



6 grands enjeux ressortent de l'analyse des données : la coordination, la communication, la formation des acteurs et actrices, le suivi des familles sur le long terme, le rôle des communautés dans le maintien des traditions, la contribution du grand public dans la prévention.

7. ENJEUX TRANSVERSAUX

Six grands enjeux présentés ci-dessous se dégagent des situations analysées.

7.1. GUIDELINES, RÔLES ET COORDINATION DES ACTRICES ET DES ACTEURS

Un obstacle majeur dans la prévention et la prise en charge est qu'à ce jour, il n'existe **pas de lignes directrices**¹⁵ sur la manière de gérer un signalement de filles et de femmes à risque de MGF. De ce fait, les professionnels-les qui sont confrontés-es à une telle situation peuvent se trouver totalement démunis-es et ce même si elles ou ils sont déjà sensibilisés à la problématique.

Le premier réflexe de ces professionnels-les est de trouver des personnes de référence autour d'eux-elles ou de faire

appel aux associations spécialisées (voir la situation de la maternité).

La prévention, la détection et la prise en charge des signalements des filles et des femmes à risque dépendent donc fortement de l'information détenue par la personne pouvant potentiellement gérer la situation et du relais qui s'ensuit.

7.1.1. ÉVALUATION DU RISQUE

Une fois qu'un risque a été détecté pour une famille, encore faut-il s'assurer qu'il est bien « réel » et évaluer son niveau (plus ou moins élevé).

Actuellement, les professionnels-les sensibilisés-es à la question commencent par en parler au sein de leur équipe, afin de faire une première évaluation. Ensuite elles et ils entrent en contact avec les associations spécialisées qui peuvent les aider dans leur démarche.

Cependant il n'existe pas, en Belgique, contrairement aux Pays-Bas, un document formel reprenant les indicateurs de risque. Les entretiens ont permis de mettre en évidence une série d'indicateurs de risque et de critères « rassurants » (voir chapitre 8) qui peut compléter ceux repris dans le protocole hollandais³³.

7.1.2. OUTILS ADÉQUATS POUR CHAQUE SITUATION

Les entretiens révèlent un problème concernant les **outils** de sensibilisation ou de suivi (voir la situation de l'ONE) : ces derniers **existent** – la carte d'Afrique et du monde avec les prévalences par pays, le guide à l'usage des professionnels-les, le passeport STOP MGF¹⁶ rappelant la loi, le certificat d'intégrité,¹⁷ l'engagement sur l'honneur, etc. – **mais**, d'une part, ils ne sont **pas facilement accessibles** si on ne sait pas vers quelles associations se tourner. D'autre part, ces outils ne sont **pas toujours présents sur le lieu de travail** (voir situation de la Travel Clinic).

7.1.3. RÔLES ET COORDINATIONS DES ACTRICES ET ACTEURS

Les premiers signalement, gérés par les associations spécialisées – situation de la Travel Clinic et du PSE –, l'ont été avec « les moyens du bord » et les ressources humaines disponibles. En effet, ces associations spécialisées possèdent une expertise en matière de MGF mais n'ont pas la formation ni le mandat d'un-e délégué du SAJ par exemple.

Le manque de coordination et de lignes directrices au sein d'une institution peut conduire à des interventions en parallèle de groupes d'actrices et d'acteurs différents sur la même famille (voir situation de la maternité). La plupart des interviews des professionnels-les impliqués-es dans les situations de signalement déplorent le manque de lignes directrices claires et de coordination au sein de leur institution et en dehors avec les autres institutions concernant les cas de MGF.

LES RECOMMANDATIONS DÉCOULANT DE CES CONSTATS SONT DE :

- élaborer une grille d'évaluation de la situation afin de permettre aux professionnels-les, à leur échelon, de détecter s'il s'agit ou pas d'un signalement de fille à risque et d'établir le degré d'urgence des actions à mettre en place. Il est conseillé de remplir cette grille en équipe afin d'objectiver le niveau de risque et prendre le recul nécessaire sur la situation ;
- créer un « kit de prévention en cas de voyage au pays » qui comporterait tous les outils nécessaires à la prise en charge globale d'une situation de signalement et qui serait à diffuser auprès des professionnels-les. – Dans le cadre des Stratégies Concertées, les associations spécialisées sont en train de le constituer ;
- établir des lignes directrices générales pour que les professionnels-les puissent identifier les personnes relais mais également les actions à mettre en place en fonction de l'urgence de la situation^{*18}. En plus de cela, il serait intéressant que les différentes institutions adaptent ces lignes directrices à leur cadre de travail – exemple : la création d'un protocole^{*19} d'actions spécifique à la structure de l'hôpital dans lequel il est appliqué ;
- établir un organigramme clair indiquant les rôles et les compétences des différentes actrices et acteurs (professionnels-les de 1^{re} ligne et de 2^e ligne, organismes chargés de la maltraitance (SOS Enfants, SAJ), associations spécialisées MGF, etc.).

7.2. COMMUNICATION

Que ce soit entre les professionnels-les et les familles ou entre professionnels-les, la communication est une donnée majeure pour effectuer le meilleur accompagnement possible de l'enfant et des familles.

7.2.1. COMMUNICATION ENTRE LES PROFESSIONNELS-LES ET LES FAMILLES

La communication entre les professionnels-les de première ligne et les familles rencontre plusieurs écueils.

Les familles concernées par la problématique des MGF maîtrisent rarement une des langues officielles en Belgique. Les professionnels-les de première ligne, lorsqu'elles et ils sont amenés à entrer en contact avec elles et à aborder la question des MGF – afin de les sensibiliser ou de faire de la prévention – se heurtent donc, bien souvent, à la **barrière de la langue**. Deux cas de figure sont observés :

- Recourir à un-e interprète : la plupart du temps, par manque de temps, il s'agira d'un membre de la famille. Le risque est le manque d'objectivité et de fidélité au discours de la ou du professionnel.

- Décider de se passer d'un-e interprète et aborder le sujet avec les « moyens du bord » : mimes, dessins, parler lentement, etc. avec les simplifications et les inadéquations que cela peut entraîner (par exemple : faire le geste des poings liés symbolisant l'arrestation et la prison pour signifier l'interdiction des mutilations en Belgique).

Etant donné que les populations cibles ne sont pas nécessairement alphabétisées, faire de la prévention sans interprète et à l'aide de brochures ne garantit pas que le message soit bien passé.

Faute d'une langue commune, les professionnels-les peuvent d'une part éprouver certaines **appréhensions à aborder la question de l'excision lors de leurs consultations**^{*20} et d'autre part, **s'interroger sur les limites de leur rôle : est-ce à eux-elles, ou pas, d'aborder cette question ?** Cette situation est parfois aggravée lorsqu'un homme de la famille (le plus souvent le mari) accompagne la mère de l'enfant concernée durant les consultations – ce qui questionne la **place des hommes dans les consultations**. Si d'ordinaire les professionnels-les ont tendance à recourir à cette présence pour traduire leurs propos et communiquer avec les femmes, il en va tout autrement lorsqu'il s'agit d'aborder la question des MGF. Dans ces cas-là, certains-es n'osent pas nécessairement recourir à un-e interprète extérieur-e, ne sachant comment justifier que tout d'un coup on ne fasse plus appel au membre de la famille et que l'on souhaiterait voir la dame seule, alors que jusqu'à présent, l'homme a toujours participé aux consultations. Il est pourtant important que des professionnels-les puissent informer les hommes car ils ont un rôle à jouer dans la perpétuation de la pratique. Bien souvent, c'est au nom des hommes que les

femmes justifient cette coutume. Il est donc important, pour un-e professionnel-le de pouvoir parler librement de la question de l'excision et de ses conséquences avec le mari et la femme. Cette interpellation, initiée par un-e professionnel-le, pourrait être un déclencheur pour lancer le débat, au sein du couple, autour de cette question.

7.2.2. COMMUNICATION/RELAIS ENTRE LES PROFESSIONNELS-LES

Il arrive que le suivi d'une enfant et de sa famille soit effectué par plusieurs professionnels-les successivement ou en même temps. La question du **partage des informations**^{*21} (secret professionnel partagé) se pose d'autant plus fort : qu'est-ce que je peux dire aux professionnels-les en dehors de mon institution ? Si j'ai obtenu des informations « en-dehors » de mon cadre de travail, par la relation que j'entretiens avec la famille, dois-je en parler ? En quel nom (privé/professionnel) ? Ce partage d'information est en partie influencé par la **(mé) connaissance et/ou la confiance accordée à la ou au partenaire potentiel**, par la **méfiance** qu'il peut exister vis-à-vis de **technique de travail différentes** et également par les **moyens techniques à dispositions sur le lieu de travail** – ainsi, tous les locaux de l'ONE ne disposent pas d'un accès aisé à un ordinateur ni à Internet.

La question de la **transparence dans le travail avec les parents** est également problématique. Lors des entretiens, certains-es professionnels-les – en particulier celles et ceux chargés d'assurer le suivi de la famille à long terme (ONE, PSE/PMS) – ont l'impression d'être pris entre deux feux : d'un côté, elles ou ils désirent installer une relation de confiance avec la

famille et d'un autre côté, des réunions internes (entre collègues) ou externes (réunion de concertation avec des professionnels-les relevant de différents secteurs, intervenus-es sur un même signalement) sont réalisées sans en avoir averti la famille.

LES RECOMMANDATIONS :

- faire appel systématiquement à des interprètes et des médiateurs-trices interculturels-les formés-es à la problématique des MGF^{*22} ;
- concevoir des vidéos de prévention en plusieurs langues (peul, somali, arabe, français, néerlandais, anglais, etc.) ;
- informer et sensibiliser les différents-es professionnels-les à la problématique^{*23} ;
- développer et faciliter les collaborations pouvant exister entre les différents-es professionnels-les et les associations spécialisées ;
- renforcer les moyens de communication entre les professionnels-les en dotant, par exemple, les équipes médico-sociales d'ordinateur et d'accès à internet ;
- favoriser les échanges entre les actrices et acteurs intervenant dans les situations de signalement afin qu'elles et ils apprennent à se connaître, aient une idée de ce que chacun-e peut faire, réfléchissent ensemble à la problématique, etc.^{*24} C'est notamment un des buts poursuivis par le réseau des Stratégies Concertées de lutte contre les MGF ;
- former des actrices et acteurs relais (et diffuser la liste), dans les différentes institutions, qui peuvent assurer le meilleur suivi de l'enfant entre les différents-es professionnels-les et l'institution^{*25} ;
- mettre au point un guide pratique d'entretien avec les familles afin d'aider les professionnels-les à réaliser leurs propres entretiens.

7.3. ACCOMPAGNEMENT DES FAMILLES SUR LE LONG TERME

Lors de la détection, de la prévention et de la prise en charge d'une situation de signalement, les actrices et acteurs principaux restent les professionnels-les de première ligne (ONE, personnels des hôpitaux, pédiatres, PSE/PMS, etc.) ainsi que celles et ceux de seconde ligne (associations spécialisées – GAMS, INTACT, CL-MGF –, SAJ/SPJ, SOS Enfants, etc.). Toutefois, les situations analysées dans cette recherche mettent en avant une lacune importante dans la prise en charge d'un signalement : la question du suivi à long terme d'une famille.

7.3.1. ACCOMPAGNEMENT DES ENFANTS

Après la détection d'un risque et sa prise en charge, une fois que les enfants sont rentrés de voyage et éventuellement soumises à une visite médicale pour vérifier qu'il n'y a pas eu d'excision, la situation est bien souvent « classée » – et ce plus particulièrement si le Parquet est intervenu (voir le signalement de la *Travel Clinic* et de *SOS Enfants*). Mais est-ce parce que le risque a été temporairement écarté que l'on peut être certain que les enfants ne courront plus jamais aucun risque ? Et que se passe-t-il si une nouvelle fille naît dans la famille ? Si on décide de suivre la famille, à partir de quel âge peut-on considérer que le risque est écarté ? En effet, peut-on être certain que **lors d'un prochain départ en vacances**, les enfants ne seront pas excisés si la famille n'est pas suivie à long terme ? Comment effectuer ce suivi tout en renforçant les capacités de la famille à protéger les enfants ? **Et qui a le mandat pour le faire ?**

Actuellement, les associations spécialisées, en intervenant dans les situations de signalement, répondent à un besoin du terrain mais ne possèdent aucun mandat pour le faire ni pour effectuer un suivi sur le long terme des enfants à risque. La majorité des études de cas révèlent que les associations spécialisées bien qu'ayant été actrices dans la gestion du signalement n'ont plus aucune nouvelle de la famille une fois le relais passés aux institutions d'aide à la jeunesse. Quelle institution est la plus habilitée à faire le suivi sur le long terme ? Idéalement les actrices et acteurs qui continuent à voir la famille fréquemment comme l'ONE, le PSE, le médecin généraliste ou le planning familial dans certaines situations seraient les mieux placés-es pour évaluer le risque sur le long terme et en particulier avant les départs en vacances.

7.3.2. ACCOMPAGNEMENT DES PARENTS CONCERNÉS PAR LA PROBLÉMATIQUE

L'analyse du recensement montre que les familles et leur entourage (14/52) ont un rôle actif dans les signalements faits auprès des associations spécialisées. Or, on peut constater, dans la prise en charge de la situation, que l'attention est entièrement tournée vers les filles à risque et qu'on oublie parfois d'effectuer une prise en charge complète de la famille – est-ce qu'un-e autre membre de la famille a besoin d'un accompagnement ? De quel type ? Vers qui relayer ? etc. En effet, dans les situations où les membres de la famille effectuent le signalement, elles ou ils

s'opposent ainsi de manière « frontale » au reste de la famille, et peuvent dès lors en souffrir ou en subir les conséquences (voir le signalement de la *grand-mère*). Dans la majorité des études de cas, les intervenants-tes se sont focalisés-es sur les enfants à risque, mais aucun accompagnement n'a été proposé aux mères et filles déjà excisées.

Il serait donc intéressant que les actrices et acteurs de première lignes et les associations spécialisées réfléchissent à la manière de soutenir les autres membres de la famille où un signalement

LES RECOMMANDATIONS :

- établir un organigramme clair des rôles et compétences des différentes actrices et acteurs (voir supra) ;
- réévaluer de manière régulière les situations ayant fait l'objet d'un signalement²⁶ afin de s'assurer que le risque est définitivement écarté, sans pour autant 'fliquer' les familles ;
- déterminer qui est mandaté pour suivre les familles à long terme et le faire savoir à toutes les actrices et acteurs ;
- déterminer la manière dont les associations et professionnels-les de première ligne – spécialisés-es et non spécialisés-es – peuvent soutenir les membres de la famille ayant émis un signalement, afin qu'elles et ils vivent cette situation le plus sereinement possible ;
- avoir une approche intégrée en situation de signalement d'un enfant à risque en répondant au sein de la famille aux besoins des filles et femmes déjà excisées.

a été effectué (répondre aux besoins des femmes et filles déjà excisées dans la famille, soutien du membre de la famille qui a signalé – si le signalement provient d'un-e membre de la famille, elle ou il peut être l'objet de pression au sein de sa communauté).

7.4. PLACE DES COMMUNAUTÉS ET LEURS RÔLES DANS LE MAINTIEN DES TRADITIONS

Un élément plus difficile à prendre en compte dans la prévention et la prise en charge des situations de signalement est la place que peuvent tenir les communautés, notamment par rapport au maintien des traditions. Les communautés ne forment pas des ensembles monolithiques : elles sont composées de femmes et d'hommes de différents âges, origines, religions, avec des parcours migratoires divers, des situations socio-économiques et des niveaux d'éducation différents. On ne peut donc apporter une réponse unique aux questions soulevées par « la » communauté. Le soutien et les activités avec LES diverses communautés nécessitent de bien les connaître dans leurs spécificités propres.

En effet, bien que les parents aient été informés des risques encourus par leur(s) enfant(s) (médicaux, psychologiques, etc.) et eux-mêmes (la loi belge sur les MGF), et qu'ils aient manifesté leur accord ou leur désir de ne pas faire exciser leur(s) enfant(s), cela ne signifie pas pour autant que le risque soit totalement écarté : qu'il s'agisse d'un risque en Belgique ou au pays en cas de voyage pour des vacances.

7.4.1. PRESSION SOCIALE EN BELGIQUE POUR CONTINUER LA PRATIQUE

Le signalement de la Travel Clinic est illustratif à bien des égards. Il permet notamment de prendre conscience du rôle que peuvent jouer les communautés et certains leaders religieux par rapport au maintien de la pratique des MGF en Belgique et à l'intimidation exercée sur certaines personnes qui s'opposeraient à la pratique. Cette situation est quelque peu extrême ; toutefois, elle témoigne des pressions exercées par certains membres influant de communautés sur l'un-e des leurs ou sur une personne extérieure qui ose remettre en cause la tradition (présidente du GAMS menacée suite à son implication dans la gestion du signalement).

7.4.2. PRESSION SOCIALE AU PAYS, EN CAS DE RETOUR POUR DES VACANCES

Certaines situations présentes dans le recensement montrent que des parents – et ce, de manière plus régulière en 2013 – prennent contact avec les associations spécialisées afin qu'elles les aident à faire face aux pressions pouvant exister au sein de leur famille et/ou de leur communauté lors d'un voyage.

Les associations spécialisées leur proposent alors de les rencontrer. La difficulté pour elles est alors (1) de faire une évaluation « correcte » du risque encouru par les enfants et ce même si les parents sont conscients du danger et qu'ils désirent protéger leurs enfants (situation du PSE et de l'ONE) ; (2) une fois que les associations sont certaines que les parents

prendront toutes les précautions pour protéger leur(s) enfant(s), il faut qu'elles les renforcent afin qu'ils puissent faire face aux potentielles pressions familiales sur place. C'est ainsi qu'avant le départ, les associations leur procurent des outils – notamment des documents légaux – sur lesquels s'appuyer afin de renforcer leur discours (le « passeport STOP MGF » rappelant la loi belge, l'engagement sur l'honneur à ne pas faire exciser son enfant) et les invitent à procéder à un examen médical avant le départ et lors du retour. Lors de cet entretien, des consignes de prudence sont également rappelées : ne pas laisser leur(s) enfant(s) seule(s), sans surveillance, même au sein de sa famille, etc.

Les associations spécialisées peuvent également, lorsque c'est possible, les mettre en contact, avant le départ, avec une association de lutte contre les MGF dans leur pays d'origine. Il est déjà arrivé que cette dernière fasse une séance de sensibilisation dans la famille, avant l'arrivée des voyageurs-euses, et qu'elle refasse une séance de sensibilisation lorsqu'elles ou ils sont arrivés-es.

Dans certaines situations, lorsque le risque a été jugé trop élevé, des parents ont soit repoussé leurs vacances, soit renoncé à emmener leur(s) enfant(s) avec eux en vacances.

Toutefois, si les parents décident de maintenir leur départ avec les enfants, rien ne peut jamais certifier que tout risque sera écarté, et ce même s'ils sont bien informés et disposent des outils. Les associations doivent cependant pouvoir faire confiance dans les capacités d'action des parents et dans l'utilisation qu'ils feront de leurs outils.

LES RECOMMANDATIONS :

- renforcer le dialogue et le travail avec des actrices et des acteurs clés des communautés concernées, en y incluant des leaders religieux reconnus par les différentes communautés et les différentes confessions (principalement les musulmans et les chrétiens)²⁷ afin qu'ils soient sensibilisés et se positionnent contre les MGF ;
- identifier des personnes ressources au sein des communautés qui pourraient être formées afin de relayer l'information sur les MGF et sensibiliser leur communauté ;^{28, 29}
- renforcer la capacité des parents à protéger leurs filles avant un départ en vacances au pays par des conseils, des contacts sur place et des outils reprenant les textes de loi belges.

7.5. FORMATION DES ACTRICES ET DES ACTEURS

7.5.1. DÉTECTION D'UN RISQUE

Tous les entretiens font ressortir l'importance, pour les professionnels-les de première ligne – mais également pour le grand public, voir 7.6. – d'être informés-es, sensibilisés-es et formés-es.

En effet, pour pouvoir détecter une situation à risque, il faut déjà que les professionnels-les soient sensibilisés-es et attentifs-ives aux « signes » (se reporter au point 8.2.1.) qui peuvent être associés à une risque d'excision ou à une excision avérée (se reporter à la situation de la Travel Clinic).

Dans certaines situations, la famille s'est confiée à quelqu'un ou vient voir une ou un professionnel en lui énonçant son intention de faire exciser son enfant (situation de la stagiaire, du PSE, de la maternité, de la grand-mère, de SOS Enfants). La manière dont réagira la ou le récepteur de cette information peut être déterminante : elle ou il peut couper court à la conversation (c'est le sentiment qu'a eu la voisine/assistante sociale dans le signalement du PSE) ou se laisser emporter par ses émotions et être dans l'impossibilité de réagir et d'agir de manière réfléchie (voir la situation de la stagiaire). Le recours à une personne extérieure, par exemple les membres des associations spécialisées, peut aider à prendre du recul par rapport à la situation et à l'aborder plus sereinement.

Dans certaines des situations pour lesquelles le GAMS Belgique a été contacté, la personne ressource s'est aperçue que, parfois, les professionnels-les ont davantage besoin d'être écoutés-es et rassurés-es par rapport aux démarches entreprises mais que ceux et celles qui avaient déjà suivi des formations avaient eu les bons réflexes.

7.5.2. EXAMEN MÉDICAL

Lorsqu'un risque a été détecté par une ou un professionnel, si la famille envisage de retourner dans son pays d'origine durant un certain temps ou que l'on pense que l'enfant a été excisée, un examen médical peut être proposé afin de s'assurer que l'enfant est intacte.

Cet examen médical peut mettre les professionnels-les du secteur médical dans l'embarras.

Tout d'abord par rapport au fait-même d'examiner les parties génitales d'une enfant³⁰. En effet, les professionnels-les de la santé ne savent pas toujours comment présenter leur demande aux parents ni comment ceux-ci vont y réagir. De plus, en fonction de l'âge de l'enfant, elles ou ils ne voient pas toujours comment lui présenter cela : si l'enfant n'est plus un nourrisson ni un bébé, il faut envisager la manière de lui présenter les choses. Quels mots choisir ? Comment s'y prendre ? Quels actes poser ?

Une fois que la proposition a été faite, lorsque la demande a été acceptée³¹ par les parents, avant même de procéder à l'examen, il faut s'assurer que les enfants qui sont examinées sont bel et bien les enfants concernées. Ce problème est vite écarté si la ou le médecin qui les examine est leur médecin de référence et qu'elle ou il les connaît bien. Ensuite, encore faut-il que la ou le médecin puisse constater que le sexe de l'enfant est intact. Le sexe d'un nourrisson n'est pas le même que celui d'une enfant, d'une adolescente ou d'une femme. En fonction de la spécialisation du médecin, elle ou il se sentira plus ou moins à l'aise et apte à certifier l'intégrité des organes de l'enfant. En plus de cela, les médecins et le personnel soignant n'ont pas nécessairement une grande expérience des pathologies

vulvaires chez des enfants. Pour un œil non averti, certaines de ces pathologies^{*37} pourraient être identifiées comme une excision.

7.6. CONTRIBUTION DU GRAND PUBLIC DANS LA PRÉVENTION

L'un des premiers enseignements que nous pouvons tirer de l'analyse du recensement est le rôle important joué par la famille et l'entourage familial : dans 14 situations sur 52, ce sont les sources du signalement. Cependant, cela ne peut se faire sans qu'ils n'aient préalablement été informés des risques liés à l'excision et/ou de la loi belge concernant l'interdiction d'exciser (et ses conséquences).

LES RECOMMANDATIONS :

- sensibiliser, informer et former les professionnels-les de la santé à la problématique^{*33} ;
- former les professionnels-les de la santé à aborder la question des MGF avec les familles, et ce dans toutes les circonstances (avec ou sans la présence du partenaire) ;
- être capable, pour un-e professionnel-le de la santé, de confirmer l'intégrité du sexe de l'enfant – ou qu'elles ou ils puissent en référer à quelqu'un pouvant le faire^{*34} ;
- informer les professionnels-les de la santé aux pathologies vulvaires des enfants^{*35}.

LES RECOMMANDATIONS :

- poursuivre l'effort des associations spécialisées concernant l'information au grand public,^{*36} à travers des journées ou de moments « phares » tels que la Journée Internationale de Lutte contre les Mutilations Génitales Féminines (6 février), ou la période précédant les grandes vacances ;
- Informer le grand public au moyen de divers médias et supports – les journaux, des émissions télévisées, des documentaires, des films, etc. – et dans différentes langues.



L'évaluation du risque d'excision pour l'enfant se fait de manière continue à chaque contact avec la famille ou l'enfant, mais elle est indispensable à deux moments-clés : l'accouchement d'une femme excisée et un séjour dans le pays d'origine.

8. ÉVALUATION DU RISQUE

Les critères présentés ici en matière d'évaluation d'un risque d'excision sont à considérer avec réserve. En effet, cette recherche ne prétend pas faire un relevé exhaustif des indicateurs de risque et de non risque. Les éléments listés ci-dessous sont ceux qui ont pu être relevés au travers des entretiens. D'une part, il faut donc les recontextualiser en fonction de chaque situation car ce qui est vrai pour une situation ne le sera pas forcément pour une autre. Par exemple : deux familles originaires du même pays, mais qui ne sont pas issues de la même ethnie n'auront pas forcément le même degré de risque. A cela s'ajoute l'histoire familiale qu'il faut prendre en compte (divergence d'opinion par rapport à la pratique au sein d'une même famille, etc.). Et d'autre part, les indicateurs repris ci-dessous n'écartent pas la nécessité de réaliser un travail de compilation de la littérature existante sur les critères de risque et de non risque.

8.1. INDICATEURS DE RISQUE

Avant de procéder à un signalement, une série de critères devraient permettre d'évaluer le risque.

En débutant leur entretien/consultation, les professionnels-les peuvent chercher à obtenir davantage d'**informations sur la famille** :

- Quel est le taux de prévalence de l'excision dans le pays et la région d'origine de la famille (du côté paternel/du côté maternel) ?
- Est-ce que la mère est excisée ? Est-ce que les sœurs aînées sont excisées ?
- Les parents semblent-ils attachés à la « tradition » ? Valorisent-ils l'excision ?
- Les parents présentent-ils une relation où la femme est placée en situation de forte subordination ? Cela peut notamment se traduire par une plus faible autonomie de la femme : le mari, la famille ou la communauté semblent omniprésents ; la femme ne parle pas une des langues du pays et est, par conséquent, fort dépendante d'un tiers ; etc. Ces éléments ont été soulignés dans la situation de la maternité et celle de la Travel Clinic. Mais ils sont à prendre avec précaution car eux seuls ne peuvent être considérés comme des éléments suffisants.

Il arrive que durant l'entretien, alors que les professionnels-les essaient de sensibiliser et d'informer les deux parents, elles ou

ils ont beaucoup de mal à entrer en contact avec l'un d'entre eux (situations du PSE, de la maternité, de la Travel Clinic).

En plus des indicateurs repris ci-dessus, d'autres éléments, liés davantage à des événements (un départ en vacances, naissance d'une enfant) peuvent être listés. Voici ceux qui ont été mis en avant dans les situations de signalement recensées.

AVANT UN DÉPART EN VACANCES

A. Identification d'un risque

Avant un départ en vacances, les parents sont parfois amenés à entrer en contact avec des professionnels-les de première ligne – médecins des Travels Clinics, personnel de l'ONE, médecins généralistes, etc. – afin de préparer leur départ : par exemple, faire les vaccins pour les enfants, repousser un rendez-vous car ils seront absents durant l'été, etc. Dans d'autres cas de figure, ce sont les enfants qui évoquent leur voyage (en classe par exemple). C'est à ce moment-là, que les professionnels-les (médicaux, enseignement, etc.) doivent être attentifs-ves à certains éléments ou prise de positions des parents ou des enfants.

- Les parents ne semblent pas **conscients des dangers encourus** par leur(s) enfant(s) en cas de retour au pays. Et lorsque la ou le professionnel évoque le travail des associations spécialisées, les parents manifestent peu d'intérêt, voire aucun, pour leur travail (situation de la Travel Clinic) ;
- Lorsqu'une ou un professionnel aborde la question avec eux, **les parents réagissent de manière**

« violente » ou ils coupent court à la conversation (voir situation de la Travel Clinic) ;

- La ou le professionnel sait ou apprend que **la famille est pour l'excision ou qu'elle est proche de personne pro-excision** (voir situation de la Travel Clinic) ;
- Les parents **privilégient le départ d'une fille ou des filles, les garçons restant en Belgique** (voir situation de la Travel Clinic). La ou le professionnel pourrait chercher à se renseigner davantage sur les raisons poussant les parents à agir ainsi : est-ce la première fois que les enfants se rendent dans le pays ? Comment cela s'est-il passé avant ? Quelles sont les « raisons » du départ ? etc.

Une fois qu'un risque a été détecté, certains éléments « contextuels », propres à la situation de la famille, peuvent venir renforcer l'impression qu'il faudrait creuser davantage la question et effectuer un suivi de la famille. Par exemple : La ou le professionnel peut également **se renseigner sur le voyage** :

- **la proximité** – quand la famille va-t-elle se rendre là-bas ? – **et la « certitude » du départ** – les billets sont-ils achetés ? – sont des éléments qui permettent de déterminer le niveau d'urgence et d'informer les professionnels-les sur le temps qui leur reste pour mettre en œuvre des actions et donc le type d'actions qu'elles ou ils peuvent mettre en place ;
- **la durée du séjour** : combien de temps vont-ils rester là-bas ? Chez qui vont-ils séjourner et quelle est la

position des personnes chez qui ils vont séjourner ? Dans la situation de l'ONE, le fait d'apprendre que la mère ne se rendait pas dans son pays d'origine mais que c'est son fils qui viendrait lui rendre visite, a rassuré la TMS ;

- **les démarches entamées** : demande de visa, achat de billets, vaccins,... en vue du départ. Lorsque la grand-mère (voir situation de la grand-mère) a appris que sa fille avait entamé des démarches auprès de l'ambassade, elle a pu les prévenir des conséquences de leurs actes si l'ambassade décidait de délivrer un visa à sa petite-fille.

B. « Suivi » du risque

Une fois que l'attention des professionnels-les a été éveillée et qu'elles ou ils décident de faire de la prévention/sensibilisation au sujet des MGF dans le but de protéger les enfants d'un éventuel risque mais également les parents (les avertir des conséquences qu'ils pourraient avoir à subir en cas de danger « avéré »), d'autres signes peuvent les aider à évaluer le niveau de risque encouru par l'enfant :

- Les parents expriment des **craintes quant aux intentions de la famille** (grands-parents, tantes, etc.) à qui ils vont rendre visite (voir situation de la grand-mère) ;
- Les parents **refusent de dialoguer/collaborer avec les différents-es intervenants-es** : associations spécialisées, « médiateur-trice », etc. (voir la situation de la Travel Clinic) ;

- Si un seul des parents se rend au pays en compagnie de ses enfants, il peut arriver que lorsque la ou le professionnel évoque les conséquences juridiques pour les parents si leur enfant est excisée, l'un d'entre eux **se désolidarise et prétend qu'il/elle ne sera pas inquiété-e** car elle ou il ne sera pas présent-e et qu'elle ou il ne pourra donc pas être considéré-e comme responsable (voir situation de la Travel Clinic) ;
- Lorsqu'un risque a été détecté, les professionnels-les peuvent juger opportun de renforcer l'engagement des parents en leur faisant **signer un engagement sur l'honneur** de ne pas faire exciser leur enfant. Le refus d'un parent de le signer doit toutefois être contextualisé. En effet, dans certains cas, ce refus relève peut-être davantage de l'importance de la parole donnée sur l'écrit ou de l'incompréhension de ce qui est inscrit sur le document (voir situation du PSE) ;
- Après que la ou le professionnel ait informé les parents des risques encourus d'un point de vue médical et juridique, les parents semblent **maintenir leur désir de faire exciser l'enfant** (voir situation de la Travel Clinic).

LORS DE LA NAISSANCE D'UN ENFANT

La naissance est un moment propice pour sensibiliser les parents à certaines thématiques (contraception, risques liés aux grossesses à répétition, etc.). C'en est également un concernant l'excision : en effet, l'arrivée prochaine d'un-e enfant soulève une série de questions sur ce que l'on transmet de sa culture. L'arrivée prochaine d'une petite fille, dans une famille dont la mère est excisée, pose la question quant au maintien de la tradition ou non. Ainsi, dans

deux situations – la maternité et la stagiaire – cette question a émergé à ce moment-là.

- **Les parents s'informent sur la pratique en Belgique, voire ils demandent où la faire.** Lorsque la ou le professionnel évoque le travail des associations spécialisées, les parents manifestent peu d'intérêt, voire aucun, pour leur travail (voir situation de la maternité) ;
- Un tiers se confie à ce sujet (voir situation de la stagiaire).

8.2. LES SIGNES « RASSURANTS »

Après détection d'un risque par les professionnels-les, certains éléments peuvent les aider à réévaluer leur jugement :

LORS DU RENDEZ-VOUS FIXÉ PAR LES PROFESSIONNELS-LES, LES PARENTS :

- s'y rendent et font part (ouvertement) de leur opinion sur la question (voir signalement de la maternité). Cela permet au personnel de l'hôpital de pouvoir réagir à leurs propos, de manière sereine tout en leur fournissant davantage d'informations ;
- demandent à être informés de la loi (notamment par écrit) (voir situation de la Travel Clinic) De manière plus ou moins systématique, les professionnels-les appuient leur sensibilisation sur l'existence de la loi. Ainsi, dans les cas de retour au pays, il est proposé aux parents d'emporter

le passeport STOP FGM rappelant la loi (qui est à présent disponible dans 10 langues) afin de pouvoir appuyer leurs propos et leur position au sein de leur famille – en montrant notamment les risques encourus pour eux, en cas d'excision de leur(s) enfant(s) ;

- expriment leur désir de ne pas faire exciser leur(s) enfant(s). Pouvoir entamer la discussion, au sujet de l'excision, avec les parents, leur permet parfois de prendre conscience de la loi belge, des risques liés à la pratique et de pouvoir, en connaissance de cause, exprimer leur désir de ne pas faire exciser leur(s) enfant(s) (voir situation de la maternité). Dans d'autres situations – celle du PSE et de l'ONE – les parents ont immédiatement fait part de leur désir de ne pas faire exciser leur(s) enfant(s) et ainsi évoqué les raisons qui sous-tendaient leur choix ;
- signent l'engagement sur l'honneur de ne pas faire exciser leur enfant et/ou donnent leur accord pour que leur(s) enfant(s) soi(en)t examinée(s) avant le départ et à leur retour. Comme cela a été expliqué au point précédent, les parents ne sont pas toujours d'accord de signer l'engagement sur l'honneur et ce pour diverses raisons (voir ci-dessus). Par contre, certains acceptent, plus ou moins de plein gré, que leur(s) enfant(s) soient examinée(s) avant et après leur départ – signalement de la Travel Clinic, de l'ONE et du PSE.

LES RELATIONS À L'INTÉRIEUR DE LA FAMILLE ET LEUR ÉVOLUTION :

- Il est déjà arrivé que des enfants assistent, de manière plus ou moins directe, aux entretiens entre leurs parents

et la ou le professionnel. Dans certaines situations, celles de l'ONE et du PSE, elles et ils n'ont pas hésité à poser des questions afin d'être informés. Pour le signalement du PSE, les parents ont été impliqués dans le suivi de leurs enfants : avec l'accord de ces derniers, une séance d'information (EVRAS), à destination des enfants, a été planifiée. Dans celui de l'ONE, la TMS a répondu « synthétiquement » aux questions du fils aîné vivant en Belgique. Dans d'autres situations, comme celle de la grand-mère, la question des MGF est librement discutée au sein de la famille : la grand-mère a informé sa petite-fille de ce que sont les MGF et de leurs conséquences ;

- Certaines et certains professionnels de première ligne connaissent la famille depuis longtemps et/ou effectuent un service à long terme (ONE, PSE, enseignants-es, médecins de famille, etc.). Il leur est parfois plus aisé de percevoir l'évolution au sein de la famille. Dans le signalement de la maternité, la TMS de quartier a ainsi perçu les changements au niveau de la mère qui semblait être de plus en plus indépendante – elle allait suivre des cours de français, elle se familiarisait avec le quartier en promenant l'enfant, etc. – Ces éléments sont liés à une situation particulière, ils sont subjectifs et ne peuvent donc pas être généralisés. Toutefois, des petits signes peuvent être interprétés par les personnes évoluant à proximité de la famille.

Dans certaines situations, pour des raisons familiales, l'enfant a été retirée du milieu à risque (signalement de SOS Enfants). Ainsi, un travail parallèle pourrait avoir lieu avec l'enfant et la famille.



Grâce à la méthode participative de la recherche-action des améliorations ont pu être apportées dans la gestion des signalements au sein des associations spécialisées et des autres institutions du réseau des SC-MGF.

9. EFFETS ET IMPACTS DE LA RECHERCHE- ACTION AU SEIN DU RÉSEAU DES SC-MGF

En s'appuyant sur les premiers résultats communiqués en novembre 2012, lors du colloque d'INTACT, les associations spécialisées ont effectué un double travail de redéfinition des rôles, d'une part, en interne, en leur sein et d'autre part, entre leur deux associations – GAMS et INTACT.

Cette recherche est issue d'une demande du terrain – associations spécialisées, PSE, ONE, hôpitaux, etc. – qui ont dû faire face à un signalement et agir au mieux, en devant parfois tenir compte de délais très courts.

C'est la première fois qu'un recensement des situations de signalement, rapportées aux associations spécialisées, est réalisé en Belgique. Il a permis de mettre en évidence le nombre croissant de signalements, depuis 2012, qui leur parviennent. Ceci permet de pointer la nécessité, pour les différentes actrices et acteurs, d'améliorer leur accompagnement des familles mais également d'établir des lignes directrices communes dans la gestion de telles situations.

Une série d'indicateurs de risque, issus de la pratique des professionnels-les ont pu être pointés ainsi qu'une série de signes « rassurants ».

Avant la fin de la recherche, des modifications tangibles dans l'accompagnement des situations de signalement ont été instaurées au sein des associations spécialisées et des projets connexes ont vu le jour dans le réseau.

9.1. AMÉLIORATION DE LA GESTION DES SIGNALEMENTS AU SEIN DES ASSOCIATIONS SPÉCIALISÉES

Les actions « réussies » et « manquées » des différents signalements, particulièrement ceux de la Travel Clinic et du PSE, ont beaucoup questionné et remis en question les manières d'agir des associations spécialisées – principalement INTACT et le GAMS Belgique. Elles leur ont permis d'une part de prendre du recul par rapport à leur pratique, la manière dont leurs actions et leur accompagnement étaient perçus par les actrices et acteurs de première ligne. Et d'autre part, d'interroger la manière dont elles collaboraient pour la gestion des signalements. Cette recherche leur a ainsi permis de mettre le doigt sur des « zones floues » qui les empêchaient d'agir efficacement.

Avec l'aide du comité de suivi, un des premiers éléments que la recherche-action a permis d'améliorer et de partager a été le document type contenant les informations à recueillir lors de la première prise de contact lors d'un signalement.

Au sein du GAMS, la réflexion a, quant à elle, porté sur la manière d'améliorer la prise en charge des personnes faisant un signalement. Ainsi, les différentes étapes de leur accompagnement ont été arrêtées et systématisées : le formulaire de signalement amélioré et régulièrement complété jusqu'à la clôture de la situation, une pyramide des intervenants-es pour la prise en charge a été arrêtée etc. Cette manière de fonctionner est évolutive et devra encore être revue en fonction de ce qui leur parvient du terrain.

Entre le GAMS et INTACT, de nombreuses discussions ont été menées afin de déterminer le rôle et les limites de chacune des associations, en fonction des niveaux de risque^{*37}. Un document reprenant la marche à suivre en cas d'appel dans l'une ou l'autre association a été rédigé et validé entre les deux équipes.

En 2013, le Collectif liégeois a été amené à gérer des situations de signalement. A l'avenir, cela se produira certainement de plus en plus. Le travail de réflexion mené au sein du GAMS et d'INTACT, notamment quant aux missions et limites de chacun, sera donc partagé avec le CL-MGF.

9.2. LA NAISSANCE D'INITIATIVES AU SEIN DU RÉSEAU

Les ateliers de mars et juin 2012, au cours desquels les premières situations de signalement avaient été restituées et analysées – **le signalement de la Travel Clinic et du PSE** –, ont donné naissance, à l'initiative d'un médecin d'un PSE, à un groupe de réflexion sur l'amélioration de la prévention des MGF au sein de PSE de la ville de Bruxelles. Les éléments de réflexions apportés par ce groupe ont été à la base d'une série de projets discutés au sein du Comité de Concertation Opérationnel des SC-MGF : la création d'une carte mondiale des prévalences des MGF, la constitution d'un 'kit de prévention en cas de voyage au pays', l'amélioration du 'passport STOP MGF' rappelant la loi, etc.

En 2012, des sages-femmes d'une maternité bruxelloise, qui avaient suivi la formation du GAMS quant à la prise en charge de femmes mutilées lors d'un accouchement, ont constitué un protocole de prise en charge et de sensibilisation des familles adapté au fonctionnement de leur hôpital^{*38}.

En 2013, l'asbl INTACT a pris contact avec les commissions maltraitances afin de partager les réflexions et le travail mené par le GAMS Belgique et INTACT quant à la constitution d'un protocole de prévention et de protection des enfants à risque de MGF. Fin mai 2013, une rencontre a ainsi eu lieu avec la commission de Nivelles et, fin septembre 2013, avec celle du Hainaut. D'autres réunions sont programmées avec les autres commissions maltraitances en 2014.

Suite à la présentation faite à la commission maltraitance de Nivelles, un groupe de juristes a décidé de se pencher sur les actions autres que le placement des enfants que le juge de la jeunesse pourrait prendre en cas de signalement, en extrême urgence. La commission maltraitances de Nivelles a également demandé à obtenir la seconde édition du cadre de référence pour l'analyse et l'action des SC-MGF afin que chaque membre puisse en avoir une à sa disposition.



Cette étude renforce le réseau des SC-MGF dans son approche et dans l'intérêt de mener des recherches-actions au sein du secteur associatif.

10. LIMITES ET FORCES DE L'ÉTUDE

10.1. LIMITES

Les outils sur lesquels s'est appuyée cette étude relèvent des méthodes qualitatives et sont donc tributaires des inconvénients qui y sont liés.

Premièrement, l'étude ne prétend pas être exhaustive. L'équipe de recherche est consciente de ne pas avoir recensé toutes les situations de signalement pour un risque de MGF en Belgique francophone : les premières données que nous avons remontent à 2009. Il y a sans doute eu des signalements auparavant mais nous n'en avons pas de trace, soit parce que cela n'a pas été consigné par écrit, soit parce que les situations à risque n'étaient pas reconnues. En effet, ce n'est que récemment, grâce au travail d'information et de sensibilisation des associations que des professionnels les signalent des situations à risque.

Deuxièmement, nous sommes également conscientes – bien que nous ayons contacté différentes associations et institutions –

que les personnes qui ont été interrogées auront été très probablement d'une manière ou d'une autre orientées vers l'une des trois associations –GAMS Belgique, INTACT, CL-MGF – soit par une tierce personne, soit parce qu'elles avaient déjà été sensibilisées à la thématique. Cela peut constituer un biais, notamment par rapport à la manière dont elles ont réagi et traité les MGF.

Troisièmement, comme signalé ci-dessus, la qualité de la récolte des données dépend fortement de la mémoire des actions et des étapes entreprises lors du signalement. Selon la période de temps séparant le moment où la situation a été signalée et celui de l'entretien, les souvenirs seront plus ou moins précis et détaillés^{*39}.

Quatrièmement, au biais de la mémoire s'ajoute celui de la difficulté à joindre les actrices et acteurs.

Après avoir sélectionné les signalements, il a fallu retrouver les coordonnées des personnes intervenues dans les situations en question : tous les contacts n'ont pas été notés de manière durable^{*40}. Cela explique en partie le fait que tous les signalements sélectionnés n'ont pas pu être analysés en profondeur.

Cinquièmement, il a été décidé de ne pas interviewer les membres des familles qui ont fait l'objet d'un signalement – à l'exception des situations où un-e membre de la famille a été à l'origine d'un signalement. Ce choix a été pris devant la difficulté à joindre les

familles et suite aux relations tendues qui ont pu résulter de la prise en charge de certains signalements (voir la situation de la *Travel Clinic*). Cette absence se ressent très fortement dans les analyses : en effet, il n'y a aucun élément sur la manière dont les familles ont vécu la prise en charge, les impressions qu'elles ont eues lors de la sensibilisation, leurs réactions face à la demande d'examiner leur(s) enfant(s), etc.

Sixièmement, parmi les signalements recensés, il n'y a aucune situation de « suspicions d'excision ». Au lancement de la recherche-action, deux situations avaient été classées dans les « suspicions d'excision » : elles se sont révélées être des « faux positifs ». L'une d'entre elles avait toutefois été sélectionnée pour la recherche-action mais elle s'est avérée être trop ancienne (2009) : les

Les 4 signalements pour suspicion d'excision se sont révélés être des « faux positifs ». Il s'agissait d'autre chose qu'une excision : coalescence des petites lèvres, abus sexuel, erreur d'appréciation du médecin lors de l'examen clinique.

biais de mémoire et de la difficulté à joindre les acteurs-trices, nous ont empêchées d'explorer ce signalement plus avant. En 2012-2013, deux nouvelles situations de suspicion d'excision ont été signalées. Après analyse, elles se sont également révélées être des faux positifs. Il serait, cependant, intéressant de pouvoir réaliser des entretiens avec les personnes intervenues sur l'un de ces signalements.

10.2. LES FORCES DE L'ÉTUDE

C'est la première fois qu'un tel recensement est effectué en Belgique. Cela a permis de mettre à jour la nécessité d'effectuer un meilleur enregistrement des situations de signalement par les associations spécialisées mais également par les organismes/institutions susceptibles de recueillir un nombre minimum d'éléments afin de « cerner les signalements ». Il a été décidé que le recensement se fera dorénavant en continu de manière prospective, cela permettra d'améliorer la qualité des données et d'avoir un état des lieux sur les signalements actualisé.

Les forces de cette recherche découlent également de la méthode qui a été choisie, c'est-à-dire une recherche-action.

- Le processus a donc été participatif – deux études de cas ont été analysées lors des ateliers des SC-MGF de mars et mai 2012 avec les actrices et acteurs du terrain. Une session de validation des résultats préliminaires a ensuite été organisée en novembre 2012 avant la première présentation en public. La participation de représentants de communautés africaines a permis de compenser le manque de répondants issues des familles concernées et compléter l'analyse ;
- Depuis le lancement de la recherche, les associations spécialisées se sont mises d'accord sur un certain nombre de points afin d'avoir un meilleur accompagnement de ces situations (voir point 9). La recherche a donc permis d'améliorer la gestion des signalements, elle va également contribuer à nourrir la proposition de lignes directrices pour la prévention et la protection des filles et femmes à risque d'excision en Belgique francophone.

11.

CONCLUSIONS

En conclusion, cette recherche-action sur les situations de signalement au sein du réseau des SC-MGF, première du genre, a permis d'avoir un recensement des signalements qui sont arrivés dans les associations spécialisées. On note une augmentation des cas à partir de 2012 qui peut s'expliquer par les campagnes de sensibilisation et formation menées de manière intensive depuis 2012 auprès des différents secteurs (ONE, PSE, SAJ,...). Au 30 juin 2013, on notait déjà plus de signalements que pour toute l'année 2012 (21 contre 15 en 2012).

Les sept études de cas – via des entretiens approfondis avec les actrices et acteurs impliqués – ont permis de mettre en évidence des enjeux importants qu'il faudra surmonter pour améliorer l'accompagnement des familles : la communication avec les familles et entre professionnels-les, la coordination des actrices et acteurs et l'existence de lignes directrices, l'accompagnement des familles à risque sur le long terme, le rôle des communautés dans la perpétuation de la pratique, la formation des professionnels-les pour mieux appréhender la problématique, la sensibilisation du grand public et son rôle dans la prévention. Les études de cas ont permis de mettre en lumière des indicateurs de risque pour aider les professionnels-les à détecter des situations à risque mais également à reconnaître les signes rassurants ; le but ultime des professionnels-les étant de renforcer la capacité des parents à protéger leur(s) enfant(s) de l'excision.

De par son devis, une recherche-action, cette recherche a permis l'implication des actrices et acteurs de terrain à différentes étapes de la recherche (analyse des études de cas, validation des résultats, formulation des recommandations). L'analyse des études de cas a permis des améliorations dans la gestion des signalements au sein des institutions. Cette expérience renforce les SC-MGF dans son approche et dans l'intérêt de mener des recherches-actions au sein du secteur associatif. Le réseau des SC-MGF espère que ces résultats seront utiles pour l'élaboration de lignes directrices pour les professionnels-les prenant en charge les signalements de MGF.

CHAPITRE 12

RÉFÉRENCES

1. OMS, Eliminer les mutilations sexuelles féminines: Déclaration interinstitutions HCDH, OMS, ONUSIDA, PNUD, UNCEA UNESCO, UNFPA, UNCHR, UNICEF, UNIFEM, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 2008.
2. AMY J.J. et RICHARD F., 2009, « Mutilations génitales féminines : les reconnaître, les prendre en charge (1^{ère} partie) », Gunaikaia, vol. 14, n.4, p. 99.
3. YODER P.S., KHAN S., 2007, Numbers of women circumcised in Africa : The production of a total, Macro International Inc., Calverton.
4. SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement et GAMS Belgique, 2011, Mutilations Génitales Féminines : guide à l'usage des professions concernées, Bruxelles, chapitre 3, p. 43.
5. BEHRENT A., MORITZ S., 2005, « Posttraumatic Stress Disorder and Memory Problems After Female Genital Mutilation », AM J Psychiatry, 162, 1000-1002.
6. VLOEBERGHES E., KNIPSCHEER J., VAN DER KWAAK A., NALEIE Z., VAN DEN MUIJSENBERGH M., 2011, Veiled pain : A study in the Netherlands on the psychological, social and relational consequences of female genital mutilation, Foundation Pharos, Utrecht.
7. KIZILHAN J.I., 2011, « Impact of psychological disorders after female genital mutilation among Kurdish girls in Northern Iraq », European Journal of Psychiatry, vol. 25, n2, pp. 92-100.
8. HIRSI I., DHIRIE S., YUSSUF S. M., 2013, Somali Women's Health and FGM MWIA Report : Undertaken on behalf of FORWARD, Changing Lives, Luton.
9. Parlement européen, 2009, Lutte contre les mutilations sexuelles féminines pratiquées dans l'UE, Résolution du 24 mars 2009 (2008/2071(INI))
10. LEYE E., DEBLONDE J., 2004, La législation belge en matière de Mutilations Génitales Féminines et l'application de la loi en Belgique, International Center for Reproductive Health (ICRH), Publication No. 9.
11. DUBOURG D., RICHARD F., 2010, Etude de prévalence des femmes excisées et des filles à risque d'excision en Belgique, Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, Bruxelles.
12. LEYE E., YSEBAERT I., DEBLONDE J., CLAEYS P., VERMEULEN G., JACQUEMYN Y., TEMMERMAN M., 2008, « Female Genital Mutilation: knowledge, attitudes and practices of Flemish Gynaecologists », The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 13:2, 182-190.
13. GGOLFB, 2009, Croyances, traditions et délivrances des soins médicaux. Rapport du groupe de travail Éthique et économie: Gynécologie-obstétrique et multiculturalité, GGOLFB, Bruxelles.
14. DIELEMAN M., 2010, Excision et Migration en Belgique francophone, Rapport de recherche de l'Observatoire du sida et des sexualités pour le GAMS Belgique, GAMS Belgique, Bruxelles.
15. DIELEMAN M., 2010, Excision et Migration en Belgique francophone, Rapport de recherche de l'Observatoire du sida et des sexualités pour le GAMS Belgique, GAMS Belgique, Bruxelles.
16. DIELEMAN M., RICHARD F., MARTENS V., PARENT F., décembre 2009, Les Stratégies concertées de lutte contre les mutilations sexuelles féminines: Un cadre de référence pour l'action en Communauté française de Belgique, GAMS Belgique, Bruxelles.
17. MARTENS V., PARENT F. et al., décembre 2006, Stratégies concertées du secteur de la prévention des IST/SIDA en Communauté française 2007-2008, Observatoire du sida et des sexualités (FUSL), Bruxelles.
18. DIELEMAN M., 2010, Excision et Migration en Belgique francophone, Rapport de recherche de l'Observatoire du sida et des sexualités pour le GAMS Belgique, GAMS Belgique, Bruxelles. Op cite.
19. DE BROUWERE M., RICHARD F., DIELEMAN M., 2013, Stratégies Concertées de lutte contre les mutilations génitales féminines. Un cadre de référence pour l'analyse et l'action en Fédération Wallonie-Bruxelles, GAMS Belgique, Bruxelles, 2e édition : p. 46
20. KAISER M., BEN MASSOUD S. (avocats Xirius), 2011, Etude relative aux obstacles juridiques au dépistage des MGF dans le cadre scolaire – Proposition et recommandation sur la faisabilité d'un moyen de prévention de MGF dans le cadre scolaire ou du suivi par l'ONE, Etude commanditée par INTACT, Bruxelles.
21. NERAUDAU E., VAN DER PLANCKE V., 2011, Pratique du CGRA en cas de reconnaissance du statut de réfugié sur la base du risque de mutilations génitales féminines : contrôle médical annuel et sanctions éventuelles, Etude commanditée par INTACT, Bruxelles.
22. JANSSEN C., WINTGENS K., 2011, La protection des victimes potentielles de mutilations génitales féminines en droit belge au regard des droits fondamentaux, Etude réalisée par le Service Droit des Jeunes-Namur, Namur.
23. DIELEMAN M., 2010, Excision et Migration en Belgique francophone, Rapport de recherche de l'Observatoire du sida et des sexualités pour le GAMS Belgique, GAMS Belgique, Bruxelles.
24. EIGE, 2013, Female genital mutilation in the European Union and Croatia: Report, European Union, Belgium.
25. PIJPERS F.I.M., EXTERKATE M., JAGER (de) M., 2011, Point de vue prévention des mutilations génitales féminines (MGF) par les services de santé pour la jeunesse, RIVM-rapport 295001017, Ministère de la Santé Publique, du Bien-être et des Sports, rapport traduit du néerlandais vers le français par BOULENGER D., relecture et édition de la traduction par RICHARD F., GAMS Belgique, mai 2012.
26. ROYAL COLLEGE OF NURSING, 2006, Female genital mutilation : An RCN educational resource for nursing and midwifery staff, Royal College of Nursing, London.
27. BRITISH MEDICAL ASSOCIATION (BMA), 2006, Female Genital Mutilation Caring for patients and child protection : Guidance from the British Medical Association, British Medical Association, UK.
28. LONDON SAFEGUARDING CHILDREN BOARD, 2007, Safeguarding children at risk of abuse through female genital mutilation, The London Safeguarding Children Board, London.
29. HM Government, 2011, Multi-Agency Practice Guidelines: Female Genital

CHAPITRE 13

NOTES

- Mutilation, HM Government, UK.
30. HUGON M-A., SEIBEL C., 1988, Recherches impliquées, Recherches action : Le cas de l'éducation, De Boeck Université, Belgique, p. 13.
31. DUBOURG D., RICHARD F., 2010, op. cit.
32. OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO, (2008: cited 2012 November) Eliminating female genital mutilation. An interagency statement [Online]. World Health Organization. Available from: URL http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596442_eng.pdf
33. PIJPERS F.I.M., EXTERKATE M., JAGER (de) M., 2011, Point de vue prévention des mutilations génitales féminines (MGF) par les services de santé pour la jeunesse, RIVM-rapport 295001017, Ministère de la Santé Publique, du Bien-être et des Sports, rapport traduit du néerlandais vers le français par BOULENGER D., rapport traduit du néerlandais vers le français par BOULENGER, D. relecture et édition de la traduction par RICHARD F., GAMS Belgique, mai 2012.
- *1. Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Centrafrique, Côte d'Ivoire, Djibouti, Egypte, Ethiopie, Erythrée, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée Bissau, Kenya, Libéria, Mali, Mauritanie, Niger, Nigeria, Ouganda., Sénégal, Sierra Leone, Somalie, Soudan, Tanzanie, Tchad et Togo.
- *2. Yémen, Emirats Arabes Unis, Sultanat d'Oman.
- *3. Voir notamment la Déclaration universelle des droits de l'Homme (1948), Convention européenne de sauvegarde des Droits de l'Homme et des libertés fondamentales (1950), le Pacte International relatif aux droits civils et politiques adopté (1948), le Pacte International relatif aux droits économiques, sociaux et culturels adopté (1966), la Convention des Nations Unies contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains et dégradants de 1984, la Convention sur l'élimination de toute forme de discrimination à l'égard des femmes de 1979 et la Convention internationale des Droits de l'Enfant de 1989.
- *4. La Convention de Genève relative au statut de réfugié définit à l'article A. 1^{er} §2 le terme « réfugié » toute personne craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays; ou qui, si elle n'a pas de nationalité et se trouve hors du pays dans lequel elle avait sa résidence habituelle à la suite de tels événements, ne peut ou, en raison de ladite crainte, ne veut y retourner.
- *5. En février 2013, les Stratégies Concertées se sont dotées d'un nouvel organe : le comité de concertation opérationnel (CCO), composé des trois associations spécialisées – CL-MGF, GAMS et INTACT. Ce comité a pour but de stimuler et de coordonner la mise en œuvre des activités de terrain prévues dans le plan d'action des SC-MGF (élaboration d'outils communs, organisation d'ateliers thématiques, planification des formations, etc.). Il pilote actuellement le réseau des SC-MGF.
- *6. Cette recommandation est formulée comme suit dans le Plan d'Action National de lutte contre la violence entre partenaires, et d'autres formes de violences intrafamiliales 2010-2014 : OS II.c.2.2. Obtenir, sur base concertée, un consensus sur les procédures les plus adéquates pour identifier les enfants à risque de MGF et les enfants victimes de MGF. Elle comporte 4 mesures : 1) concertation menée sur l'approche en terme de suivi avec l'ensemble des acteurs concernés ; 2) Inviter le Conseil Supérieur de la promotion de la santé à émettre un avis sur la politique de prévention à conduire en la matière, notamment en ce qui concerne la sensibilisation des professionnels, des procédures de dépistage des situations à risque et le secret professionnel ; 3) Etablir à destination des consultations pour enfants des recommandations relatives à la prévention et au dépistage des situations à risque ; 4) Etudier la possibilité de développer un système d'alerte dans l'hypothèse où un enseignant, un éducateur, un membre du personnel médical ou un travailleur social détecte une situation à risque (pp. 35-36).
- *7. Ceci est toujours valable en 2013.
- *8. Début 2013, le GAMS Belgique et INTACT ont cependant pu recruter chacun une collaboratrice néerlandophone pour les activités en Flandre. Une antenne du GAMS Belgique est ouverte depuis le 1^{er} mars à Anvers et INTACT effectue des consultations juridiques à la demande en Flandre.
- *9. Les contacts ont été fournis par le GAMS Belgique, INTACT ou le CL-MGF.
- *10. L'analyse portant sur les stratégies et actions mises en place et non sur le déroulement de la pensée. Il n'est donc pas capital de retranscrire les entretiens dans leur intégralité. Les retranscriptions partielles ont été renvoyées aux actrices et acteurs pour validation de leurs propos.
- *11. Pour le cas de la Travel Clinic, le récit a été raconté par la médecin de la Travel Clinic, INTACT et le GAMS. Pour le cas du PSE, le déroulement des séquences a été reconstitué à partir des témoignages de la médecin du PSE, d'INTACT et du GAMS.

- *12. Dans la région de Bruxelles-Capitale, le Juge de la Jeunesse peut placer les enfants pour une période de 30 jours maximum, renouvelable une fois. En Wallonie, le placement s'effectue pour une période de 14 jours, renouvelable une fois.
- *13. Il sera fait référence au Service de Promotion à la Santé à l'École, en terme de « le PSE ». Lorsqu'on évoquera une/la PSE, cela désignera une employée d'un PSE.
- *14. PSE : visites obligatoires : 1re, 3e maternelle, 2e et 4e (que la vue et/ou l'audition), 6e primaire, 2e et 4e secondaire. L'examen des tout-petits est externe (sensoriel). Il est toujours possible de faire des examens « sélectifs ». Visites médicales scolaires programmées (en classe 2/an + visite médicale) pour la 3e maternelle + visites médicales pour les primo-arrivants-tes extra-communautaires.
- *15. Op. cit. : Activité transversale (1.1., 4.2., 7.2.) – Réaliser un livret d'information, de prévention et de prise en charge et assurer sa diffusion sur l'ensemble du territoire – ainsi que l'activité transversale (1.7., 3.7., 4.10., 5.7. et 6.6.) – Concevoir, diffuser et former les professionnels-les aux outils et méthodes pour aborder la question du respect de l'intégrité en fonction des âges des filles à risque de MGF.
- *16. Il s'agit d'un document élaboré par l'asbl INTACT rappelant ce que sont les MGF, la loi belge en la matière et les obligations des parents. Depuis juillet 2013, ce document existe en 10 langues et contient le sceau des Affaires étrangères, de la Justice et de la Santé. Les professionnels-les le procurent aux parents qui retournent dans leur pays pour des vacances.
- *17. Outil développé par le GAMS Belgique dans lequel l'intégrité de l'enfant a été constatée par un-e médecin et inscrite dans le document. La ou le médecin examinera l'enfant à son retour afin de certifier l'intégrité de ses organes. Le certificat s'accompagne généralement d'un engagement sur l'honneur signé par les parents à ne pas exciser leur(s) enfant(s).
- *18. Op. cit. : Activité transversale (10.2., 14.3.) – Elaborer et diffuser un arbre décisionnel auprès des professionnels-les concernés-es.
- *19. Pour avoir plus d'information consulter la rubrique « terrain » du site des SC-MGF : <http://www.strategiesconcertees-mgf.be/> ; publication du mois d'août 2013.
- *20. Op. cit. : Activité (4.4.) – Encourager les gynécologues à évoquer les MGF dans l'anamnèse, à examiner les organes génitaux lors d'une des premières consultations et à mentionner les données récoltées dans le dossier du patient-de la patiente (en vue d'un enregistrement des cas) ; (5.1.) – Sensibiliser les services de médecin scolaire (PSE/PMS) au rôle qu'ils peuvent jouer en matière de diagnostic, de prévention et de signalement (si nécessaire) des MGF et au sujet des possibilités de collaboration avec d'autres services (GAMS, SAJ, SPJ).
- *21. Op. cit. : Activité transversale (4.8., 5.5. et 7.3.) – Informer les professionnels-concernés-es au sujet de la loi relative aux MGF.
- *22. Op. cit. : Activité transversale (1.8, 4.14 et 6.10.) – Améliorer l'accès et/ou systématiser le recours aux traductions et à la présence d'interprètes.
- *23. Op. cit. : Activité transversale (6.1., 9.1. et 10.1.) – Organiser une formation des professionnels-les en contact avec le public cible et en particulier des travailleurs-euses dans les structures d'accueil pour demandeurs et demandeuses d'asile.
- *24. Se référer à l'activité transversale : (1.4., 4.7., 9.2., 14.2.) – Sensibiliser les professionnels-les concernés-es aux missions et au travail des organismes adéquats – reprise dans la 2e édition de la brochure Stratégies Concertées de lutte contre les mutilations génitales féminines. Cadre de référence pour l'analyse et l'action en Fédération Wallonie-Bruxelles 2013.
- *25. Op. cit. : Activité transversale (5.8., 6.7, 7.4. et 14.4) – Former des actrices-relais de manière continue, dans les différentes institutions, à la prise en charge d'un cas de MGF (médecins généralités, gynécologues, sages-femmes, juristes, psychologues, SAJ, police, SOS Enfants, pédiatres, TMS, relais communautaire, puériculteurs-trices, enseignants-es).
- *26. Cette activité est reprise dans le cadre de référence pour l'analyse et l'action en Fédération Wallonie-Bruxelles : Organiser un meilleur suivi médical de l'enfant dans le temps en améliorant la coordination et la collaboration entre ONE et PSE/PMS et entre les services PSE/PMS. (5.4.)
- *27. Op. cit. : Sensibiliser les acteurs et actrices des secteurs communautaires, culturels, associatifs et religieux (dont : exécutif des musulmans et des autres religions) à la problématique des MGF (2.1.) et Mettre en œuvre une collaboration entre le GAMS et l'Exécutif des musulmans de Belgique (2.3.).
- *28. Activités reprises dans le cadre de référence pour l'analyse et l'action en Fédération Wallonie-Bruxelles : Former des femmes relais au sein des communautés pour qu'elles puissent diffuser l'information sur les MGF (3.4.) et Organiser des activités de prévention, de sensibilisation et d'information sur les MGF à l'attention des hommes des communautés concernées (3.5.).
- *29. Op. cit. : Former des actrices et acteurs communautaires à la prévention des MGF (2.2.).
- *30. Cette activité est formulée ainsi dans le plan d'action des SC-MGF : Encourager les gynécologues à évoquer les MGF dans l'anamnèse, à examiner les organes génitaux lors d'une des premières consultations et à mentionner les données récoltées dans le dossier de la patiente (en vue d'un enregistrement des cas). (4.4.)
- *31. Jusqu'à présent, les professionnels-les n'ont pas été confrontés-es à un refus d'examen par les parents. Le signalement de la Travel Clinic est celui qui se rapproche le plus de cette possibilité. Toutefois, l'intervention du SAJ a été un élément clé pour que les parents donnent leur autorisation à l'examen des enfants avant le départ et à leur retour. Il serait donc bon que les actrices et acteurs du réseau se penchent sur la question: que faire si un parent refuse l'examen médical de son enfant ? Quelles lignes directrices suivre ? Est-ce que chaque institution décide en son sein d'une manière d'agir ou est-ce que cela se fait de manière transversale, peut importe l'institution ?
- *32. Par exemple : Coalescence (réunion naturelle ou pathologique) des bords des petites lèvres issue d'une irritation chronique de la vulve due à un manque d'hygiène ; Lichen scléreux : pathologie beaucoup plus rare pouvant entraîner la quasi disparition des petites lèvres et la coalescence du capuchon et du clitoris, avec accumulation de produits de sécrétion des glandes sébacées sous le prépuce. Cela pourrait être confondu avec un kyste d'inclusion épidermique ; Strangulation du clitoris du nourrisson provoquée par un cheveu de la personne s'occupant de lui ; Traumatisme de la vulve pouvant conduire à une ablation accidentelle du clitoris. Mais dans ce cas-là, le diagnostic différentiel n'est pas problématique. (SPF Santé publique 2011 : p. 95)
- *33. Le cadre de référence pour l'analyse et l'action en Fédération Wallonie-Bruxelles évoque ces activités : Organiser des réunions d'information avec

les professionnels-les concernés-es (4.3.) ; Intégrer la problématique des MGF dans la formation initiale des professionnels-les de la santé (dont : sexologues, psychologues, A.S., éducateurs-trices, conseillers-ères conjugaux-ales, médiateurs-trices, TMS). (1.10., 4.17., 5.11., 6.12., 7.5.) ; Intégrer la problématique des MGF dans la formation continue des professionnels-les de la santé (dont : sexologues, psychologues, A.S., éducateurs-trices, conseiller-ères conjugaux-ales, médiateurs-trices, TMS). (1.11., 4.18., 5.12., 7.6.)

*34. Activité (1.5.) – Constituer un réseau de médecins généralistes et de gynécologues référents-es et en informer les professionnels-les concernés-es – et (14.1.) – Préparer et mettre en œuvre un réseautage de professionnels-les, formés-es et spécialisés-es dans la prise en charge des situations de mutilation (diagnostic, conseil, orientation, traitement) – de la brochure.

*35. Cela correspond à l'activité transversale (4.1., 7.1.) – Améliorer les connaissances et les compétences des MG, pédiatres, gynécologues, infirmiers-ères et sages-femmes sur la problématique des MGF – ainsi que l'activité (5.2.) – Encourager et former les médecins de l'ONE et des services de médecine scolaire (PSE) à pratiquer l'examen génital des enfants des deux sexes – développées dans la brochure : Stratégies Concertées de lutte contre les mutilations génitales féminines. Un cadre de référence pour l'analyse et l'action en Fédération Wallonie-Bruxelles 2013.

*36. Op. cit. : Objectifs 12 et 13.

*37. Cette échelle de risque se base sur celle déterminée par le protocole hollandais : niveau 0 : pas de risque ; niveau 1 : Risque possible ; niveau 2 : Risque réel ; niveau 3 : Suspicion de MGF pratiquée ; niveau 4 : MGF constatée. In PIJPERS F.I.M., EXTERKATE M., JAGER (de) M., 2011.

*38. Pour plus d'information, se reporter à l'interview « terrain » de P. Neiryck sur le site des SC-MGF : <http://www.strategiesconcertees-mgf.be/category/terrain/>

*39. Lors d'un des entretiens, réalisé en juillet 2012, concernant une situation traitée en avril 2012, la personne interviewée faisait remarquer qu'elle ne pouvait pas se souvenir de tous les détails et qu'elle était par conséquent heureuse d'avoir pris des notes. Sachant que certains des signalements retenus datent de 2010, il y a de fortes chances que les chercheuses doivent

tenir compte du biais de la mémoire.

*40. Certains contacts ont été pris lors d'un colloque, d'une discussion en aparté ou d'une formation. Ils n'ont pas toujours pu être retrouvés.

*41. Ces informations ont été communiquées par le CL-MGF.

*42. Ces informations ont été communiquées par le GAMS Belgique.

*43. Ces informations ont été communiquées par l'asbl INTACT.

*44. Ces informations ont été communiquées par une représentante du DGDE.

*45. Source : site internet, consulté le 25 juillet 2013, à l'adresse URL : <http://www.studyrama.be/spip.php?article562>

*46. Ces informations ont été communiquées par SOS Enfant, via l'ONE.

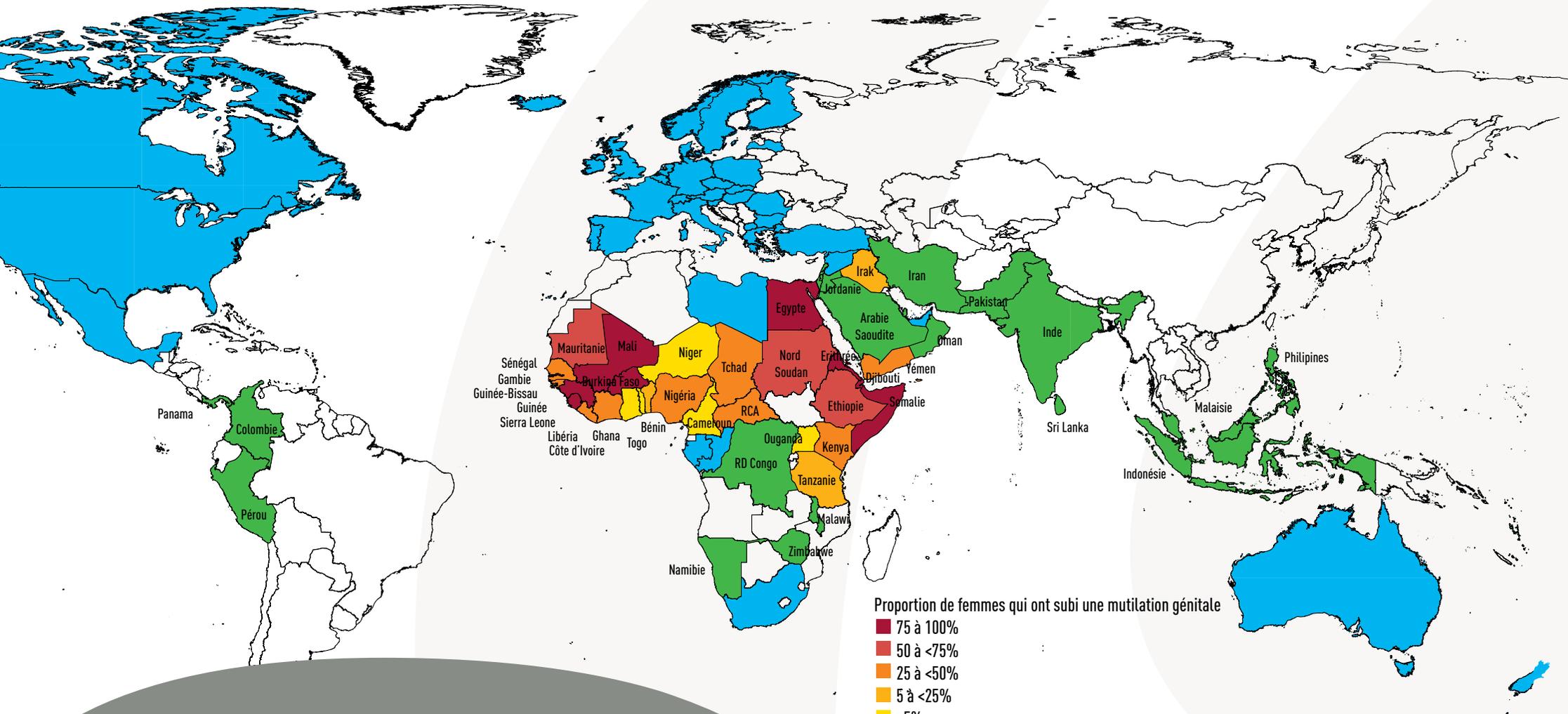
*47. Ces informations ont été communiquées par l'ONE.

*48. Ne sont présentées ici que les missions des PMS relatives à la promotion de la santé. Source : site de l'enseignement de la Fédération Wallonie-Bruxelles, consulté le 25 juillet 2013 à l'adresse URL : <http://www.enseignement.be/index.php?page=25423>

*49. Source : site de la Fédération Wallonie-Bruxelles, consulté le 25 juillet 2013. URL : <http://www.federation-wallonie-bruxelles.be/index.php?id=241>.

*50. Source : site de la justice belge consulté le 26 août 2013 : www.justice.belgium.be

*51. Ces informations ont été communiquées par l'ONE.



ANNEXE 1

PRÉVALENCE DES MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES DANS LE MONDE

Tableau 1 :

Taux de prévalence des MGF par pays selon les dernières études DHS disponible (femmes de 15-49 ans) au 30 juin 2013

Source : études DHS et MICS

Pays	Prévalence % 15-49 ans	Pays	Prévalence % 15-49 ans
Bénin	12,9	Mali	85,2
Burkina Faso	75,8	Mauritanie	72,2
Cameroun	1,4	Niger	2,2
Côte d'Ivoire	38,2	Nigéria	30,0
Djibouti	93,1	Nord Soudan	69,4
Egypte	91,1	Ouganda	1,4
Erithrée	88,7	Rép. Centrafricaine	35,9
Ethiopie	74,3	Sénégal	25,7
Gambie	78,3	Sierra Leone	88,3
Ghana	3,8	Somalie	97,9
Guinée	95,6	Tanzanie	14,6
Guinée-Bissau	44,5	Tchad	44,2
Irak	8,1	Togo	3,9
Kenya	27,1	Yémen	38,2
Libéria	45,0		

ANNEXE 2

PRÉSENTATION DES DIFFÉRENTS ORGANISMES ET INSTITUTIONS

3.1, ASSOCIATIONS SPÉCIALISÉES SUR LES MGF

En Belgique, il existe trois associations spécialisées reconnues qui travaillent sur la problématique des mutilations génitales féminines.

2.1.1. COLLECTIF LIÉGEOIS DE LUTTE CONTRE LES MGF (CL-MGF)^{*41}

Le Collectif liégeois de lutte contre les MGF est un collectif rassemblant des particuliers-ères et des professionnels-les qui s'intéressent à la problématique des MGF. En 2011, le Centre de Planning Familial Louise Michel, a obtenu des subventions de la Communauté française et du Service Public de Wallonie pour faire

de la sensibilisation sur les MGF auprès de la population liégeoise. C'est de ce sous-groupe subventionné, issu du mouvement militant du Collectif liégeois, dont il est question dans la recherche.

Leurs objectifs sont :

- Faire connaître les MGF et lutter pour leur abolition ;
- En limiter les conséquences en matière de santé physique, psychologique, sexuelle et reproductive ;
- Proposer aux communautés qui y sont particulièrement exposées la possibilité d'obtenir un soutien, une prise en charge ou d'être orientées vers les structures adéquates ;
- Mener des actions d'information et de sensibilisation autour de cette problématique.

Leurs actions sont :

- une permanence d'accueil, accessible à toutes et tous, qui est autant un espace de parole qu'un relais vers des consultations psycho-juridico-médico-sociales ;
- des consultations médicales, psychologiques, sociales et juridiques, spécialisées dans la prise en charge globale du public concerné ;
- un espace collectif appelé « Atelier Femmes » accessible aux femmes concernées directement ;
- la formation des professionnels-les de la santé et des intervenantes et des intervenants psycho-juridico-médico-sociaux à la prévention des MGF ;

- la sensibilisation des professionnels-les concernés-es aux missions et au travail des organismes adéquats pour leur permettre d'orienter, de référer les femmes et les fillettes et d'obtenir des informations en cas de questionnement sur une MGF ;
- la création d'un réseau de personnes-relais sur Liège autour de la problématique ;
- la création et la diffusion d'outils pédagogiques, de brochures, de dépliants et la réalisation d'animations, d'actions d'information et de sensibilisation destinées à un large public (écoles, associations, etc.) et des femmes victimes de MGF.

CONTACT
STÉPHANIE COPPÉE, MANON
DELVAUX ET SAMIA YOUSOUF
RUE DES BAYARDS, 45
4000 LIÈGE
TÉL : +32 (0)4 228 05 06
GSM : +32 (0)472 23 03 12
E-MAIL : MGFLIEGE@LIVE.BE
SITE : WWW.MGFLIEGE.BE

Depuis 2012, le Centre de Planning Familial des Femmes Socialistes Prévoyantes de Liège, membre du CL-MGF, a également obtenu des subventions pour développer des activités spécifiques pour les femmes excisées.

3.1.2. GAMS*⁴²

Le GAMS Belgique, créé en 1996, est un groupe d'hommes et de femmes africains et européens qui lutte pour l'abolition des mutilations génitales féminines.

L'association organise des activités de sensibilisation auprès des communautés concernées, des séances d'information et de formation auprès des professionnels-es, ainsi qu'un plaidoyer au niveau national et international en faveur de l'abolition des mutilations sexuelles. Le GAMS soutient les démarches individuelles des victimes des mutilations en les guidant vers les services appropriés (services de santé, aide juridique...) et propose depuis 2009 des consultations psychologiques individuelles et des ateliers en groupe.

Au niveau national, le GAMS Belgique est à l'initiative du Réseau des Stratégies concertées de lutte contre les mutilations génitales féminines (www.strategiesconcertees-mgf.be) qui rassemble des professionnels-es des différents secteurs et favorise le travail en réseau. Le GAMS a également encadré l'écriture du guide belge sur les MGF à l'usage des professions concernées.

Au niveau européen, le GAMS Belgique est le partenaire belge de la campagne européenne « END FGM in Europe » soutenue par Amnesty International dans 13 pays, qui mène un plaidoyer auprès des institutions européennes et des Etats membres pour l'adoption de stratégies coordonnées au niveau européen pour mettre fin aux MGF. En 2009, le GAMS a pu rassembler des dizaines de signatures de parlementaires européens qui s'engageaient à soutenir cette campagne (www.endfgm.eu).

Au niveau international, le GAMS est actif au sein du Comité Inter Africain (CIAF), coupole qui rassemble tous les comités nationaux de lutte contre les mutilations génitales et autres pratiques traditionnelles. Le GAMS appuie un projet d'abandon de l'excision à Vélingara au Sénégal.

CONTACT
GAMS BELGIQUE
RUE GABRIELLE PETIT, 6
1080 BRUXELLES
TÉL : +32 (0)2 219 43 40
FAX : +32 (0)2 217 82 44
EMAIL : INFO@GAMS.BE
SITE : WWW.GAMS.BE

3.1.3. INTACT*⁴³

L'asbl INTACT a été créée en 2009. Elle constitue un point d'appui juridique (conseil, orientation, soutien dans les procédures) sur les mutilations génitales féminines et autres pratiques traditionnelles néfastes qui y sont liées.

INTACT a pour mission essentielle de protéger les femmes et les filles des mutilations génitales féminines et d'autres formes de violences liées (mariages forcés, violences liées à l'honneur), à travers le respect des normes internationales, européennes et nationales, et via :

- la recherche et le développement d'outils juridiques ;
- le plaidoyer ;

- la formation ;
- le développement d'un travail pluridisciplinaire entre les différentes actrices et acteurs.

INTACT agit à la fois sur le champ de la protection nationale (amélioration des mécanismes de protection et soutien dans les procédures) et sur le champ de la protection internationale (demandes d'asile).

Les actions menées par les membres de l'association sont les suivantes :

- consultations juridiques à destination des particuliers-ères et des professionnels-es ;
- soutien dans la gestion des signalements (accompagnement pour déterminer les meilleures mesures de protection) ;
- organisations de formations, interventions, colloques ;
- recherches et plaidoyer en collaboration avec les actrices et acteurs concernés par la problématique.

CONTACT
INTACT ASBL
RUE DES PALAIS, 154
1030 - SCHAERBEEK
02/539.02.04
CONTACT@INTACT-ASSOCIATION.ORG
OUVERT TOUS LES JOURS DE 9H À
17H

3.2. DÉLÉGUÉ GÉNÉRAL AUX DROITS DE L'ENFANTS – DGDE*44

L'institution du DGDE est régie par un décret du 20 juin 2002 (modifié par le décret du 7 décembre 2007) et un arrêté du 19 décembre 2002.

Le Délégué général a pour mission générale de veiller à la sauvegarde des droits et des intérêts des enfants c'est-à-dire, en Belgique, toute personne âgée de moins de 18 ans.

Dans l'exercice de sa mission, il peut notamment :

- informer des droits et intérêts des enfants et assurer la promotion des droits et intérêts de l'enfant ;
- vérifier l'application correcte des législations et des réglementations qui concernent les enfants ;
- recommander au Gouvernement, au Parlement et à toute autorité compétente à l'égard des enfants toute proposition visant à adapter la réglementation en vigueur en vue d'une protection plus complète et plus efficace des droits et intérêts des enfants ;
- recevoir les informations, les plaintes ou les demandes de médiation relatives aux atteintes portées aux droits et intérêts des enfants ;
- mener, à la demande du Parlement, des investigations sur le fonctionnement des services administratifs de la Communauté française concernés par cette mission.

Défenseur et gardien des droits et de l'intérêt de l'enfant, le Délégué général entend exercer sa mission en toute indépendance

et être accessible à toutes et à tous (enfants, particuliers-ères, organisation...).

Si les enfants rencontrent un problème au plan du respect de leurs droits, ce sera d'abord aux instances concernées en 1^{re} ligne d'intervenir.

Pour mener à bien sa mission, le Délégué général ne cesse de renforcer son efficacité en multipliant la mise en place de relais avec les services de première ligne, les conseillers-ères et les directeurs-trices de l'aide à la jeunesse, les centres psychomédico-sociaux... mais également les intervenants-es du monde judiciaire et les responsables politiques.

CONTACT :
BERNARD DE VOS, DÉLÉGUÉ
GÉNÉRAL AUX DROITS DE L'ENFANT

KARIN VAN DER STRAETEN,
COLLABORATRICE DU DÉLÉGUÉ
GÉNÉRAL

RUE DE BIRMINGHAM 66
1180 BRUXELLES
TÉL : 02.223.36.99
FAX : 02.223.36.46
COURRIEL : DGDE@CFWB.BE OU
KARIN.VANDERSTRAETEN@CFWB.BE
SITE : WWW.DGDE.CFWB.BE

3.3. EDUCATEURS ET EDUCATRICES*45

L'éducateur-trice spécialisé-e en accompagnement psycho-éducatif favorise, par la mise en œuvre de méthodes et de techniques spécifiques, le développement personnel, la maturation sociale et l'autonomie des personnes qu'elle ou il accompagne ou qu'elle ou il éduque.

Elle ou il a pour fonction de favoriser le développement de la personnalité et de la maturation sociale des jeunes inadaptés-es à travers diverses situations spontanées ou suscitées, vécues dans un cadre naturel ou institutionnel. Elle ou il possède une formation spécifique qui lui permet non seulement d'exercer une action éducative individualisée mais également d'être le facteur d'équilibre, d'harmonie dans la vie du groupe. Une connaissance sans cesse renouvelée des interactions de ces éléments lui est nécessaire. Elle ou il s'efforce de mieux observer les jeunes et recherche les solutions les plus adéquates pour les aider à surmonter leurs difficultés. C'est au travers de la pratique de la vie quotidienne, des temps libres, des activités de loisirs qu'elle ou il entretiendra des relations privilégiées indispensables à une bonne articulation de son action éducative.

L'éducateur-trice spécialisé-e doit pouvoir :

- vivre dans une proximité quotidienne avec les personnes dont elle ou il a la responsabilité et ce, tout en maîtrisant et organisant l'espace-temps et/ou en suscitant une organisation et une maîtrise espace-temps dans le milieu naturel de ces personnes ;

- établir en équipe un projet éducatif à partir d'un diagnostic et le mener à bien par un travail continu ;
- investir sa propre personnalité dans ses relations avec les personnes afin d'exercer une action éducative positive ;
- s'intégrer à l'ensemble des intervenants-es au départ d'une didactique action – réflexion au niveau de l'équipe éducative ;
- être créatif-ve – autonome ;
- observer, rédiger des rapports d'observation, d'évolution et de synthèse ;
- être référent-e, répondant-e, garant d'un-e enfant, d'un-e jeune, d'une personne handicapée.

3.4. AIDE AUX ENFANTS VICTIMES DE MALTRAITANCE*46

3.4.1. EQUIPES SOS ENFANTS

Au sein de l'équipe SOS Enfants, médecins, psychologues, assistants-tes sociaux-ales, juristes travaillent ensemble pour aider et accompagner toute personne concernée directement ou indirectement par une situation de maltraitance d'enfant. Ces professionnels-les, au sein d'une équipe pluridisciplinaire, pourront écouter, prendre le temps de réfléchir à la situation de maltraitance et chercher ensemble des solutions.

Il y a 17 équipes SOS-Enfants en Communauté française : 3 équipes anténatales et 14 équipes postnatales. Leurs services sont gratuits.

Ces équipes ont pour mission de prévenir et traiter les situations dans lesquelles des enfants sont victimes de maltraitance physique, psychologique, sexuelle, institutionnelle ou de négligence.

Elles proposent :

- Un avis, un conseil, une orientation ;
- Une évaluation pluridisciplinaire de la situation ;
- Un soutien psychologique et/ou social ;
- Une prise en charge psychothérapeutique de l'enfant maltraité-e et de sa famille ;
- Un lieu pour parler de la situation de maltraitance.

En plus, les équipes SOS Enfants organisent :

- Des prises en charge de futurs parents ;
- Des prises en charge de mineurs-es d'âge auteurs-es d'abus sexuels au sein de groupes de paroles ;
- Des actions de sensibilisation ;
- Des supervisions pour les professionnels-les ;
- Des formations ;
- Des colloques.

Peut faire appel à ce service, toute personne concernée directement ou indirectement par une situation de maltraitance d'enfant :

- l'enfant jusque 18 ans ;

- la famille de l'enfant, proche ou élargie ;
- toute autre personne de l'entourage de l'enfant ;
- les professionnels-les (médecins, psychologues, assistants-tes sociaux-ales, instituteurs-trices, éducateurs-trices, puériculteurs-trices, aides familiales,...).

Les personnes confrontées à une situation de maltraitance d'enfants peuvent entrer en contact avec les équipes SOS Enfants par téléphone, par écrit ou lors d'une rencontre à leur permanence. En règle générale, les équipes SOS Enfants ne travaillent pas sur base d'informations anonymes.

CONTACT
LE SERVICE SOS-ENFANTS :
TÉLÉPHONE: 02/542.14.10
COURRIEL: SOS-ENFANTS@ONE.BE

3.4.2. COORDINATION DE L'AIDE AUX VICTIMES DE MALTRAITANCE

La coordination de l'aide aux victimes de maltraitements met en œuvre des programmes d'information et de formation dans le domaine de la maltraitance. Elle veille à la coordination des actions menées par les différents services publics en la matière.

Elle mène et organise la campagne « Yapaka ». Cette campagne de prévention s'adresse aux parents, aux enfants, aux adolescents-es et aux professionnels-les. Des actions sont ciblées en faveur de ces différents publics.

3.4.3. COMMISSIONS DE COORDINATION DE L'AIDE AUX ENFANTS VICTIMES DE MALTRAITANCE

Il existe une commission de coordination de l'aide aux enfants victimes de maltraitance dans chaque arrondissement judiciaire. Elle a pour mission d'améliorer les procédures de prise en charge des situations de maltraitance. Pour ce faire, elle réunit autour de la table tous-tes les acteurs-trices concernés-es, notamment la ou le conseiller et la ou le directeur de l'aide à la jeunesse, un-e représentant-e des équipes SOS Enfants, la ou le Juge, le Parquet, les centres PMS, les services de PSE, ...

Cette commission ne traite pas de cas individuel.

3.5. OFFICE DE LA NAISSANCE ET DE L'ENFANCE – ONE^{*46}

3.5.1. MISSIONS DE L'ONE

L'Office de la Naissance et de l'Enfance est l'organisme de référence de la Fédération Wallonie-Bruxelles (Communauté française de Belgique) pour toutes les questions relatives à l'enfance, aux politiques de l'enfance, à la protection de la mère et de l'enfant, à l'accompagnement médico-social de la (future) mère et de l'enfant, à l'accueil de l'enfant en dehors de son milieu familial et au soutien à la parentalité.

Accueil de l'enfant de 0 à 12 ans

Il revient à l'ONE d'assurer – dans le respect des législations en vigueur – l'agrément, le subventionnement, l'accompagnement, le contrôle et l'évaluation de l'accueil de l'enfant de 0 à 12 ans et plus, en dehors de son milieu familial.

Accompagnement des familles

L'autre mission majeure de l'ONE est l'accompagnement de l'enfant dans et en relation avec son milieu familial et son environnement social. Il a également pour mission de mener des actions de soutien à la parentalité et de promotion de la santé. Cette mission s'exerce principalement par le biais des structures suivantes :

- l'organisation de consultations prénatales ;
- l'organisation des consultations pour enfants ;
- l'organisation des visites à domicile ;
- le suivi des équipes SOS enfants conventionnées par l'Office ;
- le service Adoption.

Missions transversales

L'ONE développe des missions transversales communes à ses deux grands secteurs. Elles se déclinent notamment au travers du soutien à la parentalité, de l'information des parents, la promotion de la santé et l'éducation, la promotion de la formation continue des actrices et acteurs des politiques de l'enfance, la réalisation de recherches, l'évaluation des besoins et des expériences innovantes.

3.5.2. TRAVAILLEUSES ET TRAVAILLEURS MÉDICO-SOCIAUX – TMS^{*51}

La ou le travailleur médico-social (infirmier-ère avec une éventuelle spécialisation, sage-femme ou assistant-e social-e) est avant tout en agent de 1re ligne en matière de santé publique, de prévention et de promotion de la santé, guidé par une démarche de soutien à la parentalité.

La mission de la et du TMS est centrée sur la promotion du bien-être de l'enfant. Il sera particulièrement attentif à accompagner et soutenir l'enfant et sa famille tout au long des 6 premières années de sa vie.

La ou le TMS propose ses services à toutes les familles d'enfants pour un suivi de l'enfant dès sa conception jusqu'à ses 6 ans accomplis. Le suivi proposé se veut universel, gratuit et sur base volontaire. Il vise la continuité de l'accompagnement en intervenant à différents moments :

- en unité prénatale ;
- en maternité ;
- en unité néonatale ;
- en suivi des enfants 0-6 ans.

Les TMS exercent leur rôle psycho-médico-social en rencontrant les familles à l'occasion :

- de visites à domicile ;

- d'entretiens au local ;
- de permanences au local ;
- en consultation prénatale ou pour enfants ;
- lors des activités collectives.

Visite à domicile (VAD)

La ou le TMS, qu'elle ou il intervienne en unité anténatal ou lorsque l'enfant est né-e, propose des visites à domicile. Elles constituent une des formes du suivi universel de qualité consistant en un entretien au lieu de vie de l'enfant.

La visite à domicile est un moyen d'observation et d'information au cours de laquelle le ou la TMS :

- développe une attitude professionnelle d'écoute active et détecte ainsi les préoccupations de la famille ;
- se centre sur l'enfant et ses besoins dans son environnement, accompagne la famille dans sa réalité de vie en adaptant son action à chaque contexte. La ou le TMS informe les familles du développement de l'enfant et de ses besoins ;
- construit avec la famille une relation d'alliance, la conforte dans ses compétences et les développe.

Les visites à domiciles sont proposées à différents moments clés de la grossesse et/ou de la vie de l'enfant. Le rythme des visites à domicile est par ailleurs négocié avec la famille.

Pour différentes raisons, les visites à domicile peuvent être remplacées

par des entretiens au local de consultation qui sont une autre façon d'avoir un contact avec les familles. Les objectifs de ces rencontres sont inchangés, mais le rôle de la ou du TMS est adapté à ce type de rencontre.

La permanence est quant à elle un temps déterminé, régulier, pendant lequel la ou le TMS est disponible pour la population de son secteur. Il permet de donner des informations, d'orienter et de soutenir.

Consultation médicale préventive

Les séances de consultation pour enfants sont des lieux ouverts aux parents et aux enfants jusqu'à 6 ans accomplis, et qui offrent à ceux-ci un suivi médical préventif.

L'accompagnement médico-social de l'enfant se fait par une équipe composée d'un-e médecin (généraliste ou pédiatre) et d'un-e TMS qui se réfère au Guide de médecine préventive de l'enfant. La croissance et le développement de l'enfant sont évalués, les vaccinations peuvent être réalisées et tous les domaines de la santé de l'enfant sont discutés avec les parents.

Consultations prénatales

Les consultations prénatales sont des lieux ouverts à tous les futurs parents. Elles sont situées dans un quartier ou l'hôpital.

L'accompagnement médicosocial des futurs parents se fait par une équipe de professionnels-les formés-es au suivi de la grossesse : sage-femme, médecin généraliste, gynécologue et travailleuse ou travailleur médico-social.

Ils proposent un accompagnement sur le plan médical et social

pendant tout le déroulement de la grossesse.

Activités collectives

Les activités sont développées sur base d'une analyse des besoins de la population. Il s'agit de promouvoir la santé et de soutenir la parentalité de manière collective. A ces moments, les échanges entre parents sont encouragés par les professionnels-les.

La ou le TMS développe des partenariats et collabore avec d'autres intervenants-es pour accompagner les familles lorsque cela s'avère nécessaire.

3.6. CENTRES PSYCHO-MÉDICO-SOCIAUX (PMS) & SERVICE DE PROMOTION DE LA SANTÉ À L'ÉCOLE (PSE)^{*47}

Les missions des nouveaux décrets sont assurées par les services de Promotion de la Santé à l'École (PSE) et par les Centres psycho-médico-sociaux (PMS).

Le recours à ces services est gratuit. 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. Ces deux services travaillent en étroite collaboration.

Les équipes des services PSE sont composées de médecins, d'infirmières, d'un personnel administratif et d'une coordination en promotion

de la santé. Leurs missions sont :

- le suivi médical des élèves des écoles sous tutelle (bilans de santé et politique vaccinale en âge scolaire) ;
- l'organisation de séances de vaccination gratuites ;
- le dépistage et la prévention des maladies contagieuses ;
- l'offre d'un soutien aux projets de promotion de la santé ;
- la proposition d'informations et d'animations en matière de santé ;
- l'orientation des familles vers les services d'aide sociale.

Les équipes des Centres PMS se composent de psychologues, d'assistants-es sociaux-ales et d'infirmiers-ères. Les missions des Centres PMS sont définies par le décret du 14 juillet 2006 relatif aux missions, programmes et rapports d'activités des Centres PMS:

- promouvoir les conditions physiques, psychologiques et sociales de l'élève pour augmenter ses chances de développer harmonieusement sa personnalité, le préparer à assumer son rôle de citoyen-ne autonome et responsable ;
- contribuer au processus éducatif de l'élève ;
- soutenir l'élève dans la construction positive de son projet de vie et son insertion socio-professionnelle.

Ces missions s'exercent au profit des élèves de l'enseignement ordinaire et spécialisé de niveau maternel, primaire et secondaire, de plein exercice et à horaire réduit (enseignement en alternance).

3.7. LA POLICE

La police fédérale et la police locale constituent la police intégrée, structurée à deux niveaux.

La création de cette dernière est régie par la loi du 7 décembre 1998 organisant un service de police intégré, structuré à deux niveaux. Le niveau fédéral de police est constitué de la police fédérale et le niveau local est composé de corps de police locale agissant chacun dans sa circonscription dénommée « zone de police ».

Ces deux niveaux sont autonomes mais travaillent en étroite collaboration et sont complémentaires. Il n'existe aucun lien hiérarchique entre eux.

3.7.1. POLICE LOCALE

La police locale est composée de 195 zones de police réparties sur l'ensemble du territoire.

Elle est chargée de toutes les missions de police de base, tant de police judiciaire que de police administrative, sur le territoire de la zone de police.

Elle assure ainsi les sept tâches de base : travail de quartier, accueil, intervention, assistance policière aux victimes, recherche locale, maintien de l'ordre et sécurité routière.

Il existe dans certaines zones de police une section famille-jeunesse qui prévoit un suivi plus personnalisé avec les familles et enfants concernés-es par la délinquance ou la maltraitance physique et morale des enfants. La politique policière au sein de cette section présente un caractère parfois plus « social » englobant les domaines de prévention,

de conseils et d'orientation. La cellule familiale dans laquelle évoluent les mineurs-es est également l'objet de leurs attentions.

Les sections famille-jeunesse collaborent avec le Service d'Aide à la Jeunesse et avec tous les organismes d'aide et d'encadrement destinés aux jeunes.

3.7.2. POLICE FÉDÉRALE

La police fédérale est placée sous l'autorité des ministres de l'Intérieur et de la Justice.

Elle exerce ses missions sur l'ensemble du territoire belge, et est composée :

- du commissariat général ;
- de 3 directions générales (la Direction générale de la police administrative, la Direction générale de la police judiciaire et la Direction générale de l'appui et de la gestion) ;
- de directions et services centraux à Bruxelles et de directions et services déconcentrés dans les arrondissements.

Elle exerce des missions de police judiciaire et de police administrative dans des domaines spécialisés ou lorsque les phénomènes dépassent le niveau local. Elle exerce aussi des missions d'appui de nature opérationnelle, administrative ou logistique. Dans cette perspective, elle est composée de directions, unités et services qui présentent une grande diversité.

3.8. SERVICE D'AIDES À LA JEUNESSE (SAJ) & SERVICE DE PROTECTION JUDICIAIRE (SPJ)^{*49}

Service d'Aide à la Jeunesse (SAJ) & Service de Protection Judiciaire (SPJ) ont pour principales missions :

- Les Conseiller-ères de l'Aide à la Jeunesse qui dirigent les SAJ ont une double tâche : l'aide individuelle aux jeunes en difficulté ou en danger ainsi qu'à leurs familles et la prévention générale. L'aide proposée par le SAJ est une aide volontaire, participative, c'est-à-dire que les mesures à mettre en place seront décidées avec l'accord des jeunes et/ou des parents concernés après échanges et négociations ;
- Les Directeurs-trices de l'Aide à la Jeunesse qui sont placés-es à la tête des SPJ assurent la mise en œuvre des décisions prises par le Tribunal de la Jeunesse pour ce qui concerne l'aide contrainte et la protection de la jeunesse.

3.9. LES SERVICES JUDICAIRES^{*50}

3.9.1. PARQUET

Le procureur du Roi, ses premiers substituts et ses substituts agissent en qualité de ministère public auprès du tribunal de première instance, du tribunal de police et du tribunal de commerce. Ensemble, ils constituent le parquet du procureur du Roi.

En matière pénale, le parquet de la ou du procureur du Roi intervient dès l'enquête pénale (pendant l'information et l'instruction devant les juridictions d'instruction : la chambre du conseil et la chambre des mises en accusation). Lorsque l'affaire est présentée à la ou au juge répressif-ve pour être examinée sur le fond, ils requièrent l'application de la loi pénale. Après qu'une peine a été prononcée, ils veillent à ce qu'elle soit également exécutée.

En matière civile, le ministère public donne un avis (écrit ou verbal) sur le litige dans les cas que prévoit la loi et chaque fois que l'affaire touche à l'ordre public.

Il y a 27 parquets, soit un dans chaque arrondissement judiciaire.

3.9.2. JUGE DE LA JEUNESSE

Le tribunal de la jeunesse est un tribunal pour les mineurs-es.

Le juge de la jeunesse est compétent :

- Lorsqu'un-e jeune a commis un fait qualifié d'infraction ;
- Lorsqu'un-e mineur-e vit une situation difficile et compliquée ("mineur-e en danger") et qu'une aide est nécessaire pour la ou le mineur et ses parents ;
- Dans une série de matières spécifiques : l'adoption, des changements au niveau du droit de visite après un divorce, l'exercice de l'autorité parentale, etc.

Le juge de la jeunesse peut prendre des mesures pour protéger des mineurs-es.

Si un-e mineur-e a commis des infractions, le tribunal de la jeunesse peut prendre des mesures à l'égard de la ou du jeune, comme la ou le réprimander, la ou le mettre sous surveillance ou la ou le placer dans un établissement pour jeunes.

Si la ou le mineur-e a plus de 16 ans et qu'elle ou il a commis une infraction très grave (comme un meurtre ou un viol), le juge de la jeunesse peut décider de se dessaisir de l'affaire. Dans ce cas, la ou le jeune est renvoyé-e devant un tribunal pour adultes.

3.9.3 PRÉSIDENT DU TRIBUNAL DE PREMIÈRE INSTANCE EN RÉFÉRÉ

Dans tous les cas urgents, la ou le président du tribunal de première instance peut prendre des décisions provisoires sur des matières qui sont de la compétence de son tribunal. On appelle également cette procédure « référé ».

Les conditions d'un référé sont l'urgence, le caractère provisoire de la décision et le fait que la décision ne porte pas préjudice à l'affaire. Quelques exemples : ordonner une expertise ou l'audition d'un-e témoin. La ou le président du tribunal de commerce ou la ou le président du tribunal du travail peut également prendre de telles décisions sur des matières qui sont de la compétence de son tribunal.

ANNEXE 3

BIBLIOGRAPHIE

AMY J.J. et RICHARD F., 2009, « Mutilations génitales féminines : les reconnaître, les prendre en charge (1^{ère} partie) », *Gunaikaia*, vol. 14, n.4, p. 99.

BEHRENT A., MORITZ S., 2005, « Posttraumatic Stress Disorder and Memory Problems After Female Genital Mutilation », *AM J Psychiatry*, 162, 1000-1002.

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION (BMA), 2006, *Female Genital Mutilation Caring for patients and child protection : Guidance from the British Medical Association*, BMA, UK.

DE BROUWERE M., RICHARD F., DIELEMAN M., 2013, *Stratégies Concertées de lutte contre les mutilations féminines génitales. Un cadre de référence pour l'analyse et l'action en Fédération Wallonie-Bruxelles*, Bruxelles, GAMS-Belgique, 2e édition.

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

DIELEMAN M., RICHARD F., MARTENS V., PARENT F., 2009, *Stratégies concertées de lutte contre les mutilations génitales féminines. Un cadre de référence pour l'action en Communauté française de Belgique*, GAMS Belgique, Bruxelles.

DUBOURG D., RICHARD F., 2010, *Etude de prévalence des femmes excisées et des filles à risque d'excision en Belgique*, Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, Bruxelles.

EIGE, 2013, *Situation actuelle de la mutilation génitale féminine en Belgique*, Union Européenne, Bruxelles.

EIGE, 2013, *Female genital mutilation in the European Union and Croatia : Report*, European Union, Belgium.

GGOLFB, 2009, *Croyances, traditions et délivrances des soins médicaux. Rapport du groupe de travail Éthique et économie: Gynécologie-obstétrique et multiculturalité*, GGOLFB, Bruxelles.

HIRSI I., DHIRIE S., YUSSUF S. M., 2013, *Somali Women's Health and FGM MWIA Report : Undertaken on behalf of FORWARD*, Changing Lives, Luton.

HM Government, 2011, *Multi-Agency Practice Guidelines: Female Genital Mutilation*, HM Government, United Kingdom.

HUGON M-A., SEIBEL C., 1988, *Recherches impliquées, Recherches action : Le cas de l'éducation*, De Boeck Université, Belgique.

IEFH (coordonné par), 2010, *Plan d'Action National de lutte contre la violence entre partenaires et d'autres formes de violences intrafamiliales 2010-2014 : approuvé par la Conférence interministérielle Intégration dans la société le mardi 23 novembre 2010*, Bruxelles. Consulté le 16 septembre 2013 à l'adresse URL : http://igvm-iefh.belgium.be/fr/publications/nationaal_actieplan_ter_bestrijding_van_partnergeweld_en_andere_vormen_van_intrafamiliaal_geweld_2010-2014.jsp

INTACT asbl, 2012, *La protection internationale et les mutilations génitales féminines (MGF), les 11 recommandations d'Intact*, INTACT asbl, Bruxelles.

INTACT asbl, 2013, *Vers un protocole de prévention et de protection des enfants victimes de Mutilations Génitales Féminines ? Actes du colloque du 23 novembre 2012 Institut pour l'Égalité des femmes et des hommes (IEFH)*, INTACT asbl, Bruxelles.

JANSSEN C., WINTGENS K., 2011, *La protection des victimes potentielles de mutilations génitales féminines en droit belge au regard des droits fondamentaux*, Etude réalisée par le Service Droit des Jeunes-Namur, Namur.

KAISER M., BEN MASSOUD S. (avocats Xirius), 2011, *Etude relative aux obstacles juridiques au dépistage des MGF dans le cadre scolaire – Proposition et recommandation sur la faisabilité d'un moyen de prévention des MGF dans le cadre scolaire ou du suivi par l'ONE*, Etude commanditée par INTACT, Bruxelles.

KIZILHAN J.I., 2011, « Impact of psychological disorders after female genital mutilation among Kurdish girls in Northern Iraq », *European Journal of Psychiatry*, vol. 25, n° 2, pp. 92-100.

LEYE E., DEBLONDE J., 2004, *La législation belge en matière de Mutilations Génitales Féminines et l'application de la loi en Belgique*, International for Reproductive Health (ICRH), Publication No. 9.

LEYE E., YSEBAERT I., DEBLONDE J., CLAEYS P., VERMEULEN G., JACQUEMYN Y., TEMMERMAN M., 2008, « Female Genital Mutilation: knowledge, attitudes and practices of Flemish gynaecologists », *The European Journal of Contraception &*

Reproductive Health Care, 13:2, 182-190.

LONDON SAFEGUARDING CHILDREN BOARD, 2007, Safeguarding children at risk of abuse through female genital mutilation, The London Safeguarding Children Board, London.

NERAUDAU E., VAN DER PLANCKE V., 2011, Pratique du CGRA en cas de reconnaissance du statut de réfugié sur la base du risque de mutilations génitales féminines : contrôle médical annuel et sanctions éventuelles, Etude commanditée par INTACT, Bruxelles.

OMS, Eliminer les mutilations sexuelles féminines: Déclaration interinstitutions HCDH, OMS, ONUSIDA, PNUD, UNCEA UNESCO, UNFPA, UNCHR, UNICEF, UNIFEM, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 2008.

PARLEMENT EUROPEEN, 2009, Lutte contre les mutilations sexuelles féminines pratiquées dans l'UE. Résolution du 24 mars 2009 (2008/2071(INI)).

PIJPERS F.I.M., EXTERKATE M., JAGER (de) M., 2011, Point de vue prévention des mutilations génitales féminines (MGF) par les services de santé pour la jeunesse, RIVM-rapport 295001017, Ministère de la Santé Publique, du Bien-être et des Sports, rapport traduit du néerlandais vers le français par BOULENGER D. relecture et édition de la traduction par RICHARD F., GAMS Belgique, mai 2012.

ROYAL COLLEGE OF NURSING, 2006, Female genital mutilation : An RCN educational resource for nursing and midwifery staff, Royal College of Nursing, London.

SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et

Environnement et GAMS Belgique, 2011, Mutilation Génitales Féminines : guide à l'usage des professions concernées, Bruxelles.

UN High Commissioner for Refugees, 2013, Too Much Pain: Female Genital Mutilation & Asylum in the European Union – A Statistical Overview, New York.

VLOEBERGHES E., KNIPSCHEER J., VAN DER KWAAK A., NALEIE Z., VAN DEN MUIJSENBERGH M., 2011, Veiled pain : A study in the Netherlands on the psychological, social and relational consequences of female genital mutilation, Foundation Pharos, Utrecht.

YODER P.S., KHAN S., 2007, Numbers of women circumcised in Africa : The production of a total, Macro International Inc., Calverton.



Maquette et mise en page:
3 Miles Up - www.3milesup.org





Recherche-action menée dans le cadre des



Promoteur de la recherche :



Soutien méthodologie :

