



Aborder la problématique de l'excision avec les enfants dans la Fédération Wallonie-Bruxelles

Regards des acteurs de terrain

Mémoire de fin d'étude présenté en vue de l'obtention du titre
Master en Sciences de la Santé Publique
Finalité Promotion de la Santé en Pays en Voie de Développement

Directeur de mémoire : Professeur D. Piette
Consultante : F. Richard

Noutsu Mathilde

Année académique 2012-2013

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Danielle Piette, pour m'avoir fait l'honneur d'accepter avec enthousiasme d'être mon directeur de mémoire ainsi que pour sa guidance, sa disponibilité et sa patience.

A Madame Fabienne Richard, pour sa guidance, sa rigueur, sa patience et ses corrections.

A tous les acteurs de terrain ayant accepté de participer et enrichir à ce travail.

A mes amis, pour m'avoir motivé et soutenu dans l'élaboration de mon étude. Merci tout particulièrement à Fanny, Khorchid, Aude, Orla et Gisèle.

A ma famille, pour leur soutien et la relecture attentive de mon mémoire.

A mon compagnon Mathieu Harford, pour sa présence quotidienne à mes côtés et la source d'inspiration qu'il m'a procurée.

« Il y a des pratiques que nos ancêtres eux-mêmes, s'ils revenaient à la vie, trouveraient caduques et dépassées »

Amadou Hampâté Bâ

RESUME

Introduction : Trois millions de fillettes et jeunes filles sont soumises chaque année à la pratique des mutilations génitales féminines au nom de la tradition, c'est une atteinte aux droits humains les plus fondamentaux (droit à la santé, droit à l'intégrité physique) et une violence de genre. Si l'Afrique est le continent le plus touché, les MGF se pratiquent également au Moyen-Orient, en Asie et dans les pays de migration pour ces ressortissants et leurs enfants. En raison de la nature complexe des MGF qui sont profondément ancrées dans la culture des communautés qui les pratiquent, il s'est avéré que les actions les plus efficaces prennent en compte plusieurs stratégies notamment l'intégration et la participation des jeunes. En Belgique, de nombreux acteurs de terrain en contact avec les enfants jouent un rôle essentiel de prévention, de dépistage et de prise en charge.

Méthodologie : Cette étude se penche sur les expériences et pratiques professionnelles des acteurs de terrain de la Fédération Wallonie-Bruxelles en contact avec les enfants des communautés qui pratiquent les MGF, sur les facteurs facilitants et les difficultés rencontrées tant au niveau institutionnel que personnel lors des interventions, et sur les possibilités qu'ils envisagent pour les améliorer. Il s'agit d'une étude descriptive qui repose sur l'analyse d'entretiens d'acteurs de terrain réalisée début 2013. Une revue de la littérature internationale concernant des stratégies innovantes dans ce domaine complète la recherche dans le but de renforcer les actions menées en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Résultats : Les acteurs de terrain sont amenés à rencontrer des filles à risque ou victimes de MGF dans leur cadre professionnel sans pour autant avoir les connaissances adéquates sur le sujet. Un manque de collaboration entre les acteurs qui sont en contact avec les enfants (par exemple entre une équipe de Promotion de la Santé à l'Ecole et la direction d'une école) ampute la qualité des stratégies mises en œuvre. Le caractère intime et culturel des MGF engendre des réactions de peur et de craintes chez les acteurs. Néanmoins, l'existence de supports pédagogiques et de formations sur la multi culturalité ainsi que l'appui des pairs sont des leviers nécessaires pour les interventions menées auprès des enfants. Des pistes innovantes ayant su faire leurs preuves dans certains pays d'Afrique comme la participation des jeunes dans les campagnes de sensibilisation sont mises en avant pour contribuer à l'amélioration des interventions présentes et futures dans la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Conclusion : Sur base des leviers et freins rencontrés par les intervenants susceptibles d'aborder la problématique des MGF et à la lumière des initiatives déjà mises en évidence dans d'autres pays, des recommandations ont été mises en évidence pour être appliquées aux stratégies de prévention et promotion de la santé menées auprès des enfants et présentes en Fédération Wallonie-Bruxelles afin de les rendre plus efficaces. Elles pourront servir aux associations GAMS et INTACT qui élaborent un protocole dans ce sens.

TABLE DES MATIERES

| | |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------|
| REMERCIEMENTS..... | 0 |
| RESUME..... | 1 |
| LISTE DES ABRÉVIATIONS | 4 |
| INTRODUCTION..... | 5 |
| A. CADRE THEORIQUE..... | 7 |
| 1. ETAT DES LIEUX DE LA PROBLEMATIQUE DE L'EXCISION | 7 |
| 1.1. Mutilations génitales féminines..... | 7 |
| 1.2. Prévalence..... | 8 |
| 1.3. Distribution géographique..... | 8 |
| 2. MUTILATIONS GENITALES FEMININES DANS LE CONTEXTE MIGRATOIRE..... | 9 |
| 2.1. Prévalence en Belgique | 9 |
| 2.2. Motif de demande d'asile..... | 10 |
| 3. MESURES PREVENTIVES DANS LE CADRE DES MGF EN BELGIQUE | 11 |
| 3.1. Dispositions législatives..... | 11 |
| 3.2. Actions de prévention | 14 |
| 4. INTERVENTIONS AUPRES DES ENFANTS EN BELGIQUE | 15 |
| 4.1. Concepts clés..... | 15 |
| 4.2. Spécificités à prendre en compte | 18 |
| 4.3. Acteurs impliqués..... | 20 |
| B. METHODOLOGIE..... | 23 |
| 1. ETAT DES LIEUX DE LA RECHERCHE ET OBJECTIFS | 23 |
| 2. MATERIEL ET METHODE..... | 25 |
| 2.1. Technique documentaire relative au contexte international | 25 |
| 2.2. Techniques qualitatives relatives au contexte belge..... | 27 |
| C. RESULTATS..... | 32 |
| 1. RESULTATS DE LA REVUE DE LITTERATURE..... | 32 |
| 2. RESULTATS DE LA RECHERCHE QUALITATIVE | 35 |
| 2.1. Description des acteurs sélectionnés..... | 35 |
| 2.2. Présentation thématique des résultats | 36 |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| D. DISCUSSION | 46 |
| 1. LIMITES ET APPORTS DE LA REVUE DE LITTERATURE | 46 |
| 2. LIMITES ET APPORTS DE L'ETUDE | 47 |
| 3. DISCUSSIONS DES RESULTATS | 49 |
| 3.1. Vers un protocole validé par les différentes institutions | 49 |
| 3.2. Vers une formation adaptée..... | 51 |
| 3.3. Pistes à exploiter | 52 |
| CONCLUSION | 54 |
| BIBLIOGRAPHIE | 55 |
| ANNEXES | 60 |
| ANNEXE 1 : CLASSIFICATION OMS DES MUTILATIONS GENITALES FEMININES..... | 60 |
| ANNEXE 2 : DOCUMENT D'INVITATION A LA TABLE RONDE | 61 |
| ANNEXE 3 : GRILLE DE LECTURE DES ENTRETIENS ET DE LA TABLE RONDE..... | 63 |
| ANNEXE 4 : GRILLE D'ANALYSE DES ENTRETIENS ET DE LA TABLE RONDE | 64 |
| ANNEXE 5 : RESULTATS DE LA REVUE INTERNATIONALE | 65 |
| ANNEXE 6 : RESULTATS ISSUS DU CONTEXTE BELGE | 70 |

LISTE DES ABRÉVIATIONS

| | |
|------------------|---------------------------------------------------------|
| ASBL : | Associations Sans But Lucratif |
| CGRA : | Commissariat Général des Réfugiés et des Apatrides |
| EVRA : | Education à la Vie Relationnelle, Affective et Sexuelle |
| FEDASIL : | Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile |
| GAMS : | Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles |
| MGF : | Mutilations génitales féminines |
| OMS : | Organisation Mondiale de la Santé |
| ONE : | Office Nationale de l'Enfance |
| ONG : | Organisation Non Gouvernementale |
| PF : | Planning Familial |
| PS : | Promotion de la Santé |
| PSE : | Service de Promotion de la Santé à l'Ecole |
| PMS : | Service Psycho-Médico-Social |
| UE : | Union Européenne |
| UNHCR: | Haut-Commissariat des Nations Unies pour Réfugiés |
| UNICEF: | Fonds des Nations unies pour l'enfance |
| UNFPA: | Fonds des Nations Unies pour la Population |
| SAJ : | Service d'Aide à la Jeunesse |
| SPF : | Service Public Fédéral |

INTRODUCTION

Les mutilations génitales féminines (MGF) sont actuellement présentées par la plupart des organisations internationales ainsi que par de nombreuses parties prenantes africaines, comme une violation des droits humains de la femme et de l'enfant. Malgré cela, trois millions de filles sont encore à risque de subir des MGF chaque année dans le monde (1). Elles constituent un réel problème de santé publique et font partie d'un vaste ensemble de questions liées au développement tel que la lutte contre la pauvreté, la question de l'éducation des filles ou encore la prévention des mariages forcés.

Les MGF sont illégales dans une vingtaine de pays africains, aux Etats-Unis, au Canada ainsi qu'en Europe. Néanmoins, malgré les actions de lutte, elles restent une pratique qui persiste dans le monde notamment dans les pays occidentaux qui accueillent les communautés concernées. Depuis 2001, la Belgique considère l'interdiction légale des MGF comme un respect indéniable pour les droits de la femme et de l'enfant (article 409 du code pénal en vigueur depuis le 1^{er} avril 2001). Cependant, parmi les 22840 femmes résidentes en Belgique et originaires d'un pays pratiquant les MGF, 6260 femmes et fillettes étaient probablement mutilées et 1975 risquaient de l'être, en 2008 (2). Ces chiffres encouragent à poursuivre et renforcer les actions de prévention et promotion de la santé menées auprès des populations à risque.

En raison de la nature complexe des MGF, il s'est avéré que les actions les plus efficaces prennent en compte plusieurs stratégies. L'intégration et la participation des jeunes en font partie puisque ce public est plus souvent ouvert aux changements. L'idée d'informer les jeunes, garçons et filles, sur les enjeux des MGF est devenue une évidence dans les stratégies de sensibilisation et d'empowerment, suite aux difficultés constatées dans les stratégies impliquant les mères et les pères (3)

En Belgique, de nombreux acteurs de terrain provenant de différents secteurs sont en contact avec les enfants y compris ceux issus des communautés concernées par les MGF. Comment interviennent-ils dans les stratégies de sensibilisation et d'empowerment menées auprès des enfants ? Quels sont les facteurs facilitants et les difficultés rencontrées par les acteurs de terrain tant au niveau personnel qu'institutionnel ? Quelles sont les pistes évoquées par les acteurs pour contribuer à l'amélioration des stratégies d'interventions présentes et futures en Belgique francophone ?

Ce mémoire va tenter de répondre à ces questions en s'appuyant sur la littérature existante, identifiant des stratégies innovantes ayant su faire leurs preuves en Afrique et en Europe et se basant sur une enquête réalisée auprès des professionnels de la Fédération Wallonie-Bruxelles qui sont susceptibles d'aborder la problématique des MGF avec les enfants.

A. CADRE THEORIQUE

1. ETAT DES LIEUX DE LA PROBLEMATIQUE DE L'EXCISION

1.1. Mutilations génitales féminines

Les mutilations génitales féminines¹ (MGF) sont définies comme « *toutes les procédures qui impliquent l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou la lésion des organes génitaux féminins pour des motifs culturels et autres raisons non thérapeutiques* » (4). La pratique des MGF est souvent présentée comme la conséquence de profondes convictions religieuses, notamment de l'islam. Pourtant, aucune des grandes religions ne prévoit cette pratique dans ses textes fondateurs. Plusieurs auteurs précisent que l'excision est une trace de la tradition copte, voire pharaonique en Egypte (5).

L'excision a lieu en présence de femmes de la communauté et est, en général, pratiquée par des exciseuses traditionnelles, mais aussi par des membres du corps médical. Anesthésie et traitement antiseptique ne sont généralement pas utilisés et la pratique est habituellement réalisée à l'aide d'outils rudimentaires tels que des couteaux, des ciseaux, des morceaux de verre et de lames rasoir. Souvent un cataplasme local d'herbes, œufs, sucre ou un simple mélange d'herbes est placé sur la blessure pour favoriser la cicatrisation et arrêter le saignement (4). Les MGF affectent, à vie, la santé physique et mentale des filles et femmes. Elles rendent les femmes et filles encore plus vulnérables et limitent leurs capacités à atteindre leurs différents potentiels dans la vie (6).

Le type de procédure (se référer à l'annexe 1) et l'âge auquel est réalisée cette pratique varient fortement en fonction des différents groupes ethniques. L'excision est généralement pratiquée sur les jeunes filles qui n'ont pas atteint l'âge légal de la majorité. Le risque d'être mutilée est présent dès la naissance et existe jusqu'à l'âge adulte. Elle peut donc être réalisée au cours de la petite enfance, chez les filles de moins de 10 ans, sur des adolescentes et, parfois sur des femmes adultes voire même sur des femmes enceintes. L'âge à partir duquel la pratique est effectuée varie d'une communauté à l'autre. Une étude menée dans la région de Ségou au Mali évaluant l'implication des hommes dans l'abandon des MGF précise que la majorité des familles excisent les filles entre 1 semaine et 6 ans (âge confirmé par l'exciseuse) (7).

¹ Le terme MGF a été adopté en 1990 à la 3^{ème} conférence du Comité Inter-Africain sur les pratiques traditionnelles néfastes affectant la santé des femmes et des enfants (Addis Abeba), puis recommandé par l'OMS dès 1991

La plupart des experts s'accordent à dire que l'âge auquel l'excision est effectuée est à la baisse. Pratiquer l'excision chez les bébés et fillettes de 2 à 3 ans présenterait des avantages tels que la cicatrisation rapide de la plaie (7) et diminuerait le risque de plaintes contre les parents de la part de leur fille (8). Il en résulterait ainsi que les MGF sont de moins en moins liées aux rites de puberté et d'initiation à l'âge adulte (9).

1.2. Prévalence

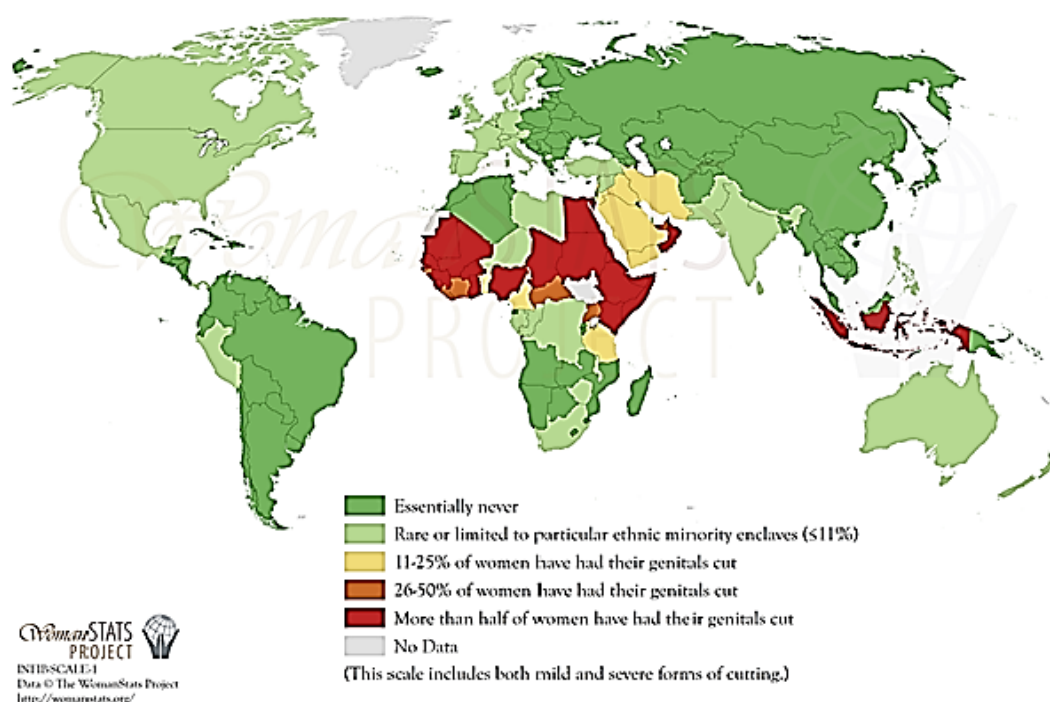
L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que plus de 125 millions de fillettes (10) et de femmes ont subi des MGF, dans le monde. En dépit de l'augmentation des attentions nationales et internationales, la prévalence des MGF a globalement très peu diminué. Les estimations basées sur les données de prévalence les plus récentes indiquent qu'en Afrique, 92 millions de filles âgées de plus de 10 ans ont fait l'objet de MGF (11; 10).

Dans certains pays comme le Burkina Faso et l'Éthiopie, des progrès considérables ont été réalisés dans la réduction de la prévalence de cette pratique. Tandis que dans d'autres pays tels que l'Égypte, l'Érythrée ou encore la Guinée, les baisses sont extrêmement lentes (10) ; Dans ces régions, environ 30 millions de filles sont encore à risque de MGF au cours de la prochaine décennie (1).

1.3. Distribution géographique

Les MGF se pratiquent essentiellement dans 29 pays, dont la plupart en Afrique subsaharienne. Les taux de prévalence varient d'un pays à l'autre et au sein d'un même pays, indépendamment de la religion. À l'intérieur d'un pays, la répartition suit les découpages ethniques. Au Sénégal, par exemple, le groupe ethnique majoritaire, les Wolofs, ne pratique pas l'excision. Les MGF n'existent que chez les minorités, notamment les Peuls, les Soninkés ou encore les Malinkés (5). La mutilation des organes génitaux externes de la femme n'est pas un phénomène propre à l'Afrique. Cette tradition existe aussi dans d'autres régions du monde. Les MGF sont courantes au Yémen, dans certaines communautés du nord de l'Irak, ainsi qu'en Indonésie (11). Selon les Enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) réalisées en 2011, le taux de prévalence des MGF en Irak est estimé à 8,1%, avec 42,8% dans la région du Kurdistan (12).

Figure 1 : Prévalence des mutilations génitales féminines dans le monde en 2011



(13)

2. MUTILATIONS GENITALES FEMINIENNES DANS LE CONTEXTE MIGRATOIRE

2.1. Prévalence en Belgique

Il est clair que la migration a augmenté le nombre de filles et femmes vivant en dehors de leur pays d'origine et qui ont subi une MGF ou à risque d'être soumises à la pratique, en particulier en Europe occidentale et en Amérique du Nord (4). Il n'est pas évident d'identifier avec précision le nombre de MGF pratiquées au sein de l'Union Européenne (UE). Actuellement, le nombre exact de femmes et filles ayant subi une MGF est encore inconnu. Toutefois, le parlement européen indique qu'environ 500.000 femmes vivant au sein de l'UE ont subi des MGF, et que 180.000 fillettes et femmes vivant au sein de l'UE sont à risque de MGF chaque année (14).

D'après une étude de prévalence menée en Belgique, parmi les 22.840 femmes et filles originaires d'un pays où les MGF sont pratiquées, 6.260 femmes et filles sont probablement mutilées et 1.975 sont à risque de le devenir. La Région flamande (3.550 filles et femmes déjà excisées ou à risque) est la plus touchée par cette problématique, suivie de la Région de Bruxelles-Capitale (3.037) et la Région wallonne (1.648) (2). Cette même étude estime qu'au premier janvier 2008, 1.190 filles de moins de 5 ans étaient à risque ou déjà excisées en Belgique et 1.690 filles âgées de 5 à 19 ans étaient à risque ou victimes (2).

2.2. Motif de demande d'asile

Suite aux mouvements d'immigration et de réfugiés, les MGF se pratiquent actuellement par les membres de la diaspora dans d'autres parties du monde, notamment dans les pays de Nord. Les MGF touchent aussi des migrantes originaires des pays où l'excision est encore pratiquée et qui sont nées dans les pays d'accueil. Actuellement, le risque de MGF est présent pour les fillettes lorsqu'elles repartent « au pays » pendant les vacances.

Une récente étude du Haut-Commissariat des Nations Unies pour Réfugiés (UNHCR) indique qu'en 2011, 93.350 femmes ont demandé l'asile au sein de l'UE. Parmi elles, 19.565 sont originaires d'un pays qui pratique l'excision dont 14.440 sont âgées de 14 à 61 ans. Parmi ces femmes âgées de 14 à 61 ans, 8.809 sont susceptibles d'avoir subi une MGF soit plus de la moitié (61%). De plus, l'étude informe que 3.665 filles âgées de moins de 14 ans ont fait l'objet de demandes d'asile au sein de l'UE, en 2011. Ce chiffre a doublé depuis 2008 (15). Les femmes originaires des pays pratiquant les MGF et demandeuses d'asile au sein de l'UE viennent majoritairement du Nigéria, Somalie, Erythrée, Guinée et Côte d'Ivoire (15).

Dans le cas de l'asile, le statut du réfugié décrit par la Convention de Genève des Nations Unies relative aux statuts des réfugiés (1951) lui donne droit à cet asile dans certaines conditions comme l'asile politique, l'asile des membres victimes de maltraitance raciale ou encore l'asile des membres victimes de persécutions fondées sur l'appartenance sexuelle. Les personnes à risque de MGF ou ayant subi une MGF font partie de ces groupes vulnérables et peuvent donc bénéficier du statut de réfugié, ainsi que d'une protection internationale (16). De cette façon, les femmes qui décident de fuir leur pays d'origine pour échapper aux MGF et aux autres violences physiques (peuvent prétendre au droit d'asile). Cependant, dans la pratique, la protection accordée aux filles et à leurs familles varie considérablement d'un pays à l'autre car il existe une disparité entre les pays de l'UE dans le traitement des demandes d'asile (17). En Belgique, le Commissariat Général aux Réfugiés et Apatrides (CGRA) accorde une attention particulière aux demandes d'asile introduites pour échapper au risque de MGF.

En effet, La Belgique accorde la protection internationale *« s'il est établi que la femme ou la fille a une crainte fondée de subir une MGF dans son pays d'origine, qu'il n'y pas de possibilité de protection de la part des autorités nationales ou qu'elle ne peut pas y échapper en s'établissant dans une autre région de son pays d'origine »* ((18), Génot Z., 2012, p.2).

Depuis des années, un grand nombre de filles et femmes ressortissantes de différents pays sont reconnues réfugiées pour ce motif (18). La même étude de l'UNHCR informe qu'en 2011, 11.075 femmes ont demandé l'asile en Belgique. Parmi elles, 1.930 sont originaires d'un pays qui pratique l'excision dont 1.380 sont âgées de 14 à 61 ans. Parmi les femmes âgées de 14 à 61 ans, 945 sont susceptibles d'avoir subi une MGF soit près des trois quarts des femmes (68,5%). 300 filles âgées de moins de 14 ans ont fait l'objet de demandes d'asile en Belgique, soit trois fois plus qu'en 2008 (UNHCR, 2012). En 2011, le CGRA rapporte que sur 375 demandes d'asile en Belgique ayant comme motif « la crainte de MGF », 260 ont obtenu une décision de reconnaissance soit 69% de décisions positives, 113 ont eu un refus et 2 ont obtenu une décision d'octroi de la protection subsidiaire. En 2011, les personnes ayant invoqué le motif de « crainte de MGF » en Belgique auprès du CGRA, sont originaires de 24 pays différents dont la grande majorité des demandes proviennent de Guinée, un pays qui a pourtant reconnu avoir fait des efforts de lutte vers l'abandon des MGF (217 demandes) (18).

3. MESURES PREVENTIVES DANS LE CADRE DES MGF EN BELGIQUE

3.1. Dispositions législatives

La Belgique considère l'interdiction légale des MGF comme un respect indéniable des droits de la femme et de l'enfant. Conformément à ses obligations et engagements internationaux, et compte tenu du nombre non négligeable de femmes victimes ou à risque de subir une MGF, la Belgique a ratifié différentes conventions internationales (19) :

- ❖ La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (13 janvier 1984) ;

« Article 2 : Les Etats ayant signé cette Convention s'engagent à prendre toutes les mesures appropriées, y compris des dispositions législatives, pour modifier ou abroger toute loi, disposition réglementaire, coutume ou pratique qui constitue une discrimination à l'égard des femmes. » ((19) Labiso, 2013, chapitre18).

- ❖ La Charte Africaine des Droits Humains et des Peuples (21 octobre 1986) ;

« Article 4 : La personne humaine est inviolable. Tout être humain a droit au respect de sa vie et à l'intégrité physique et morale de sa personne. Nul ne peut être privé arbitrairement de ce droit. » ((19) Labiso, 2013, chapitre18).

❖ La Convention relative aux droits de l'enfant (1990) ;

« Article 24 : Les Etats ayant signé la Convention reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et prennent toutes les mesures efficaces appropriées en vue d'abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants. » ((19), Labiso, 2013, chapitre18).

❖ Le Protocole de Maputo relatif à la promotion des droits fondamentaux des femmes en Afrique (juillet 2003) ;

« Article 5 : Les Etats interdisent et condamnent toutes les formes de pratique qui affectent négativement les droits humains des femmes et qui sont contraires aux normes internationales. » ((19), Labiso, 2013, chapitre 18).

La Belgique suit les directives approuvées par le Parlement européen. Elle prend ainsi des mesures pour mettre fin aux MGF et interdit cette pratique par la loi du 28 novembre 2000 relative à la protection pénale des mineurs (20) :

❖ Article 409 du Code pénal (en vigueur depuis le 1^{er} avril 2001) ;

« §1er. Quiconque aura pratiqué, facilité ou favorisé toute forme de mutilation des organes génitaux d'une personne de sexe féminin, avec ou sans consentement de cette dernière, sera puni d'un emprisonnement de 3 ans à 5 ans. La tentative sera punie d'un emprisonnement de 8 jours à un an. §2. Si la mutilation est pratiquée sur une personne mineure ou dans un but de lucre, la peine sera la réclusion de 5 ans à 7 ans. Le secret professionnel peut être levé pour protéger une mineure » ((20), Labiso, 2013, chapitre 17).

❖ Article 422 bis du Code pénal ;

« Sera puni d'un emprisonnement de huit jours à (un an) et d'une amende de cinquante à cinq cents euros ou d'une de ces peines seulement, celui qui s'abstient de venir en aide ou de procurer une aide à une personne exposée à un péril grave, soit qu'il ait constaté par lui-même la situation de cette personne, soit que cette situation lui soit décrite par ceux qui sollicitent son intervention. (...) » ((20), Labiso, 2013, chapitre 17).

« Le délit requiert que l'absténant pouvait intervenir sans danger sérieux pour lui-même ou pour autrui. Lorsqu'il n'a pas constaté personnellement le péril auquel se trouvait exposée la personne à assister, l'absténant ne pourra être puni lorsque les circonstances dans lesquelles il a été invité à intervenir pouvaient lui faire croire au manque de sérieux de l'appel ou à l'existence de risques. La peine prévue à l'alinéa 1er est portée à deux ans lorsque la personne exposée à un péril grave est mineure d'âge ou est une personne dont la situation de vulnérabilité en raison de l'âge, d'un état de grossesse, d'une maladie, d'une infirmité ou d'une déficience physique ou mentale était apparente ou connue de l'auteur des faits » ((20), Labiso, 2013, chapitre 17).

❖ Article 458 bis du Code pénal ;

« Toute personne qui, par état ou par profession, est dépositaire de secrets et de ce fait connaissance d'une infraction prévue aux articles 409 (...) qui a été commise sur un mineur ou sur une personne qui est vulnérable en raison de son âge, d'un état de grossesse, d'une maladie, d'une infirmité ou d'une déficience physique ou mentale, peut, sans préjudice des obligations qui lui impose l'article 422 bis, en informer le procureur du Roi, soit lorsqu'il existe un danger grave et imminent pour l'intégrité physique ou mentale du mineur ou de la personne vulnérable visée, et qu'elle n'est pas en mesure, seule ou avec l'aide de tiers, de protéger cette intégrité, soit lorsqu'il y a des indices d'un danger sérieux et réel que d'autres mineurs ou personnes vulnérables visées soient victimes des infractions prévues aux articles précités et qu'elle n'est pas en mesure, seule ou avec l'aide de tiers, de protéger cette intégrité » ((20), Labiso, 2013, chapitre 17).

Cet article a été modifié et est entré en vigueur le 30/01/2012. Il précise :

« La levée du secret professionnel ne sera admise que moyennant le respect de conditions strictes si la victime est mineure, et si l'excision a eu lieu : soit en cas de danger grave et imminent pour l'intégrité physique ou mentale de l'enfant, et à condition de ne pas être en mesure, seul ou avec l'aide de tiers (secret professionnel partagé) de protéger l'intégrité de l'enfant soit lorsqu'il y a des indices d'un danger sérieux et réel que d'autres mineurs sont également en danger (par exemple des petites sœurs sont intactes et en danger) et à condition de ne pas être en mesure, seul ou avec l'aide de tiers de protéger l'intégrité de l'enfant »²

² Cette modification a été ajoutée à la brochure d'information de l'asbl INTACT concernant le secret professionnel face aux mutilations génitales féminines
Disponible sur : <http://www.intact-association.org/fr/accueil/professionnels/secret-professionnel.html>

❖ Article 21 bis du Code de procédure pénale ;

« *Le délai de prescription de 10 ans ne commence à courir qu'à partir du jour où la victime atteint l'âge de 18 ans* » (20), Labiso, 2013, chapitre 17).

❖ Article 10 ter du code de procédure pénale ;

« *Si la mutilation a été pratiquée sur un mineur, en Belgique ou dans un autre pays, toute personne qui y a participé peut être poursuivie en Belgique* » (20), Labiso, 2013, chapitre 17) ; (21).

Cependant, la législation est encore peu connue malgré la médiatisation qu'elle engendre, et son application demeure encore difficile du fait du caractère caché de la pratique. Depuis l'entrée en vigueur de la loi, très peu de plaintes ont été déposées et aucune d'entre elles n'a conduit à une poursuite judiciaire (8). La Belgique a élargi son plan national d'action 2010-2014 contre les violences conjugales et intrafamiliales à d'autres formes de violence au sein de la famille, telles que les MGF. Ce plan est le fruit d'une collaboration entre les différentes structures gouvernementales et la société civile (22).

3.2. Actions de prévention

Malgré la législation et les plans d'action existants, il est encore difficile de lutter contre les MGF, du fait que l'excision soit commise au sein de la famille et provienne d'une tradition. C'est pourquoi, la Belgique met en œuvre des stratégies globales impliquant une collaboration entre toutes les structures gouvernementales, les acteurs de terrain et les familles pour pouvoir combattre cette pratique par tous les moyens. La promotion de la santé, y compris la médecine préventive et la promotion de la santé à l'école sont des domaines relevant des compétences de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

En première ligne, le Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles (GAMS) effectue non seulement un travail de prévention auprès des familles, soutient les femmes déjà excisées, mais accorde aussi une attention particulière à la formation des professionnels de terrain sur la problématique des MGF car ils sont actuellement insuffisamment formés (23). Il existe également des professionnels de la santé issus de différents secteurs (les hôpitaux, les planning familiaux, l'Office Nationale de l'Enfance (ONE), les centres psycho-médico-sociaux (PMS) et les centres de promotion de la santé à l'école (PSE)) qui sont sensibles aux

questions des MGF, puisqu'ils sont en contact, de près et de loin, avec des personnes concernées par les MGF. Ces derniers ont un rôle utile dans la détection de situations de MGF et ils peuvent servir de relais vers les structures spécialisées dans l'accompagnement des MGF. D'ailleurs en 2003, des circulaires (14/10/2003) de sensibilisation quant à la problématique des MGF ont été adressées à tous ces acteurs (24). En 2008, ce réseau a mis en place un groupe de réflexion nommé « Stratégies concertées contre les MGF » dans le but de renforcer la coordination des actions menées sur le terrain de la Fédération Wallonie-Bruxelles (21; 22).

4. INTERVENTIONS AUPRES DES ENFANTS EN BELGIQUE

4.1. Concepts clés

4.1.1. Santé sexuelle

« La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social relié à la sexualité. Elle ne saurait être réduite à l'absence de maladies, de dysfonctions ou d'infirmités. La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences plaisantes et sécuritaires, sans coercition, discrimination et violence. Pour atteindre la santé sexuelle et la maintenir, il faut protéger les droits sexuels de chacun » (25). En plus d'être une violation des droits humains, les MGF exposent les femmes et filles à des difficultés quotidiennes dans leur vie sexuelle et affective. Généralement les difficultés sont manifestées chez les jeunes filles par de l'anxiété, une perte d'estime de soi, un sentiment de peur ou de trahison ou encore de la dépression. Outre la mutilation corporelle, les séquelles qu'elles occasionnent telles que la douleur chronique, les brûlures mictionnelles et les multiples infections génitales freinent le désir sexuel des jeunes filles (26).

Dans la prise en charge des complications, il existe désormais une opération permettant de diminuer l'impact de l'excision sur la sexualité des jeunes filles. Il s'agit d'une chirurgie reconstructive du clitoris qui permet aux femmes et jeunes filles de récupérer une anatomie externe, néanmoins tout n'est pas résolu par cette opération récente, et un suivi par un sexologue et un psychologue est requise (chirurgie mise au point par le Docteur Pierre Foldès en 2004) (27).

4.1.2. Prévention

La prévention de la maladie se définit comme un ensemble de mesures prises visant « *non seulement à empêcher l'apparition d'une maladie, mais également à en arrêter les progrès et à en réduire les conséquences* » ((28), OMS, 1984, Glossaire p 20). La prévention de la maladie est généralement inscrite dans le secteur sanitaire. De ce fait, les mesures concrètes prises à cet effet consistent à réduire les risques et renforcer les facteurs de protection d'un point de vue principalement médical (28). En Fédération Wallonie-Bruxelles, il existe l'ONE qui a une mission générale la protection maternelle et infantile et se trouve ainsi chargée de prendre des initiatives en matière de prévention et d'accompagnement du jeune enfant et de sa famille. Pareillement, les centres PSE ont pour mission de détecter certaines maladies, prévenir les maladies infectieuses et assurer le bien-être des enfants au sein de l'école. Dans le cadre d'une prévention sélective, ces différentes structures sont aptes à déceler une situation de MGF notamment lors des visites médicales, grâce aux facteurs de risque notamment (pays d'origine, sœur déjà excisée, etc.). En outre, dans le cadre d'une prévention universelle, il est question d'intégrer les MGF dans les séances d'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle (EVRAS) effectuées dans les écoles. De cette manière, tous les enfants pourraient être sensibilisés aux formes de violences sexuelles y compris les MGF (24). Les séances EVRAS font partie des missions de l'école primaire et secondaire qui en ont l'obligation mais aussi l'autonomie dans leurs actions, d'après l'article 8 et 9 du décret « définissant les missions prioritaires de l'enseignement fondamental et de l'enseignement secondaire et organisant les structures propres à les atteindre » de 1997, modifié en juin 2012. C'est pourquoi les séances EVRAS sont parfois développées dans le cadre de cours existants tels que le cours de morale ou de biologie, ou encore par des animations extérieures telles que les plannings familiaux, les PMS ou (encore) certains organismes privés.

4.1.3. Education pour la santé

L'éducation pour la santé « *concerne non seulement la communication d'informations, mais également le développement de la motivation, des compétences et de la confiance en soi* ». Tous ses éléments sont nécessaires pour agir en vue d'améliorer sa santé. L'éducation pour la santé comprend donc la communication d'informations concernant « *les conditions sociales, culturelles, économiques et environnementales de base qui ont des effets sur la santé, ainsi que sur les différents facteurs de risque et comportements à risque, et sur l'utilisation du système de santé* » ((29), OMS, 1998, Glossaire de la promotion de la santé, p.5).

Il est possible de détecter des fillettes à risque ou victimes de MGF par des signes d'alerte visibles grâce aux acteurs de terrain ayant un contact privilégié avec les enfants (24). C'est pourquoi, le GAMS propose de sensibiliser et de former ces acteurs à reconnaître une fille à risque mais aussi une fille victime de MGF. Ces acteurs servent, d'une certaine manière, de relais de confiance avec la médecine scolaire et les associations spécialisées. Dans une même perspective de développer la sensibilisation et l'information aux pratiques des MGF imposées aux femmes et filles, le GAMS fournit des formations pour les professionnels de la santé issus du secteur hospitalier et étudiantin (infirmier et sage-femme). Il mène aussi des activités auprès des femmes mutilées afin de les sensibiliser et renforcer leur capacité à prendre en main leur santé et la santé de leurs enfants (23).

4.1.4. Promotion de la santé

En référence à la charte d'Ottawa, la Promotion de la Santé (PS) définit la santé telle qu' :
« une ressource de la vie quotidienne (...), un moyen qui participe à l'épanouissement des personnes. (...) La santé est un concept positif (...) qui met en valeur l'importance des ressources sociales, (sexuelles et reproductives) et individuelles, ainsi que les capacités physiques des personnes. Cette conception de la santé intègre les interactions permanentes entre les individus et leur environnement » ((29), OMS, Glossaire pour la promotion à la santé, 1998, p 1). Il en découle ainsi la définition de la PS comme un « processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci »

((29), OMS, Glossaire pour la promotion à la santé, 1998, p 1). Pour améliorer le niveau de santé d'une population, la PS prévoit cinq axes d'interventions à privilégier et à combiner en plus des conditions favorables préalables qui sont la paix, la nourriture, un revenu et un abri ((29), OMS, Glossaire pour la promotion à la santé, 1998, p 2) :

- ❖ « *Elaborer une politique de santé* » grâce aux partenariats possibles ;
- ❖ « *Créer un environnement favorable à la santé* » car le contexte de vie influence les déterminants de la santé ;
- ❖ « *Renforcer l'action communautaire* » grâce à la participation et la sensibilisation ;
- ❖ « *Donner les moyens à la population d'acquérir des aptitudes individuelles* » grâce à l'empowerment ;
- ❖ « *Réorienter les services de santé* ».

Dans le cadre de lutte des MGF, la participation des parents est centrale dès le début dans les interventions instaurées dans le cadre préventif des MGF, puisqu'ils jouent un rôle primordial dans l'éducation et la transmission des valeurs et croyances socioculturelles (24). De plus, la participation des jeunes constitue de plus en plus une stratégie clé dans les interventions de santé publique, notamment au Canada. Elle permet aux enfants de s'impliquer dans les causes qui les touchent et les concernent et ainsi devenir acteur de leur changement. La participation des jeunes est donc un atout dans les interventions menées dans le cadre de l'abandon des MGF, puisqu'elle peut renforcer la résilience notamment psychologique des filles à risque ou victimes de MGF et encourager d'autres jeunes à améliorer et maintenir leur bien-être (30). Les PSE ont de ce fait un rôle à jouer pour motiver d'avantage la participation des jeunes dans les propositions d'actions institutionnelles visant à protéger les filles exposées aux MGF.

4.2. Spécificités à prendre en compte

L'excision est un sujet ancré dans les traditions culturelles de longue date et reste très sensible à la pression de la communauté ainsi que des parents vis-à-vis de leur fille. Il s'agit d'une affaire intime avec des valeurs familiales et culturelles qui reste encore difficilement détectable sans stigmatiser la victime. Bien que l'excision soit une violation des droits humains, elle constitue encore un tremplin social pour les jeunes filles et femmes vivant dans les pays pratiquant ou au sein des communautés d'immigrés dans le monde. La norme sociale qu'elle engendre constitue un frein non négligeable dans les actions menées pour l'éradiquer. Il faut donc prendre en compte les enjeux de cette norme sociale et les besoins de la communauté dans les actions de santé publique pour les rendre efficaces. Dans les contextes migratoires, il importe de trouver des idées novatrices pour aborder les MGF en impliquant d'avantage un maximum d'acteurs de différents niveaux et en renforçant les moyens et concepts de santé déjà existants.

Il est aussi possible de s'inspirer des méthodes d'interventions adoptées en Afrique qui ont su faire leurs preuves. Des recherches récentes dans certains pays d'Afrique démontrent que les MGF ont d'avantage de chance d'être abandonnées durablement lorsque les stratégies de lutte prennent en compte plusieurs méthodes d'intervention. Les moyens ayant participé à l'efficacité des stratégies et pouvant être envisagés dans un contexte de migration sont (31) :

- ❖ Prendre en compte le rôle des communautés et réseaux élargis (y compris les parents) ;

- ❖ Renforcer et respecter les aspects positifs de la culture et les valeurs communautaires ;
- ❖ Aborder les MGF dans le cadre des droits humains et des valeurs communautaires ;
- ❖ Améliorer les connaissances sur les MGF grâce aux mesures législatives, pédagogiques, administratives et sociales mises en place dans les pays ;
- ❖ Solliciter les médias (documentaire, télévision, radio, poésie, musique, théâtre, forums de discussion et débat) ;
- ❖ Instaurer une réelle collaboration et un travail en réseau en prenant en compte tous les niveaux d'intervention (local, national et international).

L'expérience sur le terrain de l'Organisation Non Gouvernementale (ONG) TOSTAN soutient l'importance d'un contexte d'intervention propice et favorable à promouvoir l'abandon des MGF au sein des communautés c'est-à-dire des mesures préventives et législatives appropriées, le soutien médiatique ainsi que la participation de la société civile. Une autre expérience de terrain réalisée en Ethiopie par le Docteur Bogaletch³, a permis d'identifier certaines composantes essentielles pour éradiquer les MGF (32). Il s'agit entre autre :

- ❖ Accès aux supports pédagogiques dans le but de former les acteurs de terrain qui sont respectés par la communauté tels que les enseignants, les prestataires de santé ou encore les juristes ;
- ❖ Consultations communautaires ;
- ❖ Soutien de la communication entre les pères, mères et enfants afin de réduire les malentendus et uniformiser les informations.

En ce qui concerne les actions menées auprès des enfants, d'autres éléments doivent intégrer le contexte d'intervention pour améliorer l'efficacité des programmes et envisager un changement vers l'abandon des MGF. En effet, les interventions menées ne doivent pas heurter la fille à risque ou victime de MGF, ce qui demande une adaptation des moyens employés en fonction de l'âge et du développement psycho-sexuel de l'enfant, étant donné que les enfants se développent sur les plans physique, sexuel, émotif à des rythmes différents. (Cette partie n'est pas traitée dans ce travail mais prise en compte comme critère de qualité des interventions mises en œuvre).

³ Lauréate du Prix Roi Baudouin pour le Développement en Afrique 2012-2013, pour son leadership mobilisateur et sa détermination à renforcer la position des femmes en Ethiopie.

Tous ces éléments réunis sont essentiels pour rendre efficace des stratégies mises en place auprès des enfants pour promouvoir l'abandon des MGF. Ces éléments constituent donc des critères de qualité pour l'élaboration de stratégies efficaces.

4.3. Acteurs impliqués

Certains acteurs, quel que soit leur secteur d'intervention, sont parfois novices des pratiques de prévention ou de promotion de la santé malgré les actions gouvernementales établies, alors que leurs missions et leur proximité avec le public cible font d'eux des acteurs de première ligne en terme d'éducation et de promotion de la santé. Ils ont non seulement une bonne connaissance de la population avec laquelle ils travaillent, mais aussi une maîtrise du contexte ou secteur dans lequel ils exercent (33). Il est alors possible de mettre en avant les acteurs concernés par la problématique de l'excision en fonction des secteurs que fréquentent les enfants, y compris les filles à risque ou victime des MGF :

❖ Secteur de la jeunesse⁴ :

Ce domaine recouvre, notamment, les organisations de jeunesse (les mouvements de jeunesse, les associations et services à destination des jeunes) ainsi que les centres de jeunes (maisons de jeunes, centres d'information des jeunes, centres de rencontre et d'hébergement) qu'ils soient occupés par des jeunes primo-arrivants⁵ ou non. Les intervenants sont donc des animateurs sportifs, culturels ou artistiques et des éducateurs. De ce fait, l'implication des intervenants du secteur de la jeunesse mais aussi des jeunes est un atout favorable à la mise en place de stratégies simples de prévention telles que l'information et la sensibilisation auprès des enfants par rapport à la problématique des MGF.

❖ Secteur de la prévention :

Ce domaine prend en compte les intervenants issus de la promotion et prévention de la santé. Il s'agit, d'une part, des professionnels de l'ONE qui s'occupent de la prévention et de l'accompagnement de l'enfant de moins de six ans en dehors du milieu familial.

⁴ Inspirée par la politique de la jeunesse, compétence en charge de la ministre Fadila Laanan. Consulté sur <http://www.fadilalaanan.net/home.php>

⁵ La Fondation Roi Baudouin et le Centre pour l'Égalité des Chances définissent les primo-arrivants comme « des personnes entrées sur le territoire belge depuis moins de dix ans en tant que réfugiés reconnus, travailleurs migrants, étudiants, bénéficiaires d'une mesure de réunification familiale, demandeur d'asile ou clandestins ». (Fondation Roi Baudouin et Centre pour l'Égalité des Chances et la lutte contre le Racisme. "Débat pour un politique migratoire, mapping des acteurs".)

Le personnel de l'ONE se compose de travailleurs médico-sociaux, de médecins et de volontaires, qui collaborent avec des équipes de SOS enfants, de l'ONE-adoption et le personnel des différentes structures d'accueil (maison d'enfants, crèches, accueil extra-scolaire, école de devoirs, etc.). Les missions de l'ONE commencent dès la maternité jusqu'à la scolarisation de l'enfant. D'autre part, il y a les services de Promotion de Santé à l'École (PSE) qui prennent le relai des missions de l'ONE. Leur rôle n'est pas seulement de détecter certaines maladies ou de prévenir la transmission de maladies infectieuses mais aussi d'assurer le bien-être des enfants dans leur environnement et notamment à l'école. De plus, Il y a tous les centres de planning familial (PF) qui ont un rôle principal dans la prévention. Il en résulte que les travailleurs de ce secteur sont des contacts privilégiés non seulement pour informer et sensibiliser tous les enfants sur la problématique des MGF mais aussi pour soutenir le renforcement des capacités des filles par rapport aux MGF, après avoir diagnostiqué une situation particulière.

❖ Secteur de la protection :

Le domaine de la protection intervient spécifiquement dans les cas de signalement. Les risques ou faits avérés sont déjà connus par le service de protection et une prise en charge est mise en place pour l'enfant. Dans ce cas, les professionnels abordent aussi les MGF mais cette fois ci, d'avantage dans une perspective de protection. Les services impliqués et spécialistes dans ce domaine sont notamment l'asbl INTACT, les Services d'Aide à la Jeunesse, la police, ainsi que SOS enfants.

❖ Secteur de l'éducation :

Ce domaine s'intéresse au personnel scolaire, de l'enseignement maternel au secondaire. Il s'agit non seulement du directeur de l'école mais aussi des enseignants (et étudiants) et particulièrement ceux des classes passerelles. Certaines écoles accueillent un grand nombre d'élèves originaires de pays étrangers qui ne savent pas encore parler et écrire le français et ne connaissent pas le système éducatif belge. De ce fait, pour répondre à ces besoins et offrir toutes les chances aux élèves, des classes passerelles les accueillent, au cours desquelles ils bénéficient d'un encadrement spécifique pour faciliter leur adaptation et intégration au système socio-culturel et scolaire belge. Il est possible que des filles à risque ou victimes de MGF soient dans ces classes mais pas uniquement. Certains enseignants sont susceptibles d'aborder les MGF dans les cours de morale lorsqu'ils abordent la multi culturalité et les pratiques qui l'accompagnent par exemple. De plus, il existe des centres PMS au sein des

écoles. Ce sont des lieux d'accueil, d'écoute et de dialogue où l'enfant et/ou sa famille peuvent aborder les questions qui les préoccupent en matière de scolarité, d'éducation, de vie familiale et sociale, de santé, etc. Le centre PMS est composé de médecins, de psychologues, d'assistants sociaux et d'infirmiers qui travaillent en équipe.

Malgré des difficultés en terme de faisabilité, tous ces acteurs constituent une source pertinente dans les différentes stratégies mises en place pour les enfants, que ce soit par l'information et la sensibilisation ou par l'empowerment.

B. METHODOLOGIE

1. ETAT DES LIEUX DE LA RECHERCHE ET OBJECTIFS

L'intérêt porté à ce travail se situe à plusieurs niveaux. D'abord, les organismes onusiens comme OMS, UN-Femme ou encore le Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF), ainsi que de nombreuses associations militantes dans le monde entier recommandent non seulement l'information et la sensibilisation de la population y compris des enfants face à la problématique des MGF, mais aussi le renforcement des capacités des filles et femmes à risque ou victimes de MGF. Ainsi, dans ce sens, des stratégies de lutte ont été mises en place pour les enfants et ont pu faire leurs preuves dans quelques pays d'Afrique. Comment fonctionnent-elles ? De quels moyens disposent-elles ?

De plus, dans le contexte migratoire actuel, les pays occidentaux sont aussi concernés par la problématique de l'excision. Outre la législation, différentes stratégies de prévention ont été mises en place. Qu'en est-il des stratégies mises en place pour les enfants en Europe ? Et en Belgique, comment cela se passe-t-il ?

Par ailleurs, les acteurs de terrain tels que les enseignants ou les éducateurs constituent une source précieuse non seulement pour aider à la prévention des MGF, mais aussi pour fournir un soutien aux filles qui ont subi la procédure. En raison de la proximité des élèves avec les enseignants, ces derniers sont en mesure d'identifier les premiers signes de mauvais traitements, y compris de MGF. « Aborder les MGF » constitue une composante des stratégies de lutte destinées aux enfants. Comment s'opère-t-elle dans le contexte belge ? Il est vrai que le message à transmettre à l'enfant doit être adapté à son âge, à son contexte de vie et à sa vie culturelle. L'excision est un sujet intimement lié à la sexualité et aux croyances culturelles qu'il n'est pas aisé pour des intervenants extérieurs d'aborder les MGF. La réalité du terrain conduit à certaines difficultés institutionnelles et même à des réticences personnelles de la part de ces professionnels à parler de l'excision et ses enjeux aux enfants. Au contraire, parler des MGF aux enfants peut être réalisé aisément avec un support pédagogique et ainsi encourager les professionnels à participer aux moyens de lutte.

Enfin, ce travail met particulièrement l'accent sur le point de vue des acteurs de terrain en contact avec les enfants et susceptibles d'aborder la problématique des MGF, dans le but de contribuer à l'amélioration des stratégies d'interventions présentes et futures en Fédération Wallonie-Bruxelles et de constituer un diagnostic de situation pouvant servir d'outil à l'élaboration d'un protocole destiné aux professionnels en contact avec les enfants.

Ce travail est une étude descriptive ayant pour objectifs :

❖ Objectif général :

Contribuer à l'amélioration du fonctionnement des stratégies mises en place auprès des enfants dans le cadre de lutte des MGF en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Pour remplir cet objectif, ce mémoire vise, notamment, à identifier les stratégies de lutte auprès des enfants, stratégies ayant su faire leurs preuves en Afrique et en Europe et pouvant être intéressantes dans le contexte belge. Il vise, aussi, à mettre en avant le point de vue des intervenants en contact avec les enfants et susceptibles d'aborder la problématique des MGF.

❖ Objectifs spécifiques :

1. Le premier objectif est de réaliser une revue internationale non exhaustive sur les pratiques innovantes concernant les interventions mises en œuvre auprès des enfants pour abandonner les MGF, en regard des critères de qualité reconnus pour ces interventions.
2. Le second objectif est d'identifier les expériences et pratiques menées auprès des enfants par les acteurs de terrain pour abandonner les MGF dans la Fédération Wallonie-Bruxelles.
3. Le troisième objectif est d'identifier les difficultés et facteurs facilitants rencontrés par les acteurs de terrain lors des interventions menées auprès des enfants dans le cadre de lutte des MGF, tant d'un point de vue institutionnel que personnel.
4. Le quatrième objectif est de proposer des recommandations applicables et adaptables aux stratégies d'interventions du contexte belge, à la lumière des initiatives déjà mises en évidence dans les autres pays.

2. MATERIEL ET METHODE

Ces objectifs font appel à une méthodologie à deux volets. Le premier volet consiste en une revue de la littérature qui vise à analyser des stratégies hors contexte belge en regard des critères de qualité reconnus pour les interventions auprès des enfants. Le second volet prend la forme d'une étude exploratoire et descriptive menées auprès des acteurs en contact avec les enfants visant à identifier les freins et les leviers rencontrés lorsqu'ils abordent les MGF dans le contexte belge.

2.1. Technique documentaire relative au contexte international

Il s'agit d'une revue de la littérature internationale fournissant des exemples d'approches mises en œuvre auprès des enfants pour promouvoir l'abandon des MGF. Les stratégies présentées, concernent spécifiquement la sensibilisation des enfants face à l'excision et le renforcement des capacités des filles victimes ou à risque de MGF qui ont pour objectif final l'éradication de cette pratique néfaste.

Les données issues de la revue de littérature identifient les auteurs et les différents types de stratégies qu'ils envisagent et mettent en place, en fonction du secteur et contexte d'application ainsi que des spécificités de l'enfant (dans la mesure du possible). Elles cherchent, notamment, à savoir comment sont évaluées les stratégies et quels sont les moyens et outils utilisés pour les réaliser.

La revue de la littérature ne se veut pas exhaustive vu la diversité des approches existantes et la multitude d'acteurs impliqués. Toutefois, la revue réalise une synthèse de ce qui a déjà été fait et apporte des données méritant que l'on s'y attarde et qui pourraient servir à étoffer les stratégies présentes en Belgique.

Critères de sélection des stratégies

Les stratégies retenues répondent aux critères suivants :

- ❖ Les stratégies sont impliquées dans la lutte contre les MGF et visent à diminuer le nombre de nouveaux cas d'excision ;
- ❖ Les stratégies utilisent des méthodes de sensibilisation et/ou d'empowerment ;
- ❖ Les moyens mis en œuvre sont destinés aux filles victimes ou à risque de MGF (filles en bas-âge et d'âge scolaire – primaire et secondaire) mais peuvent intégrer tous les enfants (y compris les garçons) dans leurs stratégies ;

- ❖ Les stratégies s'inscrivent dans au moins un des secteurs tels que l'éducation, la prévention, la protection et la jeunesse ;
- ❖ Les stratégies peuvent inspirer les méthodes appliquées dans le contexte belge ;
- ❖ Les stratégies répondent au moins à trois critères de qualité cités dans la partie théorique.

Les recherches sont réalisées à travers des références telles que des comptes rendus, des rapports d'activités et de projets, des articles, des outils d'informations type dépliant ainsi que des sites internet d'associations et d'organismes engagés.

Les recherches sont effectuées dans la littérature grise grâce aux rapports des organismes onusiens, de l'Union européenne et des ONG militantes. Elles sont, aussi, effectuées dans la littérature scientifique par des documents et articles provenant des bases de données dont PUBMED, SCIENCE DIRECT et GOOGLE SCHOLAR.

Critères méthodologiques

Pour la qualité méthodologie, certaines restrictions ont été faites notamment au niveau de la langue des données qui se limite au français et à l'anglais. La situation professionnelle et institutionnelle (organismes onusiens, associations) des auteurs, leurs connaissances et implications dans les stratégies de lutte des MGF et le fait qu'ils aient déjà publié sur le sujet, sont des éléments retenus pour la qualité méthodologique de la revue de littérature. Uniquement, les données issues de documents parus après 2005 et ayant des références complètes ont été retenues.

Pour réaliser la recherche, les mots-clés en anglais qui ont été utilisés sont : « children », « awareness », « female genital mutilation and cutting », « education », « female circumcision », « women's health », « health promotion », « toolkit », « human rights », « teach » et « empowerment ». Les mots-clés en français sont : « enfants », « prévention », « sensibilisation », « MGF », « outils », « enseigner », « droit humain », « santé des femmes », « promotion de la santé » et « renforcement des capacités ».

2.2. Techniques qualitatives relatives au contexte belge

Le choix de la recherche qualitative (RQ) comme méthodologie de recherche repose sur le fait qu'elle s'intéresse d'avantage au sens des phénomènes et à la façon dont les individus et les collectivités regardent, comprennent le monde et construisent du sens à partir de leurs expériences dans des contextes particuliers. La RQ s'adapte, de ce fait, à la nature des informations recherchées qui relèvent des ressentis, des représentations et du vécu des personnes interviewées (34). La recherche de ce travail se base, dans un premier temps, sur des informations issues d'acteurs de terrain engagés dans la lutte des MGF en Fédération Wallonie-Bruxelles. Les acteurs se sont exprimés dans le but d'échanger sur les bonnes pratiques à avoir lorsque l'on aborde les MGF aux enfants, dans le cadre des stratégies concertées de lutte contre les MGF. Ces informations sont, dans un second temps, complétées par des données issues d'entretiens réalisés avec des acteurs de terrain pouvant être susceptibles d'aborder les MGF aux enfants, dans la Fédération Wallonie-Bruxelles.

La RQ met en avant les difficultés et possibilités rencontrées par les intervenants lorsqu'ils abordent les MGF aux enfants lors de stratégies de prévention, afin de les prendre en considération pour y remédier.

2.2.1. Population et échantillon

Le public ultime des stratégies de santé publique, prises en compte dans cette étude, est celui des enfants de 0 à 12 ans puisque la période critique des MGF peut être considérée aux alentours de l'âge de 6 ans soit à partir de l'école primaire. Il est, toutefois, possible d'avoir des cas d'excision où la fille est plus jeune ou plus âgée que 6 ans.

La population de l'étude est celle des acteurs en contact avec le public ultime. C'est pourquoi, les critères de sélection et segmentation relatifs aux acteurs issus de la table ronde et des entretiens sont :

- ❖ Les acteurs de terrain en contact avec des enfants (à risque ou non de MGF et victimes de MGF) – de la crèche à la 6^{ème} primaire ;
- ❖ Les hommes ou femmes – ancienneté (minimum deux ans) – langue française – (âge de l'acteur non pris en compte) ;
- ❖ Les acteurs de terrain travaillant dans un des secteurs décrit dans la partie théorique : éducation, prévention, protection et jeunesse (critère de segmentation de l'échantillon) ;

- ❖ Les acteurs de terrain susceptibles d'aborder les MGF dans leur cadre professionnel (qu'il soit spécialiste en la matière ou non) ;
- ❖ Les acteurs de terrain susceptibles de sensibiliser et de renforcer les capacités des filles victimes de MGF ;
- ❖ Les acteurs de terrain travaillant dans la zone de la Fédération Wallonie-Bruxelles ayant une diversité culturelle, y compris les quartiers et communes de la Région de Bruxelles-Capitale.

Les critères d'exclusion sont :

- ❖ Les acteurs en lien avec les médias (supports audio visuels sur les MGF) ;
- ❖ Les acteurs du secteur privé (pédiatres, gynécologues, généralistes, etc.) ;
- ❖ Les parents et la communauté issus de pays pratiquant l'excision.

2.2.2. Méthode de recueil

2.2.2.1. Table ronde - GAMS

Il s'agit d'une activité organisée par le GAMS, dans le cadre des stratégies concertées de lutte contre les MGF, et observée par l'auteur du mémoire. La table ronde s'intitule « *Comment parler des MGF aux enfants, dans son cadre professionnel respectif* » et a eu lieu dans les ateliers du GAMS le 18 décembre 2012, dans le but d'échanger sur les bonnes pratiques par rapport à ce qui est fait et ce qui reste à faire (se référer à l'annexe 2). L'atelier a duré de 9h à 16h avec une pause de midi. La matinée était consacrée au volet préventif (cinq intervenants ont parlé de leurs expériences liées à l'abord de la problématique des MGF aux enfants excisés ou non) tandis que l'après-midi était destinée à l'accompagnement des jeunes filles victimes de MGF (quatre intervenants ont raconté leurs vécus dans ce domaine).

Les données ont été enregistrées au dictaphone. Le dictaphone a été confié à la modératrice de la table ronde au vu de tous les intervenants.

Les participants ont été sollicités par téléphone et choisis par le comité d'organisation du GAMS de manière à offrir une grande diversité en termes de compétences professionnelles en lien avec l'enfance et l'excision et en fonction des secteurs d'intervention. Les intervenants motivés et disponibles ont reçu les objectifs du projet par courrier électronique afin qu'ils aient le temps d'y réfléchir.

2.2.2.2. Entretiens

Il s'agit de réaliser des entretiens pour compléter les données issues des intervenants de la table ronde du 18 décembre 2012. Dans le but de saturer les informations par secteur d'intervention, des acteurs de terrain ont été contactés par courrier électronique adressé au personnel de la direction d'établissements de la Fédération Wallonie-Bruxelles (au total vingt établissements ont été contactés). La direction a fait suivre le courrier aux personnes répondant aux critères de segmentation (dans le courrier, sont mentionnés les objectifs et les sujets recherchés pour l'étude). Seules les personnes intéressées par la possibilité d'une rencontre ont été amenées à me contacter en retour afin d'organiser une rencontre.

Choix des établissements

Selon la Direction Générale Statistique et Information Economique, la Région de Bruxelles-Capitale représente la première zone de concentration de personnes vivant en Belgique et de nationalité étrangère, notamment à Ixelles, Saint Gilles et Etterbeek en 2011⁶. Il est concevable que parmi la population étrangère, des personnes soient issues des communautés pratiquant les MGF. Toutefois, il n'est pas possible de se limiter à un indicateur pour prétendre connaître le lieu de vie des communautés issues des pays pratiquant les MGF, c'est pourquoi l'aide du comité d'organisation du GAMS ainsi que des contacts personnels et professionnels de l'auteure ont contribué au choix des structures où travaillent les intervenants. Il en résulte qu'en regard des secteurs d'interventions détaillés dans le cadre théorique, les structures ciblées sont les hôpitaux, les plannings familiaux, les établissements scolaires y compris les services de PMS (en discrimination positive notamment), les crèches, les centres d'hébergement pour réfugiés et les maisons de quartier de la Région de Bruxelles-Capitale et particulièrement des communes de Saint Gilles, Etterbeek, Molenbeek, Ixelles et Bruxelles centre.

Le choix de se diriger vers des structures plutôt que vers des professionnels directement (gynécologues, généralistes, pédiatres, etc.) découle d'une volonté de s'adresser à un public ayant un large potentiel de diffusion.

⁶ Les taux de population étrangère dans les communes de la Région de Bruxelles-Capitale proviennent de la Direction Générale Statistique et Information économique, consulté sur le site : <http://statbel.fgov.be/fr/statistiques/chiffres/population/structure/natact/beletr/>

Les interviews ont lieu dans les locaux de travail de l'interlocuteur, durant le mois d'avril 2013. Ils durent environ 45 minutes. Les données ont été enregistrées au dictaphone.

L'entretien est semi-directif afin de favoriser le discours libre des participants ainsi que l'échange d'idées spontané dans le domaine de l'étude. Les thèmes et aspects à couvrir sont spécifiés à l'interlocuteur, l'ordre des questions n'a pas été formellement suivi, ce qui permet une plus grande liberté et adaptation à la situation. Avec certains interlocuteurs, des questions imprévues ont pu apparaître et intégrer des pistes dans l'analyse des données. Le guide d'entretien figure dans l'annexe 4.

Les garanties de respect de la réglementation et du droit des personnes concernant les interviews et l'enregistrement de la table ronde :

- ❖ Les personnes ont été informées de l'élaboration du mémoire (promoteur, méthodologie et objectif) ;
- ❖ Les personnes ont été informées et ont donné leur permission pour enregistrer les données avec promesse de destruction des données après l'élaboration du mémoire ;
- ❖ La garantie d'anonymat et de confidentialité a été précisée (les résultats issus de l'entretien ont été mixés aux résultats issus de la table ronde et regroupés par secteur) ;
- ❖ La possibilité de refus et d'interruption de l'entretien ;
- ❖ La neutralité et la rupture épistémologique de la part de l'auteur.

2.2.3. Méthode d'analyse

L'analyse de contenu des entretiens et de l'observation est adaptée aux objectifs du mémoire qui s'intéressent aux besoins des acteurs de terrain. Les données résultent de la retranscription des entretiens et de la table ronde. Les données brutes, provenant de l'enregistrement de la table ronde et des entretiens, sont retranscrites via un dictaphone de la manière suivante : mot à mot, sans en changer le texte, sans interprétation, les discours hors contexte et hors sujet n'ont pas été retranscrits.

La méthode d'analyse est thématique. Les thèmes abordés lors des entretiens sont regroupés selon quatre parties pour former la grille d'analyse des données des entretiens et de la table ronde (se référer à l'annexe 4).

Il s'agit de :

- ❖ Les expériences concrètes de terrain et pratiques professionnelles en présence ;
- ❖ Les freins institutionnels et personnels dans les interventions menées ;
- ❖ Les leviers institutionnels et personnels dans les interventions menées ;
- ❖ Les possibilités et recommandations.

C. RESULTATS

1. RESULTATS DE LA REVUE DE LITTERATURE

De nombreuses actions de santé publique ont été menées dans le but d'éradiquer les MGF dans les pays où la pratique est encore très courante et au sein des communautés immigrés dans le monde. Certaines actions ont ciblé principalement les enfants, tout en prenant en compte les critères de qualité reconnaissant l'efficacité des interventions menées dans ce domaine. En regard des critères méthodologiques, quinze exemples de stratégies ont été premièrement retenus sur vingt-trois, principalement en raison de la notoriété des associations et organisations dont les stratégies découlent et qui les diffusent. Sur les quinze stratégies d'interventions, huit stratégies ont, donc, été sélectionnées puisqu'elles ciblent les enfants particulièrement les jeunes filles à risque ou victimes de MGF, et proposent des méthodes innovantes d'information, de sensibilisation et d'empowerment auprès des enfants qui peuvent être appliquées et adaptées dans le contexte belge. Uniquement des stratégies provenant du secteur de l'éducation et de la jeunesse ont été recensées.

Elles répondent toutes à au moins trois critères de qualité visant l'efficacité des stratégies, en l'occurrence :

- ❖ La participation des jeunes ;
- ❖ La collaboration entre les acteurs ;
- ❖ L'utilisation de supports pédagogiques, de formations ou d'autre matériel pour sensibiliser et renforcer les capacités des filles à risque et victimes des MGF ;
- ❖ Le contexte propice et favorable à l'intervention.

Les stratégies sont toutes issues des expériences d'associations africaines et européennes militantes ainsi que de programmes relevant des organismes onusiens. Les évaluations des stratégies identifiées sont majoritairement d'ordre qualitatif, basées sur les témoignages des filles ciblées par les interventions ainsi que par ceux des acteurs de terrain en charge de ces interventions, lorsqu'il s'agit d'associations locales. Toutefois, lorsqu'il s'agit d'une collaboration avec les organismes onusiens, les évaluations sont plus conséquentes puisqu'elles tiennent un rapport d'activités comprenant des évaluations (par exemple, dans le but d'apporter des données quantitatives et qualitatives à l'élaboration d'un plan d'action gouvernemental dans le pays où a lieu les interventions).

Les stratégies et leurs particularités (moyens et intérêt pour le contexte belge) sont (se référer à l'annexe 5) :

❖ L'ONG Massai Women Developemnt en Tanzanie (35)

Ses stratégies visent à instruire, informer et sensibiliser les filles les plus défavorisées qui sont à risque de MGF sur la problématique des MGF. L'ONG intervient dans le secteur de l'éducation en fournissant des moyens innovants pouvant inspirer les stratégies appliquées dans le contexte belge. Elle propose ainsi d'héberger ces filles (contexte propice et favorable pour elles), de les instruire par les pairs et d'octroyer une bourse aux parents qui est équivalente à la dote et qui leur permettent de suivre leurs études.

❖ L'ONG Jeunesse Unie pour l'Eradication de l'Excision en collaboration avec le Réseau Africain Jeunesse Santé et Développement au Burkina Faso (36)

Leurs stratégies visent à mobiliser et sensibiliser les jeunes autour de la question de l'excision dans le but de susciter une prise de conscience chez les jeunes face aux méfaits de cette pratique. Ces ONG s'inscrivent dans le secteur de la jeunesse et proposent des méthodes innovantes de diffusion d'informations qui peuvent s'appliquer dans un contexte belge. Elles mettent en place un car mobile avec des jeunes pour rendre visite aux leaders coutumiers et politiques ainsi que pour favoriser la participation des jeunes grâce à des animations telles que des concerts ou encore des débats.

❖ L'ONG Kakenya's Dream au Kenya (37)

Ses stratégies se basent sur l'empowerment des filles à risque de MGF dans le but de les encourager à poursuivre leur éducation scolaire et à refuser les pratiques traditionnelles néfastes. L'ONG intervient dans le secteur de l'éducation et propose aux filles des séjours de six jours dans un camp afin de les instruire sur les thématiques en lien avec les pratiques néfastes (excision, mariage forcé, etc.). Elle souhaite atteindre un grand nombre de filles grâce à la diffusion d'informations par les filles refusant l'excision et ayant bénéficié de leur aide. Cette méthode de diffusion peut constituer une piste innovante notamment dans le contexte belge.

❖ Le fruit de la collaboration entre le National Council for Childhood and Motherhood et le Programme des Nations Unies pour le développement en Egypte (38)

Leurs stratégies visent à sensibiliser et diffuser des informations sur l'égalité des sexes aux plus jeunes grâce aux élèves du secondaire et des universités engagés et formés bénévolement par les Nations Unies. Les messages sont transmis pour permettre une remise en question des jeunes dans les écoles sur les idées fausses et les stéréotypes concernant le rôle de l'homme et la femme, en les faisant participer, en les conseillant et en rencontrant leurs parents et leurs enseignants. Ces deux organismes inscrivent leurs stratégies dans le secteur de l'éducation et montrent leur créativité en utilisant la diffusion d'information par les jeunes au sein des écoles en y impliquant les acteurs de terrain et les parents.

❖ Le programme conjoint UNFPA-UNICEF en Ethiopie (39)

Les stratégies du programme en Ethiopie visent à sensibiliser et informer les enfants sur les MGF grâce à des forums présents dans les écoles. Ainsi, les moyens utilisés sont la formation des enseignants sur les MGF par le personnel médical et juridique pour animer les forums et promouvoir des comportements protecteurs chez les enfants face aux MGF. Ce programme s'inscrit dans le secteur de l'éducation et semble une idée innovante pour le contexte belge.

❖ Le Forum for Africa Women Educationalists au Sénégal ((31), p. 30)

Ses stratégies visent l'information et la sensibilisation en intégrant la thématique de l'excision dans les cours de sciences et vie de la terre. L'ONG collabore avec le Ministère de l'Education, les enseignants, les conseillers en éducation et les chefs d'établissement pour proposer un enseignement sur les types de MGF, les conséquences et les stratégies de lutte existantes dans le monde. Elle s'inscrit dans le secteur de l'éducation et peut intéresser le contexte belge en intégrant la thématique dans les cours de biologie ou autre matière.

❖ L'ONG Pharos au Pays-Bas (40)

Ses stratégies visent à informer et soutenir les enseignants lorsqu'ils abordent les MGF avec les enfants. C'est pourquoi, l'ONG a créé un guide contenant des leçons sur les MGF avec des niveaux éducationnels et des objectifs différents en fonction de l'âge. Il s'agit d'un support éducatif précieux pour guider les enseignants dans leur cadre professionnel qui peut servir au contexte belge.

❖ Le fruit de la collaboration de l'ONG Forward et YPSO au Royaume-Uni (41)

Leurs stratégies visent à informer et sensibiliser les jeunes à risque ou victimes de MGF sur les inégalités de genre et les différentes formes de violence y compris les MGF. C'est pourquoi, les ONG forment des jeunes, issues des communautés pratiquant l'excision, dans le but de diffuser le bon message et ainsi utiliser l'influence des pairs. Elles proposent aussi plusieurs moyens pour les sensibiliser tels que des ateliers (chant et production et projection de DVD), des outils (support pédagogique et éducatif) et un lieu d'échange.

2. RESULTATS DE LA RECHERCHE QUALITATIVE

2.1. Description des acteurs sélectionnés

2.1.1. Acteurs de la table ronde

Selon les critères de segmentation et de sélection abordés dans la méthodologie, cinq sur les neuf participants de la table ronde ont été pris en compte pour l'étude et regroupés par secteur d'intervention :

- ❖ Secteur de la prévention : Un médecin du service de PSE et une accueillante d'un planning familial ;
- ❖ Secteur de la jeunesse : Une psychologue GAMS (intervention dans les centres de réfugiés) ;
- ❖ Secteur de la protection : Un membre du personnel de la police et un membre du personnel du SAJ.

Tous les intervenants présents lors de la table ronde ont été sollicités par le GAMS et ont volontairement participé à cette activité. Parmi les intervenants retenus pour l'étude, une seule personne est de sexe masculin. Ils ont tous au moins trois ans d'ancienneté et sont régulièrement en contact avec les enfants, âgés de 5 ans à 12 ans. A l'exception d'un intervenant (qui vient de Liège), tous travaillent dans la Région de Bruxelles-Capitale, particulièrement dans des communes ayant une grande diversité culturelle telle que Molenbeek, Forest, Anderlecht ou encore St Gilles.

2.1.2. Acteurs issus des entretiens

Sur les vingt courriers électroniques envoyés aux établissements, treize personnes ont répondu favorablement à une rencontre (aucune information n'a été donnée sur le fait qu'ils aient ou non déjà abordé les MGF avec les enfants, lors des échanges électroniques). Cependant, seulement six entretiens ont pu être réalisés suite aux disponibilités réduites de la part des personnes intéressées et par faute de temps dans l'élaboration de l'étude.

Par secteur, il s'agit de :

- ❖ Secteur de la prévention : Un membre du personnel de crèche subventionnée par l'ONE et un sexologue d'un planning familial (intervention dans les écoles) ;
- ❖ Secteur de l'éducation : Une assistante sociale d'un service PMS qui travaille avec une école en discrimination positive, une enseignante du primaire issue d'une classe passerelle et une enseignante de morale en primaire ;
- ❖ Secteur de la jeunesse : Une éducatrice d'une maison de jeunes.

A l'exception d'une personne, toutes les personnes interviewées sont de sexe féminin et ont au moins deux ans d'ancienneté. Les acteurs sélectionnés sont régulièrement en contact avec les enfants, âgés de quelques mois à 12 ans et travaillent tous dans la Région de Bruxelles-Capitale, particulièrement dans des communes ayant une grande diversité culturelle telle que Molenbeek, Ixelles, Bruxelles centre, Etterbeek ou encore St Gilles.

2.2. Présentation thématique des résultats

La présentation et la description des résultats suivent l'ordre des thèmes évoqués dans la grille de lecture. Tout d'abord, il s'agit des résultats reflétant un état des lieux de l'abord de la problématique des MGF avec l'enfant et des moyens utilisés pour le faire dans le but de recueillir l'expérience concrète de terrain et explorer les pratiques envisagées. Ensuite, les résultats présentent les freins et les leviers qu'ils soient en lien avec l'acteur ou en lien avec le secteur et la structure d'intervention. Enfin, les résultats décrivent les possibilités et les recommandations proposées par les acteurs de proximité. Un tableau présente l'essentiel des résultats issus de cette enquête, en fonction des quatre axes d'investigation et selon les différents secteurs d'intervention si des spécificités propres sont mises en avant, à l'annexe 6. Dans le but de conserver l'anonymat des sujets de l'étude, les avis des intervenants sont regroupés, dans la mesure du possible, par les secteurs dans lesquels ils interviennent.

2.2.1. Recueil des expériences concrètes de terrain et pratiques professionnelles

Sur les onze sujets sélectionnés, tous les acteurs ont déjà eu l'occasion d'aborder les MGF dans leur cadre professionnel de façon ponctuelle (à part le membre du personnel de la crèche) :

❖ Secteur de la prévention

A part une personne, toutes ont abordé les MGF aux enfants soit individuellement suite à un fait avéré ou une suspicion de MGF, soit collectivement dans le cadre des séances EVRAS.

❖ Secteur de l'éducation

Tous les acteurs ont abordé les MGF aux enfants soit individuellement suite à un fait avéré ou une suspicion de MGF, soit collectivement en classe. Une des intervenantes explique, par exemple, qu'elle est entrée en contact avec une jeune fille victime de MGF « *après avoir constaté des troubles urinaires chez elle à l'école* ». Une autre précise que c'est « *l'enseignant qui est venu la rencontrer car il avait des doutes* ». Un des enseignants dit qu'elle « *en a parlé dans le cadre des bonnes et mauvaises pratiques qui existent, dans le cours de morale* »

❖ Secteur de la jeunesse

Tous les acteurs ont abordé les MGF aux enfants soit individuellement (suite à « *une demande spontanée d'un enfant non excisé qui a entendu ce mot dans une chanson* ») soit collectivement dans des milieux de vie.

❖ Secteur de la protection

Tous les acteurs ont abordé les MGF aux enfants de manière individuelle dans le cadre de la protection judiciaire.

Sur les onze personnes, cinq (tous les secteurs confondus) estiment « *bien connaître* » l'ampleur et les enjeux des MGF ainsi que les principaux moyens de lutte de cette pratique en Belgique. Elles précisent que leurs connaissances sont le fruit d'une recherche personnelle et d'informations délivrées par le GAMS après avoir été confrontées à la situation et décidé de lutter en faveur de l'abandon des MGF. Quatre intervenants estiment « *connaître moins bien la thématique des MGF et les moyens préventifs existants* », ils ont directement transféré la situation de MGF à la personne relais connue : « *le GAMS (tous les secteurs confondus), le PMS (en plus pour le secteur éducatif)* ». Deux acteurs du secteur de la jeunesse et éducatif précisent « *connaître très peu la thématique de l'excision et pas les moyens préventifs mis en place (notamment au sujet de la circulaire)* ».

Ces résultats témoignent, en outre, d'un manque de clarté de la politique sur les MGF puisque la volonté politique est que tous les acteurs soient au courant des moyens préventifs mis en place. Pourtant, le GAMS fournit des formations et un guide sur les MGF à l'usage des professionnels. Si les intervenants ont des connaissances adéquates sur les MGF, ils sont alors capables de diagnostiquer une situation à risque ou de fait avéré et peuvent également constituer un support de confiance pour l'enfant.

Que les interventions soient individuelles ou collectives et quel que soit le secteur d'intervention et le niveau de connaissance, les intervenants s'accordent tous à mettre en avant la notion de temps à prendre (« *d'une part, le temps nécessaire pour être sûr de la situation de MGF et d'autre part, le temps pour parler avec l'enfant* » explique un des acteurs), l'adaptation à chaque situation qui peut-être une intervention individuelle (« *parfois les filles viennent parler d'elles-mêmes, d'autres non* » informe un intervenant) ou collective (lors des séances EVRAS ou pendant la classe) et la relation de confiance à instaurer pour parler des MGF à l'enfant. Ils utilisent tous ces trois critères comme indice de qualité des stratégies dans l'abord des MGF. Un des acteurs explique que « *vu le sujet délicat qu'est l'excision, il faut le temps et la confiance pour espérer échanger avec l'enfant et arriver à l'informer, le sensibiliser voire même renforcer ses capacités* ». Un autre précise que « *chaque enfant a son histoire et parcours, il est alors nécessaire de s'adapter à lui pour échanger* ». Un des intervenants rajoute et suggère qu' « *on ne peut pas avoir le même discours devant chaque enfant vu son âge, il faut adapter ses mots à l'âge de l'enfant et pourquoi pas intégrer les parents ?* ». Face à la difficulté de suspicion et au caractère intime et familial des MGF, la notion de temps, l'adaptation à chaque enfant et aux parents ainsi que la relation de confiance entre l'enfant, les parents et la personne ressource représentent trois bases dans les stratégies et moyens pour aborder les MGF dans le cadre de l'abandon des MGF.

En fonction des secteurs d'intervention, les auteurs rappellent les outils et moyens utilisés qui existent déjà dans le cadre préventif des MGF :

- ❖ Un espace décrit tel qu'un « *lieu d'échange type accueil* » ou encore des « *consultations spécifiques pour les MGF avec l'examen médical* » pour le secteur de l'éducation et de la prévention. Les autres secteurs n'ont pas de lieu spécifique pour aborder la problématique des MGF aux enfants mais utilisent d'autres espaces comprenant une intimité ou encore la salle de classe ;

- ❖ Un échange tel qu' « *rencontre individuelle après suspicion de cas de MGF* », « *des entretiens avec les familles* » (secteur de l'éducation et prévention). D'un point de vue individuel quand la situation est avérée, il est possible d'aborder les MGF avec des personnes ressources (« *GAMS, PMS, PSE par exemple* »). Il existe aussi « *des échanges collectifs* » dans les établissements scolaires ou autre milieu de vie. Dans ce cas, il est possible d'aborder les MGF via des organismes extérieurs (GAMS) ou les plannings (séances EVRAS) ou encore via l'enseignant dans un but de sensibiliser les enfants (secteur éducatif et préventif) ;
- ❖ Des signes d'alerte tels que « *le parcours scolaire et social ou encore le comportement de la jeune fille en classe, pendant qu'elle joue avec ses amies ou ...* ». Tous les secteurs expliquent qu'il est possible de constater l'existence de certains signes d'alerte en étant attentif même si les connaissances sur les MGF et moyens préventifs sont limitées ;
- ❖ Des ressources matériels ou humaines sont utilisées telles que :
 - Des « *formations conseillées et choisies dans un domaine plus large que les MGF* » pour les acteurs de terrain. Cependant, seulement six personnes sur les onze en ont bénéficié ;
 - Des « *animations et ateliers dans des structures accueillantes* » (secteur de la jeunesse et préventif) ;
 - L'« *utilisation d'outils réalisés par le GAMS* » (secteur de la prévention, de l'éducation et de la jeunesse). Aucun des acteurs n'a évoqué des outils pédagogiques autres que ceux du GAMS ;
 - L'« *utilisation de personnes ressources internes et externes aux structures d'accueil ou milieu de vie* » (tous les secteurs). Les principales personnes citées sont le GAMS, INTACT, les PMS, les PF, les PSE, les hôpitaux et la SAJ. A part le secteur de la protection, Aucun n'a mentionné la police comme « *personne* » ressource ;
 - Des « *groupes de parole des femmes et jeunes* » (secteur de la prévention et de la jeunesse) ;
 - Un « *protocole de prise en charge en cas de fait avéré ou de suspicion de MGF* » (secteur de la protection). Les autres secteurs n'ont pas évoqué d'uniformité au sein des établissements grâce à la présence de protocole ;
 - Une « *anamnèse sur le statut administratif lors de l'inscription à l'école* » (par exemple : demandeur d'asile) pouvant informer sur le parcours des jeunes filles et détecter ainsi une situation à risque (secteur de l'éducation).

Même si certains acteurs ont abordé les MGF uniquement de manière individuelle et d'autres de manière collective, ils ont tous tenté de donner leur point de vue par rapport à chaque situation.

2.2.2. Freins exprimés

2.2.2.1. Freins personnels

Tous les intervenants reconnaissent qu'il n'est pas évident d'aborder les MGF aux enfants même pour ceux qui connaissent très bien la problématique et les moyens de lutte. D'après les sujets de l'étude, plusieurs raisons sont liées à cette difficulté (vécue comme un frein) quel que soit le secteur d'intervention :

- ❖ Quasiment la moitié des acteurs (6 sur 11) « *trouve qu'il est difficile d'aborder les MGF car le sujet est lié à la sexualité et l'intimité des femmes et filles* » ;
- ❖ Un acteur se sent « *démuni* » pour aborder les MGF car il pense que « *la culture a toujours le dernier mot et que c'est le choix de la famille de l'enfant et que quelque part on doit respecter cela...* » ;
- ❖ Certains (3 sur 11) soulèvent « *l'âge de l'enfant* » comme principal frein car « *ce n'est pas la même chose de parler avec une mère excisée qu'un enfant de 6 ans, il faut s'adapter à son développement psychomoteur et sexuel* » précise et explique un des acteurs ;
- ❖ La majorité des sujets (8 sur 11) évoque la difficulté de « *se détacher de leurs propres représentations* » qui les conduisent à « *la peur, la crainte, le jugement et la fuite* ».

⇒ Spécificité des interventions collectives :

- ❖ Certains intervenants signalent que d'aborder les MGF dans un contexte migratoire constitue un frein car « *tous les enfants ne sont pas concernés par le problème et chacun est différent* ». Un des intervenants fait part de sa pensée : « *cela dépend de la situation ... s'il s'agit d'informer tous les enfants ou alors d'accompagner et soutenir des filles à risque ou victimes... les interventions seront différentes et cibleront soit l'enfant uniquement, soit l'enfant dans sa communauté, soit l'enfant et ses parents, soit l'enfant et ses camarades et compagnons de jeux... cela dépend des besoins et demandes des enfants* ». Un autre acteur rajoute que la seule fois qu'il a abordé les MGF avec une fille victime de MGF, il a intégré « *les parents notamment pour une question de barrière linguistique mais pas uniquement* ». Aussi, un autre intervenant pense que « *créer rapidement et simplement le dialogue avec la jeune concernée est la clé pour mettre en place une action individuelle et puis collective par la suite* ».

⇒ Spécificité des interventions individuelles :

- ❖ La moitié des sujets informe qu'il « *est important de respecter l'enfant et d'accepter son refus d'être aidé* » et que cela est « *parfois frustrant* » car leur rôle principal est de les aider.

Les principaux freins personnels sont liés aux aspects culturels et intimes des MGF ainsi qu'au contexte migratoire où tous les enfants ne sont pas concernés par la problématique. C'est pourquoi certains acteurs de terrain abordent les MGF soit de manière individuelle sur demande de l'enfant ou s'il s'agit d'un accompagnement psycho-socio-médical soit de manière collective s'il s'agit de sensibilisation et d'information. Aussi, les trois critères soulevés par les intervenants (à savoir l'adaptation, la confiance et le temps) ainsi que des formations en lien avec les représentations et la multiculturalité semblent être des clés nécessaires aux stratégies mises en œuvre.

2.2.2.2. Freins institutionnels

En plus des freins personnels, les principaux freins institutionnels constatés par les intervenants sont :

- ❖ La difficulté liée à la suspicion de faits de MGF, liée au contexte migratoire (soulignée par tous les acteurs). Un des acteurs informe qu' « *il est plus facile de diagnostiquer d'autres formes de violence que les MGF qui, en plus, ne sont pas considérées comme une violence par la famille* » ;
- ❖ Le manque de protocole et de connaissance sur les MGF ainsi que sur les personnes ressources (secteur de la jeunesse, de la protection et de l'éducation) ;
- ❖ Le manque d'uniformité au niveau des actions et moyens entrepris au sein des établissements (constaté par tous les secteurs). Il s'agit d'un problème de protocole interne. Un des acteurs considère que « *ce manque d'uniformité entre les différentes structures internes ne motive pas à lutter contre car on ne se sent pas soutenu* » ;
- ❖ Une collaboration interne « *houleuse entre les acteurs de terrain découlant d'un manque de connaissance des missions de chacun et d'un manque de temps de concertation* » (exprimé par tous les secteurs) ;
- ❖ La difficulté de mettre en place des stratégies d'intervention en lien avec les MGF (information et sensibilisation) dans certaines institutions qui sont réfractaires au fait

d'aborder des sujets de ce type (secteur de la jeunesse). En effet, certaines écoles, notamment catholiques, refusent l'intervention des plannings familiaux et du GAMS pour assurer l'éducation de la vie relationnelle, affective et sexuelle.

Malgré les efforts de lutte visant l'abandon des MGF en Belgique, les acteurs soulignent clairement un manque d'uniformité institutionnelle ainsi qu'un manque de collaboration entre les acteurs et institutions concernant la prise en charge des MGF.

2.2.3. Leviers exprimés

2.2.3.1. Leviers personnels

Les leviers mis en avant par les sujets sont, d'une certaine manière, une réponse ou stratégie envisageable et conseillée en réponse aux différents freins évoqués :

- ❖ La majorité des personnes interviewées (tous secteurs confondus) déclarent spontanément qu'il est utile de « *prendre du recul lorsqu'on aborde les MGF aux enfants* ». Une des intervenantes explique que « *souvent, nous sommes ancrées dans nos propres représentations par rapport à une situation... et avec l'excision, nous avons tendance à dramatiser la situation et manifester nos peurs alors que nous abordons les MGF aux enfants...* ». Tandis qu'un autre acteur, qui est amené à rencontrer régulièrement des femmes et filles excisées, précise qu'il a « *tendance à banaliser la situation* ».

⇒ Spécificités des interventions collectives :

- ❖ La plupart des intervenants (7 sur 11) remarquent qu'il est nécessaire de « *ne pas favoriser la discrimination et la stigmatisation dans les interventions de lutte contre les MGF et dans l'abord de la problématique aux enfants* » (tous secteurs confondus). Certains sujets, issus du secteur de la prévention et de la jeunesse disent qu'« *ils sont obligés de trouver des moyens pour éviter ça* » surtout quand ils interviennent « *dans une classe où les garçons et filles sont mélangés et qu'ils doivent aborder la question des MGF* » ou « *lors d'animations en groupe où toutes les filles ne sont pas excisées* » alors ils décident, par exemple, « *d'aborder les MGF dans le cadre de l'intégrité corporelle, de la violence sexuelles ou encore à travers la notion de violation des droits humains* ». Un des acteurs explique « *l'avantage d'intégrer les garçons dans les animations réalisées pour éviter la stigmatisation et envisager plus rapidement un changement dans les mentalités* ».

⇒ Spécificité des interventions individuelles :

- ❖ Parmi les sujets, deux sont excisées et mettent en avant l'avantage de l'éducation par les pairs. « *Cela engendre une confiance, un soutien et une meilleure compréhension de la part de l'enfant même si parfois pour nous ce n'est pas évident car on revit la situation...* » explique une des deux intervenantes.

La différence entre chaque individu est d'avantage constatée dans un contexte multiculturel, ce qui génère parfois de la discrimination et de la stigmatisation. Il est important de trouver des stratégies qui n'engendrent pas ces deux phénomènes. C'est pourquoi, l'éducation par les pairs peut être un élément utile dans les stratégies à mettre en place dans le cadre des MGF mais pas seulement. Il importe aussi d'améliorer les connaissances, d'une part de la population entière par la communication et la sensibilisation, et d'autre part, celles des acteurs de terrain sur les MGF par des formations en lien avec la problématique des l'excision, la multi culturalité ainsi que des formations pour faire face aux représentations personnelles.

2.2.3.2. Leviers institutionnels

Plusieurs leviers institutionnels sont évoqués lors des entretiens et des échanges de la table ronde :

- ❖ Tous les intervenants mettent en avant « *la collaboration entre les acteurs internes à la structure dans un premier temps puis le travail en réseau entre les acteurs spécifiques tels que le GAMS, INTACT, SAJ, la Police, les PF, les PMS, les services d'aide en milieu ouvert et bien entendu le public cible* » comme levier institutionnel principal (car « *chaque professionnel a ses compétences et ses atouts* »). Ils reconnaissent pourtant tous que la collaboration et le travail en réseau ne sont pas systématiques. ;
- ❖ Un des acteurs du secteur de la prévention précise qu'il existe déjà « *des groupes de réflexion entre les travailleurs de terrain pour mettre en commun leurs pratiques et que les résultats sont prometteurs* ». Ces groupes de réflexion sont réalisés avec les acteurs internes des institutions et aussi avec des intervenants de différents secteurs comme dans le cadre des stratégies concertées ;

- ❖ Un intervenant du secteur scolaire souligne l'importance « *d'une bonne communication entre les acteurs des différentes structures mais aussi au sein même de l'équipe* » pour notamment rassurer les acteurs de terrain dans leurs efforts de lutte s'ils ne sont pas spécialisés dans le domaine ;
- ❖ Tous précisent qu' « *il est nécessaire d'avoir une liste disponible avec le numéro des personnes ressources telles que les membres du GAMS et d'INTACT* ».

Pareillement, un travail de collaboration et en réseau entre tous les niveaux d'intervention semble primordial dans les stratégies mises en œuvre dans le cadre de lutte des MGF. Il s'agit d'un élément utile pour élaborer des protocoles, améliorer la communication entre les acteurs et uniformiser les actions.

2.2.4. Possibilités envisagées

Avant d'énumérer les suggestions faites par les intervenants, il est utile de préciser que tous les acteurs reconnaissent que la réussite des interventions auprès des enfants dépend des besoins et des demandes des enfants ainsi que de leur sphère personnelle (famille mais aussi de la communauté dont ils font partie). De ce fait, « *analyser la demande et les besoins des filles victimes ou à risque de MGF mais aussi des enfants non concernés par cette problématique semblent un premier point dans les recommandations à mettre en place* » souligne un des intervenants. Un autre acteur précise que « *parler des MGF doit constituer une priorité pour l'enfant sinon l'impact sera moindre...* »

Sans spécifier le secteur d'intervention, les suggestions émises par les intervenants sont :

⇒ En fonction du contexte :

- ❖ Analyser la situation, le contexte, les besoins des enfants (victimes, à risque ou non de MGF) au cas par cas avant d'agir et d'aborder les MGF (se poser la question : quel intérêt pour l'enfant si ce n'est pas sa demande ?) ;
- ❖ Faire connaître à la population entière et surtout aux acteurs proches des enfants vers qui s'orienter en cas de situation de MGF (GAMS, INTACT).

Aucun des participants n'a proposé de s'inspirer des méthodes déjà existantes au niveau international pour améliorer l'efficacité des interventions dans le contexte belge, ce qui peut constituer une piste non négligeable.

⇒ En fonction des méthodes d'intervention :

- ❖ Favoriser la participation de tous les jeunes dans les activités de promotion de la santé et leur donner la parole (ce qui permet de voir si parler des MGF constitue une demande réelle des enfants) ;
- ❖ Intégrer l'entourage familial (parents, frères, etc.) dès que possible lors de l'abord des MGF à l'enfant à risque ou victime (surtout si la fille est jeune) sans perturber l'équilibre existant ;
- ❖ Instaurer une relation de confiance, respecter le temps nécessaire pour aborder les MGF et utiliser un langage adapté à l'enfant ;
- ❖ Etre attentif à l'influence des médias et aux informations diffusées (campagnes de prévention parfois discriminantes).

Ces méthodes d'interventions coordonnent avec les critères de qualité des interventions relevées dans la littérature internationale. Toutefois, en ce qui concerne les médias, les acteurs de terrain de la Fédération Wallonie-Bruxelles recommandent de filtrer les informations à diffuser en terme de prévention alors que dans la plupart des pays d'Afrique pratiquant l'excision, les médias sont une clé nécessaire pour faire passer les messages. Les informations diffusées par les médias sont donc sensibles au contexte d'intervention.

⇒ En fonction des moyens disponibles :

- ❖ Favoriser les formations des acteurs de terrain pour maîtriser leurs propres représentations et améliorer leurs connaissances sur les MGF ;
- ❖ Diffuser plus d'outils de communication pour les acteurs de terrain ;
- ❖ Créer un protocole disponible dans toutes les structures sur les conduites à tenir face aux MGF ;
- ❖ Utiliser les personnes ressources lors de l'abord des MGF (personnes spécialisées, interprète, personne de confiance, etc.) ;
- ❖ Améliorer la communication entre les membres internes des structures ;
- ❖ Favoriser le travail en réseau pour offrir un accompagnement global aux victimes de MGF ;
- ❖ Inclure les MGF dans les séances EVRAS au même titre que la circoncision, en plusieurs séances aux élèves du secondaire (garçons et filles confondus) ; Ne pas isoler les MGF de la santé sexuelle ;
- ❖ Inclure les MGF dans les cours de morale qui ciblent les pratiques culturelles bonnes ou mauvaises, à l'ensemble de la classe.

D. DISCUSSION

1. LIMITES ET APPORTS DE LA REVUE DE LITTÉRATURE

La revue de littérature a tenté, autant que possible, de présenter des stratégies utilisant des moyens innovants dans le cadre de lutte des MGF menées auprès des enfants. Cependant, les critères méthodologiques ont fortement diminué le nombre de stratégies retrouvées dans la littérature. Il aurait été possible de recenser d'avantage de stratégies locales innovantes en ne tenant pas compte du parcours et des publications anciennes des auteurs. Aussi, les publications relatent majoritairement les stratégies ayant eu des résultats positifs et réels, alors que d'autres plus locales ont peut-être réussi à mettre en évidence des moyens ou des outils efficaces et novateurs. En plus, parmi les stratégies issues d'associations, il n'a pas été évident d'avoir des données complètes telles que des rapports d'activités. Une autre limite par rapport à la revue de littérature est qu'il n'est pas possible d'identifier les biais menaçant la validité interne des stratégies issues des associations puisqu'aucune méthodologies et démarches ne sont décrites. Les possibles biais relatifs à la validité interne des stratégies issues des organismes onusiens ne sont pas discutés puisque les interventions ont été analysées par le corps scientifique et que les biais éventuels sont alors expliqués par les auteurs.

Bien que la revue de littérature ne soit pas exhaustive et puisse manquer de validité interne, les stratégies retenues ont, tout de même, la possibilité de proposer des pistes ou idées intéressantes à élaborer dans les stratégies mises en œuvre dans le contexte belge. De plus, aborder les MGF avec les enfants est une approche récente dans le monde et particulièrement en Belgique. C'est pourquoi, cette revue permet d'élargir les horizons de la recherche actuelle, en fournissant des données innovantes en Belgique :

- ❖ L'existence de supports pédagogiques destinés aux enseignants pour aborder les MGF avec les enfants ;
- ❖ L'importance de l'influence des pairs (jeunes issus des communautés pratiquant les MGF) ;
- ❖ L'importance de la participation des jeunes dans les interventions ;
- ❖ L'importance des médias comme outils de diffusion ;
- ❖ L'importance d'intégrer des MGF dans l'enseignement (cours de biologie ou autre matière) ;
- ❖ L'importance de conserver les coutumes autour des pratiques néfastes (MGF, mariage forcé, etc.) pour préserver la convention sociale autour des jeunes refusant les MGF.

2. LIMITES ET APPORTS DE L'ÉTUDE

L'étude a tenté, autant que possible, de rendre compte des discours de l'ensemble des participants interrogés afin de dégager de leurs expériences et leurs pratiques, les facteurs facilitants et les obstacles rencontrés sur le terrain. Pour augmenter la crédibilité au niveau des données, les données brutes enregistrées issues de la table ronde ont été présentées au comité d'organisation du GAMS. Néanmoins, il aurait été judicieux de leur présenter aussi les données issues des entretiens. Par ailleurs, toutes les données ont été enregistrées afin de minimiser les biais de déformation ou déperdition. La position du chercheur n'a pas semblé avoir influencé les avis des participants. En effet, lors de la table ronde, la présence du chercheur était discrète pour ne pas perturber les échanges, et lors des entretiens, le chercheur a fait preuve de neutralité et de liberté dans le déroulement de l'entretien. Il s'est aussi éloigné au maximum de ses expériences personnelles et professionnelles pour ne pas orienter le participant interrogé. Toutefois, la collecte et l'analyse des données n'ont pas été réalisées par plusieurs chercheurs.

De plus, le fait que le chercheur soit étranger au GAMS et qu'il rencontre des acteurs de terrain moins sensibles à la question des MGF constitue une source nouvelle d'informations avec un regard réaliste et véridique de la situation dans le contexte belge. Aussi, les répondants ont été choisis selon une méthode objective puisque les critères de sélection de l'échantillon étaient essentiellement liés à la situation géographique de la population cible et non issus des contacts professionnels du GAMS.

Dans l'ensemble, le nombre de participants à l'étude a été faible. Pourtant, au fur et à mesure des entretiens, les informations recensées n'ont plus suffisamment apporté de données complémentaires, inédites ou nouvelles. De ce fait, les informations ont été saturées. Cette saturation a peut-être été due au fait que tous les participants de l'étude avaient déjà abordé les MGF avec les enfants. Le point de vue des acteurs n'ayant jamais abordé les MGF et pourtant susceptibles de le faire aurait été pertinent. En effet, il aurait apporté d'avantages d'idées novatrices et imaginatives à l'élaboration de stratégies efficaces, surtout pour des stratégies mises en place dans le cas où l'acteur est novice.

Les objectifs de cette étude semblent remplis, et les résultats suffisamment éloquents pour proposer quelques pistes dans les interventions menées auprès des enfants dans le cadre de lutte des MGF. Une meilleure analyse du contexte d'intervention où se trouvent les jeunes filles à risques de MGF, ainsi qu'une diversité plus grande des participants interrogés (tant au niveau professionnel, que des connaissances et expériences) auraient permis d'affiner d'avantage la recherche. Cette recherche a tout de même permis d'enrichir les données existantes en Belgique sur :

- ❖ Les expériences et pratiques professionnelles (connaissances limitées sur les MGF et les moyens de lutte contre cette pratique, importance des notions de temps, d'adaptabilité et de confiance) ;
- ❖ Les freins personnels et institutionnels que les acteurs ont rencontrés (faire face à ses propres représentations, manque de collaboration entre les différentes structures, etc.) ;
- ❖ Les leviers personnels et institutionnels (éviter la stigmatisation et la discrimination, favoriser la communication entre les acteurs, etc.) ;
- ❖ Les possibilités (intégrer la problématique des MGF dans les cours de morale, dans les séances EVRAS, créer des outils de communication, analyser les demandes et les besoins des enfants, etc.).

Il n'existe pas, actuellement, d'études similaires qui permettent de confirmer les résultats relatifs aux facteurs facilitants et difficultés rencontrées par les acteurs de terrain lors des interventions de lutte contre les MGF menées auprès des enfants, dans un contexte similaire à la Belgique. Toutefois au Royaume-Uni, un sondage⁷ sur la sensibilisation et les connaissances des enseignants par rapport aux MGF, réalisé par YouGov Plc sur demande de la NSPCC (National Society for the Prevention of Cruelty to Children), a indiqué que parmi les 1002 enseignants interrogés en Angleterre et dans le Pays de Galles, 83% d'entre eux n'ont jamais eu de formation à la protection de l'enfance sur les jeunes filles à risque de MGF et 16% n'étaient pas conscients de l'interdiction des MGF, en début d'année 2013. Ces résultats ont été partiellement concordants aux résultats de la recherche sur les expériences et pratiques des acteurs de terrain. Ils sont le signe d'un manque de clarté au niveau de la politique sur les MGF dans ces deux pays.

⁷ Source : NSPCC Press Release, 19 Mars 2013

3. DISCUSSIONS DES RESULTATS

3.1. Vers un protocole validé par les différentes institutions

A travers cette étude, il ressort que dans un contexte multiculturel tel que la Belgique, un partenariat est nécessaire entre tous les acteurs⁸ (au niveau local, institutionnel et associatif des différents secteurs : éducation, prévention, jeunesse et protection) autour et avec les enfants et leur entourage (parents et communauté) afin de mettre en place des stratégies efficaces, sans discrimination et sans stigmatisation envers l'enfant et sa communauté.

En Belgique, il existe une volonté politique d'uniformiser, déterminer et renforcer les actions de prévention et d'accompagnement dans le domaine des MGF. Cependant, sur le terrain, les interventions menées semblent encore manquer de clarté. Tout d'abord, l'information par des circulaires n'a pas clairement sensibilisé les intervenants face à la problématique des MGF alors que la situation n'est pas rarissime. En Fédération Wallonie-Bruxelles, certains acteurs de terrain ont des connaissances limitées des signes d'alerte et d'identification des MGF ainsi que des moyens préventifs alors qu'ils constituent des personnes privilégiées et de confiance dans la relation avec les enfants, autres que les parents. Cette tendance se retrouve également dans d'autres endroits d'Europe. D'après une étude menée dans le nord-est de Londres en 2012, la majorité des professionnels de santé interrogés sont au courant des MGF mais leurs capacités à identifier les risques et les conséquences restent faibles malgré les actions législatives et préventives existantes depuis 1985 en matière de lutte contre les MGF (42).

Il existe pourtant quelques outils (tels que le guide à l'usage des professions concernées par les MGF, proposé et distribué par le GAMS) pouvant servir de conseils et supports aux professionnels ou encore des informations, parfois plus vulgarisées, disponibles sur les sites internet, en Belgique et ailleurs. C'est pourquoi, les acteurs interrogés soulèvent la question du manque de connaissances. Il est alors important de se questionner sur la suffisance, la diffusion, l'accessibilité et l'adaptation de ces outils à chaque secteur.

Quelle que soit la stratégie envisagée (individuelle ou collective), une politique à l'égard des MGF devrait être intensifiée et rendue plus accessible à tous les acteurs proches des enfants

⁸ Les acteurs concernés par la lutte contre les MGF sont présentés de manière générale dans les Stratégies concertées mais ne sont pas spécifiques à l'enfance.
Disponible sur : http://www.strategiesconcertees-mgf.be/wp-content/uploads/SC_MGF_2012_5.pdf, p 17 et 18

grâce à un protocole visible et disponible dans toutes les institutions (affiché dans les salles de réunion ou repos par exemple).

Ce protocole comprendrait des données essentielles sur les MGF à savoir une définition générale sur les MGF, des signes d'identification de risque (par exemple, départ en vacances avec une fête pour la fille) ou de fait avéré (par exemple, changement de comportement, difficulté à marcher, miction fréquente, moins d'activité physique chez une fille), des données sur les mesures préventives et législatives mais surtout une liste des personnes ressources vers qui diriger l'enfant s'il en fait la demande, suite à une suspicion ou fait avéré de MGF. Il serait destiné aux professionnels directement en contact avec les enfants, c'est-à-dire le personnel des PF, le corps médical et paramédical des hôpitaux et des maisons médicales, les enseignants des écoles, le personnel des crèches, les animateurs et les éducateurs des maisons de quartier et des centres de réfugiés, ainsi que le personnel des services de PMS et de PSE. Les personnes ressources externes à intégrer sont les associations GAMS et INTACT, en tête de liste puisqu'elles ont les compétences en matière de lutte préventive et législative face aux MGF. Ce protocole permettrait d'uniformiser les démarches à entreprendre, de favoriser la collaboration entre les acteurs de la Fédération Wallonie-Bruxelles qui sont en contact avec les enfants et de tous les sensibiliser sur les MGF.

Les quatre secteurs qui entourent l'enfant sont de près ou de loin concernés par les MGF. Néanmoins, les intervenants du secteur éducatif et préventif, semblent être les acteurs les plus susceptibles d'aborder les MGF de façon collective et individuelle. Il en résulterait d'établir en priorité les actions auprès de ces intervenants. Ces derniers présentent des qualités essentielles au développement des stratégies efficaces auprès d'enfants :

- ❖ Des contacts directs et réguliers avec les enfants ;
- ❖ Des contacts privilégiés engendrant une relation de confiance ;
- ❖ Une sensibilité existante au bien-être des enfants ;
- ❖ Une connaissance approfondie du monde de l'enfance au niveau éducatif et sanitaire ;
- ❖ Une pédagogie et une facilité de communication avec les enfants ;
- ❖ Un environnement propice à l'échange et à la communication ;
- ❖ Une accessibilité aux informations en lien avec les MGF.

3.2. Vers une formation adaptée

Hormis l'élaboration d'un protocole, les acteurs de terrain qui sont amenés à rencontrer des filles à risque ou victimes de MGF devraient bénéficier de formations sur la multi culturalité et sur la gestion des représentations pour mieux les encadrer. L'excision est un sujet intimement lié à la sexualité et aux croyances culturelles, de ce fait, il n'est pas aisé pour des intervenants d'aborder les MGF que ce soit dans un cadre individuel suite à une suspicion ou à un fait avéré, ou dans un cadre collectif à l'ensemble des enfants.

Ainsi, pour une intervention individuelle, les acteurs de terrain devraient être formés par le GAMS et/ou détenir le guide sur les MGF. Ils devraient être mieux formés sur le contexte socioculturel des filles et des familles concernées afin de mieux appréhender les enjeux autour de la sexualité et des normes familiales qui sont centraux dans la perpétuation de cette pratique. Ils devraient aussi se servir du guide pratique intitulé « Femme excisée et réfugiée, ma façon d'exister – Savoir-faire et Savoir-être en entretien » proposé par le GAMS. Ce dernier support fournit des pistes de réflexion pour la compréhension de certains comportements des filles et femmes excisées, et encourage les acteurs de terrain à être d'avantage attentifs à leur propres représentations et état émotionnel. En plus des connaissances, des outils ou des supports devraient être systématiquement utilisés pour faciliter la communication avec les jeunes filles. Les ONG FORWARD et YPSO, comme le GAMS, mettent à disposition des brochures, des livres et des dvd qu'elles ont produits avec l'aide des jeunes (41). Dans le cadre d'une intervention individuelle, les stratégies employées visent plus l'empowerment et l'accompagnement de la jeune fille face aux MGF pouvant aller jusqu'à lui fournir un hébergement si nécessaire comme le pratique l'ONG Massaï Women Developemnt notamment (35).

Dans le cadre d'une intervention collective, les professionnels devraient bénéficier de supports pédagogiques et éducationnels adaptés à la matière à transmettre (car pas de contenu fixe dans les séances EVRAS et dans les cours de morale) et aussi détenir le guide sur les MGF afin d'offrir les mêmes informations aux enfants. Au Pays-Bas, l'association Pharos a élaboré un guide pour les enseignants dans le but d'aborder les MGF aux enfants avec des niveaux éducationnels et objectifs différents par leçons (40).

Ce support pourrait servir aussi bien aux enseignants de morale qu'aux intervenants EVRAS. Dans le cadre des interventions collectives, les stratégies employées visent à sensibiliser tous les enfants face à l'ampleur de la problématique des MGF. Ceci aussi dans le but de leur forger une opinion personnelle ou encore de susciter une remise en question sur les mauvaises pratiques, et quelque part, de servir de soutien aux jeunes filles voulant échapper à la tradition.

3.3. Pistes à exploiter

La sensibilisation sur la problématique des MGF se doit d'être généralisée à la population entière et les efforts entrepris dans ce sens doivent continuer. L'information et la sensibilisation doivent également être accessibles aux plus jeunes pour qu'ils sachent vers qui se diriger s'ils le désirent.

C'est pourquoi, les médias ont aussi un rôle à jouer et se doivent d'être attentifs aux messages qu'ils véhiculent surtout dans un contexte multiculturel. Ainsi, les acteurs de la promotion de la santé ont un rôle essentiel dans la création et diffusion d'informations sur les MGF, en envisageant la participation des jeunes dans leurs activités pour augmenter l'impact des actions. Par exemple, l'ONG Jeunesse Unie pour l'Eradication de l'Excision en collaboration avec le Réseau Africain Jeunesse Santé et Développement au Burkina Faso a mis en place un car mobile avec des jeunes dans le but de diffuser des informations, de solliciter des échanges et d'encourager la participation d'autres jeunes dans la lutte contre les MGF (36). Cet aspect est une piste exploitable qui pourrait venir soutenir et renforcer les actions en Belgique lors de la journée internationale contre les MGF, le 6 février.

En dehors des stratégies collectives et individuelles menées par les acteurs, d'autres moyens pourraient compléter les pistes pour lutter contre les MGF telles que l'influence des pairs, du réseau social et des parents. Le risque de subir les MGF pour une fille découle d'un choix parental confronté à ses normes sociales. Aborder les MGF avec un enfant suppose intégrer les parents dans les actions. C'est pourquoi, il serait nécessaire de poursuivre les groupes de paroles avec les parents (et surtout avec les pères qui ont un rôle prépondérant) issus des communautés pratiquant les MGF notamment sur la question des droits sexuels qui fait d'avantage sens pour eux, dans un contexte migratoire. En outre, pour ne pas froisser la

culture de l'autre, éviter de stigmatiser un enfant et mieux comprendre les raisons des MGF, l'aide des pairs est primordiale dans un contexte migratoire. Il serait alors intéressant d'exploiter d'avantage cette idée comme FORWARD et YPSO l'ont fait en Angleterre en formant plusieurs jeunes issues des communautés pratiquant les MGF (41).

Dans le but d'affiner les stratégies menées auprès des enfants (concernant le contenu de l'information), il serait intéressant de poursuivre les recherches grâce au regard d'acteurs spécialisés dans le développement psychomoteur et sexuel de l'enfant (pédopsychiatres, anthropologues, sociologues, pédiatres, logopèdes, etc.).

CONCLUSION

A travers cette recherche qualitative, il est mis en évidence que les professionnels en contact avec les enfants sont amenés à aborder les MGF à travers plusieurs situations – intervention collective dans le cadre d’une séance EVRAS, dans un cours de morale ou une autre matière – intervention individuelle suite à une demande de l’enfant ou d’une suspicion ou encore d’un fait avéré de MGF. Ils ont rôle déterminant dans la prévention des MGF puisqu’ils ont la possibilité de créer une relation de confiance propice à la discussion et à l’échange.

Agissant dans l’environnement direct des enfants, ces acteurs sont des personnes pouvant faire office de premier confident et ainsi orienter l’enfant s’il en fait la demande. Il en résulte l’importance de les soutenir et les aiguiller dans les démarches à suivre face à un enfant qui est à risque d’être mutilé ou l’a été grâce à un protocole commun et disponible à tous.

Sur base des facteurs facilitants et difficultés rencontrés par les intervenants susceptibles d’aborder la problématique des MGF, des pistes intéressantes peuvent être intégrées aux stratégies de prévention et promotion de la santé menées auprès des enfants en Fédération Wallonie-Bruxelles afin de les rendre plus efficaces.

Par ailleurs, les stratégies relevées dans la littérature internationale apportent des idées innovantes et peuvent s’avérer efficaces dans le contexte belge en raison de la nature complexe des MGF qui sont profondément ancrées dans la culture des communautés qui les pratiquent.

Ce mémoire pourra servir aux associations GAMS et INTACT qui travaillent sur une proposition de protocole en tenant compte de toutes les recherches, échanges et ateliers organisés dans le cadre des stratégies concertées de lutte contre les MGF. Ce protocole devrait être diffusé et soumis aux différentes institutions dans le courant de novembre 2014 pour validation avant la journée internationale des droits de l’enfant, le 20 novembre.

BIBLIOGRAPHIE

1. **Abderrahim, N, Yoders, P. Stanley and Zhuzhuni, A.** " Female genital cutting in the Demographic Health Surveys: A Critical and Comparative Analysis". *ORC Macro, DHS Comparative reports n° 7*. Calverton, Maryland : s.n., 2004. p. 65.
2. **Dubourg, D and Richard , F.** " Etude de prévalence des femmes excisées et des filles à risque d'excision en Belgique" . Bruxelles : Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, 2010.
3. **Feldam-Jacobs C.; Population Reference Bureau, Ryniak S.** " L'abandon des mutilations génitales féminines et de l'excision : Un examen attentif de pratiques prometteuses". [ed.] USAID. Avril 2007.
4. **OMS, OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO.** "Eliminating Female Genital Mutilation: An Interagency Statement". Genève : s.n., 2008. Disponible sur : www.uneca.org/daweca/Documents/fgm_statement_2008.pdf.
5. **Andro A. and Lesclingand M. .** " Les mutilations sexuelles féminines: le point sur la situation en Afrique et en France". *Population et Sociétés; Bulletin mensuel d'information de l'institut national d'études démographiques*. 2007. 438, pp. 1-4.
6. **Berhrendt, A and Moritz, S.** " Post-traumatic stress disorder and memory problems after female genital mutilation". *Am J psychiatry*. 2005. 162, pp. 1000-1002.
7. **Diarra, A.** " Etude sur les connaissances, le rôle et l'implication des hommes dans l'abandon de l'excision dans le cercle de Ségou (Mali)". *International Association for Maternal and Neonatal Health*. 2001.
8. **Richard, F et Al.** "Les mutilations génitale féminine : guide à l'usage des professionnels". [ed.] Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement SPF Santé Publique and GAMS Belgique. 2011. pp. 1-160.
9. **Samaké S, et al.** " Enquête Démographique et de Santé du Mali 2006". s.l., Mali : Cellule de Planification et de Statistique, Ministère de la Santé, 2007.
10. **UNICEF.** "Mutilation génitales féminines/exision : aperçu statistique et étude de la dynamique des changements". New York : s.n., Juillet 2013. ISBN : 9789280647037.

11. **OMS.** "Female Genital Mutilation". *Fact Sheet*. Geneva : s.n., 2012. 241.
12. **UNICEF, Organisation centrale pour les statistique.** "Irak Enquête en grappe à indicateur multiple, 2011, rapport final". *Bureau des statistiques du Kurdistan, Ministère de la santé*. Septembre 2012. Disponible sur : http://dl.dropbox.com/u/21257622/MICS4_Iraq_FinalReport_2011_Eng.pdf.
13. **Woman Stats Project.** "Prevalence of Female Genital Cutting". *The most comprehensive compilation of informations on status of women in the world*. 2011. disponible sur : http://womanstats.org/substatics/Prevalence%20of%20Female%20Genital%20Cutting_2011.tif_wmlogo3.png.
14. **Parlement européen .** " La lutte contre les mutilations sexuelles féminines pratiquées dans l'UE (2008/2071(INI))" . *Résolution du 24 mars 2009* . 2009.
15. **UNHCR.** "Too much pain, Female Genital Mutilation and Asylum in the European Union. A Statistical Overview (provisional)". Bruxelles, Genève : UNHCR Bureau for Europe, 2012. pp. 3-35.
16. **Division of Internation Protection Services (DIPS), Protection Policy and Legal Advice Section (PPLAS).** "Guidance Note on Refugee claims relating to female genital mutilation". [ed.] UNHCR. Mai 2009. Disponible sur : www.unhcr.org/refworld/docid/4a0c28492.html.
17. **Loudes, C.** " Ending female genital mutilation : where do we stand in Europe?". *END FGM European Campaign*. 2013.
18. **Génot Z.** "Réponse à la question parlementaire n° 163 du 9 mars 2012 de madame Génot Z., députée, octroi de l'Asile en cas de risque de mutilations génitales". [ed.] immigration et intégration sociale Le serétaire d'Asile. Juiln 20012. pp. 1-4.
19. **Laboratoire des Innovations Sociales Labiso.** "Le GAMS : la lutte pour l'abolition des mutilations sexuelles féminines. Chapitre 18 : Des conventions internationales". [ed.] Labiso. 2013. 81. Disponible sur : <http://www.labiso.be/?page=VisualiserContenuOu>.
20. **Laboratoire des Innovations Sociales Labiso.** " Le GAMS : la lutte pour l'abolition des mutilations sexuelles féminines; Chapitre 17 : Que dit la loi belge ?". s.l., Belgique : Labiso,

2013. n°81. Disponible sur :
<http://www.labiso.be/?page=VisualiserContenuOuvrage&Id=1177>.

21. **INTACT Asbl.** "Les MGF : une maltraitance?". *Protection et Jeunesse*. Bruxelles : s.n., 2013. Disponible sur : www.intact-association.org/fr/acceuil/professionnels/protection-jeunesse.html.

22. **Milquet J.** " Good practices in Belgium about female genital mutilation". *57th Session of the Commission on the Status of Women*". 2013.

23. **GAMS Belgique.** "Missions du GAMS". *Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles*. 2012.
http://gams.be/index.php?option=com_content&view=article&id=29&Itemid=32&lang=fr.

24. **Commission de la Culture, de l'Audiovisuel, de l'Aide à la presse, du Cinéma, de la Santé et de l'Égalité des chance du Parlement de la Communauté française.** "Compte rendu intégral, séance du 16 novembre 2010". 2010. CRIc n°26-Cult 5.

25. **OMS.** "Defining sexual health : report of a technical consultation on sexual health". Genève : OMS, 2006.

26. **Toubia N.** "A practical manual for health care providers caring for women with circumcision". New York : A RAINBO Publication, 1999.

27. **Sambira J. .** "Chirurgie réparatrice, une solution pour les femmes excisées : De nouveaux progrès susceptibles de donner aux femmes une vie normale". [ed.] ONU Afrique Renouveau. 2013. Disponible sur : <http://www.un.org/africarenewal/fr/magazine/janvier-2013/chirurg>.

28. **OMS.** " Glossaire de la série « Santé pour tous »". Série "Santé pour tous" n°9 Genève : s.n., 1984. Vol. n° 1 à 8, pp. 1-40. ISBN : 9241800090.

29. **OMS.** "Glossaire de la promotion de la santé". Genève : s.n., 1998. WHO/HPR/HEP/98.1.

30. **Barry N. Checkoway et al.** " Youth participation and community change". *Journal of Community Practice*. 2006. Vol. 14, 1/2, pp. 32-38.

31. **UNICEF.** "Changer une convention sociale néfaste : la pratique de l'excision/mutilation génitale féminine". *Innocenti Digest 12*. s.l., Italie : Centre de recherché Innocenti de l'UNICEF, 2005. pp. 51-53.

32. **Redwan A. et al.** "Female Genital Cutting in Ethiopia : A rapid Appraisal of knowledge, Beliefs and Practice of Men, Women and Community Leaders in Hara and Jijigaa cities, Awomer et Burqa Farmers Associations, Manna Woreda in Jimma Zone". *IntraHealth International*. s.l. : Inc. Addis Abeba et Chapel Hill : The Prime 2 Projet, 2004.
33. **Le Garjean N et al.** " Attitudes des acteurs vis-à-vis des recommandations de prévention". *Santé publique*. 2011. Vol. 23, 5, pp. 371-384.
34. **Mucchielli A.** "Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales". s.l. : Armand Colin, 1996. Vol. 2ème édition.
35. **ONU Femmes : entité des nations unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes.** « Echapper au fléau de la MGF en Tanzanie : une école massaï accorde des bourses aux filles menacées ». Novembre 28, 2012. Disponible sur : <http://www.unwomen.org/fr/2012/11/escaping-the-scourge-of-female-genital-mutilation-in-tanzania-a-maasai-girls-school-provides-scholarships-for-those-at-risk/>.
36. **Konditamé I.** "Promotion de l'élimination de l'excision". [ed.] Association JEUNE/BF pour une génération sans excision. Mai 7, 2007. Disponible sur : www.lefaso.net/spip.php?article47831.
37. **Magan Orr.** "The advocacy project : I love my body, I say no to FGM !". 2012. Disponible sur : <http://vertigovisual-dev.com/APeacy/?p=4259>.
38. **UNICEF.** "La dynamique du changement social. Vers l'abandon de l'excision/mutilation génitale féminine dans cinq pays africains". *Insight Innocenti*. 2010. p. 20. ISBN : 9788889129791.
39. **UNFPA.** " Rapport annuel 2011 : Programme conjoint UNFPA-UNICEF sur les mutilations génitales féminines/excision. Accélérer le changement". 2012. p. 11. Disponible sur : [unfpa.org/webdav/site/.../Annual%20Report 2011 French.pdf](http://unfpa.org/webdav/site/.../Annual%20Report%202011%20French.pdf).
40. **Rutgers Nisso Groep publication.** "Prevention Girls' Circumcision teaching toolkit". [ed.] Rutgers Nisso Groep/Pharos. Utrecht, Pays-Bas : s.n., 2009.
41. **Young People SPEAK out.** "Young People SPEAK out program". *FORWARD safeguarding rights and dignity*. 2013. www.forwarduk.org.uk/programmes/uk-programmes/ypso.

42. **Relph S. et al.** "Femal genital mutilation/cutting : knowledge, attitude and training of health professionals in inner city London". [ed.] Elsevier. *Department pf Obstetrics and Gynaecology, Hospital, North Middlesex, United Kindom* . s.l., Royaume-Unis : European Journal of Obstetrics&Gynecology and reproductive biology, Janvier 2013. p. 4.
43. **OMS.** "Sexual health working definition". Genève : s.n., 2008. Disponible sur : <http://www.who.int/reproductive-health/gender/sexualhealth.html>.
44. **Vormann, A.** "The long road to the first “FGM-free villages” in Iraq". *UN special*. 2013. Disponible sur : <http://www.unspecial.org/2013/02/the-long-road-to-the-first-%C2%AB-fgm-free-villages-%C2%BB-in-iraq/>.

ANNEXES

ANNEXE 1 : CLASSIFICATION OMS DES MUTILATIONS GENITALES FEMININES

(OMS, 2008)

- **Type 1** : Ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du prépuce (clitoridectomie).
- **Type 2** : Ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres (excision).
- **Type 3** : 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 (infibulation).
- **Type 4** : Toutes les autres interventions nocives pratiquées sur les organes génitaux féminins à des fins non thérapeutiques, telles que la ponction, le percement, l'incision, la scarification et la cautérisation.

Comment parler des MGF aux enfants ?

Nom/prénom :

Profession/Institution :

Objectifs de la journée :

- Réflexion commune en vue de l'amélioration de la prévention et de l'accompagnement des petites filles à risque
- Eclairer sur les outils et pratiques existants déjà
- Lister les outils existants déjà (document de travail/outils à mettre à disposition des professionnels confrontés à la situation) -> fin de la journée/à diffuser par la suite
- Décomplexifier ces 2 moments - entendre les craintes des participants et pouvoir y répondre (ou non) -> pistes de réflexions futures
- Identifier les besoins des participants (pour de futures pistes de réflexions/ateliers)

Table ronde

Matinée : *"Comment aborder la question des MGF avec les enfants, dans son cadre professionnel respectif - échange de bonnes pratiques sur ce qui se fait déjà... et ce qui reste à inventer"*

Après-midi : *"Comment introduire le sujet des MGF auprès des enfants, dans une situation de "crise" (enfants placés, enfants examinés dans le cadre d'une expertise, etc.)?" – réflexion sur des cas vécus et proposition pour améliorer l'accompagnement des enfants.*

Plan intervention :

Ce qui se fait déjà/état des lieux :

-
-
-

Freins institutionnels

-
.....
-
.....
-
.....
-
.....
-
.....

Leviers institutionnels

-
.....
-
.....
-
.....
-
.....
-
.....

Freins individuels

Leviers individuels

Potentiel qu'ont les acteurs

Actions

-
.....

Outils

-
.....
-
.....

Recommandations

Recommandation/réalisation à faire

.....
.....

Suggestions d'actions/outils/bonnes pratiques

.....
.....

Avant de commencer l'entretien :

Informations sur les principes déontologiques

« Tout d'abord merci beaucoup d'avoir bien voulu participer à cette recherche. Cet entretien respectera votre anonymat, il ne sera utilisé que dans le cadre de mon mémoire. Cela me permettra de le retranscrire le plus fidèlement possible, bien entendu à la fin de sa retranscription je détruirais la bande. »

Information sur le déroulement des entretiens

« Je vais vous proposer d'aborder davantage des questions larges et ouvertes »

Avant de commencer, quelques renseignements concernant l'interviewé sont notés :

- ❖ femme ou homme
- ❖ emploi – lieu – ancienneté
- ❖ Contact privilégié avec filles à risque ou victimes de MGF
- ❖ Connaissances des MGF et moyens préventifs mis en œuvre (TB – Moyen – Pas)

Entretien :

Question de départ :

« Pouvez-vous me décrire vos expériences et pratiques menées auprès des enfants dans le cadre de lutte des MGF ? » « Pouvez me décrire les outils et moyens dont vous disposez pour parler des MGF ? Et, dans quelle situation vous les utilisez ? »

Thèmes à évoquer :

- ❖ *« Quels réticences personnelles rencontrez-vous lors des interventions avec les enfants dans le cadre des MGF ? Au contraire, quelles sont les forces qui vous permettent d'aborder aisément les MGF ? »*
- ❖ *« Quelles sont les obstacles institutionnels qui vous empêchent de mettre en œuvre correctement les stratégies d'intervention auprès des enfants dans le cadre des MGF ? Au contraire, quels sont les leviers institutionnels ? »*
- ❖ *« Que proposeriez-vous à faire pour faciliter l'abord des MGF aux enfants ? »*

ANNEXE 4 : GRILLE D'ANALYSE DES ENTRETIENS ET DE LA TABLE RONDE

Expériences et pratiques professionnelles

- ❖ Emploi et lieu ;
- ❖ Moyens et méthodes utilisés / Le type de stratégie envisagée (détection – prévention individuelle ou collective – prise en charge médico-psycho-sociale) ;
- ❖ Caractéristiques des enfants (âge – présence des parents dans les moyens utilisés).

Freins rencontrés par l'acteur de terrain

- ❖ Institutionnels
- ❖ Personnels

Leviers rencontrés par l'acteur de terrain

- ❖ Institutionnels
- ❖ Personnels

Possibilités / Recommandations