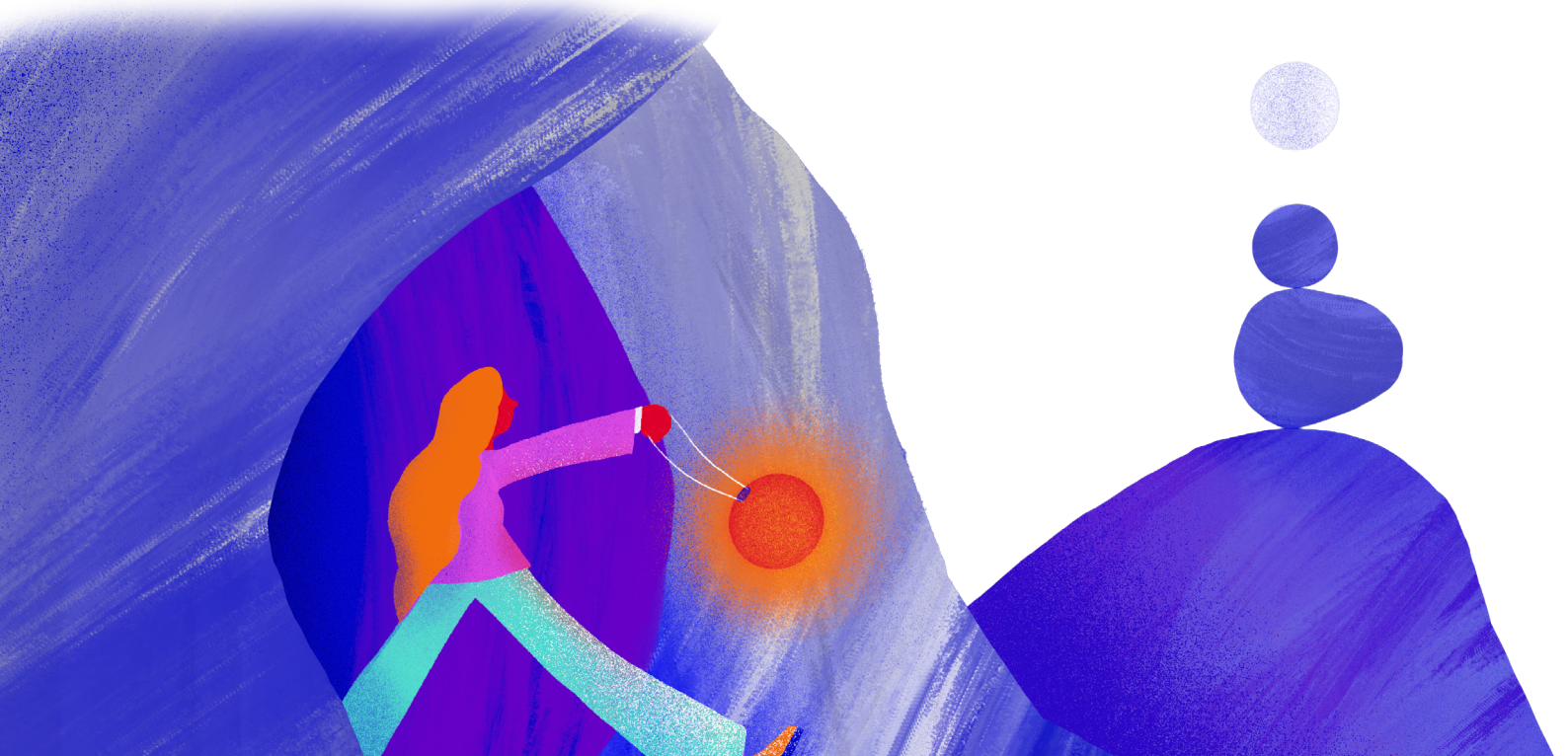
Septembre 2026

STOP violence .brussels

Mutilations génitales féminines

Fiche à destination des professionnel·les



IMPORTANT

Les mutilations génitales féminines (MGF) étant par définition perpétrées sur des organes génitaux féminins, elles concernent en majorité des femmes. Cela étant dit, elles peuvent aussi concerner les hommes transgenres qui sont nés avec un organe génital féminin.

Dans cette fiche, nous employons l'écriture inclusive pour désigner tant les auteur•es que les victimes. Lorsque nous utilisons ici l'astérisque avec le mot « femmes* », nous désignons toute personne dont l'organe génital féminin a été mutilé ou est à risque de l'être.

Nous employons également le terme « mutilation génitale féminine » qui est la dénomination officielle des Nations unies, mais notez qu'il est préférable d'utiliser le terme « excision » avec la personne concernée, car c'est le terme couramment utilisé en français pour désigner la pratique au sein des communautés concernées.

Cette fiche n'aborde pas la question de la circoncision masculine, ni des mutilations génitales intersexes (MGI) pratiquées sur les enfants nés avec une variation des caractéristiques sexuelles. Tout comme les MGF, ces interventions ont lieu la plupart du temps sans l'accord de la personne concernée et peuvent avoir de graves conséquences sur la santé physique et mentale. Elles sont également justifiées par des normes sociétales et non un besoin médical. Si la personne que vous accompagnez subit les conséquences de l'une de ces pratiques, vous pouvez la référer à l'association Droit au corps (France) pour la circoncision, et Genres Pluriels (Belgique) pour les MGI.

Table des matières

A. Reconnaitre les mutilations génitales féminines 4

1. Définitions 4

2. Types de mutilations génitales féminines 4

3. Communautés concernées 4

4. Raisons invoquées 6

5. Conséquences 7

6. Identification et spécificités 8

6.1. LGBTQIA+ 8

6.2. Situation de séjour & migration 8

6.2.1. Demande de protection internationale 8

6.2.2. Regroupement familial 9

6.2.3. Situation de séjour irrégulier 10

6.3. Barrières linguistiques 10

6.4. Troubles de la santé mentale 11

6.5. Sans-abrisme 12

6.6. Handicap 12

B. Agir en cas de mutilation génitale féminine 14

1. Modalités d'entretien 14

1.1. Posez le cadre 14

1.2. Créez un lien de confiance 15

1.3. Menez l'entretien en toute bienveillance 15

2. Actions à prendre après identification 17

2.1. Premières dispositions 17

2.2. Risque de MGF : faites un signalement au GAMS Belgique 18

2.3. MGF avérée : orientez la personne vers le GAMS Belgique, CeMAViE ou le Parquet (en fonction des besoins) 18

2.4. Si la personne ne veut pas aller au GAMS Belgique, à CeMAViE ou informer le Parquet 19

3. Services compétents 19

A. Reconnaitre les mutilations génitales féminines

1. Définitions

Les mutilations génitales ou mutilations sexuelles féminines sont *« des interventions qui altèrent ou lèsent intentionnellement les organes génitaux externes de la femme pour des raisons non médicales »* (Organisation mondiale de la santé, 2014).

Les mutilations génitales féminines (MGF) sont reconnues comme une violence basée sur le genre car :

- Elles sont perpétrées à l'encontre d'une personne sur base de son sexe
- Elles trouvent leurs racines dans les représentations que l'on se fait des rôles attendus (genre) de cette personne.

Les mutilations génitales féminines sont une violence de genre et ont pour objectif de contrôler la personne (tant au niveau physique que mental).

2. Types de mutilations génitales féminines

Les mutilations génitales féminines ont été classées en quatre types. Cette classification a été mise à jour en 2022 pour bien préciser que la partie coupée du clitoris était la partie externe (le gland) et non pas la totalité du clitoris.

- **Le type 1 ou clitoridectomie** est l'ablation partielle ou totale du gland du clitoris et/ou du capuchon du clitoris.
- **Le type 2 ou excision** concerne l'ablation partielle ou totale du gland du clitoris et des lèvres internes, avec ou sans excision des lèvres externes.
- **Le type 3 ou infibulation** est le rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par l'ablation et l'accolement des lèvres internes et/ou des lèvres externes, avec ou sans excision du gland du clitoris.
- **Le type 4** comprend **toutes les autres interventions nocives** pratiquées sur les organes génitaux féminins à des fins non thérapeutiques, comme la ponction, le percement, l'incision, la scarification et la cautérisation.

3. Communautés concernées

En 2020, on a estimé à 10 037, le nombre de femmes* ou filles concernées par les mutilations génitales féminines vivant en Région de Bruxelles-Capitale, parmi lesquelles 6 630 étaient (probablement) excisées, et 3 406 étaient à risque (vous pouvez consulter l'étude de prévalence ici : https://gams.be/etudes-de-prevalence/).

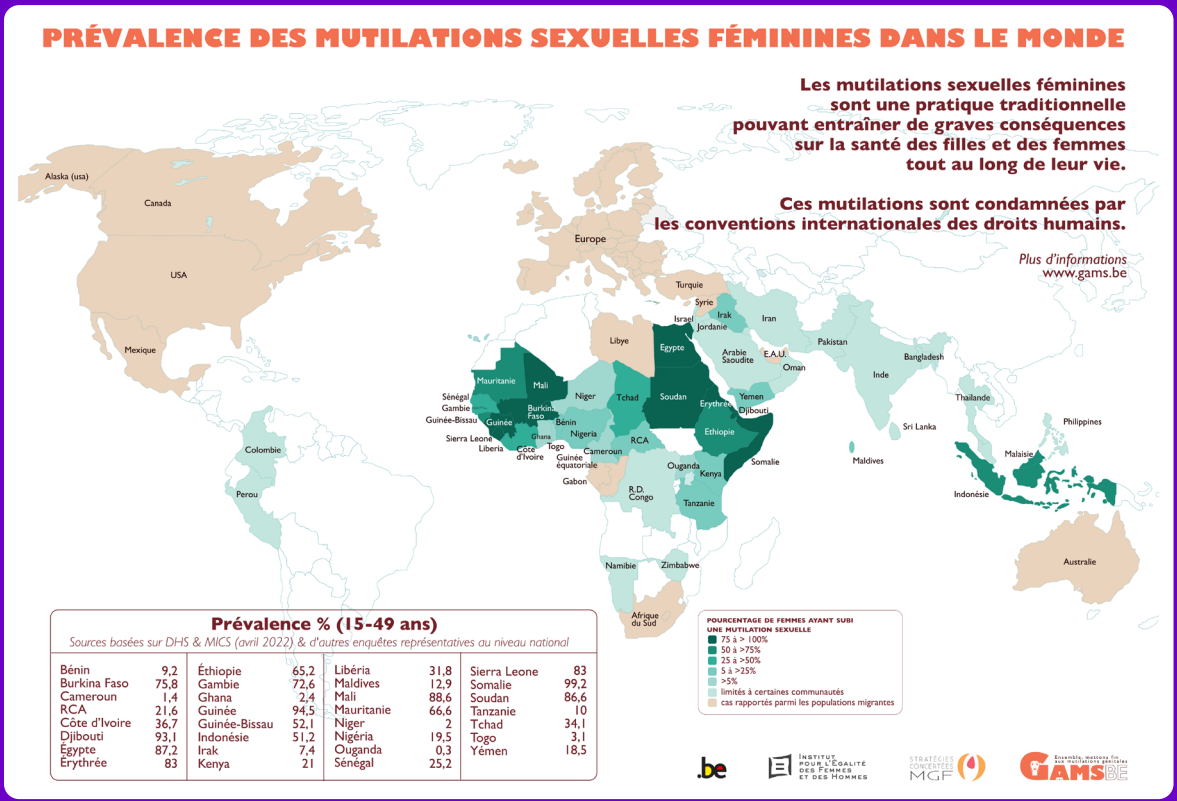
Les personnes concernées n'ont pas pour habitude de mentionner spontanément qu'elles ont subi une mutilation génitale féminine : soit parce que c'est considéré comme tabou, soit parce qu'elles pensent que tout le monde passe par là. Pour reconnaitre qu'une femme* a subi cette violence, il est donc important de se poser la question de la communauté dans laquelle elle a grandi.

Les estimations les plus récentes estiment que 230 millions de filles et de femmes ont subi une mutilation sexuelle féminine et que plus de 4 millions de filles sont à risque chaque année dans le monde.

Si la pratique est présente dans au moins 28 pays africains, elle est aussi très présente en Asie (Indonésie, Malaisie…) mais aussi au dans la péninsule arabique (Yemen, Oman), au Moyen-Orient (Irak, Iran…) et en Amérique latine (Colombie, Pérou).

La prévalence diffère beaucoup selon les régions, y compris au sein même des pays. Le groupe ethnique et la région d'origine sont des facteurs déterminants.

Carte de prévalence : https://gams.be/wp-content/uploads/2025/05/2023_GAMS_PUBLI_CartePrevalence_FR.pdf



Dans les pays d'origine, les mutilations sont pratiquées le plus souvent par des exciseuses traditionnelles, mais aussi par des matrones (accoucheuses traditionnelles) ou des barbiers, et parfois par des médecins ou sage-femmes bien que la médicalisation des mutilations génitales féminines soit interdite par l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Dans les pays occidentaux qui accueillent des communautés originaires de ces pays, des filles peuvent encore être à risque d'être excisées. Les familles font appel à une exciseuse expatriée ou envoient leur fille en « vacances » au pays pour qu'elle subisse l'excision. Les mutilations sont pratiquées généralement entre 4 ans et 14 ans, mais elles peuvent être aussi réalisées à quelques mois de vie ou juste avant le mariage.

N.B. : On observe ces dernières années un abaissement de l'âge de l'excision. Une des raisons est la volonté de cacher la pratique aux yeux des autorités comme beaucoup de pays ont légiféré contre la pratique.

4. Raisons invoquées

Fournir un accompagnement adapté et sans jugement à la personne concernée par une mutilation génitale féminine passe par la compréhension des enjeux et des justifications culturelles de la pratique.

Voir un récapitulatif rapide des raisons invoquées pour la perpétration des MGF :

- **Le respect de la coutume ou de la tradition :** C'est que cela s'est toujours fait, ça se fait, c'est naturel, c'est normal.
- **La cohésion sociale, l'intégration sociale :** Pour être comme tout le monde, ne pas être exclue.
- **Le mariage :** Une fille non excisée ne trouvera pas de mari. Certaines mères reconnaissent les dangers des MGF, mais avouent que le fait de ne pas pouvoir se marier dans leur société est pire que le risque d'avoir des complications liées à une MGF, et que c'est donc le meilleur choix qu'elles puissent faire pour leurs filles.
  N.B. : Certaines filles sont réexcisées avant le mariage si on s'aperçoit que cela n'a pas été « bien fait ».
- **La virginité, la chasteté, la fidélité :** Les MGF sont un moyen de préserver l'honneur de la famille en prévenant tout désir sexuel et grossesse avant le mariage. Dans le cadre de mariages polygames, les MGF sont vues comme un moyen de préserver l'honneur du mari.
- **La fécondité :** Certaines communautés pensent que le clitoris, s'il n'est pas coupé, atteindra la taille du pénis, ou que le clitoris est un organe dangereux qui pourrait blesser l'homme pendant la pénétration (et le rendre impuissant ou stérile) ou empêcher le bon déroulement de l'accouchement. Les MGF sont supposées accroître la fécondité et favoriser la survie de l'enfant.
- **La séduction, la beauté :** En particulier dans les ethnies qui pratiquent l'infibulation, un sexe « ouvert » ou « béant » est considéré comme inesthétique. Un sexe cousu, fermé, épilé est perçu comme plus hygiénique et il est supposé rendre la femme* plus attrayante.
- **La pureté, la propreté :** Tant qu'une fille n'aura pas été excisée ou infibulée, elle sera considérée comme impure et sale. Certaines choses, comme préparer le repas ou servir à manger, lui seront interdites.
- **La religion :** Les MGF existent depuis bien avant les religions monothéistes et ne sont prescrites par aucun texte religieux, y compris le Coran. Certaines communautés musulmanes les considèrent à tort comme une obligation religieuse, alors qu'on les retrouve aussi chez des groupes chrétiens, juifs éthiopiens et animistes. En ce qui concerne l'Islam, en 2006, des hauts représentants sunnites réunis à al-Azhar ont affirmé que ces pratiques n'avaient aucun fondement en droit musulman. L'usage du terme Sunna pour

désigner certains types de MGF entretient la confusion. Enfin, le rôle social et économique des exciseuses contribue à la persistance de ces pratiques, puisqu'elles en tirent revenus et statut.

5. Conséquences

Les MGF peuvent impacter la qualité de vie de la femme* et de ses proches en ayant un effet tant au niveau physique qu'au niveau psychologique. Les conséquences possibles sont à évaluer au cas par cas.

Les complications physiques immédiates :

- Douleurs intenses, accompagnées de peur, d'angoisse pouvant entraîner un état de choc
- Hémorragies risquant d'entraîner la mort
- Infections des plaies
- Rétention des urines
- Lésions des organes voisins

Les complications physiques à long terme :

- Infections urinaires, génitales, calculs urinaires, neurinomes
- Difficultés à uriner, douleurs pendant les règles, incontinence
- Douleurs au niveau de la cicatrice, kystes, abcès
- Problèmes liés à la grossesse et l'accouchement (travail bloqué, déchirures, fistules)

Les conséquences psychologiques et sexuelles :

- État de stress post-traumatique (sidération, effroi, impuissance, sentiment d'étrangeté, expérience proche de la mort)
- Dissociation psychique
- Sentiment de trahison et à long terme, perte de confiance, baisse de l'estime de soi, méfiance, …
- Troubles du comportement
- Syndrome de stress post-traumatique
- Dépression
- Perturbation de l'image corporelle, de l'image de soi
- Trouble de la sexualité (évitement des rapports sexuels, isolement, vaginisme[1], incapacité à ressentir du plaisir, diminution du désir sexuel…)

[1] Le vaginisme est une contraction musculaire involontaire et réflexe des muscles du plancher pelvien, rendant la pénétration vaginale difficile, douloureuse, voire impossible.

6. Identification et spécificités

6.1. LGBTQIA+

Parmi les femmes* concernées par les MGF, certaines sont lesbiennes ou bisexuelles et ont fui leur pays à la suite de violences subies à cause de leur orientation sexuelle, pour échapper à une excision – ou les deux.

En effet, dans un contexte patriarcal où l'hétérosexualité est la norme, ces femmes subissent des discriminations spécifiques à leur orientation sexuelle. Dans certains cas, leur entourage peut considérer que « l'excision n'a pas été bien faite », ce qui peut mener à une deuxième excision.

Une fois en Belgique, ces femmes évoquent souvent des difficultés pour parler et pour vivre librement leur orientation sexuelle de peur de réactions négatives au sein du centre d'accueil et/ou de la part de leur famille et communauté.

6.2. Situation de séjour & migration

En Belgique et donc à Bruxelles, les femmes* qui sont concernées par les mutilations génitales féminines sont très majoritairement issues de l'immigration. Elles ont pu immigrer pour différentes raisons (travail, fuite des violences, famille...), mais leur statut migratoire entraine des besoins spécifiques.

6.2.1. Demande de protection internationale

Selon la dernière étude de prévalence en 2020 (IEFH et SPF Sécurité de la chaîne alimentaire et de l'environnement), parmi les femmes* et filles demandeuses de protection internationale, 1 428 étaient concernées par les MGF, originaires majoritairement de la Guinée et de l'Érythrée.

Les MGF sont reconnues par la Belgique comme un motif valable de demande de protection internationale, mais toutes les personnes concernées n'invoquent pas forcément ce motif dans leur demande. Elles déclarent généralement avoir fui les violences de leur pays d'origine, qu'elles soient politiques (guerres, opposition au régime...) ou sociétales (refus d'être mariée de force, refus d'excision...).

Le Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides (CGRA) peut considérer que si une MGF a déjà été pratiquée, la personne n'est plus à risque de violences, et peut retourner dans son pays d'origine. Les personnes qui demandent l'asile pour ce motif doivent donc démontrer les complications psycho-médicosociales en cas de retour au pays d'origine ou invoquer le risque d'excision pour leur enfant de sexe féminin, le cas échéant. Elles peuvent par exemple être discriminées, harcelées, ostracisées, violentées ou encore réexcisées. Si une enfant mineure n'a pas été victime de MGF au moment de la demande de protection internationale, la Belgique peut protéger cette enfant en fonction du risque encouru de subir une MGF en cas de retour vers le pays d'origine.

Les demandeuses de protection internationale concernées par les MGF sont généralement hébergées dans un centre d'accueil Fedasil ou Croix-Rouge (ou autre partenaire du réseau d'accueil). Elles y sont prises en charge par les équipes socio-

médicales, qui sont formées à la thématique par le GAMS Belgique dans le cadre de la trajectoire MGF et Asile prévoyant une identification des besoins lors de l'intake social et médical.

6.2.2. Regroupement familial

Un certain nombre de femmes* et filles concernées arrive en Belgique par regroupement familial, pour rejoindre un•e partenaire ou un•e membre de la famille. Certaines se sont mariées à l'étranger et sont arrivées en Belgique dans le cadre d'un regroupement familial, d'autres sont arrivées avec un visa de court séjour, se sont mariées et ont introduit leur demande de regroupement familial sur le territoire. Ces personnes ne bénéficient pas de la même prise en charge à l'arrivée que les demandeuses de protection internationale : elles ne passent pas d'entretien d'accueil au cours duquel les MGF sont abordées.



La majorité pensant qu'avoir subi une MGF est normal (« *Tout le monde passe par là* ») et le sujet étant considéré comme tabou, elles ne mentionnent que rarement avoir subi une MGF. C'est en général le•la médecin de famille ou le•la gynécologue, à condition qu'il ou elle soit formé•e à reconnaître une MGF, qui identifiera le traumatisme subi et proposera un accompagnement dédié. La problématique peut être aussi repérée à l'école chez les petites filles.

Si les femmes* concernées ont une carte de séjour sur base du regroupement familial (carte A ou F), celle-ci dépend de la vie commune avec celui ou celle qu'elles ont rejoint durant les cinq premières années. Si la vie commune s'arrête, l'Office des étrangers peut décider de retirer le droit de séjour de la personne venue par regroupement familial.

Beaucoup de victimes craignent de quitter le lieu de vie et de s'adresser aux services de police pour porter plainte par manque d'informations sur leurs droits. Elles ne savent par exemple pas qu'elles peuvent, comme toutes les autres femmes, accéder aux dispositifs d'hébergement, dénoncer la violence (physique, psychologique ou sexuelle) et demander le maintien de leur séjour auprès de l'Office des étrangers lorsqu'elles disposent d'une carte de séjour.

Si la femme* quitte le domicile conjugal, ce qui peut arriver notamment par refus de faire exciser ses enfants, il est indispensable qu'elle demande sans tarder le maintien du séjour à l'Office des étrangers en apportant les preuves des violences à l'aide d'un•e avocat•e ou d'un service d'aide.

6.2.3. Situation de séjour irrégulier

Un certain nombre de femmes* migrantes concernées par les MGF sont en situation de séjour irrégulier, donc « sans-papiers », et ce pour diverses raisons : refus de protection internationale, perte du droit au séjour dans le cadre de regroupement familial pour avoir quitté un•e partenaire violent•e, transmigration vers le Royaume-Uni, ou encore en procédure Dublin sans droit à l'aide matérielle.

Ces trajectoires de vie conduisent à la précarité, avec des difficultés pour répondre aux besoins les plus fondamentaux : logement, nourriture, soins médicaux…

Leur précarité les confronte à différents types de violences de genre et leur statut ne permet presque pas de prévenir ces violences ou d'obtenir un soutien adéquat. Elles évitent les organisations qui peuvent les aider car elles pensent que si celles-ci les dénoncent, elles risquent une arrestation, une détention en centre fermé et une expulsion forcée du territoire.

6.3. Barrières linguistiques

Ne parlant pas ou peu l'une des langues nationales, certaines femmes* migrantes ou ayant un passé de migration qui ont subi une MGF peuvent rencontrer des difficultés à communiquer dans l'une ou plusieurs des langues nationales belges. Cela peut causer difficultés à demander de l'aide, à signaler des conséquences psychologiques ou médicales des MGF dont elles font l'expérience, ou à comprendre les informations sur les ressources disponibles.

La barrière de la langue peut également être observée dans d'autres cas de figure, comme, par exemple pour les personnes sourdes ou malentendantes signantes, les personnes ayant des troubles d'apprentissage et/ou les personnes malvoyantes, par exemple, pour le remplissage et la compréhension de documents administratifs ou l'usage de certains supports.



Important

Pour assurer la communication avec une femme* concernée qui ne parle pas le français, il est nécessaire de faire appel à un•e interprète formé•e et neutre. Les proches ou les autres membres de la communauté dont la femme* est issue peuvent dépanner dans la plupart des cas, mais pour un sujet aussi sensible et tabou que les mutilations génitales féminines, nous recommandons de faire appel à des interprètes formé•es aux violences basées sur le genre. En effet, un•e interprète improvisé•e (connaissance, membre de la famille...) pourrait ne pas être d'accord que la femme* aborde ce sujet avec un•e professionnel•le et refuser de traduire certaines phrases, déformer ses propos ou encore la réprimander.

Le plus sûr est de passer par le GAMS Belgique (informations de contact à la fin de cette fiche) qui vous mettra en lien avec son pool bénévole de Community Voices, des personnes issues des communautés concernées font la traduction et la médiation interculturelle entre les professionnel•les de première ligne et les personnes concernées. Soutien moral, interprètes des traditions, les relais communautaires accompagnent des personnes qui peuvent s'identifier à elles, comprendre leur parcours et faciliter la communication avec le monde extérieur.

6.4. Troubles de la santé mentale

Les mutilations génitales féminines constituent souvent une expérience profondément traumatisante, même si les réactions psychologiques varient d'une personne à l'autre.

Sur le moment, elles peuvent provoquer un choc intense, surtout lorsque la victime n'est ni informée ni préparée, générant des sentiments de trahison, de peur, d'impuissance ou encore des épisodes de dissociation, mécanisme de protection face à une douleur et une détresse insupportables.

À long terme, les conséquences psychologiques peuvent devenir chroniques et se manifester sous forme d'anxiété, de dépression, de troubles du comportement ou de syndrome de stress post-traumatique qui se caractérise notamment par des souvenirs intrusifs, des cauchemars, une hypervigilance ou des mécanismes d'évitement.

Les femmes* vivant avec une MGF peuvent expérimenter des flash-backs, illusions sensorielles ou cauchemars, leur faisant revivre l'excision et ressentir la détresse et la terreur comme si cela leur arrivait de nouveau : c'est ce qu'on appelle la mémoire traumatique. Celle-ci peut être réactivée par des situations variées, comme des relations sexuelles douloureuses, un accouchement, une conversation ou même la vision de son propre corps. Pour certaines femmes*, ces réactivations ravivent la détresse initiale comme si l'événement se reproduisait.

6.5. Sans-abrisme

Les femmes* sans-abri concernées par les MGF sont généralement en situation de séjour irrégulier. Elles sont souvent bloquées dans des difficultés administratives et financières liées à l'absence d'adresse ou de statut de séjour entraînant ainsi une situation de précarité, de stigmatisation et d'aggravation de leur santé physique et mentale (incluant les addictions). Elles sont particulièrement vulnérables face à tous les types de violences.

Le terme « sans-chez-soirisme » est préféré par certaines associations spécialisées au terme « sans-abrisme » parce qu'il reflète la réalité d'une personne en situation de mal logement ou sans logement, mais aussi parce qu'il est particulièrement adapté aux parcours des femmes* qui développent des stratégies multiples pour obtenir un abri. Elles* vont par exemple devoir fournir des relations sexuelles à une personne contre un abri, s'installer dans des lieux publics où on ne reconnait pas qu'elles sont en rue, où elles tentent de disparaître. Ces lieux ne sont pas réellement sécurisants, car ils ne constituent pas un véritable « chez-soi ».

6.6. Handicap

Parmi les conséquences physiques des MGF, on compte des douleurs chroniques, des infections, des kystes, des problèmes urinaires et menstruels, ainsi que des complications lors des accouchements (pouvant entraîner la mort ou des séquelles pour la mère et l'enfant). Ces séquelles peuvent être assimilées à un handicap fonctionnel et nécessitent un suivi médical spécifique.



En Belgique, le centre médical spécialisé pour la prise en charge des victimes de MGF est CeMAViE : https://www.stpierre-bru.be/service/gynecologie-obstetrique/320-rue-haute/cemavie-mutilations-genitales-feminines/

À cela peuvent s'ajouter les handicaps non-liés aux MGF. Certains types de handicap (en particulier la surdité, la malvoyance ou la cécité, le handicap intellectuel ou les difficultés à s'exprimer) peuvent entrainer des barrières de communication, une isolation sociale et une stigmatisation, rendant plus difficile pour la personne de demander de l'aide, de signaler avoir subi une MGF ou de rechercher des ressources. Certains services de soutien peuvent tout simplement ne pas être suffisamment accessibles, que ce soit en termes de transport, d'infrastructures physiques ou de communication.

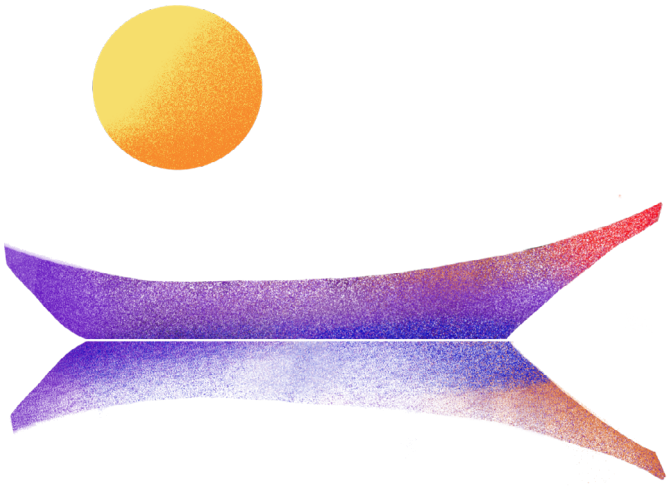
De plus, face aux services d'aide, les femmes* concernées par les MGF et en situation de handicap peuvent craindre d'être incomprises, de ne pas être crues et d'être décrédibilisées ou couvertes de honte. Elles peuvent être plus dépendantes de leurs proches et de leur communauté, et peuvent aussi craindre les conséquences de parler d'un sujet tabou, et de se retrouver isolées, privées de liberté, harcelées, etc.

Important

Pour les femmes* concernées par une MGF qui communiquent via la langue des signes, notez que la langue des signes n'est pas universelle. En effet, rien qu'en Belgique nous avons la langue des signes francophone belge (LSFB) et la langue des signes flamande (VGT).

L'idéal est de faire appel à un•e interprète juré•e spécialisé•e dans les langues rares via le Registre national des interprètes > https://justsearch.just.fgov.be/national-registry-search/translator?lang=fr

Si cela n'est pas possible, vous pouvez faire appel à un•e proche qui traduira de la langue des signes vers sa langue maternelle, et ensuite repasser par un•e autre interprète pour traduire ses propos vers le français. Cette technique est plus accessible mais risquée : les MGF étant un sujet tabou, le ou la proche pourrait décider de ne pas traduire la parole de la femme* signante ou celle-ci pourrait ne pas oser parler ouvertement.



B. Agir en cas de mutilation génitale féminine

1. Modalités d'entretien

1.1. Posez le cadre

Placez la personne, son rythme et ses besoins au cœur de la prise en charge et respectez son agentivité :

- Si la personne a besoin d'un•e interprète (langue étrangère ou langue des signes), veillez à ce que ce soit une personne neutre, externe à la situation, qui ne soit pas un•e proche, car le risque est de cadenasser la parole de la victime (cf. Page **11**).
- Gardez à l'esprit que certaines situations de dépendance peuvent constituer un frein à la libération de la parole. Par exemple, dénoncer une situation peut avoir des conséquences, effectives ou imaginées, pour la victime, comme le fait de perdre des droits, des privilèges, de la liberté, des soins vitaux, d'être placée en institution, etc. Elle risque de se retrouver dans une situation de vulnérabilité encore plus grande.
- Ne portez pas de jugement sur la personne, peu importe ses spécificités ou sa situation, et montrez de la compréhension face aux éventuelles difficultés de la personne à s'exprimer.
- Tenez compte des aspects personnels et socioculturels dans la rencontre. La manière d'aborder les questions intimes est très différente en fonction des spécificités de la personne.
- Portez toujours attention au comportement de la victime, lui demander si elle veut faire une pause, s'isoler un instant dans un endroit calme et surtout prendre le temps.

Si la victime est en situation de handicap :

- En Belgique, il n'existe pas de services spécialisés dans l'accompagnement des personnes concernées par les MGF et qui sont en situation de handicap. Elles doivent être redirigées vers des services existants, malgré les difficultés d'accessibilité physique (rampes, ascenseur, WC adaptés, circulation...) et communicationnelles (documents en grand format, en braille, en Facile à lire et à comprendre - FALC, interprètes en langue des signes...).
- Détachez-vous des stéréotypes liés au handicap (parole moins crédible, pas de partenaire ou de vie sexuelle possible...).
- Pour une personne neuroatypique ou neurodivergente, restez dans le non-jugement car il arrive souvent qu'elle ne soit pas crue, ses paroles, son histoire et son comportement étant ramenés à son « trouble ». L'expression des émotions par ces personnes ne correspond pas nécessairement à ce qui est typiquement attendu. Par exemple, elles peuvent sourire dans une situation pourtant sérieuse et tragique.

1.2. Créez un lien de confiance

En préalable à toute parole possible :

- Veillez à la confidentialité de l'échange et à ce que la personne se trouve dans un endroit où elle se sent en sécurité. Par exemple, certaines personnes ne supportent pas les portes fermées, d'autres auront besoin d'être sûres que personne n'entendra ce qui sera dit.
- Assurez-vous de voir la victime seule (sans enfant, sans conjoint•e, sans proche) et, si nécessaire, prévoyez un•e interprète neutre sensibilisé•e aux violences basées sur le genre.
- Il se peut que la victime souhaite être accompagnée si elle est mineure ou vulnérable.

1.3. Menez l'entretien en toute bienveillance

Pendant l'entretien :

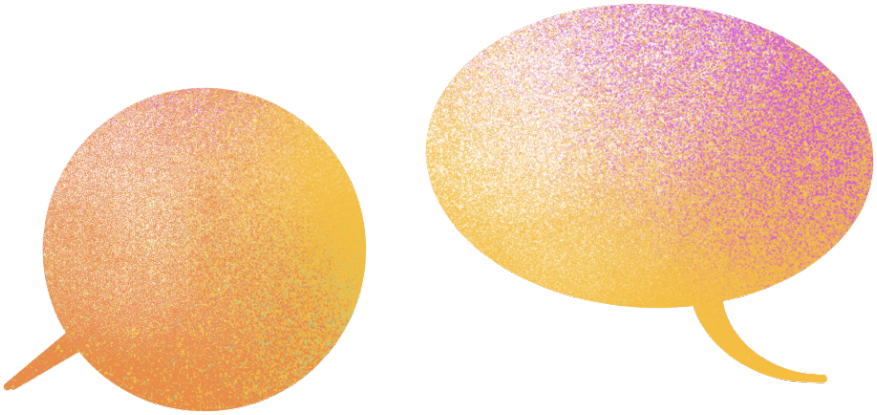
- **Respectez le rythme de la personne**, et acceptez que les moyens mis en œuvre ne suffisent pas toujours à permettre que le récit s'ouvre.
- **Laissez la personne livrer un récit spontané**, puis posez des questions de plus en plus précises pour éviter de l'influencer (surtout pour les victimes mineures ou vulnérables).
- Si la victime est une personne mineure, évitez de poser des questions précises/suggestives à propos des faits précis tant qu'une audition TAM (techniques d'audition de mineurs) n'a pas été effectuée. Cela prévient le risque de collusion.
  N.B. : Les auditions TAM ne sont pas menées dans le cas où l'excision a eu lieu dans le pays d'origine et que la jeune est demandeuse de protection internationale.
- **Ne cherchez pas absolument à ce que la victime raconte les faits** car la répétition du récit constitue une forme de violence secondaire.
- **Montrez-vous disponible et bienveillant•e** pour éviter la victimisation secondaire.
- **Ayez en tête que c'est peut-être la première fois** que la personne parle.
- **Comprenez que la personne qui se confie a déjà surmonté une quantité d'obstacles** avant de le faire : la peur d'être jugée, la honte, la culpabilité, la peur des représailles, la crainte de mal faire, etc.
- **Reconnaissez la victime en tant que victime** : il est primordial que la personne se sente entendue et crue, car la réaction sociale positive diminue le risque de stress post-traumatique.

NE PAS...

- ✘ Juger
- ✘ Mettre en doute ce qui est dit
- ✘ Banaliser ou minimiser les propos par exemple en disant « tout va bien se passer »
- ✘ Chercher à établir une vérité objective des faits
- ✘ Faire des promesses
- ✘ Insister, chercher à (trop) savoir
- ✘ Poser des questions suggestives
- ✘ Toucher la personne sans son consentement préalable, y compris pour les actes médicaux
- ✘ Paraître distrait•e (ex. : regarder son écran, sa montre, etc.)

MAIS PLUTÔT...

- ✔ Se rendre disponible
- ✔ Rassurer, être patient•e et calme
- ✔ Laisser la personne exprimer ses peurs, ses difficultés, ses émotions
- ✔ Respecter le rythme de sa parole et accepter les silences
- ✔ Reconnaitre la personne dans son vécu, dans son courage de parler et la croire, peu importe ses spécificités
- ✔ La ramener à la réalité par des exercices de respiration si besoin
- ✔ Lui expliquer la suite du processus
- ✔ Porter attention à qui accompagne la victime et à leur relation (il peut s'agir d'un•e auteur•e de violence)
- ✔ Donner des informations claires et explicites



De manière générale, il est conseillé de poser des questions allant du plus général vers le particulier afin que la personne n'ait pas le sentiment de subir un interrogatoire. Il est important de créer une relation de confiance et de lui laisser la possibilité d'amener des éléments auxquels vous n'auriez pas songé.

Voici quelques exemples de questions qui peuvent vous aider à identifier si une femme* est concernée par une mutilation génitale féminine :

- Vous venez de (pays d'origine), il y a une tradition qui se pratique chez les filles, l'excision, pouvez-vous m'en parler ?
  N.B. : Évitez d'utiliser le terme mutilation lors des premiers échanges.
- Est-ce que quelqu'un vous a déjà fait du mal au niveau des parties intimes ?
- Pensez-vous qu'il serait important de mettre en place un accompagnement psychologique par rapport à des choses difficiles que vous auriez pu vivre par rapport à votre corps, votre intimité ?

Cette liste est non-exhaustive, et les questions posées devront correspondre à votre mandat.

Les conseils ci-avant sont destinés aux entretiens avec des femmes adultes. Pour les enfants / familles, consultez le *Guide d'entretien pour aborder la question de l'excision lors des entretiens avec les filles et/ou avec leur famille* des Stratégies concertées de lutte contre les MGF : https://www.strategiesconcertees-mgf.be/guide-dentretien-pour-aborder-la-question-de-lexcision-lors-des-entretiens-avec-les-filles-et-ou-avec-leur-famille/

2. Actions à prendre après identification

Dans certains cas, il peut être pertinent d'agir pour soutenir la personne en face de vous, en respectant son consentement et sa volonté et en lui donnant les informations nécessaires pour qu'elle prenne ses décisions de manière libre et éclairée.

Dans d'autres, il s'agit de privilégier plutôt l'écoute avant d'agir. La personne a parfois besoin de parler, de se confier et de temps avant que des décisions plus concrètes ne soient prises.

Même si vous avez identifié une personne comme présumée victime, la personne pourrait ne pas se sentir victime et donc ne pas demander de l'aide.

2.1. Premières dispositions

Utilisez le détectomètre des Stratégies concertées de lutte contre les MGF, pour vous aider à identifier les actions à entreprendre pour protéger les filles et assurer le suivi d'une fille déjà excisée et de ses sœurs à risque de l'être dans le dialogue, si possible, avec les parents et l'enfant.

> https://www.strategiesconcertees-mgf.be/detectometre-outil-a-destination-des-professionnel-le-s/

N.B. : Étant donné que dans la majorité des situations à risque, la fille est encore mineure, le détectomètre concerne surtout les situations où une mineure serait à risque d'être excisée. Il contient cependant des éléments utiles pour la prévention et la prise en charge de femmes* adultes.

2.2. Risque de MGF : faites un signalement au GAMS Belgique

Le GAMS Belgique est l'association belge de référence pour la prévention des mutilations génitales féminines. Contactez l'association pour être écouté•e et conseillé•e sur les démarches à suivre :

- Appelez le 02 219 43 40
- Ou envoyez un e-mail à info@gams.be

2.3. MGF avérée : orientez la personne vers le GAMS Belgique, CeMAViE ou le Parquet (en fonction des besoins)

Si la personne que vous accompagnez a déjà subi une MGF, il vous faudra identifier avec elle les priorités pour sa prise en charge. **Une bonne première étape est de l'orienter vers le GAMS Belgique, pour un premier entretien.**

Cet entretien a pour objectifs de :

- Permettre à la personne de s'exprimer dans un cadre sécurisant, sans jugement, et avec une bonne compréhension des enjeux culturels de la pratique ;
- Effectuer une première évaluation de ses besoins afin de mettre en place un accompagnement individuel sur mesure : social, psychologique, juridique, orientation vers des services partenaires en cas de besoin.

L'accompagnement proposé par le GAMS Belgique se fait sur base volontaire et en fonction des besoins spécifiques de la femme* à l'instant T.

Si l'urgence est plutôt médicale (douleurs physiques), vous pouvez l'orienter directement vers le Centre d'aide aux victimes de l'excision (CeMAViE) qui se trouve au sein du 320 Rue Haute. L'équipe, composée d'un gynécologue, d'une sage-femme, d'une sexologue et d'une psychologue, offre une approche pluridisciplinaire à la fois sexologique, psychologique et médico-chirurgicale. Comme pour le GAMS Belgique, il n'y a pas d'obligation.

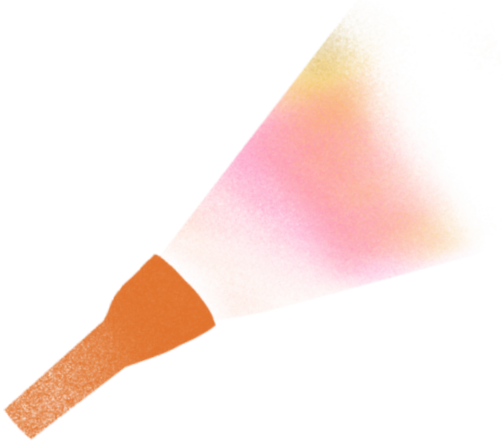
N.B. : CeMAViE propose la chirurgie reconstructrice du clitoris, mais la majorité des femmes* qui fait appel à CeMAVIE choisit un accompagnement psychologique et sexologique sans opération chirurgicale.

Vous pouvez aussi signaler au Parquet du Procureur du Roi des faits ou un risque imminent de MGF. Envoyez un e-mail à mgf.prpkbru@just.fgov.be. Donnez les informations les plus précises possible sur les faits, où ceux-ci ont lieu, et sur les personnes impliquées pour permettre au Parquet d'intervenir si besoin.

2.4. Si la personne ne veut pas aller au GAMS Belgique, à CeMAViE ou informer le Parquet

Si pour une raison ou une autre, comme par exemple la peur d'être reconnue par une personne de sa communauté, la personne que vous accompagnez ne souhaite pas aller au GAMS Belgique ou à CeMAViE, ou si elle ne souhaite pas impliquer le Parquet, vous pouvez aussi l'orienter vers un planning familial formé.

Pour identifier les centres de planning familial et autres organisations aptes à la prise en charge des MGF en Région de Bruxelles-Capitale, le mieux est de consulter la cartographie du site stop-violence.brussels : https://stop-violence.brussels/carte-des-services



3. Services compétents

Voici une liste des principaux services compétents :

- **GAMS Belgique** pour un premier accueil et un accompagnement psycho-sociojuridique.
  Du lundi au vendredi de 9h00 à 17h00.
  Adresse : Rue Gabrielle Petit 6, 1080 Bruxelles
  E-mail : info@gams.be
  Téléphone : 02 219 43 40
- **CeMAViE** pour la prise en charge des complications somatiques et psychologiques des MGF.
  Consultations le mardi de 8h30 à 12h30.
  Adresse : Rue Haute 320, 1000 Bruxelles
  Téléphone : 02 535 47 14

> Pour aller plus loin : https://stop-violence.brussels/carte-des-services