MUTILATIONS SEXUELLES

DÉCONSTRUIRE LES IDÉES REÇUES

STRATÉGIES CONCERTÉES MGF

Publié à Bruxelles en octobre 2016

Ce texte a été édité par le GAMS Belgique dans le cadre des Stratégies Concertées de lutte contre les MGF (SC-MGF), grâce à des subventions PCI de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Comité de rédaction :

Katrien De Koster, coordinatrice antenne Flandre du GAMS Belgique

Stéphanie Florquin, coordinatrice des SC-MGF et chargée de projets au GAMS Belgique

Jessica Tatout, chargée de projets GAMS Belgique

Graphisme : Olivier Jacqmain

Illustrations : Anouk Jurdant

Comité de relecture :

Fabienne Richard, directrice GAMS Belgique et sage-femme à CeMAViE, CHU St-Pierre

Seydou Niang, chargé de projets GAMS Belgique et SIREAS

Halimatou Barry, coordinatrice antenne Wallonie GAMS Belgique

Daniela Bishop, Secrétaire de direction et chargée de communication GAMS Belgique

Carolina Neira Vianello, infirmière sociale, GAMS Belgique

Assiatou Diallo, étudiante assistante sociale, stagiaire au GAMS Belgique

Omar Ba, historien & consultant diversité et inclusion, SCEED

Fanny Colard, chargée de mission, Fédération des Centres Planning Familial des FPS

Lucie Goderniaux, chercheuse au bureau d'études de l'Université des Femmes

Céline Liurno, psychologue et sexologue, Centre de Planning familial FPS Réseau Solidaris Liège

Ken NDiaye, socio-anthropologue

Catherine Wallemacq, coordinatrice SOPHIA – Réseau belge des études de genre

STRATÉGIES CONCERTÉES MGF

Pour citer ce document : GAMS Belgique (2016) « Mutilations sexuelles - Déconstruire les idées reçues », Bruxelles.

MUTILATIONS SEXUELLES

DÉCONSTRUIRE LES IDÉES REÇUES

STRATÉGIES CONCERTÉES MGF

INTRODUCTION

Les mutilations génitales féminines (MGF), communément appelées « excision », font partie des violences de genre, perpétuées envers les femmes parce qu'elles sont femmes. Si elles invoquent souvent des sentiments très forts, elles sont aussi bien trop souvent méconnues du grand public. Ainsi, il existe une multitude d'idées reçues autour de la problématique des mutilations génitales féminines, vues comme une pratique concernant uniquement les communautés subsahariennes musulmanes. Ces idées stigmatisent bien trop souvent les communautés concernées, les présentant comme des « barbares », et les femmes touchées par la pratique, perçues comme des victimes passives. Nous souhaitons nous distancier d'un discours colonialiste et mettre en avant le rôle actif et la résistance des femmes concernées.

Avec cette publication, les Stratégies Concertées de lutte contre les mutilations génitales féminines (SC-MGF) et le Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles féminines (GAMS Belgique) veulent déconstruire les idées reçues et les stéréotypes sur les « victimes et auteurEs » des mutilations génitales féminines (MGF). Nous avons choisi d'aborder 12 idées reçues que nous entendons

souvent dans notre travail, que ce soit avec les partenaires professionnelLEs, dans les discussions avec le grand-public ou dans l'accueil de femmes concernées. Nous voulons également démontrer que l'analyse doit tenir compte des normes sociales pesant non seulement sur le corps des femmes mais aussi sur celui des enfants, des hommes et des personnes intersexes. Il est par ailleurs important de souligner que les idées émises dans ce texte ne peuvent en aucun cas être généralisées à toutes les femmes excisées (ou non-excisées) ou à toutes les communautés concernées.

Cette publication est destinée aux professionnelLEs accompagnant des femmes ayant subi ou étant à risque de MGF, les étudiantEs et enseignantEs souhaitant aborder cette question dans leur cursus, les militantEs travaillant sur la question des violences de genre, les institutions publiques, ou toute autre personne intéressée par cette problématique. À notre avis, une meilleure compréhension des mutilations génitales féminines est indispensable à un accompagnement de qualité des femmes concernées par cette problématique.

Nous sommes convaincuEs qu'en déconstruisant les idées reçues et en ouvrant l'esprit des individuEs, il est possible de construire une société égalitaire, inclusive et non-violente.

"Les mutilations génitales féminines ne sont pratiquées qu'en Afrique Sub-Saharienne"

On a longtemps pensé que les pratiques de mutilations sexuelles féminines étaient limitées à l'Afrique. Or, depuis quelques décennies des études ont prouvé que cette pratique se retrouve également dans plusieurs pays d'Asie et du Moyen-Orient tels que l'Inde, l'Indonésie, l'Iran, la Malaisie, le Pakistan et le Yémen. Nous les retrouvons aussi dans les communautés kurdes en Irak ou en Syrie ainsi que dans des communautés indiennes d'Amérique du Sud (comme les Embera en Colombie). Sans oublier qu'elles se retrouvent dans les populations migrantes des pays cités précédemment.

Le fait de voir les mutilations génitales féminines comme une « pratique africaine » sous-entendrait également que toutes les communautés africaines les pratiquent. Or, c'est loin d'être le cas. Dans certains pays d'Afrique subsaharienne, tels que par exemple le Madagascar, Botswana, la République Démocratique du Congo, l'Afrique du Sud ou la Zambie, les mutilations génitales ne sont soit pas du tout pratiquées ou ne sont pratiquées que par certaines communautés minoritaires ou des communautés migrantes. De plus, les prévalences peuvent varier fortement au sein d'un même pays, en fonction des ethnies ou des régions.

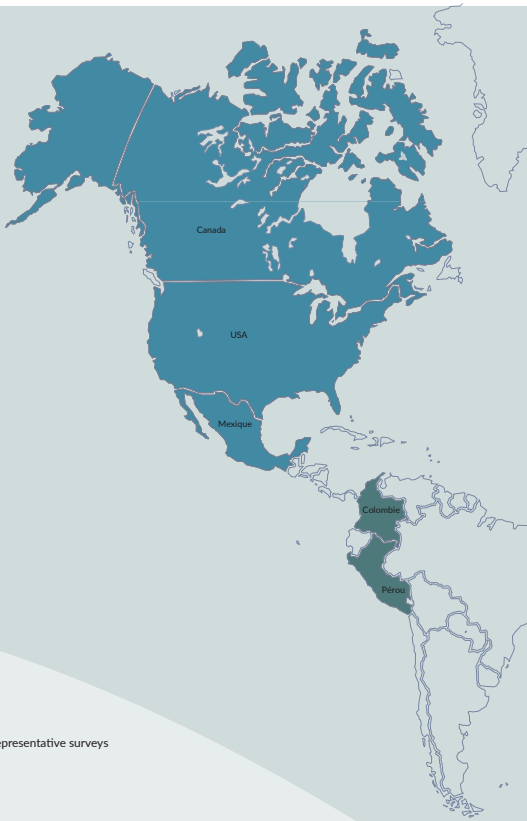
La raison principale pour laquelle les mutilations génitales féminines ont été présentées comme un « problème africain » est que les publications de l'OMS ou de l'UNICEF ne tiennent compte que des chiffres obtenus via les études démographiques

et santé (EDS ou DHS en français) ou MICCS (Multiple Indicator Cluster Surveys[1]). Pour avoir des données sur la pratique des mutilations génitales féminines, il faut que le pays accepte d'ajouter un module spécifique sur ce sujet, souvent considéré comme « sensible », dans son questionnaire. Or, plusieurs pays d'Asie n'ont pas ajouté ce module et l'on n'a donc pas pu obtenir des chiffres officiels et validés, comme pour l'Afrique. Les publications incluant uniquement une carte d'Afrique pour représenter les MGF montrent donc une image tronquée, parcellaire de la réalité de ces pratiques. Il est important, même si ces données nationales et officielles ne sont pas encore disponibles, que les rapports de recherches réalisés par des organisations non-étatiques soient pris en compte et mentionnés dans les rapports de l'UNICEF ou de l'OMS et que l'on présente une carte du monde, et non une carte de l'Afrique, afin de montrer la globalité du problème.

Le meilleur exemple est l'Indonésie. Plusieurs organisations activistes avaient soulevé une pratique de l'excision médicalisée à grande échelle en Indonésie, mais les autorités refusaient d'introduire le module spécial MGF dans leur DHS. Ceci est maintenant chose faite et l'on a pu mesurer l'ampleur de la pratique (plus de 50% des filles de 0-14 ans sont excisées en Indonésie). Ces nouveaux chiffres officiels ont fait grimper la prévalence mondiale des MGF de 130 à 200 millions de filles et de femmes excisées dans le monde (UNICEF 2016).

Une vue incomplète des régions où se pratiquent les MGF peut avoir des conséquences sur le soutien social, médical et juridique disponible pour les femmes concernées. Les équipes des associations spécialisées dans les MGF remarquent que les instances d'asile ou associations partenaires leur réfèrent en majorité des personnes issues des régions subsahariennes alors que d'autres nouvelles arrivantes, notamment d'Irak, d'Iran et d'Égypte, ne leur sont que plus rarement orientées. Le manque d'accès à un suivi professionnel pour certaines femmes peut avoir des conséquences sur leur santé ou leur procédure d'asile.

Prévalence des MGF

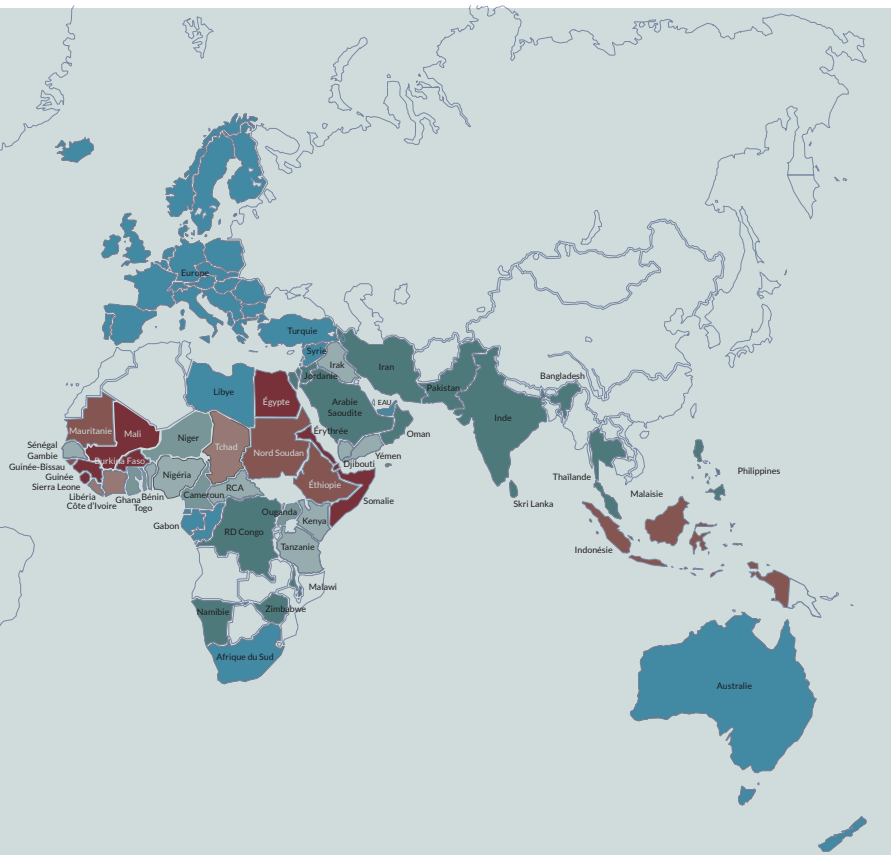


- 75 - 100%
- 50 - 75%
- 25 - 50%
- 5 - 25%
- 0 - 5%
- Limité à certaines communautés / Pas de données nationales
- Cas rapportés parmi la population migrante

Source: UNICEF Global Database 2016, based on DHS, MICS and other nationally representative surveys
© GAMS Belgique

« Une organisation partenaire suivait depuis plusieurs années une femme d'origine kurde. La femme se plaignait de difficultés psychologiques et était suivie par un psychologue mais celui-ci n'arrivait pas à identifier les difficultés de la femme, jusqu'au point où il se demandait si la femme avait vraiment besoin d'un accompagnement psychologique. C'est à ce moment qu'une collègue de cette association s'est rendue compte que les MGF se pratiquent également dans les communautés kurdes. En abordant ce sujet avec la femme, il s'est avéré que ses difficultés psychologiques étaient en effet liées aux mutilations qu'elle avait subies. Vu le tabou qui règne sur ce sujet, elle n'avait pas osé l'aborder. Depuis, un accompagnement psychologique adapté a été mis en place. »

Katrien De Koster, GAMS Belgique



De plus, le fait de mettre l'accent uniquement sur les pratiques de mutilations génitales féminines en Afrique subsaharienne peut conduire à des généralisations sur les « femmes noires » qui seront considérées comme des « victimes » et « femmes mutilées ».

"En Europe on n'excise pas les femmes/filles"

Avec l'idée que les MGF ne sont pratiquées que dans les pays dits « en développement » il y a aussi l'idée que les MGF ne sont pas une pratique « occidentale » ou européenne. Or, au cours de l'histoire, différentes formes de MGF ont été constatées en Europe et aux États-Unis.

Jusqu'à la fin du 19ème siècle, la clitoridectomie était en effet pratiquée dans un cadre médical. En excisant le clitoris des femmes, on voulait les « soigner » de « maladies » telles que l'hystérie, la nymphomanie, l'homosexualité et la masturbation, entre autres. Une fois qu'il a été prouvé que la pratique n'avait aucun effet positif sur la santé, cette forme de MGF a été bannie en Europe. Depuis, les MGF ont été pénalisées dans les pays occidentaux.

En Belgique, la loi interdit les MGF sur les petites filles et les femmes, qu'elles soient mineures ou majeures, consentantes ou non. L'article 409 du Code pénal (2001) prévoit une peine de 3 à 5 ans de prison pour « quiconque aura pratiqué, facilité ou favorisé toute forme de mutilation des organes génitaux d'une personne de sexe féminin, ou tenté de le faire, avec ou sans consentement de celle-ci ». Le fait que la victime soit mineure constitue une circonstance aggravante. Or, malgré l'existence de lois interdisant les MGF dans les différents pays européens, des personnes vivant en Europe sont concernées par les MGF.

En effet, les études de prévalence estiment à 180 000 le nombre de filles/femmes à risque de MGF vivant en Europe. En Belgique, ce chiffre s'élève à plus de 4 000. Notons que ces données portent exclusivement sur les filles/femmes originaires de pays hors de l'Europe où les MGF sont considérées comme « une tradition ». Le risque concerne principalement les retours au pays (pendant les vacances par exemple). Actuellement, il n'y a aucune preuve que l'excision, dans sa « définition traditionnelle », soit pratiquée sur le sol belge.

Par contre, en France il y a déjà eu plus d'une trentaine de procès pour des excisions faites sur le sol français. Une étude, commandée par l'INED, a estimé que 28% des filles nées dans les années 1980 en France d'une maman excisée avaient été excisées à leur tour, soit sur le sol français soit lors d'un retour au pays d'origine. Ce taux serait passé à 1% pour celles nées dans les années 1990 suite aux procès publics qui ont eu lieu à Paris à cette période (Andro, Lesclingand et Pourette, 2009). Le livre « Exciseuse » de Natacha Henry et Linda Weil Curiel (2007) retrace le parcours d'Hawa Gréou, cette exciseuse malienne qui a pratiqué des centaines d'excisions dans un appartement privé de la banlieue parisienne avant d'être arrêtée et jugée.

« Lors d'une formation en Belgique auprès de professionnelLEs de santé, une participante est venue vers moi à la fin du cours pour me dire qu'elle avait été excisée à Londres quand elle avait 7 ans. Elle habitait Paris, elle a pris l'Eurostar avec ses deux parents sans être inquiétée. Deux ans après, ils ont refait le même chemin avec sa petite sœur. Elle faisait partie de la communauté des Borhas, une communauté musulmane indienne classée comme groupe sectaire en France. »

Fabienne Richard, GAMS Belgique

En Belgique, les associations spécialisées ont été en contact avec des médecins à qui des parents ont demandé s'ils/elles pratiquaient l'excision. Selon certaines rumeurs, il y aurait eu des exciseuses qui exerçaient à Bruxelles, Verviers et Anvers mais ceci n'a pas pu être démontré par des preuves tangibles. Des médecins ont cependant signalé des cas de petites filles nées en Belgique et excisées lors d'un retour au pays.

Il est important que chacunE, professionnelLE ou citoyenNE, signale les risques ou cas d'excision dont ils sont témoins, car cela permettrait de sauver des centaines de petites filles vivant sur le territoire belge. Le but d'un signalement n'est pas forcément en premier lieu de « punir » les auteurEs d'une excision, mais avant tout de mettre en place une médiation et sensibilisation afin de protéger les filles.

"L'EXCISION EST IMPOSÉE PAR LA RELIGION MUSULMANE"

La religion est l'une des raisons les plus souvent évoquées en faveur de la pratique des MGF. Les MGF sont souvent vues comme une « pratique musulmane ». Cela s'explique par le fait qu'elles sont réalisées par différentes communautés musulmanes. Cependant, toutes les communautés musulmanes (telles que celles du Maroc, de l'Algérie, de la Tunisie, etc.) ne les pratiquent pas, alors que de nombreuses communautés non-musulmanes, chrétiennes ou animistes, le font. C'est le cas au Burkina Faso et en Sierra Leone, par exemple (voir carte de prévalence), où les MGF sont pratiquées à la fois par les communautés chrétiennes et musulmanes.

En fait, bien que les MGF soient mentionnées dans certains passages des différents livres religieux, la pratique n'est pas imposée par la religion musulmane, ni par d'autres religions. Certaines autorités religieuses s'opposent à la pratique, d'autres l'encouragent ou adoptent une position neutre.

« En effet, il s'agit d'une pratique traditionnelle qui existait bien avant l'avènement des religions monothéistes comme l'Islam. Après la conversion des peuples à ces religions, certaines traditions ont été intégrées dans la pratique religieuse et reproduites au nom de la religion. Au fil du temps, nous avons fait un amalgame entre la tradition et la religion. »

Omar Ba, historien

Les MGF se pratiquent dans un cadre complexe de normes et de convictions. En fonction du pays, du groupe ethnique et de l'époque, différents arguments sont invoqués en faveur de la pratique : la tradition, la cohésion sociale, le contrôle de la sexualité des femmes, la beauté, etc. Maintes combinaisons sont possibles. Bien que la religion soit parfois évoquée dans ce contexte, cet élément ne peut, à lui seul, expliquer l'existence ou la pérennité de la pratique. On note cependant une différence entre le continent africain et l'Asie. Autant en Afrique subsaharienne la pratique a précédé les religions monothéistes et parmi les groupes concernés l'on trouve des musulmans, chrétiens et des animistes. Autant en Asie, où la pratique a démarré plus tard, elle est revendiquée comme une exigence religieuse, au même titre que la circoncision masculine ; on parle ainsi de « circoncision féminine islamique » en Indonésie (Stop FGM Middle East).

Dans le but d'abolir les MGF et d'offrir une prise en charge adaptée à toute personne qui est confrontée à la pratique, une bonne compréhension de leurs origines est importante. Cela permet de mieux aborder le sujet et, avant tout, d'identifier correctement les personnes concernées. La pratique d'une certaine religion n'indique pas forcément une adhésion à la tradition des MGF. D'autres facteurs fiables peuvent indiquer si le risque de MGF est présent : la prévalence de la pratique dans la famille, le pays, l'ethnie d'origine, etc.[2]

"LES PERSONNES QUI PRATIQUENT L'EXCISION SONT DES « BARBARES », ILS ET ELLES SONT IRRATIONNELLES"

Ce raisonnement est simpliste en plus d'être le terreau de préjugés racistes.

Il est indéniable que les MGF ont de lourdes conséquences sur la santé physique et mentale des femmes, à court comme à long terme (en plus d'être douloureuses, elles peuvent entrainer la mort). C'est pour cette raison que de nombreuses personnes considèrent les parents comme de « mauvais parents » et la famille, l'exciseur/euse, la communauté comme des « barbares ». Cette réaction est souvent la première face à la réalité des MGF.

Comment une maman, qui a subi cette pratique et en connaît les douleurs, peut soumettre ses propres filles au même sort ? Pourquoi une exciseuse, qui entend les cris, voit la douleur qu'elle cause, peut continuer à exercer son métier ? Comment est-ce qu'un père, qui a perdu sa sœur d'une complication de l'excision, peut continuer à soutenir la pratique ?

Pour comprendre l'excision, il faut savoir qu'il ne s'agit pas d'une pratique isolée relevant exclusivement de la sphère privée et du ressort des femmes. Les mutilations génitales féminines s'inscrivent dans un ensemble complexe de pratiques rituelles et quotidiennes de construction des rôles et des statuts sexués masculins et féminins. Dans certaines communautés, l'excision est un passage obligé pour qu'une fille soit considérée comme une femme adulte, un membre à part entière de sa communauté et une candidate potentielle pour

un mariage. Lorsqu'exciser est la norme dans une communauté, ses membres peuvent subir une lourde pression sociale. Les raisons données pour justifier la pratique sont diverses et varient d'un contexte à l'autre : le respect de la tradition, la protection de la virginité et de la fidélité des femmes, l'obligation religieuse, etc. Certaines communautés sont convaincues que l'excision est hygiénique et bénéfique pour la santé. Ces idées reçues s'expliquent par la grande méconnaissance du clitoris (comme de l'ensemble du sexe féminin) dans de nombreuses parties du monde, y compris en Europe : le clitoris serait source de « promiscuité sexuelle », il continuerait à pousser si l'on ne coupe pas, il est nocif pour le bébé, etc. Enfin à cela s'ajoute la méconnaissance des conséquences des MGF.

Au regard de ces éléments, on ne peut considérer le fait de soumettre sa fille aux MGF comme un choix irrationnel. En acceptant l'excision de leur fille, la famille souhaite la protéger contre la stigmatisation et l'exclusion sociale et garantir sa place dans la société et le respect de celle-ci. S'opposer à la pratique peut, au contraire, mener à des persécutions et des violences et c'est alors cette option qui est irrationnelle.

« La femme qui n'est pas excisée, on l'appelle 'bilakoro mousso', cela veut dire que même si tu es une femme d'un certain âge, au lieu d'être une femme adulte on va te traiter comme une petite fille… »

Un homme malien interviewé
pour la recherche Men Speak Out

CertainEs chercheurEs et militantEs estiment que les campagnes de sensibilisation contre les MGF, menées par les institutions et organisations internationales, sont teintées par une vision néo-colonialiste. L'un des arguments des Etats colonisateurs en faveur de la colonisation était qu'il fallait « apporter la civilisation aux races inférieures ». Cette idée était véhiculée dans les récits des anthropologues occidentaux de l'époque. Les femmes colonisées étaient perçues comme des victimes opprimées, impuissantes et sans-voix qui devaient être protégées contre leurs partenaires masculins et leurs coutumes (Janice Boddy, 2007). Par conséquent, certaines campagnes internationales (et occidentales) autour des « pratiques culturelles néfastes » seraient, encore aujourd'hui, nourries et renforcées par cette pensée évolutionniste hiérarchique selon laquelle la société occidentale serait civilisée et non-violente et toutes les « autres » sociétés seraient « barbares », « irrationnelles » et « en développement ».

"L'EXCISION, C'EST UNE AFFAIRE DE FEMMES"

Les MGF sont généralement perçues comme une « affaire de femmes ». Certes, la pratique touche en premier lieu les femmes car ce sont elles qui la subissent et qui, par conséquent, souffrent directement des complications. De plus, ce sont souvent - mais pas uniquement - les femmes qui décident qu'une fille doit être excisée. Non seulement la mère, mais aussi les grand-mères, les tantes, voire les amies et voisines ont leur mot à dire. Dans de nombreuses communautés, ce sont majoritairement les femmes, exciseuses traditionnelles ou soignantes, qui réalisent l'intervention. C'est pourquoi, partout dans le monde, beaucoup d'initiatives de lutte contre les MGF se sont essentiellement adressées aux femmes.

Or, les mutilations génitales féminines sont une pratique ancrée dans la tradition patriarcale en général. Comme nous l'avons déjà vu, les MGF représentent une norme sociale forte dans les communautés pratiquantes. Elles sont parfois un passage obligé pour qu'une fille puisse « devenir une femme ». Cette pratique patriarcale s'inscrit dans le contrôle exercé sur les femmes au niveau de leur corps et de leur sexualité, et fait partie des nombreuses violences de genre dont les femmes sont victimes justement parce qu'elles sont femmes. Dans beaucoup de communautés concernées, l'excision a pour but de garantir la « moralité » des femmes (et ainsi, de toute la société) en assurant leur virginité pré-matrimoniale et leur fidélité après le mariage. La pratique est parfois une obligation pour que la femme puisse se marier. Aussi, la pression sociale qui pousse les parents à soumettre

leurs filles à la pratique est exercée par toute la communauté, les hommes comme les femmes. D'une part, les hommes participent à la perpétuation de la pratique en tant qu'individus, par exemple lorsqu'un homme refuse d'épouser une femme qui n'a pas été excisée ou lorsqu'un père participe au financement de l'excision de ses filles. D'autre part, les hommes en tant que groupe social sont les premiers bénéficiaires du système patriarcal qui leur garantit le pouvoir social et économique. Etant donné le pouvoir qu'ils détiennent dans la société, ils ont forcément un rôle à jouer dans le maintien ou l'abandon de pratiques telles que les MGF. Il est ainsi impératif que les hommes questionnent leurs privilèges et prennent leurs responsabilités dans la lutte contre cette violence faite aux femmes.

De plus, les hommes sont indirectement affectés par la pratique. D'abord, le fait de voir les femmes et filles de leur famille souffrir des MGF peut avoir des conséquences psychologiques sur eux. Aussi, alors que la satisfaction sexuelle des hommes telle que mise en avant pour justifier les MGF est rarement questionnée, les conséquences sexuelles des MGF touchent également les hommes. Certains ont notamment des souvenirs traumatisants des premières relations avec une femme infibulée, quand la pression sociale les oblige à « ouvrir » leur partenaire pour prouver leur virilité.

Les hommes ont un rôle important à jouer dans l'abolition des MGF. En tant que membres de leur communauté, il est important qu'ils expriment à haute voix leur volonté d'abolir la pratique et qu'ils participent au processus de sensibilisation. Or, les hommes ignorent souvent l'ampleur de l'excision. Ainsi, ils doivent être informés des conséquences néfastes de la pratique afin de pouvoir participer au processus d'abandon.

« Dans ma famille, toutes les filles sont excisées et je n'avais jamais considéré cela comme une pratique néfaste où il y a des complications, où il y a un danger. C'est au moment où j'ai commencé à travailler pour une ONG qui œuvrait contre l'excision que j'ai été sensibilisé et que je me suis rendu compte qu'il y avait des problèmes liés à la pratique. Aujourd'hui je travaille au GAMS Belgique sur le projet Men Speak Out[3], un projet qui vise à impliquer les hommes dans le travail contre les MGF. Au fur et à mesure des formations les hommes prennent conscience de l'ampleur du problème. Aujourd'hui ils sont décidés de soutenir les femmes de leurs communautés et à lutter contre l'excision. »

Seydou Niang,
GAMS Belgique

Le manque de connaissances des hommes sur la problématique s'explique notamment par le tabou important autour des MGF. À cause de cela, hommes et femmes ne parlent que rarement du sujet entre eux. Ils/elles ne connaissent donc pas l'opinion de l'autre et continuent à pratiquer les MGF, pensant que ceci est le souhait de l'autre. Le dernier rapport d'UNICEF sur les MGF (2013) montre que dans plusieurs pays, les femmes sous-estiment la part d'hommes qui souhaite abandonner la pratique. Aussi, en Guinée, Sierra Leone et Tchad, les hommes sont plus nombreux que les femmes à s'y opposer.

« Une femme que je suivais m'a confié qu'elle voulait faire exciser sa fille. Je lui ai demandé ce que son mari en pensait. Elle ne savait pas, donc elle a abordé le sujet avec lui. C'est seulement à ce moment qu'elle a compris que le papa de l'enfant s'opposait à l'excision. Les parents ont donc décidé ensemble de ne pas soumettre leur fille à la pratique. Sans cette conversation, la fille aurait couru un grand risque. »

Une professionnelle de la petite enfance en Belgique

Les mutilations génitales féminines ne sont donc pas qu'une affaire de femmes, mais une affaire de toute la communauté. Pour mettre fin à la pratique, il est important de sensibiliser toutes les personnes concernées.

"Une femme excisée est une victime"

L'excision a des significations très différentes quand il s'agit de la « féminité », en fonction de l'interprétation culturelle que l'on en fait. Pour certaines communautés pratiquantes, elle est vue comme essentielle pour la « création » de la féminité et du statut de femme adulte, alors que pour d'autres, elle est vue comme l'effacement même de cette féminité et de la possibilité d'être considéré comme « femme ».

CertainEs auteurEs considèrent qu'en Occident, le clitoris est devenu un symbole de l'émancipation des femmes. Par conséquence, l'excision serait également devenue LE symbole de l'oppression des femmes. Or, des critiques estiment qu'il s'agit d'une vision euro-centrée et réductrice de la réalité des femmes concernées. De plus, selon ces critiques, les opposantEs aux MGF occidentales/taux ont eu tendance à nier les mouvements féministes des pays africains, et notamment l'opposition historique aux MGF. L'anthropologue Rogaia Mustafa Abusharaf (2000) donne ainsi l'exemple de la tradition de mouvements de droits des femmes au Soudan et ailleurs en Afrique, rappelant que les femmes africaines ne sont pas des « victimes passives » qui auraient besoin d'être « sauvées ». Même s'il est évidemment impossible de généraliser sur la vision des « AfricainEs » et celle des « EuropéenNEs », les associations spécialisées belges remarquent en effet, dans leur travail quotidien, que cette vision des femmes ayant subi les MGF comme des victimes passives est très répandue. Par exemple, le témoignage de « victimes » semble d'avantage attirer certainEs interlocuteurs-trices, tels que les médias.

« Le GAMS Belgique est une équipe de femmes et d'hommes issuEs de cultures différentes et ayant des nationalités différentes, qui se battent ensemble contre les violences de genre. Mais, dans les médias par exemple, on cherche souvent à représenter les collègues africaines comme des victimes. On attend de nous que nous témoignions de notre vécu personnel de la violence que nous avons subi. Notre rôle en tant que militantes et professionnelles, en Belgique et dans nos pays d'origine, est repoussé au second plan. Cela ne plaît pas autant aux médias. »

Halimatou Barry,
coordinatrice de l'antenne Wallonie,
GAMS Belgique

S'il est évidemment important de reconnaître les MGF comme une violence, le fait d'en avoir été victime ne doit pas être vu comme une identité. Il est important de reconnaître les femmes comme actrices de leur vie et de valoriser leurs ressources intérieures pour se reconstruire après cette expérience traumatique. Parfois cette reconstruction demande l'aide et le soutien de professionnelLEs.

« La femme que vous recevez en consultation a subi une mutilation, elle n'est pas une femme mutilée. »

Annalisa d'Aguanno,
psychologue,
GAMS Belgique

La victimisation peut être un frein à la résilience et à la reconstruction psychique. Cette réflexion est d'ailleurs valable pour d'autres violences de genre comme les violences conjugales ou le viol.

"Les femmes excisées n'ont pas de plaisir sexuel"

Les MGF sont une atteinte aux organes sexuels externes des femmes. La pratique peut donc mener à des conséquences au niveau de la sexualité, comme des douleurs pendant le rapport, des déchirures (liées à l'infibulation) et des difficultés à ressentir du plaisir, voire même l'absence totale de plaisir. L'une des raisons invoquées pour pratiquer les MGF est d'ailleurs de contrôler la sexualité des femmes.

À partir de ces réalités se forment de fausses idées reçues, telles que l'idée que les femmes excisées ne pourraient jamais avoir de plaisir sexuel ou que les femmes qui ne sont pas excisées ne penseraient qu'au sexe. Ces idées peuvent être présentes chez les personnes qui ne sont pas concernées par les MGF ainsi que chez les personnes originaires de communautés pratiquantes.

« De mon côté, les stéréotypes les plus courants chez mes patientes excisées sont d'une part l'idée que les « femmes blanches non excisées » sont des « bombes sexuelles » alors que les femmes excisées elles-mêmes pensent que parce qu'elles sont excisées elles ne peuvent avoir de plaisir »

Cendrine Vanderhoeven,
sexologue, CeMAViE[4]

Même si des difficultés sexuelles sont possibles, elles ne concernent pas toutes les femmes excisées. Il est important de signaler que certaines femmes qui ont subi une MGF sont satisfaites de leur vie sexuelle. A contrario, des troubles sexuels peuvent concerner toute personne, qu'on soit une femme excisée ou non, ou un homme. Le vécu de sa sexualité est influencé par différents facteurs, dans le présent comme dans le futur. Le fait d'avoir subi une MGF peut être un facteur ayant une conséquence négative sur la sexualité, mais ne l'est pas toujours. Pour celles qui souffrent de conséquences sexuelles, un soutien psychologique, sexologique et/ou médical (seule ou avec le/la partenaire), peut aider à mieux vivre sa sexualité.

Souvent, une très grande importance est attachée à l'absence ou la présence du clitoris, le seul organe humain spécifiquement dédié au plaisir sexuel. Bien qu'il existe une multitude de formes différentes de MGF (types I à IV et de nombreuses variantes au sein de chaque groupe) il convient de noter que toutes les femmes gardent la grande partie de leur clitoris. Le clitoris n'est pas seulement la partie externe et visible, mais mesure entre 8 et 12 cm et s'étend à l'intérieur du corps, autour du vagin. Lors d'une clitoridectomie, seule la partie externe est enlevée. Bien que parfois difficiles, des sensations au niveau du clitoris sont donc toujours possibles. De plus, le clitoris joue un rôle important dans la sexualité des femmes, mais il ne faut pas oublier que le corps humain contient d'autres zones érogènes. En découvrant l'intégralité de son corps, une femme peut apprendre différentes façons de ressentir le plaisir. Enfin, toutes les MGF n'incluent pas une ablation du clitoris.

« Le fait de penser à la sexualité ou d'avoir envie de caresses sexuelles ou de rapports intimes peut apparaître spontanément chez toutes femmes, qu'elles soient excisées ou non. La curiosité sexuelle, le fait de se questionner sur le corps, de le regarder, de le toucher, de se procurer des caresses, est une attitude saine que l'on retrouve dès l'enfance. La sexualité est une dimension humaine qui se développe et s'apprend tout au long de la vie. La présence ou l'absence du clitoris n'a pas d'incidence sur ce phénomène. »

Céline Liurno,
psychologue et sexologue,
Centre de Planning familial FPS Solidaris Liège

"LES FEMMES EXCISÉES DOIVENT ÊTRE « RÉPARÉES »"

Les conséquences des MGF, tant au niveau physique qu'au niveau sexuel, peuvent être prises en charge à travers différents traitements. Par exemple, les MGF peuvent entraîner des infections qui devront être traitées avec des antibiotiques. Une infibulation peut être ouverte chirurgicalement pour faciliter le flux des urines et de la menstruation, les relations sexuelles et l'accouchement. Cette désinfibulation a des effets positifs sur la santé de la femme et est (souvent) médicalement indiquée.

La reconstruction clitoridienne est d'un autre ordre puisqu'elle vise non seulement à traiter certaines conséquences des MGF mais également à 'réparer' le corps. Il s'agit d'une technique chirurgicale développée en France par Dr Pierre Foldès à la fin des années 1980. Aujourd'hui la reconstruction clitoridienne est pratiquée dans certains pays du monde. Cette intervention consiste à extérioriser et repositionner la partie interne du clitoris et à la ré-innerver. L'intervention « a été démontrée efficace pour « restituer l'intégrité corporelle de la patiente quand celle-ci en éprouve le besoin » (CeMAViE). Si la chirurgie permet à certaines femmes de retrouver ou d'augmenter les sensations clitoridiennes, elle n'est ni un passage obligé pour avoir une sexualité épanouie, ni une solution miracle en cas de troubles sexuels. Il s'agit d'une technique relativement récente dont les potentiels avantages font débat au sein du corps médical.

« J'explique aux femmes souhaitant se faire opérer que ce ne sera jamais comme avant : on ne reconstruit pas les petites lèvres, le clitoris ne sera pas le même. Parfois elles pensent qu'on va mettre une petite boule entre les jambes et que ça va tout changer, que c'est comme un bouton sur lequel on appuie pour atteindre l'orgasme. Mais ça ne fonctionne pas comme ça. La sexualité est globale, les femmes doivent connaître leur corps afin de trouver leur plaisir et guider leurs partenaires »

Cendrine Vanderhoeven,
CeMAViE

Enfin, la sexualité n'est pas uniquement une question physique, mais aussi émotionnelle. D'où l'importance d'aborder les problèmes sexuels sous un angle multidisciplinaire : non seulement médical à travers la réparation clitoridienne, mais également à travers une prise en charge psychologique et sexologique. En Belgique, les femmes qui ont subi des mutilations génitales peuvent avoir accès à ces soins multidisciplinaires dans deux centres spécialisés, situés au CHU Saint-Pierre de Bruxelles et à l'UZ Gent (Hôpital Universitaire de Gand).

"La chirurgie esthétique génitale, ça n'a rien à voir avec les mutilations génitales"

On sait que les filles et les femmes sont soumises à des images très normées de « comment être une femme ». Les normes et attentes de la société concernent, par exemple, les habits et les comportements, mais les différentes sociétés connaissent également des attentes en ce qui concerne l'anatomie des organes génitaux, qui ne correspond pas toujours à l'anatomie réelle/naturelle.

Or, pour pouvoir s'adapter à ces attentes, des femmes et filles se soumettent à des interventions comme la chirurgie esthétique pour modifier les parties génitales. Il s'agit notamment de labioplasties (réductions des grandes ou petites lèvres5). A cela s'ajoute également l'hyménoplastie (la reconstruction de l'hymen) qui permettrait aux femmes de retrouver une « deuxième virginité » ainsi que les opérations de rétrécissements de l'ouverture du vagin.

Ces chirurgies plastiques peuvent à différents niveaux être comparées à des MGF, puisque généralement pratiquées pour des raisons non-médicales. Si la demande de la chirurgie esthétique vient souvent des femmes elles-mêmes, elle est nourrie par la pression sociale provenant de la diffusion de l'image de la « vulve idéale » ou de l'obligation de virginité pré-matrimoniale pesant sur les femmes. Ces raisons esthétiques et la pression de la société peuvent donc jouer un rôle dans la pratique de la chirurgie esthétique, comme c'est le cas pour les mutilations génitales féminines. Aussi, les interventions chirurgicales sur les parties génitales peuvent entrainer des complications (telles

que des saignements, infections, douleurs).

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) décrit les MGF comme toute intervention incluant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toute autre lésion des organes génitaux féminins, pratiquées pour des raisons non médicales (OMS, 2008). Une intervention cosmétique peut très bien être comprise dans cette définition. Or, si la stratégie de médicalisation des « formes traditionnelles de MGF » est confrontée à de fortes résistances, les interventions chirurgicales sur la vulve, pour des raisons purement esthétiques, sont légales et deviennent plus courantes en Europe. Nous pouvons nous demander pourquoi l'OMS reste si silencieuse au sujet de l'augmentation des labioplasties alors qu'elle oppose fermement les mutilations génitales féminines. Pourquoi de telles pratiques seraient-elles acceptables pour une femme blanche mais considérées comme une mutilation pour les femmes noires ?

On pourrait encore aller plus loin et dire que la loi belge autour des MGF serait basée sur un double standard : est-ce que la femme adulte ou le/la chirurgienNE en question peuvent être puniEs sur base de l'origine et de la couleur de peau de la patiente ? Pensera-t-on qu'une femme blanche, occidentale, a la liberté de choix individuel alors qu'une femme noire, d'origine africaine, ne peut consentir au même type d'intervention ? Est-ce qu'il sera possible pour une femme adulte originaire d'une région où les MGF se pratiquent, d'obtenir une intervention médicale sur ses parties génitales sur base de raisons esthétiques, tout comme sa voisine blanche, ou bien pour celle-là on dira que c'est de la chirurgie plastique et pour celle-ci, que c'est une forme allégée de mutilation génitale ?

« En Belgique, il y a une hypocrisie autour des MGF dans le sens où certaines formes sont tolérées et ne sont pas punies par la loi. Nous pensons par exemple aux piercings, à la chirurgie esthétique génitale, etc. Pourtant, selon la définition de l'OMS on pourrait considérer ces pratiques comme des formes de mutilations génitales. En tolérant ces pratiques, la protection des femmes et filles est mise en danger car une fille pourrait faire pratiquer un type de mutilation à l'hôpital ou chez le pierceur, par exemple. La loi devrait protéger contre tous les types de MGF et s'appliquer à toutes les femmes, de toutes origines… »

Un relais communautaire du GAMS Belgique,
antenne de Flandre

De plus, la loi belge autorise la chirurgie esthétique sur les mineurEs dans « la seule perspective d'une satisfaction personnelle » en raison d'un malaise ressenti par le/la mineurE (CODE, 2014), avec le consentement des parents. Peut-être faudrait-il clarifier les lois autour de la chirurgie esthétique génitale et les MGF, autant pour les adultes que pour les enfants ?

"Pratiquer l'excision à l'hôpital permet de réduire les risques, ce n'est pas grave"

Le fait de pratiquer les MGF en milieu hospitalier est parfois considéré comme un moyen de réduire les risques d'infection et d'hémorragies. Ce serait une « stratégie du moindre mal ».

Les partisans de la médicalisation considèrent que les efforts pour abolir les MGF, basés sur une tolérance zéro, n'ont pas encore porté leurs fruits partout. En effet, la pratique reste très répandue dans des pays tels que la Guinée, la Somalie, l'Égypte, etc. Dans ces pays, la norme entourant la pratique est si forte qu'une abolition totale dans un futur proche semble impossible. De plus, en Afrique de l'Est, l'infibulation (type III) est courante, entrainant des conséquences graves sur la santé physique et mentale des filles et des femmes. C'est pourquoi, pour les pro-médicalisation, il est nécessaire de mettre en place une nouvelle approche où la première étape serait de pénaliser les « pires » types de MGF tout en autorisant les pratiques plus « douces » telles que le « pricking » (petite incision du clitoris), en milieu médical. Ainsi, l'on pourrait réduire les risques et rapidement améliorer la santé et le bien-être des femmes, commencer à déconstruire les normes autour de la pratique et, à terme, convaincre les communautés de ne plus du tout pratiquer.

Or, l'approche de la médicalisation des MGF rencontre une très forte opposition. Pour ces opposantEs, toute forme de MGF doit être considérée comme une mutilation, une violation de droits humains, une violence envers les femmes et une expression de l'inégalité entre les hommes et les femmes. Les « formes mineures » de MGF, promues

par les pro-médicalisation, n'entraînent pas forcément un impact mineur car les conséquences des MGF dépendent non seulement du type pratiqué mais aussi de l'expertise de l'exciseuse, des conditions d'hygiène, de l'âge de la fille/femme, du degré de résistance de la fille lors de l'intervention, etc. C'est pourquoi il est d'autant plus important d'écouter chaque femme et ne pas évaluer les conséquences sur base du type de MGF qu'elle a subi. De plus, les opposants considèrent que le fait de remplacer une MGF par une autre ne mènera pas forcément à leur abandon.

« En Guinée, où je collabore dans un projet de sensibilisation sur les MGF, j'ai entendu des témoignages de femmes qui sont coupées deux fois. En Guinée 30% des filles en dessous de 14 ans sont excisées par des professionnelLEs de santé, en général des sages-femmes. Elles/ils coupent moins que les exciseuses traditionnelles mais les filles sont ensuite ré-excisées une deuxième fois au village quand elles sont contrôlées par les tantes ou grand-mères qui considèrent que « ce n'était pas propre la première fois » .... C'est une double souffrance, où est le bénéfice ? »

Jessica Tatout,
chargée de projet GAMS Belgique
et membre de l'asbl Aniké

Enfin, la médicalisation ne résout pas le problème de manque de consentement des enfants et ne questionne pas les raisons de l'excision/l'infibulation, et notamment la volonté de contrôler la sexualité des femmes. CertainEs considèrent également que cela rend la sensibilisation à ces pratiques plus difficile puisque le corps médical les cautionne.

Le débat vif autour de la médicalisation amène également des questionnements sur les autres interventions chirurgicales effectuées sur l'organe génital des enfants et adultes, femmes ou hommes. En effet, l'un des arguments en faveur de la médicalisation est qu'une MGF « mineure », telle qu'une ablation du capuchon du clitoris, n'est pas plus grave que la circoncision, pourtant autorisée et pratiquée sur des bébés garçons dans des hôpitaux partout dans le monde. Il est vrai aussi que certainEs militantEs œuvrant contre les MGF font le choix de ne pas aborder, voire d'ignorer, la question de la circoncision masculine. Néanmoins, d'autres reconnaissent que la circoncision constitue également une atteinte à l'intégrité des enfants qui peut avoir des conséquences sur la santé des garçons et hommes.

"LA CIRCONCISION ET L'EXCISION, C'EST COMPLÈTEMENT DIFFÉRENT/ C'EST COMPLÈTEMENT PAREIL "

Lorsque l'on aborde la question des MGF il n'est pas rare d'entendre parler également de la circoncision. D'un côté, certaines personnes utilisent la circoncision pour nier la réalité de la violence de genre que sont les mutilations génitales féminines. En même temps, d'autres personnes estiment que les deux pratiques n'ont rien à voir l'une avec l'autre. Nous souhaitons montrer qu'aucune des deux idées ne sont correctes.

La circoncision, le fait de couper le prépuce, se pratique principalement pour des raisons religieuses (Judaïsme, Islam) ou des avantages hygiéniques supposés.

Comme pour l'excision, la circoncision est un acte le plus souvent posé sur le corps d'un enfant sans son consentement. Dans les deux cas il s'agit donc d'une atteinte à l'intégrité physique de l'enfant. La plupart des formes de mutilations génitales féminines, comme l'infibulation, l'excision du clitoris et des lèvres, ne sont pas comparables à la circoncision en termes de tissus coupés et de conséquences sur la santé. Toutefois, d'autres pratiques, comme le fait d'enlever uniquement le capuchon du clitoris, peuvent être considérés comme étant assez similaires à la circoncision.

Un autre parallèle entre la circoncision et l'excision peut être établi dans le fait que dans certaines communautés où les deux pratiques sont courantes, elles font partie du passage obligé pour devenir une femme ou un homme adulte. Dans plusieurs langues, notamment

africaines, les deux pratiques portent aussi le même nom. Néanmoins, il crucial de souligner que dans des sociétés patriarcales ces pratiques construisent des identités sexuées qui sont hiérarchisées : si l'excision vise à rendre les femmes plus « sages » et à contrôler leur corps et leur sexualité, la circoncision « construit » au contraire des hommes « dominants » et « forts ».

« Le danger avec le rapprochement entre circoncision et excision est qu'on en vienne à considérer qu'il s'agisse de pratiques équivalentes, tout aussi contraignantes l'une que l'autre. On remet ainsi en cause le fondement même de l'excision : la domination des hommes sur les femmes. Il est à mon sens capital de rappeler que bien qu'il s'agisse dans les deux cas d'une mutilation corporelle potentiellement mortelles, le caractère systématique des conséquences destructrices de l'excision (tant sur le plan psychologique que physique), ainsi que sa fonction réelle, même si rarement explicite, de garante de l'organisation patriarcale de la société, rend impossible et surtout dangereuse toute symétrisation de ces deux pratiques. »

Lucie Goderniaux, Université des Femmes

Si de plus en plus de personnes savent que l'excision n'est pas exigée par l'Islam, certaines personnes font de l'argument religieux une différence absolue entre excision et circoncision. En effet, dans les religions judaïque et musulmane, cette dernière est généralement vue comme une obligation religieuse. Or, tout comme l'excision, la circoncision est une pratique culturelle très ancienne, remontant bien avant l'avènement des religions monothéistes.

Dans certains pays elle est également pratiquée en dehors d'un cadre religieux à des fins médicales. En effet, de potentiels bienfaits de la circoncision sur la santé sont également cités pour justifier cette pratique. Alors que certaines études évoquent des effets positifs sur les taux de transmission du VIH et d'autres IST (infections sexuellement transmissibles), d'autres les contredisent et soulignent que seul le préservatif protège efficacement contre les maladies sexuellement transmissibles. De plus, la circoncision est le plus souvent pratiquée sur les enfants ou les bébés qui n'ont pas de rapports sexuels. Le traitement du phimosis (prépuce dont l'étroitesse empêche la rétraction) est également invoqué comme indication pour une circoncision alors que certainEs professionnelLEs de santé considèrent que cette pathologie reste rare si on ne touche pas inutilement au pénis du garçon et que d'autres solutions existent pour traiter les cas avérés. De plus, la circoncision peut avoir des conséquences sur la santé, y compris des hémorragies ou même la mort (CIRP, 2013).

Certaines associations, dont « Droit au Corps », qui rassemble entre autres des hommes ayant mal vécu leur circoncision, dénoncent ces pratiques sur des garçons mineurs, incapables de consentir à l'intervention. Les membres considèrent notamment que la méconnaissance de l'anatomie et de la fonction du prépuce dans la sexualité des hommes et de leurs partenaires est sous-évaluée.

« On considère qu'il faut lutter contre les mutilations sexuelles de tous les enfants, quel que soit leur genre/sexe. Donc autant contre l'excision, la circoncision que les interventions sans fondement médical sur les enfants intersexes. Il faut éviter l'incohérence culturelle consistant par exemple à dévaloriser l'excision tout en valorisant la circoncision, pour des populations qui y voient une même signification rituelle, notamment de passage du monde des petits au monde des grands. »

Membre de l'association Droit au Corps

Les hommes de l'association évoquent des expériences douloureuses et traumatisantes de la circoncision, qu'elle ait été effectuée pour des raisons « médicales » ou religieuses. Ne s'opposant pas aux circoncisions pratiquées sur les hommes adultes pouvant donner un consentement éclairé, les membres de Droit au Corps témoignent de conséquences négatives sur leur sexualité, du fait d'une moindre sensibilité du gland suite à la circoncision.

"LA LOI BELGE PROTÈGE TOUS LES ENFANTS DES MUTILATIONS GÉNITALES..."

Une autre incohérence législative est celle entre les mutilations génitales féminines et les mutilations sur les enfants néEs intersexes. En effet, la définition de la loi belge et de l'OMS ne prend en compte que les interventions sur les individus de sexe féminin. Or, certains enfants naissent avec une « ambiguïté sexuelle », si bien que l'on ne peut pas définir, avec la plus grande assurance, le sexe de l'enfant. La fréquence est estimée à une sur 4.500 naissances en Europe, ce qui représenterait plusieurs dizaines de naissances d'enfants intersexes par an en Belgique. Il peut s'agir de diversités au niveau du sexe anatomique (l'organe génital, interne ou externe), du sexe chromosomique ou du sexe hormonal (prédominance d'androgènes ou d'œstrogènes).

Le terme « intersexe » décrit une personne « dont le sexe biologique ne peut pas être classifié comme clairement mâle ou femelle. Une personne intersexe peut avoir les attributs biologiques des deux sexes ou manquer certains attributs biologiques considérés comme nécessaires pour la définition d'un sexe ou l'autre. L'intersexualité est toujours congénitale et peut avoir son origine dans des variations génétiques, chromosomiques ou hormonales » (Organisation intersexe internationale - OII). Le terme « intersexualité » est généralement préféré par les personnes elles-mêmes au terme médical « différences/désordres du développement sexuel ».

En Belgique, lorsqu'unE enfant naît avec des organes génitaux considérés comme « ambigus », il/elle sera transféréE dans un centre

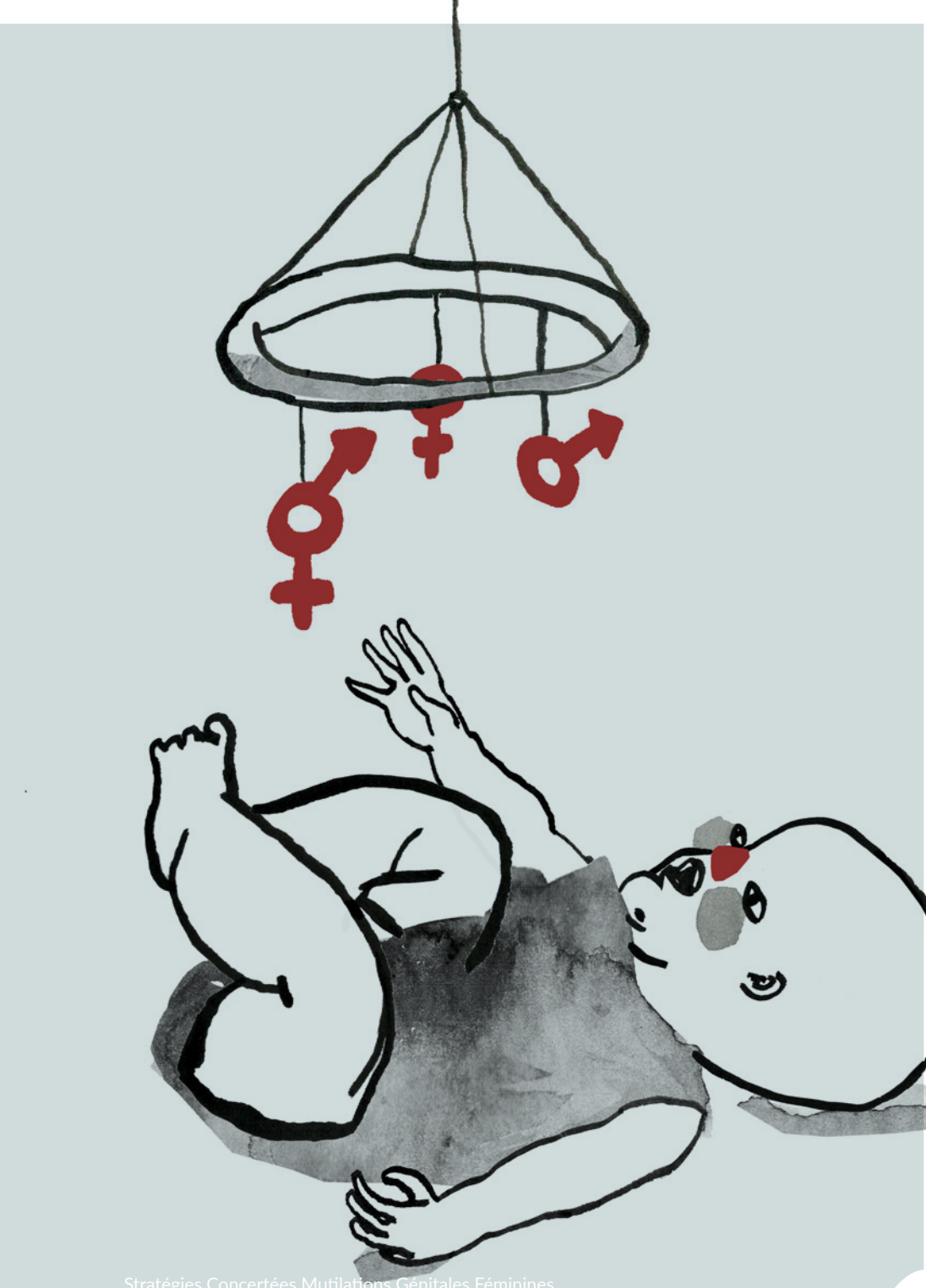
spécialisé (le seul en Belgique se trouve à Gand) où les médecins vont effectuer une série de tests (description anatomique, prise de sang, ionogramme urinaire) pour « déterminer le sexe » de l'enfant. Une opération de réassignation sexuelle est ensuite mise en place afin de conformer le sexe choisi au sexe morphologique de l'enfant. Le nourrisson n'étant pas en mesure de donner son consentement, les parents sont impliqués dans la décision. Néanmoins, des critiques sont émises par rapport au fait que les parents ont souvent une très faible connaissance de la question intersexe et qu'ils/elles sont en état de stress face à cette décision qui doit être prise rapidement. En effet, en Belgique les parents ont trois mois pour déclarer le sexe de leur nouveau-né présentant une « ambiguïté sexuelle ». Si, par la suite, la personne considère qu'il y a eu une erreur, elle peut présenter une demande de rectification de son acte de naissance devant le tribunal de la famille.

L'assignation sexuelle médicale exige généralement une série de chirurgies médicales et un traitement hormonal, souvent à vie. Ces interventions de « normalisation sexuelle » sont très critiquées par des militantEs intersexes et des chercheurEs car dans la majorité des cas elles ne peuvent être justifiées en termes de besoin médical puisque la plupart des personnes intersexes sont en bonne santé. Elles sont généralement effectuées pour des raisons psychosociales. Ces interventions cosmétiques visent à rendre l'enfant conforme aux normes sur le sexe et le genre. Les conséquences sont une assignation sexuelle souvent irréversible et peuvent entrainer la stérilité, de fortes douleurs et une souffrance psychologique.

C'est pourquoi l'association belge Genres Pluriels, qui œuvre pour les droits des personnes intersexe et trans*, demande l'interdiction de toute intervention hormonale et/ou chirurgicale non vitale sur les enfants intersexués tant qu'ils ne sont pas en âge de donner leur consentement éclairé. L'Agence des droits fondamentaux de l'UE souligne quant-à-elle l'importance de formation des professionnelLEs du monde juridique et médical sur les droits des personnes intersexes afin d'éviter les traitements de « normalisation sexuelle » sur les enfants qui ne sont pas en âge de donner leur consentement éclairé (FRA, 2015).

Il n'est pas difficile de voir le parallèle entre l'objectif de « normalisation » de sexe/genre des enfants intersexes et les pratiques de MGF en tant que passage obligé pour qu'unE enfant soit considéréE comme une « femme » ou un « homme ». Aussi, les opposantEs aux MGF du courant dominant (« mainstream »), ont été accuséEs de relativisme culturel car ils/elles ignoreraient les droits des personnes intersexes en se concentrant uniquement sur les pays dits en développement (Ehreinreich, 2005). Les MGF en Afrique et en Asie sont vues comme des pratiques misogynes alors que les mutilations effectuées dans les sociétés occidentales sont considérées comme des résultats d'une « médecine scientifique ». En réalité, autant les MGF que les mutilations sur les personnes intersexes sont liées à la culture et sont des pratiques néfastes visant une conformité de genre, qu'elles soient consenties ou non.

Peut-être faudrait-il questionner la loi belge qui interdit les mutilations génitales féminines dans les communautés migrantes tout en étant muette sur la question des interventions sur les enfants intersexes.



CONCLUSION

Ce guide avait pour objet de déconstruire un certain nombre d'idées répandues sur les mutilations génitales féminines et de montrer que ces pratiques doivent être appréhendées dans un cadre plus global des normes de genre qui persistent dans nos sociétés patriarcales.

Afin que les professionnelLEs puissent offrir une prise en charge adaptée aux femmes (et hommes) concernéEs, il semble nécessaire d'assurer une bonne compréhension de ces pratiques, qui ne sont ni réservées à l'Afrique subsaharienne, ni réservées aux communautés musulmanes.

Nous avons cherché à déconstruire les idées qui stigmatisent les femmes et les communautés pratiquantes. Nous entendons trop souvent le mot « barbare » dès que la question des mutilations génitales féminines est abordée. Dans certaines communautés, où l'excision est une tradition millénaire qui réponds à des normes sociales très fortes et où les femmes et filles non-excisées risquent le rejet et la stigmatisation, le fait de soumettre sa fille à cet acte ne peut pas être vu autrement que comme un choix rationnel.

Les MGF sont une violence de genre, perpétuée envers les femmes parce qu'elles sont des femmes. Elles sont un produit d'une société patriarcale qui garantit le pouvoir principal aux hommes, au détriment des femmes. Ainsi, il nous paraît primordial que les hommes prennent leurs responsabilités dans la lutte contre les violences de genre, dont

les MGF. À cause du manque de communication entre les genres, en particulier sur des sujets intimes tels que les MGF, un travail de sensibilisation est nécessaire aussi bien chez les femmes que chez les hommes.

Nous avons aussi vu que même si les mutilations génitales féminines ont des conséquences sur la sexualité et la santé mentale et physique des femmes concernées, celles-ci ne doivent pas être vues comme des « victimes » passives, privées de capacité d'action et de plaisir sexuel.

Une meilleure connaissance du clitoris, jusqu'à récemment très méconnu, nous permet de mieux comprendre que les femmes excisées, indépendamment du type de MGF, gardent la majeure partie de l'organe de leur corps dédié au plaisir. La reconstruction clitoridienne, parfois mise en avant comme une technique pour « réparer » les femmes, est en une possibilité pour certaines mais n'est en aucun cas une « solution miracle » ni une obligation. Au contraire, nous plaidons pour une prise en charge holistique, incluant non seulement une prise en charge médicale mais aussi (et surtout) une prise en charge sociale, sexuelle et psychologique des femmes concernées.

Nous avons aussi pu voir que les normes sociales pesant sur les femmes dans toutes les sociétés sont responsables non seulement de ce que l'on appelle communément les mutilations génitales féminines, mais également des chirurgies esthétiques génitales auxquelles se soumettent de plus en plus de femmes à cause des normes sur le corps. Il convient de se demander comment ces interventions sur l'appareil génital des femmes peuvent être justifiées alors que l'OMS définit les mutilations génitales comme toute intervention pratiquée pour une raison non-thérapeutique et s'oppose fermement à sa médicalisation.

De la même manière, nous pensons qu'il serait grand temps de remettre en question les lois qui autorisent les interventions hormonales et chirurgicales n'ayant pas de nécessité médicale, sur des enfants intersexes, incapables de consentir. Ces opérations, tout comme les mutilations génitales féminines, visent à « normaliser » l'enfant afin qu'il/elle corresponde aux normes de genre. Nous souhaitons par

ailleurs inviter les associations et les pouvoirs publics à une réflexion sur la circoncision, une pratique qui peut ni être considérée comme « complètement pareille » ni comme « complètement différente » de l'excision.

En conclusion, nous avons tenté au travers de l'écriture de cet ouvrage, d'apporter une analyse critique et féministe des différentes idées reçues liées aux mutilations génitales féminines. Nous avons présenté quelques éléments de réflexion, mais ne souhaitons pas que cela s'arrête là. Il appartient à chaque personne, directement concernée par la problématique ou pas, de prendre le recul nécessaire pour garder un esprit critique avant de tomber dans de fausses croyances. De telles croyances peuvent en effet porter atteinte aux personnes directement concernées, que ce soit les femmes qui ont subi une MGF, les communautés concernées, ou tout un continent et la diaspora liée à celui-ci. C'est avec une meilleure compréhension globale de la problématique que les différentEs acteurEs pourront se mettre en marche vers l'abandon de la pratique des mutilations génitales féminines.

Références

Les mutilations génitales féminines :

Sites d'information générale

- END FGM. European Network : www.endfgm.eu
- GAMS Belgique : www.gams.be
- Organisation mondiale de la Santé, OMS (2008) Mutilations sexuelles féminines. Accessible sur : http://www.who.int/topics/female_genital_mutilation/fr/
- Stop FGM Middle East: www.stopfgmmideast.org
- Stratégies Concertées de lutte contre les MGF : www.strategiesconcertees-mgf.be

Publications

- Abusharaf, R. M. (2000) Revisiting Feminist Discourses on Infibulation: Responses from Sudanese feminists, in Shell-Duncan and Hedlund (ed.), Female 'Circumcision' in Africa
- Amnesty International Vlaanderen. (2004). Vrouwelijke Genitale Verminking, Factsheet. Accessible sur : https://www.aivl.be/sites/default/files/bijlagen/Vrouwelijke_Genitale_Verminking_versiejul08.pdf (30/10/2016)
- Andro, A., Lesclingand M., Pourette D. (2009). Comment orienter la prévention de l'excision chez les filles et jeunes filles d'origine Africaine vivant en France: Une étude des déterminants sociaux et familiaux du phénomène, Rapport final Volet qualitatif du projet Excision et Handicap (ExH), INED et l'Université Paris 1 Sorbonne. Accessible : https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/

analyses/mutilations-sexuelles-france/ (15/10/2016)

- BBC, HARDtalk Female Genital Mutilation Discussion. Accessible sur : https://www.youtube.com/watch?v=mV6UfEaZHBE (15/10/2016)
- Boddy, J. (2007). Gender Crusades: The Female Circumcision Controversy in Cultural Perspective. In: Y. Hernlund and B. Shell-Duncan, ed., Transcultural bodies. Female Genital Cutting in Global Context, New Brunswick, New Jersey, London: Rutgers University Press, 46-66
- Dubourg D et Richard F. (2014) Etude de prévalence des femmes excisées et des filles à risque d'excision en Belgique. Bruxelles : SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement
- Dubourg D, Richard F, Leye E, Ndame S, Rommens T, Maes S. (2011) Estimating the number of women with female genital mutilation in Belgium, The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 16 (4): 248-257.
- GAMS Belgique (2015) Femmes, excision et exil. Quel accompagnement thérapeutique possible ?
- Henry N. et Weil Curiel L. (2007) L'Exciseuse, France : City Editions. (Voir également le compte-rendu de lecture sur le site des SC-MGF : http://www.strategiesconcertees-mgf.be/cr-lexciseuse/)
- Orchid Project (2016) FGC in the Middle East and Asia. Accessible sur : https://orchidproject.org/resource/fgc-in-the-middle-east-and-asia/ (20/10/2016)
- Piecha, O.M., No "African Problem". [blog post Stop FGM Middle East] Accessible sur : http://www.stopfgmmideast.org/background/unicefs-limited-numbers-female-genital-mutilation-much-more-widespread/ (15/10/2016)
- Salem S. (2013) Neo-colonialism and its Discontents. Accessible sur : https://neocolonialthoughts.wordpress.com/2013/12/01/angela-davis-in-egypt-on-feminist-

solidarity/ (15/10/2016)

- 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
- Stop FGM Middle East. (2016). Indonesia. Accessible sur: http://www.stopfgmmideast.org/countries/indonesia/ (20/10/2016)
- UNICEF. (2016). Female Genital Mutilation – A Global Concern, New York
- UNICEF. (2013). Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change, New York
- Van Raemdonck, A. (2013). Een historische blik op campagnes tegen vrouwenbesnijdenis en het recht op interventie. Uitgelezen, 2, p13-16

Histoire de l'excision en Europe et Amérique du Nord

- Penelop, La clitoridectomie comme traitement contre l'onanisme dans l'Europe du 19ème siècle. [blog post]. Accessible sur : http://pelenop.over-blog.com/pages/La_clitoridectomie_comme_traitement_contre_lonanisme_dans_l_Europe_du_19eme_siecle-1160265.html (20/10/2016)
- Dawson, B.E. (1915). Circumcision in the Female: Its Necessity and How to Perform It
- American Journal of Clinical Medicine, 22 (6) 520-52, Kansas City, Missouri
- Respect for Change, Arrêtes tes cris ma fille (vidéo) Accessible sur : www.respectforchange.org/ (20/10/2016)

- Coordination des ONG pour les droits des enfants, CODE. (2014). Les mineurs ont-ils le droit de disposer de leur corps ? Analyse mars 2014.

Médicalisation des MGF

- Female genital mutilation - An agonising choice. (2016). The Economist. Accessible sur: http://www.economist.com/news/leaders/21700658-after-30-years-attempts-eradicate-barbaric-practice-it-continues-time-try-new
- Richard, Fabienne. (2016). Why we should be against the medicalisation of Female Genital Mutilation, IHP. Accessible sur : www.internationalhealthpolicies.org/why-we-should-be-against-the-medicalisation-of-female-genital-mutilation/ (15/10/2016)

Mutilations génitales intersexes

- Ehrenreich, N. and Barr, M. (2005). Intersex Surgery, Female Genital Cutting, and the Selective Condemnation of 'Cultural Practices', Harvard Civil Rights-Civil Liberties Law Review, 40 (1)
- European Union Agency for Fundamental Rights (FRA). (2015). The Fundamental Rights Situation of Intersex People, FRA FOCUS, 4. Accessible sur : http://fra.europa.eu/en/publication/2015/fundamental-rights-situation-intersex-people (20/10/2016)
- Genre Pluriels (asbl) : www.genrespluriels.be
- Guterman L. (2012). Why Are Doctors Still Performing

Genital Surgery on Infants? [blogpost] Open Society Foundation. Accessible sur: https://www.opensocietyfoundations.org/voices/why-are-doctors-still-performing-genital-surgery-on-infants (10/10/2016)

- Organization Intersex International, OIII : http://oiiinternational.com
- Wilson, G., Organisation Intersex International (OII) Australie. Accessible: http://oiiinternational.com/2574/intersex-genital-mutilation-igm-fourteen-days-intersex/ (10/10/2016)

Circoncision

- Auvert B, Taljaard D, Lagarde E, Sobngwi-Tambekou J, Sitta R, et al. (2005). Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: The ANRS 1265 trial. PLoS Med (2eme edition)
- Bailey RC, Moses S, Parker CB, et al. (2007). Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomised controlled trial, Lancet
- CIRP (2013) Circumcision deaths. Accessible sur : www.cirp.org/library/death/#n12 (30/10/2016)
- Garenne M. (2006) Male circumcision and HIV control in Africa, PLoS Medicine
- Garenne M. (2008). Long-term population effect of male circumcision in generalized HIV epidemics in sub-Saharan Africa. African Journal of AIDS Research; 7(1):1-8.
- Gray RH. Kigozi G, Serwadda D, et al. (2007). Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomised trial. Lancet, 369, 557-66
- Royal Dutch Medical Association (KNMG). (2010). The Non-

therapeutic Circumcision of Male Minors. Accessible sur : http://www.knmg.nl/Publicaties/KNMGpublicatie/77942/Nontherapeutic-circumcision-of-male-minors-2010.htm (20/10/2016)

- WHO. (2007). Male Circumcision: Global trends and determinants of prevalence, safety and acceptability. Accessible sur : http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241596169/en/ (20/10/2016)

Chirurgie esthétique génitale et MGF

- Dobbeleir, J., van Landuyt, K. and Monstrey, S. (2011). Aesthetic Surgery of the Female Genitalia, Seminars in Plastic Surgery. 25(2), 130–141. Accessible sur: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3312147/ (15/10/2016)
- Rewire. (2012). The deeply rooted parallels between female genital mutilation and breast implantation. Accessible sur: http://rhrealitycheck.org/article/2012/01/10/female-genital-mutilation-breast-implantation-why-do-they-happen-and-how-do-we-st/ (15/10/2016)
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Ethics issues and ressources. Accessible sur: https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/ethics-issues--resources/ (10/10/2016)

Acronymes

CeMAViE - Centre médical d'aide aux victimes de l'excision

GAMS – Groupe pour l'Abolition de Mutilations Sexuelles féminines

MGF – mutilations génitales féminines

OMS – Organisation Mondiale de la Santé

SC-MGF – Stratégies Concertées de lutte contre les Mutilations Génitales Féminines

Lexique

La liste est non-exhaustive. Les définitions, simplifiées, reflètent l'usage dans ce guide.

Clitoridectomie – ou Type I selon le classement de l'OMS - est l'ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du capuchon du clitoris.

Circoncision – excision totale ou partielle du prépuce du pénis.

Désinfibulation – intervention consistant à sectionner la cloison formée par l'accolement ou la suture des grandes lèvres sur la ligne médiane pour ouvrir l'accès à l'orifice externe du vagin.

Excision – ou type 2 selon le classement de l'OMS - concerne l'ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres.

Genre – Le genre est un concept utilisé en sciences sociales pour désigner les différences non biologiques entre les femmes et les hommes. Contrairement au sexe, qui fait référence aux différences biologiques entre femmes et hommes, le genre réfère aux différences sociales, économiques, démographiques, politiques, etc. Le genre est l'objet d'un champ d'études en sciences sociales, les études de genre. Le concept de genre est fréquemment pour démontrer que les inégalités entre femmes et hommes sont issues de facteurs sociaux, culturels et économiques.

Hymenoplastie – Une intervention de chirurgie intime de la femme, à visée esthétique, qui consiste à « réparer » l'hymen de la femme.

Hymen – membrane qui sépare la vulve (l'extérieur du sexe féminin) du vagin (l'intérieur du sexe féminin). L'hymen a une forme différente chez chaque personne.

Idées reçues – Une opinion très répandue, considérée comme évidemment correcte. Or, elle est souvent fausse, d'où l'expression « Combattre les idées reçues ». Les idées reçues sont tellement intégrées dans la culture qu'il est psychologiquement et sociologiquement très difficile de les contrer. En Afrique on parle souvent de « croyances »

Infibulation – accolement et éventuellement suture des grandes lèvres de la vulve, avec ou sans ablation du clitoris, laissant une petite ouverture pour que l'urine et les menstruations puissent s'écouler. Correspondant au Type III de la classification de l'OMS.

Intersexe / Intersexualité – une personne dont le sexe biologique ne peut pas être classifié comme clairement mâle ou femelle. Une personne intersexe peut avoir les attributs biologiques des deux sexes ou manquer certains attributs biologiques considérés comme nécessaires pour la définition d'un sexe ou l'autre.

Nymphoplastie / Labioplastie – une intervention de chirurgie plastique sur les grandes lèvres et / ou les petites lèvres (labia) de la vulve. Il peut s'agir d'une réduction ou d'une augmentation de la taille des lèvres. Elle peut aussi être utilisée pour réparer les lèvres

abîmées par une maladie ou une blessure.

Patriarcat (société patriarcale) – une forme d'organisation sociale et juridique fondée sur la détention du pouvoir par les hommes au détriment des femmes. La plupart des sociétés actuelles sont patriarcales. Les hommes dominent ainsi dans les sphères politiques, de l'autorité morale, du privilège social et du contrôle de la propriété.

Prévalence – nombre de personnes atteintes d'une affection donnée, dans une population donnée, à un moment donné.

Reconstruction du clitoris – technique chirurgicale qui a pour but de reconstruire un néoclitoris en ramenant à la surface le moignon du clitoris enfoui sous la cicatrice.

Violences de genre / violences basées sur le genre – toutes les formes de violences envers une personne en raison de son sexe, genre ou de son expression de genre. Du fait des rapports hiérarchiques entre femmes et hommes (patriarcat) la plus grande partie des violences de genre est perpétuée par les hommes envers les femmes, il s'agit de Violences faites aux femmes. Les termes violences faites aux femmes et violences de genre sont ainsi souvent utilisées de manière interchangeable. Les violences de genre incluent également les violences homophobes, transphobes et biphobes.

Violences faites aux femmes – les violences physiques, sexuelles, économiques, psychologiques, envers les femmes. Elles peuvent avoir lieu dans un cadre privé (telles que les violences conjugales) ou public (telles que le harcèlement de rue). Les mutilations génitales féminines sont des violences envers les femmes basées sur le genre.

NOTES

1. Il s'agit d'études faites à l'échelle nationale avec un échantillon représentatif de la population et répétées tous les 3 ou 4 ans, ce qui permet d'avoir une tendance sur plusieurs années.
2. Pour plus d'informations sur les indicateurs de risque, consultez le triptyque et l'échelle de risque : www.strategiesconcertees-mgf.be/wp-content/uploads/MGF-tryptique_final_RTP.pdf
3. « Men Speak Out Against FGM » est un projet qui vise à impliquer les hommes migrants dans le travail de prévention des MGF, dans trois pays européens (la Belgique, le Royaume-Uni, les Pays-Bas)
4. Centre médical pluridisciplinaire bruxellois spécialisé dans l'accueil de femmes concernées par les MGF
5. Dans le cas d'une réduction des petites lèvres on parle de nymphoplastie

“Promotion de la Citoyenneté et de l’Interculturalité”
Fédération Wallonie-Bruxelles

GAMS Belgique
Groupe pour l’Abandon des Mutilations Sexuelles féminines

Stratégies Concertées
de lutte contre les mutilations génitales féminines

Table des matières

- « Les mutilations génitales féminines ne sont pratiquées qu'en Afrique Sub-Saharienne » p 6
- « En Europe on n'excise pas les femmes/filles » p 10
- « L'excision est imposée par la religion musulmane » p 14
- « Les personnes qui pratiquent l'excision sont des « barbares », ils et elles sont irrationnelLEs » p 16
- « L'excision, c'est une affaire de femmes » p 20
- « Une femme excisée est une victime » p 24
- « Les femmes excisées n'ont pas de plaisir sexuel » p 26
- « Les femmes excisées doivent être « réparées » » p 30
- « La chirurgie esthétique génitale, ça n'a rien à voir avec les mutilations génitales » p 32
- « Pratiquer l'excision à l'hôpital permet de réduire les risques, ce n'est pas grave » p 36
- « La circoncision et l'excision, c'est complètement différent / c'est complètement pareil » p 40
- « La loi belge protège tous les enfants des mutilations génitales… » p 44