

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

Juin 2012-janvier 2013

Résultats préliminaires au 23 novembre 2012

MARIE DE BROUWERE

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

1. INITIATIVE ET OBJECTIFS

1.1. Contexte

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

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

1.2. Objectifs de la recherche

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

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

2. MÉTHODE

2.1. Devis d'étude

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.2. Encadrement de la recherche

2.2.1. Equipe de recherche

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

2.2.2. Comité d'Accompagnement

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

2.2.3. Validation par les membres des Stratégies Concertées

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

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

2.3. Etapes de l'analyse

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

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

3. RÉSULTATS

3.1. Résultats du recensement

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

Deux remarques préalables doivent être faites :

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

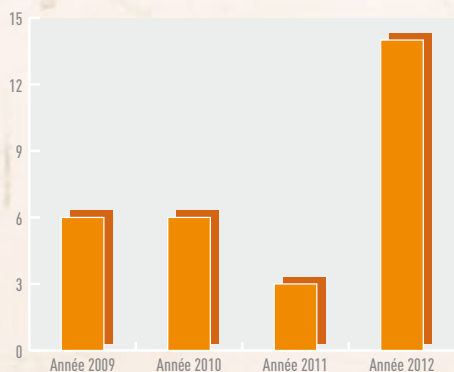
pris en compte, le nombre de cas aurait été beaucoup plus important.

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

3.1.1. Evolution des signalements

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

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



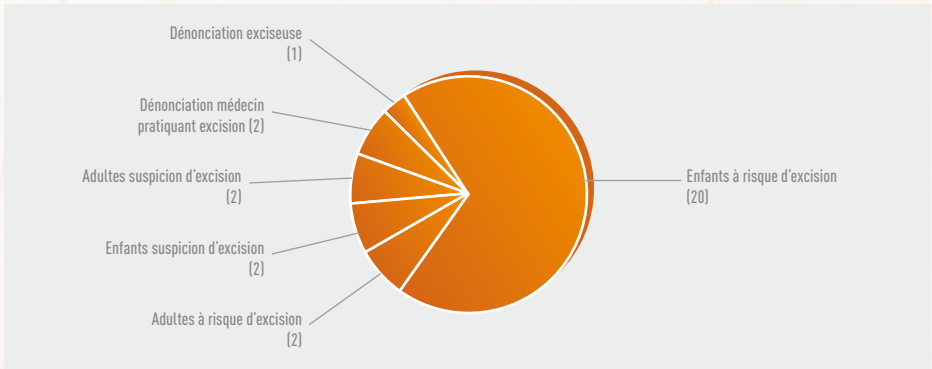
Comme l'indique la figure 1, en 2009, INTACT et le GAMS ont eu affaire à au moins six cas. Ce nombre est le même pour l'année 2010. En 2011, les associations spécialisées ne recensent plus que trois cas. Il faut savoir qu'en mars 2011, un cas a fortement marqué les esprits et les pratiques des professionnels.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

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

3.1.2. Type de cas de signalement

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

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

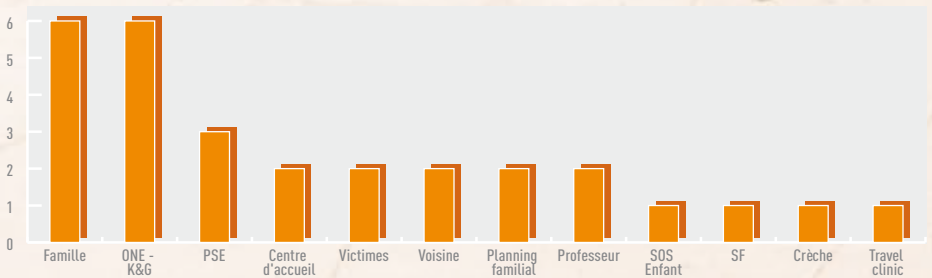


Il est à noter que quelques cas de signalement – pour des cas d'excision ou de risque d'excision – se sont révélés être, après prise en charge et analyse de la situation, un autre problème que l'excision. Par exemple, un signalement concernant une suspicion d'excision sur une enfant s'est avéré être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

3.1.3. Source du signalement

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

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



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

3.1.4. Répartition géographique des signalements

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

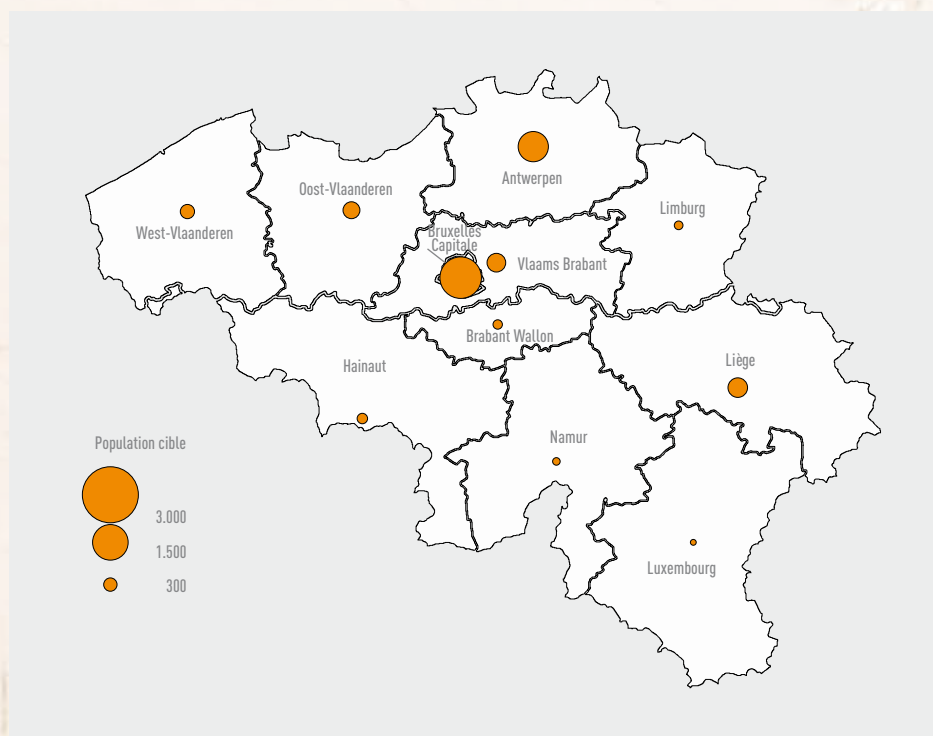
excisées vivaient en Belgique et que 1975 petites filles étaient à risque de l'être (estimation au 1er janvier 2008).

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

(Voir figure 4).

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

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

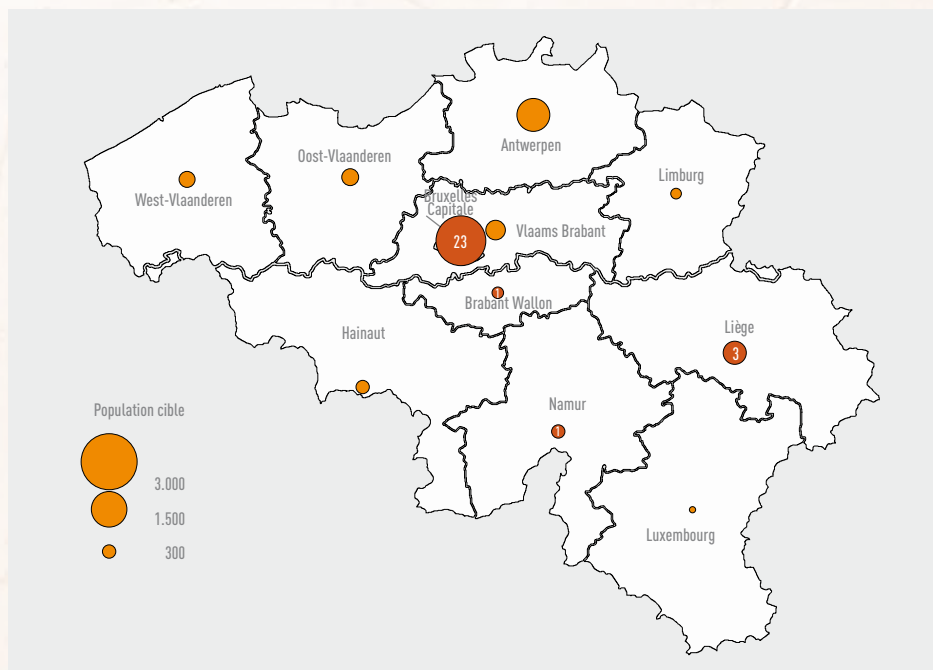


Pour ce qui concerne la Wallonie et la Région de Bruxelles-Capitale, les cas de signalement recensés correspondent assez bien à la réalité décrite par la carte

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

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

(Source : GAMS 2012)

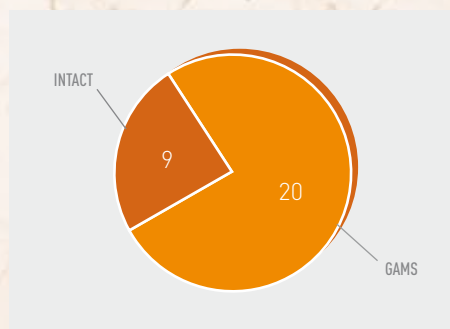


En ce qui concerne le nord du pays, le voile n'est toujours pas levé. Il serait prioritaire d'y mener une enquête du même type que celle-ci.

3.1.5. Premier récepteur du signalement

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

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



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

L'association spécialisée qui est contacté peut :

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

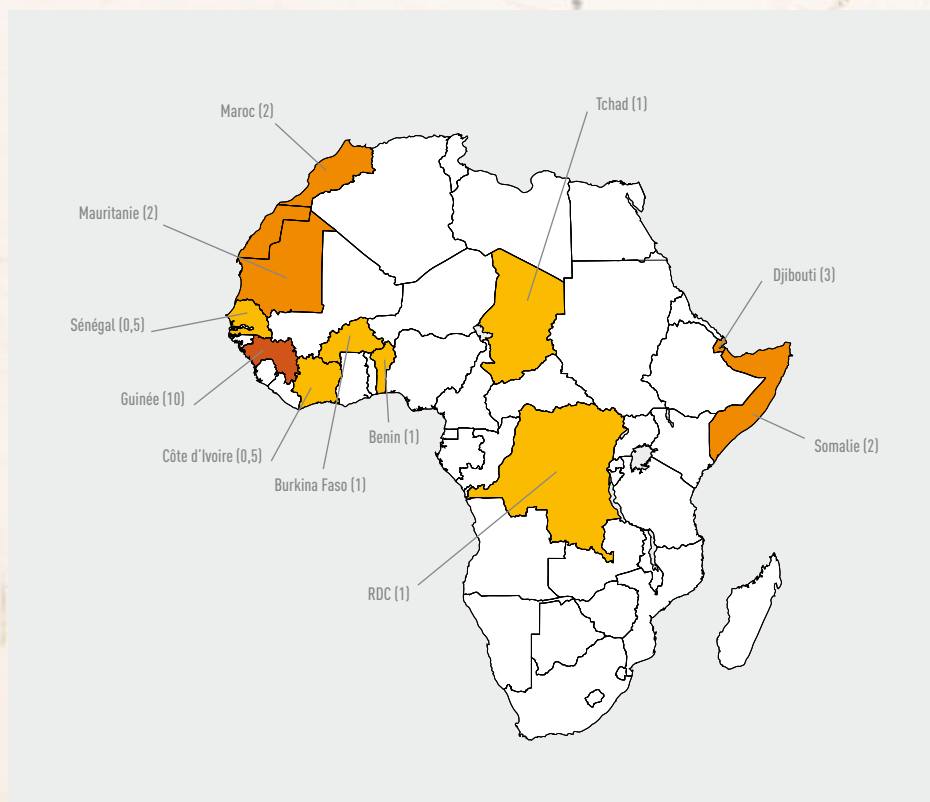
L'hypothèse pouvant expliquer le fait que le GAMS Belgique ait été contacté dans la majorité des cas est qu'il existe depuis 1996, alors que INTACT n'a été créé qu'en 2009.

3.1.6 Origine des personnes à risque

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

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

Source : GAMS 2012



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

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

3.2. Premiers résultats des entretiens

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

3.2.1. Communication entre les professionnels et les familles

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

Les personnes concernées par la

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

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

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

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

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

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

Autres constats :

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

3.2.2. Guidelines et outils

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

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

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

Les recommandations découlant de ces constats sont de :

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

3.2.3. Rôle et coordination des acteurs

Les premiers cas gérés par les associations spécialisées ont été effectués

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

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

3.2.4. Accompagnement des familles sur le long terme

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

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

4. CONCLUSION

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

4.1. Les limites de l'étude

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

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

Deuxièmement, il y a un biais de la mémoire dû à la plus ou moins grande ancienneté du cas. Lors d'un des entretiens pour un cas traité en avril 2012, la personne interviewée a fait remarquer qu'elle ne pouvait pas se souvenir de tous les détails et qu'elle était par conséquent

heureuse d'avoir pris des notes. Sachant que certains des cas retenus datent de 2010, il y a de fortes chances que l'on doive tenir compte du biais de la mémoire.

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

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

4.2. Les forces de l'étude

Les forces de cette recherche découlent également de la méthode qui a été choisie. C'est la première fois qu'un tel recensement est effectué en Belgique.

Cela a permis de mettre à jour la nécessité d'effectuer un meilleur enregistrement par les associations spécialisées mais également par les organismes/institutions susceptibles de recueillir un nombre minimum d'éléments afin de « cerner les cas ».

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

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

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

Références

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

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

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

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

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

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

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

OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO, (2008: cited 2012 November) Eliminating female genital mutilation. An interagency statement [Online]. World Health Organization. Available from: URL http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596442_eng.pdf

SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement et GAMS Belgique, 2011, Mutilation Génitales Féminines : guide à l'usage des professions concernées, Bruxelles.

1. www.strategiesconcertees-mgf.be

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

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

4. OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO, (2008: cited 2012 November) Eliminating female genital mutilation. An interagency statement [Online]. World Health Organization. Available from: URL http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596442_eng.pdf