



# RECHERCHE-ACTION SUR DES SIGNALEMENTS DE MGF EN BELGIQUE

Enquête conduite au sein des associations belges spécialisées

GAMS Belgique  
INTACT  
Collectif Liégeois MGF

STRATÉGIES  
CONCERTÉES  
MGF



DES DROITS DE  
FEMME ET DE L'ENFANT

Non  
à l'excision  
Non

MUTILATIONS GENITALES  
FEMMINES

# TABLE DES MATIÈRES

<b>1. Introduction</b>	<b>7</b>	<b>7. Enjeux transversaux</b>	<b>59</b>
1.1. MGF dans le monde	7	7.1. Guidelines, rôles et coordination des actrices et des acteurs	59
1.2. MGF en Belgique	7	7.2. Communication	60
<b>2. Objectifs</b>	<b>15</b>	7.3. Accompagnement des familles sur le long terme	62
<b>3. Dispositif</b>	<b>17</b>	7.4. Place des communautés et leurs rôles dans le maintien des traditions	63
<b>4. Méthode d'enquête</b>	<b>19</b>	7.5. Formation des actrices et des acteurs	64
4.1. Recensement et bref descriptif des signalements connus	19	7.6. Contribution du grand public dans la prévention	65
4.2. Recueil de données qualitatives sur des situations sélectionnées	20	<b>8. Évaluation du risque</b>	<b>67</b>
4.3. Analyse des signalements	20	8.1. Indicateurs de risque	67
4.4. Ethique	21	8.2. Signes « rassurants »	69
<b>5. Résultats du recensement</b>	<b>23</b>	<b>9. Effets et impacts de la recherche-action au sein du réseau des SC-MGF</b>	<b>71</b>
5.1. Evolution des signalements	23	9.1. Amélioration de la gestion des signalements au sein des associations spécialisées	71
5.2. Motifs des signalements	23	9.2. Naissance d'initiatives au sein du réseau	72
5.3. Sources des signalements	24	<b>10. Limites et forces de l'étude</b>	<b>75</b>
5.4. Répartition géographique des signalements	25	10.1. Limites	75
5.5. Récepteurs des signalements	27	10.2. Forces de l'étude	76
5.6. Origine des personnes à risque	27	<b>11. Conclusion</b>	<b>77</b>
<b>6. Études de cas : Sept situations de signalement</b>	<b>29</b>	<b>12. Références</b>	<b>78</b>
6.1. Situations sélectionnées	29	<b>13. Notes</b>	<b>79</b>
6.2. Présentation des situations de signalement	29	<b>Annexes</b>	<b>82</b>
6.3. Situation de la Travel Clinic – mai - septembre 2011	30	Annexe 1 – Prévalence des mutilations génitales féminines dans le monde	82
6.4. Situation du PSE – mai 2011 - août 2012	34	Annexe 2 – Présentation des différents organismes et institutions	84
6.5. Situation de l'ONE – avril - août 2012	38	Annexe 3 – Bibliographie	92
6.6. Situation de la maternité – avril - août 2012	42		
6.7. Situation de la grand-mère – juin - septembre 2012	46		
6.8. Situation de la stagiaire – avril - octobre 2012	50		
6.9. Situation de SOS Enfants – mai - août 2012	54		

## PROMOTEUR

### **GAMS Belgique**

Ce projet de recherche action est soutenu par la Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB) dans le cadre de son appui à la Coordination des Stratégies Concertées MGF.

## CHERCHEURES

**Marie DE BROUWERE**, socio-anthropologue, chargée de Projets pour le GAMS Belgique, coordinatrice des SC-MGF ;

**Fabienne RICHARD**, sage-femme, Docteure en sciences de la santé publique, chercheure à l'Institut de Médecine Tropicale (IMT) à Anvers, coordinatrice du GAMS Belgique ;

**Myriam DIELEMAN**, socio-anthropologue, chercheure à l'Observatoire du sida et des sexualités (Université Saint-Louis).

## EDITEUR RESPONSABLE

GAMS Belgique,  
Rue Gabrielle Petit, 6 1080 Bruxelles

## COMITÉ D'ACCOMPAGNEMENT

**Charlotte CHEVALIER**, INTACT asbl

**Stéphanie COPPEE**, Collectif Liégeois de lutte contre les MGF (CL-MGF)

**Dominique DANIEL**, Constats asbl

**Els LEYE**, International Centre for Reproductive Health (ICRH)

**Marie-Fabienne MUYLE**, Travel Clinic/CHU Saint-Pierre

**Patricia THIEBAUT**, Centre bruxellois de Promotion de la Santé (CBPS)

**Karin VAN DER STRAETEN**, représentante du Délégué Général aux Droits de l'Enfant (DGDE)

## COMITÉ DE RELECTURE

**Annalisa D'AGUANNO**, GAMS Belgique

**Chantal BECKERS**, Institut de la Sainte-Famille d'Helmet, Schaerbeek

**Christine FLAMAND**, INTACT asbl

**Ingrid GODEAU**, PSE de Bruxelles

**Thérèse LEGROS**, INTACT asbl

**Xusseen MAXAMED**, Sid'Aids Migrants – Sireas asbl

**Sylvie PIRA**, police « Jeunesse et prévention »

**Béatrice PIRON**, ONE

**Bernadette TAYEMANS**, Question Santé asbl

## POUR CITER CE DOCUMENT

DE BROUWERE Marie, RICHARD Fabienne, DIELEMAN Myriam, Recherche-action sur des signalements de MGF en Belgique. Enquête conduite au sein des associations belges spécialisées (GAMS Belgique, INTACT, Collectif Liégeois MGF), Bruxelles, Ed. GAMS Belgique, 2013.

## PHOTOS

Les photos proviennent de la Commission Européenne et du Délégué Général aux Droits de l'Enfant (DGDE). Les personnes présentées sur les photos du DGDE ne sont pas concernées par la problématique.

## DÉPÔT LÉGAL

D/2013/12.193/2

## SITE

[www.strategiesconcertees-mgf.be](http://www.strategiesconcertees-mgf.be)

## TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX

<b>Figure 1 :</b>	Fréquence des signalements de MGF du 1 <sup>er</sup> janvier 2009 au 30 juin 2013 (n=52)	23
<b>Figure 2 :</b>	Motifs des signalements de MGF du 1 <sup>er</sup> janvier 2009 au 30 juin 2013 (n=52)	24
<b>Figure 3 :</b>	Sources des signalements de MGF du 1 <sup>er</sup> janvier 2009 au 30 juin 2013 (n=52)	25
<b>Figure 4 :</b>	Répartition géographique des femmes excisées et des petites filles à risque en Belgique au 1 <sup>er</sup> janvier 2008	26
<b>Figure 5 :</b>	Répartition géographique des signalements pour des MGF avérées ou un risque de MGF du 1 <sup>er</sup> janvier 2009 au 30 juin 2013.	26
<b>Figure 6 :</b>	Premier récepteur des signalements de MGF du 1 <sup>er</sup> janvier 2009 au 30 juin 2013 (n=52)	27
<b>Figure 7 :</b>	Origine des personnes à risque pour les signalements de MGF du 1 <sup>er</sup> janvier 2009 au 30 juin 2013 (n=46)	27
<b>Figure 8 :</b>	Prévalence des MGF dans le monde	80
<b>Tableau 1 :</b>	Taux de prévalence des MGF par pays selon les dernières études DHS disponibles (femmes de 15-49 ans) au 30 juin 2013	81

## LEXIQUE ET ABRÉVIATIONS

<b>AS</b>	Assistant-e social-e	<b>IMT</b>	Institut de médecine tropicale (Anvers)
<b>BMA</b>	Bristish medical association	<b>IST</b>	Infection sexuellement transmissible
<b>CAP</b>	(étude) Connaissance, attitudes & pratiques	<b>K&amp;G</b>	Kind & Gezin
<b>CBPS</b>	Centre bruxellois de promotion de la santé	<b>MGF</b>	Mutilation génitale féminine
<b>CCE</b>	Conseil du contentieux des étrangers	<b>MICS</b>	Multiple indicator cluster survey
<b>CCO</b>	Comité de concertation opérationnel (des SC-MGF)	<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé
<b>CGRA</b>	Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides	<b>ONE</b>	Office de la naissance et de l'enfance
<b>CHU</b>	Centre hospitalier universitaire	<b>ONG</b>	Organisation non gouvernementale
<b>CL-MGF</b>	Collectif liégeois de lutte contre les mutilations génitales féminines	<b>PAN</b>	Plan d'action national
<b>COCOF</b>	Commission communautaire française	<b>PF</b>	Planning familial
<b>CP</b>	Code pénal	<b>PMS</b>	(Centre) psycho-médico-social
<b>CPAS</b>	Centre public d'action sociale	<b>PSE</b>	Promotion de la santé à l'école
<b>CPF</b>	Centre de planning familial	<b>PSY</b>	Psychologue
<b>DGDE</b>	Délégué général aux droits de l'enfant	<b>SAJ</b>	Service d'aide à la jeunesse
<b>DHS</b>	Demographic and health surveys	<b>SC-MGF</b>	Stratégies concertées de lutte contre les mutilations génitales féminines
<b>EVRAS</b>	Education à la vie relationnelle, affective et sexuelle	<b>SF</b>	Sage-femme
<b>GA</b>	Groupe d'appui (des SC-MGF)	<b>SFD</b>	Sage-femme à domicile
<b>GAMS</b>	Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles	<b>SIDA</b>	Syndrome d'immunodéficience acquise
<b>GGOLFB</b>	Groupement des gynécologues obstétriciens de langue française de Belgique	<b>SPF</b>	Service public fédéral
<b>FLCPF</b>	Fédération laïque de centres de planning familial	<b>SPJ</b>	Service de protection judiciaire
<b>FPS</b>	Femmes prévoyantes socialistes	<b>TMS</b>	Travailleur-se médico-social-e
<b>FWB</b>	Fédération Wallonie-Bruxelles	<b>VAD</b>	Visite à domicile
<b>ICRH</b>	International center for reproductive health (Gand)	<b>VFK</b>	Vlaams forum kindermishandeling

Les références bibliographiques et les notes (éléments de précisions sur un paragraphe, etc.) se trouvent à la fin du rapport (pp. 78-81). Les références bibliographiques sont en gris et les notes sont indiquées par un astérisque.

On estimait au 1<sup>er</sup> janvier 2008 à 6260  
le nombre de femmes excisées vivant en  
Belgique et à 1975 le nombre de mineures  
à risque d'être excisées.

# 1. INTRODUCTION

## 1.1. MGF DANS LE MONDE

Chaque année, dans le monde, plus de 3 millions de filles et de femmes subissent des mutilations génitales féminines (OMS, 2008). Selon les estimations de l'OMS 100 à 140 millions de filles et femmes vivent actuellement avec une mutilation génitale féminine. L'âge a une importance relative : qu'elles soient encore des nourrissons, des enfants, des adolescentes, des jeunes femmes ou des femmes plus âgées, toutes sont potentiellement concernées par la problématique des mutilations génitales féminines (MGF). Ce n'est pas tant le pays qui est un facteur déterminant que la région d'origine ou le groupe ethnique auquel appartiennent ces femmes.

L'OMS<sup>1</sup> définit les mutilations génitales féminines comme étant toutes les interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme et/ou toutes les autres lésions des organes génitaux féminins pratiqués à des fins non thérapeutiques. Elle les classifie en quatre types :

- **type I ou clitoridectomie** : ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du capuchon du clitoris ;
- **type II ou excision** : ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres ;
- **type III ou infibulation** : rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par l'ablation et l'accolement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres, avec ou sans excision du clitoris ;
- **type IV** : comprend toutes les autres interventions nocives pratiquées sur les organes génitaux féminins à des fins non thérapeutiques, comme la ponction, le percement, l'incision, la scarification et la cautérisation.

En pratique, il est fréquent de distinguer deux grandes catégories : l'excision et l'infibulation<sup>2</sup>. La distinction entre le type I et II n'est pas toujours aisée à faire pour la ou le clinicien qui n'est pas familier avec les MGF. Presque 90% des cas connus appartiennent aux types I et II, ou relèvent marginalement du type IV (cautérisation, étirements des petites lèvres,...). Dans environ 10% des cas la mutilation est une infibulation (type III)<sup>3</sup>.

Les MGF sont davantage pratiquées en Afrique subsaharienne (27 pays<sup>4</sup> sont principalement concernés) et dans la péninsule arabe<sup>5</sup> (voir la carte en annexe) mais certaines communautés d'Asie, du Moyen Orient et d'Amérique latine les pratiquent également. Des cas d'excision auraient aussi été rapportés dans le sud du Maroc et au Nord de la République Démocratique du Congo correspondant respectivement aux régions frontalières

avec la Mauritanie et la République Centre Africaine (qui sont des pays où les MGF sont pratiquées).

De prime abord, on pourrait penser que les pays occidentaux ne sont pas concernés par les MGF. Or avec les mouvements migratoires sont arrivées des femmes et des filles ayant subi ce type de mutilations avec leurs conséquences physiques et psychologiques<sup>4-8</sup>. Il est difficile d'évaluer le nombre exact de femmes mutilées ou à risque vivant en Europe. En 2009<sup>9</sup>, le Parlement Européen estimait à 500 000 le nombre des femmes mutilées et à 180 000 le nombre de femmes ou de filles à risque de l'être chaque année.

## 1.2 MGF EN BELGIQUE

### 1.2.1. PRÉVALENCE DES MGF EN BELGIQUE

Une première étude<sup>10</sup> menée en 2003 estimait que 2745 femmes sur le territoire belge étaient excisées et que 534 filles risquaient de l'être. En 2010, une étude<sup>11</sup> de prévalence se basant sur les registres de population du 1 janvier 2008, enrichie de données provenant de Fedasil (demandeuses et demandeurs d'asiles qui ne sont pas encore inscrits dans les registres), de l'ONE et de K&G (pour les enfants de seconde génération), a estimé que 22 840 filles et femmes sont des ressortissantes de pays pratiquant les mutilations génitales. Parmi elles, 6260 sont sans doute excisées et 1975 mineures risquent de l'être.

Cette dernière étude a également montré que 80% des femmes concernées par cette problématique en Belgique étaient

principalement issues de 10 pays d'Afrique : Guinée, Somalie, Egypte, Nigéria, Ethiopie, Côte d'Ivoire, Sierra Leone, Sénégal, Burkina Faso et Mali.

La Région flamande est la principale concernée par la problématique (3550 filles et femmes déjà excisées ou à risque de l'être), suivie de près par la Région de Bruxelles-Capitale (3037) et enfin par la Région wallonne (1648).

En Belgique, des médecins (gynécologues et urologues) ont reçu des demandes d'excision ou de (ré)infibulation. Confrontés-es à cette requête sans y avoir été préparés-es et/ou avoir les ressources nécessaires pour y faire face, elles et ils n'ont pas toujours adopté le comportement attendu. En effet, en 2006, une étude CAP (Connaissance, Attitudes & Pratique)<sup>12</sup> menée auprès de gynécologues flamands-es montrait que 58,4% des répondants-es (195/334) avaient vu en consultation une ou des filles ou des femmes mutilées : parmi elles ou eux, 6 (6/328) ont reçu une demande d'excision et 13 (13/328) ont été questionnés-es sur la possibilité de procéder à une excision en Belgique. Parmi les 195 gynécologues ayant reçu en consultation des filles et des femmes mutilées, 168 d'entre elles et eux ont fait face à une ou des femmes infibulées. Et 27% ont dû répondre à une demande de ré-infibulation : 18 l'ont fait dont 7 ont pratiqué une ré-infibulation totale. Bien que, depuis 2001, l'article 409 du code pénal condamne ce genre d'acte, à notre connaissance, aucun-e des médecins n'a été sanctionné-e. En 2007, le Groupement des Gynécologues Obstétriciens de Langue Française de Belgique (GGOLF) réalisait un sondage auprès de 254 de ses membres : il révèle que, cette année-là, 8 demandes d'excision ou d'infibulation ont été formulées<sup>13</sup>.

## 1.2.2. CADRE LÉGISLATIF

Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2001, l'article 409 (loi du 28 novembre 2000) a été inséré dans le code pénal belge et condamne à une peine d'emprisonnement de trois à cinq ans quiconque ayant pratiqué, facilité ou favorisé toute forme de mutilation des organes génitaux d'une personne de sexe féminin, avec ou sans le consentement de cette dernière.

Il peut sembler étonnant que la Belgique se soit dotée d'un tel article de loi alors qu'aucun cas d'excision n'a été porté devant les tribunaux. Divers facteurs liés au contexte national et international peuvent expliquer cela<sup>14</sup>.

### Contexte international

Les années 1994-1995 témoignent d'une intensification dans la mobilisation pour la lutte contre les MGF. Ainsi, en 1994, une résolution est adoptée par l'Assemblée Mondiale de la Santé pour lutter contre les pratiques traditionnelles nocives pour la santé de la femme et de l'enfant. La même année, un Plan d'Action pour l'élimination des pratiques traditionnelles néfastes est instauré par la Sous-Commission de la lutte contre les mesures discriminatoires et de la protection des minorités de la Commission des Droits de l'Homme aux Nations Unies. Au Caire, lors de la Conférence internationale sur la Population et le Développement, le plan d'action adopté comprend des recommandations pour l'élimination des mutilations sexuelles.

En signant le programme d'action de la plate-forme d'actions de la 4<sup>e</sup> Conférence Mondiale sur les Femmes (Pékin, 1995), la Belgique s'était engagée à établir et mettre en place un

programme spécifique pour protéger les filles et les femmes contre toute forme de violence, y compris les mutilations génitales féminines. Dans ce contexte, le Plan d'Action National (PAN) de 2010-2014 en matière de lutte contre les violences entre partenaires a été élargi à d'autres formes de violence de genre (mariages forcés, mutilations génitales féminines et les violences liées à l'honneur). Le premier cadre de référence pour l'analyse et l'action en Wallonie et à Bruxelles, résultant des ateliers des Stratégies Concertées de lutte contre les mutilations génitales féminines, a servi de socle à la partie consacrée aux MGF du PAN 2010-2014.

### Contexte national

En 1990, l'arrivée de migrants-es d'origine somalienne et djiboutienne fait lentement émerger la problématique sur le plan sanitaire par rapport aux traitements et soins à apporter à des femmes infibulées.

En 1996, l'« affaire Dutroux » contribue à porter l'attention sur la protection des enfants. C'est également cette année que l'asbl GAMS Belgique est créée. Cette association contribue à l'émergence de la problématique dans la sphère publique : son travail de plaidoyer pour la pénalisation de MGF ainsi que l'engagement de femmes politiques sur cette question ont certainement facilité l'émergence d'une telle mesure. C'est dans le cadre de la refonte de la protection pénale des mineurs-es en Belgique que la loi du 28 novembre 2000, laquelle prévoit notamment un article 409 dans le Code pénal incriminant les MGF, est adoptée.

Les dispositions pénales en vigueur, en Belgique pour protéger les filles et les femmes d'une MGF sont les suivantes :

#### Art.409 du Code Pénal

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

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

§ 3. Lorsque la mutilation a causé une maladie paraissant incurable ou une incapacité permanente de travail personnel, la peine sera la réclusion de cinq à dix ans.

§ 4. Lorsque la mutilation faite sans intention de donner la mort l'aura pourtant causée, la peine sera la réclusion de dix à quinze ans.

§ 5. Si la mutilation visée au § 1<sup>er</sup> a été pratiquée sur un mineur ou une personne qui, en raison de son état physique ou mental, n'était pas à même de pourvoir à son entretien, par ses père, mère ou autres ascendants, toute autre personne ayant autorité sur le mineur ou l'incapable ou en ayant la garde, ou toute personne qui cohabite occasionnellement ou habituellement avec la victime, le minimum des peines portées aux §§ 1<sup>er</sup> à 4 sera doublé s'il s'agit d'un emprisonnement, et augmenté de deux ans s'il s'agit de réclusion.

Le secret professionnel peut être levé en cas de maltraitance des enfants et des personnes vulnérables :

#### Art.458 bis du Code Pénal

Toute personne qui, par état ou par profession, est dépositaire de secrets et a de ce fait connaissance d'une infraction prévue aux articles 372 à 377, 392 à 394, 396 à 405ter, 409, 423, 425 et 426, qui a été commise sur un mineur

ou sur une personne qui est vulnérable en raison de son âge, d'un état de grossesse, [de la violence entre partenaires – en vigueur le 01.03.2013] d'une maladie, d'une infirmité ou d'une déficience physique ou mentale peut, sans préjudice des obligations que lui impose l'article 422bis, 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.

Délit de non-assistance à personne en danger :

#### Art.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. [...]

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 1<sup>er</sup> 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.

Le délai de prescription en cas de MGF pratiquée :

#### Article 21 du Code de Procédure Pénale :

(...) l'action publique sera prescrite après dix ans, [cinq ans] ou six mois à compter du jour où l'infraction a été commise, selon que cette infraction constitue un crime, un délit ou une contravention. [...]

En ce qui concerne les infractions définies aux articles 372 à 377, 379, 380, **409** et 433 quinquies, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, du Code pénal, **le délai sera de quinze ans** si elles ont été commises sur une personne âgée de moins de dix-huit ans.

(...)

#### Art.21 bis du Code de Procédure Pénale

Dans les cas visés aux articles 372 à 377, 379, 380 409 et 433quinquies, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, du Code pénal, **le délai de prescription de l'action publique ne commence à courir qu'à partir du jour où la victime atteint l'âge de dix-huit ans**.

En cas de correctionnalisation d'un crime visé à l'alinéa premier, le délai de prescription de l'action publique reste celui qui est prévu à l'article 21, alinéa 3.

Compétence extraterritoriale en cas de MGF pratiquée à l'étranger:

#### Article 10ter du Code de Procédure pénale

Pourra être poursuivie en Belgique toute personne qui aura commis hors du territoire du Royaume :

(...)

2<sup>o</sup> une des infractions prévues aux articles 372 à 377 et 409, du même Code si le fait a été commis sur la personne d'un mineur;

(...)

### 1.2.3. DROIT D'ASILE

Les mutilations génitales féminines constituent une violence liée au genre et violent des droits fondamentaux inscrits dans les Conventions internationales<sup>43</sup> relatives aux Droits de l'homme de la femme et de l'enfant. La mise en œuvre de ces obligations internationales comporte entre autres l'obligation pour les Etats d'accorder une protection internationale au sens de la Convention internationale relative au statut de réfugié-e signée à Genève le 28 juillet 1951<sup>44</sup>. Dès lors qu'une personne risque de subir une mutilation génitale féminine dans son pays d'origine, elle peut introduire une demande d'asile, à condition de répondre aux critères la Convention de Genève.

La procédure d'asile en Belgique est organisée par la loi du 15 décembre 1980, établissant les conditions relatives à l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers-ères (voir articles 48 et suivants). Parmi les motifs de persécution définis à l'article 48/3 de la loi précitée, les actes de persécutions peuvent entre autre consister en des violences physiques ou mentales, dont les violences sexuelles (...) des actes dirigés contre des personnes en raison de leur sexe ou contre des enfants.

En Belgique, les agents-es du Commissariat Général aux Réfugiés et aux Apatrides (CGRA) sont chargés-es d'examiner les demandes pour l'octroi du statut de réfugié-e ou de protection subsidiaire pour les étrangers-ères qui, en cas de retour dans leur pays, risquent de subir une persécution ou des atteintes graves. Dans le cadre de la demande d'asile (ou de la régularisation de séjour pour raisons humanitaires), le CGRA doit être attentif au respect des instruments internationaux et européens en matière de protection des droits fondamentaux et des principes directeurs

élaborés par le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés-es (HCR) lorsqu'il existe une crainte pour une femme ou pour sa fille de subir une mutilation en cas de retour dans le pays d'origine. De plus, une femme ayant subi une opération chirurgicale (désinfibulation ou reconstruction) peut également craindre d'être réinfibulée ou réexcisée en cas de retour dans son pays d'origine.

Le CGRA a adopté des mesures spécifiques en 2008 lorsqu'il rend une décision octroyant le statut de réfugié-e aux personnes qui craignent une MGF pour leur(s) fille(s). Il propose préalablement aux parents de signer un engagement sur l'honneur de ne pas faire exciser leur enfant. Ce document rappelle par ailleurs les dispositions légales applicables en Belgique concernant l'interdiction des MGF, la levée du secret professionnel et le délit de non-assistance à personne en danger. Les parents s'engagent également à soumettre leur enfant à un contrôle médical annuel pour vérifier que l'enfant est intacte et de renvoyer le certificat au CGRA. Dans le cas où le certificat venait à constater que l'enfant a fait l'objet de MGF, le CGRA se réserve le droit de « retirer » le statut de réfugié-e. Au motif que les circonstances ayant fondé la reconnaissance ont cessé d'exister, la protection octroyée n'est plus justifiée (cfr. article 55/3 de la loi du 15 décembre 1980). A ce jour, nous n'avons pas connaissance de la mise en œuvre de cette disposition en cas de MGF sur une enfant reconnue réfugiée par le CGRA.

La doctrine remet en doute la légalité de contrôle a posteriori. Si l'intérêt supérieur de l'enfant justifie une protection efficace, n'existe-t-il pas d'autres structures de contrôles plus adaptées pour veiller à la santé de toutes les filles à risque quel que soit leur statut ?

En dehors du cadre de la procédure et de manière plus informelle, le GAMS veille à prévenir une MGF pour les filles à risque en invitant les parents sensibilisés aux problèmes de santé liés aux MGF à signer un 'contrat' afin de protéger leur fille.

Enfin, lorsque le CGRA rend une décision de refus d'octroi du statut de réfugié-e ou de protection subsidiaire, un recours contre cette décision peut être introduit devant le Conseil du Contentieux des étrangers (CCE).

### 1.2.4. IMPACT DE LA MIGRATION SUR LES PRATIQUES ET LES REPRÉSENTATIONS DE L'EXCISION

Quant aux facteurs de changement pouvant conduire à l'abandon de l'excision par les familles concernées, la recherche socio-anthropologique « Excision et Migration »<sup>15</sup> a mis au jour plusieurs éléments qui peuvent influencer la pratique : la transmission d'un savoir médical, l'expression de la souffrance des femmes excisées, le message que la religion ne prescrit pas l'excision, l'effet des dispositifs de prévention, protection, répression. La migration induit un changement de contexte qui rend difficile la reproduction à l'identique de la pratique. Mais plus subtilement, la recherche a montré qu'entre abandon et continuité, les familles peuvent opérer des arbitrages interculturels visant à concilier discours médical, prescrits de sexe/genre et préservation de la coutume. La pratique peut ainsi être « aménagée », on cherche alors à minimiser la gravité de ses conséquences (par exemple pratiquer une excision plutôt qu'une infibulation, opérer très précocement pour faciliter la cicatrisation et éviter le « trauma », chercher à médicaliser la pratique, n'exciser qu'une partie de la fratrie). Pour les familles qui ont choisi de ne pas

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

### 1.2.5. PAYSAGE BELGE DES ACTRICES ET ACTEURS DANS LE CHAMP DES MGF

Les organisations belges actives sur la thématique des MGF œuvrent à quatre niveaux : promotion de la santé, soutien juridique, plaidoyer et recherche.

#### 1. Promotion de la santé

Plusieurs associations organisent des activités de prévention et de sensibilisation auprès des communautés concernées et des activités de formation auprès des professionnels-les mais à des échelles géographiques différentes.

- Le GAMS Belgique (Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles féminines), fondée en 1996 à Bruxelles est l'association la plus ancienne. Elle a un rayon d'action national avec un siège social à Bruxelles et des activités délocalisées en Flandre et Wallonie ;
- Le Collectif liégeois de lutte contre les mutilations génitales féminines (CL-MGF) actif depuis 2008 à Liège (avec une antenne au niveau du Planning Louise Michel et, depuis 2012, au Planning FPS de Ste-Marguerite) travaille de manière plus régionale ;

- La Palabre située à Bruxelles développe principalement des activités de plaidoyer au niveau international (Nations-Unies) et soutient la construction d'un refuge pour filles victimes de violence à Thiès au Sénégal ;
- Afronam asbl à Namur, association à base communautaire ;
- Femmes Africaines asbl, fondée en 2010 à Couillet (Charleroi), association à base communautaire ;
- La Maison Plurielle asbl à Charleroi, maison qui accueille les différentes associations traitant de la violence envers les femmes. Femmes africaines asbl y tient des permanences ;
- Plusieurs associations communautaires ont également fait un travail de sensibilisation auprès de leur communauté au sujet des MGF en Flandre, c'est le cas des asbl SOBSI et GAMBEL.

#### 2. Soutien juridique

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009, INTACT asbl constitue un point d'appui juridique (conseil, orientation et soutien) aux personnes (professionnels-les ou membre de la famille) tant dans le cadre de demandes d'asile que dans le cadre des procédures protectionnelles et/ou judiciaires en cas de risque ou d'excision avérée.

#### 3. Recherche

L'International Center for Reproductive Health (ICRH) de Gand a une longue expertise de recherche sur l'excision en Europe en matière de santé et de législations. Récemment, deux centres de recherches, l'Observatoire du sida et des sexualités (Université

Saint-Louis) à Bruxelles et l'Institut de Médecine Tropicale (IMT) à Anvers, se sont impliqués dans des recherches qualitatives et quantitatives sur les MGF. Le GAMS Belgique et INTACT mènent ou commanditent des recherches sur l'excision en Belgique en partenariat avec d'autres institutions.

### 1.2.6. BESOINS SUR LE TERRAIN ET ÉMERGENCE DES SC-MGF

Le 6 février 2008, lors de la Journée internationale de lutte contre les mutilations génitales féminines, les participantes et les participants présents aux animations organisées par le GAMS Belgique ont pris conscience de la diversité des actrices et acteurs prenant part à la lutte contre les mutilations génitales féminines et de la nécessité de se coordonner.

C'est ainsi qu'a été lancé, en octobre 2008, le processus des Stratégies Concertées de lutte contre les Mutilations Génitales Féminines ou SC-MGF<sup>16</sup>. Il s'agit d'un processus participatif s'inspirant d'une expérience de planification et de gestion de la qualité menée depuis 2004 dans le secteur de la prévention des IST/SIDA<sup>17</sup>. Ce processus poursuit deux objectifs :

- l'amélioration de la qualité des interventions et de la concertation entre actrices et acteurs en formalisant le travail existant entre le GAMS Belgique et ses partenaires ;
- la reconnaissance et le soutien des interventions présentes et futures par les instances politiques et administratives concernées.

Un Groupe d'Appui (GA), mêlant des actrices et des acteurs venant de divers secteurs, a été constitué pour encadrer le processus.

C'est avec l'aide de ce dernier que le GAMS Belgique a organisé, entre octobre 2008 et janvier 2009, une première série d'ateliers collectifs afin de construire un cadre de référence commun pour l'analyse et l'action. C'est ainsi qu'ont été réalisées :

- une analyse de situation de la problématique des mutilations génitales féminines ;
- une planification des interventions nécessaires pour répondre à la problématique.

En janvier 2012, INTACT et le Collectif liégeois de lutte contre les MGF ont rejoint le Groupe d'Appui des Stratégies Concertées MGF afin de renforcer le réseau SC-MGF<sup>5</sup> et d'accroître les synergies entre associations spécialisées dans les MGF. Il a été décidé à ce moment de relancer une série d'ateliers pour mettre à jour certains objectifs et activités du cadre de référence, en particulier pour l'axe prévention-détection-signalement. Cet axe est important car il existe un réel besoin pour les actrices et acteurs de terrain de savoir que faire en présence d'une enfant à risque, chacun-e réagissant en fonction de sa connaissance de la problématique, des associations spécialisées, du temps disponible. Les acteurs-trices de terrain sont demandeurs-euses de lignes directrices claires. Ce point avait d'ailleurs été repris de manière prioritaire dans le Plan d'action national de lutte contre la violence entre partenaires et d'autres formes de violences intrafamiliales 2010-2014 – dont le cadre de référence des SC-MGF a servi de support au travail de concertation.\*<sup>6</sup>

Trois ateliers ont donc été organisés entre janvier et juin 2012 au cours desquels un effort particulier a été fait pour inviter des actrices et acteurs non présents lors des ateliers de 2008

et 2009 tel que les Services d'Aide à la Jeunesse (SAJ) et les services de Promotion de la Santé à l'École (PSE). Ces ateliers ont rassemblé une vingtaine de participants-es à chaque séance.

### 1.2.7. DE LA PROBLÉMATIQUE DU SIGNALEMENT...

Lors de ces ateliers, les participants-es ont été amenés-es à réfléchir ensemble à leurs pratiques et aux actes à poser en situation de signalement d'un risque de MGF ou d'une MGF avérée.

L'analyse s'est appuyée sur deux situations vécues par INTACT et le GAMS Belgique – celui d'une famille guinéenne et celui d'une famille somalienne pour lesquelles les personnes ayant signalé les situations craignaient que les filles ne soient mutilées durant leur retour au pays, en été.

Ces ateliers ont permis aux actrices et acteurs de terrain de faire part de leur désarroi lorsqu'elles et ils doivent intervenir pour des signalements. En effet, les réactions en chaîne qui ont suivi ces signalements ont été multiples et diversifiées. Certaines réponses ont souffert d'inadéquations compte tenu de l'absence d'un protocole d'intervention commun et explicite pour les situations de risque de MGF ou de MGF avérée.

La recherche « Excision et migration »<sup>18</sup> avait déjà cherché – entre autres – à expliquer pourquoi malgré des dispositions spécifiques depuis 2001, aucune poursuite judiciaire n'avait été mise en œuvre jusqu'en 2010<sup>17</sup>. Du côté des populations concernées, l'interdiction est bien connue et elle peut tant constituer une ressource (pour protéger les enfants, par exemple dans le cadre d'une demande d'asile) que conduire à un usage « impossible » (dénonciation improbable de ses parents, proches, pairs, etc.). Du côté des

intervenants-es, la pénalisation est perçue à la fois comme nécessaire et stigmatisante. Dans les faits, outre le manque d'information et de formation des professionnels pour la détection et le signalement, des enjeux éthiques et déontologiques majeurs animent les acteurs-trices (impact d'un recours à la loi sur la relation de confiance avec les usagers et sur la cellule familiale – en particulier pour des réfugiés-es dont le statut de séjour pourrait être suspendu –, limites du secret professionnel, tension entre prévention et répression).

### 1.2.8. ... À DES LIGNES DIRECTRICES

Les situations concrètes, qui arrivent de plus en plus souvent depuis 2011, ont donc confirmé le besoin pressant de mettre au point un protocole d'action permettant d'évaluer les risques de mutilation et d'organiser l'ensemble des actrices et acteurs susceptibles d'intervenir lors de signalements, leurs rôles, leurs champs d'actions ainsi que leur temps de réaction.

Le travail de mise à jour du cadre de référence effectué lors des ateliers des SC-MGF a abouti à la formulation de nouveaux objectifs à atteindre et de nouvelles activités à mettre en œuvre<sup>19</sup>. L'une d'entre elles concerne l'élaboration d'un protocole et est libellée comme suit :

Elaborer et diffuser auprès des professionnels-les concernés-es un protocole de prévention - détection - prise en charge des MGF sur la base des recommandations issues du terrain au sujet de :

(Remarque : proposition à valider en réunion de consensus)

- une « échelle d'évaluation des risques » permettant l'identification du degré de risques de MGF réalisée sur la base des données scientifiques et des constats de terrain ;
- un « arbre décisionnel » des actions à entreprendre/personnes à contacter selon les cas de figure ;
- un « organigramme » qui définit les rôles et les compétences en matière de MGF des actrices et acteurs concernés. Niveaux et fonctions à intégrer dans cet organigramme :
  1. Les **organismes spécialisés** désignent des **personnes de référence** en leur sein pour appuyer les professionnels-les sur le terrain (organismes généralistes) en cas de situation aiguë, difficultés rencontrées sur des cas (conseils, orientation).
  2. Les **organismes généralistes** (1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> lignes) désignent et forment des **personnes relais** en leur sein pour suivre les cas de MGF et appuyer leurs collègues.
  3. Un-e **coordinateur-trice d'intervention** assure la concertation continue des professionnels-les (échange de pratiques, suivi des cas, évaluation des ressources et obstacles).
  4. Une **Cellule de crise et d'évaluation des risques** : en cas de signalement, possibilité de réunir une cellule de crise au niveau provincial rassemblant les actrices et acteurs généralistes pertinents avec le support des actrices et acteurs spécialisés.

Par protocole, nous entendons donc des lignes directrices à suivre en situation de signalement d'un risque potentiel ou avéré de MGF. Ce protocole détaillerait les actrices et acteurs susceptibles de jouer un rôle et le délai/temps de réaction nécessaire pour elles ou eux dans la prise en charge d'un signalement. En plus, il proposerait des actions susceptibles d'être entreprises en fonction de l'échelle de risque et du niveau d'urgence propre à la situation.

Plusieurs initiatives et groupes de travail apportent de la matière et des éléments pour construire un protocole.

- Les ateliers des Stratégies concertées en matière de lutte contre les MGF. Des sous-groupes de réflexion se sont créés dans certaines institutions pour faire des propositions concrètes ou tester des expériences pilotes, c'est le cas des PSE de la Ville de Bruxelles et de la COCOF, du service maternité de l'Hôpital Iris à Ixelles ou des services ONE de Liège ;
- Les études commanditées par INTACT dans le cadre de la problématique du signalement pour comprendre et définir les rôles des différentes actrices et acteurs (ONE, PSE, SAJ) en fonction des arrêtés et règlements officiels les régissant,<sup>20-22</sup> l'étude qualitative « Excision et Migration » commanditée par le GAMS et réalisée par l'Observatoire du sida et des sexualités<sup>23</sup>. L'étude européenne menée par l'ICRH à

l'initiative de EIGE visant à comparer les différents outils et stratégies mises en place en matière de MGF en Europe<sup>24</sup> ;

- Les Ateliers-Colloques organisés par les associations spécialisées, entre autre le colloque du 23 novembre 2012 organisé par INTACT « Vers un protocole de prévention et protection » et l'atelier du 18 décembre 2012 organisé par le GAMS Belgique dans le cadre des SC-MGF « Comment parler des MGF aux enfants ? » ;
- Les discussions, réflexions avec les professionnels-les lors des formations que le GAMS et INTACT ont données en 2012 aux équipes ONE, PSE/PMS, SAJ, SOS Enfants, maisons médicales, maternités hospitalières,... ;
- Les expériences de la pratique quotidienne avec le public cible : le Collectif de Liège dans sa pratique de centre de planning (Louise Michel, FPS), INTACT dans sa pratique de collaboration avec les professionnels-les en situation de signalements, le GAMS dans sa pratique avec les communautés concernées et les professionnels-les de santé (maternité, ONE) ;
- Les protocoles existant dans d'autres pays européens comme le Royaume-Uni ou Les Pays-Bas<sup>25-29</sup> .
- Un travail de réflexion avec les actrices et acteurs de terrain est également mené simultanément en Flandre à l'initiative de trois organisations : ICRH, INTACT et GAMS. Une série de trois ateliers (avec le secteur santé, le secteur juridique et le secteur social) a été organisée, fin de l'année 2012, sous l'égide du Vlaams Forum Kindermishandeling (VFK).



Aucune étude sur les signalements de mutilations génitales féminines n'avait été menée jusqu'à ce jour en Belgique.

## 2. OBJECTIFS

Aucune étude systématique sur les signalements en Belgique n'a été conduite à ce jour. Or il est essentiel, avant de construire un protocole de prévention et de protection des filles et femmes à risque d'excision, de savoir ce qui se pratique déjà sur le terrain, de connaître les points forts sur lesquels s'appuyer ainsi que les aspects à améliorer. Cette recherche-action vise donc à contribuer à une meilleure connaissance de la prise en charge actuelle des situations de signalement et à proposer des recommandations contextualisées à la Belgique francophone pour un protocole de prévention et protection, en complément des éléments déjà fournis par les autres initiatives.

Le Réseau des Stratégies concertées MGF met en place un processus de recherche-action, porté par le GAMS Belgique et l'Observatoire du sida et des sexualités, sur les situations de signalement.

Cette recherche-action a pour **finalité** de contribuer à une meilleure prévention et protection des filles et femmes à risque d'excision en Belgique.

Elle a trois objectifs spécifiques : Pour atteindre ces objectifs, la recherche a été menée en deux étapes :

- **avoir une meilleure « image » de la situation** des signalements de MGF, rapportés aux associations du réseau des SC-MGF, afin de mieux comprendre d'une part, les obstacles et ressources des personnes ayant fait les signalements et d'autre part, de cerner les actrices et acteurs concernés, leurs rôles respectifs, le temps qu'il leur faut pour réagir, etc. ;
  - **améliorer**, au fur et à mesure, **la prise en charge actuelle** des signalements dans les différentes institutions concernées, suite à l'analyse des dysfonctionnements grâce à la démarche participative de la recherche-action ;
  - **dégager les grands enjeux dans le suivi des signalements et formuler des recommandations** pour contribuer l'écriture de lignes directrices de prévention et protection des filles et des femmes à risque d'excision.
- **procéder à un relevé le plus exhaustif possible**, entre 2009 et juin 2013, de toutes les situations de signalement que les associations spécialisées ont eu à gérer ;
  - **réaliser et analyser des entretiens approfondis** sur la base d'une sélection parmi toutes les situations de signalement répertoriées jusqu'en juillet 2012, afin d'avoir une diversité de cas de figures. Des entretiens individuels ont été menés auprès des actrices et acteurs qui ont été impliqués dans la prise en charge du signalement (professionnels-les, famille de la situation concernée, associations).



L'analyse des données et la validation des résultats ont été menées de manière participative avec les acteurs et actrices des Stratégies Concertées.

# 3. DISPOSITIF

## EQUIPE DE RECHERCHE

Marie De Brouwere, socio-anthropologue, est la principale investigatrice (organisation et réalisation des interviews). Myriam Dieleman (Observatoire du sida et des sexualités) et Fabienne Richard (GAMS/IMT) lui apportent un soutien méthodologique et analytique (triangulation de l'analyse). Seules ces trois chercheuses ont eu accès à l'entièreté des retranscriptions.

## COMITÉ D'ACCOMPAGNEMENT

Un comité d'accompagnement a également été mis sur pied pour assurer la qualité des méthodes employées et des résultats obtenus. Il est composé (en plus de l'équipe de recherche) d'actrices de terrain et/ou de chercheuses : Charlotte Chevalier (INTACT), Dominique Daniel (Constats asbl), Stéphanie Coppée (Collectif liégeois pour la lutte contre les MGF), Marie-Fabienne Muyle (Travel Clinic/CHU Saint-Pierre), Karin Van der Straeten

(Délégué Générale des Droits de l'Enfant), Patricia Thiebaut (Centre bruxellois de Promotion de la Santé) et Els Leye (International Center for Reproductive Health).

Ce comité d'accompagnement s'est réuni 6 fois – fin juillet, fin août, fin septembre, fin octobre 2012, mi-avril, fin juin et début septembre 2013. Ce comité n'a pas eu accès aux retranscriptions mais a travaillé sur base des éléments de la recherche déjà synthétisés afin de respecter l'anonymat et la confidentialité des témoignages.

## RECHERCHE EXPLORATOIRE EN FLANDRE

Pour la partie néerlandophone du pays, Els Leye (ICRH) s'est occupée quant à elle de contacter les associations et institutions susceptibles d'avoir recueilli des témoignages concernant des filles à risque de MGF.

## ANALYSE DES DONNÉES ET VALIDATION DES RÉSULTATS PAR LE RÉSEAU DES SC-MGF

Les actrices et acteurs du terrain ont pu participer à l'analyse en profondeur de deux situations (celui de la Travel clinic et du PSE) lors des ateliers des SC-MGF de 2012. Le comité de suivi de la recherche s'est tourné plusieurs fois vers les membres du réseau des SC-MGF afin de (1) leur faire part de l'avancement de la recherche et (2) les consulter sur les résultats qui ont émergé :

- Les 2 mars, 22 mars et 24 mai 2012 : les signalements de la Travel Clinic et du PSE sont analysés avec les actrices et acteurs de terrain lors des ateliers des Stratégies Concertées. C'est la richesse des enseignements de ces analyses participatives qui a poussé le réseau des SC-MGF à aller plus loin et à mettre sur pied cette recherche-action ;
- Le 16 novembre 2012, une première restitution des résultats a été organisée auprès des membres des SC-MGF. Lors de cette réunion, deux situations ont été présentées et discutées en sous-groupe afin de s'assurer que les chercheuses ne négligeaient aucun élément et relevaient tous les enjeux ;
- Les résultats préliminaires ont ensuite été présentés au colloque organisé par INTACT le 23 novembre 2012 : « *Vers un protocole de prévention et de protection des enfants victimes de mutilations génitales féminines.* ».

## COMITÉ DE RELECTURE DU RAPPORT

Au cours de l'été 2013, un comité de relecture, constitué de représentants-tes de différents secteurs (police, psychologue, PSE, communauté, ONE et Question Santé), a relu le rapport de recherche en permettant de compléter, amender ou éclaircir certains points.

On entend par signalement – dans notre étude – le fait qu’un ou une professionnelle de première ligne fasse appel à une institution ou association spécialisée pour l’aider à gérer la situation.

# 4. MÉTHODE D'ENQUÊTE

La recherche-action peut se définir comme une méthode de recherche dans laquelle « *il y a une action délibérée de transformation de la réalité ; recherche[s] ayant un double objectif : transformer la réalité et produire des connaissances concernant ces transformations* ». <sup>30</sup>

Le réseau des SC- MGF a fait le choix de mener une recherche-action vu la nature complexe de la problématique et la multiplicité des actrices et acteurs concernés. Il était important de réaliser cette recherche de manière participative, avec les personnes concernées, afin d'en comprendre tous les enjeux et permettre ainsi des transformations, des changements, des améliorations au sein des institutions impliquées dans l'accompagnement des familles et la gestion des signalements. Une recherche menée par un consultant extérieur listant tous les dysfonctionnements, si elle peut apporter un éclairage utile, ne favorise pas suffisamment la réflexivité et les initiatives portées par les actrices et les acteurs eux-mêmes pour améliorer la gestion des situations de signalement.

## 4.1. RECENSEMENT ET BREF DESCRIPTIF DES SIGNALEMENTS CONNUS

Si plusieurs associations sont aujourd'hui actives dans le domaine de la prévention des mutilations génitales féminines en Belgique, trois associations assurent des permanences et un travail quotidien en matière de prévention et détection : ce sont INTACT, le GAMS Belgique et le Collectif liégeois de lutte contre les MGF (CL-MGF). Ces deux dernières sont en contact avec le public cible et les professionnels-les de première ligne. C'est donc tout naturellement que ces derniers-ères se tournent vers elles afin de se confier, de faire part de leurs suspicions ou pour se faire conseiller. Il est fréquent que le GAMS Belgique réoriente par la suite des gens vers INTACT et/ou prenne conseil auprès d'elle.

Ces trois associations sont donc les plus à mêmes de recueillir les signalements en Belgique. Elles ont accepté, dans la limite du secret professionnel, de faire part de toutes les situations de signalement qu'elles ont enregistrées depuis leur création ainsi que d'en fournir une brève description.

Afin de réaliser un recensement aussi complet que possible en Belgique, d'autres contacts ont été établis :

- **En Belgique francophone** : trois autres associations – Afronam asbl à Namur, la Maison Plurielle et Femmes africaines asbl à Charleroi – ainsi que des institutions/organismes susceptibles d'avoir reçu des signalements – l'ONE, le Délégué Général aux Droits de l'Enfant ainsi que SOS Enfants ;

- **En Flandre** : alors que l'étude de prévalence réalisée par D. Dubourg et F. Richard montre que la majorité des femmes excisées et des filles à risque résident dans le Nord du pays, peu d'associations travaillent sur ce thème, avec les communautés concernées.<sup>8</sup> L'équipe de recherche a contacté, par l'intermédiaire de Els Leye de l'ICRH les grands hôpitaux de Kortrijk, Gent et Antwerpen, les Wijk Gezondheid Centra, les CLB, Kind & Gezin, et Dokters van de Wereld (Médecins du Monde).

### Trois remarques préalables doivent être faites :

- On entend ici par signalement le fait qu'un-e professionnel-le de première ligne fasse appel à une institution ou association spécialisée pour l'aider à gérer une situation d'enfant (ou d'adulte) à risque d'excision ou une suspicion d'excision. Il ne s'agit donc pas d'un relevé exhaustif de toutes les situations que l'ONE, les PSE, les maternités ou d'autres services ont pu avoir en matière de MGF (par exemple : consultation d'une enfant déjà excisée au pays). Beaucoup de situations sont gérées par le premier niveau sans qu'on ne fasse appel à une association ou institution de référence ;
- Il arrive que les associations spécialisées soient contactées pour une situation qui, après analyse, se révèle appartenir à une autre problématique. Il sera fait référence à ces situations sous le terme de « faux

positifs ». Ces derniers seront repris dans le recensement car les professionnel·les qui contactent les associations spécialisées pensent avoir identifié un risque de MGF ;

- Le recensement ne prend en compte que les situations sur le territoire belge et non pas les signalements pour les enfants à risque restés au pays ainsi que les demandes de regroupement familial pour risque d'excision au pays.

## 4.2. RECUEIL DE DONNÉES QUALITATIVES SUR DES SITUATIONS SÉLECTIONNÉES

Étant donné l'objet de l'étude et sa courte durée, il a été décidé d'avoir recours à des entretiens approfondis avec des personnes\* intervenues dans un signalement sur un échantillon et non sur la totalité des situations de signalements en Belgique.

Les critères qui ont prévalu au choix des situations sélectionnées pour les entretiens en profondeur sont :

- La proximité dans le temps entre le moment où la situation a été signalée et la période du lancement de la recherche action (été 2012). En effet, il s'agit de retracer de manière chronologique et détaillée les circonstances

dans lesquelles les signalements ont été faits ainsi que les différentes étapes de leur traitement. Afin d'éviter un trop grand biais dû à la mémoire, les signalements trop anciens (plus d'un an et demi, deux ans) n'ont pas été retenus ;

- Cette étude cherche à se faire une idée complète des circonstances dans lesquelles les situations ont été signalées et de la manière dont elles ont été traitées afin de comprendre les stratégies mises en place et d'en tirer les enseignements. A cette fin, il est important d'avoir (1) une diversité d'« émettrices et émetteurs » (ONE, PSE, voisins-es, écoles, familles, etc.) confrontés à une situation de MGF et qui ont été à l'origine du signalement et (2) une diversité de profils et/ou d'âges de la personne à risque (nouveau-né, enfant ou jeune fille ou enfant belge ou demandeuses ou demandeurs d'asile, etc.).

Sauf exception, après avoir reçu un accord écrit ou oral (figurant, dans ce cas, sur la bande sonore), les entretiens ont été enregistrés et retranscrits partiellement<sup>10</sup>. Ils ont ensuite été envoyés aux interviewés-es afin qu'elles et qu'ils en valident le contenu.

## 4.3. ANALYSE DES SIGNALEMENTS

Il a été demandé aux interviewés-es de faire un récit chronologique de la situation de signalement depuis le moment où elles et ils en ont eu connaissance jusqu'à la fin (traitement du signalement).

C'est sur cette base que l'équipe de chercheuses a dans un premier temps identifié les « grandes séquences » de la prise en charge de la situation au sein des récits.

Dans un second temps, chacune de ces séquences a fait l'objet d'une analyse portant sur :

- Les actrices et acteurs (manquants/présents) ;
- Les stratégies/objectifs des actrices et acteurs ;
- Les freins et les leviers ;
- Les outils de suivi (mentionnés) ;
- Les indicateurs de risque ou de non risque ;
- Les enjeux.

En mars et mai 2012, le réseau des Stratégies Concertées organisait deux ateliers au cours desquels deux situations de gestion de signalement – les signalements de la Travel Clinic et du PSE – étaient relatées par les actrices et acteurs de première ligne<sup>11</sup> et analysées, ensemble, par les membres du réseau des SC-MGF. Ces premières restitutions et analyses communes ont permis à différentes actrices et acteurs qui n'étaient pas nécessairement intervenus – le SAJ par exemple dans la situation

du PSE – de comprendre ce qui avait poussé les actrices et acteurs à faire appel ou non à elles et/ou eux et ainsi initier une réflexion sur la meilleure manière d'agir et la manière d'améliorer les relais entre les différentes institutions ainsi que de voir les missions et limites des différents organismes susceptibles d'intervenir dans un signalement.

En novembre 2012, lors d'une réunion organisée dans le cadre des SC-MGF, les chercheuses ont présenté deux signalements – celui de l'ONE et celui de la maternité – aux membres du réseau. Ces derniers-ères ont ainsi pu les aider à affiner leur analyse des situations de signalement ainsi que la valider avant de présenter les résultats intermédiaires au colloque organisé par INTACT le 23 novembre 2012. Une attention particulière a été portée aux remarques et suggestions de représentants-tes des communautés car les interviews ont été menées avec des actrices et acteurs intervenus dans la gestion du signalement (et non les membres des familles concernés-es par le signalement).

#### 4.4. ETHIQUE

Sauf contre-indication de la part des participants-es, leur anonymat a été respecté : les données sensibles (nom et prénom des intervenants-es, lieux) ont été « effacées ». Il n'est donc pas possible d'identifier les intervenants-es ou les familles dont il est question. Seules les dates exactes ont été conservées afin de garder une ligne de temps dans les études de cas permettant l'analyse et la comparaison entre les situations.

Ces entretiens ont été analysés par l'équipe de recherche qui est la seule à avoir accès à l'entièreté des données brutes. L'analyse a ensuite été discutée auprès du comité d'accompagnement qui a apporté son expertise de terrain et de recherche.

Si durant l'entretien, les interviewés-es ont demandé des interventions (sensibilisation, formation, etc.), la chercheuse leur a communiqué les coordonnées des associations spécialisées (INTACT, GAMS, CL-MGF) et les a invités-es à les contacter.

Entre le 1<sup>er</sup> janvier 2009 et le 30 juin 2013,  
les associations spécialisées ont géré 52  
signalements de MGF ou de risque de MGF.  
Les signalements ont nettement  
augmenté depuis 2012.

# 5. RÉSULTATS DU RECENSEMENT

L'analyse du recensement des situations de signalement de MGF fournit déjà beaucoup d'informations sur leurs caractéristiques et fait naître de nouvelles questions et pistes de recherches possibles.

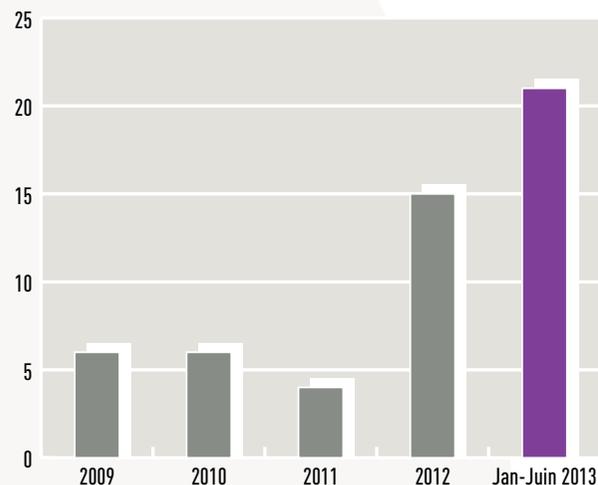
## 5.1. EVOLUTION DES SIGNALEMENTS

C'est à partir de 2009, que le GAMS a commencé à recenser systématiquement les situations de signalement. Il en existe des antérieures ; malheureusement, par manque de traces écrites et du fait du biais de la mémoire, il a été impossible de les prendre en considération. INTACT a été créé en 2009 et a commencé à fonctionner avec du personnel salarié en 2010. L'année la plus ancienne retenue pour débiter le recensement a donc été 2009.

Comme l'indique la figure 1, en 2009, INTACT et le GAMS ont eu affaire à six situations de signalement. Ce nombre est le même pour l'année 2010. En 2011, les associations spécialisées n'en recensent plus que quatre. Il faut savoir qu'en mars 2011, une

**Figure 1 :**  
Fréquence des signalements de MGF du 1<sup>er</sup> janvier 2009 au 30 juin 2013 (n=52)

Source : SC-MGF, 2013.



situation a fortement marqué les esprits et les pratiques des professionnels-les. Il s'agit d'une situation où des filles ont été retirées de leur famille par le juge de la jeunesse suite à une forte suspicion de risque d'excision (lire la situation de la Travel Clinic). Lors des entretiens, certaines et certains interviewés justifiaient leur manque de collaboration par la peur qu'elles ou ils avaient de voir des enfants retirées de leur famille.

En 2012 et en 2013, il y a une forte augmentation du nombre de signalements (15 signalements en 2012 et 21 au 30 juin 2013 c'est-à-dire à la mi-année). Ceci s'explique sans doute par le

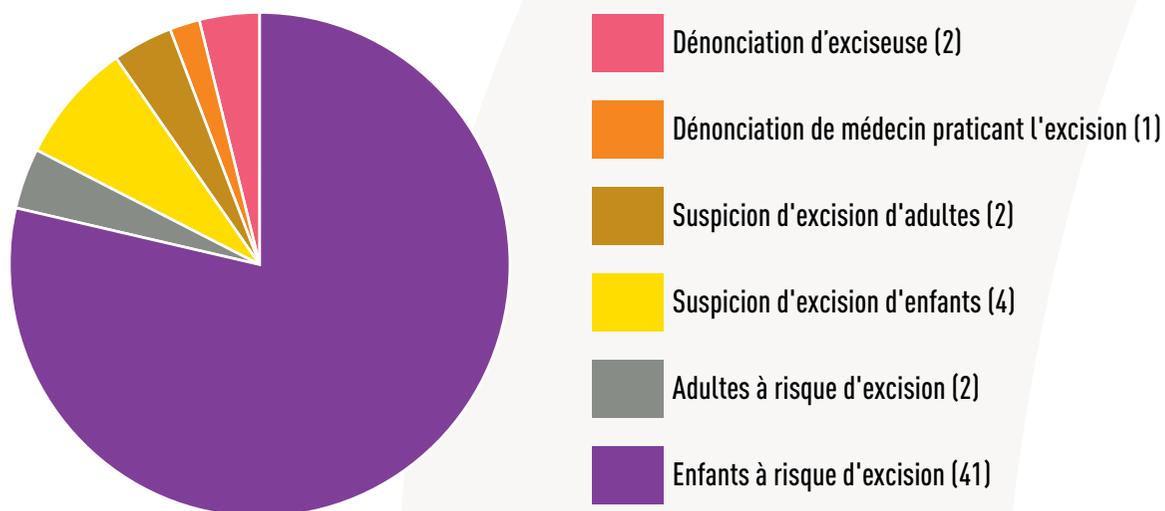
nombre de formations dispensées auprès des actrices et acteurs de 1<sup>ère</sup> et 2<sup>de</sup> ligne (SAJ, ONE, Police, Parquet, SOS Enfants etc.) par le GAMS et l'asbl INTACT, et par la reconnaissance croissante de la problématique des MGF. Au cours du premier semestre 2013, il est également possible de constater une augmentation du nombre de situations provenant de la Flandre. Ceci pourrait s'expliquer par le renforcement des activités du GAMS et INTACT en Flandre (recrutement de collaboratrices néerlandophones et ouverture d'une antenne du GAMS à Anvers).

## 5.2. MOTIFS DES SIGNALEMENTS

Cinquante-deux situations ont été signalées entre 2009 et juin 2013. Six grandes catégories peuvent être dégagées concernant les motifs des appels provenant des institutions ou des familles (voir figure 2). Les associations spécialisées sont tout d'abord contactées pour des situations à risque concernant des filles lors d'un départ pour des vacances au pays (41/52). Ensuite, viennent les appels concernant les suspicions d'excision chez les enfants (4/52) ; Puis les situations concernant les adultes – risque d'excision, lors d'un mariage par exemple, (2/52) ou suspicion d'excision déjà réalisée (2/52) ; et enfin les dénonciations concernant des exciseuses opérant sur le territoire belge (2/52) ou des médecins qui pratiqueraient l'excision (1/52) .

**Figure 2 :**  
Motifs des signalements de MGF du 1<sup>er</sup> janvier 2009 au 30 juin 2013 (n=52)

Source : SC-MGF 2013



Il est à noter que quelques signalements – pour des situations d'excision ou de risque d'excision – se sont révélés, après prise en charge et analyse de la situation, être un autre problème que l'excision (faux-positif). Par exemple, un signalement concernant une suspicion d'excision sur une enfant s'est avéré être une situation de violence sexuelle. Ou encore, un signalement concernant une jeune fille à risque d'excision s'est avéré être un problème de reconstruction d'hymen et non de MGF. Ces cas (4/52) ont toutefois été pris en compte dans le recensement car les personnes ayant contacté le GAMS et/ou INTACT l'ont fait car elles croyaient avoir affaire à une situation de MGF et c'est lors de la prise en charge que le véritable diagnostic a pu être posé.

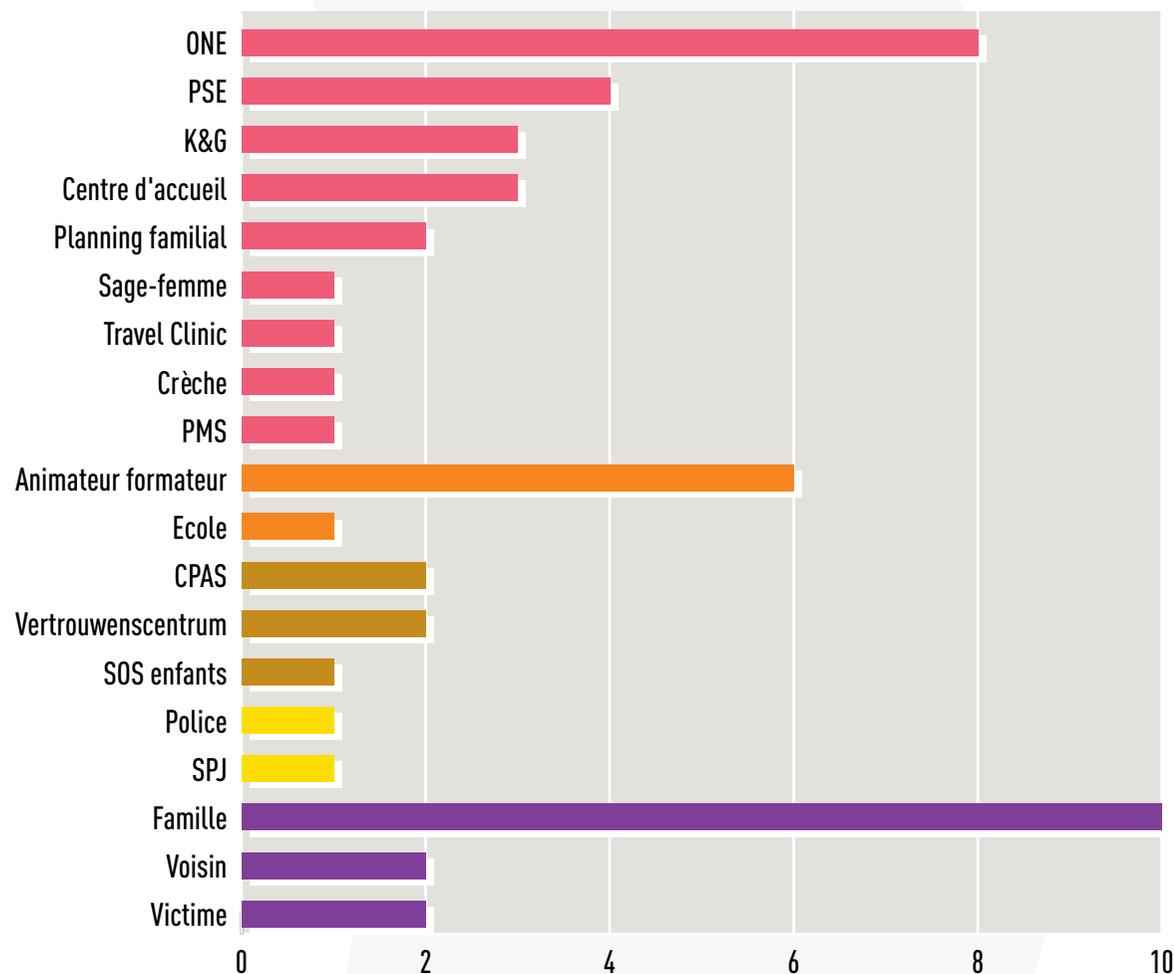
### 5.3. SOURCES DES SIGNALEMENTS

Les personnes qui ont contacté les associations spécialisées sont très diversifiées, comme l'illustre la figure 3 :

- 14 particuliers et particulières (membres de la famille, victimes ou entourage) ;
- 24 professionnels-les de première ligne (PSE/PMS, ONE/K&G, centre d'accueil, sage-femme, crèche, Travel Clinic) ;
- 3 professionnels-les de seconde ligne (SOS Enfants, Vertrouwenscentrum Kindermishandeling) ;
- 2 situations émanant de la protection de la jeunesse (SPJ, police) ;
- 7 situations provenant des professionnels-les du secteur de l'enseignement et de l'éducation permanente (professeur-e d'alphabétisation, des écoles de devoirs ou professeur-e de l'enseignement primaire/secondaire) ;
- 2 situations de signalement relayées par des CPAS.

**Figure 3 :**  
Sources des signalements de MGF du 1<sup>er</sup>  
janvier 2009 au 30 juin 2013 (n=52)

Source : SC-MGF 2013



L'analyse des données du recensement montre que les membres de la famille ou l'entourage (14/52) sont des actrices et acteurs importants.

Il est également à noter que de 2009 à 2012, il y a eu seulement une situation par an provenant d'institutions et/ou d'organismes flamands. Durant les 6 premiers mois de 2013, il y en a eu 3.

## 5.4. RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DES SIGNALEMENTS

En 2010, lors de l'enquête de prévalence commanditée par le SPF Santé Publique<sup>31</sup>, il a été estimé que 6260 femmes déjà excisées vivaient en Belgique et que 1975 filles étaient à risque de l'être (estimation au 1<sup>er</sup> janvier 2008).

La Région flamande (3550 filles et femmes déjà excisées ou à risque de l'être) et la Région de Bruxelles-Capitale (3037) sont les régions les plus concernées suivies de la Région wallonne (1648).

**Figure 4 :**  
Répartition géographique des femmes excisées et des petites filles à risque en Belgique au 1<sup>er</sup> janvier 2008

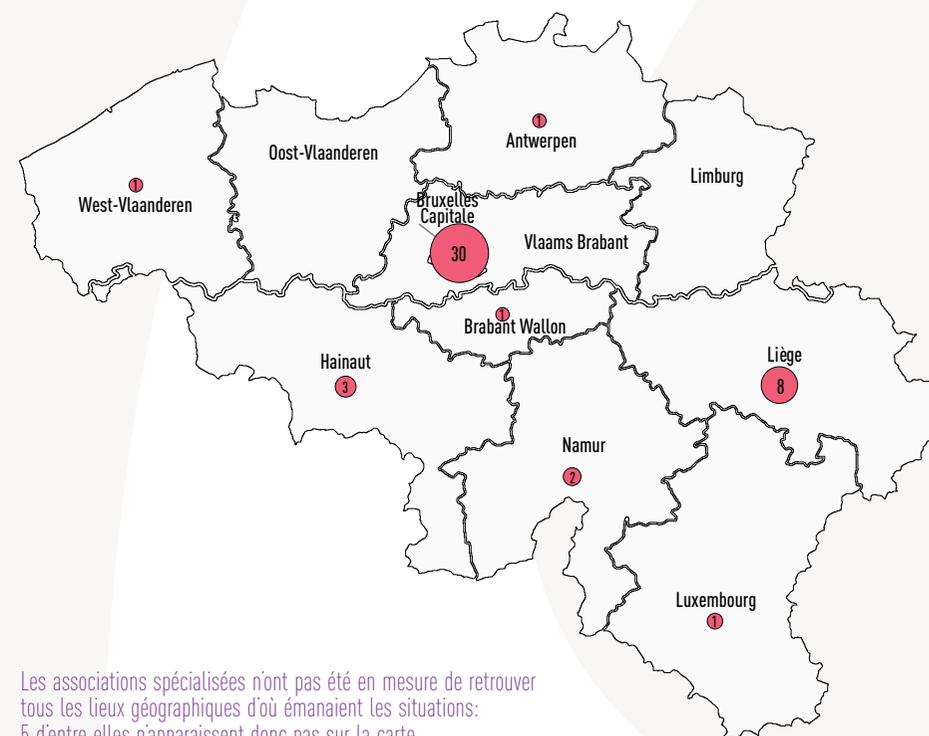
Source : DUBOURG D. et F. RICHARD, SPF Santé Publique, 2010



En ce qui concerne la Wallonie et la Région de Bruxelles-Capitale, les situations de signalement recensées correspondent assez bien à la réalité démographique décrite par la carte de la figure 4 : majorité des situations à Bruxelles, puis Liège et le Hainaut.

**Figure 5 :**  
Répartition géographique des signalements pour des MGF avérées ou un risque de MGF du 1<sup>er</sup> janvier 2009 au 30 juin 2013.

Source : SC-MGF 2013



Les associations spécialisées n'ont pas été en mesure de retrouver tous les lieux géographiques d'où émanaient les situations: 5 d'entre elles n'apparaissent donc pas sur la carte.

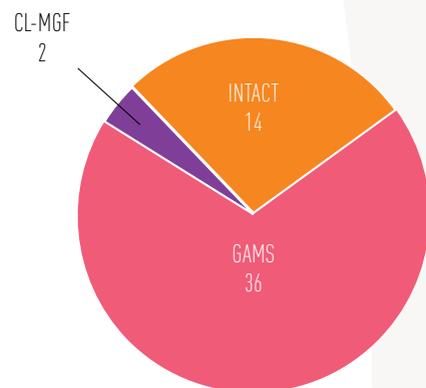
On note un faible nombre de situations de signalement provenant de la Flandre, malgré la prévalence de femmes excisées qui y résident – peut-être ne sont-elles tout simplement pas arrivées jusqu'aux associations spécialisées. Cependant, le GAMS et INTACT ont récemment pu développer/stabiliser leur antenne en Flandre. Cela devrait leur permettre d'avoir une meilleure connaissance de ce qui se passe dans le nord du pays. Il serait toutefois intéressant de voir si le renforcement des activités de sensibilisation au nord de la Belgique par le GAMS et INTACT augmente le nombre de signalements.

## 5.5. RÉCÉPTEURS DES SIGNALEMENTS

En pratique, lorsqu'une personne effectue un signalement, elle appelle le GAMS Belgique, INTACT ou plus rarement le Collectif Liégeois.

**Figure 6:** Premier récepteur des signalements de MGF du 1<sup>er</sup> janvier 2009 au 30 juin 2013 (n=52)

Source : SC-MGF 2013



Dans la majorité des situations, on constate que le GAMS Belgique a été contacté en premier lieu. Cela ne signifie pas pour autant que ce soit le GAMS qui ait traité le signalement. Trois cas de figures ont été observés. L'association spécialisée qui est contactée peut soit :

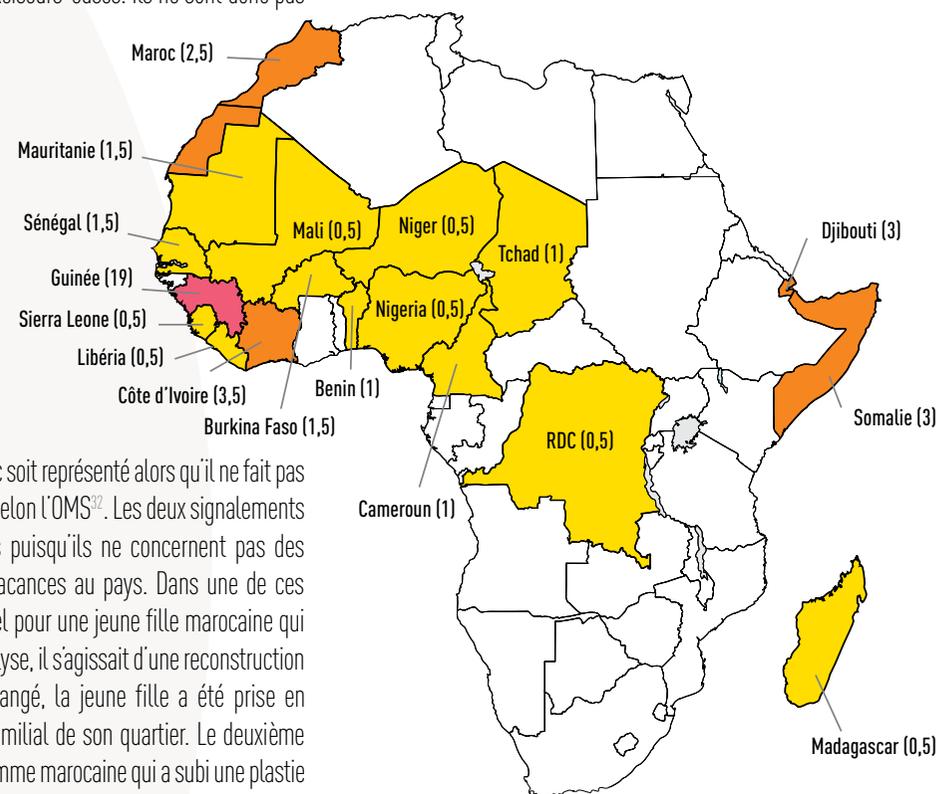
- traiter seule la situation (24/52) ;
- référer le signalement à une autre association (10/52) ;
- traiter la situation avec l'aide d'une autre association (18/52).

## 5.6. ORIGINE DES PERSONNES À RISQUE

La carte ci-dessous reprend les origines des personnes à risque. Quatre signalements repris dans le recensement ne concernent pas directement des personnes à risque mais des dénonciations de médecins qui pratiqueraient l'excision ou d'exciseurs-euses. Ils ne sont donc pas repris sur la carte ci-dessous.

**Figure 7:** Origine des personnes à risque pour les situations de signalement du 1<sup>er</sup> janvier 2009 au 30 juin 2013 (n=46)

Source : SC-MGF 2013



Il peut paraître étrange que le Maroc soit représenté alors qu'il ne fait pas partie de la liste des pays à risque selon l'OMS<sup>32</sup>. Les deux signalements marocains sont un peu atypiques puisqu'ils ne concernent pas des enfants à risque qui partent en vacances au pays. Dans une de ces situations, le GAMS a reçu un appel pour une jeune fille marocaine qui craignait une excision et, après analyse, il s'agissait d'une reconstruction de l'hymen avant un mariage arrangé, la jeune fille a été prise en charge par l'équipe du planning familial de son quartier. Le deuxième signalement concerne une jeune femme marocaine qui a subi une plastie vulvaire contre son gré alors qu'elle était endormie sous anesthésie générale pour une opération du périnée.

A ces signalements, il faut rajouter une situation "belgo-indonésienne" qui ne figure pas sur la carte

(Les 0,5 correspondent à des enfants dont les parents ont des nationalités différentes)