. 87-92.
- [33] PUJADE-RENAUD C. Expression corporelle. Langage du silence. Paris, Les éditions ESF, 1975, 130 pages.
- [34] LE BOUCHER D. Un corps qui danse. Algérie Littérature, 1998, n°22, p. 230-240.
- [35] Convention de Genève de 1951. En ligne : [http://www.cgra.be/fr/binaries/Convention%20de%20Gen%C3%A8ve\\_tcm126-9239.pdf](http://www.cgra.be/fr/binaries/Convention%20de%20Gen%C3%A8ve_tcm126-9239.pdf), consulté le 24 avril 2015.
- [36] Règlement (UE) No 604/2013 du Parlement européen et du conseil du 26 juin 2013 établissant les critères et mécanismes de détermination de l'État membre responsable de l'examen d'une demande de protection internationale introduite dans l'un des États membres par un ressortissant de pays tiers ou un apatride (refonte). Journal officiel de l'Union européenne, 29 juin 2013, L 180/31 – L180/59. En ligne : <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2013:180:0031:0059:FR:PDF>. Consulté le 10 avril 2014.
- [37] Association pour le Droit Des Etrangers (ADDE). Aide juridique aux demandeurs d'asile. En ligne : [http://www.adde.be/J\\_15/index.php?option=com\\_content&view=article&id=178%3Aaide-juridique-aux-demandeurs-dasile&catid=149%3Aasile&Itemid=58](http://www.adde.be/J_15/index.php?option=com_content&view=article&id=178%3Aaide-juridique-aux-demandeurs-dasile&catid=149%3Aasile&Itemid=58), consulté le 10 avril 2014.
- [38] VERBROUCK C. & JASPIS P. Mutilations génitales féminines: quelle protection ? Revue du droit des étrangers, Jurisprudence- 2009 - n° 153, p. 133-150.
- [39] Guidelines CGRA favorisant l'adéquation de l'agent traitant lorsque celui-ci interviewe une femme victime de violences de genre. En ligne : [http://www.cgra.be/fr/binaries/Fiche%201%20-%20L%27audition%20du%20demandeur%20d%27asile%20%20la%20cl%C3%A9%20de%20vo%C3%BBte%20de%20la%20proc%C3%A9dure%20d%27asile\\_tcm12640137.pdf,%20consult%C3%A9%20le%2008/04/2014](http://www.cgra.be/fr/binaries/Fiche%201%20-%20L%27audition%20du%20demandeur%20d%27asile%20%20la%20cl%C3%A9%20de%20vo%C3%BBte%20de%20la%20proc%C3%A9dure%20d%27asile_tcm12640137.pdf,%20consult%C3%A9%20le%2008/04/2014), consulté le 8 avril 2014.
- [40] VANOETEREN A. & GEHRELS L. La prise en considération de la santé mentale dans la procédure d'asile. Étude, Revue du droit des étrangers, 2009, 155 pages.
- [41] CONROTTE J. Les lignes de faille des migrations et la clinique de l'exil. Journée d'étude Passeurs de mondes, SSM le Méridien, 27 février 2014.
- [42] MESTRE C. Pour un engagement professionnel et citoyen. Rhizomes, demandeurs d'asile, un engagement clinique et citoyen, n°21, décembre 2005, 60 pages.

- [43] Code de déontologie des psychologues. En ligne [https://www.bfp-fbp.be/sites/bfp-fbp.be/files/info/fbp\\_code\\_de\\_deontologie\\_pour\\_psychologues\\_en\\_belgique.pdf](https://www.bfp-fbp.be/sites/bfp-fbp.be/files/info/fbp_code_de_deontologie_pour_psychologues_en_belgique.pdf), consulté le 8 avril 2014.
- [44] D'HALLUIN E. Comment produire un discours légitime ? Plein droit, 2004/4 n° 63, p. 30-33. DOI : 10.3917/pld.063.0030.
- [45] EVANS CAMERON H. Refugee Status Determinations and the Limits of Memory. *International Journal of Refugee Law*, 2010, vol.22, n°4, p469-511, cité dans UNHCR. Beyond proof. Credibility assesment in EU asylum systems. May 2013.
- [46] UNHCR. Beyond proof. Credibility assesment in EU asylum systems. May 2013.
- [47] COHEN J. Questions of credibility: omissions, discrepancies and errors of recall in the testimony of asylum seekers. *International journal of refugee law*, vol.13, n°3, 2001, p. 293-309, cité dans UNHCR. Beyond proof. Credibility assesment in EU asylum systems. May 2013.
- [48] CONWAY M. & HOLMES E. Memory and the law: recommendations from the scientific study of human memory. Leicester, The British psychological society Press, 2008, p. 2, cité dans UNHCR. Beyond proof. Credibility assesment in EU asylum systems. May 2013.
- [49] ANDERSON SJ. COHEN G. & TAYLOR S. Rewriting the past: some factors affecting the variability of personal memories. *Applied cognitive psychology*, vol. 14, n°5, 2000, p. 435-54, cité dans UNHCR. Beyond proof. Credibility assesment in EU asylum systems. May 2013.
- [50] CHRISTIANSON SA. & SAFER MA. Emotional events and emotions in autobiographical memories. DC, Rubin (ed.) *Remembering our past: studies in autobiographical memory*. Cambridge, 1995, p. 218-41, cité dans UNHCR. Beyond proof. Credibility assesment in EU asylum systems. May 2013.
- [51] TAN L. ZHANG L. QI R. LU G. LI L. LIU J. & LI W. Brain structure in post-traumatic stress disorder: A voxel-based morphometry analysis. *Neural Regen Res*. 2013 Sep 15;8(26):2405-14. doi: 10.3969/j.issn.1673-5374.2013.26.001.
- [52] HERLIHY J. & TURNER S. The Psychology of seeking protection. *International journal of refugee law*, vol. 21, n°2, 2009, p. 171-92, cité dans UNHCR. Beyond proof. Credibility assesment in EU asylum systems. May 2013.
- [53] HERLIHY J. JOBSON L. & TURNER S. Just tell us what happened to you: autobiographical memory and seeking asylum. *Applied cognitive psychology*, vol. 26, n°5, 2012, p. 661-76, cité dans UNHCR. Beyond proof. Credibility assesment in EU asylum systems. May 2013.
- [54] VAN DER KOLK BA. Clinical implications of neuroscience research in PTSD. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* xxxx: 1–17 (2006).
- [55] HERLIHY J. & TURNER S. Should discrepant accounts given by asylum seekers be taken as proof of deceit? *Torture*, vol. 16, 2006, p. 81-92.
- [56] EKATERINI M. Rôle et fonction du narcissisme dans la transformation du traumatisme à travers la création littéraire (sur base du témoignage de J. Semprun : « L'écriture ou la vie »). Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de licenciée en Sciences de la Famille et de la Sexualité, Promoteur R. STEICHEN, UCL, Louvain-la-Neuve, 2000.
- [57] SWAIN G. & GAUCHET M. Dialogue avec l'insensé. À la recherche d'une autre histoire de la folie. Nrf. Ed. Gallimard, Paris, 1994.
- [58] LEVI P. Les rescapés et les naufragés. Gallimard. Paris, 1989, 135 pages.
- [59] IRCT, international rehabilitation council for torture victims. L'évaluation psychologique des allégations de torture, guide pratique du protocole d'Istanbul, à l'intention des psychologues, Protocole d'Istanbul : manuel pour enquêter efficacement sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. Edition IRCT, Copenhague, Danemark : 2009, 54 pages.

- <sup>1</sup> Il s'agit de plantes potagères utilisées à l'état sec pour la fabrication de plats, d'ustensiles de cuisine ou autres.
- <sup>2</sup> Droites devant soi à l'horizontale, collées l'une à l'autre et parfois croisées dans la longueur.
- <sup>3</sup> Elle prend un objet à terre.
- <sup>4</sup> Il s'agit d'un instrument à percussion utilisé lors des cérémonies d'excision dans certains pays d'Afrique de l'ouest.
- <sup>5</sup> Nene Galle explique l'excision telle qu'elle se déroule en Guinée Conakry. La pratique des MGF diffère d'un pays à l'autre.
- <sup>6</sup> Mariama sous-entend « le wassakoumba ».
- <sup>7</sup> Pour Tiguidanké, le mot « tante » désigne la seconde épouse de son père.
- <sup>8</sup> Tiguidanké désigne ainsi les enfants de sa « tante ».
- <sup>9</sup> Mariama explique que l'excision est pratiquée avec un même couteau sur différentes petites filles. Les risques de transmission de maladies infectieuses est élevé.
- <sup>10</sup> Tiguidanké sous-entend les parents du petit ami.
- <sup>11</sup> En Guinée, pays d'origine de Tiguidanké, ainsi que dans plusieurs pays sub-sahariens concernés entre autre par les MGF, les enfants « appartiennent » au mari et à sa famille.
- <sup>12</sup> Nene Galle est burkinabé, mais l'idée que la femme doit absolument avoir des enfants est répandue dans le monde entier, nord comme au sud.
- <sup>13</sup> Le terme « pokouri » est utilisé ici comme une insulte.
- <sup>14</sup> Langue parlée entre autres par l'ethnie Mossi du Burkina Faso.
- <sup>15</sup> Nene Anna sous-entend « Je suis venue en Belgique ».
- <sup>16</sup> Assanatou nous dit qu'une de ses petites filles est morte suite à l'excision.
- <sup>17</sup> Il est répandu en Guinée Conakry et d'autres pays de l'Afrique de l'Ouest que lorsqu'une fille refuse un mariage que son père a décidé, on accuse la mère de l'avoir mal éduquée. Dans certains cas, pour la punir, le mari la chasse du foyer, ce qui constitue une grande honte pour elle, aux yeux de toute la communauté. La plupart du temps, les enfants restent auprès du mari alors qu'elle doit trouver un logement et subvenir à ses besoins, seule.
- <sup>18</sup> Tiguidanké sous-entend « En Europe ».
- <sup>19</sup> Mariama veut parler du « passeur ».
- <sup>20</sup> Nene Anna entend par là le « passeur ».
- <sup>21</sup> Nene Anna désigne la file qui se crée à l'extérieur de l'Office des Étrangers.
- <sup>22</sup> Le mot centre est utilisé afin de désigner le centre d'accueil pour demandeurs et demandeuses d'asile.
- <sup>23</sup> Mariama a passé sa première nuit en Belgique auprès de connaissances du passeur.
- <sup>24</sup> Mariama sous-entend « Le passeur ».
- <sup>25</sup> Assanatou désigne le nouveau-né qu'elle a dans les bras.
- <sup>26</sup> Nathalie veut parler du centre pour demandeurs et demandeuses d'asile qui lui a été attribué lorsqu'elle s'est présentée à l'OE.
- <sup>27</sup> Tiguidanké sous-entend « en Afrique ».
- <sup>28</sup> Mariama sous entend « préparer à manger ».
- <sup>28</sup> Les résident-e-s des centres d'accueil ont droit à un certain nombre de jour d'absence qui sont alors appelés « vacances ».
- <sup>30</sup> Mariama explique que chaque semaine, les demandeurs et demandeuses d'asile reçoivent sept euros d'argent de poche et pour cela, ils-elles doivent faire la file.
- <sup>31</sup> Le manger est jeté à la poubelle.
- <sup>32</sup> Nathalie sous-entend les tickets pour les transports publics ; train, métro, bus et tram.

- <sup>33</sup> Sorte d'habitation en bois ou en argile.
- <sup>34</sup> Vous pouvez vous procurer la carte des prévalences sous format papier en vous adressant au GAMS Belgique. Les coordonnées sont disponibles dans la partie « Orientations et contacts ».
- <sup>35</sup> Lorsqu'elles ne sont pas spécifiquement marquées, les définitions de cette partie sont tirées du dictionnaire Larousse [2].
- <sup>36</sup> Pour plus d'informations, vous pouvez consulter la page suivante : <http://www.dhsprogram.com/>.
- <sup>37</sup> Nathalie parle d'une famille qui « promet » en mariage leur fille à naître à un homme.
- <sup>38</sup> Nene Anna sous-entend que lorsque l'enfant grandira, elle lui sera donnée en mariage.
- <sup>39</sup> Assanatou désigne l'homme auquel on l'a mariée.
- <sup>40</sup> Nene Galle prend un objet à terre pendant un atelier.
- <sup>41</sup> Ce terme est utilisé par certaines femmes concernées.
- <sup>42</sup> Mariama veut parler de la nuit de noces.
- <sup>43</sup> En Guinée Conakry et dans d'autres pays où se pratiquent l'excision, les rapports sexuels de la nuit de noce ont lieu sur un tissu blanc afin de recueillir le sang qui prouvera la virginité de la jeune fille.
- <sup>44</sup> Mariama sous-entend « le wassakoumba ».
- <sup>45</sup> Lorsque Nene Galle parle de « plaisir », elle entend par là le mot dans son sens général, pas spécifiquement « plaisir sexuel ».
- <sup>46</sup> Le père de Nene Galle lui a choisi un autre homme.
- <sup>47</sup> « Dieu merci », en arabe.
- <sup>48</sup> L'héritage du mari retourne dans sa famille et n'est pas transmis à son épouse, qui, elle-même, fait partie de l'héritage.
- <sup>49</sup> Il s'agit de la pratique du lévirat\*.
- <sup>50</sup> Le terme de « lui-même » désigne le premier homme auquel Assanatou a été mariée.
- <sup>51</sup> Psychologue, formée – entre autres – à l'hypnothérapie éricksonnienne, à l'EMDR et à la thérapie brève.
- <sup>52</sup> Aminata touche du doigt l'épaule de l'intervenante.
- <sup>53</sup> Pour plus d'informations sur les complications physiques des mutilations génitales, cf. SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement et GAMS Belgique. *Mutilations Génitales Féminines : guide à l'usage des professions concernées*. Edition GAMS Belgique. Bruxelles : 2011, 160 pages. Disponible en version papier sur demande au GAMS Belgique ou en version PDF sur le site [www.gams.be](http://www.gams.be).
- <sup>54</sup> Maison d'édition fondée en 2000 et dirigée par quatre femmes d'origine méditerranéenne dont Behja Traversac. La maison d'édition met en avant l'écriture et la mémoire des femmes. Pour plus d'informations : <http://www.chevre-feuille.fr>.
- <sup>55</sup> Nene Galle est burkinabé, mais l'idée que la femme doit absolument avoir des enfants est répandue dans le monde entier, nord comme au sud.
- <sup>56</sup> Le terme « pokouri » est utilisé ici comme une insulte.
- <sup>57</sup> Langue parlée entre autres par l'ethnie Mossi du Burkina Faso.
- <sup>58</sup> Les malinkés constituent une ethnie présente dans l'est du Mali mais aussi au Sénégal, en Gambie, en Guinée Conakry, en Guinée-Bissau, en Côte-d'Ivoire et au Burkina Faso.
- <sup>59</sup> « Dieu merci », en arabe.
- <sup>60</sup> Pour plus d'information, consultez la carte des prévalences des MGF dans le monde en fin d'ouvrage.
- <sup>61</sup> Ethnie parmi celles, entre autres, de Guinée Conakry.

- <sup>62</sup> Pour plus d'information, référez-vous à la classification des MGF selon l'OMS, en annexe ainsi qu'à la définition des MGF, dans la section « Lexique ».
- <sup>63</sup> Sous-entendu « des rapports sexuels ».
- <sup>64</sup> Cela veut dire que Mariama a vécu dans un foyer polygame. Il s'agit de la fille d'une coépouse de sa maman.
- <sup>65</sup> On dit d'un homme « Elaj » ou d'une femme « Hadja », en Afrique de l'ouest, lorsque celui ou celle-ci a fait un pèlerinage à la Mecque. Ce mot est également utilisé de manière respectueuse pour parler d'un homme ou d'une femme âgé-e.
- <sup>66</sup> Les termes « sœur » et « cousine » sont utilisés au même titre afin de préciser le lien étroit de parenté.
- <sup>67</sup> Nene Anna sous-entend le plan pour s'orienter.
- <sup>68</sup> Pour plus d'information, consultez la carte des prévalences des MGF dans le monde, en fin d'ouvrage.
- <sup>69</sup> Par « tante », Tiguidanké désigne la secondé épouse de son père.
- <sup>70</sup> Tiguidanké sous-entend préparer « à manger ».
- <sup>71</sup> Psychiatre, docteur et directeur de l'Institut national d'expression, de création, d'art et de thérapie à Paris.
- <sup>72</sup> Romancière et professeure de danse et d'expression corporelle.
- <sup>73</sup> Écrivain français mais également poète, acteur et dessinateur.
- <sup>74</sup> Communication personnelle. Thérapeute psycho-corporelle, formatrice du module de danse-thérapie au Centre Rhapsodie, proposant entre autres une formation d'art-thérapie. Pour plus de renseignement, <http://www.rhapsodie.be/>.
- <sup>75</sup> Psychanalyste, professeur d'art-thérapie et danse-thérapeute ; elle est à la base de la Danse Primitive.
- <sup>76</sup> Les textes de la Convention de Genève 1951 actent les directives en termes de protection des réfugiés, sa définition, ses droits et ses obligations légales.
- <sup>77</sup> Un certificat médical « type » a été crée par le GAMS Belgique. Vous en trouverez une copie en annexe mais vous pouvez aussi vous le procurer en contactant l'association. Consultez la partie « Orientations et contacts ».
- <sup>78</sup> Pour connaître la prévalence des MGF dans le monde, vous pouvez vous référer à la carte des prévalences en fin d'ouvrage et consulter également les données des enquêtes démographiques de santé par pays sur le site : <http://www.dhsprogram.com/>.
- <sup>79</sup> Vous trouverez leurs coordonnées dans la partie « Orientations et contacts ».
- <sup>80</sup> Ces associations possèdent une liste de « personnes ressources », vous pouvez les contacter afin de connaître le médecin le plus proche. Ceci est également valable pour les coordonnées d'un-e thérapeute et/ou d'un-e avocat-e.
- <sup>81</sup> Mariama sous-entend la fille à l'OE\*, lors de son premier jour en Belgique.
- <sup>82</sup> Mariama et sa fille ont été transférées dans un second centre d'accueil.
- <sup>83</sup> Il s'agit du planning de l'organisation des repas.
- <sup>84</sup> À Natoye se situe le centre d'accueil où Nene Anna résidait.
- <sup>85</sup> Nene Anna est assise sur une chaise. Elle lève les mains à hauteur d'une poignée de porte imaginaire et serre les doigts autour en ramenant ses bras contre elle, dans une position de tension.
- <sup>86</sup> « Arrêtée » signifie que Nene Anna ne bouge pas de sa position.
- <sup>87</sup> Nathalie sous-entend qu'elle commence à oublier des éléments de son histoire après tout le temps qui s'est écoulé depuis son arrivée en Belgique.
- <sup>88</sup> Nene Anna désigne ici le jour de son audition au CGRA\*. Son audition a duré 4h30.
- <sup>89</sup> Tiguidanké sous-entend l'agent du Commissariat Général des Réfugiés et des Apatrides (CGRA\*).
- <sup>90</sup> Mariama aurait souhaité avoir une procédure d'asile en français pour qu'elle puisse comprendre.
- <sup>91</sup> Tiguidanké désigne l'agent traitant du CGRA\* qui l'auditionne lors de l'interview.

Dans notre société, il est maintenant habituel d'entendre parler de mutilations sexuelles féminines. À la radio, des émissions débattent sur les origines et le contexte socio-culturel de l'excision. À la télévision, des femmes personnellement concernées témoignent des conséquences néfastes des mutilations sur leur santé. Dans les journaux, des interviews de mamans décrivent comment elles ont quitté leur pays pour sauvegarder l'intégrité physique de leurs petites filles... mais quid des aspects psychologiques ? Quels sont les enjeux psychologiques d'une excision et quel travail thérapeutique est-il possible de proposer à ces femmes ?

Cet ouvrage tente d'apporter des pistes de réflexions et des exemples basés sur la pratique de terrain de thérapeutes et d'animatrices en Belgique.



Avec le soutien du FER

