



# RECHERCHE-ACTION SUR DES SIGNALEMENTS DE MGF EN BELGIQUE

Enquête conduite au sein des associations belges spécialisées

GAMS Belgique  
INTACT  
Collectif Liégeois MGF

STRATÉGIES  
CONCERTÉES  
MGF



DES DROITS DE  
FEMME ET DE L'ENFANT

Non  
à l'excision  
Non

MUTILATIONS GENITALES  
FEMMINES

# TABLE DES MATIÈRES

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

## PROMOTEUR

### **GAMS Belgique**

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

## CHERCHEURES

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

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

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

## EDITEUR RESPONSABLE

GAMS Belgique,  
Rue Gabrielle Petit, 6 1080 Bruxelles

## COMITÉ D'ACCOMPAGNEMENT

**Charlotte CHEVALIER**, INTACT asbl

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

**Dominique DANIEL**, Constats asbl

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

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

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

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

## COMITÉ DE RELECTURE

**Annalisa D'AGUANNO**, GAMS Belgique

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

**Christine FLAMAND**, INTACT asbl

**Ingrid GODEAU**, PSE de Bruxelles

**Thérèse LEGROS**, INTACT asbl

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

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

**Béatrice PIRON**, ONE

**Bernadette TAYEMANS**, Question Santé asbl

## POUR CITER CE DOCUMENT

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

## PHOTOS

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

## DÉPÔT LÉGAL

D/2013/12.193/2

## SITE

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

## TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX

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

## LEXIQUE ET ABRÉVIATIONS

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

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

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

# 1. INTRODUCTION

## 1.1. MGF DANS LE MONDE

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

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

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

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

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

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

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

## 1.2 MGF EN BELGIQUE

### 1.2.1. PRÉVALENCE DES MGF EN BELGIQUE

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

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

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

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

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

## 1.2.2. CADRE LÉGISLATIF

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

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

### Contexte international

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

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

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

### Contexte national

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

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

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

#### Art.409 du Code Pénal

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

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

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

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

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

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

#### Art.458 bis du Code Pénal

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

ou sur une personne qui est vulnérable en raison de son âge, d'un état de grossesse, [de la violence entre partenaires – en vigueur le 01.03.2013] d'une maladie, d'une infirmité ou d'une déficience physique ou mentale peut, sans préjudice des obligations que lui impose l'article 422bis, en informer le procureur du Roi, soit lorsqu'il existe un **danger grave et imminent pour l'intégrité physique ou mentale du mineur** ou de la personne vulnérable visée, et qu'elle n'est pas en mesure, seule ou avec l'aide de tiers, de protéger cette intégrité, soit lorsqu'il y a des **indices d'un danger sérieux et réel que d'autres mineurs** ou personnes vulnérables visées soient victimes des infractions prévues aux articles précités et qu'elle n'est pas en mesure, seule ou avec l'aide de tiers, de protéger cette intégrité.

Délit de non-assistance à personne en danger :

#### Art.422 bis du Code Pénal

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

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

La peine prévue à l'alinéa 1<sup>er</sup> est portée à deux ans lorsque la personne exposée à un péril grave est mineure d'âge ou est une personne dont la situation de vulnérabilité en raison de l'âge, d'un état de grossesse, d'une maladie, d'une infirmité ou d'une déficience physique ou mentale était apparente ou connue de l'auteur des faits.

Le délai de prescription en cas de MGF pratiquée :

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

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

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

(...)

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

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

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

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

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

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

(...)

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

(...)

### 1.2.3. DROIT D'ASILE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### 1. Promotion de la santé

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

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

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

#### 2. Soutien juridique

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

#### 3. Recherche

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(Remarque : proposition à valider en réunion de consensus)

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

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

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

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

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

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



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

## 2. OBJECTIFS

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

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

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

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

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



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

# 3. DISPOSITIF

## EQUIPE DE RECHERCHE

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

## COMITÉ D'ACCOMPAGNEMENT

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

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

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

## RECHERCHE EXPLORATOIRE EN FLANDRE

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

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

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

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

## COMITÉ DE RELECTURE DU RAPPORT

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

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

# 4. MÉTHODE D'ENQUÊTE

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

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

## 4.1. RECENSEMENT ET BREF DESCRIPTIF DES SIGNALEMENTS CONNUS

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

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

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

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

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

Trois remarques  
préalables doivent  
être faites :

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

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

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

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

Étant donné l'objet de l'étude et sa courte durée, il a été décidé d'avoir recours à des entretiens approfondis avec des personnes\*9 intervenues dans un signalement sur un échantillon et non sur la totalité des situations de signalements en Belgique.

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

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

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

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

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

## 4.3. ANALYSE DES SIGNALEMENTS

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

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

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

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

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

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

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

#### 4.4. ETHIQUE

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

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

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

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

# 5. RÉSULTATS DU RECENSEMENT

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

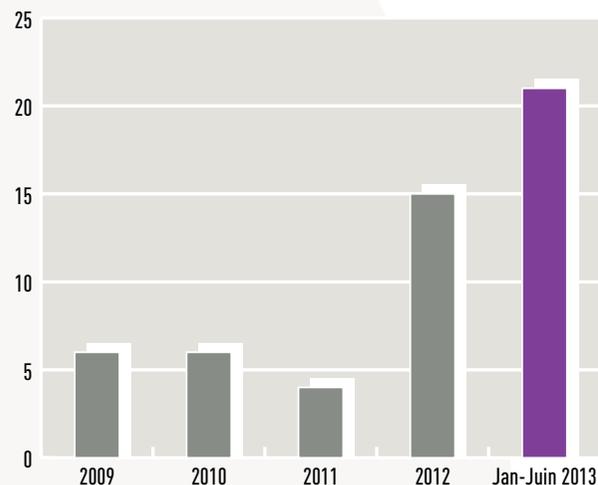
## 5.1. EVOLUTION DES SIGNALEMENTS

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

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

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

Source : SC-MGF, 2013.



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

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

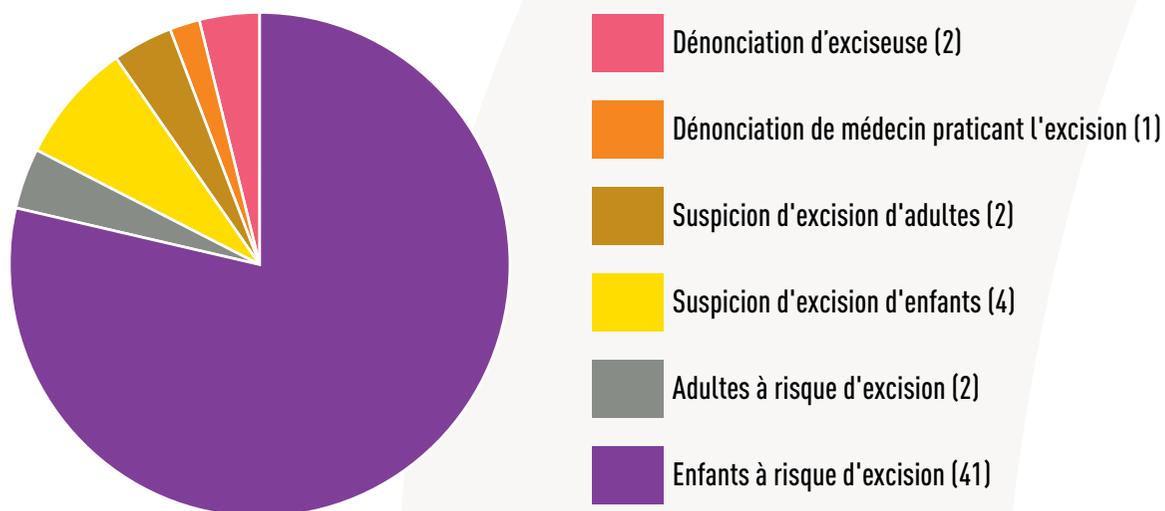
nombre de formations dispensées auprès des actrices et acteurs de 1<sup>ère</sup> et 2<sup>de</sup> ligne (SAJ, ONE, Police, Parquet, SOS Enfants etc.) par le GAMS et l'asbl INTACT, et par la reconnaissance croissante de la problématique des MGF. Au cours du premier semestre 2013, il est également possible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

## 5.2. MOTIFS DES SIGNALEMENTS

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

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

Source : SC-MGF 2013



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

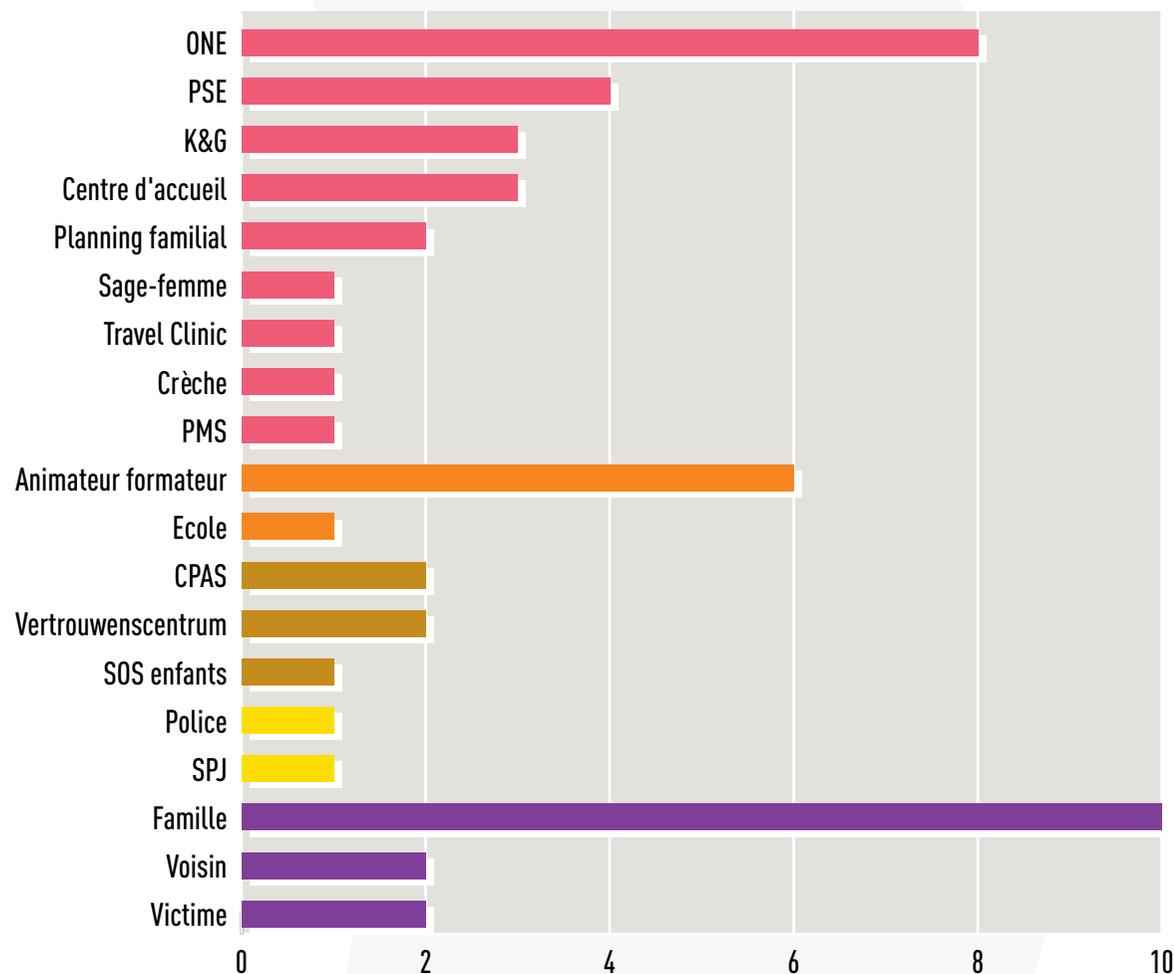
### 5.3. SOURCES DES SIGNALEMENTS

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

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

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

Source : SC-MGF 2013



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

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

## 5.4. RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DES SIGNALEMENTS

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

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

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

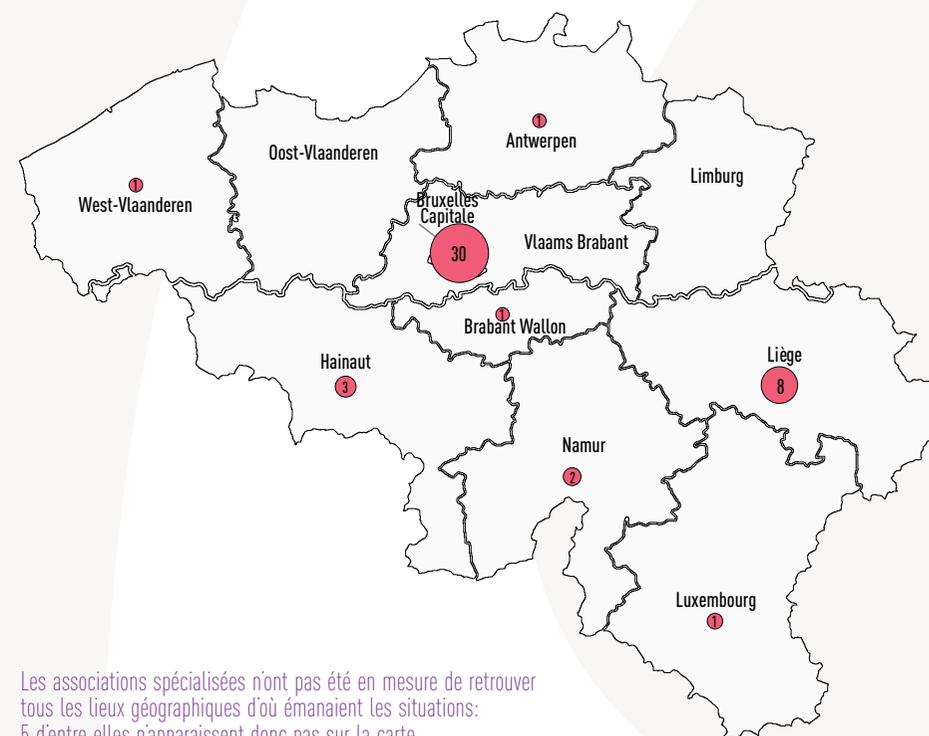
Source : DUBOURG D. et F. RICHARD, SPF Santé Publique, 2010



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

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

Source : SC-MGF 2013



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

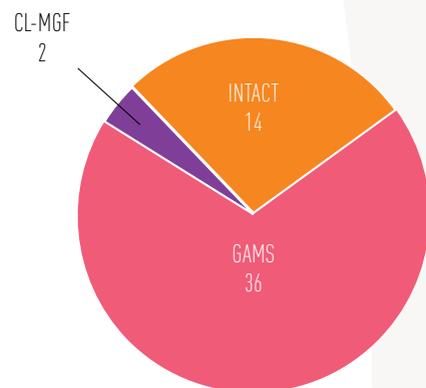
On note un faible nombre de situations de signalement provenant de la Flandre, malgré la prévalence de femmes excisées qui y résident – peut-être ne sont-elles tout simplement pas arrivées jusqu'aux associations spécialisées. Cependant, le GAMS et INTACT ont récemment pu développer/stabiliser leur antenne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

## 5.5. RÉCEPTEURS DES SIGNALEMENTS

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

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

Source : SC-MGF 2013

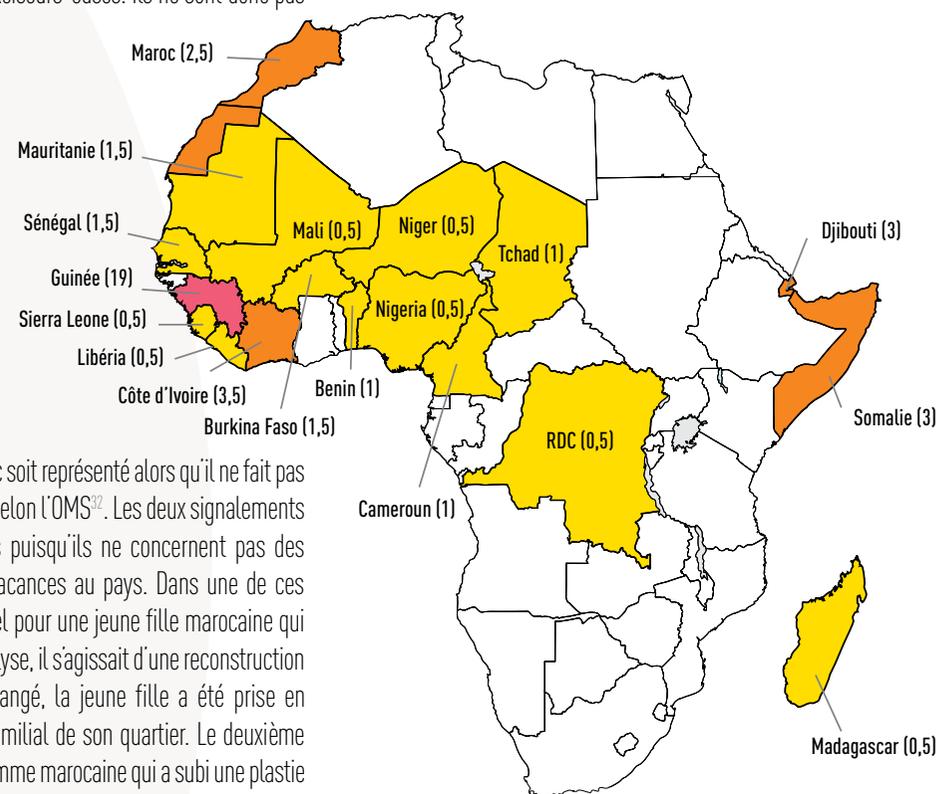


Dans la majorité des situations, on constate que le GAMS Belgique a été contacté en premier lieu. Cela ne signifie pas pour autant que ce soit le GAMS qui ait traité le signalement. Trois cas de figures ont été observés. L'association spécialisée qui est contactée peut soit :

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

## 5.6. ORIGINE DES PERSONNES À RISQUE

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



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

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

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

Source : SC-MGF 2013

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

18 entretiens approfondis avec des acteurs et actrices clés ont permis de reconstruire les différentes étapes et actions de la gestion du signalement dans 7 études de cas.



# 6. ÉTUDES DE CAS : SEPT SITUATIONS DE SIGNALEMENT

## 6.1. SITUATIONS SÉLECTIONNÉES

Onze situations ont été sélectionnées sur les 52 recensées. Parmi elles :

- 7 ont été complètement analysées ;
- 4 n'ont pas abouti par manque d'éléments ([voir le point concernant les limites de la recherche](#)).

Deux situations parmi les sept ont été traitées collectivement par les participants-es et les intervenants-es concernés-es (analyses de récit pour les situations de la Travel Clinic et du PSE) lors des ateliers des SC-MGF de mars/mai 2012.

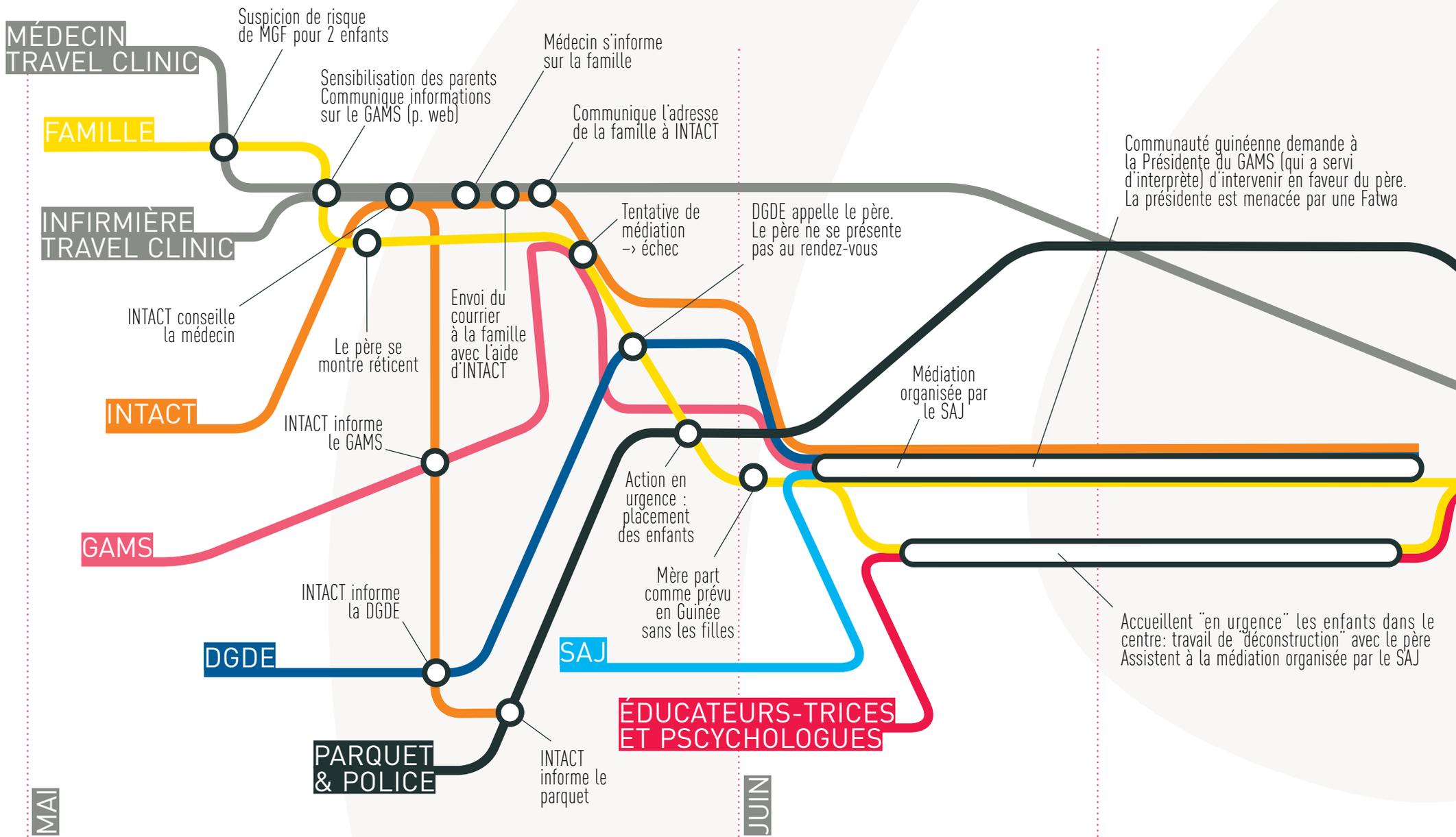
En outre, dix-huit entretiens ont été réalisés (environ 19 heures d'enregistrement).

## 6.2. PRÉSENTATION DES SITUATIONS DE SIGNALEMENT

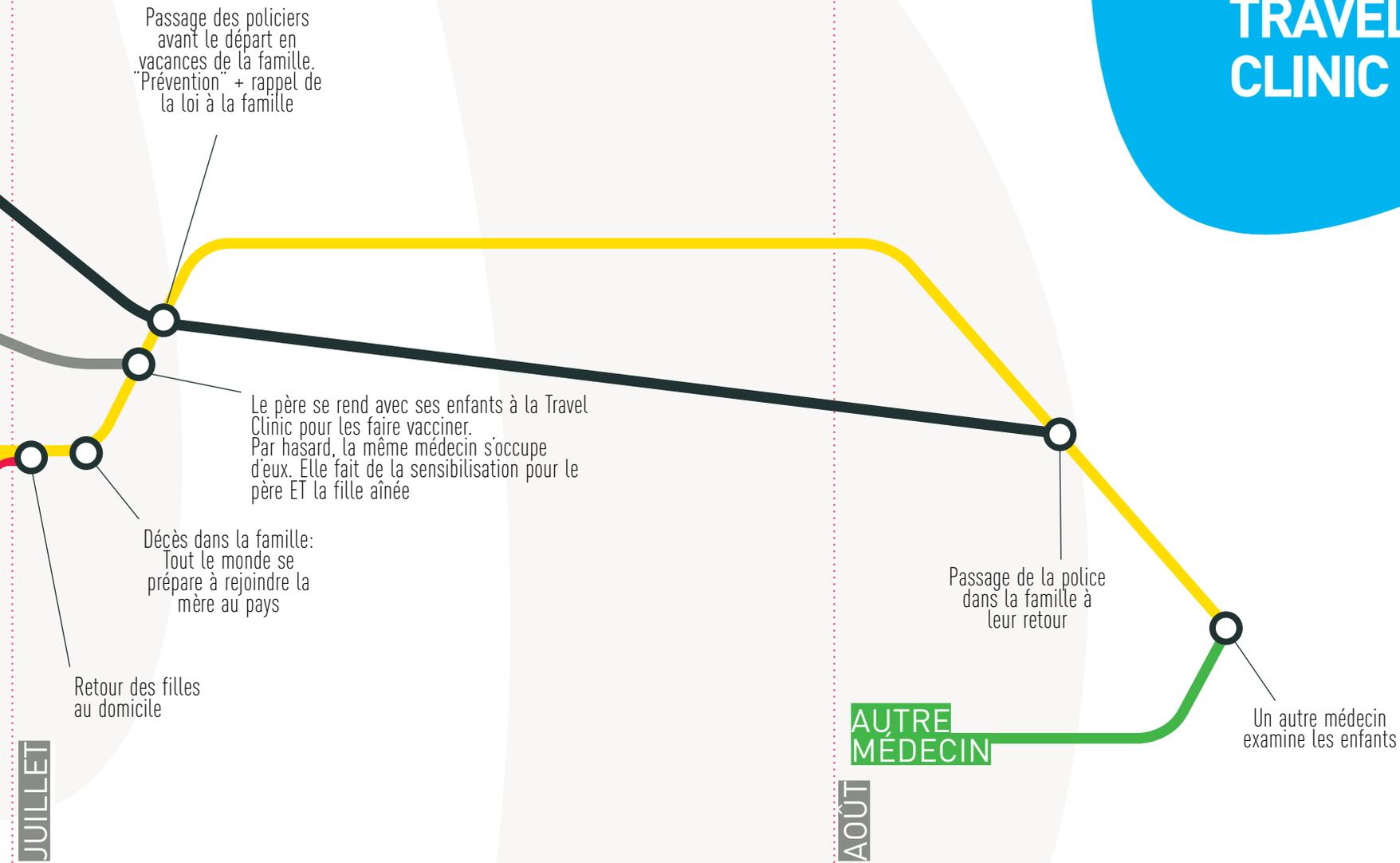
Le rapport final de la recherche présente un résumé du déroulement des sept situations qui ont été complètement analysées. Ces résumés ont été confectionnés sur la base de la reconstitution des récits complets des actions entreprises par les actrices et acteurs interviewés dans le cadre de la recherche.

Un nom a été donné à chaque récit. C'est sous ce nom qu'il en sera fait référence dans la partie enjeux ([voir plus loin](#)). Les situations ont été subdivisées en séquences. Ces séquences sont à lire en parallèle avec la ligne du temps synthétisant chaque signalement.

Un tableau introductif récapitule les actrices et acteurs intervenus dans la situation ainsi que celles et ceux qui ont pu être interviewés.



## SITUATION DE SIGNALEMENT : **TRAVEL CLINIC**



phase 3: SORTIE DU CENTRE, DÉPART EN GUINÉE ET APRÈS?!

## SITUATION DE LA TRAVEL CLINIC

mai - septembre 2011

Intervenants	Témoignage atelier SC-MGF	Interviewés
Asbl INTACT	✓	✓
Communauté guinéenne		
DGDE		✓
Ecole des enfants (direction)		
Educateur et psychologue du Centre d'accueil		✓
Famille		
Parquet (via le Juge de la Jeunesse)		
Présidente du GAMS	✓	✓
Police : Section intervenue lors du placement des enfants		
Police : Cellule spécialisée dans les mariages forcés		✓
SAJ		✓
Travel Clinic	✓	

### SEQUENCE 1 : VACCINATION AVANT UN DÉPART EN GUINÉE : LA MÉDECIN SOUPÇONNE UN RISQUE D'EXCISION du 12 au 15 mai 2011

Un couple d'origine guinéenne se présente avec trois de leurs enfants (deux filles et un garçon) dans une Travel Clinic avant un voyage en Guinée, programmé le 3 juin. Après explications de la médecin sur les vaccins nécessaires et leur prix, les parents se concertent dans leur langue et annoncent que seules les filles partiront et doivent être vaccinées tandis que le garçon restera en Belgique. Une des filles est scolarisée en primaire et manquera l'école si elle voyage alors que le garçon, plus jeune, ne va pas encore à l'école primaire. La médecin de la Travel Clinic sensibilisée aux MGF soupçonne un risque d'excision pour les deux filles. Elle regrette de ne pas avoir dans son bureau des dépliants des associations spécialisées qui reprennent le texte de loi, elle utilise alors le site web du GAMS comme support pour établir une discussion sur les MGF. Elle informe les parents de la loi interdisant les MGF et explique qu'elle fera suivre cette consultation par l'envoi d'un courrier avec des informations légales. Elle les informe également qu'elle se mettra en contact avec l'asbl INTACT et enjoint le père à faire de même. Il ne souhaite pas entamer le dialogue sur le sujet et reproche à la médecin d'en parler devant sa femme et ses enfants. La médecin l'avertit que s'il n'a pas pris contact avec l'asbl INTACT avant le 20 mai, elle devra prendre des mesures de protection pour les enfants.

## SEQUENCE 2 : TENTATIVE DE MÉDIATION : VISITE À DOMICILE ET INTERVENTION DU DÉLÉGUÉ GÉNÉRAL AUX DROITS DE L'ENFANT du 20 au 26 mai 2011

En l'absence de réaction de la famille au courrier du médecin, INTACT prend l'initiative d'une visite à domicile et demande l'aide d'une animatrice du GAMS pour faire une médiation interculturelle et assurer la traduction en peul. C'est la présidente du GAMS elle-même qui se déplace. Le contact est difficile et INTACT fait appel au DGDE qui ne parvient pas non plus à établir une interaction satisfaisante. La médiation est considérée comme un échec par manque de collaboration des parents et manque d'expérience et de légitimité institutionnelle d'INTACT et du GAMS pour mener une telle médiation.

## SEQUENCE 3 : DU SIGNALEMENT AU PLACEMENT du 25 mai à début juillet 2011

La conviction des acteurs-trices que la famille va exciser est de plus en plus ferme. INTACT fait un signalement auprès du Parquet en urgence : le juge de la jeunesse est saisi et n'a d'autre choix que de prendre la décision de placer les enfants<sup>12</sup> (pendant 20 jours). Des policiers reçoivent une apostille du Juge de la Jeunesse pour aller chercher les enfants à la sortie de l'école, alors que le directeur n'a pas été prévenu. Les fillettes ne comprennent pas ce qui se passe. Les intervenants-tes du centre d'accueil ne sont pas préparés-es à accueillir des enfants dans le cas présent et sont désemparés-es. Le malaise est généralisé. Puisque les enfants ont été placées par le Juge de la Jeunesse, le SAJ reprend le dossier et émet des conditions de collaboration avec la famille : il fait signer aux parents un engagement sur l'honneur de ne pas soumettre les enfants à la pratique, de consulter un psychologue pour parler de cette problématique, de procéder à un examen médical des enfants au retour. Enfin, le SAJ propose un suivi par un centre PMS.

Le père associe à tort l'implication de la présidente du GAMS Belgique avec le placement des enfants et il mobilise des membres de la communauté guinéenne. La présidente du GAMS et son association sont menacées : la lecture d'une Fatwa est faite à l'encontre de la présidente par un imam pro-excision et les locaux du GAMS sont menacés de vandalisme. Le GAMS décide par réaction de ne plus agir en première ligne dans les prochaines situations de signalements qui auront lieu en 2012 et de rester disponible en deuxième ligne pour les professionnels (formations, outils).

## ÉPILOGUE : SORTIE DU CENTRE D'ACCUEIL, DÉPART EN GUINÉE ET PERDUES DE VUE de fin août à début septembre 2011

Comme prévu, le 3 juin, la maman part en Guinée. Un décès survient dans la famille (le père de la mère). A l'échéance des 20 jours de placement, les filles réintègrent le foyer familial (la mère est déjà partie). La famille entière se rend alors en Guinée. La police mandatée par le Parquet (apostille du Parquet) fait une visite à domicile avant le voyage pour rappeler la loi et après le voyage pour s'assurer que les filles vont bien. Les policiers étaient toutefois mal à l'aise car ils ne connaissaient pas la problématique et ils n'étaient pas au courant des différentes étapes par lesquelles était passée la famille.

Au retour, les filles ont été vues par un médecin : elles seraient intactes. Les policiers n'ont pas remarqué de changements de comportement chez elles : elles avaient l'air en pleine forme à leur retour.

Le GAMS et INTACT n'ont plus de nouvelles de la famille et ne savent pas si les enfants ont voyagé les étés suivants (2012 et 2013).

FAMILLE

VOISINE

GAMS

INTACT

PSE

INTERPRÈTE

La mère se confie à sa voisine

La voisine téléphone au GAMS

INTACT et le GAMS décident:  
- contacter le PSE  
- GAMS reste en 2<sup>ème</sup> ligne

1<sup>er</sup> rendez-vous à l'école :  
Parents absents

2<sup>ème</sup> rendez-vous à domicile :  
Mère présente  
Accord pour un examen médical

3<sup>ème</sup> rendez-vous :  
père absent

Départ de la famille

GAMS téléphone à INTACT

INTACT contacte PSE

S'informe

Information santé

Informe le Parquet

4<sup>ème</sup> rendez-vous :  
parents et enfants présents

MAI

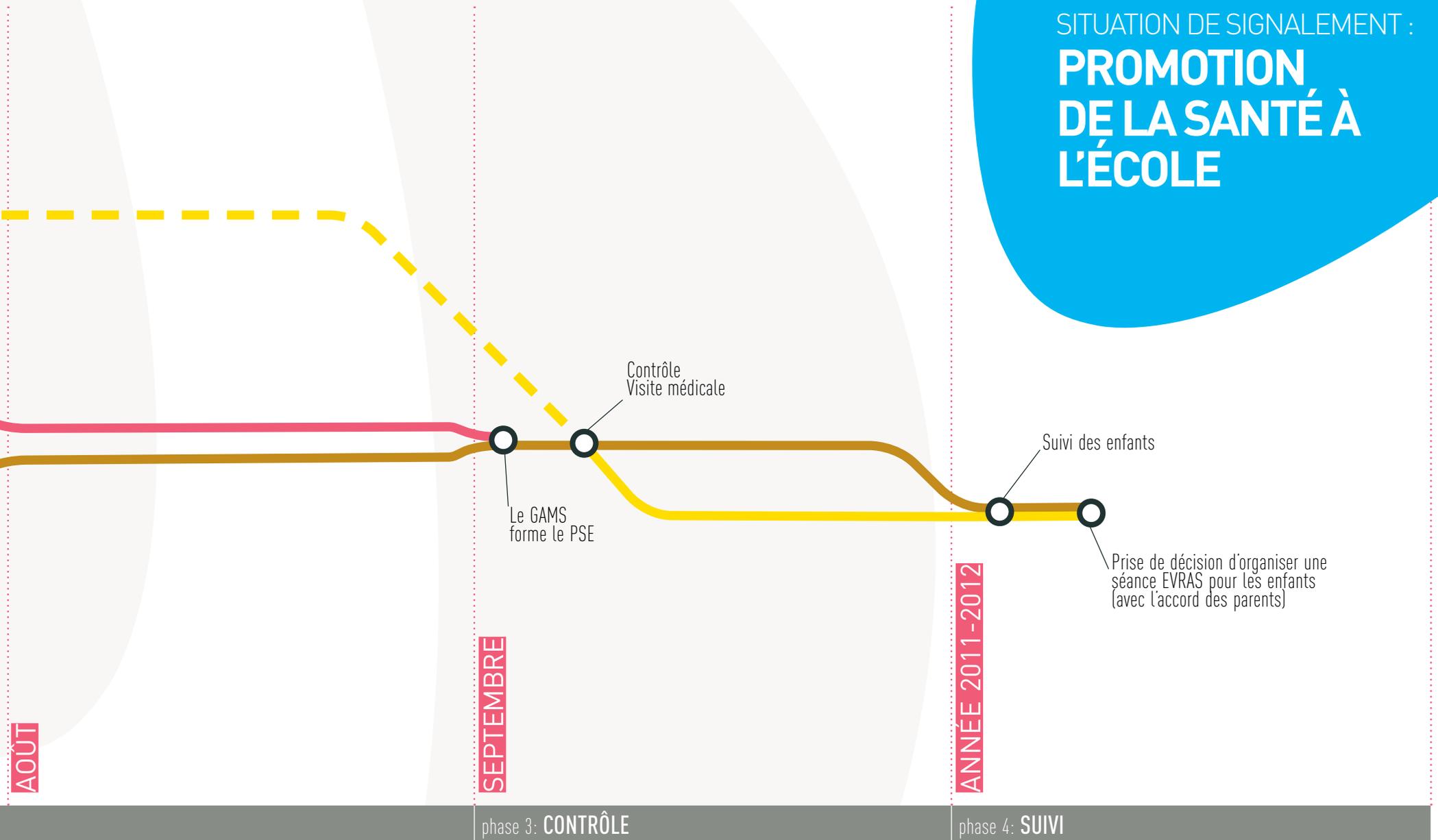
JUIN

JUILLET

phase 1: ALERTE

phase 2: INFORMATION / PRÉVENTION

SITUATION DE SIGNALEMENT :  
**PROMOTION  
DE LA SANTÉ À  
L'ÉCOLE**



## SITUATION DU PSE

mai 2011 - août 2012

Intervenants	Témoignage atelier SC-MGF	Interviewés
Asbl INTACT	✓	✓
DGDE		✓
Famille		
GAMS	✓	
La voisine	✓	
Interprète		
Parquet		
PSE	✓	

### SEQUENCE 1 : UNE ASSISTANTE SOCIALE SIGNALE UNE FAMILLE À RISQUE AU GAMS mai 2011

Une voisine interprète les confidences d'une maman d'origine somalienne à la veille d'un départ en Somalie avec ses 3 filles : la voisine fait part au GAMS de ses doutes quant à un risque d'excision. Le GAMS informe INTACT. Après concertation, afin de ne pas reproduire la même erreur que lors du signalement de la Travel Clinic ([voir la situation précédente](#)), les associations spécialisées décident que le GAMS n'interviendra pas en 1re ligne, mais procurera des informations aux différents-es acteurs-trices et, si besoin est, les formera/sensibilisera. INTACT et le GAMS choisissent de contacter le PSE<sup>\*13</sup> de l'école où sont scolarisées les fillettes pour sensibiliser la famille « à temps ». Il s'agit d'aborder la question de l'excision avec les parents, par le biais de la santé scolaire. INTACT quant à lui restera en 1re ligne pour accompagner le PSE afin de permettre à chacun de rester dans son « rôle » : le volet médical sera abordé par le PSE et le volet juridique par INTACT.

## SEQUENCE 2 : INFORMATION ET PRÉVENTION du 4 au 27 juin 2011

INTACT contacte le PSE de l'école des enfants et, avec l'aide d'un médecin du PSE, entame un travail d'information/prévention auprès de la famille. Plusieurs rendez-vous et visites sont fixés, au centre de santé et au domicile de la famille.

La mère dit vouloir protéger ses filles de l'excision : elle ne compte pas la faire pratiquer car elle l'a vécue elle-même. Toutefois, INTACT et le médecin ne sont pas convaincus car la mère ne semble pas prendre en compte le risque possible provenant de l'entourage familial lors de leur séjour. Ils estiment qu'il y a un risque objectif. Proposition est faite de signer un engagement sur l'honneur à ne pas exciser (la mère refuse) et à faire examiner les filles au retour des vacances (elle accepte).

De plus, le Parquet est contacté : il estime que pour faire un signalement, il faudra le témoignage de la voisine. Or celle-ci désire rester anonyme et les éléments qu'elle avance ne sont pas tout à fait objectifs.

Le médecin du PSE informe les parents du risque médical et INTACT de la situation pénale. Les parents acceptent d'emporter au pays les documents signés par le juriste d'INTACT, au cas où, par exemple, on tenterait de leur forcer la main. INTACT et le médecin sont rassurés et pensent que le message est passé.

Afin de faciliter la communication avec la mère, une interprète est mobilisée.

## SEQUENCE 3 : CONTRÔLE AU RETOUR DES VACANCES début septembre 2011

À la demande de l'équipe PSE, le GAMS organise une séance ad hoc intra-muros pour répondre aux différentes questions des infirmières et médecins. Il est prévu que les filles soient examinées à leur retour et l'équipe voulait être prête. Le médecin appréhende un peu cette visite de contrôle et s'assure d'avoir toutes les informations nécessaires, elle a lu tout le guide pour les professionnels-les. Comme convenu avec la famille, les filles sont examinées à leur retour de vacances. L'examen clinique s'est bien passé. Elles n'ont pas été excisées.

À la demande des filles, un autre rendez-vous est envisagé afin d'aborder plus longuement l'excision avec elles (séance EVRAS).

## SEQUENCE 4 : SUIVI DES FILLES

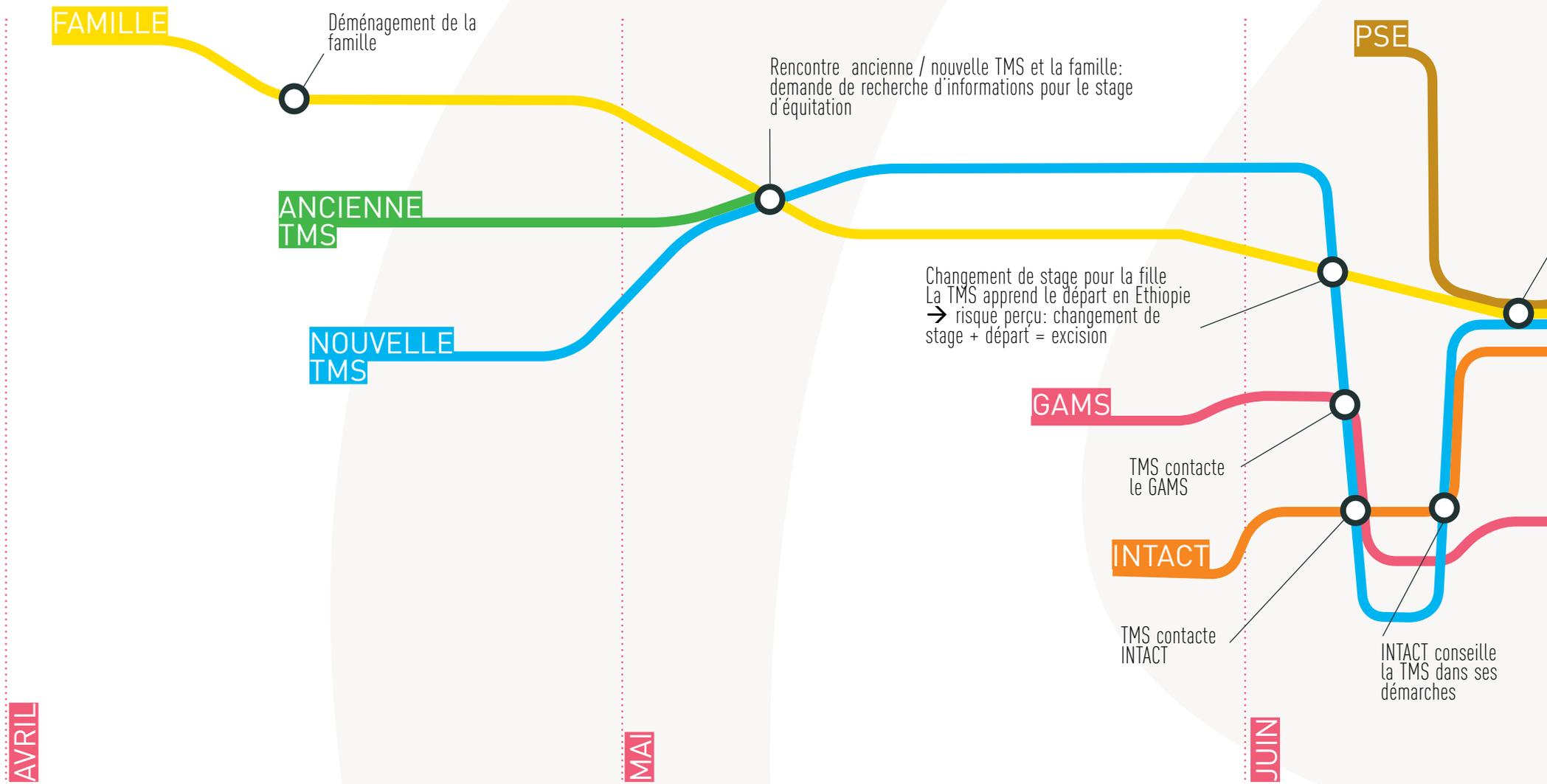
Les filles ont été revues par le médecin du PSE pendant l'année scolaire 2011/2012 dans le cadre des visites obligatoires<sup>\*14</sup>, en présence de leur mère.

## ÉPILOGUE « BONNE COORDINATION DES ACTEURS ET ACTRICES POUR UN SUIVI OPTIMAL »

Dans ce cas, la conscientisation des parents aux risques encourus par les fillettes a pu jouer un rôle important dans la prévention : la collaboration entre le PSE et INTACT a permis d'aborder la question de l'excision tant au niveau médical que juridique.

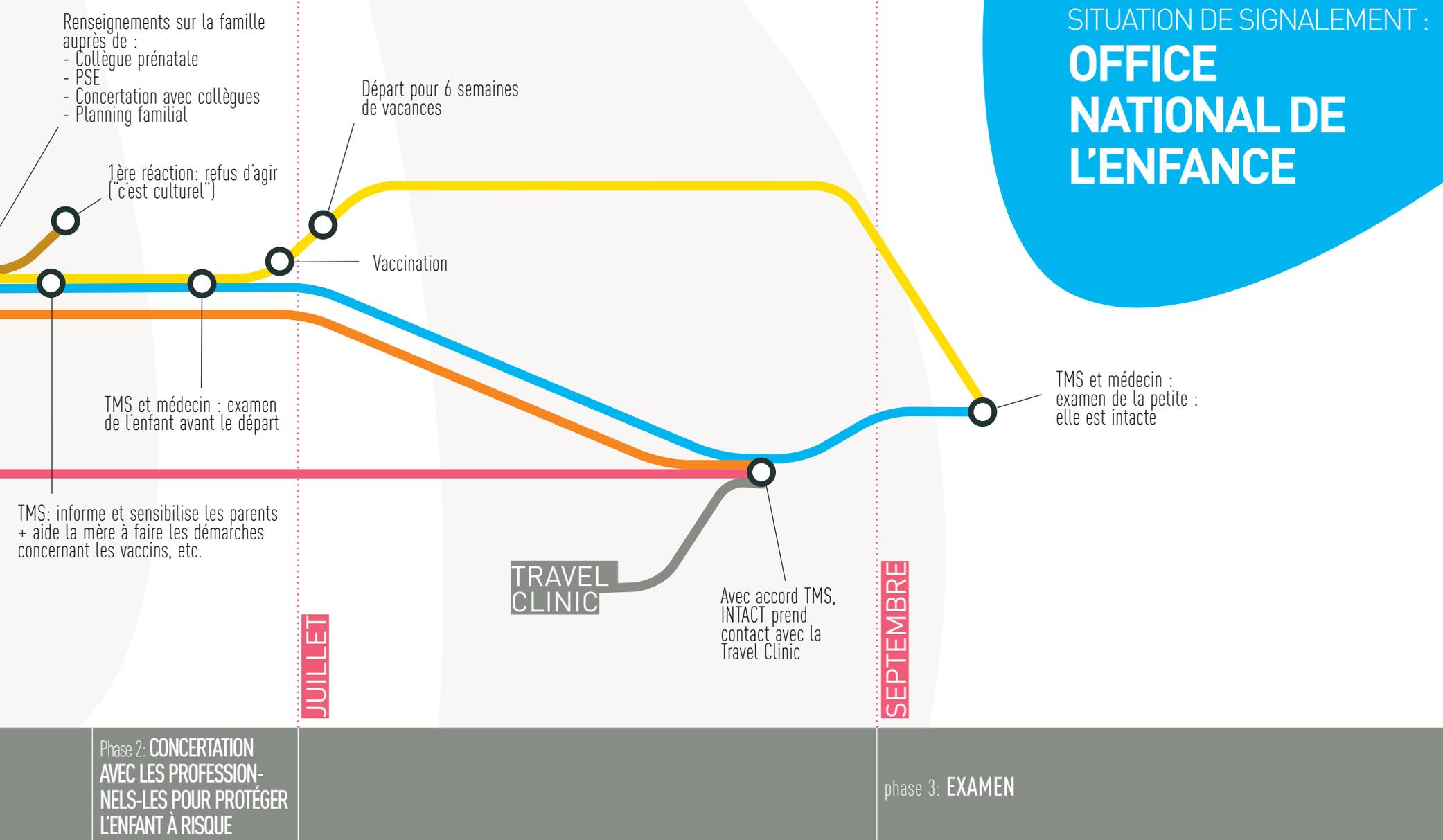
Le GAMS Belgique n'est pas intervenu en première ligne lors des discussions avec les parents mais a assuré le soutien de l'équipe PSE via une séance de formation intra-muros et la distribution d'outils.

Le PSE garde un lien avec la famille.



phase 1: ANNONCE DU DÉPART POUR L'ETHIOPIE ET PRISE D'INFORMATION

# SITUATION DE SIGNALEMENT : **OFFICE NATIONAL DE L'ENFANCE**



## SITUATION DE L'ONE

avril - août 2012

Intervenants	Interviewés
Asbl INTACT	✓
Famille	
GAMS	✓
Gynécologue	
Médecin de la Travel Clinic	
TMS de l'ONE de l'ancienne adresse	
TMS de l'ONE de la nouvelle ville	✓
ONE Médecin de la nouvelle ville	
Planning Familial	
Infirmière PSE	

### SEQUENCE 1 : UNE TMS S'INQUIÈTE SUITE À L'ANNONCE D'UN DÉPART POUR L'ETHIOPIE ET ABORDE LE SUJET AVEC LA MÈRE

du 13 au 20 juin 2012

Une famille d'origine djiboutienne déménage dans une nouvelle ville. La famille est composée de 6 enfants de 18 mois à 18 ans: 4 garçons (dont un resté au pays) et 2 filles (10 ans et 18 mois). La travailleuse médico-sociale de l'ONE (TMS) qui s'occupait d'elle à leur précédente adresse contacte la TMS de la nouvelle ville pour effectuer la passation. A cette occasion, la première TMS demande à la seconde d'aider la mère à trouver un stage de poney pour l'aînée des filles (10 ans).

La seconde TMS trouve un stage pas trop onéreux. La mère lui explique que sa fille a changé d'avis : elle souhaiterait faire un stage de cuisine. Dans la foulée, la mère lui apprend qu'elle et ses trois plus jeunes enfants se rendent en Ethiopie pour y passer une partie des vacances d'été. La TMS s'inquiète de ce changement de programme et entrevoit un risque d'excision pour les filles. Elle décide donc d'en parler à ses collègues directes afin d'avoir un avis extérieur. Ces dernières estiment qu'il y a un risque réel. La TMS prend donc contact avec le GAMS puis INTACT et cherche à obtenir davantage d'informations concernant la famille. Dans ce but, elle contacte le centre de planning familial où est suivie la mère, ainsi que l'infirmière PSE de l'école.

Soutenue par INTACT, la TMS décide d'aborder directement le sujet avec la mère. Dans un premier temps, cette dernière ne donne pas l'impression d'avoir conscience du risque encouru par ses enfants. La TMS téléphone alors au père : ce dernier

explique le comportement de sa femme (timidité, non maîtrise de la langue). Dans la suite de l'entretien, la TMS apprend que l'aînée des filles est déjà excisée et que la plus jeune de 18 mois est intacte.

## SEQUENCE 2 : CONCERTATION AVEC LES PROFESSIONNELS-LES POUR PROTÉGER L'ENFANT À RISQUE de fin juin à début juillet 2012

En concertation avec INTACT, la TMS met une série de mesures de protection en place pour protéger la petite fille de 18 mois : certificat d'intégrité, examen médical de l'enfant (avant le départ et à son retour).

INTACT suggère qu'il serait intéressant que la famille soit sensibilisée par un-e autre professionnel-le de la santé lors de la vaccination des enfants. A cette fin, il demande l'autorisation de communiquer les prénoms de la fratrie à une médecin de la Travel Clinic.

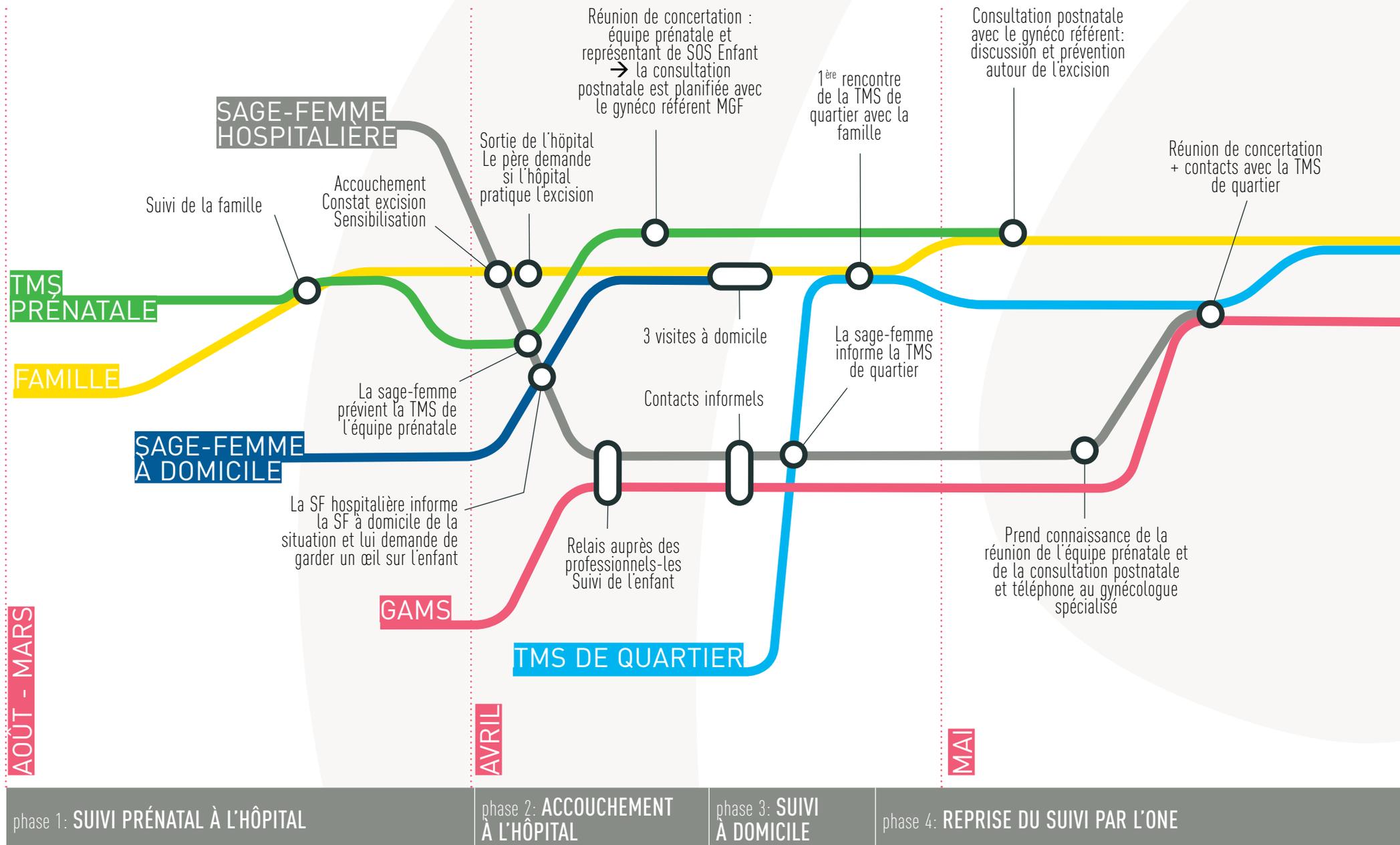
Parallèlement à cela, la TMS apprend que la fille aînée aurait pris peur et ne souhaiterait plus partir en Ethiopie.

## SEQUENCE 3 : RETOUR D'ETHIOPIE : L'ENFANT EST EXAMINÉE ET INTACTE de fin août à début septembre 2012

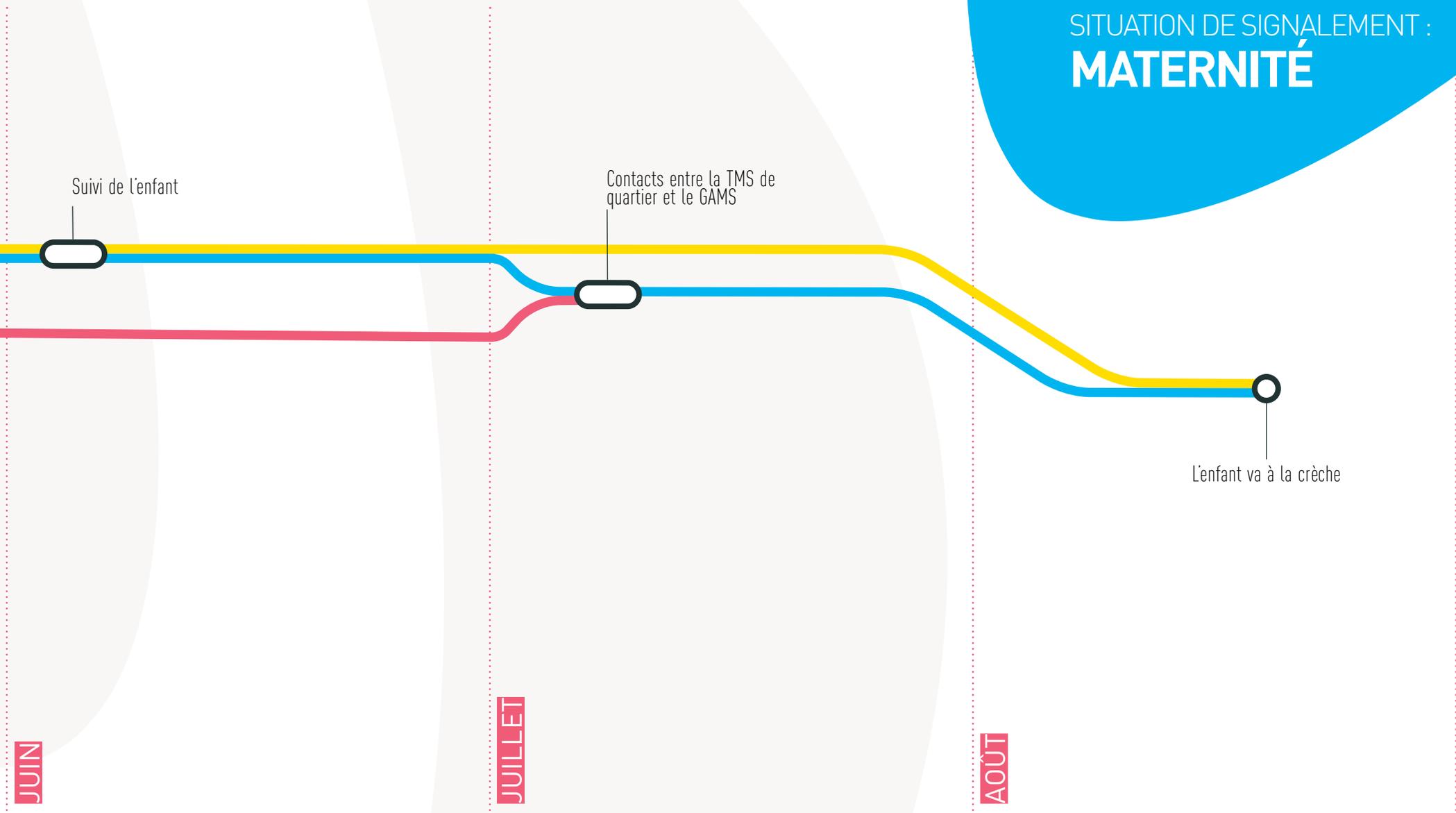
Au retour de vacances, l'enfant est examinée : elle est intacte.

## ÉPILOGUE : « SUIVI SUR LE LONG TERME AU SEIN DU RÉSEAU D'ACTEURS ET D'ACTRICES QUI VOIENT LA FAMILLE »

La TMS gardera un œil sur la famille. Elle pense toutefois que le danger est écarté et que les enfants ne risquent plus rien. Elle conserve le contact de la personne de référence dans le Planning Familial si, un jour, l'aînée des filles éprouve le besoin de parler de son excision.



## SITUATION DE SIGNALEMENT : **MATERNITÉ**



## SITUATION DE LA MATERNITÉ

avril - août 2012

Intervenants	Interviewés
Collègue expérimentée, de la sage-femme de l'hôpital, en matière de MGF.	
Equipe du GAMS	✓
Famille	
Gynécologue spécialisé de l'hôpital	✓
Médecin de la prénatale	
Sage-femme hospitalière (SF)	✓
Sage-femme à domicile (SFD)	✓
Travailleur Médico-Social de prénatale hospitalière (TMS prénatale)	✓
Travailleur Médico-Social de la consultation pour enfant (TMS de quartier)	✓
Référent Maltraitance (SOS Enfants)	
Responsable des sages-femmes	

### SEQUENCE 1 : LE SUIVI PRÉNATAL À L'HÔPITAL avril 2012

Une femme enceinte d'origine guinéenne est suivie pour sa grossesse dans un hôpital d'une grande ville belge. Dans cet hôpital, le suivi prénatal est organisé de telle façon que toute femme enceinte rencontrera au moins une fois une TMS prénatale de l'ONE. Lors de cette rencontre, la question des MGF n'est pas abordée.

### SEQUENCE 2 : L'ACCOUCHEMENT À L'HÔPITAL du 5 au 8 avril 2012

Après l'accouchement, lors de la toilette vulvaire de sa patiente, une sage-femme – sensibilisée à la question des MGF – découvre que cette dernière est excisée. Comme elle a accouché d'une petite fille, la sage-femme décide de prendre le temps d'aborder le sujet avec la mère. Durant ces séances de sensibilisation, la mère exprime son désir de faire exciser l'enfant. La sage-femme n'est pas certaine d'avoir compris ce que la mère lui a dit étant donné que cette dernière ne maîtrise pas bien le français.

Le jour où la famille doit quitter l'hôpital, le mari vient trouver la sage-femme dans son bureau afin de lui demander si l'hôpital pratique l'excision. La sage-femme l'informe de la loi belge en vigueur ainsi que des risques de conséquences médicales liées à l'excision. Suite à cette conversation, la sage-femme cherche à prendre conseil auprès d'une personne de référence.

Parce que l'enfant doit être suivie – en raison de son faible poids – et par crainte pour elle par rapport à la problématique, la sage-femme décide d'avertir une série de professionnels-les (le GAMS, la sage-femme à domicile, l'équipe prénatale qui s'occupera du suivi postnatal, la TMS de la consultation pour enfants, etc.) afin d'assurer le meilleur suivi possible de l'enfant.

### SEQUENCE 3 : LE SUIVI À DOMICILE ET L'INITIATIVE DE L'ÉQUIPE PRÉNATALE

du 10 au 24 avril 2012

#### Sage-femme à domicile

La sage-femme à domicile, avertie de la situation, est chargée, lors du suivi de l'enfant, de déterminer la position de la mère vis-à-vis de l'excision ainsi que de prendre des informations générales sur la famille. Celles-ci pourraient être utiles pour évaluer le risque.

La sage-femme à domicile aura 3 rendez-vous avant de passer le relais à l'ONE. Lors de ces séances, elle abordera une fois directement la question avec la mère, avec l'aide d'une traductrice improvisée issue de la famille. La sage-femme à domicile n'a pas le sentiment d'avoir réussi à établir un contact avec la mère et se demande donc à quel point elle peut se fier aux informations recueillies – la mère lui aurait dit qu'elle ne souhaitait plus exciser sa fille.

#### Equipe périnatale de l'hôpital

Suite à la note laissée par la sage-femme hospitalière, mais surtout suite à son coup de fil, la TMS périnatale de l'hôpital convoque exceptionnellement une réunion avec l'équipe périnatale en charge de la famille, au cours de laquelle un-e représentant-e de SOS Enfant est invité-e. Les parents ne sont pas avertis, ni la sage-femme hospitalière à l'origine du signalement, ni la TMS de la consultation pour enfants (TMS de quartier). C'est un peu le choc pour toute l'équipe qui ne pensait pas qu'une telle demande d'excision pouvait se faire en Belgique et que les enfants nées en Belgique pouvaient

être à risque. L'équipe périnatale décide de transmettre le dossier à un gynécologue qui connaît bien la problématique pour la visite postnatale.

Le 3 mai, la visite postnatale a lieu. Le médecin qui reçoit la famille rappelle la loi belge en la matière. Après cela, les parents rencontrent l'équipe périnatale qui décide d'aborder ouvertement le sujet des MGF avec eux. La rencontre se déroule bien.

### SEQUENCE 4 : LA PASSATION À LA TMS DE QUARTIER ET L'INITIATIVE DU GAMS BELGIQUE

du 19 avril à août 2012

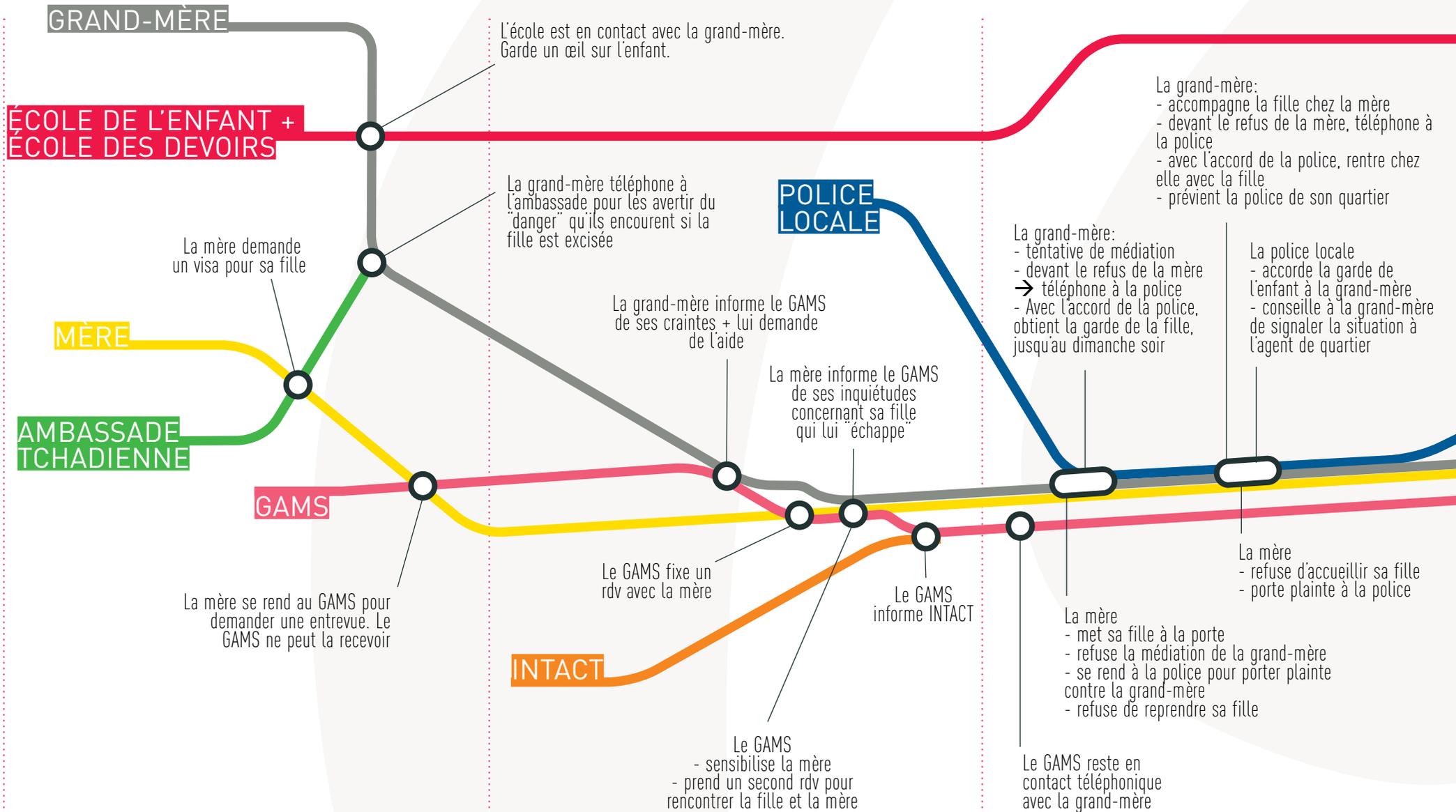
La sage-femme de l'hôpital – non informée de la démarche de l'équipe périnatale de l'hôpital – craint que la famille ne soit pas suivie sur le long terme et elle se renseigne sur la TMS de quartier qui assurera le suivi de la famille. Une fois identifiée, la sage-femme l'informe de la situation et lui demande de rester attentive à la famille.

Le GAMS, en accord avec la sage-femme de l'hôpital, propose une réunion de concertation entre toutes les actrices : sage-femme de l'hôpital, sage-femme à domicile et TMS de quartier afin de sensibiliser les différentes professionnelles, échanger les informations sur la situation mais également décider en concertation, du suivi à offrir à la famille. La réunion a lieu le 7 mai, seule la sage-femme à domicile n'a pas pu se libérer. La TMS de quartier énonce son malaise par rapport au fait que la famille n'a pas été prévenue de cette réunion. 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.

### ÉPILOGUE :

« CONTACT AVEC LA FAMILLE  
MAINTENU PAR L'ONE MAIS PEUR  
D'ABORDER LA PROBLÉMATIQUE AU  
SEIN DE LA CONSULTATION ONE »

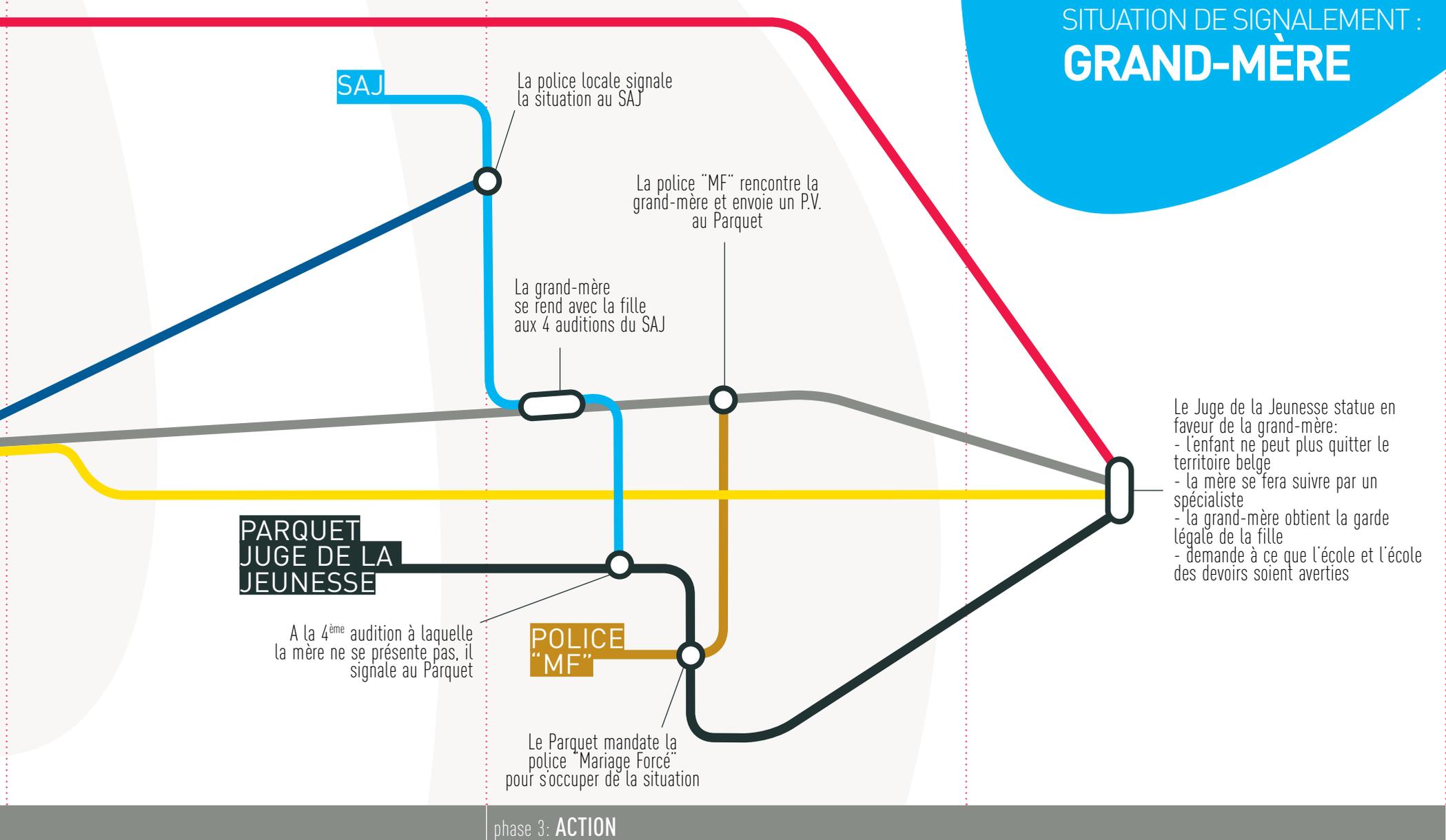
La TMS est toujours en contact avec la famille mais elle avoue que le sujet n'a toujours pas été abordé avec la famille car elle ne se sent pas à l'aise. La médecin qui était sensibilisée aux MGF et qui devait en parler ne travaille plus à l'ONE.



phase 1: PRISE DE CONSCIENCE DU RISQUE

phase 2: ÉCARTEMENT DE L'ENFANT

## SITUATION DE SIGNALEMENT : **GRAND-MÈRE**



## SITUATION DE LA GRAND-MÈRE

juin - septembre 2012

Intervenants	Interviewés
Asbl INTACT	✓
Grand-mère	✓
Mère	
Fille à risque	
GAMS	✓
Police locale	
Police : cellule spécialisée dans les mariages forcés (police MF)	✓
SAJ	
Juge de la jeunesse	
Ecole des devoirs	
Ecole de l'enfant	
Ambassade	

### SEQUENCE 1 : LA PRISE DE CONSCIENCE DU RISQUE

Le 12 juin 2012, une grand-mère d'origine tchadienne, dont les filles avaient fréquentées le GAMS, s'y rend pour lui demander de raisonner sa fille qui désire envoyer sa petite-fille, une adolescente de 12 ans, au pays, afin de la faire exciser et de l'éduquer dans une école coranique. La grand-mère tient ces informations de diverses sources – de l'école de l'enfant, de l'ambassade tchadienne et de ses discussions avec la mère.

Le GAMS fixe un rendez-vous avec la mère de l'adolescente afin de lui parler. Cette rencontre se justifie d'autant plus que, quelque temps auparavant, la mère avait essayé d'avoir un entretien avec un des membres du GAMS. Lors de ce rendez-vous, la mère évoque les inquiétudes qu'elle a vis-à-vis de sa fille : cette dernière lui 'échapperait'. Elle craint qu'elle ne tourne mal et c'est pour cela qu'elle souhaite la renvoyer au pays. Le GAMS l'informe des risques encourus en cas d'excision de l'adolescente et essaie de trouver une autre solution. Un second rendez-vous est fixé avec la mère et sa fille afin d'essayer de trouver une solution alternative au renvoi de l'adolescente dans son pays. La mère ne se rend pas à ce rendez-vous et n'acceptera plus les appels du GAMS.

## SEQUENCE 2 : ECARTER L'ENFANT

Tous les deux jours, le GAMS appelle la grand-mère afin d'avoir des nouvelles et pouvoir la soutenir. Il apprend ainsi que la mère aurait mis sa fille à la porte. Cette dernière, avec l'accord de la police, a été récupérée par la grand-mère. Elle loge à présent chez cette dernière.

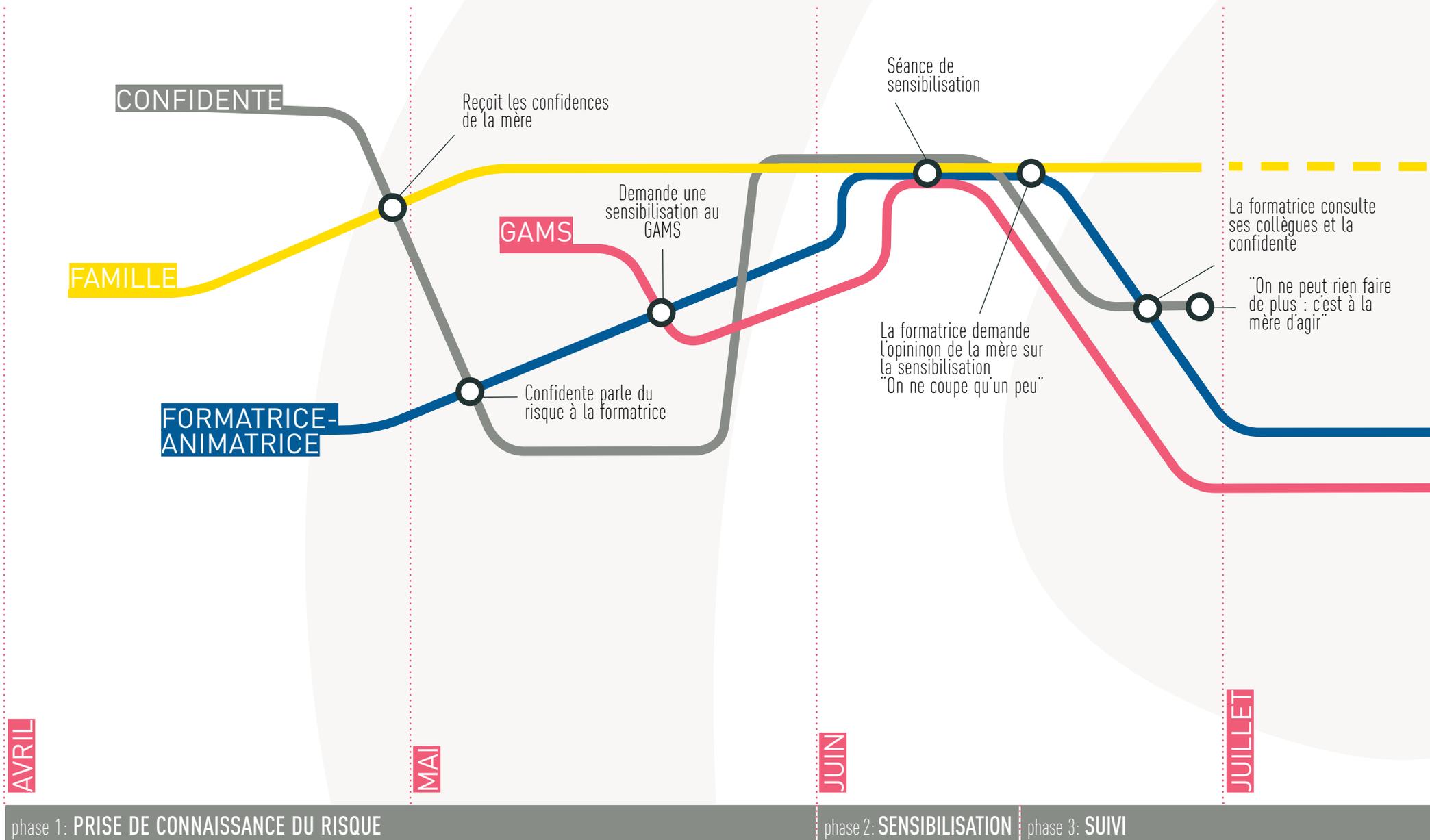
## SEQUENCE 3 : L'ACTION

La police signale la situation au SAJ. Après plusieurs rendez-vous manqués (4) par la mère de l'enfant, le SAJ transfère le dossier au Parquet. Ce dernier avait été mis au courant des risques encourus par l'adolescente par un P.V., rédigé par une section spéciale de la police – cellule mariages forcés –. Le Juge de la jeunesse décide d'interdire toute sortie du territoire à l'adolescente et en confie la garde à la grand-mère. La mère, quant à elle, accepte de se faire suivre par un spécialiste

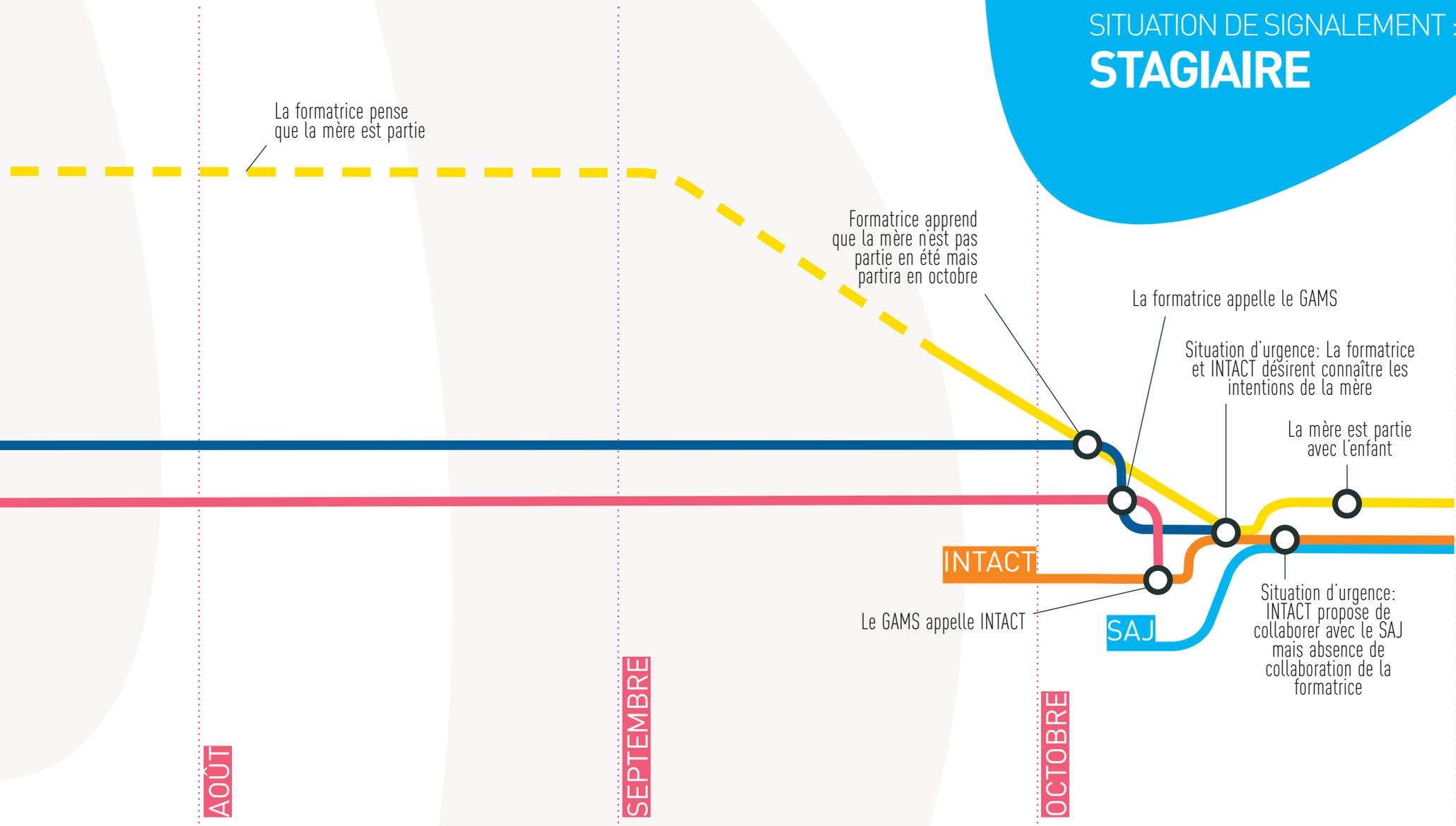
## EPILOGUE

Fin mars 2013, la grand-mère avait toujours la garde de l'enfant. Cette dernière travaille bien à l'école. Selon sa grand-mère, elle semble déterminée à bien étudier afin de pouvoir, plus tard, retourner dans son pays d'origine et contribuer à son développement.

La grand-mère est sans nouvelle de sa fille et en souffre. Cette dernière refuse d'entrer en contact avec elle. Elle ne sait donc pas comment cela se passe.



## SITUATION DE SIGNALEMENT : **STAGIAIRE**



## SITUATION DE LA STAGIAIRE

avril - octobre 2012

Intervenants	Interviewés
Formatrice-animatrice	✓
GAMS Belgique	✓
Famille concernée (la mère)	
INTACT	✓
Collègues de l'animatrice-formatrice	
La stagiaire	

## SEQUENCE 1 : PRISE DE CONNAISSANCE DU RISQUE

d'avril à mai 2012

Une formatrice d'une asbl d'insertion professionnelle et d'éducation permanente, qui organise des stages, est informée par une de ses stagiaires qu'une des participantes à la formation (la mère) d'origine guinéenne projette de se rendre en Guinée, durant les vacances scolaires (été 2012) afin de faire exciser sa dernière-née.

La formatrice est embêtée car la mère n'est pas directement venue se confier à elle. Elle ne sait donc pas comment agir. Après réflexion, la formatrice contacte le GAMS afin de lui demander une sensibilisation, fin juin, avant la fin de la formation. Elle refuse toutefois de fournir, au GAMS, davantage d'informations sur la mère.

## SEQUENCE 2 : SENSIBILISATION fin juin 2012

Fin juin, le GAMS donne une séance de sensibilisation aux stagiaires du groupe. A l'exception des stagiaires d'origine subsaharienne, la thématique est nouvelle. Lors de cette animation, la formatrice observe la mère. Cette dernière ne réagit pas.

Quelques jours après, la formatrice évoque la séance de sensibilisation avec la mère. Cette dernière lui apprend être au courant des conséquences médicales et légales quant à l'excision. Toutefois, elle ne semble pas avoir changé d'avis et dit: "on ne coupe qu'un peu". La formatrice se demande alors « que faire ? »

## SEQUENCE 3 : LE SUIVI de fin juin à octobre 2012

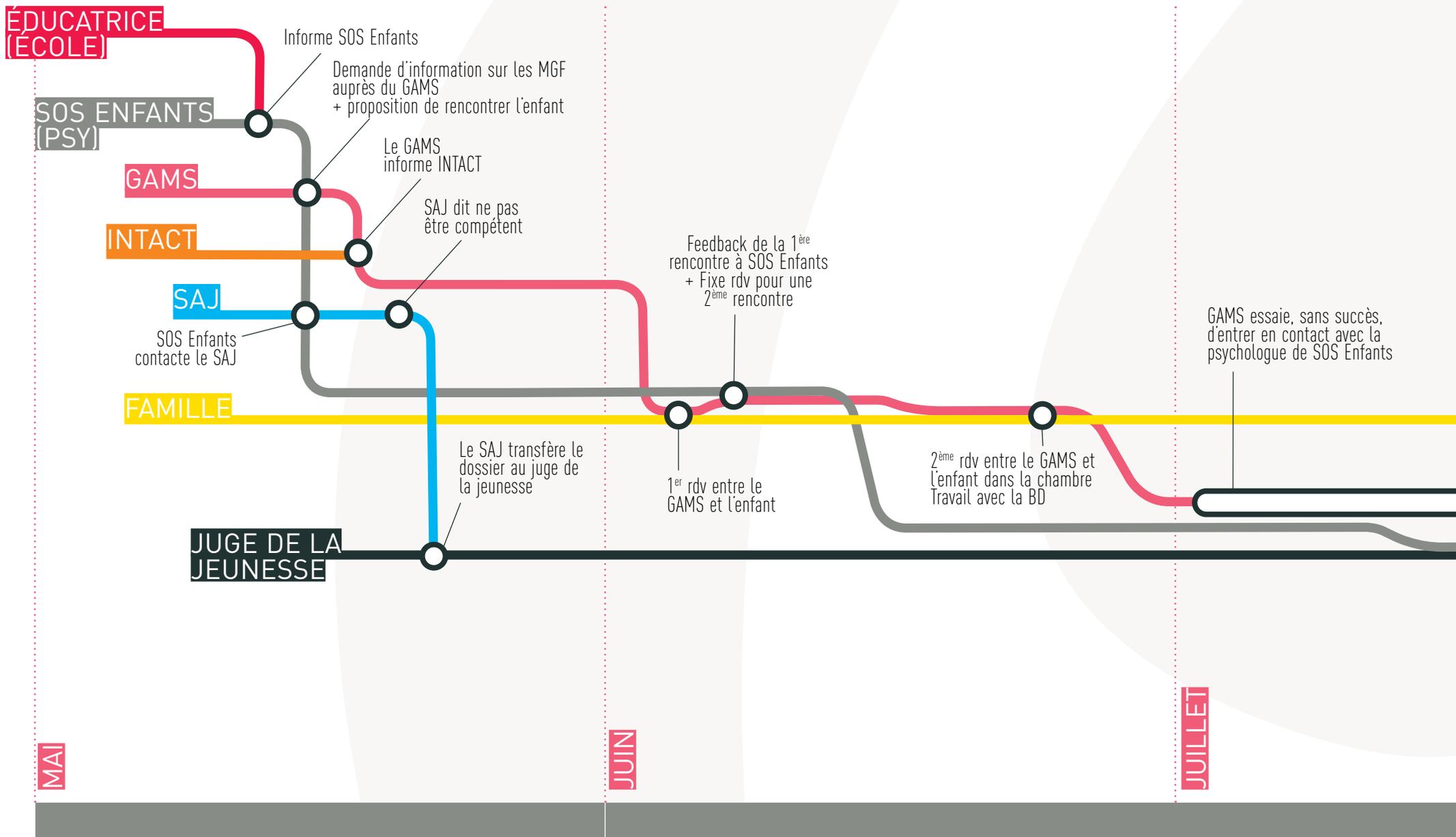
La formatrice consulte ses collègues et la stagiaire qui avait recueilli les confidences de la mère afin de savoir ce qu'il faut faire. Elle est tiraillée entre sa « conscience » et ce qu'elle pense être déontologiquement correct de faire (les limites de son rôle). Finalement, elle décide de ne rien faire de plus.

Début octobre, la mère se rend à l'asbl afin de récupérer son diplôme. Là, la formatrice apprend qu'elle projette de partir en Guinée avec l'enfant. Inquiète quant au risque encouru par cette dernière, la formatrice reprend contact avec le GAMS. Ce dernier lui conseille de prendre directement contact avec INTACT vu l'urgence de la situation (proximité du départ).

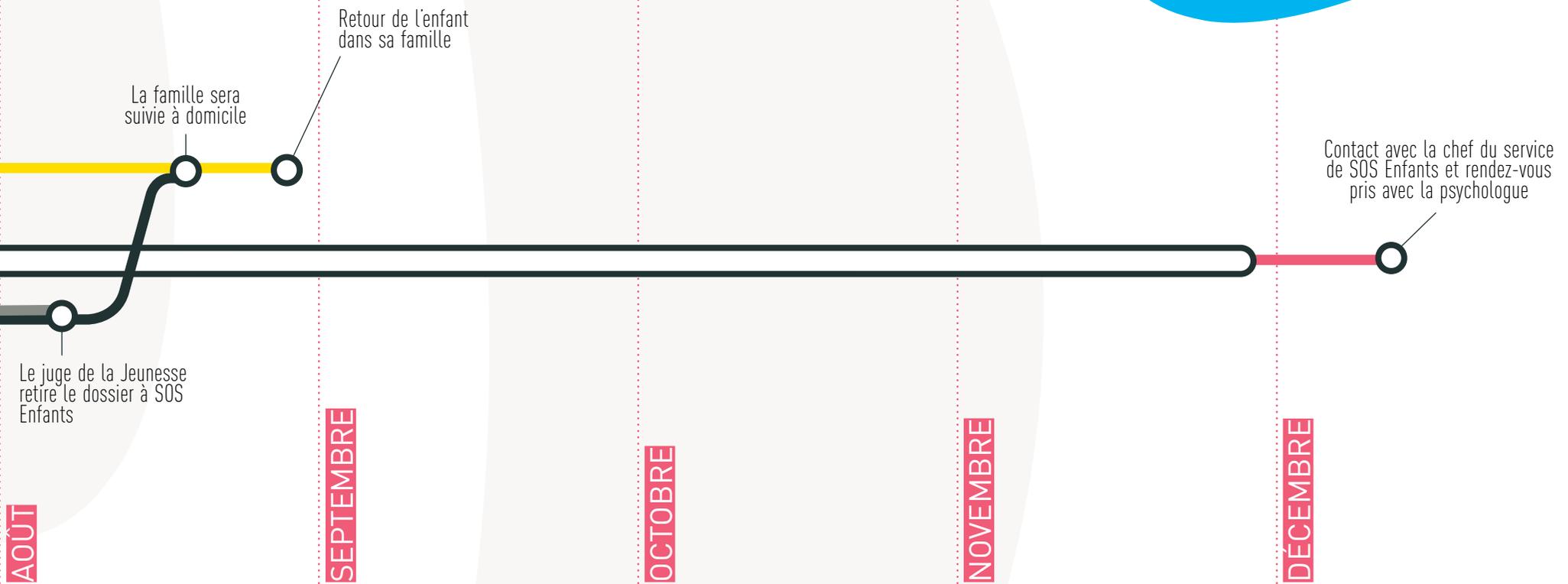
INTACT contacte la formatrice, lui demande de se renseigner sur la date du départ de la mère et ses intentions. C'est un vendredi après-midi. Le lundi, la formatrice informe INTACT que la mère est partie durant le week-end. INTACT lui propose alors de contacter le SAJ afin qu'il puisse réaliser un travail de sensibilisation auprès de la famille : d'abord le père qui est en Belgique, ensuite, au retour de la mère, les deux parents.

## ÉPILOGUE « PERDUES DE VUE »...

Plusieurs tentatives d'INTACT pour entrer contact avec la formatrice se sont soldées par un échec. Sans collaboration de la formatrice, INTACT n'a pas pu suivre la situation.



## SITUATION DE SIGNALEMENT : **SOS ENFANTS**



## SITUATION DE SOS ENFANTS

mai – août 2012

Intervenants	Interviewés
Educatrice de l'école	
Psychologue de SOS Enfants	✓
Parents	
GAMS	✓
SAJ	
Juge de la jeunesse	

## SEQUENCE 1 : PRISE DE CONSCIENCE DU DANGER mai 2012

Une psychologue de SOS Enfants, mandatée par le SAJ, suit une enfant de 11 ans d'origine béninoise. Début mai 2012, elle se renseigne auprès du GAMS quant à la signification d'une fête que le père de l'enfant serait en train de lui préparer au Bénin et à laquelle l'enfant assisterait en décembre 2012, avant d'être mariée.

Le GAMS :

- demande davantage d'informations sur l'enfant ;
- informe SOS Enfant des circonstances pouvant mener à une excision (excision punitive par exemple) ;
- demande à SOS Enfants de se renseigner sur l'ethnie de l'enfant ;
- et propose à la psychologue de SOS Enfants d'entrer en contact avec INTACT.

Lors du second coup de fil, SOS Enfants informe le GAMS que l'enfant a été placée et que cette dernière refuse de parler avec leur psychologue. Son père lui aurait interdit de communiquer avec SOS Enfants. Le GAMS propose de rencontrer l'enfant. Cette dernière accepte.

Parallèlement à cela, SOS Enfants interpelle le SAJ qui décide de transférer le dossier au juge de la jeunesse.

## SEQUENCE 2 : RENCONTRE ET DÉBUT DU TRAVAIL DE RÉFLEXION SUR L'EXCISION juin 2012

Deux rendez-vous, auxquels la psychologue de SOS Enfants n'assistera pas, sont organisés entre le GAMS et l'enfant. Ce n'est qu'à la fin du premier, lorsqu'ils se rendent dans sa chambre que l'enfant s'ouvre et se confie. A sa demande, le second rendez-vous à lieu dans sa chambre. L'équipe du GAMS lit des passages de la bande dessinée du GAMS destinées aux jeunes « Diariatou face à la tradition » et du livre « mon destin est entre les mains de mon père » qui traite de l'excision et du mariage forcé. A la fin de cette rencontre, l'enfant demande un autre rendez-vous.

Le GAMS essaie, sans succès, d'entrer en contact avec la psychologue de SOS Enfants afin de lui rendre compte de la rencontre et prendre un nouveau rendez-vous.

## SEQUENCE 3 : LE SUIVI DE L'ENFANT de juin à août 2012

Le GAMS n'aura plus de nouvelle de l'enfant ni de la psychologue avant la fin de l'année 2012. La psychologue de SOS Enfants dit qu'elle a demandé à l'enfant si elle souhaitait revoir le GAMS et cette dernière aurait refusé. Mais l'information n'a jamais été communiquée au GAMS.

Durant l'été, SOS Enfants reçoit une ordonnance du juge de la jeunesse en charge du dossier qui met fin aux entretiens avec la famille. L'enfant et sa famille seront dorénavant suivies à domicile. Fin août 2012, l'enfant regagne son foyer.

Au début de l'année 2013, un rendez-vous entre le GAMS et la psychologue de SOS Enfants a lieu pour faire le point sur la situation et leur collaboration.

## EPILOGUE : LE GAMS N'A PLUS D'INFORMATION SUR LE DEVENIR DE L'ENFANT

Fin janvier 2013, lors de l'entretien avec la psychologue de SOS Enfants, cette dernière n'était pas en mesure de donner des informations sur le devenir de l'enfant. Le GAMS ne sait donc pas si cette dernière s'est rendue au Bénin durant le mois de décembre 2012, ni ce qui lui est arrivé.

Le SAJ est en charge du dossier.



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

# 7. ENJEUX TRANSVERSAUX

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

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

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

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

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

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

### 7.1.1. ÉVALUATION DU RISQUE

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

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

Cependant il n'existe pas, en Belgique, contrairement aux Pays-Bas, un document formel reprenant les indicateurs de risque. Les entretiens ont permis de mettre en évidence une série d'indicateurs de risque et de critères « rassurants » (voir chapitre 8) qui peut compléter ceux repris dans le protocole hollandais<sup>33</sup>.

### 7.1.2. OUTILS ADÉQUATS POUR CHAQUE SITUATION

Les entretiens révèlent un problème concernant les **outils** de sensibilisation ou de suivi (voir la situation de l'ONE) : ces derniers **existent** – la carte d'Afrique et du monde avec les prévalences par pays, le guide à l'usage des professionnels-les, le passeport STOP MGF<sup>16</sup> rappelant la loi, le certificat d'intégrité,<sup>17</sup> l'engagement sur l'honneur, etc. – **mais**, d'une part, ils ne sont **pas facilement accessibles** si on ne sait pas vers quelles associations se tourner. D'autre part, ces outils ne sont **pas toujours présents sur le lieu de travail** (voir situation de la Travel Clinic).

### 7.1.3. RÔLES ET COORDINATIONS DES ACTRICES ET ACTEURS

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

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

## LES RECOMMANDATIONS DÉCOULANT DE CES CONSTATS SONT DE :

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

## 7.2. COMMUNICATION

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

### 7.2.1. COMMUNICATION ENTRE LES PROFESSIONNELS-LES ET LES FAMILLES

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

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

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

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

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

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

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

### 7.2.2. COMMUNICATION/RELAIS ENTRE LES PROFESSIONNELS-LES

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

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

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

### LES RECOMMANDATIONS :

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

## 7.3. ACCOMPAGNEMENT DES FAMILLES SUR LE LONG TERME

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

### 7.3.1. ACCOMPAGNEMENT DES ENFANTS

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

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

### 7.3.2. ACCOMPAGNEMENT DES PARENTS CONCERNÉS PAR LA PROBLÉMATIQUE

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

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

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

### LES RECOMMANDATIONS :

- établir un organigramme clair des rôles et compétences des différentes actrices et acteurs (voir supra) ;
- réévaluer de manière régulière les situations ayant fait l'objet d'un signalement<sup>26</sup> afin de s'assurer que le risque est définitivement écarté, sans pour autant 'fliquer' les familles ;
- déterminer qui est mandaté pour suivre les familles à long terme et le faire savoir à toutes les actrices et acteurs ;
- déterminer la manière dont les associations et professionnels-les de première ligne – spécialisés-es et non spécialisés-es – peuvent soutenir les membres de la famille ayant émis un signalement, afin qu'elles et ils vivent cette situation le plus sereinement possible ;
- avoir une approche intégrée en situation de signalement d'un enfant à risque en répondant au sein de la famille aux besoins des filles et femmes déjà excisées.

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

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

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

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

### 7.4.1. PRESSION SOCIALE EN BELGIQUE POUR CONTINUER LA PRATIQUE

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

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

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

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

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

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

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

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

## LES RECOMMANDATIONS :

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

## 7.5. FORMATION DES ACTRICES ET DES ACTEURS

### 7.5.1. DÉTECTION D'UN RISQUE

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

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

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

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

### 7.5.2. EXAMEN MÉDICAL

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

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

Tout d'abord par rapport au fait-même d'examiner les parties génitales d'une enfant<sup>30</sup>. En effet, les professionnels-les de la santé ne savent pas toujours comment présenter leur demande aux parents ni comment ceux-ci vont y réagir. De plus, en fonction de l'âge de l'enfant, elles ou ils ne voient pas toujours comment lui présenter cela : si l'enfant n'est plus un nourrisson ni un bébé, il faut envisager la manière de lui présenter les choses. Quels mots choisir ? Comment s'y prendre ? Quels actes poser ?

Une fois que la proposition a été faite, lorsque la demande a été acceptée<sup>31</sup> par les parents, avant même de procéder à l'examen, il faut s'assurer que les enfants qui sont examinées sont bel et bien les enfants concernées. Ce problème est vite écarté si la ou le médecin qui les examine est leur médecin de référence et qu'elle ou il les connaît bien. Ensuite, encore faut-il que la ou le médecin puisse constater que le sexe de l'enfant est intact. Le sexe d'un nourrisson n'est pas le même que celui d'une enfant, d'une adolescente ou d'une femme. En fonction de la spécialisation du médecin, elle ou il se sentira plus ou moins à l'aise et apte à certifier l'intégrité des organes de l'enfant. En plus de cela, les médecins et le personnel soignant n'ont pas nécessairement une grande expérience des pathologies

vulvaires chez des enfants. Pour un œil non averti, certaines de ces pathologies<sup>\*37</sup> pourraient être identifiées comme une excision.

## 7.6. CONTRIBUTION DU GRAND PUBLIC DANS LA PRÉVENTION

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

### LES RECOMMANDATIONS :

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

### LES RECOMMANDATIONS :

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



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

# 8. ÉVALUATION DU RISQUE

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

## 8.1. INDICATEURS DE RISQUE

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

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

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

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

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

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

## AVANT UN DÉPART EN VACANCES

### A. Identification d'un risque

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

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

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

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

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

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

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

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

## B. « Suivi » du risque

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

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

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

## LORS DE LA NAISSANCE D'UN ENFANT

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

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

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

## 8.2. LES SIGNES « RASSURANTS »

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 9.2. LA NAISSANCE D'INITIATIVES AU SEIN DU RÉSEAU

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

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

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

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





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

# 10. LIMITES ET FORCES DE L'ÉTUDE

## 10.1. LIMITES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 10.2. LES FORCES DE L'ÉTUDE

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

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

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

# 11.

## CONCLUSIONS

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

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

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

# CHAPITRE 12

## RÉFÉRENCES

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

## CHAPITRE 13

### NOTES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

tenir compte du biais de la mémoire.

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

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

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

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

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

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

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

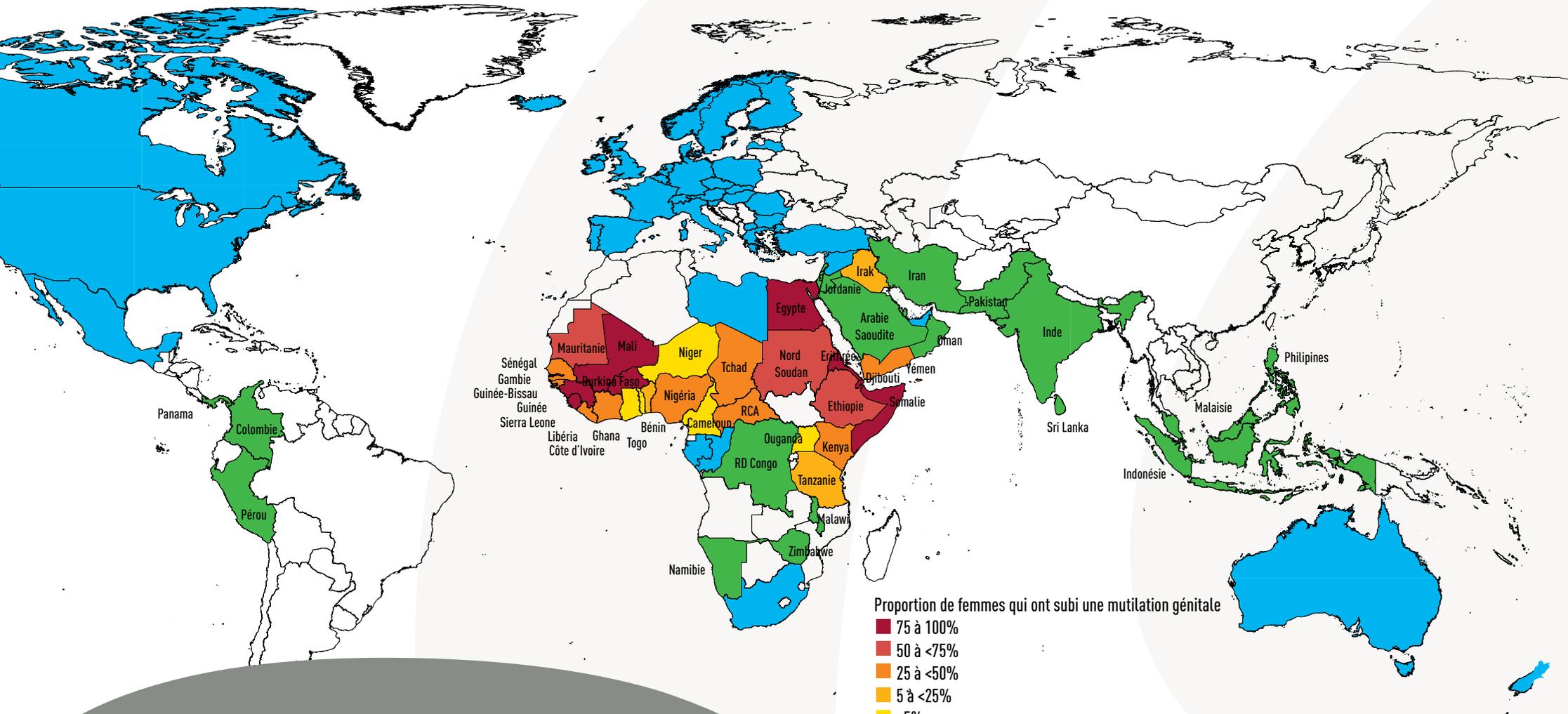
\*47. Ces informations ont été communiquées par l'ONE.

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

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

\*50. Source : site de la justice belge consulté le 26 août 2013 : [www.justice.belgium.be](http://www.justice.belgium.be)

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



## ANNEXE 1

# PRÉVALENCE DES MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES DANS LE MONDE

**Tableau 1 :**

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

Source : études DHS et MICS

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

# ANNEXE 2

## PRÉSENTATION DES DIFFÉRENTS ORGANISMES ET INSTITUTIONS

### 3.1, ASSOCIATIONS SPÉCIALISÉES SUR LES MGF

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

#### 2.1.1. COLLECTIF LIÉGEOIS DE LUTTE CONTRE LES MGF (CL-MGF)<sup>\*41</sup>

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

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

Leurs objectifs sont :

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

Leurs actions sont :

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

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

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

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

### 3.1.2. GAMS\*42

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

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

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

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

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

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

### 3.1.3. INTACT\*43

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

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

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

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

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

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

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

CONTACT  
INTACT ASBL  
RUE DES PALAIS, 154  
1030 - SCHAEERBEEK  
02/539.02.04  
[CONTACT@INTACT-ASSOCIATION.ORG](mailto:CONTACT@INTACT-ASSOCIATION.ORG)  
OUVERT TOUS LES JOURS DE 9H À  
17H

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**KARIN VAN DER STRAETEN,**  
**COLLABORATRICE DU DÉLÉGUÉ**  
**GÉNÉRAL**

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

### 3.3. EDUCATEURS ET EDUCATRICES\*45

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

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

L'éducateur-trice spécialisé-e doit pouvoir :

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

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

### 3.4. AIDE AUX ENFANTS VICTIMES DE MALTRAITANCE\*46

#### 3.4.1. EQUIPES SOS ENFANTS

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

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

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

Elles proposent :

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

En plus, les équipes SOS Enfants organisent :

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

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

- l'enfant jusque 18 ans ;

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

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

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

#### 3.4.2. COORDINATION DE L'AIDE AUX VICTIMES DE MALTRAITANCE

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

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

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

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

Cette commission ne traite pas de cas individuel.

## 3.5. OFFICE DE LA NAISSANCE ET DE L'ENFANCE – ONE<sup>\*46</sup>

### 3.5.1. MISSIONS DE L'ONE

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

### Accueil de l'enfant de 0 à 12 ans

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

### Accompagnement des familles

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

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

### Missions transversales

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

### 3.5.2. TRAVAILLEUSES ET TRAVAILLEURS MÉDICO-SOCIAUX – TMS<sup>\*51</sup>

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

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

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

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

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

- de visites à domicile ;

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

### Visite à domicile (VAD)

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

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

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

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

Pour différentes raisons, les visites à domicile peuvent être remplacées

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

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

### Consultation médicale préventive

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

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

### Consultations prénatales

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

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

Ils proposent un accompagnement sur le plan médical et social

pendant tout le déroulement de la grossesse.

### Activités collectives

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

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

## 3.6. CENTRES PSYCHO-MÉDICO-SOCIAUX (PMS) & SERVICE DE PROMOTION DE LA SANTÉ À L'ÉCOLE (PSE)<sup>\*47</sup>

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

Le recours à ces services est gratuit. Leur rôle n'est pas seulement de détecter certaines maladies ou de prévenir la transmission de maladies infectieuses mais aussi d'assurer le bien-être des enfants dans leur environnement. Ces deux services travaillent en étroite collaboration.

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

de la santé. Leurs missions sont :

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

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

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

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

## 3.7. LA POLICE

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

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

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

### 3.7.1. POLICE LOCALE

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

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

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

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

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

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

### 3.7.2. POLICE FÉDÉRALE

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

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

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

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

### 3.8. SERVICE D'AIDES À LA JEUNESSE (SAJ) & SERVICE DE PROTECTION JUDICIAIRE (SPJ)\*49

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

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

### 3.9. LES SERVICES JUDICAIRES\*50

#### 3.9.1. PARQUET

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

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

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

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

#### 3.9.2. JUGE DE LA JEUNESSE

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

Le juge de la jeunesse est compétent :

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

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

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

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

#### 3.9.3 PRÉSIDENT DU TRIBUNAL DE PREMIÈRE INSTANCE EN RÉFÉRÉ

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

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

## ANNEXE 3

### BIBLIOGRAPHIE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

IEFH (coordonné par), 2010, *Plan d'Action National de lutte contre la violence entre partenaires et d'autres formes de violences intrafamiliales 2010-2014 : approuvé par la Conférence interministérielle Intégration dans la société le mardi 23 novembre 2010*, Bruxelles. Consulté le 16 septembre 2013 à l'adresse URL : [http://igvm-iefh.belgium.be/fr/publications/nationaal\\_actieplan\\_ter\\_bestrijding\\_van\\_partnergeweld\\_en\\_andere\\_vormen\\_van\\_intrafamiliaal\\_geweld\\_2010-2014.jsp](http://igvm-iefh.belgium.be/fr/publications/nationaal_actieplan_ter_bestrijding_van_partnergeweld_en_andere_vormen_van_intrafamiliaal_geweld_2010-2014.jsp)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et

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

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

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

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



Maquette et mise en page:  
3 Miles Up - [www.3milesup.org](http://www.3milesup.org)





Recherche-action menée dans le cadre des



Promoteur de la recherche :



Soutien méthodologie :



Observatoire  
du sida et des sexualités

