

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)



www.intact-association.org



www.sdj.be

STRATÉGIES
CONCERTÉES
MGF



www.strategiesconcertees-mgf.be



TABLE DES MATIERES

Mot de bienvenue par Thérèse Legros , coordinatrice de l'asbl INTACT	4
Contextualisation dans le cadre du Plan d'Action National (PAN) 2010-2014, par la Ministre de la Culture, de l'Audiovisuel, de la Santé et de l'Égalité des Chances de la Fédération Wallonie-Bruxelles, Fadila Laanan	6
Recherche action sur les cas de signalement de MGF en Belgique: Enseignements et recommandations du terrain en vue de l'élaboration d'un protocole de protection, par Marie De Brouwere , coordinatrice des stratégies concertées de lutte contre les MGF, GAMS-Belgique	10
La prévention des MGF par la santé publique de la jeunesse aux Pays-Bas, par Tosca Hummeling , Chef de projet, Gemeentelijke of Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst (GGD), Pays-Bas	24
Les MGF parmi les immigrées en Europe: l'estimation des risques est-elle raisonnable? par Sara Johnsdotter , Docteure en Anthropologie sociale, Santé et Société, University of Malmö, Suède	28
Table ronde sur les moyens de prévention et de protection en Fédération Wallonie-Bruxelles et en Région de Bruxelles-Capitale	
Prévention des MGF au sein de l'Office national de l'enfance (ONE), par le Docteur Liliane Pirard-Gilbert , Présidente du Collège des conseillers pédiatres de l'ONE	34
Témoignage d'une collaboration avec le GAMS au sein d'une consultation ONE, par Jasmine Topic , Travailleuse médico-social, ONE	38
Prévention au sein de la médecine scolaire, par le Docteur Ingrid Godeau , PSE Anderlecht, et le Docteur Laetitia De Crombrughe , PSE Ville de Bruxelles	40
Prévention des MGF au sein des services de maternité - Etude de cas, par Fabienne Richard , coordinatrice du GAMS Belgique et chercheure à l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers	46
Synthèse de l'étude relative aux obstacles juridiques au dépistage des MGF dans le cadre scolaire, par Michel Kaiser et Sarah Ben Messaoud , avocats au barreau de Bruxelles	58
Prise de contact avec les familles : Méthodes et approches du Modèle Hollandais, par Marthine Bos , Infirmière sociale et anthropologue médicale, Gemeentelijke of Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst (GGD), Pays-Bas	76
Le secret professionnel à l'épreuve des MGF, par Jean-François Servais , Directeur du Service droit des jeunes de Liège	80
« Mesures de protection et de suivi », par Anne-Marie Renard , Conseillère-adjointe au SAJ de Bruxelles	88
Moyen de protection dans l'urgence, par Pierre-André Hallet , Juge de la jeunesse de Charleroi et responsable de l'Union des magistrats de la jeunesse	94
Prévention et répression. Les limites de l'intervention pénale, par Françoise Digneffe , criminologue et philosophe, professeure émérite UCL	102
Conclusions par Fabienne Druant , Criminologue-coordinatrice «famille-jeunesse», Parquet général de Bruxelles	114

Vers un protocole de prévention et de protection des enfants victimes de Mutilations Génitales Féminines?

MOT DE BIENVENUE

THÉRÈSE LEGROS

Coordinatrice
asbl INTACT

Il n'est sans doute pas inutile de commencer cette journée en rappelant la définition de la thématique qui est au cœur de la journée. Selon l'OMS, les MGF sont des « Interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme et/ou tout autre lésion des organes génitaux féminins pratiquée à des fins non thérapeutiques ».

Si cette pratique constitue une violation de certains droits fondamentaux, tels le droit à la santé, le droit à l'intégrité physique et, dans certains cas, le droit à la vie, il n'est peut-être pas non plus superflu de rappeler que la Convention internationale relative aux droits de l'enfant impose des obligations positives aux Etats. Elle prévoit en son article 19 que les enfants doivent être protégés contre toutes les formes de maltraitance, y compris sexuelles et stipule également en son article 24 que les Etats parties prennent toutes les mesures efficaces appropriées en vue d'abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants. Ainsi, l'amélioration de nos pratiques de prévention et de prise en charge contribuerait certainement à la réalisation de ces objectifs.

Ce colloque consacré à la prévention et la protection des enfants victimes ou à risque de MGF, même s'il est organisé par INTACT en collaboration avec le Service droit des jeunes est le fruit d'une série d'initiatives, d'actions et de réflexions menées par différents acteurs travaillant en réseau depuis plusieurs années pour améliorer les stratégies d'actions face aux mutilations génitales féminines en Belgique.

Dans ce cadre, INTACT a agi en concertation étroite avec le GAMS Belgique. Les réflexions ont été nourries par le biais de rencontre avec les acteurs de terrain (travailleurs sociaux, infirmières, médecins, policiers,...) que ce soit dans le cadre de formations ou encore dans le cadre des travaux menés par les stratégies concertées de lutte contre les mutilations génitales, dont l'étude de cas de signalements qui vous sera présentée en matinée. Tous ces contacts nous ont permis de mieux percevoir la réalité de terrain, de cibler les difficultés et obstacles actuels pour dégager des mesures de prévention et de prise en charge adaptées à nos structures communautaires et étatiques.

La nécessité d'un protocole sur ces questions n'est pas un leurre : nous constatons que le nombre de signalements augmente sensiblement. Cette augmentation est très certainement à mettre en relation avec un travail de formation accru des professionnels ces dernières années : plus nous prendrons conscience que cette problématique est susceptible de nous concerner, plus nous mettrons à jour des situations, plus nous pourrions prévenir et agir efficacement dans le respect des droits et de la culture de chacun. Jusqu'ici, nous devons avouer que la gestion des signalements s'est faite parfois à coups de tâtonnements, dévoilant les limites d'interventions de chaque acteur, mais aussi mettant à jour une série de questions

essentielles à la bonne gestion de ces situations... J'en citerai quelques-unes :

- Comment déterminer des facteurs de risque objectifs ? Quels sont les professionnels susceptibles de les évaluer ?
- Quelles mesures sont les plus appropriées pour protéger un enfant à moyen et à long terme, tout en évitant les réactions émotionnelles et en adoptant des mesures proportionnées qui limitent le contrôle social ?

Nous avons réunis aujourd'hui une série d'experts et de professionnels, parfois venus de bien loin, pour nous aider à clarifier ces questions. Je remercie déjà vivement tous les intervenants qui ont accepté notre invitation et ont collaboré avec intérêt et dynamisme pour enrichir cette journée.

Je remercie aussi Madame la Ministre Fadila Laanan pour son précieux soutien au projet.

Nous sommes convaincus que ce colloque constituera une « pierre à l'édifice » dans la voie vers des recommandations pour améliorer nos procédures de prévention et de prise en charge des enfants victimes de maltraitance, à l'instar de ce qui est mis en pratique dans d'autres pays européens.

Tous les powerpoints du colloque ainsi que les études inédites ayant servis à enrichir les débats sont disponibles sur le site d'INTACT www.intact-association.org

CONTEXTUALISATION DANS LE CADRE DU PLAN D'ACTION NATIONAL (PAN) 2010-2014

FADILA LAANAN

Ministre de la culture, de
l'audiovisuel, de la santé et
de l'égalité des chances de
la Fédération Wallonie-
Bruxelles

Mesdames et Messieurs, en vos titres et qualités,
Chères amies, chers amis,

Chaque année, on estime à 180.000 le nombre de fillettes européennes, africaines d'origine pour l'essentiel, exposées à l'excision. Au plan mondial, elles sont au moins trois millions. En Belgique, les estimations varient, mais on peut avancer que l'excision concerne près de 8.000 femmes et filles.

Il existe entre les responsables politiques comme dans la société un consensus pour affirmer la prééminence des droits fondamentaux sur le prescrit des traditions culturelles et familiales.

Aucune considération sur le respect de l'identité culturelle ou sur de prétendues règles religieuses ne saurait justifier des traitements inhumains ou dégradants, ou comme c'est le cas avec les MGF, une atteinte irréversible à l'intégrité physique et psychique des femmes.

En septembre dernier, la Belgique a signé la Convention du Conseil de l'Europe contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique, qui impose aux Etats l'obligation de prendre des mesures préventives, sanitaires et juridiques envers les mutilations génitales féminines. Ce texte est important. Il nous donne un cadre de travail transversal pour lutter efficacement contre les violences dites de genre, celles dont le ressort est l'infériorisation ou le mépris envers les femmes.

La Belgique a quelque peu anticipé la Convention, en adoptant à tous les niveaux de pouvoirs, fédéral, communautaire et régional, un plan d'action national contre les violences dans laquelle nous avons intégré la problématique des MGF.

J'ai voulu, dans l'exécution du Plan, renforcer l'offre d'expertise juridique sur une problématique plus complexe qu'elle n'y paraît, qui mêle étroitement le droit pénal, le droit de la jeunesse et le droit des étrangers. Avec l'asbl INTACT, nous disposons désormais, en Fédération Wallonie-Bruxelles, d'un point de référence qui offre un conseil et un accompagnement juridiques aux personnes confrontées aux MGF.

La création d'un service juridique spécialisé permet de développer une expertise fondée sur une expérience de terrain, qui sera précieuse dans l'évaluation de nos législations en matière de prévention, de dépistage, de répression des auteurs, de prise en charge et de protection des victimes de MGF.

Par ailleurs, depuis de nombreuses années déjà, un travail considérable de sensibilisation a été accompli par le GAMS, avec des moyens restreints. J'ai voulu répondre positivement à sa demande de soutien pour professionnaliser son équipe et mieux s'inscrire dans une dynamique de promotion de la santé.

En Fédération Wallonie-Bruxelles, le travail de sensibilisation des acteurs a été largement renforcé depuis 2009, notamment par la diffusion d'outils et l'organisation de rencontres ou de formation sur le sujet.

C'est dans ce contexte qu'INTACT a organisé la rencontre d'aujourd'hui : comment améliorer la détection des risques de MGF sans stigmatiser

**Face à des atteintes
à l'intégrité physique
des femmes, aussi
manifestes et
irrémediables que
celles causées par
les MGF, nous avons
pour obligation de
savoir comment réagir
adéquatement et
efficacement.**

certaines nationalités ? Quelles réponses donner aux signalements ? Qui intervient et à quel moment ?

A cet effet, avec Bernard Devos, le Délégué général aux droits de l'enfant, l'asbl INTACT a engagé un dialogue avec les organismes spécialisés dans la prise en charge des maltraitances d'enfants. Ceux-ci ne sont pas toujours suffisamment outillés pour répondre avec justesse à des signalements ou pour participer à un dépistage. Il en va de même pour la médecine à l'école, pour la promotion de la santé, ou pour les consultations ONE : ces secteurs sont réticents, souvent à raison d'ailleurs, à l'idée de participer à une forme de contrôle excessive des personnes qui font appel à eux.

Les pouvoirs publics, les associations spécialisées, les organismes de jeunesse, doivent ensemble déterminer la manière d'appréhender et de rencontrer les enjeux du dépistage et de la prise en charge des situations de MGF.

Je souhaite, au terme de cette journée et dans les travaux éventuels qui s'en suivront, que nous puissions dégager une série de lignes directrices en matière de prévention et de prise en charge, sur la base des concertations menées avec les différents secteurs de la Fédération et de l'évaluation des structures existantes et sur les dispositions prises chez nos voisins, en France, aux Pays-Bas, en Suède et en Grande-Bretagne. Ces lignes directrices devraient identifier qui fait quoi, et comment. Qui est en charge du



dépistage ? Quels sont les outils les plus appropriés, les plus efficaces ? Que faire en cas de signalement d'un risque ? A partir de quel moment et qui décide de recourir à la Justice ?

C'est donc avec un très grand intérêt que je prendrai connaissance de vos conclusions, et ne manquerai pas de concourir à leur application effective.

Pour la protection de l'intégrité des jeunes filles.

Pour aussi faire avancer les valeurs d'égalité et d'ouverture qui guident nos engagements.

Bon travail !



RECHERCHE ACTION SUR LES CAS DE SIGNALEMENT DE MGF EN BELGIQUE : Enseignements et recommandations du terrain en vue de l'élaboration d'un protocole de protection*

Juin 2012-janvier 2013

Résultats préliminaires au 23 novembre 2012

MARIE DE BROUWERE

Coordinatrice des stratégies concertées de lutte contre les MGF
GAMS-Belgique

1. INITIATIVE ET OBJECTIFS

1.1. Contexte

Depuis 2008, le GAMS Belgique – avec l'appui de l'Observatoire du sida et des sexualités – a entamé un processus participatif de concertation des acteurs travaillant dans le domaine des mutilations génitales féminines (MGF) : le réseau des stratégies concertées de lutte contre les MGF (SC-MGF)¹. Entre mars et mai 2012, trois ateliers des SC-MGF ont été consacrés à la mise à jour du plan opérationnel de l'axe prévention-détection-signalement. Il s'est avéré lors des discussions que les membres des SC-MGF n'avaient pas une vue d'ensemble de tous les cas signalés annuellement auprès des associations spécialisées (enfant à risque ou excision avérée) et qu'il était également important d'évaluer la manière dont les premiers cas de signalement avaient été gérés afin de tirer les enseignements du terrain et de proposer des recommandations qui devraient contribuer à l'élaboration d'un protocole de prévention et protection des petites filles à risque d'excision.

* Par M. De Brouwere, Socio-anthropologue, coordinatrice des SC-MGF, et F. Richard, Sage-femme, Docteur en sciences de la santé publique, chercheure à l'IMT d'Anvers et coordinatrice du GAMS Belgique. Avec la collaboration de M. Dieleman, Socio-anthropologue, chercheure à l'Observatoire du Sida et des sexualités (Université Saint-Louis)

1.2. Objectifs de la recherche

Le Réseau des Stratégies concertées MGF a mis en place un processus de recherche-action sur les cas de signalement poursuivant un double objectif :

- Tout d'abord, avoir une meilleure « image » de la situation de ces cas en Belgique francophone, afin de mieux comprendre d'une part, les obstacles et ressources des personnes ayant fait les signalements et d'autre part, de cerner les acteurs concernés, leurs rôles respectifs, le temps qu'il leur faut pour réagir, etc.
- Ensuite, ces informations permettront de formuler des recommandations fondées sur l'expertise de terrain pour contribuer à l'écriture du protocole de prévention et de protection des filles à risque d'excision.

2. MÉTHODE

2.1. Devis d'étude

Vu les finalités de la recherche, il a été décidé de :

2.1.1. Procéder à un relevé le plus exhaustif possible de tous les cas de signalements en Belgique (entre 2009 et 2012).

Si plusieurs associations sont aujourd'hui actives dans le domaine de la prévention des mutilations génitales féminines en Belgique francophone, trois associations assurent des permanences et un travail quotidien en matière de prévention et de détection : ce sont le GAMS Belgique, l'asbl INTACT et le Collectif Liégeois de lutte contre les MGF (CL-MGF). Le GAMS

Belgique et le CL-MGF sont en contact avec le public cible et, INTACT également, avec les professionnels de première ligne. C'est donc tout naturellement que ceux-ci leur confient leurs suspicions et leur demandent conseil. Il est fréquent que le GAMS Belgique réoriente vers INTACT et/ou prenne conseil auprès d'elle.

Ces trois associations sont donc les plus à mêmes de recueillir les cas de signalement en Belgique francophone. Elles ont accepté, dans la mesure des possibilités régissant le secret professionnel, de faire part de tous les cas de signalement qu'elles ont enregistrés depuis leur création ainsi que d'en fournir une brève description.

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

- **En Belgique francophone** : trois autres associations – Afronam asbl à Namur, la Maison Plurielle et Femmes africaines asbl à Charleroi – ainsi que des institutions/organismes susceptibles d'avoir reçu des cas de signalement – l'ONE, le Délégué Général aux Droits de l'Enfant et SOS Enfants.
- **En Belgique néerlandophone** : alors que l'étude de prévalence réalisée par D. Dubourg et F. Richard² montre que la majorité des femmes excisées et des petites filles à risque résident dans le Nord du pays, très peu d'associations travaillent avec les communautés concernées sur ce thème. Avec l'aide d'Els Leye de l'ICRH, l'équipe des chercheuses a contacté les grands hôpitaux (Kortrijk, Gent et Antwerpen), les Wijk

Gezondheid Centra, les CLB, Kind & Gezin, et Dokters van de Wereld.

→ Toutefois, par faute de moyens et de temps, l'enquête en Flandre n'a apporté aucune donnée tangible. Ce travail fournit donc une image assez précise des cas de signalement pour les Régions de Wallonie et de Bruxelles-Capitale où vingt-neuf cas ont été recensés.

2.1.2. Réaliser et analyser des entretiens approfondis sur la base d'une sélection parmi les cas de signalements recensés afin d'avoir une diversité de cas de figure.

Parmi les vingt-neuf cas recensés, une dizaine ont été sélectionnés afin d'être approfondis pour contribuer à la réflexion sur un protocole de protection pour les filles à risque de MGF. Des entretiens individuels ont été menés auprès des acteurs qui ont été impliqués dans la prise en charge du cas (professionnels, famille du cas concernée, associations). Les critères qui ont prévalu au choix des cas sont :

- La proximité dans le temps entre le moment où le cas a été signalé et la période d'enquête (été 2012). En effet, les chercheuses ont tenté à retracer de manière chronologique et détaillée les circonstances dans lesquelles les signalements ont été faits ainsi que les différentes étapes de leur traitement. Afin d'éviter un trop grand biais dû à la mémoire, il a été décidé de mettre de côté des cas trop anciens (plus d'un an et demi, deux ans).
- L'intervention d'une diversité d'« émetteurs » (ONE, PSE, voisin(e)s, écoles, familles, etc.) confrontés à un

cas de MGF et qui ont été à l'origine du signalement.

- Une diversité de profils et/ou d'âges de la personne à risque (nouveau-né, jeune enfant ou jeune fille ou enfant belge ou demandeurs d'asile, etc.). En effet, cette étude cherche à éclaircir les circonstances dans lesquelles les cas ont été signalés et la manière dont ils ont été traités afin de comprendre les stratégies mises en place et d'en tirer les enseignements.

Onze cas ont été sélectionnés sur les vingt-neuf recensés. Parmi eux :

- 4 ont été complètement analysés
- 3 sont en cours d'analyse
- 4 sont en stand-by par manque d'éléments (voir le point concernant les limites de la recherche)

→ 15 entretiens ont été réalisés à la date du 23 novembre 2012 (~15h d'enregistrement).

Il a été demandé aux interviewés de faire un récit chronologique et d'indiquer les stratégies d'actions mises en place, les difficultés et les obstacles auxquels ils ont été confrontés, les ressources auxquelles ils ont pu faire appel, etc.

En outre, lors des ateliers de mars/mai 2012 des SC/MGF, 2 cas ont été traités collectivement par les participants et les intervenants concernés (analyses de récit pour les cas de la Travel Clinic et cas du PSE).

2.2. Encadrement de la recherche

2.2.1. Equipe de recherche

Marie De Brouwere, socio-anthropologue (diplômée de l'ULB et de l'EHESS, Paris), a été engagée par le GAMS Belgique pour mener cette recherche. Elle est la principale investigatrice (organisation et réalisation du recensement et des interviews) et analyse les données. Myriam Dieleman (socio-anthropologue, diplômée de 3ème cycle de l'ULB, chercheuse à l'Observatoire du Sida et des sexualités – Université Saint-Louis) et Fabienne Richard (sage-femme, PhD en sciences de la santé publique, chercheuse à l'IMT d'Anvers et coordinatrice du GAMS) apportent un soutien méthodologique et analytique (triangulation de l'analyse).

2.2.2. Comité d'Accompagnement

Un Comité d'accompagnement a été mis sur pied pour assurer la qualité des méthodes employées et des résultats obtenus. Il est composé (en plus de l'équipe de recherche) d'acteurs de terrain et/ou de chercheurs : Charlotte Chevalier (juriste, asbl INTACT), Dominique Daniel (médecin, Constans asbl), Stéphanie Coppée (sociologue, CL-MGF), Marie-Fabienne Muyle (médecin, Travel Clinic/CHU Saint-Pierre), Karin Van der Straeten (Déléguée Générale des droits de l'enfant), Patricia Thiebaut (CLPS de Bruxelles) et de Els Leye (chercheuse, ICRH).

2.2.3. Validation par les membres des Stratégies Concertées

Le 16 novembre 2012, une première restitution des résultats a été organisée auprès des membres des Stratégies Concertées de lutte contre les MGF.

Lors de cette réunion, deux cas ont été présentés et discutés en sous-groupe afin de s'assurer que les chercheurs ne négligeaient aucun élément et relevaient tous les enjeux.

2.3. Etapes de l'analyse

Les entretiens, une fois réalisés, ont été partiellement retranscrits et envoyés aux interviewés afin qu'ils en valident le contenu. C'est sur cette base que l'équipe de chercheuses a dans un premier temps identifié les « grandes séquences » de la prise en charge du cas au sein des récits. Dans un second temps, chacune de ces séquences a fait l'objet d'une analyse portant sur :

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

3. RÉSULTATS

3.1. Résultats du recensement

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

Deux remarques préalables doivent être faites :

- Le recensement ne prend en compte que les cas sur le territoire belge. Si les signalements pour les enfants à risque restées au pays ainsi que celles concernées par les cas de regroupement familial avaient été

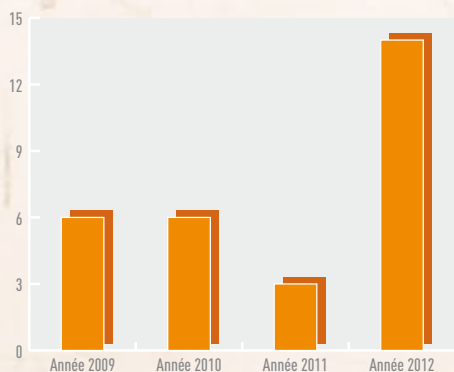
pris en compte, le nombre de cas aurait été beaucoup plus important.

- On entend ici par signalement le fait qu'un professionnel de première ligne fasse appel à une institution ou association spécialisée pour l'aider à gérer un cas d'enfant (ou d'adulte) à risque d'excision ou une suspicion d'excision. Il ne s'agit donc pas d'un relevé exhaustif de toutes les situations que l'ONE, les PSE ou d'autres services ont pu avoir (consultation d'un enfant déjà excisé au pays par exemple). Beaucoup de situations sont gérées par le premier niveau sans qu'on fasse appel à une association ou institution de référence.

3.1.1. Evolution des signalements

C'est à partir de 2009, année de création de l'asbl INTACT, que le GAMS a commencé à recenser systématiquement les cas de signalements. Il existe des cas antérieurs, malheureusement par manque de traces écrites et du fait du biais de la mémoire, il a été impossible de les prendre en considération.

Figure 1 : Evolution des signalements pour des cas de MGF entre 2009 et 2012 (n=29)



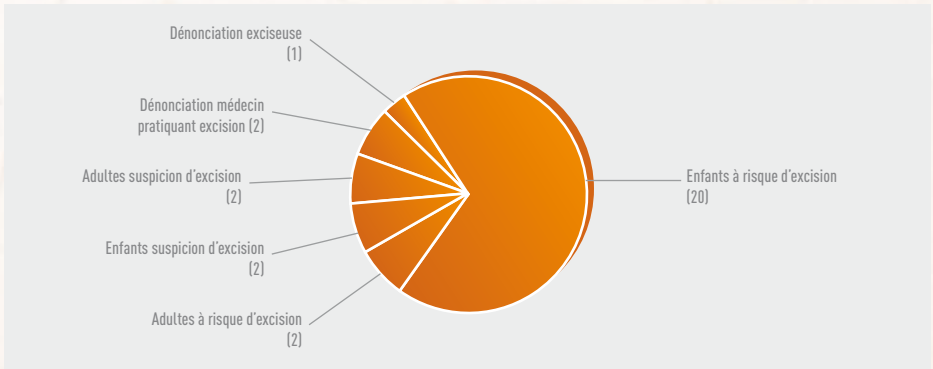
Comme l'indique la figure 1, en 2009, INTACT et le GAMS ont eu affaire à au moins six cas. Ce nombre est le même pour l'année 2010. En 2011, les associations spécialisées ne recensent plus que trois cas. Il faut savoir qu'en mars 2011, un cas a fortement marqué les esprits et les pratiques des professionnels. Il s'agit d'une situation où des enfants ont été retirées de leur famille par le juge de la jeunesse suite à une forte suspicion de risque d'excision. Lors des entretiens, certains interviewés justifiaient leur manque de collaboration par la peur qu'ils avaient de voir les enfants retirées de leur famille.

A la date du 23 novembre 2012, les associations spécialisées ont communiqué quatorze cas. Ceci s'explique sans doute par le nombre de formations faites auprès des acteurs de 1ère ligne (SAJ, ONE, SOS Enfants, Police, Parquet, etc.) par le GAMS et l'asbl INTACT et par l'importance croissante que prend la problématique des MGF.

3.1.2. Type de cas de signalement

Vingt-neuf cas de signalement ont été recensés entre 2009 et 2012 (à la date du 23 novembre 2012). Six grandes catégories peuvent être dégagées concernant les « motifs » des appels provenant des institutions ou des familles (voir figure 2). Les associations spécialisées sont tout d'abord contactées pour des situations à risque concernant des petites filles lors d'un départ pour des vacances au pays. Ensuite, viennent les appels concernant les adultes à risque d'excision ; les enfants et les adultes pour lesquelles il y a une suspicion d'excision ; et enfin les dénonciations qu'il s'agisse de médecins qui pratiqueraient l'excision ou d'exciseuses opérant sur le territoire belge.

Figure 2 : Type de signalement pour les cas de MGF 2009-2012 (n=29)

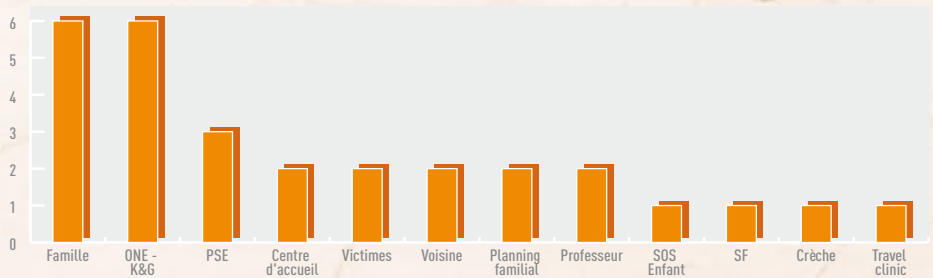


Il est à noter que quelques cas de signalement – pour des cas d'excision ou de risque d'excision – se sont révélés être, après prise en charge et analyse de la situation, un autre problème que l'excision. Par exemple, un signalement concernant une suspicion d'excision sur une enfant s'est avéré être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

3.1.3. Source du signalement

Les personnes qui ont contacté les associations spécialisées proviennent de secteurs variés comme l'illustre la figure 3 : des particuliers (membres de la famille, victimes ou entourage : 10 cas) ; des professionnels du secteur médico-social (ONE/Kind & Gezin ; PSE, centre d'accueil, Planning Familial, sage-femme, crèche, Travel Clinic, SOS Enfant : 17 cas) ou des professionnels du secteur de l'enseignement et l'éducation permanente (professeur d'alphabétisation ou professeur de l'enseignement primaire/secondaire : 2 cas).

Figure 3 : Source de signalement pour le cas des MGF 2009-2012 (n=29)



L'analyse des données du recensement montre que les « particuliers » sont aussi des acteurs important dans les cas de signalement. Cela permet d'identifier une prochaine population cible à sensibiliser.

3.1.4. Répartition géographique des signalements

En 2010, lors de l'enquête de prévalence commanditée par le SPF Santé Publique³, il a été estimé que 6260 femmes déjà

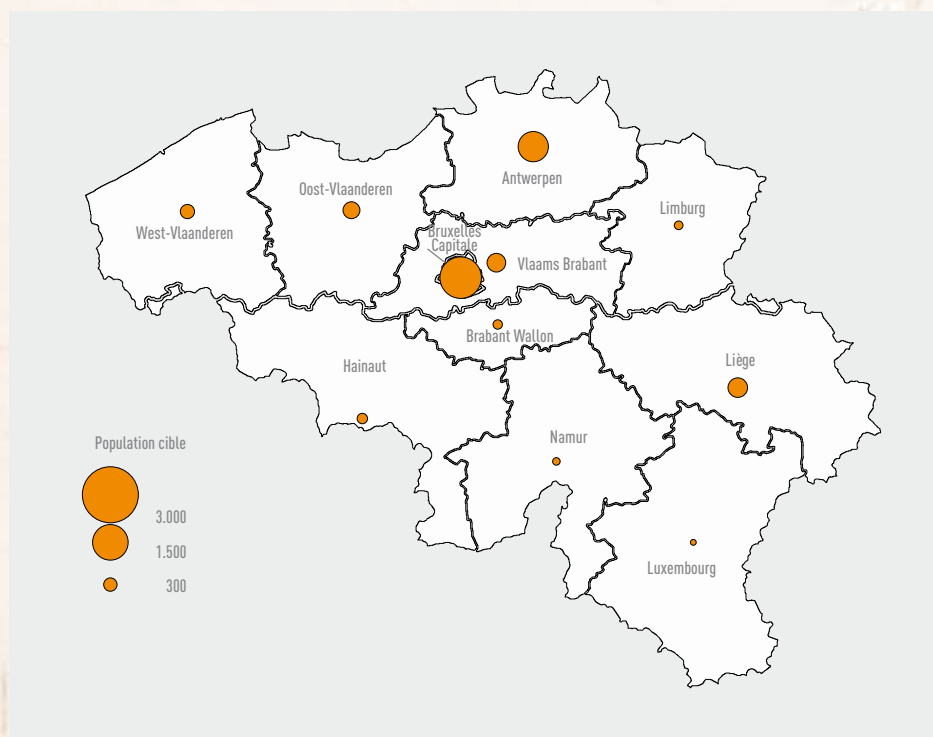
excisées vivaient en Belgique et que 1975 petites filles étaient à risque de l'être (estimation au 1er janvier 2008).

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

(Voir figure 4).

Figure 4 : Répartition géographique des femmes et filles excisées ou à risque de l'être, 1er janvier 2008

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

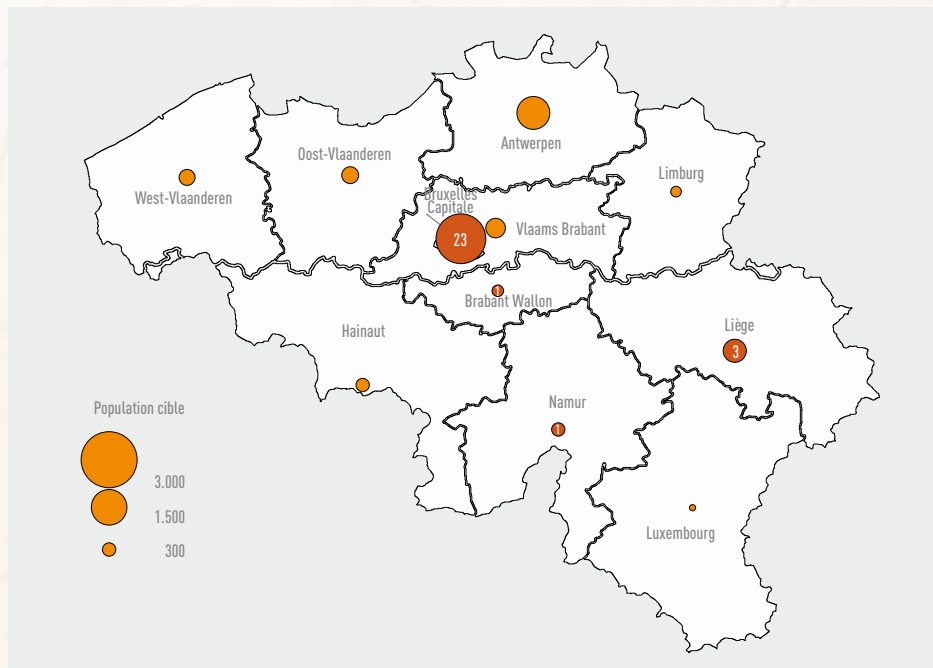


Pour ce qui concerne la Wallonie et la Région de Bruxelles-Capitale, les cas de signalement recensés correspondent assez bien à la réalité décrite par la carte

de la figure 4 : majorité des cas à Bruxelles, ensuite Liège et puis Namur et le Brabant Wallon.

Figure 5 : Répartition géographique des signalements, années 2009-2012

(Source : GAMS 2012)

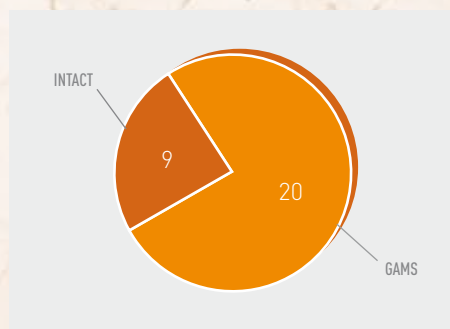


En ce qui concerne le nord du pays, le voile n'est toujours pas levé. Il serait prioritaire d'y mener une enquête du même type que celle-ci.

3.1.5. Premier récepteur du signalement

En pratique quand une personne fait un signalement, elle appelle le GAMS Belgique ou INTACT.

Figure 6 : Premier récepteur des cas de signalement MGF 2009-2012 (n=29)



Dans la majorité des cas, on constate que le GAMS Belgique a été contacté en premier lieu. Cela ne signifie pas pour autant que ce soit le GAMS qui ait traité le cas. Trois cas de figure ont été observés.

L'association spécialisée qui est contacté peut :

- traiter seule le cas ;
- référer le cas à l'autre association ;
- traiter le cas avec l'aide de l'autre association.

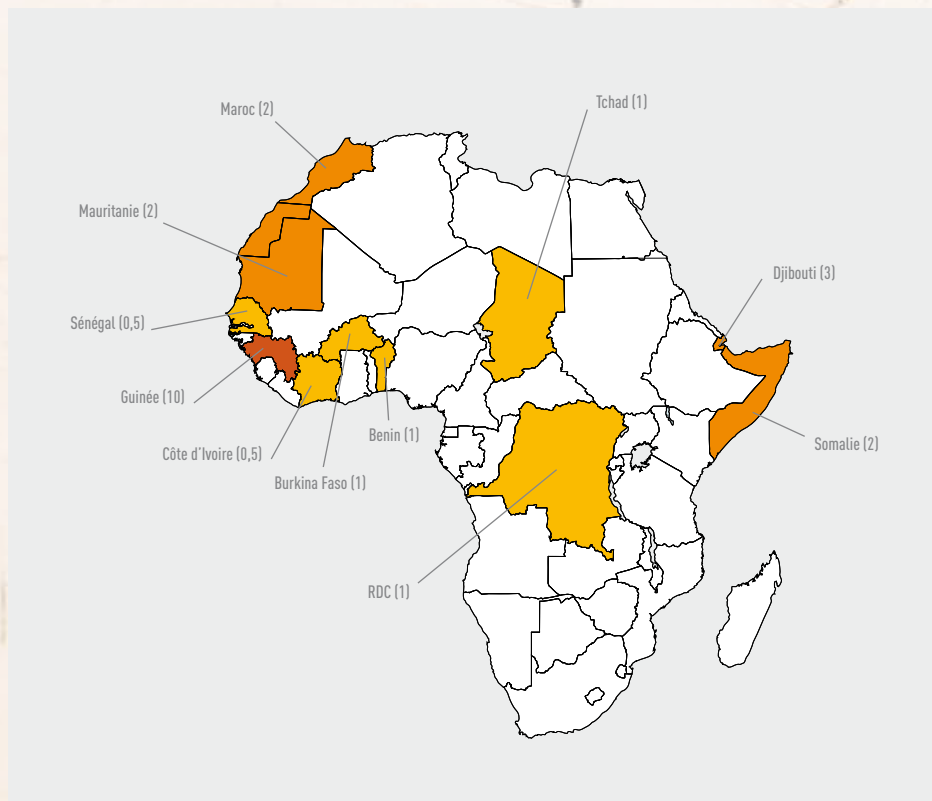
L'hypothèse pouvant expliquer le fait que le GAMS Belgique ait été contacté dans la majorité des cas est qu'il existe depuis 1996, alors que INTACT n'a été créé qu'en 2009.

3.1.6 Origine des personnes à risque

Parmi les vingt-neuf cas, les personnes à risque proviennent : de Guinée (10), du Djibouti (3), du Maroc (2), de Mauritanie (2) – dont un cas belgo-mauritanien –, de Somalie (2), du Bénin (1), du Burkina Faso (1), du Tchad (1), belgo-congolais (1) et du Sénégal/Côte d'Ivoire (1). L'origine des personnes à risque coïncide avec la carte éditée par le GAMS Belgique concernant l'origine des personnes à risque (voir figure 7). A cela, il faut ajouter 2 cas non classés (le pays d'origine n'a pu être identifié) ainsi qu'un cas belgo-indonésien.

Figure 7 : Origine des personnes à risque pour les cas de signalement 2009-2012 (n=27)

Source : GAMS 2012



Il peut paraître étrange que le Maroc soit autant représenté alors qu'il ne fait pas partie de la liste des pays à risque selon l'OMS⁴. Ces deux cas sont un peu atypiques puisqu'ils ne concernent pas des enfants à risque qui partent en vacances au pays. Dans un des cas, le GAMS a reçu un appel pour une jeune fille marocaine qui craignait une excision et, après analyse du cas, il s'agissait d'une reconstruction de l'hymen avant un mariage arrangé, la jeune fille a été prise en charge par l'équipe du planning familial de son quartier. Le deuxième cas concerne une jeune femme marocaine qui aurait été excisée contre son gré lors d'une opération du périnée sous anesthésie générale.

Il est à noter que pour ce qui concerne les dénonciations de médecins qui pratiqueraient l'excision sur le territoire belge, l'origine de la personne n'a pas beaucoup de sens et n'est donc pas reprise sur la carte.

3.2. Premiers résultats des entretiens

Quatre grands enjeux ressortent des premiers cas analysés et sont présentés ci-dessous. D'autres enjeux viendront compléter cette liste une fois tous les cas analysés.

3.2.1. Communication entre les professionnels et les familles

Les premières recommandations sont liées aux constats relatifs à la manière dont se déroule la communication entre les professionnels de première ligne et les familles.

Les personnes concernées par la

problématique des MGF ne maîtrisent pas/rarement une des langues officielles en Belgique. Les professionnels de premières lignes, lorsqu'ils sont amenés à entrer en contact avec elles et à aborder la question des MGF – afin de les sensibiliser ou faire de la prévention – se heurtent, bien souvent, à la barrière de la langue. Deux cas de figure sont observés :

- Recourir à un interprète : la plupart du temps, par manque de temps, il s'agit d'un membre de la famille. Le risque étant le manque de rigueur pour la traduction et le fait de ne pas connaître la position de l'interprète par rapport à la problématique.
- Décider de se passer d'un interprète et aborder le sujet avec les « moyens du bord » : mimes, dessins, parler lentement, etc. avec les simplifications et les dérives que cela peut entraîner (ex : dessin de prison pour signifier l'interdiction des mutilations en Belgique).

De plus, faire de la prévention sans interprète et à l'aide de brochure ne garantit pas que le message soit bien passé. En effet, les populations cibles ne sont pas nécessairement alphabétisées, ainsi le dépliant du GAMS comportant une lame de rasoir pourrait induire en erreur les personnes ne sachant pas lire le contenu du document : ils pourraient penser que l'excision se pratique en Belgique.

Les premières recommandations que l'on pourrait faire seraient de :

- systématiquement faire appel à des interprètes et des médiateurs interculturels formés à la problématique des MGF ;

- concevoir des vidéos de prévention en plusieurs langues (peul, somali, arabe, français, néerlandais, anglais, etc.).

Autres constats :

En plus d'avoir des difficultés à communiquer avec la population cible, les professionnels ont certaines appréhensions à aborder la question de l'excision lors de leurs consultations. Cette situation est parfois aggravée lorsqu'un homme de la famille accompagne la dame durant les consultations – ce qui questionne la place des hommes dans les consultations. Si, dans d'autres cas, les professionnels ont tendance à recourir à cette présence pour traduire leurs propos et communiquer avec la femme, il en va tout autrement lorsqu'il s'agit d'aborder la question des MGF. Dans ces cas-là, certains n'osent pas nécessairement recourir à un interprète extérieur. En effet, comment justifier tout d'un coup de ne plus faire appel au membre de la famille et comment expliquer qu'on souhaiterait voir la dame seule, alors que jusqu'à présent, l'homme a toujours participé aux consultations?

3.2.2. Guidelines et outils

Un obstacle majeur dans la prévention et la prise en charge est, qu'à ce jour, il n'existe pas de lignes directrices sur la manière de gérer un cas de signalement de petites filles à risque de MGF. De ce fait les professionnels se sentent bien souvent démunis et tentent alors de trouver des personnes de référence autour d'eux ou font appels aux associations spécialisées. La prévention/détection/prise en charge des cas de signalement de petites filles à risque dépend donc fortement de l'information détenue par la personne

pouvant potentiellement gérer le cas et du relais qui s'ensuit.

Les entretiens révèlent également un problème concernant les outils de sensibilisation ou de suivi : ces derniers existent – guide à l'usage des professionnels, protocole hollandais, passeport d'INTACT, certificat d'intégrité, etc. – mais ils ne sont pas suffisamment accessibles si on ne sait pas vers quelles associations se tourner.

Les recommandations découlant de ces constats sont de :

- Elaborer une grille d'évaluation du risque afin de permettre aux professionnels, à leur échelon, de détecter s'il s'agit ou pas d'un cas de signalement de petite fille à risque ainsi que d'établir le degré « d'urgence » des actions à mettre en place. Les réponses à cette grille pourraient être validées par deux-trois autres professionnels afin d'être sûr du constat fait.
- Mettre au point un guide pratique d'entretien avec les familles – basé entre autre sur celui des Pays-Bas. Les associations spécialisées envisagent d'organiser un atelier à ce sujet et de développer des vidéos d'exemple de déroulement d'entretiens avec les familles afin d'aider les professionnels à réaliser leurs propres entretiens.
- Créer un modèle de document à remplir en cas de vacances au pays (« kit en cas de retour au pays ») à communiquer aux professionnels.

3.2.3. Rôle et coordination des acteurs

Les premiers cas gérés par les associations spécialisées ont été effectués

avec « les moyens du bord » et les ressources humaines disponibles. En effet, elles possèdent une expertise en matière de MGF mais n'ont pas la formation et le mandat d'un délégué du SAJ par exemple. Le cas le plus « emblématique » ayant eu des répercussions sur la manière dont fonctionnaient l'asbl INTACT aussi bien que le GAMS Belgique est sans aucun doute le cas de la Travel Clinic de 2011. Lors de ce cas, une médiation avait été tentée avec les parents par des représentants d'INTACT et du GAMS, puis par le Délégué général aux droits de l'enfant. Les enfants avaient temporairement été retirées de leur famille car le risque avait été jugé trop grand. Ce placement en urgence a permis au SAJ d'intervenir et d'organiser une médiation au cours de laquelle tous les acteurs se sont réunis afin de discuter de la meilleure manière de résoudre cela. Suite à cette expérience, le GAMS a décidé de limiter les actions directes et d'être plutôt un acteur de seconde ligne en apportant son soutien aux professionnels et aux particuliers. Par exemple, le GAMS Belgique ne souhaite plus que ses animateurs communautaires soient utilisés comme interprètes dans des situations de signalement en urgence car cela empêche ensuite le GAMS d'intervenir dans un second temps pour un travail de suivi des familles et de prévention.

Il est donc important d'établir un organigramme clair indiquant les rôles et les compétences des différents acteurs (professionnels de 1ère ligne, organismes chargés de la maltraitance (SOS Enfants, SAJ), associations spécialisées MGF, etc.).

3.2.4. Accompagnement des familles sur le long terme

Après la détection d'un risque et sa prise en charge, une fois que les enfants sont rentrées de voyage et éventuellement soumises à une visite médicale pour vérifier qu'il n'y a pas eu d'excision, le cas est bien souvent « classé » – et ce plus particulièrement si le Parquet est intervenu. 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 jusqu'à quel âge le risque peut-il être écarté ? En effet, peut-on être certain que lors d'un prochain départ en vacances, les enfants ne seront pas excisées si la famille n'est pas suivie sur le long terme ? Comment effectuer un suivi sur le long terme des familles jugées à risque ? Et qui a le mandat pour le faire ? En effet, dans l'état actuel des choses, les associations spécialisées, en intervenant dans les cas 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.

Il découle de ce constat qu'il faudrait, dans un premier temps, établir un organigramme clair des rôles et compétences des différents acteurs (voir supra) et dans un second temps, réévaluer de manière régulière les cas ayant fait l'objet d'un signalement afin de s'assurer que le risque est définitivement écarté.

4. CONCLUSION

En guise de conclusion, il convient de souligner les limites et les forces de cette étude.

4.1. Les limites de l'étude

Les outils ayant permis de réaliser cette première analyse de la situation relèvent des méthodes qualitatives et sont donc tributaires des inconvénients qui y sont liés.

Premièrement, il y a la difficulté à joindre les acteurs. Après avoir sélectionné les cas, il fallait encore pouvoir retrouver les coordonnées des personnes étant intervenues sur les cas en question : des contacts notés sur des « feuilles volantes », lors d'un colloque ou lors d'une discussion en aparté après une formation n'ont pas tous été retrouvés. Ensuite, une fois les coordonnées des personnes retrouvées, encore faut-il qu'elles acceptent de participer. Ces éléments expliquent en partie les 4 cas en stand-by.

Deuxièmement, il y a un biais de la mémoire dû à la plus ou moins grande ancienneté du cas. Lors d'un des entretiens pour un cas traité en avril 2012, la personne interviewée a fait 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 cas retenus datent de 2010, il y a de fortes chances que l'on doive tenir compte du biais de la mémoire.

Troisièmement, on peut noter l'absence des familles. Il a été décidé de ne pas interviewer les membres des familles qui ont fait l'objet d'un signalement pour des raisons déontologiques – à l'exception des cas où un membre de la famille a été à l'origine d'un signalement. Cette absence se ressent très fortement dans les analyses de cas : 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 eu lors de la sensibilisation, leurs réactions face à la demande d'examiner leur[s] enfant[s] à leur retour, etc. Toutefois, l'équipe de chercheuses souhaiterait en partie remédier à cette lacune en réalisant un entretien avec une ou deux familles avec lesquelles la relation de confiance a été maintenue.

Quatrièmement, parmi les cas retenus, il n'y a aucun cas de « suspicion d'excision » du fait que le premier s'est avéré être un « faux-positif » et que le second remonte à 2009 (trop ancien). Toutefois, il serait intéressant de pouvoir réaliser des entretiens avec les personnes intervenues sur ce cas et ce bien qu'il y ait un « lourd biais de la mémoire » et que les autres limites risquent également d'être fortes présentes (difficulté à joindre les acteurs et absence de la famille).

4.2. Les forces de l'étude

Les forces de cette recherche découlent également de la méthode qui a été choisie. 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 par les associations spécialisées mais également par les organismes/institutions susceptibles de recueillir un nombre minimum d'éléments afin de « cerner les cas ».

Mouvement rétrospectif vers le prospectif : le travail rétrospectif étant effectué, il faut à présent continuer à recueillir les données des prochains signalements afin de pouvoir en tirer d'autres enseignements.

Ensuite, il s'agit d'une « recherche-action ». Le processus a donc été participatif – les membres des Stratégies Concertées

ont validé les résultats préliminaires et ont aidé l'équipe de chercheuses à compléter l'analyse. La présence de membres des communautés les a grandement aidées. Enfin, la méthode choisie l'indique bien : une recherche action... Il y a donc un lien direct entre la recherche et les actions entreprises sur le terrain. Ainsi, les associations spécialisées, l'asbl INTACT et le GAMS, se sont déjà réunies afin de tirer des enseignements de la recherche sur leur manière d'agir. En plus de cela, les résultats de cette recherche vont contribuer à l'élaboration du protocole de prévention et protection des petites filles à risque de MGF en Belgique.

Références

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

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

KAISER M. et S. BEN MASSOUD (avocats Altea), 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 asbl, Bruxelles (inédit).

JANSSEN C. et K. WINTGENS, 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 (inédit).

NERAUDAU E. et V. VAN DER PLANCKE, 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 (inédit).

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

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.

1. www.strategiesconcertees-mgf.be

2. 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.

3. DUBOURG D., RICHARD F., 2010, op. cit.

4. 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

LA PRÉVENTION DES MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES PAR LA SANTÉ PUBLIQUE DE LA JEUNESSE AUX PAYS-BAS

TOSCA HUMMELING

Chef de projet
Gemeentelijke of Gemeens-
chappelijke Gezondheids-
dienst, Pays-Bas

La santé publique de la jeunesse ou “Jeugdgezondheidszorg” (JGZ ci-après) aux Pays-Bas relève de la responsabilité des communes. C’est donc via les communes que la prévention des MGF y est organisée.

1. RÔLE DE LA JGZ AUX PAYS-BAS:

La JGZ pourvoit aux activités suivantes:

- La vaccination des enfants contre les maladies, telles que la polio ;
- La détection de problèmes de santé, tels que les affections cardiaques ;
- La détection d’autres problèmes qui peuvent menacer le développement de l’enfant, tels que la maltraitance d’enfants ;
- Le renvoi aux instances compétentes ;
- La prévention des problèmes en donnant des informations, par exemple sur l’excision des filles.

La JGZ atteint environ 90 à 95% des enfants entre 0 et 19 ans.

2. L'APPROCHE PRÉVENTIVE VIS-À-VIS DES MGF

Un premier pilier de l'approche préventive des MGF aux Pays-Bas constitue l'information individuelle des parents par un professionnel de santé conformément à la "Standpunt VGV" ("Protocole de prévention des MGF") de la JGZ. Le Protocole est une directive, développée en coopération avec les partenaires du terrain et décrit comment et quand il faut agir. A cet égard, il est convenu que les organisations de la profession et du domaine sont d'accord avec le contenu de la directive, que la JGZ se lie aux directives/positions et que l'inspection de la santé publique contrôle la mise en exécution de la position.

Le Protocole prévoit plusieurs moments de contact sur les MGF au sein de la JGZ. Lors la première visite domiciliaire ou lors d'un intake médical, le pays natal des parents est noté. Les autres moments de contact se situent au moment où l'enfant a 4 semaines, 18 mois, 3 ans et 9 mois, 5 ans, 10 ans et en deuxième année du secondaire.

Pendant ces moments de contact, une information sur les MGF est donnée aux parents. Les objectifs des conversations sur les MGF sont les suivants:

- clarifier le fait que les MGF constituent un sujet de conversation et de formation normal dans le cadre des contacts avec l'équipe de la JGZ ;
- informer sur les risques pour la santé qui résultent des MGF ;
- clarifier que les MGF sont interdites aux Pays-Bas et distribuer la "Déclaration

contre l'excision des filles" ;

- signaler, soutenir et assurer que de l'aide soit apportée aux filles excisées ;
- estimer les risques pour la fille.

En cas de doute ou risque réel, le professionnel agit selon le "Protocole d'action" ("Handelingsprotocol").

Bien qu'un guide ne soit pas disponible, ni souhaitable, l'entretien doit se dérouler de manière motivante. Dans cette optique, les aptitudes à communiquer du médecin et de l'infirmi(e)(l)(e) sont importantes. Ce sujet n'est pas plus difficile que d'autres, mais aborder la question ouvertement et activement lors du premier contact avec la famille à risque est indispensable pour diminuer la charge émotionnelle. Parfois, il est nécessaire de faire appel à un interprète (de préférence féminin), qui a de l'expérience avec le sujet. L'objectif est de questionner sans trop insister.

Les autres piliers de l'approche préventive sont:

- L'information collective des parents par des personnes relaisⁱⁱ formées par des organisations issues des communautés ;
- L'information collective des demandeurs d'asile/parents par un professionnel médical et de préférence aussi une personne relais ;
- La coopération en chaîne entre les professionnels, les sage-femmes, les gynécologues, l'enseignement, l'AMK (abréviation pour "Advies- en Meldpunt Kindermishandeling", traduction: "le service de conseil et de signalement de maltraitance des enfants"), le "Raad voor de Kinderbescherming" (traduction: "le Conseil pour la protection des enfants"), la police.

Une équipe locale et multiculturelle est de préférence impliquée et les cas peuvent être discutés ensemble.

3. LES FACTEURS À RISQUE DE MGF ET L'ÉVALUATION DES RISQUES

Des facteurs à risque de MGF pour une fille sont par exemple :

- Le pays d'origine de la mère est un pays à risque, où il y a un degré de prévalence élevé de MGF ;
- Le pays d'origine du père est un pays à risque ;
- La mère de la fille est excisée ;
- Les soeurs sont excisées ;
- Le partenaire / membres de famille directs parlent en faveur de la MGF ;
- La pression de l'environnement ;
- Des visites familiales régulières à l'étranger ;
- La famille ne s'est pas ou s'est mal intégrée : par exemple, le fait qu'ils ne parlent pas la langue du pays où ils résident, absence de travail, etc.

Après l'entretien avec les parents, les conclusions sont enregistrées dans le dossier électronique (digitalisé) de l'enfant, ainsi qu'une évaluation des risques. Soit il est jugé qu'il n'y a pas de risque de MGF, ou qu'il y a un risque douteux, ou un risque réel, soit il y a une présomption qu'une MGF a été faite ou une MGF a été constatée. Si un risque de MGF est constaté, des moments de contact supplémentaires avec la famille peuvent être organisés, pendant lesquels une nouvelle information est donnée sur les conséquences

néfastes de la pratique sur la santé de la fille. Une attention particulière est également accordée au corps féminin, et à la différence entre une femme excisée et non excisée, et à la pénalisation des MGF aux Pays-Bas prévue par la loi. Les deux parents sont invités et les formateurs essaient de les rendre plus aptes à se défendre contre la pression familiale.

De préférence ces personnes sont mises en contact avec les personnes relais de leur propre communauté. Parfois, un avis peut être demandé à l'AMK ou si des doutes persistent après les moments de contact, le cas est signalé.

4. INSTRUMENTS DISPONIBLES AUX PAYS-BAS

En dehors du Protocole de prévention, il existe d'autres instruments importants destinés à informer au sujet de cette problématique.

La JGZ a mis en place un e-learning pour son personnel (et autres professionnels). Il permet la formation des fonctionnaires de référence, formations à l'entretien et met du matériel éducatif à disposition du groupe cible, tel qu'une brochure (disponible en 5 langues), un guide de détection pour les écoles, une déclaration contre l'excision des filles (en 7 langues), une fatwa, et un dvd éducatif pour les centres d'asile. Par ailleurs, il existe également des outils pour la gestion, l'enregistrement et un code de signalement de maltraitance d'enfants.

5. LES FACTEURS DE SUCCÈS

Les facteurs de succès généraux sont :

- les financements par le ministère de la santé publique, de bien-être et des sports;
- le rôle important d'un ancien secrétaire d'Etat qui a fortement soutenu la prévention de MGF;
- le fait que les MGF soient intégrées dans des protocoles et des codes de signalement relatifs à la maltraitance et dans les aspects promotion de la santé des immigrés est très important;
- un grand nombre des professionnels sont formés par le biais de e-learning, y compris sur l'amélioration des techniques de conversation;
- une coopération entre les professionnels et les personnes relais est également prévue, ainsi qu'une formation de tous les partenaires dans la chaîne, afin de pouvoir référer aux bonnes personnes;
- les médias sont également un facteur de succès important pour l'établissement des priorités (voir également supra les obstacles);
- la possibilité que les professionnels travaillent avec des personnes relais du groupe cible.

6. LES OBSTACLES

Il n'y a pas de chiffres tangibles sur l'impact de cette prévention, ce qui complique la planification et le financement, ainsi que la réponse aux médias quant aux chiffres et la mise en œuvre. Par ailleurs, il n'y pas encore eu de condamnations dans le cadre de la

législation sur les MGF.

Le thème lié aux MGF concerne relativement peu de personnes, ce qui stimule plus difficilement les professionnels et les responsables. Le rôle de l'enseignement n'est pas suffisamment éclairci. L'établissement des priorités dans le cadre des MGF chez les médecins de familles n'est pas facile. Aussi l'évaluation des risques est compliquée et ne correspond pas toujours aux réponses sociales souhaitables. Par ailleurs, il y a aussi une différence entre la prévention/les soins d'une part, et le contrôle/la recherche d'autre part.

Le rôle des personnes relais devrait être mieux défini et leur intervention devrait être mieux financée et facilitée.

Un autre obstacle est que les MGF ne constituent souvent qu'un aspect de la problématique d'intégration au sein d'une famille, outre les problèmes financiers, la violence domestique, les problèmes de santé, etc.

Les responsables religieux ne se prononcent pas suffisamment sur les MGF.

L'attention n'est pas suffisamment fixée sur les problèmes des femmes excisées, par exemple les demandeurs d'asile devraient être informés prioritairement.

i. Handelingsprotocol vrouwelijke genitale verminking bij minderjarigen: Uitleg en handvatten bij Ketenaanpak, Pharos, april 2010.

ii. Le terme neertelphonee est « sleutelpersonen », à savoir des personnes relais issus des communautés pour assurer un lien avec les communautés.

LES MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES PARMİ LES IMMIGRÉES EN EUROPE :

l'estimation des risques est-elle raisonnable* ?

SARA JOHNSDOTTER

Docteure en Anthropologie
sociale, Santé et Société,
Université de Malmo, Suède

Combien de filles ayant immigré dans un pays européen présentent-elles le risque d'être victimes de mutilations génitales ? Les estimations varient, de même que les méthodes de calcul. La méthode de calcul de base semble compter le nombre de filles dont au moins un des parents est né dans un pays où sont pratiquées les MGF, ou le nombre de toutes les femmes et filles susceptibles d'avoir subi des MGF, en y ajoutant parfois celles qui pourraient en être victimes dans le futur. Les modes de calcul diffèrent considérablement selon l'accès aux statistiques et les différentes façons dont chaque pays catégorise ses immigrants.

Quels facteurs ou paramètres doivent être inclus pour créer une estimation des risques ? Cet article suggère quelques paramètres clés. L'objectif n'est pas de fournir une nouvelle formule mathématique pour calculer le nombre de filles risquant d'être victimes de MGF, mais plutôt de rappeler que quantifier un risque reste une question épineuse.

* L'intervention de Sara Johnsdotter, lors du colloque du 23 novembre 2012, reprenait en substance le contenu de son article intitulé « Female Genital Cutting Among Immigrants in European Countries: Are Risk Estimations Reasonable ? » et disponible sur <http://www.lunduniversity.lu.se/o.o.i.s?id=24732&postid=528296>

Nous produisons ici le résumé de cet article présenté à Rome les 10 et 11 décembre 2004 à la conférence Mutilazioni Genitali Femminili In Europa: Problemi E Proposte Per L'eradicazione Di Una Pratica Culturale. Il est traduit de l'anglais.

PARAMÈTRES CLÉS

Nombre d'immigrantes venant « d'un pays où sont pratiquées les MGF »

L'accent est mis sur ce facteur dans le modèle car c'est apparemment la méthode la plus utilisée pour estimer le nombre de filles à risque. Par exemple, pour réaliser un calcul technique, on regarde le nombre de filles âgées de 0 à 15 ans nées dans un certain pays ou en ayant la nationalité, que l'on divise ensuite par le taux de prévalence des MGF dans le pays de naissance.

Taille et composition de la communauté ethnique

La taille de la communauté ethnique est d'une grande importance. Il y a de bonnes raisons de supposer que les filles appartenant à une communauté de plus de 20 000 Somaliens sont plus à risque que celles issues d'une communauté de moins de 300 personnes venant du Sénégal. La répartition de l'âge et du genre dans une certaine communauté peut également être importante dans l'évaluation des risques.

Logique socioculturelle des MGF

Afin d'évaluer le niveau de risque, il nous faut avoir accès à des études qualitatives décrivant la/les logique(s) traditionnelle(s) des MGF dans le pays d'origine. Dans certains contextes locaux, la pratique des MGF semble intimement liée à divers aspects de la vie sociale (religion, relations homme-femme, rites

d'initiation et statut d'adulte, esthétique, etc.). Dans d'autres, la pratique semble plus ou moins redondante, ou est perçue comme « traditionnelle » sans avoir une signification « plus profonde ».

Nous devons également nous intéresser au débat interne qui a lieu au sein de la communauté dans ce contexte d'immigration. Comment les migrations ont-elles changé l'opinion ? Les raisons traditionnelles pour pratiquer des MGF dans le pays d'origine sont toujours liées au contexte, ce qui implique que les expériences migratoires et la vie quotidienne des populations immigrées dans un nouvel environnement social les forcent à réévaluer leurs points de vue. Leurs raisons de défendre ou de combattre les MGF seront toujours liées au contexte, mais leur logique aura subi des changements causés par leurs nouvelles conditions de vie.

L'ESTIMATION DES RISQUES EST-ELLE RAISONNABLE ?

Niveau de pression sociale

Pour évaluer le niveau de pression sociale au sein de la communauté, il est nécessaire d'avoir un aperçu des relations de groupe. Une fois encore, la taille de la communauté a probablement de l'importance, tout comme le niveau de ségrégation. La pression sociale peut fonctionner dans les deux sens. Elle peut soit appuyer une tradition qui perdure, soit promouvoir une opinion collective qui souhaite abandonner cette pratique.

Les médias de masse jouent un rôle délicat. D'un côté, l'attention du grand public à la question des MGF rejette les débats internes et peut ainsi accélérer le processus de changement. D'un autre côté, le traitement sensationnel de cette question qui répand des allégations sur la persistance de cette pratique dans la société d'accueil, peut avoir des conséquences négatives en termes de pression sociale. Les immigrants qui sont ambivalents à l'égard des MGF peuvent « basculer de l'autre côté » et croire que « tout le monde » dans leur communauté reste fidèle aux traditions. Il devient donc beaucoup plus important de s'accrocher à la tradition et à l'honneur, des notions qui sont familières dans la nouvelle culture d'accueil. Dans ce cas particulier, il y a des raisons de penser que des exagérations de la part des médias de masse peuvent accroître le niveau de risque.

Niveau d'ingérence de l'État

Lorsque nous essayons de calculer combien de filles présentent le risque d'être victimes de MGF, nous devons prendre en compte le niveau d'ingérence de l'État ou les relations multiformes qu'entretiennent les communautés immigrantes avec les institutions étatiques. Il y a une relation entre l'ingérence générale de l'État et l'existence de procédures de renvoi en cas de MGF.

Campagnes préventives

Le niveau de risque peut être affecté par l'existence ou le manque de campagnes de prévention. Le Royaume-Uni, le Danemark et la Suède sont parmi les pays

qui ont mis en place depuis longtemps des campagnes anti-MGF. L'association militante FORWARD au Royaume-Uni est forte d'une longue expérience en matière de campagnes nationales. L'association joue aujourd'hui un rôle majeur dans les cas de MGF suspectées ou programmées, en étroite collaboration avec la police et les services de protection de l'enfance. La Suède a été à l'initiative d'une campagne contre les MGF au début des années 90, et le Danemark a suivi quelques années plus tard. La Belgique n'a engagé aucune campagne nationale contre les MGF.

Niveau d'intégration/de ségrégation

Il y a des raisons de penser que les immigrants victimes de ségrégation dans la société d'accueil sont plus à même de plaider en faveur des MGF que ceux qui y sont bien intégrés ou assimilés. Nous devons également inclure la ségrégation en matière de logement, les compétences linguistiques et le taux d'emploi ainsi que d'autres facteurs du même type. Ce paramètre est étroitement lié à la taille de la communauté ethnique, au niveau de pression sociale et au temps de résidence dans la société d'accueil.

Temps de résidence dans la société d'accueil

Ce paramètre est étroitement lié au point précédent qui concerne le niveau de ségrégation sociale. Le fait est que nous devons analyser le temps de résidence à deux niveaux : au niveau individuel et au niveau communautaire. Des personnes ayant habité, disons, dix ans dans le

pays d'accueil sont plus à même d'être opposées aux MGF que des personnes venant tout juste d'arriver d'un pays où les MGF sont totalement acceptées voire honorées. Cependant, de nombreux immigrants arrivent seuls dans des réseaux ethniques déjà existants au sein de la société d'accueil, où ils peuvent être influencés par des valeurs prédominantes.

Expérience individuelle des parents

Dans l'estimation du nombre de filles dites à risque d'être victimes de MGF, tout parent est implicitement considéré comme capable de faire exciser sa fille. En réalité, il existe d'importantes différences d'attitude au sein de ces groupes. Si l'on considère l'origine ethnique, certains groupes venant d'un « pays où sont pratiquées les MGF » n'auront pas nécessairement recours à ces coutumes. Nous devons également prendre en considération le niveau d'éducation, l'âge et l'habitation en région rurale ou urbaine.

Chaque individu a son propre « parcours » au sein de la société d'accueil, sur le plan social, psychologique et socio-économique. Nous pouvons nous attendre à ce que des personnes ayant habité un certain temps dans la société d'accueil et subissant une ségrégation résidentielle, des discriminations et le chômage, soient plus enclines à être en faveur des MGF que des personnes immergées dans la société d'accueil dès leur arrivée - ces personnes travaillant, interagissant au sein de la société d'accueil et ayant développé un

sentiment d'appartenance et de loyauté envers leur nouvelle société.

EST-CE UNE QUESTION IMPORTANTE ?

Les exagérations ne peuvent-elles pas être utiles ?

L'intérêt de cette discussion est de souligner le fait que de « présenter le risque d'être victime de MGF » est une question hautement complexe, intimement liée au contexte. En France, plus de 25 affaires ont été portées devant les tribunaux. Un chiffre qui en dit long sur la situation des Africains de l'Ouest en France, mais peu sur les Africains de l'Est au Danemark par exemple. Tirer des conclusions trop hâtives sur la persistance des MGF dans toute l'Europe en utilisant l'exemple des procès français est une faute grave. C'est un peu comme essayer de parler des Norvégiens aux États-Unis en citant l'exemple d'une situation qui impliquerait des Russes en Australie. Pourtant, de nombreux textes présentent le phénomène en assumant une persistance générale des traditions des MGF au sein des groupes d'immigrants africains en Europe.

Les évaluations des risques semblent être influencées par des facteurs anxiogènes. Les chiffres sont plutôt exagérés que diminués. Il semble généralement admis dans ce domaine, bien que cela soit implicite, que les exagérations sont inoffensives et faites pour le bien moral. Mieux vaut inclure chaque fille ou groupe possible dans ces évaluations que de sous-estimer ce

problème et risquer d'être perçu comme insensible ou de manquer d'empathie.

De plus, il ne faut pas nier le fait qu'un problème social doit être présenté comme alarmant et d'une certaine ampleur afin d'attirer l'attention et des financements. Militants, politiques, experts, journalistes et fonctionnaires ont tous de bonnes raisons de maintenir un discours public soutenant que les MGF sont un phénomène sérieux et très répandu au sein des groupes immigrants africains.

Les exagérations sur l'évaluation des risques et les allégations sur une pratique largement persistante des MGF dans les pays européens ont des répercussions négatives sur les membres des communautés immigrantes. La question est donc de savoir qui peut défendre ces exagérations s'il existe une possibilité, ou plutôt une probabilité, que des filles en Europe soient victimes de MGF ? Si une panique d'ordre moral aboutit à des mesures qui sauveront certaines filles de la souffrance, cela vaut-il la peine de stigmatiser des groupes entiers pour atteindre cet objectif ?

Le problème des MGF est un terrain propice aux rumeurs, à la « chasse aux sorcières » et à l'émergence de légendes contemporaines. Ainsi, les chiffres officiels des filles dites « à risque » ainsi que les déclarations officielles sur la persistance de la pratique des MGF doivent être correctement fondés et formulés avec exactitude. La bonne attitude serait de construire et de maintenir une structure sociétale préparée à rester en alerte face aux cas suspectés de MGF, mais aussi de

compléter ce système de vigilance par un scepticisme sain envers les rumeurs et les exagérations.

Il y a des raisons de penser que les immigrants victimes de ségrégation dans la société d'accueil sont plus à même de plaider en faveur des MGF que ceux qui y sont bien intégrés ou assimilés.



PRÉVENTION DES MGF AU SEIN DE L'OFFICE NATIONAL DE L'ENFANCE (ONE)

**DOCTEUR LILIANE PIRARD-
GILBERT**

Présidente du Collège des
conseillers pédiatres
ONE

L'Office de la Naissance et de l'Enfance a vu le jour en 1983 lors de la scission de l'Oeuvre Nationale de l'Enfant, créé en 1919 au sortir de la 1ère guerre mondiale, en « Kind en Gezin » en région flamande d'une part et « l'Office de la Naissance et de l'Enfance » en région francophone d'autre part.

L'ONE 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**.

Un des rôles essentiels de l'ONE est d'assurer la prévention primaire de la mère et de l'enfant en matière de santé et de bien-être psycho-social.

Cette action s'étend de la période pré-conceptionnelle à l'entrée à l'école primaire. Elle s'adresse à toutes les mères et à tous les enfants sans discrimination si ce n'est positive.

La prévention des MGF entre donc bien dans le cadre de ses missions.

Le suivi préventif des enfants est systématisé en différents programmes prioritaires détaillés dans le Guide de Médecine préventive.

Les programmes prioritaires sont les suivants :

- dépistage néo-natal
- allaitement maternel
- promotion d'une alimentation saine
- croissance
- prévention de l'obésité
- promotion de la santé bucco-dentaire
- prévention de l'allergie
- cris du nourrisson, troubles digestifs
- prévention des troubles du sommeil
- syndrome de la mort subite du nourrisson
- dépistage des troubles visuels
- dépistage des troubles auditifs et de la sphère ORL
- dépistage des anomalies de l'examen neurologique
- vaccination de l'enfant et de l'adolescent
- dépistage de la tuberculose
- dépistages des troubles orthopédiques
- **dépistage des pathologies génito-urinaires**
- environnement
- **prévention des traumatismes**

Ces programmes sont mis en œuvre dans les consultations, gratuites, pour enfants et lors du suivi de la santé en milieux d'accueil.

La prévention des MGF entre bien dans le cadre des missions de l'ONE.

Depuis quelques années, sensibilisé par le GAMS et d'autres associations, l'ONE développe un projet plus particulier de dépistage des MGF dans le cadre du programme de dépistage et de prévention des pathologies génito-urinaires.

L'examen général de l'enfant comporte un examen de la région génito-urinaire à différents moments clés de sa petite enfance (à la maternité, à la première consultation, lors des examens de suivi...) : exploration des hanches, recherche d'une hernie, d'une anomalie génitale tant chez la petite fille que chez le petit garçon...

Chez l'enfant plus grand, une mise en confiance et un examen respectueux sont également indispensables.

A côté de ces examens entrant dans un cadre global, une attention particulière sera apportée aux petites filles originaires d'une région connue pour avoir une tradition de MGF, tout en sachant que de grandes différences

peuvent exister entre ethnies.

Il existe différents moments clés pour parler de ces « traditions » avec les mères : la grossesse, le séjour en maternité, la première consultation du bébé, les vacances au pays...

Des réunions d'information ont eu lieu à Liège et Bruxelles notamment pour sensibiliser les médecins et les TMS à la problématique des MGF.

Les bases de la prévention des MGF sont doubles :

- ces mutilations sont nocives pour la santé physique et psychique de l'enfant et le de l'adulte en devenir et **elles ne lui apportent aucun avantage.**
- ces mutilations représentent une violation des droits de l'homme et enfreignent les lois belges.

Par ailleurs un travail de compréhension de ces traditions doit être réalisé au sein des équipes. Non pour les accepter au nom d'une fausse « tolérance » culturelle mais bien pour en comprendre mieux les rouages et ainsi être plus efficaces dans cette prévention.



Les missions de l'ONE dans ce cadre, comme dans d'autres, sont donc bien d'accompagner les familles sur le chemin de la santé et de l'égalité des chances pour tous.

Un travail en partenariat avec les autres services internes à l'ONE et externes (GAMS, INTACT, SAJ...) est organisé.

L'intérêt supérieur des enfants sera toujours la priorité de l'ONE.

Les missions de l'ONE dans ce cadre sont donc bien d'accompagner les familles sur le chemin de la santé et de l'égalité des chances pour tous.

RÔLE DE L'ONE DANS LA PRÉVENTION DES MGF

Témoignage d'une collaboration avec le GAMS au sein d'une consultation ONE

JASMINA TOPIC

Travailleur Médico-Social
ONE Ste-Marguerite, Liège

En juin 2010, l'ONE et le Fonds Houtman, soutenant depuis longtemps le travail de prévention fait par le GAMS pour l'abolition des mutilations sexuelles des femmes, décident d'expérimenter une collaboration au sein même des consultations ONE dans la Subrégion de Liège.

Pour ce faire, une enquête fut initiée pour cibler les lieux propices au développement de cette collaboration. Lors de l'enquête, nous avons relevé :

- le nombre d'enfants (0-6 ans) dont la mère est originaire d'un pays à risque ;
- le nombre de filles (0-6 ans) dont la mère est originaire d'un pays à risque ;
- le nombre de familles qui, en fonction de la nationalité d'origine de la mère, viennent d'un pays à risque.

En septembre 2010, les résultats de l'enquête montrent que 4 consultations sont particulièrement fréquentées par le public cible sur la ville de Liège. La consultation de Sainte-Marguerite recense 89 familles en 2011 et 69 familles en 2012 concernées par les mutilations génitales. L'ouverture d'une permanence spécifique aux MGF y est introduite.

En mars 2011, les médecins et TMS (travailleur médico-social) ont été invités à participer à une formation donnée par le GAMS en présence de Dominique Daniel (médecin généraliste) dans le but non seulement de pouvoir aborder le problème d'excision avec les familles où le risque d'excision des petites filles existe, mais aussi repérer un risque potentiel, ou encore dépister un éventuel cas de MGF chez une petite fille (dans le but de faire une intervention individuelle auprès de ces familles).

Dès la réception de l'avis de naissance, le rôle du TMS est de repérer l'origine des parents en lien avec les pays à haute prévalence, cibler les parents concernés, ouvrir le dialogue avec eux afin de savoir si cela se pratique chez eux et entendre ce qu'ils pensent des mutilations génitales féminines.

Une visite à domicile nous permet de donner des informations sur les permanences du GAMS à Liège (Sainte-Marguerite) et d'expliquer qu'il s'agit d'un lieu où ils ont l'occasion d'aborder ce sujet.

Par la même occasion, nous rappelons la loi en vigueur en Belgique réprimant la pratique des mutilations génitales.

En fonction des demandes et des besoins des familles, une permanence hebdomadaire ou bimensuelle du GAMS est organisée durant la consultation dans un local séparé permettant la confidentialité.

Par ailleurs nous avons participé à d'autres activités afin de permettre des rencontres et échanges entre familles et professionnel via différents moyens tels que pièce de

théâtre, projection du film « Fleur du Désert », journée festive sur les traditions africaine ou la thématique principale était les mutilations génitales. Ces activités ont été organisées en collaboration avec différents partenaires: le GAMS, le Collectif Liégeois Contre les Mutilations Génitales Féminines et le CRIPEL.

En terme d'analyse des résultats de notre pratique actuelle, nous pouvons établir que les familles rencontrent des difficultés quand il y a un retour au pays à l'occasion des vacances car elles doivent « batailler » avec leur famille et surveiller l'enfant constamment pour ne pas qu'il soit excisé. Par ailleurs, nous devons aussi entamer un travail avec les familles favorables à l'excision.

Les différents aspects positifs du projet sont d'une part le fait d'avoir identifié un nouveau besoin des familles sur le secteur de Sainte-Marguerite et d'autre part que la mère peut enfin se sentir reconnue dans son histoire de vie (elle se sent écoutée et verbalise son vécu). Par ailleurs, la collaboration avec les différentes associations est très enrichissante.

En conclusion, notre sensibilisation à la problématique des mutilations génitales nous permet de répondre à un besoin de la population sur notre secteur même si ce besoin n'était pas formulé par les parents.

Le partenariat avec un organisme spécialisé tel que le GAMS ou le collectif liégeois nous permet d'être à l'aise pour aborder la tradition et soutenir notre intervention professionnelle préventive.

PRÉVENTION AU SEIN DE LA MÉDECINE SCOLAIRE

INGRID GODEAU

Médecin PSE Anderlecht

LAETITIA DE CROMBRUGGHE

Médecin PSE Ville de
Bruxelles

(Ingrid Godeau)

Nous travaillons, toutes deux, comme médecins dans des services différents de Promotion de la Santé à l'Ecole, l'une à la Ville de Bruxelles, l'autre à Anderlecht. Nous aimerions attirer votre attention sur le fait que nous ne représentons pas nos services et ne parlerons pas en leurs noms. Nous nous baserons donc principalement sur nos expériences et réflexions personnelles pour alimenter cette table ronde.

Un bref historique rappelant les missions PSE serait utile pour comprendre l'importance de notre place dans le secteur de la prévention et de la protection de ces enfants :

La loi du 21 mars 1964 sur l'inspection médicale scolaire (IMS) met en place une médecine préventive à destination des enfants et des jeunes. Elle instaure le bilan de santé et son suivi ainsi que la prophylaxie des maladies transmissibles. Entre 1980 et 1995, on entre dans une phase d'expérience de rénovation avec la possibilité pour les Centres d'IMS de remplacer une partie des bilans de santé par d'autres actions de prévention et d'éducation à la santé. Des subsides complémentaires sont prévus pour permettre une coordination médicale dans les centres participants à l'expérience (supprimés à la fin de l'expérience).

Ensuite, avec le décret du 21 décembre 2001, l'inspection médicale scolaire laisse la place à la Promotion de la Santé à l'Ecole qui a 4 missions principales :

1. Un suivi médical périodique des élèves : comprenant des bilans de santé préventifs individuels obligatoires¹ (au cours de certaines années scolaires), leur suivi, et la vaccination ;
2. La prophylaxie (et le dépistage) de maladies transmissibles (pour éviter leur propagation dans le milieu scolaire) ;
3. Un recueil de données médicales standardisées ;
4. La promotion de la santé en général, et d'un environnement scolaire favorable à la santé.

Il y a une grande hétérogénéité entre les différents services PSE au niveau des modes de fonctionnement, statuts, financement rapporté au nombre d'élèves, cultures de services, etc... Chaque service précise sa manière de faire dans un projet de service.

Une uniformité au sein même d'un PSE n'existe pas pour différentes raisons : comme le manque d'effectif au sein d'une équipe, les moyens humains qui ne sont pas étirables à l'infini, le fait d'être un médecin homme ou femme, une vision plus ou moins sociale de l'enfant et son environnement, une vision plus ou moins psychologique d'un vécu ou d'une situation difficile, le réseau de partenaires de terrain dans le socio-psycho-médico-judiciaire existant,...

Au PSE d'Anderlecht, nous avons voulu favoriser l'accueil des parents aux visites médicales, principalement en maternelle où le contact avec les parents nous paraissait essentiel dans le suivi et la mise en place éventuelle d'une relation privilégiée si nécessaire (problème de santé particulier, primo-arrivants, maltraitance...).

L'examen préventif cible ce qui est fréquent, facilement dépistable, qui peut avoir des conséquences graves et qui est vulnérable à l'intervention (donc pour lequel on pourra faire quelque chose). Il se fait dans un cadre global de promotion de la santé, où l'on est attentif à l'épanouissement et au bien-être de l'enfant.

(Laetitia De Crombrughe)

Thérèse Legros, de l'asbl INTACT, m'a proposé de prendre la parole parce que je fais partie d'un petit groupe de réflexion d'une dizaine de professionnels issus de deux services PSE (de la COCOF et de la Ville de Bruxelles) et d'un centre PMS. Nous nous sommes réunis quelques fois au cours de l'année écoulée, pour réfléchir à ce que nous pourrions faire au sein de nos activités en PSE pour prévenir les mutilations génitales féminines (MGF).

C'est à la suite d'une journée de sensibilisation animée par le GAMS en 2011 que ce groupe s'est constitué. Il y a beaucoup de pratiques et d'avis différents au sein de ce groupe.

Tout d'abord, que faire dans le cas d'une MGF déjà réalisée ou de signes d'appels ? Comme pour d'autres situations de maltraitance, nous pourrions réfléchir en pluridisciplinarité du suivi à apporter à la situation, par exemple rencontrer les parents, référer à un médecin ou à une psychologue sensibilisée ou expérimentée sur les MGF.

Pour la prévention primaire des MGF, - la prévention primaire, c'est la prévention qui cherche à éviter l'apparition de nouveaux cas, donc avant toute MGF pratiquée -, notre groupe de réflexion a identifié différentes actions possibles : Le préalable à ces actions de prévention est d'identifier les fillettes qui sont à risque. Ceci pourrait se faire sur la base du pays d'origine de leurs parents, (comme cela semble être fait aux Pays-Bas, par exemple).

La 1^{ère} action possible est la communication avec les parents :

- L'idéal serait de rencontrer les parents et d'établir un dialogue avec eux : les informer que nous connaissons cette coutume, expliquer les conséquences pour la santé physique et psychologique, l'interdiction en Belgique et essayer, par le dialogue, de se faire une idée de la position des parents par rapport aux MGF. Mais aucune rencontre entre les parents et les équipes médecins-infirmières n'est prévue systématiquement dans notre travail. Alors, sur quelle base sélectionner les parents ? Comment dégager du temps pour ces rencontres ? Comment les faire venir ? Que faire si les parents ne peuvent ou ne veulent pas venir ?
- A défaut d'une rencontre, une information écrite pourrait être donnée aux parents (soit quelques phrases dans la lettre de conclusions médicales pour les parents, soit un dépliant joint à cette lettre). Mais cette information écrite ne permet pas d'évaluer leur position, il n'y a aucun dialogue. Quel serait donc son impact ?

Le 2^{ème} type d'action possible est la communication avec les élèves :

- Un dialogue avec les élèves est possible lors des bilans de santé. Mais en quoi est-ce préventif ? Comment un enfant ou un jeune informé peut-il mieux se protéger ?
- Une information sur les MGF pourrait aussi être introduite lors d'un contact avec l'ensemble de la classe : par exemple lors des animations « éveil à la vie affective et sexuelle en 6^{ème} primaire ». Mais ici aussi,

cette information pourrait-elle aider l'enfant à être protégée ? D'autre part, il y a le risque de stigmatisation, sachant que les élèves originaires de pays à haute prévalence sont en général très minoritaires dans des classes d'élèves originaires de pays à très faible prévalence.

Par ailleurs, l'examen clinique des organes génitaux externes ne permet pas de prévention primaire. Il permet par contre de référer les fillettes pour une prise en charge des complications.

Donc pour moi la question de l'examen des organes génitaux externes ne doit pas prendre la place de la réflexion sur la prévention primaire, - avant que toute MGF ne soit faite -, la prévention que nous visons avant tout !

Je voudrais maintenant évoquer avec vous les avantages et les inconvénients du service de promotion à l'école pour la prévention des MGF.

LES AVANTAGES :

1. tous les enfants scolarisés passent des bilans de santé ;
2. l'examen médical est obligatoire, contrairement aux CPMS, ONE ;
3. il y a un contact individuel avec les élèves ;
4. une perspective de prévention et de promotion de la santé est présente dans tout notre travail.

LA (LES) LIMITE(S)

Tout d'abord, il n'y a pas de contact aisé avec les parents, alors qu'une vraie

prévention devrait passer par eux, un enfant mineur n'ayant que peu de moyens de se protéger tout seul.

Il me paraît primordial que toute action de prévention tienne compte du lien de confiance et de collaboration que nous recherchons avec les parents au bénéfice de la santé de l'élève. Elle ne devrait pas être rompue par une méfiance, des craintes... auquel cas, les enfants peuvent être systématiquement absents lors des bilans de santé, et le travail de prévention impossible.

Ensuite, bien que nous tentions d'avoir une vision globale et de dépister en discutant avec les élèves des problèmes les plus fréquents, le manque de moyens humains et de temps est un réel problème. Nous avons un temps limité par élève. La problématique des MGF est certainement très sérieuse, mais elle se présente parmi d'autres problématiques qui auront aussi des conséquences sur la santé future des enfants.

Par exemple, comment s'occuper en 10 minutes d'une élève de 13 ans, qui est d'origine guinéenne, donc peut-être à risque de MGF, qui pèse plus de 100 kg et qui n'a toujours pas été chez l'ORL alors qu'elle a un tympan perforé ?

Qu'est-ce qui pourrait nous soutenir dans notre travail ?

Premièrement, la sensibilisation aux MGF des autres intervenants (ONE, gynécologues, planners), et aussi des écoles (directions, enseignants).

Deuxièmement, le développement des collaborations entre intervenants :

- La collaboration avec les maternités

et les consultations ONE (créer un dossier commun et se le transmettre ?) ;

- La collaboration entre services PSE lorsque les enfants changent d'école ;
- La collaboration avec un réseau de spécialistes pour référence : gynécologues, psychologues, avec diffusion et mise à jour régulière d'une liste ;
- La collaboration avec les équipes SOS Enfants spécialisées, les SAJ (avec des personnes de référence formées, avec des moyens, l'organisation de rencontres pour des discussions de cas...) ;
- La collaboration avec les asbl comme le GAMS et INTACT, disposer de matériel d'information, de dépliants visant différents publics et dans différentes langues, etc.

Troisièmement, ce qui pourrait nous soutenir au niveau de nos services-mêmes :

- La formation continue des professionnels, par exemple à l'entretien motivationnel, à l'entretien sur les MGF ;
- Un refinancement du secteur (par le pouvoir subsidiant) parce que la prévention demande du temps ! ;
- Pourquoi pas des équipes ou des psychologues spécialisés qui viendraient faire des entretiens avec les parents dans les écoles ou services PSE avec de nombreuses élèves potentiellement à risque ;
- S'il y a des guidelines, qu'ils soient concis et concrets, pour qu'ils soient lus et utilisés.

En conclusion, j'espère beaucoup que petit à petit nous trouverons des voies pour améliorer la santé et le bien-être de tous les enfants. Il est important que nous, associations et travailleurs de terrain, continuons à insister pour que les moyens de la prévention soient maintenus et renforcés.

¹ Les bilans individuels obligatoires ont lieu au cours de certaines années scolaires entre le maternel et le supérieur non universitaire. Il doit y avoir minimum 5 visites médicales et maximum 8, par exemple comme suit : Maternelles: M1-M3(+NP), Primaires: P2-[P4]-P6, secondaires: S1 accueil et bis-S2-S4, Supérieur non Universitaire: 1ère, Primo-arrivants, Enseignement spécial: à l'entrée puis 1x/2ans.

Au sein des PMS, il n'y a pas de contact aisé avec les parents, alors qu'une vraie prévention devrait passer par eux, un enfant mineur n'ayant que peu de moyens de se protéger tout seul .



PRÉVENTION DES MGF AU SEIN DES SERVICES DE MATERNITÉ

Etude de cas

FABIENNE RICHARD

Sage-femme, MSc, PhD,
coordinatrice du GAMS
Belgique et chercheure à
l'Institut de Médecine
Tropicale d'Anvers.

La grossesse et l'accouchement sont des moments idéaux pour faire le diagnostic d'une mutilation génitale féminine et débiter un travail de prévention pour l'enfant à naître. C'est en effet souvent le seul moment où on peut examiner la vulve et les organes génitaux externes d'une jeune femme sans paraître (trop) intrusif puisque cela fait partie du suivi de la grossesse. C'est souvent le premier examen gynécologique pour des femmes migrantes et un diagnostic d'excision sera peut-être posé pour la première fois par un professionnel de santé, même chez des femmes qui vivent depuis plusieurs mois ou années en Belgique.

PERSONNEL DES MATERNITÉS : DES ACTEURS PIVOTS

La sage-femme, le gynécologue ou le médecin généraliste qui examine la femme enceinte et découvre une excision ou une infibulation peut entamer la discussion avec la femme. On peut à la fois aborder la question des complications éventuelles chez la femme (souffre-t-elle d'infections à répétition ? a-t-elle mal en urinant ?) et également parler de l'avenir de l'enfant (est-ce que les parents comptent exciser l'enfant si c'est une fille ?). La mère et les parents d'une manière générale sont sensibles à la santé de leur enfant et sont réceptifs aux messages donnés à ce moment-là par les soignants.

Si la grossesse est le moment idéal pour entamer le dialogue avec les parents qui veulent le meilleur pour leur enfant, cette occasion n'est pas toujours saisie et il y a beaucoup d'occasions ratées.

Encore beaucoup de professionnels ne se sentent pas à l'aise avec la problématique, ne savent pas comment aborder la question, ont peur de heurter la culture de l'autre, ne savent pas s'ils pourront trouver tous les arguments et réponses aux questions et repoussent alors la discussion à un autre moment. On retrouve ainsi des femmes enceintes excisées qui ont été vues 6 ou 7 fois pendant la grossesse sans qu'il y ait eu une discussion ouverte sur la question avec le soignant. Ce n'est pas l'idéal de laisser cette discussion sensible à l'équipe de la salle d'accouchement souvent débordée, qui doit aussi gérer les urgences.

ETUDE DE CAS

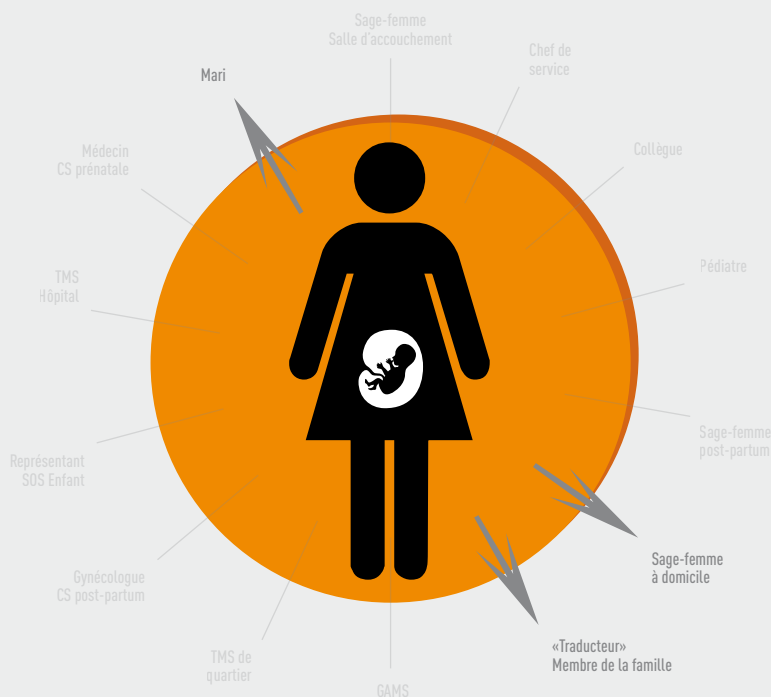
Pour illustrer les occasions ratées et les enjeux d'un travail de prévention pendant la grossesse, nous avons choisi de repartir d'un cas réel de demande d'excision dans une grande maternité bruxelloise (cas repris dans l'étude des cas de signalement réalisée par le Réseau des stratégies concertées MGF, voir intervention de Marie De Brouwere).

Demande d'excision dans une grande maternité bruxelloise

- 7 au 9 avril 2012
- Long weekend
- Grande maternité bruxelloise
- Une jeune mère guinéenne excisée accouche d'une petite fille
- Mère: questionnée par la sage-femme sur la pratique de l'excision, elle répond qu'elle fera exciser sa fille
- Père: demande à la sage-femme où on peut faire exciser l'enfant
- Sage-femme post-partum: entreprend une série de démarche pour signaler le risque d'excision

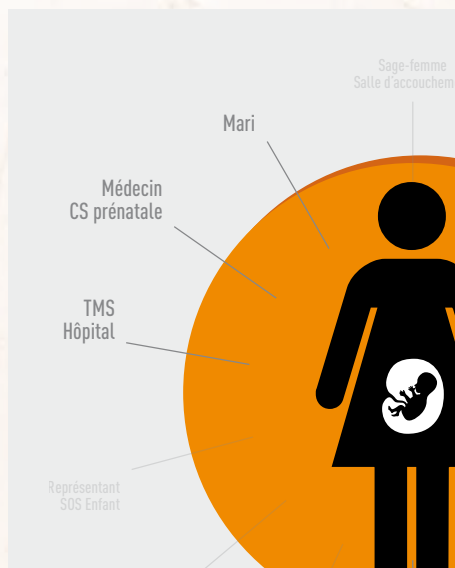
Nous allons analyser chaque étape de la prise en charge.

Le premier constat est la multiplicité des acteurs qui ont été en contact avec les parents ou qui ont été impliqués dans les décisions ou la prise en charge de cette situation.



La grossesse est le moment idéal pour entamer le dialogue avec les parents qui veulent le meilleur pour leur enfant.

Séquence 1 : le suivi prénatal



- Elle ne sait pas comment aborder le sujet avec la patiente si cette dernière n'en prend pas l'initiative.
- Sujet d'autant plus délicat à aborder que le mari est constamment présent pour accompagner sa femme mais également pour faire la traduction.
- Elle n'a jamais imaginé que la question de l'excision pouvait concerner une enfant née en Belgique ou présente sur le territoire belge.

La patiente est suivie dans un hôpital où, lors de la consultation prénatale, toutes les femmes enceintes sont vues par le médecin et par l'équipe TMS (travailleurs médico-sociaux) de l'ONE.

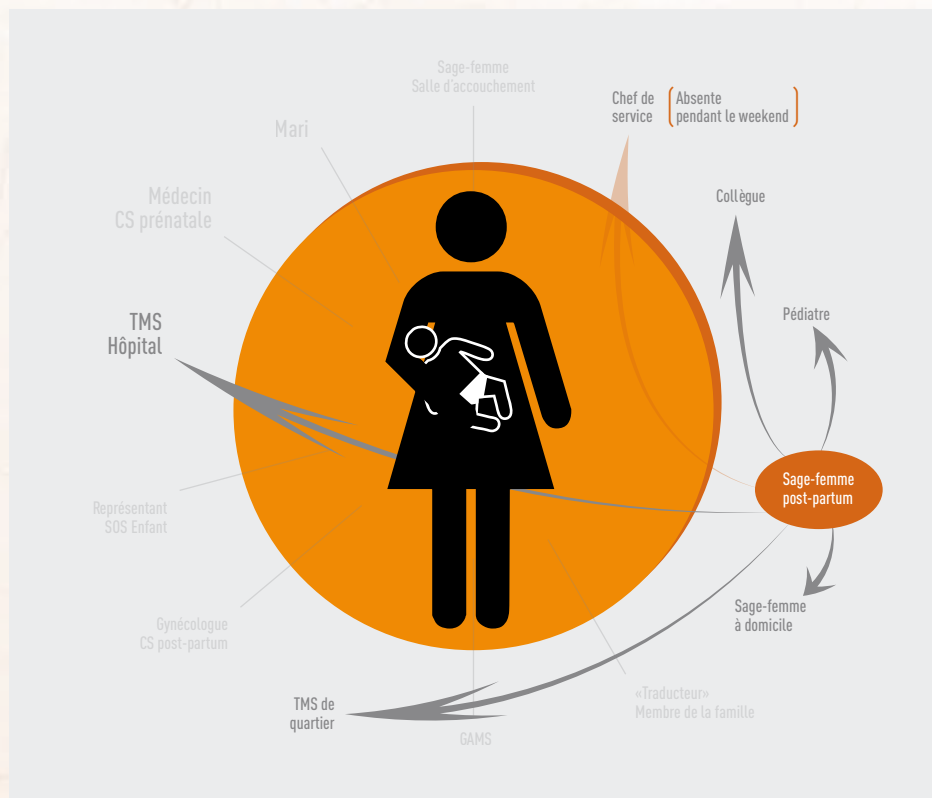
Le médecin : lors de l'examen clinique, il constate l'excision de la patiente. Il note cette information dans son dossier. Le médecin aborde la question avec la patiente : a-t-elle des craintes/des questions vis-à-vis de son excision par rapport à la grossesse. Il semblerait que la patiente n'ait rien exprimé à ce sujet. Il note le fait qu'elle est excisée dans son dossier médical informatisé.

La TMS prénatale : prend note de l'information concernant l'excision de la patiente et apprend qu'elle attend une petite fille. Toutefois, la question des MGF n'est pas abordée par la TMS :

Synthèse de la séquence 1 :

Ici on a raté l'opportunité d'aborder la question lors de la consultation prénatale. Une des causes était le manque de conscience qu'une enfant née en Belgique de maman excisée était aussi à risque d'excision.

Séquence 2 : le séjour à la maternité



La séquence se déroule lors d'un long week-end (du samedi au lundi) lorsque la plupart des intervenants habituels sont en congé.

La sage-femme (SF) découvre lors de la toilette vulvaire que sa patiente est excisée. Des éléments l'avaient déjà alertée – elle a été sensibilisée par le GAMS – comme par exemple le nom de famille et l'origine de la patiente. Elle s'étonne qu'aucune information sur l'excision n'ait filtré de l'équipe prénatale ni de la salle d'accouchement (elle attribue cela à un manque de connaissance de la part de l'équipe prénatale au sujet des MGF). La sage-femme décide de prendre le temps, en

plus de ses tâches habituelles, pour faire de la prévention :

- **J1** : Lors des soins du soir, elle demande à la patiente si elle est excisée. Celle-ci dit que oui.
- **J2** : Elle prend le temps d'aborder la question de l'excision et présente les activités du GAMS (elle présente le prospectus de l'association). La mère reste de marbre par rapport aux informations données par la SF sur le GAMS. Le soir, lors des soins, elle demande si la patiente compte faire exciser sa fille : réponse positive

de la patiente. La SF n'est pas sûre de cette réponse vu les problèmes de communication (non maîtrise de la langue). Plus tard, elle expose à la mère les problèmes encourus par le bébé en cas d'excision ainsi que les dispositions de la loi belge en matière de MGF.

- **J3** : Jour de la sortie de la famille (8 avril) : le mari de la patiente vient dans le bureau de la SF et demande à lui parler : il demande si l'on pratique l'excision à l'hôpital. La SF explique les conséquences néfastes que cela a sur la santé et évoque la loi belge. Pour le père, l'excision équivalait à la circoncision et il exprime le désir de suivre la tradition.

Suite à cela, la SF prend contact avec l'association des sages-femmes à domicile : l'enfant étant petit, il doit être suivi entre sa sortie de l'hôpital et sa prise en charge par l'ONE. En plus de cela, la SF souhaite s'assurer du suivi de la famille vis-à-vis de l'excision.

Le 8 et 9 avril 2012, la SF :

- Informe sa responsable – qui n'est pas la chef de service car elle est en congé – du désir du père de faire exciser l'enfant. Sa responsable lui conseille de faire un signalement : « il ne faut pas les laisser partir en gardant ce doute-là. Tu signales, tu fais un mot à l'assistante sociale (A.S. de l'ONE = TMS prénatale) ». Elle laisse un mot à l'AS (qui était également en congé).
- Prend contact avec une collègue ayant davantage d'expérience en matière de MGF qui lui conseille : « appelle le GAMS, ne laisse pas courir. »
- Appelle le GAMS qui lui fournit des conseils et remplit une fiche de signalement (document interne). Le 16 avril, le GAMS joint sa personne de référence en matière de MGF. Entre

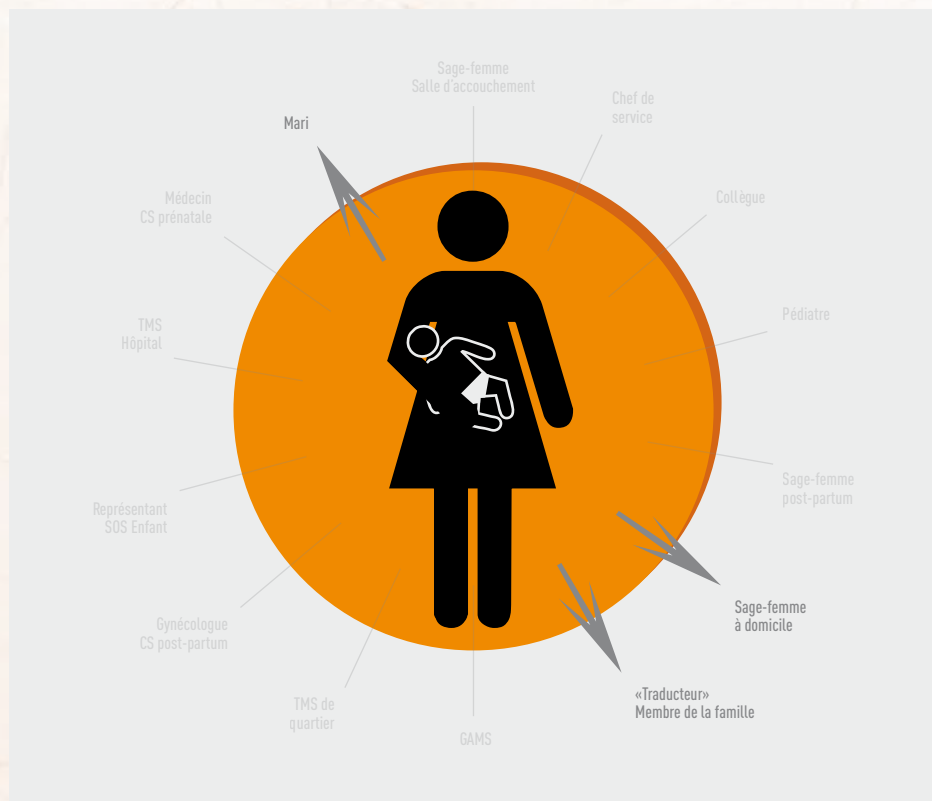
temps, la SF et le GAMS ont eu des contacts informels pour se tenir au courant de l'évolution de la situation.

- Discute avec la pédiatre présente – externe car l'interne est en congé – cette dernière introduit une note dans le carnet de suivi de l'ONE, dans le dossier de l'équipe prénatale. Quelques jours après, la SF téléphonera à un membre de l'équipe prénatale (TMS prénatale).
- Laisse une note dans le dossier informatique de l'hôpital : ce dernier est consultable par tous les médecins de l'hôpital.

Synthèse de la séquence 2 :

La sage-femme hospitalière qui fréquente déjà le GAMS et qui a déjà été formée à la problématique fait le signalement. Faute d'un protocole clair au sein de l'établissement en matière de MGF, elle va prévenir le maximum de personnes sans qu'il y ait de véritable coordination entre tous les acteurs contactés sur la réponse à donner.

Séquence 3 : le suivi à domicile par la sage-femme à domicile



La sage-femme de l'hôpital (SF) prend contact avec l'association des sages-femmes à domicile et entre en contact avec la sage-femme à domicile (SFD) qui s'occupera de la famille. Elle la met au courant de la situation – la demande du père pour exciser sa fille étant l'élément le plus marquant pour la SF – et lui demande d'aborder la question avec la famille afin de s'assurer que le message est bien passé et de sonder l'entourage familial, afin de mieux comprendre le contexte dans lequel la famille évolue, tout en prenant garde à ce que la famille n'ait pas l'impression d'être « surveillée », que l'on

viennne enquêter sur elle. La SF informe la SFD des contacts pris avec le GAMS et l'ONE, en vue d'une collaboration afin d'assurer le suivi de l'enfant.

La SFD exprime des appréhensions liées davantage au fait d'aborder le sujet (l'amorce) que le sujet en tant que tel : « comment aborder la question ? ». Et ce d'autant plus qu'il existe une barrière linguistique et que le père risque d'être le traducteur principal : « Qu'est-ce qui va être traduit ? qu'est-ce que la mère va vouloir dire ? Quelle est la part d'information qui se perdra ? »

La sage-femme à domicile : Entre le 10 et le 24 avril 2012, elle effectue 3 visites au total (en plus de celle déjà faite par une 1ère SFD).

Lors de ses visites, elle a l'impression de ne pas être la bienvenue.

Par ailleurs, la SFD a des difficultés personnelles et une grosse charge de travail, elle ne peut pas s'investir plus que nécessaire dans le cas.

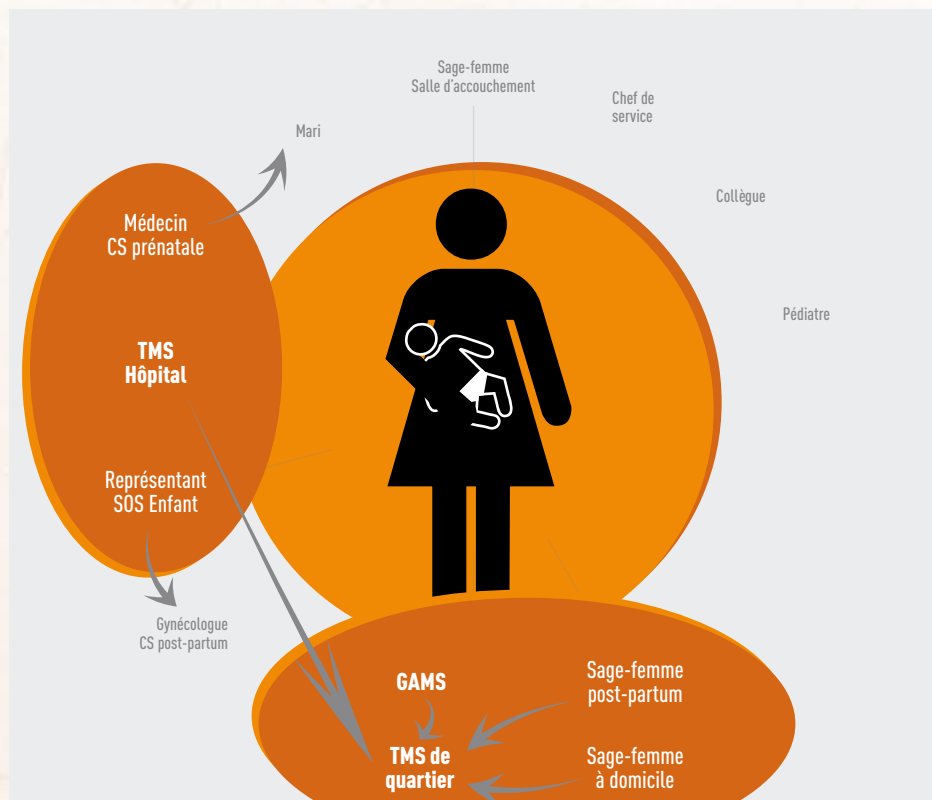
- **1ère visite** : Une jeune fille (la fille aînée du père ? une cousine ?) sert de traductrice, c'est le soulagement pour la SFD. Elle fait un examen général de la petite, tout va bien. A la fin de la consultation, elle sonde les projets de la famille (départ en vacances ? etc.). Elle aborde l'excision : la SFD fait part de ses connaissances – elle sait que la mère est excisée et qu'il y a eu une demande pour la petite. La mère dit que ce n'est plus d'actualité. Mais la SFD s'interroge sur la sincérité des propos tenus. La traductrice explique que la mère a déjà évoqué la question avec une SF. Toutefois, la SFD a l'impression que la dame ne s'est pas ouverte et n'a pas exprimé le fond de sa pensée, que le contact avec la mère n'a pas été établi. Elle se demande comment aller plus loin ?
- **2ème visite** : Le père est présent. La question n'est pas abordée. La SFD procure les soins requis.
- **3ème visite** : Un jeune homme est présent mais il ne parle pratiquement

pas français. La SFD s'adresse directement à la mère et lui fait savoir qu'elle peut faire appel à elle si elle souhaite parler de l'excision.

Synthèse de la séquence 3 :

Ici la sage-femme à domicile a éprouvé des difficultés à intervenir en particulier à cause de la barrière de la langue qui la forçait à avoir recours à un membre de la famille, ce qui a beaucoup freiné la discussion par rapport au risque d'excision de la petite.

Séquence 4 : deux actions en parallèle



Deux actions vis-à-vis de la famille vont être mises en place en parallèle:

1. par la TMS de l'équipe prénatale et
2. par la sage-femme hospitalière qui a fait le signalement.

Equipe prénatale : suite à la note laissée par la SF hospitalière, MAIS SURTOUT suite à son coup de fil, la TMS prénatale (hôpital) convoque exceptionnellement une réunion avec l'équipe prénatale en charge de la famille au cours de laquelle un représentant de SOS Enfant est invité. Les parents ne sont pas avertis.

« Choc » de la part de tous : personne ne pensait que cela puisse exister en Belgique

Évaluation du risque : faut-il ou non faire appel au SAJ ? au Parquet ? Il est décidé de convoquer les parents pour un entretien postnatal.

Transfert du dossier au gynécologue spécialisé en matière de MGF au sein de l'hôpital pour l'entretien postnatal.

3 mai 2012, rencontre postnatale ; la famille se rend au rendez-vous :

Le gynécologue, en plus de son examen « classique » aborde la question des MGF sous le volet juridique.

Ensuite, l'équipe périnatale rencontre les parents :

L'équipe parle de son désarroi et rappelle le cadre juridique belge vis-à-vis des MGF. Le père compare les MGF à la circoncision. La mère exprime son point de vue par rapport aux MGF : « plutôt contre ».

Suite à cela, le gynécologue et la TMS périnatale échangent leur point de vue sur la rencontre. Ensuite, l'équipe périnatale se réunit à nouveau et décide si oui ou non il faut en référer plus haut (Parquet/SAJ) : les parents semblent avoir compris l'interdit, un suivi sera fait par la TMS de quartier de l'ONE. L'équipe décide de ne pas en référer plus haut à moins qu'une nouvelle information ne leur parvienne.

4 mai : la TMS de quartier téléphone à la SF hospitalière à l'origine du signalement pour savoir si elle était au courant de la réunion de l'équipe périnatale. Cette dernière n'en savait rien. La SF appelle le gynécologue spécialisé pour avoir un entretien avec lui au sujet de son entrevue avec la famille.

La sage-femme de l'hôpital se renseigne afin de savoir quelle TMS suivra la famille. SF entre en contact avec la TMS : elle la met au courant de la situation et lui demande d'assurer un certain suivi.

Le GAMS, en accord avec la SF, propose une concertation entre tous les acteurs – TMS, SF, SFD – afin de permettre aux acteurs d'échanger les informations qu'ils détiennent, de sensibiliser les acteurs qui ne le seraient pas et d'assurer le suivi de l'enfant. La réunion a lieu le 7 mai. La SFD ne peut pas s'y rendre.

La TMS de quartier, durant la réunion, énonce son malaise par rapport au fait que la famille n'ait pas été prévenue : mauvais pour installer une relation de confiance et va à l'encontre de la pratique de l'ONE. Elle s'engage toutefois à garder un œil sur la famille et à aborder la question avec un médecin qui est ouverte à ce genre de suivi (cette dernière, ne travaillant plus à l'ONE, n'examinera jamais l'enfant). Lors de cette réunion, il a également été proposé que le GAMS organise une séance de sensibilisation avec les mamans sur les bonnes pratiques, séance à laquelle la mère serait invitée.

Synthèse de la séquence 4 :

Ici le manque de protocole au niveau de l'établissement en matière de signalements de MGF (qui fait quoi en cas de familles à risque) et la multitude des acteurs propres aux grosses structures a fait que deux interventions ont été menées en parallèle par deux groupes d'acteurs différents. Ceci souligne l'importance de la coordination en cas de signalement et du mandat de chacun des acteurs.

Séquence 5 : suivi sur le long terme

La TMS de quartier ne se sent pas beaucoup soutenue. Elle a un peu l'impression qu'on en demande beaucoup à l'ONE sans pour autant prendre en considération les possibilités concrètes de son champ d'action – l'ONE n'est pas obligatoire et n'est pas le seul lieu fréquenté par les parents.

Selon les nouvelles les plus récentes sur la famille, la mère va suivre des cours d'alphabétisation et met la petite à la crèche. La question se pose de contacter la crèche et de les informer. La TMS propose de se renseigner quant à la crèche où ira l'enfant et de faire une sensibilisation via le cours d'alphabétisation de la mère.

Synthèse de la séquence 5 :

Cette séquence soulève la question des modalités et de la responsabilité du suivi à long terme d'une enfant à risque d'excision. Est-ce que cette tâche revient à la TMS de quartier de l'ONE ? à la crèche ? au médecin généraliste ? à tous ? mais alors avec quelle coordination et quel soutien des associations spécialisées comme le GAMS ou INTACT ou des services d'aide à la jeunesse ? Quelles informations seront transmises plus tard avec le PSE quand l'enfant ira à l'école ? Sur quels supports l'information doit-elle passer ? sur le carnet de santé ? sur le dossier médical ?



PLACE DES PROFESSIONNELS

Quand une sage-femme ou un gynécologue accompagne une femme excisée, plusieurs champs de compétences sont en jeu :

- **Aspects médicaux:**
suivi de la grossesse, accouchement d'une femme excisée
- **Attitudes:**
comment aborder la question la première fois?
- **Ethique:**
médicalisation, ré-infibulation après accouchement
- **Secret professionnel:**
quelles situations faut-il signaler ?

Le GAMS Belgique, en partenariat avec INTACT pour les aspects juridiques, propose des formations aux professionnels de la naissance et de la petite enfance.

- **Campagne de sensibilisation dans les hôpitaux** (SPF santé publique – mise en œuvre par GAMS et ICRH):
 - 18 hôpitaux en 2012
 - 18 hôpitaux en 2013
- **Formation de sages-femmes relais** (module 2 jours en FR et NL proposé en 2012 et 2013)
- **Journées scientifiques de l'ONE**
 - 3 sessions de 70-80 personnes en 2012

Plusieurs outils existent déjà pour les professionnels comme le « guide à l'usage des professions concernées » du SPF Santé publique coordonnée par le GAMS Belgique ou la brochure sur le

secret professionnel réalisée par INTACT. D'autres outils sont à l'étude comme le guide d'entretien avec les familles.

CONCLUSION

La grossesse et l'accouchement sont des moments privilégiés pour la prévention mais la prévention doit se faire aussi et surtout en dehors des hôpitaux avec les communautés concernées sur le long terme si on vise une prise de conscience et un changement des comportements. C'est tout le travail que mène le GAMS avec ces différentes activités auprès des femmes et des hommes. Il est donc important d'à la fois former les professionnels à mieux gérer les situations avec les familles à risque et aussi continuer le travail de fond avec les communautés. C'est dans ce sens que le GAMS Belgique a lancé les stratégies concertées de lutte contre les MGF en 2008, pour qu'ensemble, professionnels et associations de terrain choisissent de manière concertée les meilleures stratégies possibles.

Pour rejoindre les
stratégies concertées,
visitez le site

www.strategiesconcertees-mgf.be

SYNTHÈSE DE L'ÉTUDE RELATIVE AUX OBSTACLES JURIDIQUES AU DÉPISTAGE DES MGF DANS LE CADRE SCOLAIRE

propositions et recommandations sur la faisabilité d'un moyen de prévention des MGF dans le cadre scolaire ou du suivi par l'ONE¹

MICHEL KAISER ET
SARAH BEN MESSAOUD

Avocats ALTEA

Dans la récente résolution « Intensifying global efforts for the elimination of female genital mutilations » adoptée par l'assemblée générale des Nations Unies², « education » est, de loin, l'un des termes les plus fréquemment utilisés. C'est dire la place centrale de l'école dans le processus de prévention des mutilations génitales féminines. Certes, c'est sa fonction pédagogique ou « éducative » sensu stricto, essentiellement dans les pays dits « à risque » qui est d'abord mise en avant. Les contrôles de santé à l'école ne sont pas pour autant à négliger.

Dans le cadre du difficile équilibre à atteindre entre le répressif, d'une part, et l'éducatif ou le collaboratif, d'autre part, l'« école » apparaît donc comme un acteur central dans une optique de prévention des mutilations génitales féminines. C'est pour cela qu'il est essentiel, pour pouvoir examiner les perspectives que fournissent ainsi les services sanitaires (P.M.S. et P.S.E.) à l'œuvre dans les établissements scolaires face à cet objectif, d'étudier le cadre et les obstacles juridiques concernant leur intervention dans cette sphère. Et, en amont, de se poser la même question dans le cadre du suivi sanitaire fourni, en Communauté française, par l'O.N.E.

I. CONTEXTE

Un quatrième **plan d'action national de lutte contre la violence entre partenaires et d'autres formes de violences intrafamiliales** (2010-2014) a été élaboré par les gouvernements de la Communauté française, de la Région wallonne et de la Commission communautaire française et a été approuvé lors d'une conférence interministérielle du 23 novembre 2010. Parmi les objectifs énumérés figure celui d'obtenir, sur une base concertée, un consensus sur les **procédures les plus adéquates pour identifier les enfants à risque de MGF et les enfants victimes de MGF**. Pour atteindre cet objectif, il est notamment prévu de mettre en place une concertation sur l'approche en termes de suivi avec l'ensemble des acteurs concernés³ autour notamment des thématiques suivantes :

- le recours au carnet de suivi avec examen annuel de l'enfant ;
- la mise en place d'un certificat médical pour les parents lors d'un voyage au pays d'origine ;
- l'élaboration d'un **arbre décisionnel (marche à suivre en cas de plainte, de situation à risque ou de détection d'un cas de MGF)** ;
- l'inclusion d'une **recommandation concernant les organes génitaux externes dans le protocole d'examen de l'enfant à l'ONE, Kind & Gezin et dans les services de médecine scolaire** ;
- le **suivi du dossier médical de l'enfant entre l'ONE et les PMS/PSE et entre PMS/PSE lors d'un changement d'école**.

Le plan d'action envisage également les pistes suivantes :

- 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, les procédures de dépistage des situations à risque et le secret professionnel.
- Etablir à destination des consultations pour enfants, des recommandations relatives à la prévention et au dépistage des situations à risque.
- 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.

Le lieu privilégié pour la mise en œuvre de mesures concrètes traduisant ces objectifs en actions préventives pourrait être l'environnement scolaire puisque le suivi médical des enfants y est déjà organisé.

Trois séries de questions se posent alors :

1. La détermination des enfants auxquels cette ou ces mesure(s) de détection pourrai(en)t s'appliquer : s'agirait-il de l'ensemble des petites filles (examen généralisé) ou uniquement les petites filles « à risque » et dans ce cas, comment la détermination de ce groupe pourrait se faire ?
2. La forme qu'un examen de dépistage prendrait si la piste de l'examen médical en vue de la détection

de MGF était privilégiée (examen visuel externe, examen invasif, accompagnement des parents, etc.) et le moment auquel il devrait avoir lieu.

3. Les obstacles juridiques liés à la mise en œuvre d'une telle mesure, en fonction évidemment de son champ d'application personnel et de son objet précis.

II. ÉTAT ACTUEL DE LA RÉGLEMENTATION RELATIVE AU SUIVI MÉDICAL DES ÉLÈVES

Avant d'examiner les obstacles juridiques qui pourraient s'opposer à la mise en œuvre de ces solutions, il convient de faire le point sur la réglementation qui régit actuellement le suivi médical des enfants en âge pré-scolaire, puis des élèves pendant leur scolarité.

II.A. GÉNÉRALITÉS

La Communauté française a adopté deux décrets réorganisant la médecine scolaire (le décret du 20 décembre 2001 relatif à la promotion de la santé à l'école et le décret du 16 mai 2002 relatif à la promotion de la santé dans l'enseignement supérieur hors universités). Le suivi médical des élèves était jusqu'alors régi par la loi du 21 mars 1964 sur l'inspection médicale scolaire.

Le décret du 20 décembre 2001 relatif à la promotion de la santé à l'école définit la promotion de la santé par renvoi à l'article

1er du décret du 14 juillet 1997 portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française qui précise que :

« Par **promotion de la santé** au sens du présent décret, il faut entendre le processus qui vise à permettre à l'individu et à la collectivité d'agir sur les facteurs déterminants de la santé et, ce faisant, d'améliorer celle-ci, en privilégiant l'engagement de la population dans une prise en charge collective et solidaire de la vie quotidienne, alliant choix personnel et responsabilité sociale. La promotion de la santé vise à améliorer le bien-être de la population en mobilisant de façon concertée l'ensemble des politiques publiques ».

Le décret du 20 décembre 2001, prévoit, en son article 2, que :

« **La promotion de la santé à l'école consiste en :**

[...]

2° le **suivi médical des élèves, qui comprend les bilans de santé individuels** et la politique de vaccination, tel que précisé à l'article 6;

[...]».

Le suivi médical des élèves qui comprend les bilans de santé individuels constitue donc un aspect de la promotion de la santé à l'école.

L'article 3 du décret du 20 décembre 2001 relatif à la promotion de la santé à l'école précise que « la promotion de la santé à l'école (PSE) est **obligatoire** dans



tous les établissements d'enseignement fondamental et d'enseignement secondaire ordinaires et spécialisés, ainsi que dans les centres d'éducation et de formation en alternance, organisés ou subventionnés par la Communauté française ».

En ce qui concerne les visites médicales, l'article 6 du décret précise que :

« §1er. **Les bilans obligatoires de santé individuels** des élèves qui comprennent l'examen médical et son suivi ainsi que la politique de vaccination **sont réalisés, sous la responsabilité du médecin, selon les fréquences et les modalités fixées par le Gouvernement**, sur avis de la Commission visée au chapitre IV [commission de la promotion de la santé à l'école instituée par le décret]. Ces fréquences sont fixées à cinq bilans au minimum et huit au maximum sur l'ensemble de la scolarité visée à l'article 3, alinéa 1.

§ 2. Le Gouvernement prévoit des modalités particulières permettant l'organisation de bilans de santé supplémentaires spécifiques pour des risques particuliers ou imprévisibles, ou pour renforcer l'égalité des chances en santé.

§ 3. Le Gouvernement fixe la mise en œuvre de la politique vaccinale, en déterminant les types de vaccins proposés gratuitement aux élèves, et l'âge de l'élève ou l'année scolaire auquel ce vaccin est proposé ».

Le décret habilite donc le Gouvernement à prévoir l'organisation de bilans de santé supplémentaires pour des risques particuliers. L'article 3 de l'arrêté du Gouvernement de la Communauté française fixant les fréquences, le contenu et les modalités des bilans de santé, en application du décret du 20 décembre 2001 relatif à la promotion de la santé à l'école met en

œuvre l'article 6, §2, du décret précité et prévoit que :

*« Les bilans de santé supplémentaires spécifiques visés à l'article 6, § 2, du décret **sont décidés par le médecin responsable du service ou par le médecin responsable de l'établissement scolaire désigné par la direction du centre.***

Sans préjudice de l'application de l'article 6, § 2, du décret, ces bilans doivent être organisés pour les primo-arrivants, lorsque ceux-ci ne sont pas inscrits dans une année scolaire au cours de laquelle un bilan obligatoire complet est réalisé.

Les décisions visées à l'alinéa 1er font l'objet d'une motivation écrite aux parents ou à l'élève majeur. Le service ou le centre tient à disposition du fonctionnaire médecin les motivations des décisions visées à l'alinéa 1.

Le chef d'établissement est averti de l'organisation d'un bilan supplémentaire».

Les travaux préparatoires du décret ne donnent aucune information sur la nature des motifs qui pourraient justifier la mise en place de tels bilans de santé supplémentaires. Sans préjudice de l'examen d'autres obstacles juridiques qui pourraient s'y opposer, cette disposition pourrait habiliter le médecin responsable du service ou du centre à organiser un bilan de santé supplémentaire pour le dépistage des mutilations génitales féminines si cet examen ne pouvait pas s'insérer dans les bilans classiques ou s'il était plus opportun d'y consacrer un examen particulier.

II.B. CARACTÈRE OBLIGATOIRE DES BILANS DE SANTÉ

Les bilans de santé prévus par le décret du 20 décembre 2001 ont un caractère obligatoire. Les parents sont dès lors **obligés de donner leur consentement** pour que le bilan de santé de leur enfant soit effectué. Ils ont par contre le choix de l'institution qui réalisera ce bilan de santé, en vertu de l'article 13 du décret précité.

Le fait pour les parents de ne pas s'assurer que le bilan de santé soit effectué soit par le service désigné soit par un autre service agréé est punissable pénalement⁴.

II.C. CONTENU DES BILANS OBLIGATOIRES DE SANTÉ

Les modalités pratiques des bilans obligatoires de santé sont fixées par l'arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 13 juin 2002 fixant les fréquences, le contenu et les modalités des bilans de santé, en application du décret du 20 décembre 2001 relatif à la promotion de la santé à l'école.

En ce qui concerne la fréquence, l'article 2 précise que :

« Les bilans obligatoires de santé, complets ou partiels, sont réalisés les années scolaires suivantes :

- *dans l'enseignement maternel : en 1ère et en 3è année;*

- dans l'enseignement primaire : en 2^e, 4^e et 6^e année;
- dans le premier degré de l'enseignement secondaire : en 1^{re} année complémentaire, en 2^e générale et en 2^e professionnelle;
- dans le deuxième degré de l'enseignement secondaire : en 4^e année;
- dans l'enseignement professionnel secondaire complémentaire : en 1^{ère} année de la section «soins infirmiers»;
- dans les centres de formation et d'éducation en alternance : la 1^{ère} année de fréquentation de ce type d'enseignement, et ensuite tous les deux ans;
- dans l'enseignement spécialisé : la 1^{ère} année de fréquentation de ce type d'enseignement, et ensuite tous les deux ans.

Le contenu et le lieu de réalisation des bilans visés à l'alinéa 1er sont précisés dans l'annexe. Les modalités de pratique des bilans sont fixées par le Ministre ».

C'est l'annexe à l'arrêté précité qui fixe, de manière détaillée, le contenu de chaque bilan de santé pour chacune des années concernées. On y renverra le lecteur. Il y constatera que l'arrêté royal du 13 juin 2002 n'est pas très précis en ce qui concerne les étapes de l'examen médical. En effet, ni l'arrêté royal ni son annexe ne définissent **ce qu'il y a lieu d'entendre par « examen clinique complet »**, et l'arrêté n'est pas accompagné d'un rapport au Gouvernement⁵.

Il appartient donc actuellement au médecin de déterminer le contenu précis

de cet examen clinique. Il est fort probable que certains PSE aient élaboré des « directives » internes pour déterminer le contenu de cet examen clinique à pratiquer.

L'examen des organes génitaux des petits garçons tel qu'il est pratiqué aujourd'hui lors des bilans obligatoires de santé n'est donc pas prévu en tant que tel par la réglementation mais s'insère dans l'examen clinique complet. La différence de traitement entre l'examen pratiqué sur les petits garçons et l'examen pratiqué sur les petites filles ne résulte donc pas de la réglementation mais uniquement de la pratique.

La réglementation relative aux bilans obligatoires de santé ne semble donc pas s'opposer à ce qu'un examen des organes génitaux des petites filles prenne place également dans le cadre de cet examen clinique complet.

II.D. ACTEURS

Il convient également d'exposer brièvement l'identité des différents acteurs qui prennent part aux mesures de promotion de la santé à l'école (en particulier aux bilans obligatoires de santé).

Les missions visées par le décret sont assurées pour les établissements scolaires organisés par la Communauté française, par le personnel des **centres psychomédico-sociaux de la Communauté française (centres P.M.S.)** et, pour les établissements scolaires subventionnés par la Communauté française, par les **services agréés (services P.S.E.)**.

En pratique, chaque établissement scolaire

du réseau subventionné doit choisir un service agréé pour prendre en charge les obligations qui découlent du décret.

Il y a donc deux modes d'organisation de la médecine scolaire qui cohabitent :

- **pour les établissements subventionnés par la Communauté française** (écoles libres, communales, provinciales) P.S.E. et P.M.S. sont deux services différents, autonomes, appelés à collaborer. Le P.S.E. se charge des bilans de santé obligatoires, de la vaccination, du dépistage et de la prophylaxie des maladies transmissibles, ainsi que du recueil de données sanitaires alors que le P.M.S. est compétent pour les suivis psycho-pédagogiques, l'épanouissement psycho-social et relationnel et le suivi para-médical, ...

Les services P.S.E. exercent dans l'établissement scolaire la promotion de la santé à l'école, en application de l'article 4, § 2 du décret du 20 décembre 2001 relatif à la promotion de la santé à l'école et le centre PMS subventionné par la Communauté française exercent dans l'établissement scolaire la mission d'assurer les tâches de guidance définies à l'arrêté royal du 13 août 1962 organique des centres psycho-médico-sociaux.

- **pour les établissements organisés par la Communauté française**, un seul service existe (Centre P.M.S.) qui remplit les missions dévolues tant au service P.S.E. qu'au centre P.M.S.

Les services responsables de la protection de la santé à l'école sont également invités à collaborer dans leur mission de suivi médical des élèves avec différents acteurs.

Ainsi, l'article 10 du décret prévoit que :

« § 1er. Les services exercent leurs missions en étroite collaboration avec les centres psycho-médico-sociaux compétents. Cette collaboration vise à rendre optimal l'échange réciproque d'informations en matière d'actions de prévention, d'éducation à la santé et de suivi médical des élèves.

§ 2. Dans leur mission de suivi médical des élèves, les services et le personnel des centres collaborent avec :

- 1° les parents ou le milieu familial de l'élève;*
- 2° les professionnels intervenant dans le cadre de la prise en charge individuelle de la santé des jeunes, et plus particulièrement le médecin généraliste ou le pédiatre.*

Dans l'accomplissement de leurs missions, les services ou le personnel des centres organisent la collaboration avec les intervenants suivants :

- 1° les centres locaux de promotion de la santé;*
- 2° les divers professionnels intervenant dans le domaine de l'information et l'éducation pour la santé; toutefois, les actions de ces intervenants en milieu scolaire doivent résulter d'une concertation avec le service ou le personnel du centre et avec le centre psycho-médico-social (...).*

Ils peuvent également collaborer :

- 1° avec les services spécialisés d'aide à l'enfance et à la jeunesse;*
- 2° avec les services de prévention et*

*de protection du travail visés par la loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail;
3° avec les services de l'Office de la Naissance et de l'Enfance. »*

L'article 13, §1er, du décret organise la communication entre l'établissement scolaire, les services de promotion de la santé à l'école et les parents. Cette disposition précise que:

« L'établissement scolaire est tenu de faire connaître aux parents, à la personne ou l'institution à qui la garde de l'élève mineur a été confiée soit par les parents eux-mêmes soit par une autorité publique, ou aux élèves majeurs, lors de l'inscription, le service ou le centre auxquels sont confiées les missions de promotion de la santé à l'école (PSE), ainsi que l'existence des sanctions pénales visées à l'article 29, § 1er ».

Pour que les services en charge d'effectuer les bilans de santé des élèves puissent disposer des informations utiles sur la santé de l'enfant, l'article 6, §2 et §3, de l'arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 13 juin 2002 prévoit que *« lors de la première inscription dans un établissement scolaire, le service ou le centre transmet aux parents ou à l'élève majeur un questionnaire à remplir afin de recueillir l'anamnèse médicale de base de l'élève, sur le plan personnel et familial », comprenant notamment les « antécédents familiaux et médicaux » (§ 2). Par ailleurs, « chaque année scolaire au cours de laquelle un bilan obligatoire est réalisé, le service ou le centre transmet aux parents ou à l'élève majeur un questionnaire à remplir afin de recueillir l'anamnèse médicale*

complémentaire de l'élève » (§3).

De la même manière, après un bilan de santé, les résultats sont transmis aux parents⁶.

II.E. SYNTHÈSE RELATIVE AUX BILANS DE SANTÉ OBLIGATOIRES EFFECTUÉS PENDANT LA SCOLARITÉ

A ce stade, l'on retiendra les faits saillants suivants :

- La réglementation relative aux bilans de santé obligatoires effectués pendant la scolarité ne semble pas s'opposer à ce que ces bilans comprennent un examen des organes génitaux des petites filles qui pourrait s'insérer dans l'examen clinique complet. En effet, le contenu de l'examen clinique complet n'est pas déterminé par la réglementation et il semblerait donc qu'il appartient, pour l'instant, au médecin de le faire. A l'heure actuelle, cet examen comprend d'ailleurs un examen des organes génitaux des petits garçons.
- La réglementation relative à la promotion de la santé à l'école ne s'oppose pas non plus à ce que la question des mutilations génitales féminines soit abordée non pas lors de l'examen clinique du bilan de santé obligatoire mais lors de la récolte des données effectuées auprès des parents chargés de remplir le questionnaire médical de

départ ou auprès des enfants lors du bilan de santé.

Concrètement, l'ajout de la question des MGF lors de l'examen clinique ou du questionnaire médical n'implique pas nécessairement une modification de la réglementation. Toutefois, il serait peut-être opportun que le Gouvernement de la Communauté française **détermine plus précisément les actes que le médecin doit poser à l'occasion de l'examen clinique**. La modification de l'annexe à l'arrêté du Gouvernement du 13 juin 2002 permettrait d'uniformiser le contenu de l'examen clinique et d'éviter de potentiels dérives, notamment lors de l'examen des organes génitaux des enfants.

A l'heure actuelle, dans la mesure où il n'existe aucune recommandation uniforme quant au contenu de l'examen clinique, il existe très certainement des différences de traitement dans les faits. L'un d'elles concerne d'ailleurs l'examen des organes génitaux puisque cet examen a lieu pour les petits garçons mais pas pour les petites filles. On peut également imaginer que certains médecins examinent les organes génitaux des petites filles alors que d'autres ne le font pas.

III. ÉTAT DE LA RÉGLEMENTATION RELATIVE AU SUIVI MÉDICAL DES ENFANTS

L'Office de la Naissance et de l'Enfance est l'organisme qui, en Communauté française, est compétent 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.

Ses missions sont déterminées par l'article 2 du décret du 17 juillet 2002 portant réforme de l'Office de la Naissance et de l'Enfance et comprennent notamment « *l'organisation de consultations pour enfants (...) la promotion de la santé et l'éducation à celle-ci (...) l'information des parents et des futurs parents* ».

L'ONE a donc notamment pour mission d'organiser des consultations pour enfants qui pourraient également être un lieu adéquat pour détecter des cas de MGF. Il s'agit ici de consultations auxquelles les parents peuvent librement inscrire leurs enfants. Contrairement à la médecine scolaire qui intervient une fois l'enfant scolarisé, le recours aux services de l'ONE n'est pas obligatoire.

C'est l'arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 9 juin 2004 portant réforme des consultations pour enfants qui régit l'organisation de ces consultations pour enfants. L'article 8 de l'arrêté précité dispose que « *les structures et les cars sanitaires ont pour mission, dans le cadre de la médecine préventive, de promouvoir, de suivre et de préserver la santé des enfants de 0 à 6 ans accomplis. Ils organisent, en outre, des activités de soutien à la parentalité et de prévention médico-sociale de préférence en partenariat avec d'autres services sociaux actifs au plan local. Dans ce cadre, les structures et les cars sanitaires diffusent toutes les*

informations utiles et sont, le cas échéant, un relais privilégié pour les campagnes thématiques de l'O.N.E. Les services sont accessibles gratuitement à toutes les familles. Une attention accrue est accordée aux familles les plus vulnérables ».

L'article 9 prévoit que « les consultations organisent des **séances au cours desquelles le médecin examine les enfants inscrits à la consultation pour enfants conformément aux recommandations de l'O.N.E. et du Ministère de la Communauté française.** Celles-ci se réfèrent au **Guide de médecine préventive de l'O.N.E.** Elles organisent toute activité collective ou individuelle s'inscrivant dans le cadre du projet santé-parentalité. Le TMS effectuée, en outre, des visites à domicile ou des permanences conformément au vade-mecum du TMS élaboré par l'O.N.E ».

Le contenu des consultations ONE en fonction de l'âge de l'enfant est fixé par le guide de médecine préventive du nourrisson et du jeune enfant rédigé par les conseillers médicaux pédiatres de l'ONE. Ce guide prévoit notamment un examen des organes sexuels à 15 jours, 1 mois, 6 semaines et 18 mois.

A nouveau, rien ne s'oppose à ce que lors des consultations ONE un examen des organes génitaux des petites filles ait lieu. Il en va d'autant plus ainsi qu'il s'agit d'une consultation décidée librement par les parents et que celle-ci se fera, contrairement aux visites médicales effectuées pendant la scolarité, en présence des parents. Le principe de cet examen pourrait être exposé en détail dans le guide de médecine préventive du nourrisson et du jeune enfant utilisé actuellement par les médecins dans les

consultations ONE. Nous notons toutefois que, dans son avis du 16 mars 2007 relatif au projet de plan d'action national en matière de lutte contre les mutilations génitales, le Conseil supérieur de promotion de la santé indique que « *dans les consultations de l'ONE, l'examen des organes génitaux a été abandonné* ». Il semblerait donc que cet examen ne soit plus pratiqué.

IV. OBSTACLES JURIDIQUES AU DÉPISTAGE DES MGF DANS LE CADRE DU SUIVI MÉDICAL DES ENFANTS

Dans la mesure où les réglementations qui régissent l'organisation des bilans de santé effectués pendant la scolarité des enfants et les consultations organisées par l'ONE pour les enfants de 0 à 6 ans ne s'opposent pas à ce que, lors de ces visites médicales au sens large du terme, un examen des organes génitaux des petites filles destiné (notamment) à détecter des cas de MGF ait lieu, l'on s'est interrogé sur l'existence d'autres obstacles juridiques qui pourraient s'y opposer.

L'étude dont la présente constitue la synthèse ne prétend pas à l'exhaustivité. Deux obstacles juridiques principaux ont été relevés : les règles d'égalité et de non-discrimination et les considérations relatives aux droits du patient et au respect de l'intégrité physique.

IV.A. ÉGALITÉ ET NON-DISCRIMINATION

Quel que soit l'outil par lequel la détection des M.G.F. sera prévue lors des bilans médicaux scolaires ou des consultations ONE (modification de la réglementation ou rédaction de recommandations à destination des médecins ; examen médical ou dialogue avec l'enfant et/ou les parents), il conviendra d'être attentif au respect des principes d'égalité et de non-discrimination garantis par les articles 10 et 11 de la Constitution.

Ces dispositions sont ainsi libellées :

« Art. 10. Il n'y a dans l'Etat aucune distinction d'ordres.

Les Belges sont égaux devant la loi; seuls ils sont admissibles aux emplois civils et militaires, sauf les exceptions qui peuvent être établies par une loi pour des cas particuliers.

L'égalité des femmes et des hommes est garantie.

*Art. 11. La jouissance des droits et libertés reconnus **aux Belges** doit être assurée sans discrimination. A cette fin, la loi et le décret garantissent notamment les droits et libertés des minorités idéologiques et philosophiques ».*

On rappellera également l'article 191 de la Constitution en vertu duquel « *tout étranger qui se trouve sur le territoire de la Belgique jouit de la protection accordée aux personnes et aux biens, sauf les exceptions établies par*

la loi ». Il en découle qu'une différence de traitement qui lèse un étranger ne peut être instaurée que par une norme législative. La Cour constitutionnelle rappelle qu'« *il ne résulte nullement de cette disposition que, lorsque le législateur instaure une différence de traitement au préjudice des étrangers, il ne doit pas veiller à ce que cette différence ne soit pas discriminatoire, indépendamment de la nature des principes en cause* » [C. Const., arrêt n° 106/2003 du 22 juillet 2003].

Dans une jurisprudence constante, la Cour constitutionnelle considère que :

*« Les règles constitutionnelles de l'égalité et de la non-discrimination n'excluent pas qu'une différence de traitement soit établie entre des catégories de personnes, pour autant qu'elle repose sur un **critère objectif et qu'elle soit raisonnablement justifiée.***

L'existence d'une telle justification doit s'apprécier en tenant compte du but et des effets de la mesure critiquée ainsi que de la nature des principes en cause ; le principe d'égalité est violé lorsqu'il est établi qu'il n'existe pas de rapport raisonnable de proportionnalité entre les moyens employés et le but visé » [voy. not., C. A., arrêt n°98/2001 du 13 juillet 2001, B. 4]. »

La Cour constitutionnelle rappelle ainsi qu'il y a lieu de **traiter des situations identiques de la même manière**, seules des différenciations objectives pouvant justifier la mise en œuvre d'un régime distinct. De même, les règles d'égalité et de non-discrimination imposent de **traiter de manière différente** des situations différentes, seule une justification objective

et raisonnable pouvant alors permettre l'application d'un régime égalitaire (voir F. DELPEREE et A. RASSON-ROLAND, *La Cour d'arbitrage*, Répertoire notarial, Bruxelles, Larcier, 1996, p. 93), à condition encore qu'il existe un rapport raisonnable de proportionnalité entre le but de la mesure conduisant au traitement égalitaire dénoncé et les moyens pour y parvenir.

A ce stade, deux types de mesures sont envisageables pour organiser l'examen médical, détecter les victimes MGF et les situations à risques. Une première mesure consisterait à intégrer un examen des organes génitaux des petites filles à l'occasion du suivi médical des enfants, lors des consultations ONE et/ou lors des visites médicales scolaires. Une deuxième piste consisterait à mettre en place des mesures plus soft qui n'impliqueraient pas une atteinte à l'intégrité physique de l'enfant. Il pourrait s'agir d'une discussion avec l'enfant lors de la visite médicale et l'instauration d'un dialogue avec les parents si une situation à risque est détectée.

Pour chacune de ces deux mesures, deux possibilités existent quant à l'identification du public-cible, c'est-à-dire des fillettes qui feraient l'objet de la mesure de dépistage. Une première possibilité serait de soumettre à la mesure de dépistage uniquement les petites filles jugées « à risque », sur la base d'une appréciation du médecin, éventuellement guidé par des critères formellement arrêtés dans un texte qui pourrait prendre différentes formes (texte réglementaire, guide de bonnes pratiques, etc.). Une deuxième possibilité consisterait à organiser la mesure de dépistage pour l'ensemble des petites filles qui, en Communauté

française, sont soumises à l'examen médical.

Si la mesure de détection des MGF ne concerne que certaines petites filles, il en résultera, par hypothèse, une différence de traitement entre les petites filles soumises à cette mesure de détection et les autres petites filles. Cette différence de traitement sera considérée comme étant discriminatoire si elle ne repose pas sur un critère objectif et raisonnable qui, au regard du but poursuivi, permet de justifier la différence de traitement en cause.

Une première question qu'il convient de se poser est celle de la détermination du critère qui serait appliqué pour déterminer ce groupe cible. Dans la mesure où le but poursuivi est de détecter les MGF, un critère pertinent devrait permettre de cibler les petites filles qui sont considérées comme des personnes « à risque », c'est-à-dire les petites filles pour lesquelles il existe une probabilité plus importante qu'elles aient été victimes d'une MGF.

A priori, des critères qui permettraient d'atteindre un tel but pourraient concerner la nationalité ou l'origine des petites filles.

On peut d'emblée constater qu'un critère tel que l'« origine » serait, indépendamment des autres problèmes de légalité qu'il pourrait poser, très difficile à mettre en pratique. Comment sera-t-il possible de déterminer objectivement si une petite fille est « originaire » de tel ou tel pays ? Prendra-t-on en compte son lieu de naissance, le lieu de naissance de ses parents, le fait qu'elle ait résidé pendant un certain temps dans ce pays, etc. ? Un tel critère ne sera donc probablement pas considéré comme étant objectif et

pertinent par rapport au but poursuivi puisqu'il ne permettra pas de réellement cibler les petites filles jugées comme étant « à risque ».

Le critère relatif à la nationalité pourrait être en soi un critère objectif mais qui risque d'être considéré comme n'étant manifestement pas pertinent par rapport au but poursuivi puisqu'il ne permettra pas de cibler le groupe à risque, tant le critère de la nationalité paraît, par rapport à l'objectif fixé, imprécis et simplement insuffisant.

A cette difficulté relative aux exigences posées par les articles 10 et 11 de la Constitution s'ajoute un obstacle qui découle du décret de la Communauté française du 12 décembre 2008 relatif à la lutte contre certaines formes de discrimination qui prohibe, notamment dans le cadre de la politique de santé, toute discrimination fondée sur l'un des critères protégés que le décret énumère, parmi lesquels figure les critères de nationalité, d'origine nationale ou ethnique.

Cela signifie qu'il serait *a priori* contraire à ce décret de mettre en place une mesure de santé publique, comme la détection des MGF, uniquement pour une certaine catégorie de petites filles en raison de leur nationalité, race, couleur de peau, ascendance ou origine nationale ou ethnique.

La seule exception qui permet d'établir une différence de traitement en fonction d'un critère prohibé concerne les mesures de discrimination positive. L'interdiction de discrimination fondée sur l'un des critères protégés vaut, en effet, toujours sans préjudice des actions positives qui peuvent

être mises en place pour compenser les désavantages liés à l'un des critères protégés, en vue de garantir une pleine égalité dans la pratique.

Il faut donc que la mesure soit une mesure positive (elle octroie un avantage à une catégorie déterminée de personnes) afin de compenser une situation désavantageuse dans laquelle ces personnes se trouvent en raison d'un des critères protégés. La mesure ne peut donc être que curative d'une inégalité constatée, et non préventive de la survenance d'une inégalité.

En pratique, trois éléments rendent difficile l'assimilation d'une mesure ciblée de détection des MGF à une mesure de discrimination positive. Premièrement, on peut se demander comment identifier l'inégalité contre laquelle la mesure entendrait lutter. S'il est vrai que le fait d'être « originaire » (avec toute la difficulté d'objectiver cette qualité) d'un pays dans lesquels les MGF sont pratiquées entraîne un risque accru de subir des MGF, il n'est pas certain que cela entre dans la notion d'inégalité au sens du décret. Deuxièmement, il faudra démontrer que ces mesures de dépistage permettront un suivi et une sensibilisation à la problématique des MGF et diminueront les cas de MGF. Troisièmement, si l'examen des organes génitaux des jeunes filles peut être conçu comme une mesure positive en ce qu'elle permet de détecter un problème de santé et d'éventuellement mettre en place un suivi médical et psychologique, elle pourrait toutefois également être perçue comme une mesure défavorable dans la mesure où elle implique une ingérence dans la vie privée de ces petites filles et éventuellement une atteinte à leur intégrité physique.

A l'inverse, la vérification de l'intégrité physique de toutes les petites filles pourrait apparaître comme une mesure disproportionnée si l'unique but est de détecter des MGF alors que le groupe des petites filles à risque est assez limité par rapport au nombre total d'enfants scolarisés.

On rappellera, en effet, que si les règles d'égalité et de non-discrimination interdisent de traiter de manière différente des situations comparables sans qu'il existe de justification objective et raisonnable, elles interdisent également un traitement identique de situations différentes sans qu'il existe une justification objective et raisonnable.

En l'espèce, on pourrait considérer qu'appliquer la mesure de détection envisagée à l'ensemble des petites filles examinées dans le cadre des consultations ONE et/ou de la médecine scolaire reviendrait à traiter de manière identique des personnes qui sont en réalité dans des situations différentes par rapport aux risques de MGF puisque seule une partie des petites filles examinées appartient au groupe à risque.

Il faut, dans ces circonstances, identifier la justification objective et raisonnable qui impliquerait qu'une telle équivalence de traitement ne sera pas considérée comme étant discriminatoire. En d'autres termes,



il faudra déterminer les éléments de nature à justifier l'instauration d'une mesure de détection applicable à l'ensemble des petites filles alors que le problème de santé concerné n'a pas une dimension générale.

La mesure semble toutefois difficilement justifiable au regard du caractère relativement ciblé de la problématique des MGF qui ne touchent pas une majorité d'enfants scolarisés en Belgique ou qui se rendent à une consultation organisée par l'ONE.

La mesure sera d'autant plus difficile à justifier si elle implique une ingérence importante dans la vie privée des petites filles examinées comme un examen médical invasif des organes génitaux. En effet, une telle mesure qui porterait atteinte à l'intégrité physique des petites filles pourrait être jugée disproportionnée par rapport à l'objectif poursuivi. Au contraire, une simple mesure consistant à interroger l'enfant et/ou les parents à l'occasion de la visite médicale scolaire ou de la consultation auprès de l'ONE constituerait une ingérence moins importante qui pourrait être considérée comme proportionnée au but poursuivi.

Une autre solution qui permettrait d'éviter les éventuelles critiques relatives au principe d'égalité et de non-discrimination consisterait à « institutionnaliser » pour les petites filles comme pour les petits garçons, un examen des organes génitaux qui aurait un objectif plus large, à savoir celui de détecter tout problème de santé relatif aux organes génitaux. Il faudrait alors déterminer d'un point de

vue médical les pathologies ou autres problèmes de santé (malformation, hygiène, etc.) qui pourraient être détectés lors d'un tel examen. Cet élément permet de contourner la question de la discrimination puisque la mesure concernerait tous les enfants examinés, comme les autres composantes de l'examen clinique pratiqué actuellement et poursuivrait un objectif général.

IV.B. RESPECT DE L'INTÉGRITÉ PHYSIQUE DES ENFANTS ET DROITS DU PATIENT

D'un point de vue pratique, il conviendra que les mesures proposées offrent les garanties suffisantes pour que la détection des MGF se fasse dans le respect de l'intégrité physique des enfants examinés et dans le respect des droits garantis par la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient instaure au profit de toute personne physique à qui des soins de santé sont dispensés, à sa demande ou non, un certain nombre de droits destinés à lui accorder une certaine protection.

Le patient dispose ainsi d'un droit à la prestation de services de qualité. Ce droit est garanti par l'article 5 de la loi qui précise que « *le patient a droit, de la part du praticien professionnel, à des prestations de qualité répondant à ses besoins et ce, dans le respect de sa dignité humaine et de*

son autonomie et sans qu'une distinction d'aucune sorte ne soit faite ». A cet égard, si la mesure envisagée était mise en œuvre avec un caractère systématique, il serait opportun de mettre en place des mesures de sensibilisation et de formation des médecins à la problématique des MGF.

Le patient dispose également du droit de choisir librement son prestataire de soins. Ce droit du patient est garanti par l'article 6 de la loi qui dispose que « le patient a droit au libre choix du praticien professionnel et il a le droit de modifier son choix, sauf limites imposées dans ces deux cas en vertu de la loi ». Ce droit peut être restreint par une loi s'il existe une justification raisonnable.

On a constaté que la réglementation relative aux examens médicaux pratiqués dans le cadre de la promotion de la santé à l'école permet d'assurer le respect de ce droit dans la mesure où les parents ont la possibilité de refuser que leur enfant soit examiné dans le PSE désigné et peuvent en choisir un autre (voyez *supra*). Les parents n'ont cependant pas un choix totalement illimité puisqu'ils doivent démontrer que le suivi médical a été effectué par un autre service agréé ou par un autre centre. En ce qui concerne les consultations ONE, le problème ne se pose pas dans la mesure où les parents choisissent librement de solliciter une consultation pour leur enfant et le médecin qui l'effectuera.

Conformément à l'article 7 de la loi, le patient a encore le droit de recevoir de son praticien « toutes les informations qui le concernent et peuvent lui être nécessaires pour comprendre son état de santé et son évolution probable ». Il s'agirait,

dans le contexte particulier qui est celui des MGF, notamment par rapport au rôle actif ou passif, que peuvent avoir joué ou encore jouer l'un et/ou l'autre de ses représentants légaux de revoir l'application concrète de cette disposition en chacune de ses composantes.

Le patient dispose également du droit de « consentir librement à toute intervention du praticien professionnel moyennant information préalable ».

Il résulte de cette disposition que le patient doit consentir préalablement et de manière éclairée à toute intervention médicale. Si cette intervention porte atteinte à l'intégrité corporelle du patient, le droit au consentement découle directement du droit au respect de l'intégrité physique, droit de la personnalité dont jouit tout individu. Toutefois, le droit de consentir concerne également les actes médicaux qui n'impliquent pas d'atteinte à l'intégrité physique comme un simple examen non invasif ou l'instauration d'un traitement.

Il ne fait dès lors aucun doute que si une mesure de détection des MGF était mise en place dans le cadre de la médecine scolaire, l'article 8 de la loi précitée impose de recueillir le consentement des parents et/ou de l'enfant. On a, toutefois, déjà noté que la réglementation relative à la promotion de la santé à l'école prévoit le caractère obligatoire du bilan individuel de santé sans prévoir la possibilité pour les parents et/ou l'enfant de s'y opposer mais que le décret du 20 décembre 2001 relatif à la promotion de la santé à l'école peut être interprété comme une « *lex specialis* » qui déroge au principe général posé par l'article 8 de la loi relative aux droits du patient.

Enfin, le patient dispose d'un droit à

la tenue d'un dossier médical, de le consulter et d'en obtenir une copie. Ces droits relatifs au dossier médical du patient sont garantis par l'article 9 de la loi du 22 août 2002. En ce qui concerne les bilans de santé individuels effectués dans le cadre de la promotion de la santé à l'école, ces droits sont mis en œuvre par l'article 7 de l'arrêté du 13 juin 2002 fixant les fréquences, le contenu et les modalités des bilans de santé, en application du décret du 20 décembre 2001 relatif à la promotion de la santé à l'école.

V. CONCLUSION

De manière schématique, l'on peut retenir que la réglementation, en Communauté française, concernant les bilans de santé obligatoires effectués pendant la scolarité ne paraît pas s'opposer à un examen systématique des organes génitaux des petites filles (comme cela se pratique déjà pour les petits garçons) qui pourrait s'insérer dans l'examen clinique complet.

A cette fin, une mesure de nature réglementaire ou para-réglementaire (la première voie présentant moins de difficultés en termes de sécurité juridique) pourrait être envisagée.

La réglementation concernant la promotion de la santé à l'école ne s'oppose pas non plus à ce que la question des MGF soit abordée lors de la récolte des données effectuées auprès des parents (en remplissant le questionnaire médical antérieur à la visite médicale).

L'organisation d'une telle mesure, lors

des examens médicaux pratiqués sous l'auspice de l'O.N.E., en âge de pré-scolarité est également juridiquement envisageable.

Divers obstacles juridiques semblent rendre extrêmement difficile l'idée de pratiquer un bilan « ciblé » qui ne toucherait que les catégories dites « à risque ». En effet, le critère permettant d'identifier lesdites catégories apparaît à la fois peu pertinent et, en toute hypothèse, sujet à de nombreuses critiques au regard des principes d'égalité et de non-discrimination et des règles spéciales anti-discrimination. La seule piste qui permettrait d'éventuellement tenter de contourner valablement cet écueil important se situerait dans les règles en matière de discrimination positive mais elle ne paraît pas, loin s'en faut, absolument déterminante.

Les différents obstacles juridiques ne paraissent donc pouvoir être levés que par le biais d'une systématisation d'une mesure d'examen des organes génitaux des petites filles lors des visites médicales (sur réserve du dialogue qui pourrait avoir lieu avec les parents par le biais du questionnaire médical, perspective plus minimaliste). A cette fin, la mesure, comme elle est pratiquée aujourd'hui avec les petits garçons, pourrait être motivée par d'autres fins que la détection d'éventuels MGF.

En toute hypothèse, un travail de « motivation formelle » de l'outil législatif, réglementaire ou para-réglementaire qui serait mis en œuvre s'avérerait utile pour affronter le plus

solidement possible l'inévitable débat qui aura lieu par rapport au problème d'égalité et de non-discrimination.

Les règles qui concernent les « droits des patients » nécessiteront, dans la pratique d'un éventuel examen systématisé en ce sens, un certain nombre de mises au point mais ne paraissent pas, en tant que tel, s'opposer au projet envisagé.

De manière générale, l'on relève qu'une mesure de détection qui prendrait la forme d'un examen médical invasif pose, très logiquement, plus de difficultés au regard des obstacles juridiques qui ont été soulevés. Une mesure de détection plus soft, comme l'instauration d'un dialogue avec l'enfant à l'occasion de la visite médicale pourrait plus facilement se justifier même si elle ne vise que certains enfants.

De plus, la mesure de dépistage et/ou de suivi quelle qu'elle soit gagnerait à être organisée par un instrument de soft law. En d'autres termes, au plus le texte qui consacrera l'outil sera contraignant (comme un arrêté réglementaire), au plus il sera exposé aux critiques juridiques que l'on a examinées. Au contraire, un texte qui prendrait la forme d'un guide de bonnes pratiques ou d'une recommandation à l'attention des médecins et des autres acteurs du secteur serait moins directement sujet aux critiques.

1 La présente note constitue la synthèse d'une étude relative aux obstacles juridiques au dépistage des mutilations génitales féminines à l'occasion du suivi médical des enfants, réalisée pour l'asbl INTACT et dont les grandes lignes ont été exposées à l'occasion du colloque « Vers un protocole de prévention et de protection des enfants victimes de Mutilations Génitales Féminines ? »

2 Résolution A/RES/67/146 de l'Assemblée Générale des Nations-Unies sur l'intensification de l'action mondiale visant à éliminer les mutilations génitales féminines, 20 décembre 2012, disponible en ligne sur <http://www.un.org>

3 ONE et Kind&Gezin, SOS Enfants et Vertrouwen centra, DGDE, Aide à la jeunesse, Justice et Police, associations de terrain, CGRA, experts de la thématique et spécialistes de l'enfance.

4 Article 29, §1er du décret du 20 décembre 2001. On peut s'interroger sur la conformité de cette obligation à l'article 8 de la loi du 22 août 2002 sur les droits des patients qui prévoit que toute intervention du praticien professionnel requiert le consentement libre, préalable et éclairé du patient sans prévoir formellement de motifs d'exception ou de dérogation. Dans la mesure où la loi du 22 août 2002 est postérieure au décret précité, on pourrait imaginer que des parents invoquent cette législation pour refuser que leur enfant soit examiné lors de ces bilans de santé. On peut toutefois également interpréter la loi du 22 août 2002 comme ne portant pas atteinte aux textes légaux qui dérogent au principe de libre consentement du patient et qui imposent certains actes médicaux (P. HENRY, « A propos du consentement libre et éclairé du patient », Y-H LELU (dir.), *Droit médical*, Bruxelles, Larcier, 2005, p. 177). En ce sens, le décret du 20 décembre 2001 serait une « lex specialis » dérogeant valablement à la règle générale que fixe la loi du 22 août 2001.

5 Un tel document, parfois mais sans obligation, publié au *Moniteur belge* avec l'arrêté peut être une source de précision quant au contenu de l'arrêté.

6 Article 7 de l'arrêté du 13 juin 2002

PRISE DE CONTACT AVEC LES FAMILLES: MÉTHODES ET APPROCHES DU MODÈLE HOLLANDAIS

MARTHINE BOS

Infirmière sociale et anthropologue
médicale, Gemeentelijke
of Gemeenschappelijke
Gezondheidsdienst (GGD)
Formation et conseil en
communication interculturelle
Pays-Bas

Il ressort de l'intervention de ma collègue Tosca Hummeling que la santé publique néerlandaise a développé un Protocole destiné à évoquer la question de l'excision des filles.

Bien que l'excision soit pratiquée dans 28 pays, la majorité des personnes à risque aux Pays Bas est originaire de la Somalie, du Soudan, de la Sierra Leone, ainsi que du Mali et de beaucoup d'autres pays de l'Afrique occidentale. Le protocole de discussion ("Gespreksprotocol") a été développé en 2003 et transposé dans un Protocole national du RIVM ("Rijks Instituut voor Volksgezondheid en Milieu"). Depuis mai 2005, chaque médecin et infirmi(e)(è)r(e) actifs dans la santé publique de la jeunesse aux Pays-Bas a l'obligation d'évoquer le sujet de l'excision des filles avec les parents et les enfants des pays à risque.

Pour les médecins et infirmi(e)(l)er(e)s, un parcours de mise en oeuvre a été mis en place. Les GGD's (abréviation de "Gemeentelijke of Gemeenschappelijke Gezondheidsdiensten") aux Pays-Bas organisent pour leurs collaborateurs des formations en conversation « stimulante » et communication interculturelle afin de guider les discussions avec les parents et les enfants. Travailler avec des jeux de rôle et un formateur-acteur offre une bonne expérience pour apprendre à évoquer des sujets de conversation délicates. Pendant ces formations, les médecins et infirmi(e)(l)er(e)s sont constamment encouragés à parler du sujet et ils constatent qu'en ayant le courage et en appliquant les bonnes techniques, presque tout le monde est disposé à parler de l'excision des filles.

Par GGD, un fonctionnaire de référence est désigné, qui coordonne les affaires liées à l'excision des filles, donne des conseils dans ces cas et les soutient.

Par ailleurs, des médiateurs interculturels issus des pays à risque d'excision sont formés aux Pays-Bas. Ces personnes sont des intermédiaires qui peuvent par exemple être engagées dans le cadre des discussions entre une personne originaire d'un pays à risque et un assistant social. Il est important d'intégrer ces médiateurs dans la structure d'un GGD ou d'un hôpital afin qu'elles reçoivent une rémunération correcte pour leurs prestations.

Aujourd'hui, trois formations sur l'excision des filles sont données dans la majorité des centres d'accueil de demandeurs d'asile aux Pays-Bas. Les groupes cibles sont divisés par groupe linguistique et par

pays à risque. La première formation pour femmes est un cours de biologie, où les corps d'une femme excisée et non excisée sont comparés et où les conséquences liées à l'excision sont discutées de manière étendue. La deuxième formation pour hommes est comparable à la première pour femmes. La troisième formation est donnée avec Zahra Naleie, une sociologue somalienne. Elle traite l'histoire culturelle de l'excision. Il y a également un imam qui évoque le fait que l'excision des filles n'est pas un devoir religieux.

En 2010, ces trois formations ont été incorporées dans un plan de campagne "Sensibilisation sur l'excision", publié par GGD Pays-Bas. Ces formations sont toujours données avec un interprète. Lors de ces formations, il est fait usage d'une poupée et d'un modèle des organes génitaux d'une femme. Ceci montre les organes génitaux d'une femme excisée et non excisée. En montrant effectivement le vagin excisé aux hommes et femmes, beaucoup de questions surgissent.

L'information dès l'arrivée, comme nous l'appelons aussi, est pour la santé publique de la jeunesse très importante. Peu de personnes sont familiarisées avec l'anatomie de l'être humain et ne distinguent pas toujours les plaintes des femmes des plaintes causées par l'excision. Lors du premier entretien, l'infirmi(e)(l)er(e) en charge de la jeunesse ou le médecin peut demander si la personne concernée a participé à une formation et si elle a tout compris. Ensuite, ils peuvent demander si la personne a apprécié la formation et si elle donne son accord pour en parler à nouveau avec un(e) infirmi(e)(l)er(e) en charge de la jeunesse ou un médecin. Ils peuvent aussi se renseigner par rapport à l'opinion de la personne sur l'excision ou non de sa(es) fille(s).

Afin de pouvoir commencer une conversation sur l'excision des filles en tant qu'assistant social, il est indispensable d'être formé et d'avoir une connaissance:

- de la tradition de l'excision des filles (livret "focal point Pharos") ;
- du Protocole ;
- d'une aptitude à engager la conversation: discussion engageante / communication interculturelle ;
- des renvois possibles en ce qui concerne les surveillances médicales.

Avant de commencer une conversation au sujet de l'excision des filles, il faut étudier l'histoire de la personne que vous allez rencontrer, tout en gardant à l'esprit que plusieurs formes d'excision des filles peuvent apparaître dans différentes périodes de la vie d'une personne et que chaque femme peut avoir une autre expérience lors de l'excision.

Le premier grand intérêt est qu'un lien se noue avec la famille de la fille en question. Aux Pays-Bas, la santé publique de la jeunesse concerne les enfants de 0 à 19 ans. Si vous vous investissez dans la première rencontre et dans la construction d'un lien de confiance, parler des choses difficiles devient beaucoup plus facile.

Cela est possible en vous approchant de l'autre et en le traitant de la façon dont vous voudriez être traité. Beaucoup de femmes trouvent que les assistants sociaux néerlandais sont trop directs, surtout si le sujet d'excision des filles est abordé lors de la première rencontre.

Investissez-vous, soyez attentif à l'environnement, expliquez votre fonction

et ce que votre fonction comprend professionnellement. Expliquez comment se déroule la santé publique aux Pays-Bas. Il est préférable de commencer la discussion sur l'excision des filles d'une perspective culturelle et d'attirer l'attention ensuite sur les risques de santé. Il est également nécessaire d'expliquer la législation et la politique.

Un point qui mérite une attention particulière est la transmission d'information au sein de la santé publique.

Si vous vous investissez dès la première rencontre dans la construction d'un lien de confiance, parler des choses difficiles devient beaucoup plus facile.

Il est nécessaire de mettre en place une équipe d'attention multidisciplinaire au sujet de l'excision des filles par commune.

Un autre point important est qu'un assistant social devrait se présenter comme interlocuteur pour le présent ou le futur. En effet, beaucoup de femmes, apprennent pour la première fois aux Pays-Bas que toutes les femmes ne sont pas excisées et ce n'est qu'après avoir vécu un certain temps aux Pays-Bas, qu'elles acceptent d'en discuter avec d'autres.

L'usage de la technique de communication interculturelle et la conversation engageante aident à rassurer l'interlocuteur, et à lui laisser prendre sa responsabilité (ou à lui apprendre celle-ci) surtout lorsqu'il s'agit d'une pratique culturelle dans un environnement tellement différent et nouveau pour lui.



LE SECRET PROFESSIONNEL À L'ÉPREUVE DES MGF

JEAN-FRANÇOIS SERVAIS

Directeur du Service Droit des
Jeunes de Liège

La question des mutilations génitales féminines (MGF), ou le risque de celles-ci vient logiquement interroger la question du secret professionnel, dans la mesure où est en jeu la protection de l'intégrité physique, psychique et psychologique de l'enfant ou de la jeune femme.

La question qui se pose dès lors au professionnel qui exerce des fonctions ou des missions pour lesquelles il est soumis au secret professionnel, est de savoir ce qu'il peut faire ou ce qu'il doit faire au regard du cadre légal lorsqu'il est confronté à ce type de situation.

1 Rappelons peut-être d'abord que sont tenus au secret professionnel outre les médecins, chirurgiens, officiers de santé, pharmaciens, sages femmes, «toutes autres personnes dépositaires par état ou par profession des secrets qu'on leur confie».

Il s'agit fondamentalement des personnes, que certains appellent aussi «les confidents nécessaires», qui exercent des missions ou des fonctions qui impliquent nécessairement pour être remplies un accès important à la sphère privée du particulier.

Parmi les catégories de professionnels que la doctrine ne considère pas soumises au secret professionnel, il est opportun, la question se posant régulièrement, de mentionner les enseignants.

Ils sont néanmoins soumis, comme le cadre légal régissant leur statut le précise, à un devoir de confidentialité. Ils pourraient dès lors, en cas de transgression, voir leur responsabilité civile mise en cause ou être sanctionnés sur un plan disciplinaire.

Par contre, toute personne qui collabore à l'application de la loi du 8 avril 1965¹, du décret relatif à l'aide à la jeunesse du 4 mars 1991² ou de l'ordonnance bruxelloise du 29 avril 2004³, quelle que soit sa profession ou sa fonction, est soumise au secret professionnel visé par l'article 458 du Code pénal.

Rappelons également que ces professionnels sont obligés de taire les « secrets qu'on leur confie », c'est-à-dire toutes les informations confiées ou recueillies à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions. Il s'agit aussi bien du fait surpris ou constaté chez le particulier par le professionnel... que la confiance expresse.

Quelle est maintenant la raison d'être de cette obligation de se taire, de garantir au particulier un espace de confidentialité ?

En comprendre le sens est essentiel pour permettre au professionnel, hésitant entre parler ou se taire, de se poser les bonnes questions et conséquemment de se positionner adéquatement en fonction des différents intérêts en jeu.

Le secret professionnel contribue fondamentalement à ce que la personne qui sollicite une aide, ou se voit contrainte d'en accepter une, soit respectée dans sa dignité.

Il contribue aussi indirectement à maintenir un certain équilibre dans une relation qui souvent ne l'est pas entre le professionnel et le particulier, relation où le savoir du premier risque toujours, si on n'y est pas attentif, de se transformer en pouvoir sur le second.

Dans cette optique, ce que cherche à faire respecter ici le secret professionnel, c'est le droit de toute personne à voir sa vie privée et familiale respectée, droit fondamental qui est inscrit tant dans le Convention Européenne des Droits de l'Homme⁴, que dans la Convention Internationale des Droits de l'Enfant⁵ ou dans notre Constitution⁶.

Autre intérêt protégé, c'est tout simplement celui de la société, qui doit permettre aux particuliers de solliciter une aide ou d'y être contraint, sans que tout ce qu'ils disent ou montrent à cette occasion ne risque de se retourner contre eux.

Dans le cas contraire, en effet, un certain nombre de personnes pourraient décider de ne plus solliciter une aide alors même qu'elles en auraient besoin.

Troisième et dernier intérêt protégé, celui de certains professionnels exerçant certaines missions pour lesquelles il est nécessaire de garantir au particulier un espace de confidentialité.

Comme on le voit le secret professionnel est moins une valeur en soi, qu'un outil destiné à protéger certains intérêts, intérêts que le législateur a considéré comme suffisamment importants pour donner à leur protection une dimension d'ordre public, en l'inscrivant dans une disposition pénale.

Que se passe-t-il dès lors lorsque, dans une situation déterminée, d'autres intérêts que ceux-ci sont également en jeu ?

Si l'ensemble de ces intérêts peuvent être respectés, c'est bien évidemment et prioritairement cela que le professionnel devra faire.

Si un risque de MGF peut être abordé et solutionné dans le cadre d'un accompagnement qui respecte la vie privée et familiale, c'est bien évidemment cette voie qui doit être privilégiée.

Qu'en est-il maintenant s'il y a contradiction entre ces intérêts, si par exemple on ne peut sauvegarder l'intégrité physique et psychique d'un enfant qu'en sacrifiant le droit au respect de la vie privée, qui implique normalement un strict respect de l'espace de confidentialité ?

Y a-t-il des situations où le secret professionnel doit ou peut être levé ?

La doctrine considère, à travers la théorie des conflits de valeurs notamment, que lorsqu'il faut choisir entre les valeurs ou les intérêts protégés par le secret professionnel et d'autres, qui seraient considérés comme

supérieurs, c'est la protection des seconds qu'il faudra privilégier.⁷

2 Deux exceptions, en lien avec le thème ici traité, peuvent illustrer ce principe.

Le premier est constitué par l'article 422bis du code pénal, constitutif d'une obligation de porter assistance à personne en danger.

Comment s'articulent ces deux obligations, celle de se taire et celle de porter assistance ?

L'article 458 du code pénal prévoit que le professionnel est tenu de se taire, sauf lorsque la loi l'oblige à faire connaître « ces secrets », ce qui peut être le cas lorsqu'il s'agit de porter assistance⁸.

Dans certaines situations en effet, c'est la communication d'informations aux autorités judiciaires et/ou policières qui constituera l'aide adéquate. C'est notamment le cas lorsque seules ces dernières peuvent mettre fin au péril grave (le parquet étant par exemple la seule instance pouvant saisir le tribunal de la jeunesse en urgence pour protéger une mineure⁹).

Dans cette hypothèse, c'est l'obligation de porter assistance qui prendra le pas sur l'obligation de garantir la confidentialité, et le professionnel sera, dans ce cas, tenu de communiquer toutes les informations utiles pour mettre fin au péril grave.

On doit logiquement considérer que si le professionnel est confronté à une situation où une enfant ou une jeune femme est soumise au risque d'une MGF, et que ce risque est actuel, c'est-à-dire non hypothétique, il se trouve bien dans l'hypothèse prévue à l'article 422bis.

Outre que ces pratiques sont condamnées sur le plan pénal⁷, les atteintes à l'intégrité physique, psychologique et psychique de l'enfant ou de la jeune femme qu'elles entraînent sont, de toute évidence, constitutives d'un péril grave au sens de cet article.

Les éventuelles difficultés ne sont donc pas là mais bien sur deux autres points:

- Comment évaluer la réalité du risque ? A juste titre, on considère que la nationalité ou l'origine ethnique, par exemple, n'est pas, à elle seule, suffisante.
- Quel type d'aide apporter pour mettre fin au péril grave ?

Cette question importe bien évidemment au professionnel constatant qu'un risque réel existe, puisqu'il va devoir apprécier comment y mettre fin, c'est-à-dire apprécier s'il est compétent pour le faire seul ou avec d'autres, ou s'il doit informer, par exemple, le parquet pour que celui-ci intervienne.

Ces deux difficultés rendent probablement d'autant plus opportunes la sensibilisation et la formation des professionnels susceptibles d'être confrontés à ces situations afin d'aborder cette problématique de la manière la plus adéquate possible, au besoin en réorientant vers les services plus spécialisés.

Deuxième exception, celle prévue à l'article 458bis du code pénal.

Il ne s'agit pas ici d'une obligation de révéler ce qui en principe doit être tenu secret, mais bien d'une autorisation de parler.

En d'autres termes, il s'agit d'hypothèses où la loi laisse au professionnel un pouvoir d'appréciation.

C'est à lui qu'il appartient, en fonction des éléments propres à la situation, de décider de communiquer ou non les informations dont il dispose à une instance déterminée, le Procureur du Roi.

Cette disposition, jusqu'à sa récente modification, fin 2011, était peu évoquée dans la mesure où les conditions qui devaient être réunies pour qu'elle trouve à s'appliquer étaient considérées comme aussi sinon plus restrictives que celles relatives à l'obligation de porter assistance à personne en danger.

Les récentes modifications, qui étendent de 3 manières son champ d'application, méritent que l'on s'y arrête aujourd'hui.

L'article 458bis vise en fait plusieurs situations. L'une d'entre elles nous intéresse plus particulièrement.



Il s'agit de l'hypothèse où un professionnel soumis au secret professionnel a connaissance, dans le cadre de ses activités, de mutilation des organes génitaux d'une personne de sexe féminin, commise sur une enfant mineure d'âge, ou première extension du champ d'application, sur une « personne vulnérable en raison de son âge, de son état de grossesse, d'une maladie, d'une infirmité ou d'une déficience physique ou mentale ».

A partir du 1er mars 2013, cette disposition sera également étendue aux personnes vulnérables « en raison de la violence entre partenaires ».

Dans cette hypothèse, le professionnel peut en informer le Procureur du Roi, sans violer le secret professionnel :

- lorsqu'il existe un danger grave et imminent pour l'intégrité physique ou mentale du mineur ou de la personne vulnérable visée, et qu'il n'est pas en mesure, seule ou avec l'aide de tiers, de protéger cette intégrité,
- ou, deuxième extension du champ d'application, lorsqu'il y a des indices d'un danger sérieux et réel que d'autres mineurs ou personnes vulnérables visées soient victimes(...)et qu'elle n'est pas en mesure, seule ou avec l'aide de tiers, de protéger cette intégrité.

Cette deuxième extension du champ d'application correspond à une volonté, très clairement exprimée dans les travaux parlementaires, de protéger les victimes potentielles.

Enfin, troisième extension du champ d'application, il n'est plus requis, comme c'était le cas précédemment, que le

professionnel ait lui-même examiné la victime ou recueilli ses confidences.

Des informations communiquées par des tiers ou par les auteurs pourraient donc suffire.

Le fait d'avoir communiqué les informations nécessaires au Procureur du Roi met-il fin à l'intervention du professionnel, et plus précisément à son obligation de porter assistance ?

Lors des modifications évoquées ci-dessus, le législateur, après l'avoir enlevé, a réinscrit dans le texte que le professionnel qui décide d'informer le parquet, le fait « sans préjudice des obligations que lui impose l'article 422bis ».

Ceci signifie que le fait d'informer le parquet ne libère pas le professionnel de faire quelque chose pour contribuer à mettre fin au péril, s'il peut encore le faire dans le champ de compétences qui est le sien.

Les travaux parlementaires rappellent enfin utilement ceci : « on n'impose pas l'obligation de se rendre chez le procureur du Roi. Il est clair que dans ces matières, la voie judiciaire n'est pas la seule voie possible. Il convient, en effet, de garder cette complémentarité entre la voie judiciaire et l'aide. »¹⁰

On réaffirme ici le pouvoir d'appréciation évoqué plus haut qui permet au professionnel de décider de la voie la plus adéquate dans chaque situation, avec les deux difficultés possibles, déjà rappelées, que constituent l'évaluation du risque et de l'aide adéquate pour éviter une MGF.

Une troisième exception que nous ne ferons qu'évoquer brièvement est l'état de nécessité.¹¹

Il vise l'hypothèse où une personne commet un acte illégal pour protéger un intérêt supérieur ou équivalent à l'intérêt que l'on sacrifie en commettant cet acte.

Il s'agit d'un principe général de droit pénal qui agit comme cause de justification de l'acte posé.

Si l'état de nécessité est retenu, la personne ayant agi ainsi ne pourra être condamnée.

Ce principe, nous semble-t-il, trouvera peu à s'appliquer ici dans la mesure où, soit les personnes exposées actuellement à une MGF sont identifiées, et c'est l'article 422bis qui s'appliquera plus logiquement, soit elles ne sont pas identifiées, et c'est la seconde extension du champ d'application de l'article 458bis, évoquée ci-dessus, qui permettra d'informer valablement le Procureur du Roi.

Cette seconde hypothèse pourrait viser la situation d'une personne qui a déjà pratiqué des MGF et qui serait clairement décidée à en faire encore dans l'avenir.

- On peut enfin évoquer, puisqu'il est régulièrement cité, l'article 29 du Code d'instruction criminelle.

Il oblige tout fonctionnaire qui, dans l'exercice de ses fonctions, a connaissance d'un crime ou d'un délit d'en informer le Procureur du Roi.

Outre que cet article n'est assorti d'aucune sanction, on considère que, pour les fonctionnaires qui sont soumis au secret professionnel, c'est l'obligation de confidentialité visée à l'article 458 du code pénal qui prévaudra, sauf exceptions évoquées ci-dessus.

3 Qu'en est-il maintenant de la situation où, sans être dans une de ces exceptions, le professionnel estime nécessaire de

partager certaines informations avec d'autres professionnels pour apporter une aide adéquate et cohérente à la personne qui en a besoin ?

Qu'en est-il, en d'autres termes, du concept de secret professionnel partagé ?

Il n'existe aucune disposition légale à ce sujet.

Mais la doctrine considère que, dans certains cas, un partage peut avoir lieu.

Il a ainsi été recherché les conditions qui devraient être remplies pour respecter au mieux ce que veut protéger le secret professionnel, tout en permettant cet échange.

Cinq conditions cumulatives ont été pointées, dont plusieurs se retrouvent dans certains codes de déontologie :

1. informer le particulier, appelé encore parfois le maître du secret, que l'on envisage de partager certaines informations, lesquels, avec qui, et pour quelles raisons ;
2. recueillir l'accord de celui-ci sur le partage envisagé.
Cette condition s'impose naturellement vu l'absence de disposition légale à ce sujet¹² ;
3. partager uniquement avec des personnes elles-mêmes soumises au secret professionnel.
On étend en effet l'espace de confidentialité, mais le principe reste d'application ;
4. Poursuivre les mêmes missions, les mêmes objectifs dans la situation en question.
Tous les services n'ont en effet pas les mêmes missions, et celles-ci sont parfois opposées même si elles sont légitimes.

Une même information donnée par un particulier dans un contexte d'aide sera, par exemple, utilisée de manière tout à fait différente dans un contexte de recherche d'infraction.

Des différences pourront également apparaître suivant que l'on se trouve dans une aide volontaire ou une aide contrainte ;

5. enfin, ne partager entre professionnels que ce qui est strictement nécessaire pour atteindre les objectifs communs.

On peut donc conclure au terme de ces quelques considérations, que, dans le contexte des MGF, le secret professionnel, comme constitutif d'un espace de confidentialité, peut jouer un rôle important dans la recherche d'une solution qui soit respectueuse des personnes.

Il contribue notamment à ce que des personnes acceptent de franchir les portes de services que, sans cette garantie, elles ne franchiraient peut-être pas, ou acceptent de rencontrer des professionnels et d'être aidées sur des problèmes tels que les MGF.

Il n'empêche pas, lorsque cela s'avère nécessaire, de faire appel à la collaboration de professionnels peut-être plus spécialisés, dans le respect du secret professionnel partagé.

Enfin, il y a des limites à cette confidentialité qui, dès lors que la personne est directement et actuellement exposée au péril grave que constitue une MGF, autorise, voire oblige le professionnel à agir pour préserver celle-ci.

Mais c'est clair que, dans cette matière dont on dit parfois que ces contours sont incertains, le champ de la conscience du professionnel est parfois fortement sollicité. Raison pour laquelle, il n'est pas inutile de rappeler aussi

que si un professionnel en difficulté sollicite confidentiellement un avis éclairé d'un autre professionnel plus spécialisé, à propos d'une situation évoquée anonymement, où donc les particuliers ne sont ni identifiés ni identifiables par celui-ci, il n'y a pas rupture du secret professionnel.

1 article 77 de la loi du 8 avril 1965 relative à la protection de la jeunesse, à la prise en charge des mineurs ayant commis un fait qualifié infraction et à la réparation du dommage causé par ce fait, M.B. 15 avril 1965

2 article 57 du décret du 4 mars 1991 relatif à l'aide à la jeunesse, M.B. 12 juin 1991

3 article 7 de l'ordonnance bruxelloise du 29 avril 2004 relative à l'aide à la jeunesse, M.B. 1 juin 2004

4 article 8 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme

5 article 16 de la Convention Internationale des Droits de l'Enfant

6 article 22 de la Constitution Belge

7 Cette théorie implique donc une hiérarchisation des valeurs.

C'est peut-être ce point qui peut présenter une difficulté, voire un certain risque, constitué justement par cette hiérarchisation.

Selon certains auteurs, elle ne serait en effet pas sans poser problème si elle mettait en haut de la pyramide des valeurs qui par exemple permettraient de justifier une politique répressive pure et simple.

8 Pour justifier le non respect de l'article 458 du Code pénal, l'article 422 bis du Code pénal requiert que les cinq conditions suivantes soient cumulativement réunies :

1° - la personne en danger doit être exposée à un péril grave ;

2° - il ne doit pas y avoir d'autres moyens que la révélation du secret professionnel pour écarter le danger ;

3° - l'agent doit avoir constaté lui-même la situation ou celle-ci doit lui avoir été décrite par ceux qui sollicitent son intervention ;

4° - l'agent doit pouvoir intervenir sans danger sérieux pour lui-même ou pour autrui ;

5° - les circonstances dans lesquelles il est invité à intervenir ne peuvent pas lui faire croire au manque de sérieux de l'appel ou à l'existence de risques.

9 Cette procédure d'urgence est prévue par l'article 39 du décret du 4 mars 1991 relatif à l'aide à la jeunesse et l'article 9 de l'ordonnance bruxelloise du 29 avril 2004.

10 document Chambre des représentants-15 juillet 2011 (doc53 1639/003-p.21)

11 Pour qu'il y ait état de nécessité, quatre conditions doivent être réunies:

- L'intérêt que le professionnel a cherché à sauvegarder en commettant l'infraction doit être égal ou supérieur à l'intérêt sacrifié.

- L'intérêt à sauvegarder doit être sous la menace d'un danger imminent, grave et certain.

- Il doit être impossible de sauvegarder l'intérêt supérieur autrement que par la commission de l'infraction.

- La loi ne doit pas imposer une obligation d'éviter le mal que le professionnel cherche effectivement à éviter.

12 Rappelons ici que, hors le cas spécifique du secret partagé, l'accord que la personne donnerait au professionnel pour qu'il parle ne suffit pas à la libérer du secret professionnel.

Extraits du Code Pénal

Art. 409. § 1er. Quiconque aura pratiqué, facilité ou favorisé toute forme de mutilation des organes génitaux d'une personne de sexe féminin, avec ou sans consentement de cette dernière, sera puni d'un emprisonnement de trois ans à cinq ans.

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

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

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

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

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

Art. 422bis.-L. 06-01-1961, art. 1> Sera puni d'un emprisonnement de huit jours à (un an) et d'une amende de cinquante à cinq cents (euros) ou d'une de ces peines seulement, celui qui s'abstient de venir en aide ou de procurer une aide à une personne exposée à un péril grave, soit qu'il ait constaté par lui-même la situation de cette personne, soit que cette situation lui soit décrite par ceux qui sollicitent son intervention. <L 1995-04-13/33, art. 4, 1°, 015; En vigueur : 05-05-1995> <L 2000-06-26/42, art. 2, En vigueur : 01-01-2002>

Le délit requiert que l'absténant pouvait intervenir sans danger sérieux pour lui-même ou pour autrui. Lorsqu'il n'a pas constaté personnellement le péril auquel se trouvait exposée la personne à assister, l'absténant ne pourra être puni lorsque les circonstances dans lesquelles il a été invité à intervenir pouvaient lui faire croire au manque de sérieux de l'appel ou à l'existence de risques.

[La peine prévue à l'alinéa 1er est portée à deux ans lorsque la personne exposée à un péril grave est mineure d'âge [1] ou est une personne dont la situation de vulnérabilité en raison de l'âge, d'un état de grossesse, d'une maladie, d'une infirmité ou d'une déficience physique ou mentale était apparente ou connue de l'auteur des faits[1].] <L 1995-04-13/33, art. 4, 2°, 015; En vigueur : 05-05-1995>

(1)<L 2011-11-26/19, art. 16, 084; En vigueur : 02-02-2012>

Art. 458. Les médecins, chirurgiens, officiers de santé, pharmaciens, sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état ou par profession, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où ils sont appelés à rendre témoignage en justice (ou devant une commission d'enquête parlementaire) et celui où la loi les oblige à faire connaître ces secrets, les auront révélés, seront punis d'un emprisonnement de huit jours à six mois et d'une amende de cent (euros) à cinq cents (euros). <L 1996-06-30/34, art. 10, 017; En vigueur : 26-07-1996> <L 2000-06-26/42, art. 2, En vigueur : 01-01-2002>

Art. 458bis.[1] Toute personne qui, par état ou par profession, est dépositaire de secrets et a de ce fait connaissance d'une infraction prévue aux articles 372 à 377, 392 à 394, 396 à 405ter, 409, 423, 425 et 426, qui a été commise sur un mineur ou sur une personne qui est vulnérable en raison de son âge, d'un état de grossesse, d'une maladie, d'une infirmité ou d'une déficience physique ou mentale peut, sans préjudice des obligations que lui impose l'article 422bis, en informer le procureur du Roi, soit lorsqu'il existe un danger grave et imminent pour l'intégrité physique ou mentale du mineur ou de la personne vulnérable visée, et qu'elle n'est pas en mesure, seule ou avec l'aide de tiers, de protéger cette intégrité, soit lorsqu'il y a des indices d'un danger sérieux et réel que d'autres mineurs ou personnes vulnérables visées soient victimes des infractions prévues aux articles précités et qu'elle n'est pas en mesure, seule ou avec l'aide de tiers, de protéger cette intégrité.]

Droit futur

Art. 458bis. [1] Toute personne qui, par état ou par profession, est dépositaire de secrets et a de ce fait connaissance d'une infraction prévue aux articles 372 à 377, 392 à 394, 396 à 405ter, 409, 423, 425 et 426, qui a été commise sur un mineur ou sur une personne qui est vulnérable en raison de son âge, d'un état de grossesse, [2] de la violence entre partenaires,[2] d'une maladie, d'une infirmité ou d'une déficience physique ou mentale peut, sans préjudice des obligations que lui impose l'article 422bis, en informer le procureur du Roi, soit lorsqu'il existe un danger grave et imminent pour l'intégrité physique ou mentale du mineur ou de la personne vulnérable visée, et qu'elle n'est pas en mesure, seule ou avec l'aide de tiers, de protéger cette intégrité, soit lorsqu'il y a des indices d'un danger sérieux et réel que d'autres mineurs ou personnes vulnérables visées soient victimes des infractions prévues aux articles précités et qu'elle n'est pas en mesure, seule ou avec l'aide de tiers, de protéger cette intégrité.]

(1)<L 2011-11-30/28, art. 6, 083; En vigueur : 30-01-2012>

[2]<L 2012-02-23/08, art. 2, 085; En vigueur : 01-03-2013>

Extrait du Code d'Instruction Criminelle

Art. 29. Toute autorité constituée, tout fonctionnaire ou officier public, qui, dans l'exercice de ses fonctions, acquerra la connaissance d'un crime ou d'un délit, sera tenu d'en donner avis sur-le-champ au [procureur du Roi] près le tribunal dans le ressort duquel ce crime ou délit aura été commis ou dans lequel [l'inculpé] pourrait être trouvé, et du transmettre à ce magistrat tous les renseignements, procès-verbaux et actes qui y sont relatifs. <L 10-07-1967, art. 1, 23°>

[...]

MESURES DE PROTECTION ET DE SUIVI

ANNE-MARIE RENARD

Conseillère-adjointe de l'Aide à
la Jeunesse
Service de l'Aide à la
Jeunesse de Bruxelles

Dans cet exposé, il me paraît utile de présenter tout d'abord le contexte légal et d'intervention du Service de l'Aide à la Jeunesse (SAJ). Ensuite, j'évoquerai la prise en charge d'une situation de risque d'excision et enfin, j'aborderai les pistes d'intervention que le SAJ pense pertinentes.

Le Service de l'Aide à la Jeunesse est un service public institué dans chaque arrondissement judiciaire par le décret du 04 mars 1991 relatif à l'Aide à la Jeunesse.

La philosophie du décret s'articule autour des priorités suivantes :

- **Priorité de l'aide générale**, c'est-à-dire l'aide dispensée par les services de proximité, dits de première ligne tels les CPAS, CPMS, ONE, AMO, les services de santé mentale, les CPF, etc. ;
- **Priorité de l'aide donnée dans le milieu de vie**. La règle est de maintenir le jeune tant que faire se peut dans son milieu de vie où une aide appropriée doit lui être apportée. L'éloignement du jeune de son milieu familial et le recours au placement institutionnel doivent toujours être l'exception. Tout sera mis en œuvre pour maintenir ou favoriser les contacts avec la famille ou les familiers sauf si l'intérêt du jeune s'y oppose.

A côté de ces deux priorités, le décret met également en avant l'approche préventive, le respect des droits fondamentaux des jeunes et des familles ainsi que l'aide négociée/volontaire (déjudiciarisation).

La priorité est donnée à la recherche d'une solution négociée avec les jeunes et leur famille. L'initiative du judiciaire doit rester exceptionnelle et subsidiaire par rapport à l'aide négociée.

Le décret instaure clairement cette subsidiarité. Il est désormais de la compétence du conseiller et de son service d'apporter une aide aux mineurs en difficulté et en danger. Le Tribunal de la Jeunesse reste, par contre, exclusivement compétent pour les jeunes qui ont commis des infractions.

En d'autres termes, tout doit être mis en œuvre pour rechercher un accord et une collaboration avant de recourir au judiciaire, y compris pour les situations de danger.

Le SAJ s'efforce de réduire l'état de difficulté ou de danger dans lequel se trouvent les mineurs et les familles en partenariat avec eux et les intervenants.

Toutefois, dans deux cas de figure, le décret de la Communauté française du 04 mars 1991 relatif à l'Aide à la Jeunesse (ci-après nommé « le décret ») et l'Ordonnance du 29 avril 2004 de la Commission communautaire de la Région Bruxelles-Capitale relative à l'aide à la jeunesse (ci-après nommée « l'ordonnance bruxelloise ») prévoient la possibilité de recourir au Tribunal de la Jeunesse, seul habilité à imposer une mesure d'aide contrainte.

L'article 38 du décret ou l'article 8 de l'Ordonnance bruxelloise

Lorsque le conseiller est confronté à une situation de danger et de non-collaboration des intéressés (ces deux conditions devant être concomitantes), il demande au Parquet la saisine du Tribunal de la Jeunesse.

Le Parquet conserve bien évidemment son pouvoir d'appréciation quant à l'opportunité d'une saisine du Juge.

Donc, contrairement à une idée répandue, l'état de danger ne peut justifier à lui seul la saisine du Tribunal de la Jeunesse.

L'article 39 du décret ou l'article 9 de l'Ordonnance bruxelloise

Dans les situations de danger nécessitant un placement en urgence, l'aide volontaire n'a pas le temps de s'organiser. Dans ce cas, le Parquet peut saisir le Tribunal de la Jeunesse directement sans passage préalable chez le conseiller. Le Tribunal de la Jeunesse prend alors une mesure de placement provisoire. Le placement est la seule mesure que peut prendre le Juge saisi sur pied de l'article 39 du décret ou de l'article 9 de l'Ordonnance bruxelloise.

Le conseiller dispose ensuite d'une période de deux fois trente jours à Bruxelles, de quinze jours plus soixante jours dans le reste de la Communauté française pour rechercher un accord avec les intéressés. Si un accord d'aide est conclu, la mesure du Tribunal de la Jeunesse est levée et le conseiller met en œuvre l'aide négociée.

Le SAJ est dirigé par le Conseiller de l'Aide à la Jeunesse assisté d'adjoints et comporte trois sections :

1. la section sociale qui comprend les délégués encadrés par les délégués en chef ;
2. la section administrative ;
3. la section de Prévention générale.

Le Conseiller et son service proposent une aide volontaire aux enfants et aux jeunes de moins de 18 ans en difficulté ou en danger. Il peut aussi venir en aide aux parents qui éprouvent de graves difficultés dans l'éducation de leur enfant.

Le Conseiller intervient à la demande des jeunes et de leur famille (un tiers

des situations), à la suite d'inquiétudes transmises par des intervenants sociaux (PMS, ONE, PSE, hôpitaux, ...) ou par le Parquet-section famille.

Le SAJ a comme principe d'intervenir dans la transparence :

- il n'intervient pas sur base d'informations anonymes ;
- il renseigne les intéressés sur le contenu et la provenance de l'information ;
- il n'intervient que sur base d'éléments concrets, objectivables ;
- il demande que les services ou intervenants qui lui signalent une situation en aient informé au préalable les intéressés ou mieux, les accompagnent à la permanence sociale.

Vous l'aurez compris, suivant les principes du décret, une des premières missions du SAJ consiste en :

- l'écoute active de la demande ;
- l'orientation vers les services de première ligne et l'accompagnement éventuel vers les services appropriés.

S'il apparaît que la demande relève bien de la compétence du SAJ c'est-à-dire de l'aide spécialisée, le dossier est mis en investigations (un à deux mois) auprès d'un(e) délégué(e) de la section sociale qui rend rapport au Conseiller avec pour proposition soit :

1. le classement ;
2. la mise en place d'un programme d'aide.

Les intéressés ainsi que les services

ou institutions qui seraient mandatés pour suivre la situation sont invités à se présenter chez le Conseiller pour formaliser un programme d'aide avec l'accord des intéressés.

Le SAJ peut proposer le maintien en famille avec un encadrement approprié (COE, SAIE, internat scolaire, SRJ, ...) ou un éloignement du milieu de vie soit en famille d'accueil soit en SAAE (service résidentiel de l'Aide à la Jeunesse).

Il est bien évident qu'en cas d'urgence, des décisions peuvent être prises le jour même et bien avant le terme des investigations.

Pour en revenir à la thématique du jour, la question des mutilations génitales féminines ne se pose que très exceptionnellement au SAJ.

Les familles originaires des pays où les mutilations génitales féminines sont très pratiquées arrivent au SAJ pour d'autres difficultés (difficultés sociales, logement, illégalité, difficultés relationnelles mère/fille, problèmes de décrochage scolaire, problèmes de comportement, ...).

Ce n'est qu'au cours du déroulement de la prise en charge et probablement grâce au climat de confiance qui s'est progressivement instauré qu'on apprendra que la maman a été excisée et qu'on pourra aborder la question du risque pour ses filles. C'est un sujet délicat qu'on ne peut aborder d'emblée.

Ce ne sont que trois ou quatre situations par année dont la porte d'entrée est le risque de mutilations génitales féminines et nous avons dû parfois demander la saisine du Tribunal de la Jeunesse faute d'obtenir la

collaboration des parents.

A présent, je vais évoquer une situation de risque d'excision traitée par le Conseiller.

Les parents sont d'origine guinéenne et sont arrivés en Belgique en 1996.

Le 12 mai 2011, le père et la mère se présentent dans une Travel Clinic avec deux filles de 7 ans et 3 ans et un fils afin de mettre à jour les vaccins pour un départ vers la Guinée. Au vu du coût élevé des vaccins, les parents décident que seules la maman et les deux filles seront vaccinées. Le médecin suspecte alors un projet d'excision, en parle avec les parents et leur propose de s'adresser au GAMS. Devant l'énervement et le refus du père, le médecin expose l'interdiction de mutilation génitale féminine et l'article 409 du code pénal. Le père demande à disposer de cet article.

Trois jours plus tard, le médecin envoie un courrier personnalisé aux parents avec copie de l'article 409 du code pénal et invite les parents à prendre contact avec une juriste d'INTACT dans un délai de cinq jours.

Dans la mesure où ni le médecin, ni les juristes d'INTACT n'avaient été contactés par la famille, une juriste d'INTACT, après concertation avec les services du Délégué général aux Droits de l'Enfant, se présente au domicile de la famille, accompagnée de la Présidente du GAMS, dans le but de tenter une médiation.

Via l'interphone, la maman les invite à contacter par GSM le père qui ne se trouvait pas au domicile.

Le papa estime que le médecin a été impoli et a manqué de respect en parlant de sexualité

devant ses enfants et son épouse. Il dit aussi qu'il parlera à sa famille et sa femme à la sienne afin qu'il n'y ait pas d'excision en Guinée pour ses filles.

Le 25 mai 2011, devant l'inquiétude des intervenants, le Délégué Général aux Droits de l'Enfant contacte le père par téléphone et ils conviennent de se retéléphoner le lendemain pour fixer un rendez-vous mais le père ne répondra plus aux appels du Délégué. INTACT envoie un courrier au Parquet le 26 mai 2011.

Le 30 mai 2011, le Juge de la Jeunesse prend une ordonnance de placement en urgence en application de l'article 9 de l'Ordonnance bruxelloise.

Les deux jeunes sont placées dans un Centre d'Accueil d'Urgence (CAU) amenées par la police qui est allée les chercher dans leur école et la situation est renvoyée vers le Conseiller de l'Aide à la Jeunesse (qui dispose de trente jours, renouvelable une fois, pour examiner la possibilité de l'aide volontaire).

Les parents ont très mal vécu cette intervention et ce placement.

La maman est quand même partie seule en Guinée le 03 juin 2011 rendre visite à son père fort malade (qu'elle n'avait plus vu depuis 2004 avant la naissance des deux petites filles). Les parents expliquent qu'ils désiraient que le grand-père voie ses petites-filles.

Le CAU rapporte que les deux fillettes sont bien éduquées, n'ont posé aucun problème mais ont vécu difficilement le placement car elles ne comprenaient pas cet éloignement familial.

Le CAU relève qu'il n'a jamais été fait allusion au fait que les deux sœurs aînées (restées en Belgique) pourraient témoigner ou non de la crédibilité des bonnes intentions de leurs parents à l'égard des cadettes.

Lors de la formalisation du 16 juin 2011, le Conseiller conclut un accord d'aide où les parents s'engagent solennellement sur l'honneur à ne pas faire exciser leurs filles et s'engagent à soumettre leurs filles à un contrôle médical avant un départ en vacances en Guinée et au retour des vacances par le même médecin.

Le Conseiller a mis fin au placement moyennant l'accompagnement du centre de guidance « Ici et d'Ailleurs » aux fins de renforcer les parents dans leur choix (de ne pas faire exciser leurs filles) auprès de la communauté guinéenne de Belgique et de leurs familles en Guinée et d'offrir aux enfants un espace de paroles autour de cette problématique de l'excision, de ses enjeux.

Le Juge de la Jeunesse a pris une ordonnance le 17 juin 2011 homologuant la mesure d'aide volontaire organisée par le SAJ et levant la mesure provisoire de placement.

Les deux jeunes sont parties rejoindre leur mère et les parents ont remis un certificat médical établi par le même médecin avant leur départ et après leur retour.

Au travers des évaluations menées, il apparaît que les engagements sont respectés. Le Conseiller se pose la question du classement du dossier (on ne peut pas suivre indéfiniment) et des relais à mettre en place.

Afin d'aborder la troisième partie de l'exposé (les pistes d'intervention), j'ai échangé avec mes collègues.

L'élaboration de critères nous pose question car une situation n'est pas l'autre, les ressources d'une famille à l'autre ne sont pas les mêmes.

Nous préférierions parler d'avoir l'esprit en éveil, d'être attentifs à des signaux tels que par rapport à la nationalité d'origine, l'intégration de la famille, si la maman a été excisée ainsi que d'être vigilants par rapport à un retour au pays.

Trois pistes nous paraissent intéressantes :

La première consiste en la désignation d'un référent au sein du SAJ qui, formé à la problématique des mutilations génitales féminines, aurait deux missions :

- sensibiliser ses collègues à avoir l'esprit en éveil et à être attentif aux signaux ;
- participer aux réflexions autour des prises en charge de ces situations ainsi qu'à leur évaluation.

La deuxième consiste en la mise en place d'un dispositif pluridisciplinaire qui pourrait être activé à tout moment par les autorités mandantes aux fins de les éclairer, voire même pour participer à la prise en charge de la situation et peut-être même assurer « le fil rouge » dans la situation.

Le dispositif pluridisciplinaire comprendrait des médecins, juristes, groupes de soutien dont INTACT, Gams ainsi que des personnalités morales reconnues au sein des communautés.

Mais en amont de cette prise en charge, et ce sera notre troisième proposition, nous pensons qu'il est essentiel de développer avant tout un travail de prévention porté sur le terrain et mené par les associations de terrain, c'est-à-dire les associations qui sont reconnues par les « communautés à risques », une prévention qui s'inscrit dans la communauté elle-même. Il y a lieu d'informer, d'aller vers les milieux qui ne sont pas intégrés, de mobiliser.

Il nous paraît important de travailler avec le réseau pour ouvrir un espace de confiance où la parole peut se dire, se libérer sans risque de réactions (des autorités).

La prévention, c'est faire en sorte que les mutilations génitales féminines, ça ne se passe plus alors que le signalement systématique prend le risque de stigmatiser les familles, d'induire chez celles-ci un sentiment de manque de respect de la part de la société, parfois un ressentiment d'être victimes de racisme et/ou d'erreurs judiciaires. Cela entraîne un repli sur soi et, in fine, renvoie les mutilations génitales féminines dans la clandestinité.

MOYEN DE PROTECTION DANS L'URGENCE

PIERRE-ANDRÉ HALLET

Juge de la jeunesse de Charleroi
et responsable de l'Union des
magistrats de la jeunesse

L'intervention de Pierre-André HALLET reprenait en substance les développements contenus dans une étude réalisée à la demande d'INTACT par le SDJ Namur en juin 2011. Elle est intitulée « La protection des victimes potentielles de mutilations génitales féminines en droit belge au regard des droits fondamentaux » par Céline Janssens et Kim Wintgens, SDJ Namur. **Nous publions ici l'article-résumé de cette étude paru dans le JDJ n° 314 d'avril 2012.** L'étude complète, inédite à ce jour, est disponible sur le site d'INTACT www.intact-association.org

L'association INTACT, qui donne des consultations juridiques à tous les particuliers et professionnels désireux d'obtenir des informations relatives aux mutilations génitales féminines et «autres pratiques» traditionnelles néfastes» est intervenue dans une situation interpellante qui est à la base de notre questionnement : une fillette allait être envoyée par ses parents dans son pays d'origine, où elle risquait de faire l'objet d'une mutilation génitale féminine (MGF). Afin de la protéger, le juge de la jeunesse de Bruxelles a décidé de placer l'enfant en urgence pour une durée de 30 jours¹. Cette mesure problématique pose question. N'existait-il pas d'autres alternatives qui auraient permis de maintenir l'enfant dans son milieu de vie ?²

À l'heure actuelle, le retrait du milieu de vie constitue la seule mesure contraignante pouvant être prise par le tribunal de la jeunesse dans l'urgence tant dans la partie wallonne de la Communauté française que dans la région de Bruxelles-Capitale. L'article 39 du décret du 4 mars 1991 relatif à l'aide à la jeunesse prévoit qu' *«en cas de nécessité urgente de pourvoir au placement d'un enfant dont l'intégrité physique ou psychique est exposée directement et actuellement à un péril grave et à défaut d'accord des personnes visées à l'article 7, alinéa 1er, le tribunal de la jeunesse peut, soit prendre une mesure de garde provisoire pour un délai qui ne peut excéder quatorze jours, soit autoriser le conseiller à placer provisoirement l'enfant de moins de quatorze ans pour un terme qui ne peut excéder quatorze jours»*³. De même, l'article 9 de l'ordonnance bruxelloise ne prévoit que la possibilité d'un placement comme mesure contraignante pouvant être prise dans l'urgence⁴.

PRÉVENTION

Cette mesure prise dans le cas précis n'est pas exempte de critique tant au regard des conséquences humaines que sous l'angle des droits et principes fondamentaux. Elle pose question. Était-elle une mesure appropriée ? Vu les conséquences qu'elle peut entraîner, était-elle nécessaire et proportionnée à l'objectif de protection de l'enfant ? N'existe-t-il pas d'autres mesures qui n'entraîneraient pas le retrait de l'enfant de son milieu familial ? De plus, en cas de risque de MGF, ce n'est pas la relation entre les parents et l'enfant qui est problématique, mais la conviction d'un ou des deux parents de respecter certaines traditions. Pour ces raisons et d'autres encore, nous nous sommes interrogés sur les mesures préventives qui permettent à la fois de protéger l'enfant et de le maintenir dans son milieu de vie. Nous avons analysé les mesures protectionnelles et civiles qui pourraient protéger les fillettes pour lesquelles il existe des suspicions sérieuses qu'elles fassent l'objet de MGF lors d'un retour dans leur pays d'origine. Nous nous sommes inspirés des mesures préventives en matière d'enlèvement international d'enfant ainsi que des mesures prévues dans les pays étrangers.

MESURES POSSIBLES AVEC MAINTIEN DANS LE MILIEU DE VIE

1. Une convocation des parents pour un rappel des dispositions légales en matière de MGF

Bien que la possibilité appartienne au juge

ou au tribunal saisi de procéder à un rappel de la loi lors des audiences publiques ou de cabinet, cette possibilité ne serait-elle pas envisageable en amont, au niveau des parquets jeunesse et notamment, par exemple, au niveau des criminologues attachés à ceux-ci ? Ceux-ci ont en effet la possibilité de convoquer des mineurs ayant commis un fait qualifié infraction pour un entretien dit «*de contextualisation*». Au cours de celui-ci, la loi est rappelée au mineur en cause, ainsi qu'à ses père, mère, tuteur ou personnes qui ont sa garde en droit ou en fait⁵.

Pourquoi dès lors ne pas imaginer d'étendre les compétences⁶ de ceux-ci en matière de maltraitance d'enfants, et notamment lorsqu'il y a suspicion de risque de MGF, en leur permettant de rencontrer les familles concernées afin d'effectuer un rappel des dispositions légales en la matière et d'éventuellement les orienter vers des associations spécialisées dans cette problématique ?

2. Une interdiction de quitter le territoire

2.1. Administrative (aide à la jeunesse) ou judiciaire

Une interdiction de quitter le territoire belge peut être prononcée par le président du tribunal de première instance siégeant en référé lorsqu'il y a urgence ou par le tribunal de la jeunesse siégeant au fond en matière civile⁷.

Il n'existe pas de possibilité d'interdire ces déplacements à l'étranger sur la base d'une décision administrative. En effet, il ne nous semble pas opportun d'attribuer aux directeurs de l'aide à la jeunesse

en Wallonie⁸ la compétence d'interdire aux parents de quitter le territoire en compagnie de leur enfant. Pour une raison, principalement : le processus judiciaire est assorti d'un ensemble de garanties (principe du contradictoire, publicité des audiences, etc.), que le processus administratif ne contient pas, et qu'il nous semble essentiel de sauvegarder dans cette situation.

2.2. À l'égard de l'enfant et éventuellement de ses parents

Cette possibilité, qui relève donc d'une décision civile, interdit aux parents de quitter le territoire en compagnie de l'enfant. L'interdiction de voyager concerne donc uniquement l'enfant. Nous sommes d'avis que cette interdiction doit rester telle qu'elle existe, car elle permet, si sa mise en oeuvre est effective, de protéger l'enfant, sans pour autant restreindre la liberté de circulation de ses parents.

2.3. Accompagnée ou non d'une inscription au fichier des personnes recherchées

Lorsqu'une décision d'interdiction de quitter le territoire en compagnie de l'enfant est prise par le juge civil, et que l'action a été introduite par le parquet ou des personnes autres que les parents ou les familiers, une difficulté importante qui peut être rencontrée est la mise en oeuvre effective de cette décision. En effet, les deux parents sont généralement d'accord de pratiquer une MGF ; nous ne pouvons donc pas compter sur eux pour assurer la mise en oeuvre de la décision. Une solution partielle à cette difficulté pourrait dès lors, selon nous, être le signalement, dans le système d'information Schengen (SIS), de l'enfant interdit de déplacement(s) à l'étranger (tel que cela est possible actuellement en matière d'enlèvements internationaux d'enfants⁹). Ce signalement relèverait de la compétence du parquet.

2.4. Mentionnée ou non sur les documents d'identité de l'enfant et éventuellement des parents

Une autre réponse à ce manque d'effectivité de la mise en oeuvre de la décision civile pourrait être l'inscription de celle-ci sur les papiers de l'enfant et/ou de ses parents. Cette mesure de sécurité supplémentaire serait, elle aussi, à charge du parquet.

2.5. Avec copie ou non du jugement à l'administration (administration compétente pour la délivrance du passeport, ambassade, consulat, etc.), à l'entourage de l'enfant (famille, école, crèche, etc.), aux autorités aéroportuaires et compagnies aériennes, etc. 10

La responsabilité de cette diffusion de la décision aux autorités compétentes et à l'entourage de l'enfant appartiendrait également ici au parquet.

2.6. Dont le non-respect est constitutif ou non d'une infraction

Actuellement en Belgique, le non-respect d'une telle décision civile n'est pas constitutif d'une infraction en tant que telle¹¹.

3. Un refus de délivrance ou un retrait du passeport ou des documents d'identité pour une durée déterminée

Une telle décision est actuellement possible et relève de la compétence des juridictions civiles. Plusieurs précisions sont à donner. L'arrêté royal du 25 mars 2003 prévoit le port obligatoire des documents d'identité des enfants de plus de 15 ans¹². Seuls les documents d'identité des enfants de moins de 15 ans et les passeports des mineurs peuvent donc être retirés.

S'il existe un risque de MGF lors d'un retour

Une interdiction de quitter le territoire belge peut être prononcée par le président du tribunal de première instance siégeant en référé lorsqu'il y a urgence ou par le tribunal de la jeunesse siégeant au fond en matière civile.

dans le pays d'origine, seule la remise des documents à une entité neutre est envisageable (jugé, police, etc.). La remise des documents à l'autre parent n'est pas opportune ici, contrairement aux cas d'enlèvement international d'enfants.

De plus, la notification de la décision aux autorités compétentes en matière de délivrance de passeport est préférable, de manière à ce que la famille n'ait pas accès à des duplicatas.

Elle constitue également une mesure préventive aux enlèvements internationaux d'enfants¹³. La Cour d'appel de Liège a, par exemple, confirmé une ordonnance du juge

des référés qui a ordonné la consignation du passeport d'un enfant à un juge suppléant¹⁴. Dans ce cadre, l'un des parents est demandeur. En cas de risque de MGF, ce n'est pas le cas. Le procureur du Roi pourrait-il dès lors saisir le juge des référés afin qu'il ordonne la remise des documents d'identité ou de voyage de l'enfant ? Nous ne voyons pas d'obstacles à ce qu'il le fasse.

4. Une obligation de soumettre l'enfant à des examens médicaux

4.1. Modalités pratiques

4.1.1. Administrative (aide à la jeunesse) ou judiciaire

En Communauté française, cette obligation de soumettre l'enfant à un contrôle médical périodique est prévue à différents niveaux de l'aide à la jeunesse : au niveau du conseiller (dans le cadre de l'aide consentie, art. 36), au niveau du directeur (dans le cadre des directives et de l'accompagnement éducatifs – art. 38) et au niveau du juge ou du tribunal de la jeunesse bruxellois (dans le cadre des mesures 1° à 5°, art. 10 de l'ordonnance). Dans la pratique, certains juges ou tribunaux de la jeunesse autre que bruxellois soumettent également l'enfant à ce genre de contrôle. Le tribunal de la jeunesse de Liège a par exemple demandé de «[...] présenter mensuellement l'enfant à un contrôle médical et se soumettre aux directives médicales ; [...]»¹⁵.

Cependant, ce type de décision est pris selon nous en violation avec le principe de déjudiciarisation prévu dans le décret du 4 mars 1991 relatif à l'aide à la jeunesse, qui préconise que les modalités de la mesure soient laissées à l'appréciation du directeur et du service de protection judiciaire.

4.1.2. De manière périodique et/ou avant et après le séjour dans le pays d'origine

La fréquence des contrôles médicaux sera déterminée par le conseiller, le directeur, le juge ou le tribunal de la jeunesse, en fonction des besoins de la situation.

4.1.3. Avec délivrance ou non d'un certificat médical destiné à se prémunir des pressions de la famille ou de la communauté dans le pays d'origine

Il pourrait être utile que la consultation médicale aboutisse à la remise d'un certificat médical attestant de l'intégrité des organes génitaux de l'enfant et accompagné d'un rappel écrit des dispositions légales belges en matière de MGF. Celui-ci pourrait constituer un moyen pour les parents de l'enfant de se prémunir des pressions de la famille ou de la communauté, en Belgique ou lors du retour dans le pays d'origine.

4.2. Réflexions aux regards des droits de l'enfant et de l'intérêt de l'enfant

Le Haut Commissariat des Nations unies pour les Réfugiés craint que les examens médicaux périodiques dans le cadre de la demande d'asile entraînent des troubles psychologiques et sociaux pour l'enfant s'ils ne sont pas entrepris d'une manière adéquate¹⁶. Il précise que *«tout examen médical doit être pratiqué avec le consentement donné par l'enfant en toute connaissance de cause, obtenu dans des conditions respectant l'âge et le genre, et avec pour principale considération, le respect de l'intérêt supérieur de l'enfant»*¹⁷.

Nous pouvons transposer cette réflexion au cas qui nous occupe (la protection d'une fillette qui risque de faire l'objet d'une MGF). Ces examens médicaux sont tout aussi critiquables au regard notamment de l'intérêt supérieur de l'enfant, à tout le moins s'ils

n'interviennent pas en tout dernier ressort, si toute autre démarche n'a pas donné de résultat satisfaisant et d'une manière qui soit parfaitement adéquate (information de l'enfant, tact du médecin qui le pratique...).

5. Une obligation de présenter l'enfant à l'autorité compétente (juge, police...)

Ce type de suivi régulier de l'enfant existe déjà en Communauté française sous diverses formes. Il peut s'agir de la guidance (sociale, psychologique, éducative, thérapeutique, etc.) mise en place dans le cadre de l'aide consentie de l'article 36 du décret, sur la base d'une décision en article 38 du décret (§ 3, 1° : *«soumettre l'enfant, sa famille et ses familiers ou l'un deux à des directives ou à un accompagnement d'ordre éducatif»*) et sur la base d'une décision en article 8 de l'ordonnance (art.10, § 1er, 1° : *«donner une directive pédagogique aux personnes investies de l'autorité parentale à l'égard du mineur ou qui en assument la garde»* ; 3° : *«ordonner une guidance familiale, psychosociale, éducative et/ou thérapeutique pour le jeune, sa famille et/ou ses familiers»*). Dans le cadre de cette guidance, le jeune et/ou ses parents sont enjoins (ou il est convenu avec ceux-ci, dans le cadre de l'aide consentie) à se présenter à des consultations régulières auprès d'un thérapeute, d'un service de santé mentale, d'un COE, etc. Dans le cadre d'un risque de MGF, le professionnel ou l'équipe de professionnels qui assurent cette guidance pourraient exercer une certaine forme de *«contrôle»*, parallèlement au travail de conscientisation qui est réalisé avec les parents. Lors d'entretiens familiaux ou individuels avec l'enfant, le professionnel pourrait en effet s'assurer que l'enfant va bien et que la MGF n'a pas ou n'est pas sur le point d'avoir lieu.

Un autre suivi régulier pourrait également être réalisé lors d'une surveillance par le service social compétent (le Service de Protection judiciaire, ci-après SPJ) soumise à la condition, pour l'enfant uniquement, d'*«avoir régulièrement un entretien avec l'assistant social compétent»* [art. 10, § 1er, 2°, c) de l'ordonnance]. Le délégué du SPJ serait dès lors compétent, lors des entretiens individuels, pour vérifier que l'enfant n'est pas retourné dans son pays d'origine mais reste présent en Belgique.

4.1. De manière périodique ou durant la période du voyage présumé

Lors d'une guidance ou d'une surveillance par le SPJ, le suivi sera régulier plutôt que ponctuel. Par contre, lors d'un signalement au parquet d'un danger pour l'enfant d'être emmené de manière imminente dans son pays d'origine pour y subir une MGF, les articles 39 du décret du 4 mars 1991 et 9 de l'ordonnance ne permettent pas au tribunal de la jeunesse d'envisager la mise en place urgente d'une guidance ou d'une surveillance destinées à effectuer un contrôle régulier de la présence de l'enfant en Belgique et de sa bonne santé.

Ne serait-il alors pas judicieux d'envisager un élargissement des possibilités qu'offrent les articles 39 du décret et 9 de l'ordonnance ? Ne faudrait-il pas imaginer une mesure urgente qui permettrait un maintien de l'enfant dans son milieu de vie et un suivi régulier (voire très régulier) de la situation ?

CONCLUSION

Le placement en urgence : une solution problématique.

Le fait que la seule mesure qui puisse être prise en urgence en matière protectionnelle

soit le retrait de l'enfant de son milieu familial, soit une mesure attentatoire au respect de la vie familiale, est évidemment très interpellant. D'autres alternatives, qui maintiennent le jeune dans son milieu de vie, sont possibles. Cependant, tant le décret que l'ordonnance bruxelloise ne prévoient ces alternatives qu'en dehors de l'urgence (articles 38 du décret et 8 de l'ordonnance). C'est ici que le problème se pose. Ne serait-il alors pas opportun d'envisager une modification des dispositions légales en présence afin de permettre l'introduction d'alternatives au placement dans le cadre de l'urgence (articles 39 du décret et 9 de l'ordonnance) ?

La voie civile méconnue.

Les mesures pouvant être prises par les tribunaux dans le cadre civil sont nombreuses mais souvent peu connues. Dans la situation qui est à la base de notre réflexion, le juge a préféré utiliser l'autre voie, la voie protectionnelle. Cependant, le cadre civil offre un grand nombre d'alternatives qui permettent un meilleur respect des droits fondamentaux des enfants.

Vers une complémentarité des voies protectionnelles et civiles.

D'un côté, la voie protectionnelle, hors urgence, permet la mise en place de structures d'encadrement et de soutien adaptées à la situation familiale et personnelle de l'enfant tout en maintenant l'enfant dans son milieu de vie. De l'autre, la voie civile permet au juge de prendre certaines mesures pouvant empêcher les fillettes «à risque» de franchir les frontières belges en vue d'un retour dans leur pays d'origine. Dès lors, nous soutenons la complémentarité de ces deux voies qui

permettent en combinaison de respecter au mieux les droits fondamentaux des enfants.

Importance du rôle du parquet.

Pour terminer, nous insistons sur l'importance du rôle du parquet dans l'orientation des affaires. Il est donc important d'informer et de sensibiliser ce dernier à des mesures alternatives au placement.



1. Trib. Jeun. Bruxelles, 30 mai 2011, inéd., R.R., 813/11/16M.
2. Précisons que notre recherche concerne exclusivement la protection des victimes potentielles de MGF en cas de retour dans leur pays d'origine.
3. Décret du 4 mars 1991 relatif à l'aide à la jeunesse, M.B., 12 juin 1991, p. 3448 ;
4. L'article 9 de l'ordonnance prévoit « en cas de nécessité urgente, lorsque l'intégrité physique ou psychique du jeune est exposée directement et actuellement à un péril grave, et lorsqu'il est démontré que l'intérêt du jeune ne permet pas d'attendre l'organisation et la mise en oeuvre de l'aide volontaire, le tribunal de la jeunesse peut prendre, à l'égard de ce jeune, une mesure provisoire dont la nature et les modalités sont définies à l'article 12 » (Ord. C.c.c. du 29 avril 2004 relative à l'aide à la jeunesse, M.B., 1er juin 2004 ; ci-après appelée l'ordonnance).
5. Circulaire n° COL 8/2007 du Collège des Procureurs généraux près les Cours d'appel établissant le descriptif de fonction des criminologues de parquet engagés en appui des sections « famille-jeunesse » ; Le rappel à la loi par le parquet ou par les criminologues de parquet devrait dans le cas de risque de MGF être inséré dans la section de la loi de 1965 relative aux mesures à l'égard des parents (articles 29 et suivants).
6. Ceux-ci sont compétents en matière de délinquance juvénile, d'absentéisme scolaire et de maltraitance d'enfants. Cependant, dans cette dernière matière, les criminologues de parquet ne rencontrent pas les familles, mais analysent les situations et réfléchissent à l'orientation à donner au dossier, sur la base d'expertises et d'investigations réalisées par d'autres services.
7. Sur la base de l'article 387bis du Code civil, qui régit les modifications de l'exercice de l'autorité parentale. L'action est initiée par les parents, le parquet ou toute autre personne pouvant agir dans l'intérêt de l'enfant (grands-parents, etc.).
8. À Bruxelles, la question ne se pose pas, car les décisions sur la base de l'article 8 de l'ordonnance sont prises par le juge ou le tribunal de la jeunesse et appliquées par celui-ci ; elles ne sont donc pas de type administratif.
9. H. DEMARRÉ, Mon enfant... Notre enfant ! Guide de prévention. Enlèvement international d'enfants, Bruxelles, Éd. Child Focus, Juin 2010, www.childfocus.be (20 juill. 2010), p. 51.
10. Cette modalité est prévue en cas d'enlèvement international d'enfants (O. FISCHER, « Enlèvement international d'un enfant par un de ses parents », Rev. Dr. ULB, 32, 2005, p. 85).
11. L'astreinte en cas de non-respect de l'interdiction de quitter le territoire (laquelle constitue une obligation de ne pas faire) ne semble pas possible dans ce cas, puisque l'une de ces conditions est qu'elle doit être demandée par l'une des parties, à l'encontre de l'autre.
12. A.R. du 25 mars 2003 relatif aux cartes d'identités, art. 1er, M.B., 25 mars 2003, p. 15929.
13. H. DEMARRÉ, o.c., p. 51.
14. Liège, 13 mai 2003, J.L.M.B., 2003, p. 1375.
15. Trib. Jeun. Liège (16e Ch.), 31 janv. 1995, en cause de B.N., répertoire n°133, cité par P. RANS, o.c., p. 56.
16. UN High Commissioner for Refugees, Guidance Note on Refugee Claims relating to Female Genital Mutilation, May 2009, <http://www.unhcr.org/refworld/docid/4a0c2842.html> [11/08/2011], p.18.
17. Ibid.



PRÉVENTION ET RÉPRESSION. LES LIMITES DE L'INTERVENTION PÉNALE

FRANÇOISE DIGNEFFE

Criminologue et philosophe
Professeure émérite UCL

Le thème de cette journée de formation est centré sur les questions liées à la prévention et à la protection des enfants vis-à-vis des risques de mutilations génitales féminines. Les organisateurs de la journée ont cependant estimé utile de traiter de la question de l'intervention pénale qui, habituellement, est plutôt perçue comme un outil de répression intervenant après les faits et visant à en punir les auteurs. Il y a à cela plusieurs raisons. En premier lieu, l'association INTACT, qui est à l'initiative de la journée, se définit comme un centre de référence juridique en matière de MGF: parmi ses différentes missions, elle offre un soutien juridique dans le cadre de procédures de demande d'asile, de médiation mais aussi d'action pénale. Il paraissait dès lors normal de la prendre en compte.

Une deuxième raison est liée à la question de savoir si, malgré ou au-delà de sa mission de répression, la loi pénale peut, et si oui comment, contribuer à la prévention des pratiques de mutilations génitales féminines. C'est cette question là que je voudrais traiter avec vous. Je le ferai, non pas d'un point de vue strictement juridique, - car je ne suis pas juriste - mais en portant un regard historique et réflexif sur la situation belge. Dans quel contexte est apparu l'article 409 du code pénal qui incrimine les mutilations génitales féminines ? Quels sont les débats qui ont eu lieu à la chambre et au sénat à la fin du XIX siècle ? Qu'est ce qui permet de comprendre le fait que, jusqu'ici, aucune action en justice n'ait été intentée ? Que peut-on tirer comme conséquences de cette situation ? Finalement, quelle est la pertinence de cette loi pénale malgré son ineffectivité ? Mais aussi, quelles sont les nouvelles questions qu'elle soulève ?

L'étude documentaire, que j'ai menée pour les besoins de cet exposé, m'a permis de mieux comprendre les difficultés concrètes auxquelles les intervenants de terrain se trouvent lorsqu'il s'agit de prendre des décisions « pour le bien de l'enfant » comme on à l'habitude de le dire. Il me semble que la situation de la justice pénale que nous connaissons en Belgique sur cette question reflète à la fois la volonté d'éradiquer une pratique qui contrevient à des valeurs considérées comme fondamentales (l'intégrité physique, les traitements inhumains et dégradants, l'inégalité entre les hommes et les femmes, etc.), tout en ayant conscience de la multiplicité des significations et des raisons de ces pratiques. Le recours à la loi pénale met en évidence, comme l'écrit Michel van de Kerchove, un accord sur certaines valeurs

fondamentales, sur « certaines règles du jeu » mais aussi sur l'existence d'une pluralité d'attitudes au niveau d'autres normes, voire même au niveau de valeurs parfois contradictoires. Ce que le même auteur appelle l'interprétation de la loi en terme d'efficacité symbolique réserve une place prépondérante aux procédures de négociation entre différents groupes sociaux parce qu'elle suppose que les contradictions sociales peuvent reposer sur des critères culturels ou une appartenance religieuse, régionale ou « statutaire » particulière. Mon exposé s'inspirera très librement d'un texte de Michel van de Kerchove intitulé « Les lois pénales sont-elles faites pour être appliquées ? »¹, et qui contient les citations précédentes. Il s'appuiera également sur la récente recherche de Myriam Dieleman intitulée « Excision et migration en Belgique »², qui comporte une analyse rigoureuse et nuancée de la place de l'intervention pénale et du rôle qu'elle joue dans la problématique des MGF.

Au cours de cet exposé, j'insisterai sur les différents dilemmes qui me sont apparus au fur et à mesure de l'analyse. En la matière, je poserais l'hypothèse que l'action - qu'elle soit celle du législateur - ou celle de tous les acteurs susceptibles de la mettre en œuvre, est pratiquement toujours problématique. Que les décisions à prendre relèvent de ce que le philosophe Paul Ricoeur a appelé « des jugements en situation » qu'elles requièrent une « sagesse pratique » pour laquelle, au terme d'un débat, « la conviction peut être plus décisive que la règle ».³

Reste la question de savoir s'il est possible de dépasser le débat difficile entre le « respect de la culture de l'autre » et notre

croyance en une forme d'universalité des valeurs telle qu'elle a émergé de l'histoire de l'Occident, en tenant compte du fait que toutes les sociétés et les cultures sont en perpétuelle mutation, encore accélérée par la mondialisation et les migrations.

J'examinerai dans un premier temps le contexte dans lequel un projet de loi a été déposé au Parlement belge. Je rappellerai ensuite, à travers les débats au Parlement, les divers arguments en présence et les raisons qui ont abouti à la décision d'adopter, en ce qui concerne les mutilations génitales féminines, une loi particulière, malgré l'existence d'une législation (notamment celle des coups et blessures) qui permettait déjà d'incriminer ces pratiques. Ensuite, mais je pense que cela coulera en quelque sorte « de source », nous essayerons de comprendre le sens de son ineffectivité. Cette loi peut-elle être comprise comme une ressource et si oui, pour qui, est-elle d'un usage impossible, pour des raisons éthiques, pratiques, culturelles ? Enfin, peut-elle réellement contribuer à accroître l'égalité de genre ou au contraire, encoure-t-elle le risque de stigmatiser les femmes africaines par rapport aux femmes occidentales ? Telles seront quelques questions dont nous pourrions peut-être débattre.

La loi du 28 novembre 2000 (entrée en application le 1er avril 2001) relative à la protection pénale des mineurs a créé un article 409 du code pénal qui réprime les auteurs « de mutilations des organes génitaux d'une personne de sexe féminin, avec ou sans le consentement de cette dernière ». Comme on l'a déjà évoqué, cette mesure est accompagnée d'une levée possible du secret professionnel. Le délai de prescription est actuellement de 15 ans

après l'âge de la majorité et la disposition est extraterritoriale dans la mesure où, si la mutilation est pratiquée sur une mineure dans un autre pays, toute personne qui y a participé pourra être poursuivie en Belgique si elle y est trouvée.

Comme l'écrivait Françoise Tulkens « la loi est le résultat d'un certain désir des choses ».⁴ Le processus de sa création « commence le jour où un acteur, - qui peut être aussi bien individuel que collectif -, (...) prend l'initiative de faire valoir ou de faire reconnaître un bien ou un intérêt (...) A ce titre, l'incrimination n'est qu'un résultat, un choix provisoire entre des solutions et des revendications diverses ». Mais le droit doit aussi être conçu comme « une ressource dans les rapports de pouvoir, ressource que l'on utilise pour imposer ses façons de voir, ses idées, sa notion de justice, pour faire triompher ses valeurs et ses intérêts ».⁵ Revenir à l'origine de ce choix permet de mieux comprendre les enjeux en cause et de donner sa juste place à la loi pénale, de pouvoir éventuellement adopter vis-à-vis d'elle une attitude réflexive et critique.

LE PROCESSUS DE CRÉATION DE LA LOI

Le contexte

C'est au début des années 1990, que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) rapporte que des femmes et des filles excisées ou à risque de l'être résident, du fait de la migration, dans des pays d'Europe, au Canada, en Australie et aux Etats-Unis (OMS, 1994). Vers le milieu des années 1990, la France connaît alors plusieurs procès contre des exciseuses et des parents⁶ et la presse belge s'en fait rapidement l'écho.

Comme le relève Myriam Dieleman, c'est l'occasion « de titrer sur 'des pratiques barbares' et des 'traditions tribales' ».⁷

Si la France ne s'est pas dotée d'une loi spécifique, d'autres Etats européens en ont adopté une. Les premiers sont la Suède (en 1982) et le Royaume-Uni (en 1985). Les Etat-Unis et le Canada (1997) répriment également les mutilations génitales. En Afrique, le Soudan (en 1946), Djibouti (1995), le Burkina Faso et la République Centrafricaine (1996), la Côte d'Ivoire, le Togo et la République Unie de Tanzanie (1998), le Sénégal (1999).

Par ailleurs, les années 1994-95 sont marquées par l'intensification de la mobilisation internationale contre les mutilations génitales féminines. En 1994, l'Assemblée mondiale de la santé adopte une résolution sur les « pratiques traditionnelles nocives pour la santé des femmes et des enfants » et la Sous-Commission des Nations Unies sur les Droits de l'Homme établit un Plan d'action pour l'élimination des pratiques traditionnelles néfastes. Le Programme d'action adopté lors de la Conférence internationale sur la population et le développement (Le Caire, 1994) inclut des recommandations pour éliminer les mutilations sexuelles, enfin, la 4e Conférence mondiale sur les femmes (Pékin, 1995) engage les pays signataires, dont la Belgique, à mettre en place une législation pour protéger les femmes contre les mutilations génitales féminines.⁸

Les acteurs

En Belgique, dès 1995, la Ministre de l'Emploi, du Travail et de la Politique de l'Egalité des chances de l'époque, Miet Smets, est sensibilisée par les procès

qui se déroulent en France et envisage de présenter un projet de loi interdisant l'excision. Elle commande un état des lieux de la pratique en Belgique « et un bilan des actions menées en France, dans le cadre plus général d'une réforme de la pénalisation des abus sexuels dont sont victimes femmes et enfants ». La recherche est menée au sein de l'Ecole de criminologie de l'université de Liège.⁹ « Peut-on créer un texte légal qui pénaliserait les mutilations sexuelles pratiquées pour des raisons d'ordre rituel, traditionnel, ou dans certains cas, esthétiques ou ludiques sur le territoire belge ou à l'étranger, sur des fillettes de nationalité belge ? »¹⁰. Telle était la question posée. La réponse est double : comme elles portent atteinte à l'intégrité physique des femmes et peuvent mettre leur vie en danger ces pratiques devraient être pénalisées, mais « raisonnablement » et en fonction de la gravité des mutilations pratiquées sur des enfants de moins de 16 ans. Mais ensuite la recherche pointe le fait que la pénalisation risque de renforcer la dimension identitaire de la pratique en la stigmatisant. Elle se demande de quelle manière « un homme occidental qui promulgue une telle loi peut-il être entendu par les ethnies qui pratiquent les mutilations sexuelles ? ». La recherche relève en outre le fait que, dans les pays occidentaux où une loi spéciale a été adoptée, elle n'a encore jamais été appliquée. Serait-ce en raison du malaise suscité ? Enfin, elle propose d'intégrer une loi dans la législation sur la protection de la jeunesse où l'accent pourrait être mis davantage sur la prévention que sur la répression.

Entre 1996, date de la création du GAMS et moment de la création de la loi en 2000, la problématique évolue et surtout, des campagnes de sensibilisation sont menées,

qui mettent en évidence l'importance du problème et la nécessité d'en informer les professionnels qui peuvent être concernés, les communautés, le grand public et de plaider en faveur de la promulgation d'une loi. On peut dire que le GAMS a véritablement joué le rôle de ce que, dans le jargon sociologique, on appelle un « entrepreneur moral »¹¹, c'est-à-dire un groupe qui se fait le porteur d'une revendication et qui parvient à mobiliser d'autres groupes latents en vue de la création d'un rapport de force qui lui deviendra favorable.

Autre acteur important, le Conseil de l'Égalité des chances entre les Hommes et les Femmes remet un avis le 13 juin 1997¹². Pour celui-ci, « il faut insérer dans la loi pénale une interdiction formelle de toutes les formes de mutilation sexuelle sur les femmes. Seules des raisons médicales solides peuvent justifier une atteinte aux organes génitaux ». ¹³ Par ailleurs, il est convaincu que « la seule pénalisation de ces pratiques ne fera qu'accroître la clandestinité de ces délits. Ceci signifie que les victimes seront livrées à des personnes ne relevant pas du secteur médical, que les situations non hygiéniques seront de plus en plus nombreuses, que les conséquences et les lésions pour la victime s'aggraveront. Enfin, on sera moins enclin à demander une aide médicale en cas de lésion ». ¹⁴

Parallèlement à ces initiatives, et dans la suite de l'« affaire Dutroux », le gouvernement annonce, le 30 août 1996, un ensemble de mesures concernant la prévention, la répression et l'assistance aux victimes en matière de délits sexuels et décide la mise en place d'une commission fédérale « contre l'exploitation sexuelle des enfants » qui remet son rapport le 23

octobre 1997. Sur base du rapport de la commission mais également des résultats d'une étude commandée par le ministre de la Justice à l'Université de Liège, un projet de loi « relatif à la protection pénale des mineurs » est élaboré. Ce projet de loi intègre notamment, comme le précise l'exposé des motifs de la loi¹⁵, des dispositions résultant de l'étude menée au sein de l'Université de Liège sur la question des mutilations sexuelles. C'est ainsi que la problématique des MGF se trouve insérée dans un projet de loi relatif aux mineurs alors que certaines de ses dispositions concernent également les femmes majeures.

Les débats parlementaires

Ce projet de loi a fait l'objet de nombreuses discussions à la Chambre et au Sénat. En ce qui concerne la question précise des MGF, des auditions ont eu lieu et elles ont été suivies de débats. Différents points de vue ont été entendus et la lecture de ceux-ci montre une prise de conscience par les parlementaires qui sont intervenus, de la difficulté de régler le problème de manière simple. Si la pratique de l'excision est considérée par tous comme mutilante et qu'il faut viser à son éradication, certains mettent en avant les inconvénients de sa criminalisation tandis que d'autres la voient comme un outil de sensibilisation. Il est intéressant de constater que les représentants du GAMS Belgique qui soutiennent le projet de loi, tiennent à préciser que « l'association n'a pas *a priori* pris l'initiative de demander la pénalisation des mutilations ». Comme pour s'excuser, le GAMS rappelle que le premier projet de loi existait déjà lors de la fondation de l'association. Son travail comme association se veut

essentiellement préventif, il « nécessite l'établissement de liens de confiance avec les personnes concernées. Il ne s'agit pas de punir ces personnes, mais avant tout de les sensibiliser à la problématique ». Elle ajoute : « Il ne faut pas perdre de vue qu'il s'agit presque par définition de personnes qui sont convaincues de bien agir, d'agir dans l'intérêt de leurs enfants et conformément aux attentes de leur famille et de leur milieu de vie. La problématique est donc particulièrement difficile à aborder sous l'angle de la répression ». Plus loin, un autre membre du GAMS soutient que, si autrefois, la pratique de l'excision faisait partie de l'éducation et était pratiquée à l'âge de 15 ou 16 ans, « de nos jours, elle a une signification tout à fait différente. Lorsque les filles sont infibulées, on peut exiger une dot plus élevée. L'aspect commercial vient donc à primer l'aspect culturel et certains font de l'infibulation une activité lucrative. » Puis, un membre du Sénat souhaite faire une remarque fondée, dit-elle, sur sa propre expérience. « Au sein des Nations Unies travaillent des femmes d'origine africaine qui ont un niveau de formation élevé et qui sont malgré tout favorables aux pratiques rituelles ».

Ces quelques extraits mettent bien en lumière le caractère particulier de l'incrimination des MGF. Si l'on peut, jusqu'à un certain point la comparer avec celle des abus sexuels sur les enfants, une donnée me paraît cependant fondamentalement différente. Prenons le cas des abus sexuels intrafamiliaux. Ils sont perçus comme des comportements qui portent atteinte à des valeurs unanimement reconnues au sein de notre culture occidentale. Pour autant, de nombreux intervenants de terrain sont bien conscients des difficultés et des

effets problématiques liés à certaines inculpations ou condamnations. Ils mettront donc l'accent sur les tentatives de résolutions alternatives, médiations, formations etc... Dans le cas des MGF, la situation est analogue en ce qui concerne l'importance de la prévention et de la médiation. Mais elle est bien différente dans la mesure où, souvent, les « responsables » des actes incriminés ont le sentiment d'agir « pour le bien des petites filles ». Même si les mentalités changent, même si parfois, les adultes ont un peu perdu le sens des pratiques, le poids des traditions reste présent et il semble que parfois encore, le rite d'excision soit présent comme signe, comme marque de la féminité de la femme en devenir.

En conclusion de ce bref résumé des arguments avancés lors des débats qui ont précédé le vote de la loi, je dirais que, si les MGF sont unanimement considérées comme des pratiques à éradiquer, à condamner, le soutien à leur inscription dans une loi pénale contient en même temps une série d'arguments en faveur de sa non application.

Une pratique qui occasionne de la souffrance, qui comporte très souvent des conséquences dommageables, qui participe au maintien des inégalités entre les hommes et les femmes, etc. légitime une incrimination, mais une criminalisation qui renforce la stigmatisation de certains groupes de migrants, qui peut être vécue comme un déni de leur culture (ou en tout cas comme une non reconnaissance de celle-ci), qui rompt les relations de confiance entre les intervenants sociaux de la prévention et leur public, qui brise l'unité des familles concernées, pose à son tour des problèmes complexes.

LA RÉCEPTION DE LA LOI ET SON APPLICATION

La fonction symbolique de la loi « référence normative forte »

Dix ans après le vote de la loi, où en est-on ? Le monde change, la mondialisation s'accroît et avec elle les échanges, les transformations des mentalités. Pour la question qui nous concerne, l'adoption d'un article 409 du code pénal est devenue, comme l'écrit Myriam Dieleman, « une référence normative forte pour les acteurs belges issus des champs tant militant que préventif ». ¹⁶ Les professionnels considèrent cette disposition comme un outil de prévention nécessaire et symboliquement fort, qui marque pour eux les limites entre le permis et l'interdit, qui affirme des valeurs dites « fondamentales », à la manière dont sont condamnables les autres formes de violence aux personnes. Elle est alors mobilisée comme un « bouclier », protecteur des droits de l'homme ¹⁷, ou pour le dire autrement, comme « le bras armé des droits de l'homme ». ¹⁸

Mais si personne ne s'oppose à l'application de la loi dans les cas de violence faite aux personnes, et que chacun peut y voir au contraire un renforcement de la valeur protégée, dans le cas des MGF, autant la fonction symbolique de la loi est mise en avant, autant son application – autrement dit sa fonction instrumentale – soulève des objections de tous côtés. Et cette réticence était déjà présente même chez les plus ardents défenseurs de cette loi qui disaient déjà ne pas vouloir punir les personnes mais seulement les sensibiliser.

Comme si, dans cette matière, il y avait une conscience aigüe de l'importance d'éviter le fait que, comme l'écrit Denis Salas, « Nous choisissons implicitement d'exprimer nos valeurs au risque d'une indifférence aux droits des auteurs d'infraction ». ¹⁹ Ici apparaît clairement la nécessité de la prise en compte de tous les effets négatifs de l'imposition de ce « mal » que constitue la peine, de cette souffrance qui peut avoir pour effet de s'ajouter à d'autres souffrances, et qui peut de surcroît ajouter des souffrances aux victimes que l'on veut protéger.

Un changement dans les représentations ?

Je suis frappée, dans l'ensemble des documents que j'ai consultés, des interviews, des analyses, par la prise en compte de la complexité des situations problèmes rencontrées et par la sensibilité aux risques de l'intervention pénale. La vieille question du pénal, faut-il répondre au mal du crime par le mal de la peine, ou est-ce que d'un mal peut surgir un bien ? est posée ici dans toute son acuité. Pourquoi ? C'est ce que mettent en évidence un certain nombre de raisons qui permettent de comprendre à la fois l'efficacité symbolique de la loi et sa non efficacité instrumentale.

Sans doute, l'éradication des pratiques est-elle loin d'être réalisée. Le chiffre noir des MGF est incalculable et l'on ignore si l'existence de la loi pénale contribue à leur clandestinité où à leur diminution. L'on ne le saura sans doute jamais, mais ce qui apparaît assez clairement aux yeux des acteurs, c'est qu'elle ne peut être la seule technique pour assurer la défense de cette valeur fondamentale qu'est le

respect de l'intégrité physique de toute personne. En d'autres termes, si elle n'est pas accompagnée de nombreuses autres actions, elle n'est pas de nature « à exprimer le prix qu'une société attache à la promotion d'une cause ou d'une valeur déterminées ».²⁰

La répression de l'excision dans les pays européens semble bien connue de tous, à travers notamment la médiatisation de quelques affaires en France. Elle rend sans doute difficilement possible sa pratique dans ces pays européens. Mais est-elle susceptible de modifier les représentations des groupes concernés ? « Je ne pense pas, dit une personne interviewée par M. Dieleman, que les personnes qui vivent ici, les hommes en premier et puis les femmes, je ne pense pas qu'ils sont profondément sensibilisés des méfaits de l'excision » (Extrait d'entretien, Mukhtar, 35 ans, Somalie).²¹

Des obstacles aux poursuites²²

En matière de poursuite, outre les difficultés traditionnelles pour ce type d'infraction : le recueil des preuves, les réticences liées au dépistage ciblé ou systématique, les liens entre les victimes et leurs auteurs, les risques d'atteintes à la vie privée, etc., des raisons plus fondamentales apparaissent. Elles me paraissent de deux ordres : les premières ont déjà été évoquées au cours des débats autour du projet de loi et elles se confirment après le vote de la loi. « L'ensemble des intervenants psychomédico-sociaux concernés éprouve un malaise à signaler les situations à risque et les cas d'excision avérés vu le risque d'effets contre-productifs, en particulier l'impact probablement négatif sur la relation de soin ».²³ La concertation entre les différents

acteurs se tourne plutôt vers la recherche d'une meilleure prise en charge globale, essentiellement préventive, et qui ne recourait à l'intervention pénale qu'en dernier recours, ou de manière subsidiaire.

Le second ordre de raison qui permet de comprendre la non effectivité de la loi se situe du côté de la manière dont se nouent ou ne se nouent pas les liens entre les cultures d'origine des familles migrantes où se pratique l'excision et les cultures du pays d'accueil. Parmi les jeunes filles excisées, certaines ne se vivent pas comme « victimes » et vont donc difficilement percevoir le sens qu'il y aurait à dénoncer leurs parents. De manière plus fondamentale encore, « dans une culture où l'attachement au groupe prime sur la notion d'autonomie, renoncer aux pratiques traditionnelles est ressenti comme un désaveu de nos valeurs, pire, de celles de nos ancêtres ».²⁴ En outre, selon la culture malienne, « porter plainte, on ne peut pas. C'est quelque chose qui n'existe pas et qui n'existera jamais dans nos coutumes... On ne va pas poursuivre les parents pour ces pratiques. Parce que elles, elles pensent faire mieux (extrait d'entretien, Amina, 35 ans, Djibouti).²⁵ Quand n'existe pas, ou n'est pas perçue l'intention de nuire, mais bien celle de contribuer à la construction identitaire, même s'il y a reconnaissance d'une souffrance, comment la dénoncer ? Ou encore, dans ces cultures traditionnelles « ce n'est pas l'Etat qui est censé protéger les enfants, c'est la famille ».²⁶ Le recours à l'Etat, à la loi, c'est en quelque sorte une soumission à ce qui apparaît comme la « loi des autres », une loi imposée par le plus fort lors de la colonisation. Comme en témoigne un anthropologue malien, militant dans les mouvements progressistes et démocratiques du Mali « nous avons pris

l'habitude de résister aux lois que les Blancs ont toujours voulu nous imposer. (...) Ceux qui se trouvent en situation de migration développent les mêmes défenses. Ils sont prêts à tout, à travailler durement, à vivre dans des conditions très précaires, mais pas à s'isoler de leur groupe. (...) Leur seule noblesse, le seul rempart contre la déconsidération dont ils font l'objet, c'est le sentiment d'appartenir à une culture forte, riche, qui a traversé les siècles. Plutôt que d'y renoncer, ils développent des stratégies pour ne pas se faire prendre, pour se protéger de la loi ».²⁷

Universalité versus historicité

Deux remarques par rapport à ces représentations que chacun peut se faire de la culture de l'autre. Des lectures, certainement parcellaires et partiales que j'ai pu faire, je retiens, dans bon nombre d'entre elles quelques caractéristiques : les MGF sont perçues comme atteintes aux « valeurs universelles », qui s'imposent au delà de toute croyance, culture. Quel que soit le sens rituel, traditionnel, socialisateur, constitutif de l'identité femme, quelle que soit la forme de l'excision, soit-elle minimale ou quasi symbolique, elle doit être pénalement condamnée. Même s'il est dit à de multiples reprises que condamner l'excision ce n'est pas condamner la culture au sein de laquelle elle se pratique, il me semble qu'il y a peu de recherches ou peu d'écrits sur ce qui, pour nous, constituerait des éléments valorisant de ces cultures. Quelle sont les valeurs qu'elles promeuvent et dont nous pourrions nous inspirer ? Comment pensent-elles la solidarité, la famille, le respect des anciens, face à l'individualisme des sociétés d'accueil dans lesquelles les hommes et les femmes migrants débarquent ? Ne serait-il pas

utile, même dans les campagnes de lutte contre les MGF, de mettre en avant ce qu'il pourrait y avoir d'universel ou de potentiellement universel dans d'autres cultures que celles où ont été proclamés les « Droits de l'homme ». Sans doute, cette remarque vient situer la problématique des MGF dans un contexte plus large mais qu'il me semble important d'évoquer. Je reprendrais ici un passage d'un texte de Paul Ricoeur à propos de ce qu'il appelle les rapports entre « universalité et historicité ». « Ce que nous ne voyons pas, écrit-il, c'est que la prétention d'universalisme attachée à notre profession des droits de l'homme est elle-même entachée de particularisme, en raison de la longue cohabitation entre ces droits et les cultures européennes et occidentales où ils ont été pour la première fois formulés. Cela ne veut pas dire que d'authentiques universaux ne soient mêlés à cette prétention ; mais c'est seulement une longue discussion entre les cultures – discussion à peine commencée – qui fera paraître ce qui mérite vraiment d'être appelé 'universel' ».²⁸

Je suis bien consciente que, dans la pratique, les intervenants reconnaissent certaines valeurs portées par ces femmes qui, en même temps, éprouvent des difficultés à se positionner par rapport aux MGF de crainte de voir s'envoler ce qui fait leur culture et les valeurs auxquelles elles tiennent. Mais cette reconnaissance est rarement publique, et les dialogues entre les cultures encore trop peu présents. De même peut-être que notre propre capacité de recul par rapport à certains éléments de notre culture.

J'en donnerais comme exemple, une question relevée dans plusieurs recherches et qui ne me paraît pas sans

importance.²⁹ Celles-ci relèvent que, jusqu'à présent, les dispositions pénales en matière de répression de mutilations génitales féminines sont en principe indifférentes au consentement des personnes qui les subissent et au type de mutilation pratiquée. Elles pourraient donc potentiellement s'appliquer aux plasties génitales « esthétiques ». Là n'était sans doute pas la préoccupation du législateur et il en résulte que, fort probablement, les chirurgiens qui pratiqueraient de telles interventions sur des femmes occidentales soumises à la pression des impératifs normatifs de la « féminité », ne tomberont pas sous le coup d'une inculpation, tandis qu'il n'en serait pas de même avec des femmes africaines qui souhaiteraient subir une excision rituelle, fut-elle minimale, afin de correspondre aux normes de leur culture. Ceci montre que s'il existe une législation identique pour tous, elle risque peu d'être appliquée uniformément aux femmes « occidentales » et aux femmes « immigrées ». Que nous sommes différemment choqués ou interpellés par les unes et les autres. Pourquoi ce traitement différentiel ? Pour Gily Coene, « il est implicite dans cette législation que les femmes occidentales choisissent 'volontairement' de subir une opération qui modifie le corps, et que les femmes non-occidentales ne font cette demande que du fait de leur position d'opprimées ».³⁰ En Suède, ce débat a montré que, le plus souvent, la loi anti-MGF tend à criminaliser l'excision, même « symbolique », parmi les Somaliennes et à considérer que les chirurgies esthétiques de la vulve parmi les Suédoises ne sont pas condamnables.³¹ Cet exemple montre bien comment, sans en avoir véritablement conscience, nous avons tendance à nous représenter certaines pratiques comme « librement » consenties

par les femmes occidentales alors que des pratiques culturelles étrangères, en quelque sorte, analogues sont perçues comme signes d'oppression pour les femmes appartenant à ces cultures.

CONCLUSION

En conclusion, et pour revenir à ce qui fait le centre de cette journée, je dirais que, si l'article 409 du code pénal peut être considéré comme un outil parmi d'autres dans le cadre d'une politique de prévention des MGF, il convient à mon sens, de le mobiliser avec prudence afin d'en éviter les effets contre-productifs. Il constitue une ressource pour certaines familles qui peuvent le mobiliser pour pouvoir éviter l'excision des filles, quand elles ont pris conscience du fait que cela ne les coupait pas nécessairement de leur culture. Il peut aussi avoir un effet dissuasif par la peur d'être d'une condamnation. Mais si seule la peur intervient, si l'interdit n'a pas de sens ou s'il est vécu comme contribuant à une stigmatisation encore plus grande de groupes déjà fortement marginalisés et souvent en situation de détresse, alors il me semble peu contribuer au « bien de l'enfant » et à son épanouissement de manière plus globale. Je terminerai en citant les propos d'une ethnopsychologue citée par Christine Ballas Cabane, et qui reçoit des filles envoyées par des services sociaux qui attribuent leur souffrance à leur excision : « Quand je reprends l'histoire des petites (envoyées sous le prétexte qu'elles ont peur d'avoir des relations sexuelles avec leurs copains après avoir assisté au mariage d'une femme excisée qui a eu très mal pendant la nuit de nocé), je commence un travail de fond. Quand je parle avec ces filles, je me rends compte

qu'elles ont les problèmes de tous les jeunes dans cette situation. Elles sont souvent plus préoccupées des relations avec leurs parents, des difficultés à l'école, des rencontres avec les garçons que de leur excision... Ce qui est important alors, c'est de considérer la personne qui se cache derrière la plainte ou le symptôme, quelles que soient la culture ou les conditions dans lesquelles l'excision a eu lieu... Ce qui est légitime, c'est de développer une prévention considérant la personne dans son ensemble ».³²

1 M. van de Kerchove, "Les lois pénales sont-elles faites pour être appliquées? Réflexions sur les phénomènes de dissociation entre la validité formelle et l'effectivité des normes juridiques" in *Journal des tribunaux*, 1985, pp.329-334. Paru également dans F. Ost et M. van de Kerchove, *Jalons pour une théorie critique du droit*, Bruxelles, Publications de Facultés Universitaires Saint Louis, 1987, pp. 317-351.

2 M. Dieleman, "Excision et migration en Belgique francophone, Rapport de recherche de l'Observatoire du sida et des sexualités pour le GAMS Belgique", Bruxelles, Ed. GAMS Belgique, 2010.

3 P. Ricoeur (1991), "Éthique et morale", in *Lectures 1. Autour du politique*, Paris, Seuil, pp.265-267.

4 F. Tulkens, "Les coups et blessures volontaires : approche historique et critique" in F. Digneffe (ed.) (1990), *Acteur social et délinquance. Hommage à Christian Debuyss*, Liège-Bruxelles, Mardaga, p.167.

5 P. Landreville, "Acteur social et création de la loi", in F. Digneffe (sld.) (1990), op.cit., p.195.

6 C'est en 1993 qu'une peine de prison ferme est prononcée pour la première fois en France. Ch. Bellas Cabane, *La coupure, l'excision ou les identités douloureuses*, Paris, 2008, éd. La Dispute.

7 AFP, *Le Soir*, 19 juin 1991 et 7 janvier 1993) in M. Dieleman, op.cit., p. 66.

8 M. Dieleman, op.cit., pp.66-67.

9 G. Kellens, S. Demets, "Les mutilations des organes génitaux féminins. Les atteintes à l'intégrité des organes sexuels externes" in *Violence intrafamiliale – restructuration et modernisation du Code pénal*, étude réalisée à la demande de Miet Smet, Ministre de l'Emploi, du Travail et de la Politique de l'égalité des chances, 1997.

Si la pratique de l'excision est considérée par tous comme mutilante et qu'il faut viser à son éradication, certains mettent en avant les inconvénients de sa criminalisation tandis que d'autres la voient comme un outil de sensibilisation.



- 10 Kerstenne, Le Soir, 28 octobre 1996, in M. Dieleman, op.cit.
- 11 H.S. Becker, "Les entrepreneurs de morale", in *Outsiders, études de sociologie de la déviance*, Paris, Métailié, 1985, pp.171-186.
- 12 AVS N° 18 du Conseil de l'Égalité des Chances du 13 juin 1997, relatif aux mutilations génitales.
- 13 Il ajoute que, "En légalisant la forme la plus légère, on ne s'oppose pas ouvertement au principe de la mutilation génitale et on contribue à son maintien". Ibidem, p.16.
- 14 Ibidem, pp.17-18.
- 15 Chambre des représentants, exposé des motifs, 4 janvier 1999, 1907-1-98/99, p.1.
- 16 M. Dieleman, op.cit., p.68.
- 17 voir, Y. Cartuyvels, H. Dumont, F. Ost, M.van de Kerchove, S. Van Droogenbroeck(sld.), "Les droits de l'homme bouclier ou épée du droit pénal ?", Bruxelles, Publ. des Facultés Universitaires Saint Louis, 2007.
- 18 F. Ost, "Quand l'enfer est pavé de bonnes intentions... À propos de la relation ambivalente du droit pénal et des droits de l'homme", in Cartuyvels et alii, Op.cit., p.10.
- 19 D. Salas, "La volonté de punir, essai sur le populisme pénal", Paris, Hachette, 2005, p. 228.
- 20 F. Ost, "Quand l'enfer est pavé de bonnes intentions...", op.cit., p. 15.
- 21 M. Dieleman, op.cit., p. 72.
- 22 in Criminologie et droits humains en République démocratique du Congo, [F. Digneffe, Kaumba Lufunda sld.], Bruxelles, Larcier, Afrique Éditions, 2008. En 2009, il a assuré une formation à la technique d'enquête, pour l'ensemble de doctorants en sciences humaines de l'UNILU. Enfin, il a effectué un séjour de travail pour la rédaction d'un chapitre d'un manuel à usage des chercheurs et étudiants des pays du Sud, en collaboration avec, Ildephonse Tshinyama Kadima, Joe Sanduku Sango Et Salomé Van Billoen, et qui sera intitulé « La méthode d'analyse en groupe : un espace social « extra-ordinaire » ».
- 23 Ibidem, p.74.
- 24 C. Bellas Cabane, op.cit., p.120.
- 25 Dieleman, op.cit, p.72.
- 26 C. Bellas Cabane, op.cit. p. 121.
- 27 Propos de Many, in C. Ballas Cabane, op.cit., p. 120.
- 28 P. Ricoeur, "Éthique et morale", in *Lectures I. Autour du politique*, Paris, Seuil, 1991, p.266.
- 29 E. Leye et alii, « Female Genital Mutilation : knowledge, attitudes and practices of Flemish gynaecologists », *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2008, vol. 13, n°2, pp. 182-190 ; M. Dieleman, op.cit, p. 71-72 ; G. Coene, « Être féministe, ce n'est pas exclure », *Revue Européenne des Migrations Internationales*, 2007, vol.23, n°2, pp. 79-105.
- 30 J. Coene, "Être féministe ce n'est pas exclure", *Revue Européenne des Migrations Internationales*, 2007, vol. 23, n°2, p. 8.
- 31 S. Johnsdotter, B. Essen, "Sexual Health among Young Somali Women in Sweden : Living with Conflicting culturally Determined Sexual Ideologies", *Advancing Knowledge on Psycho-Sexual Effects of GFM/C : Assessing the Evidence*, Alexandrie, 10-12 octobre 2004, in M. Dieleman, op.cit, p. 172.
- 32 C. Bellas Cabane, op.cit., pp. 198-199.



CONCLUSIONS DE LA JOURNÉE D'ÉTUDE RELATIVE AUX MGF

FABienne DRUANT

Criminologue-coordinatrice
« famille-jeunesse »
Parquet général de Bruxelles

Une précaution oratoire tout d'abord, afin de préciser que les propos n'engagent que leur auteur et non l'ordre judiciaire.

Nous sommes venus apprendre et échanger. Nous repartons avec du travail et des responsabilités.

Je voudrais souligner l'évolution de la réflexion sur la question des MGF, au cours de ces dernières années. Si la Belgique s'y est mise assez tard par rapport à d'autres pays européens, l'émulation des idées, des projets concrets et des débats que nous avons savourés aujourd'hui, peuvent déjà nous rassurer sur sa crédibilité en la matière. Je tiens à souligner à cet égard l'implication d'associations comme le GAMS et INTACT, et la dimension d'honnêteté et de rigueur dans leur recherche, notamment dans la conscience qu'ont ces services des dangers de la stigmatisation des personnes concernées.



Lorsqu'une problématique est abordée dans une étude, le chercheur passe généralement par trois stades : prise de conscience, maîtrise, et création.

La prise de conscience permet la prévention à différents niveaux (il en a été question tout au long de cette journée). Il s'agit de trouver cet **équilibre**, difficile mais indispensable, **entre la protection et la prévention**.

La maîtrise permet la sérénité dans la réflexion sur la problématique : ne pas céder à l'émotion, aux passions, à l'impulsivité. Comme le rappelle le serment d'Hypocrate, « D'abord ne pas nuire », et par extension ici ne pas non plus créer le problème par l'angle de focalisation qui y est mis, il convient d'œuvrer sans attenter :

- à la dignité des personnes, et à leur propre capacité à se transformer et protéger eux-mêmes leur enfant;
- à la confiance, qui reste la base du travail avec les familles. Le secret professionnel est un outil précieux, qui permet, notamment, aux patients d'avoir accès à la médecine... et à la médecine d'avoir accès aux patients;
- au travail avec les familles, dans tous ses aspects et dans les nombreuses autres questions, essentielles et souvent prioritaires pour ces personnes (un logement décent, des moyens de subsistance conformes à la dignité humaine, des soins de santé, etc.).

La maîtrise de la matière devra également permettre de mieux cibler les risques, et les groupes à risque, ainsi que le cadre de nos interventions. Jusqu'où aller ? Jusqu'où

accompagner ? Et, le cas échéant, où s'arrêter, pour permettre aux familles de continuer leur vie, de manière autonome, dans la confiance.

Les idées émises ont été instructives et constructives. Dans un exercice de conclusions consistant à les rassembler, je vous en propose quelques unes :

- par rapport à l'acte de mutilation : la Loi pose un signal fort avec l'article 409 du code pénal. Elle pose l'interdit, et la sanction qui se rapporte à l'infraction commise. Sachons-le... et pourtant nous savons tous que l'adage selon lequel « nul n'est censé ignorer la Loi » n'est qu'un vœu pieux si l'on se s'attèle pas à la rappeler, voire tout simplement la dire, la répéter... **Dire, redire, instruire, « éduquer », mener plus loin.** Eduquer aux droits de l'Homme, sans sombrer dans un relativisme culturel – sinon c'est « la Démocratie contre elle-même », au sens émis par Marcel Gauchet). Ce n'est, selon moi, pas ici une question de tolérance, **car l'objectif se définit en termes de santé et d'intégrité de l'enfant, et non pas en termes de respect des croyances.**
- Par rapport aux Droits de la femme, à l'égalité, à la protection : attention à la fragilité de ce que qui nous paraît acquis, en matière de droits fondamentaux. Relevons à cet égard, comme cela a été dit, l'importance du rôle et du soutien de femmes mais aussi d'hommes appartenant aux communautés dites « à risque », et qui luttent contre les pratiques de MGF ou qui s'interrogent sur leur sens. Ceux-ci ont une place précieuse à prendre

dans ce travail d'émancipation. Dans l'idée de travail en réseau (dans les limites du souhaitable), il pourrait être important de les inclure.

- Concernant l'enfant : nous avons soulevé à plusieurs reprises « la difficulté pour l'enfant de se protéger seul », d'autant plus que l'impact culturel, la tradition, l'appartenance au groupe et l'identité sont liées à de telles questions. L'idée a été émise d'initier un dialogue avec l'enfant, via l'école ou les consultations de médecine scolaire, mais aussi avec les parents dans ce même cadre. Ne serait-il pas intéressant d'amorcer une réflexion avec les enfants et leurs parents sur la culture, et les traditions en tant que symboles ? Cela permettrait à chacun de s'enrichir de la diversité, et de faire d'un problème une occasion d'apprendre, de s'élever (dans un sens qualitatif).
- Et le judiciaire, dans tout cela ? Nous nous sommes posé la question des limites du domaine judiciaire. Le débat a amené la question du levier du judiciaire. Va-t-on, pour les protéger, placer ou hospitaliser toutes les petites filles ? Doit-on imposer des examens médicaux systématiques ? Bien qu'il soit évident qu'il n'est pas question que la Justice se montre insensible à la problématique, il est nécessaire de s'interroger sur la manière d'agir, pour éviter que l'intervention elle-même ne crée le traumatisme, au nom de la protection contre un danger potentiel. D'où la nécessité de continuer à renforcer la maîtrise de la connaissance du phénomène, tous niveaux confondus.

- Nous avons entendu aujourd'hui le récit des « bonnes pratiques », et notamment les expériences locales des PSE et de l'ONE. Nous bénéficions également de l'expérience des Pays-Bas ou de la Suède. Cela renforce l'idée qu'il est nécessaire de travailler en ne restant pas seuls, le tout étant de bien choisir son interlocuteur, dans le respect des droits fondamentaux des personnes, et en évitant de rentrer dans ce qui peut friser le « le champ de commérage » (comme disait l'autre !).

- De même que la journée a débuté par l'implication des pouvoirs politiques en la matière, insistons sur ce point dans les conclusions de ces travaux. Ce soutien est important pour la visibilité d'une campagne de prévention, et pour le maintien des principes qui la sous-tendent. Pour qu'une idée fasse son chemin dans les mentalités, il faut dire, redire, et redire encore. La sensibilisation est indispensable.

Puisqu'il est l'heure de conclure, je relèverais que le travail avance, mais qu'il n'est pas terminé. Ce n'est d'ailleurs selon moi pas encore suffisant. Si la règle (de l'interdiction) est posée, il reste la question de savoir comment la faire intégrer. Imposer ? Punir ? Anticiper ... mais comment ? Convaincre ?

Je dirais aussi : ouvrir, écouter, instruire, élever. Mais encore, sur le plan individuel : formons-nous, informons-nous, restons vigilants, pour continuer à nous extraire, nous aussi, du domaine de l'interprétation, des croyances, des dictats. Je pense sincèrement que les travaux d'aujourd'hui vont nous aider à progresser avec créativité dans le travail quotidien avec les enfants et les familles.



NOTES

NOTES



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



vzw INTACT asbl
rue des Palais 154
1030 Bruxelles
www.intact-association.org

