



ÉDITION 2020

MUTILATIONS SEXUELLES  
**DÉCONSTRUIRE**  
LES IDÉES REÇUES

FR

**GAMS**  
BELGIQUE - BELGIË



STRATÉGIES  
CONCERTÉES  
MGF



**equal.brussels**   
gelijke kansen | égalité des chances

Première version : octobre 2016

Deuxième version : décembre 2020

Ce texte fut initialement édité par le GAMS Belgique et les Stratégies concertées de lutte contre les MGF (SC-MGF), grâce à des subventions Promotion de la citoyenneté et de l'interculturalité (PCI) de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Le texte fut réédité grâce à un financement d'Equal Brussels.

### Comité de rédaction :

*GAMS Belgique asbl :*  
Stéphanie Florquin  
Katrien De Koster  
Jessica Tatout (1<sup>ère</sup> version)

*End FGM European Network :*  
Isma Benboulerbah (2<sup>ème</sup> version)

### Personnes qui ont contribué à la rédaction, la relecture et l'édition de la deuxième version :

Annalisa D'Aguanno, psychologue au GAMS Belgique  
Betel Mabilie, militante et formatrice féministe et antiraciste  
Daniela Bishop, chargée de communication au GAMS Belgique  
Diariou Sow, membre du Conseil d'administration du GAMS Belgique  
Fabienne Richard, directrice du GAMS Belgique et membre de la Plateforme pour une naissance respectée  
Lucie Magnier, étudiante, stagiaire au GAMS Belgique  
Oumar Diallo, membre du Conseil d'administration du GAMS Belgique et du Collectif mémoire coloniale et lutte contre les discriminations (CMCLD)

### Personnes ayant contribué à la rédaction, la relecture et l'édition de la première version :

Fabienne Richard, directrice du GAMS Belgique et sage-femme à CeMAVIE, CHU Saint-Pierre

Seydou Niang, chargé de projets au GAMS Belgique et au Siréas  
Halimatou Barry, coordinatrice des activités du GAMS Belgique en Wallonie

Daniela Bishop, secrétaire de direction et chargée de communication au GAMS Belgique

Carolina Neira Vianello, infirmière sociale au GAMS Belgique  
Assiatou Diallo, étudiante assistante sociale, stagiaire au GAMS Belgique  
Omar Ba, historien

Fanny Colard, chargée de mission, Fédération des centres de planning familial des Femmes prévoyantes socialistes (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

**Graphisme :** Olivier Jacquain

**Illustrations :** Anouk Jurdant



MUTILATIONS SEXUELLES  
DÉCONSTRUIRE  
LES IDÉES REÇUES





## INTRODUCTION

Les mutilations génitales féminines (MGF), communément appelées « excision », font partie des violences de genre auxquelles les femmes sont sujettes parce qu'elles sont femmes.<sup>1</sup> Si les MGF font souvent naître des sentiments très forts, elles sont aussi bien souvent méconnues du grand public. Par conséquent, il existe une multitude d'idées reçues autour des mutilations génitales féminines, perçues comme une pratique concernant uniquement les communautés subsahariennes musulmanes. Ces idées stigmatisent les communautés concernées, les présentant comme « barbares », et les femmes touchées par la pratique sont considérées comme des victimes passives. Nous souhaitons nous distancier d'un discours colonialiste et culpabilisant pour mettre en avant le rôle actif et la résistance des femmes concernées.

Au travers de 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) souhaitent déconstruire les idées reçues et les stéréotypes sur les « victimes et auteur-e-s » des mutilations génitales féminines. Les malentendus dûs à des idées erronées et à un manque d'autocritique font souvent obstacle à une orientation adéquate des personnes concernées. Cette brochure vise à sensibiliser tout le monde à ce

propos. Nous avons choisi d'aborder treize idées reçues que nous entendons souvent dans notre travail, que ce soit avec les partenaires professionnel·le·s, dans les discussions avec le grand public ou dans l'accueil de personnes concernées. Nous voulons également montrer 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), ni à toutes les communautés concernées. Enfin, cette publication s'adresse à tout·e·s les protagonistes du travail social, de l'éducation, de la société civile, des institutions, de la politique, ainsi qu'à tou·te·s celles et ceux qui s'engagent à remettre en question les rôles patriarcaux socialement construits.

La première version de cet ouvrage fut publiée en 2016. Elle avait été pensée pour les professionnel·le·s accompagnant des femmes ayant subi ou étant à risque de MGF, les étudiant·e·s et enseignant·e·s abordant ce sujet dans leur cursus, les militant·e·s travaillant sur la question des violences de genre et/ou des droits sexuels et reproductifs, les institutions publiques, et toute autre personne intéressée par cette problématique. Il est évident qu'une meilleure compréhension des mutilations génitales féminines est indispensable pour un accompagnement de qualité des femmes concernées.

Dans le cadre du projet « La déconstruction des idées reçues autour des femmes migrantes ayant subi l'excision », financé par Equal Brussels en 2020, la brochure a été revisitée grâce au regard de nombreux·euses relecteurs·rices. Nous avons porté une attention particulière au fait d'aller au-delà de toute écriture jugée « saviouriste<sup>2</sup> » et de tendre le plus possible vers une réelle pensée anti-raciste. Cette publication contient également un nouveau chapitre sur la violence obstétricale.

Nous sommes convaincu·e·s qu'en déconstruisant les idées reçues et en ouvrant l'esprit des personnes, il est possible de construire une société équitable, inclusive, non-raciste et non-violente.

1

## « LES MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES NE SONT PRATIQUÉES QU'EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE »

En 2016, l'UNICEF a estimé que 200 millions de filles et de femmes dans le monde étaient confrontées à des mutilations génitales féminines. On a longtemps pensé que cette pratique était limitée à l'Afrique et plus précisément aux communautés noires musulmanes du continent. 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. Elles sont également pratiquées au sein des communautés kurdes en Irak ou en Syrie, ainsi que dans des communautés autochtones d'Amérique du Sud (comme les Emberá en Colombie). Sans oublier qu'elles existent aussi au sein des populations migrantes issues des pays cités précédemment. Un rapport récent rédigé par des ONG internationales met en évidence la présence de mutilations génitales féminines dans plus de 90 pays du monde et souligne la nécessité de reconnaître les MGF comme un problème mondial (End FGM/C NETWORK, Equality Now, 2020).

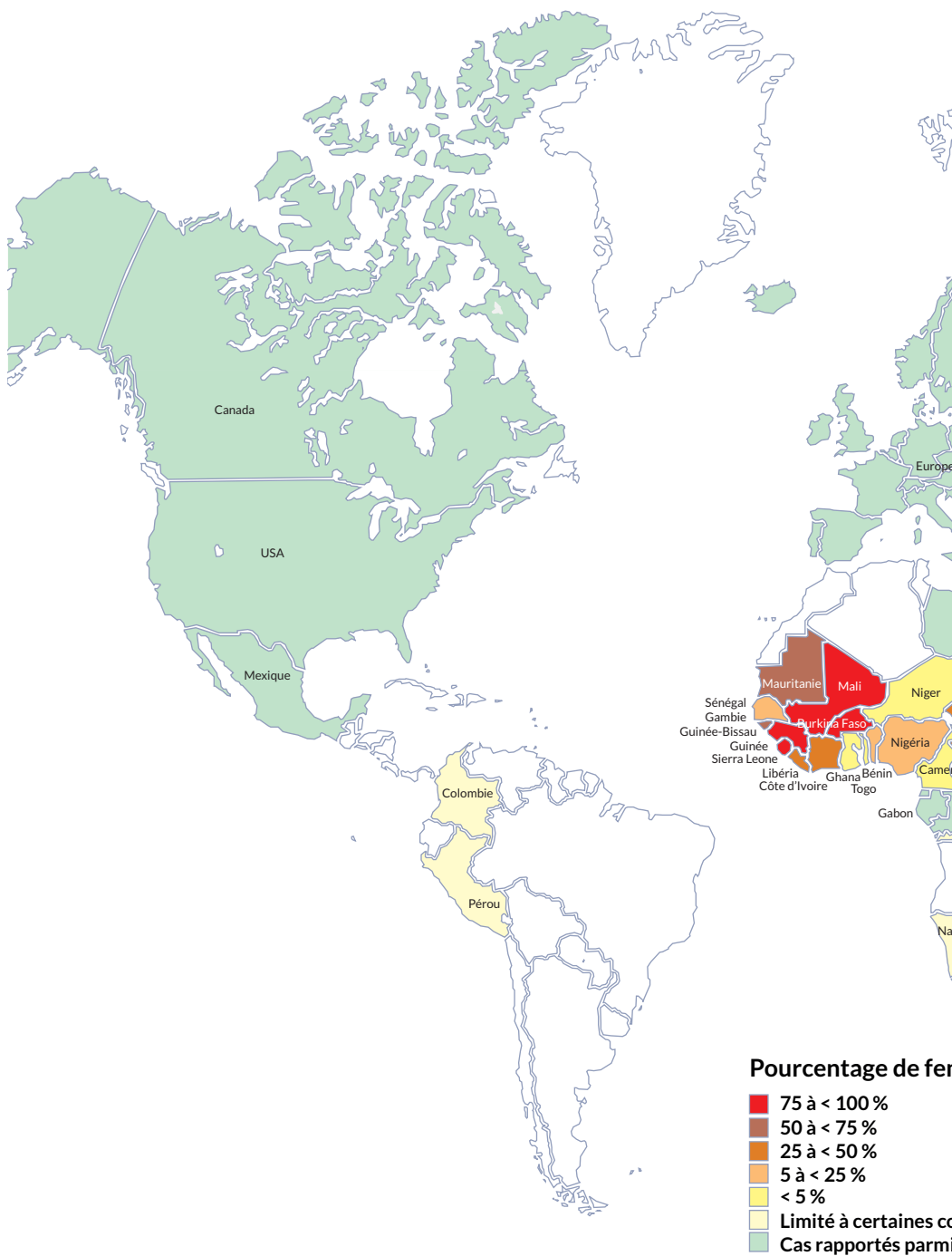
L'idée selon laquelle les MGF seraient une pratique africaine reflète une vision néocoloniale<sup>3</sup> du continent africain, très souvent perçu comme « un seul pays ». Cette représentation ignore la diversité et la richesse culturelle du continent africain telles que le multiculturalisme ethnique et socio-économique. De plus, elle sous-entendrait que toutes les communautés et pays africains pratiquent les MGF. Or, ceci ne reflète pas la réalité. En effet, dans certains pays d'Afrique subsaharienne tels que le Madagascar, le Botswana, la République démocratique du

Congo, l'Afrique du Sud ou la Zambie, les mutilations génitales ne sont soit pas pratiquées, soit elles le sont mais uniquement par certaines communautés minoritaires ou migrantes. En outre, les prévalences peuvent varier fortement au sein d'un même pays, en fonction des ethnies ou des régions.

L'explication principale à la présentation des mutilations génitales féminines comme étant un « problème africain » réside dans les sources utilisées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ou l'UNICEF pour leurs publications. En effet, ces organisations ne tiennent compte que des chiffres obtenus grâce aux enquêtes sur la démographie et la santé (EDS, ou *Demographic Health Survey MICCS Multiple Indicator Cluster Surveys*<sup>4</sup> en anglais). Les données sur la pratique des mutilations génitales féminines sont collectées à la suite de l'accord du pays d'ajouter un module spécifique sur ce sujet, souvent considéré comme « sensible », dans son questionnaire. Or, n'ayant pas été ajouté dans plusieurs pays d'Asie, il est impossible d'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, partielle de la réalité.

Afin de montrer le caractère mondial du problème, il est important que les rapports de l'ONU et de l'OMS prennent en compte les recherches menées par des organisations non-étatiques, et notamment lorsque des données nationales et officielles existent. Un exemple est l'Indonésie. Plusieurs organisations activistes avaient relevé la pratique de l'excision médicalisée à grande échelle en Indonésie, mais les autorités refusaient d'introduire le module spécial MGF dans leurs études sur la démographie et la santé. 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).

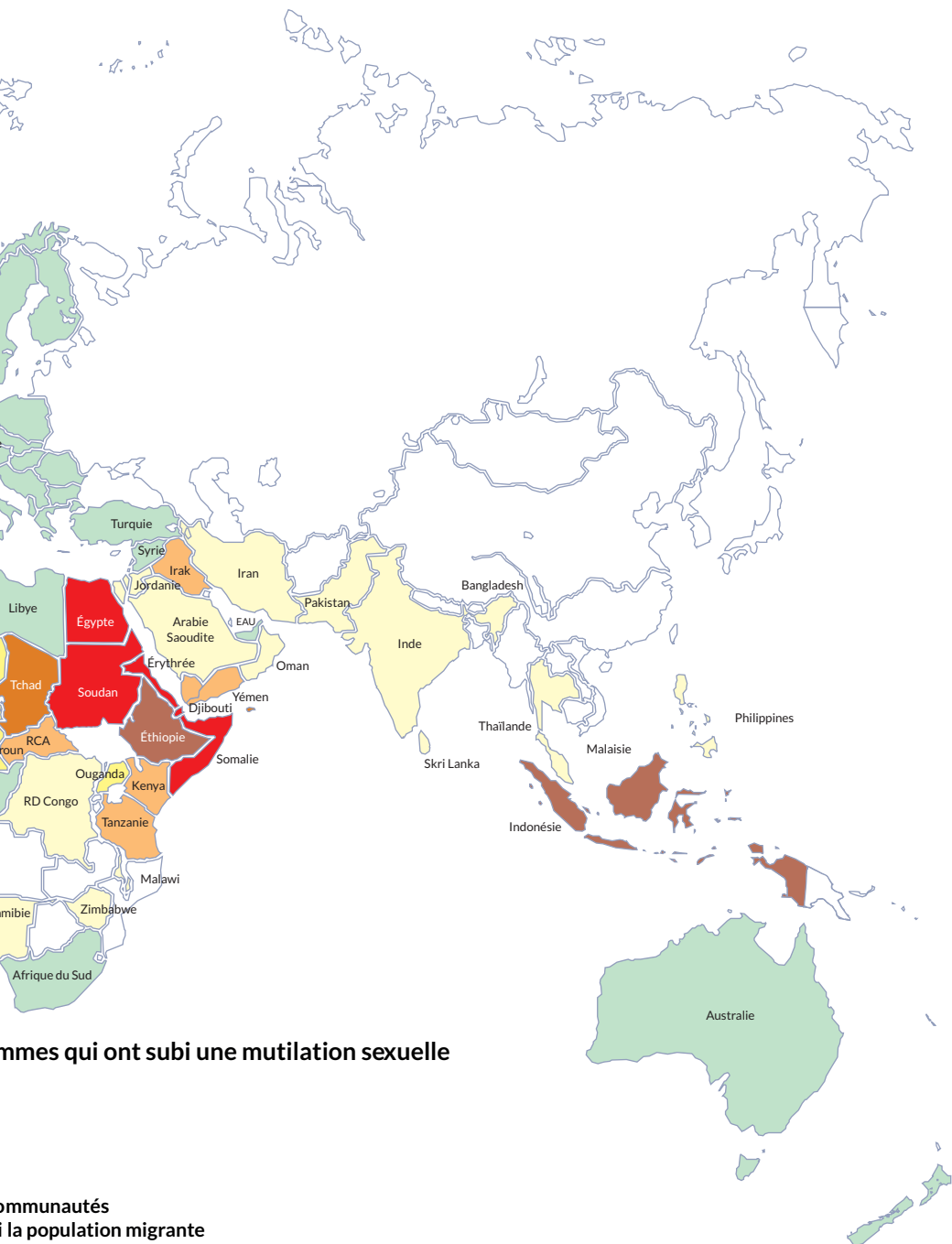
# PRÉVALENCE DES MUTILATIONS S



Source: based on DHS, MICS - Ma



# EXUELLES FÉMININES DANS LE MONDE



mmes qui ont subi une mutilation sexuelle

Communautés  
de la population migrante

Research 2016 and other nationally representative surveys.

© GAMS Belgique 2016

Farzana Doctor, psychothérapeute et écrivaine, vit au Canada et sa famille appartient à la communauté indienne bohra où les MGF sont considérées comme une pratique religieuse. 85 % des filles et femmes de sa génération ont subi une MGF de type I ou IV. Les MGF sont un secret, un tabou.

« On n'en parle pas : ni dans ma famille, ni en public, et le gouvernement indien peine à reconnaître que les MGF constituent un problème dans le pays. Enfant, alors que je rendais visite à ma famille en Inde, un membre de ma famille m'a emmenée pour que je sois excisée sans que mes parents ne le sachent. Mes parents étaient contre la pratique. Avant de commencer le travail thérapeutique, en tant qu'adulte, j'avais l'impression de ne pas croire entièrement en ma propre expérience, en mes sentiments, comme si je n'étais pas totalement en possession d'une partie de mon corps. Au départ, il était très difficile pour moi de parler de mon histoire. »

Farzana Doctor

Une vue incomplète des régions où se pratiquent les MGF peut avoir des conséquences sur le soutien social, médical et juridique mis à disposition des 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 adressées. Le manque d'accès à un suivi professionnel pour certaines femmes peut avoir des conséquences sur leur santé et pour celles qui sont demandeuses d'asile, sur leur procédure d'asile.

De manière générale, la vision néocoloniale portée sur les MGF a un impact sur la manière dont le corps des femmes noires est perçu. Elles seront systématiquement considérées et représentées comme des « victimes » et des « femmes excisées », sans que le sujet ne soit abordé.

« L'accent mis sur les MGF en Afrique est une manière de continuer à “chosifier” le corps de “la femme africaine”, comme cela a été le cas pendant la période esclavagiste et coloniale. C'est une communication qui consiste à renforcer et à maintenir le discours de la hiérarchisation entre “la femme blanche” et “la femme noire”. »

Oumar Diallo,  
membre du Conseil d'administration du GAMS Belgique  
et du Collectif mémoire coloniale et  
lutte contre les discriminations

2

## « EN EUROPE, ON N'EXCISE PAS LES FEMMES/FILLES »

À l'idée que les mutilations génitales féminines ne sont pratiquées que dans les pays dits « en développement », s'ajoute celle que les MGF ne sont pas une pratique « occidentale »<sup>5</sup> ou européenne. Pourtant, au cours de l'histoire, différentes formes de MGF ont été constatées et sont pratiquées en Europe et aux États-Unis.

Jusqu'à la moitié du 20<sup>ème</sup> siècle, la clitoridectomie et la réduction ou l'ablation des lèvres étaient en effet pratiquées pour des raisons pseudo-médicales. En excisant le clitoris des femmes (et des personnes intersexes), on voulait les « soigner » des « maladies » telles que l' « hystérie », la « nymphomanie », l'homosexualité et la masturbation, ou « normaliser » les femmes dont l'organe génital était jugé « hypertrophié » - des termes utilisés pour décrire les « maladies mentales » et surtout le comportement sexuel « excessif » des femmes, c'est à dire la sexualité hors mariage et/ou non hétérosexuelle. Ces pratiques s'inscrivaient donc dans une volonté du corps médical et de la société en général de contrôler et « re-féminiser » le corps et le comportement sexuel des femmes. (Whitehorn et al., 2002).

De plus, il est important de noter qu'historiquement, les MGF pratiquées dans certaines communautés africaines étaient connues des colonisateurs et scientifiques européens du 20<sup>ème</sup> siècle. Selon la philosophe française Elsa Dorlin, ils considéraient que la pratique était normale et nécessaire pour les femmes africaines, c'est-à-dire noires : les MGF étaient

une « médecine préventive » pour éviter les comportements « déviants » en Afrique, et un « traitement curatif » en Occident (Dorlin, E., 2006).

Aujourd'hui, la loi belge interdit les MGF sur les filles et les femmes, qu'elles soient mineures ou majeures, consentantes ou non. L'article 409 du Code pénal (2001) prévoit une peine de trois à cinq 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.

Il n'en demeure pas moins que 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 (End FGM EU, 2016). Ces données portent exclusivement sur les filles/femmes originaires de pays hors de l'Europe où les MGF sont considérées comme « une tradition ». Les jeunes filles originaires de communautés qui pratiquent les MGF, et qui vivent en Belgique, sont principalement à risque lors d'un retour 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.

En France, *a contrario*, plus d'une trentaine de procès ont déjà fait état d'excisions pratiquées sur le sol français. Une étude, commanditée par l'Institut national d'étude démographiques (Ined), a estimé que 28 % des filles nées en France dans les années 1980 d'une mère 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 qui sont nées dans les années 1990 à la suite des 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, exciseuse malienne qui a pratiqué des centaines d'excisions dans un appartement privé de la banlieue parisienne avant d'être arrêtée et jugée.

En Belgique, l'étude doctorale de la professeure Els Leye (2008) a montré que certain-e-s gynécologues belges avaient accepté de ré-infibuler,

après un accouchement, les organes génitaux de femmes qui avaient eu une MGF de type III dans leur pays d'origine. En outre, l'expérience de terrain du GAMS Belgique indique qu'il n'est pas exclu que des excisions aient également lieu en Belgique. L'association réceptionne également des appels concernant des risques d'excision. Il est important que tout signe montrant un risque de MGF (et toute autre forme de violence basée sur le genre) reçoive l'attention nécessaire et qu'un contact soit établi avec les services spécialisés si nécessaire. En effet, cela permet de protéger des filles vivant sur le territoire belge. Cependant, procéder à des signalements de masse pourrait aussi mener à une stigmatisation et une discrimination des personnes originaires de pays où se pratiquent les MGF. Des auteur·e·s ont dénoncé ce phénomène en Suède et au Royaume-Uni, où des jeunes filles d'origine somalienne avaient été soumises à des visites médicales sans le consentement de leurs parents. De telles situations peuvent non seulement avoir un impact sur le bien-être des filles concernées, mais peuvent également, en raison de leur nature discriminatoire, donner lieu à des tensions entre les forces de l'ordre, les professionnel·le·s de la santé et les communautés concernées (Voir aussi le chapitre 9 : « La chirurgie esthétique génitale, ça n'a rien à voir avec les mutilations génitales »).





## « L'EXCISION EST UNE PRATIQUE MUSULMANE »

Des préceptes religieux sont les plus souvent évoqués en faveur de la pratique des MGF. Les MGF sont souvent vues comme une « pratique musulmane » car perpétrées par différentes communautés musulmanes. Cependant, toutes les communautés musulmanes (telles que celles du Maroc, de la Tunisie, etc.) ne les pratiquent pas, tandis que de nombreuses communautés non-musulmanes, comme les chrétiennes ou animistes, les pratiquent. Au Burkina Faso, en Sierra Leone, par exemple (voir carte de prévalence), les MGF sont pratiquées à la fois par les communautés chrétiennes et musulmanes. Le Nigeria, où l'on trouve principalement les MGF dans le sud du pays, a une prédominance chrétienne.

Les MGF sont une tradition orale et une norme sociale qui ne sont mentionnées dans aucun texte écrit religieux. Il est important de rappeler qu'aucune religion n'impose la pratique des MGF, et certaines autorités religieuses s'y opposent délibérément. Cela a été le cas, le 24 novembre 2006, au Caire, où le Grand Mufti d'Égypte, le D' Ali Gomaa, a signé une *fatwa*<sup>6</sup> contre les MGF. Les érudits islamiques ont notamment approuvé une déclaration selon laquelle la *fatwa* égyptienne est correcte et doit être respectée (Pharos, 2016).



« 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, on a fait un amalgame entre la tradition et la religion. »

Omar Ba, historien

Toutefois, d'autres autorités religieuses encouragent les MGF ou adoptent une position « neutre » (selon leurs propres termes). Et à cause du manque de connaissances et d'accès aux écrits religieux, beaucoup de personnes croient que les MGF sont une obligation religieuse.

Maryam Sheikh, universitaire originaire de Somalie, explique qu'en grandissant, elle pensait que toutes les jeunes filles musulmanes étaient excisées comme elle. C'est en entrant à l'université et en rencontrant des femmes musulmanes d'autres pays qu'elle a pris conscience que la pratique n'est pas une obligation religieuse :

**« Je me demandais pourquoi j'avais été forcée de faire quelque chose qui n'était pas une obligation dans l'islam. Je suis fermement convaincue qu'il est facile de mettre fin aux MGF au sein de la communauté somalienne si nous utilisons la formule correcte – dissocier les MGF de l'islam et se servir du même islam pour changer les scénarios et les récits qui les maintiennent en place. »**

Maryam Sheikh,  
témoignage recueilli dans le cadre de la Communauté de pratiques  
sur les MGF<sup>7</sup>

Dans tous les cas, on pourrait faire valoir que les MGF sont une forme de violence basée sur le genre, pratiquées dans un cadre complexe de normes et de croyances patriarcales, de convictions et de pressions sociales et familiales. En fonction du pays, du groupe ethnique et de l'époque, différents arguments sont évoqués 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 souvent citée 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 les continents africain et asiatique. En Afrique subsaharienne, la pratique a précédé les religions monothéistes et les groupes concernés sont aussi bien musulmans, que chrétiens ou animistes. Il n'en va pas de même pour l'Asie où la pratique a démarré plus tardivement et 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 la démarche d'abolition des MGF et de rendre accessible une prise en charge adaptée à toute personne confrontée à la pratique, une bonne compréhension de leurs origines est importante. Cela permet non seulement de mieux aborder le sujet, en évitant toute stigmatisation, mais aussi d'identifier correctement les personnes concernées. L'appartenance à une communauté religieuse n'indique pas forcément une adhésion à la pratique 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.<sup>8</sup>



4

« LES PERSONNES QUI PRATIQUENT  
L'EXCISION SONT DES "BARBARES",  
CE SONT DES PERSONNES  
"IRRATIONNELLES" »

Il est indéniable que les MGF peuvent avoir de lourdes conséquences sur la santé physique et mentale des personnes concernées, à court comme à long terme (elles peuvent entraîner la mort). C'est pour cette raison que beaucoup considèrent les personnes qui soumettent leurs filles à cette pratique 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 condamner 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 ? »

Réactions générales lors des activités du GAMS Belgique

Pour ne pas tomber dans un tel discours, il est important de garder à l'esprit que les MGF ne sont pas une pratique isolée relevant exclusivement de la sphère privée de la famille. Elles ne sont pas la seule responsabilité des parents ou des membres féminins de la famille. 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 rite de passage obligé pour qu'une fille soit considérée comme une femme adulte, une membre à part entière de sa communauté et une candidate potentielle pour un mariage. L'excision est un signe d'appartenance à la communauté et un honneur fait à la famille.

**« La femme qui n'est pas excisée est stigmatisée au Mali. On la traite de *bilakoro mouso* : cela veut dire que même si tu es une femme d'un certain âge, on va te traiter comme une petite fille... »**

Un homme malien vivant en Belgique,  
interviewé dans le cadre d'une étude menée par  
le GAMS Belgique (projet *Men Speak out against FGM*)

Lorsque l'excision est la norme dans une communauté, ses membres peuvent subir une lourde pression sociale pour perpétuer cette pratique et un rejet s'ils ou elles ne la pratiquent pas. Se placer ou être placé-e en dehors du groupe n'est pas souhaitable pour la personne et certainement pas pour son propre enfant. Toutefois, 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. C'est pourquoi, s'opposer à la pratique peut, au contraire, mener à des persécutions et des violences. Partant de ce postulat, c'est alors cette idée qui devient irrationnelle.

« Parfois les femmes, dont les mères qui sont conscientes des conséquences de l'excision, cherchent des “compromis” entre perpétuer la tradition et limiter les risques liés à l'excision pour leurs filles. Ma mère est dans cette catégorie, elle disait : “J'aime mieux l'hôpital que de vous (ma soeur et moi) envoyer au village, il n'y aura aucune complication comme ça.” Quelque part, elle était bien consciente du danger et elle préférait nous éviter les risques possibles mais sans renoncer à la perpétuation de cette tradition. »

Diariou Sow,  
membre du Conseil d'administration du GAMS Belgique



Mais le discours politique européen sur les MGF est également parsemé de déclarations sur la nature « barbare » des formes spécifiques de violence de genre. Il est basé sur une perspective eurocentrique, qui ne connaît que le bien/mauvais. Cette attitude dualiste se retrouve également sur les réseaux sociaux dans les messages haineux et racistes destinés aux communautés qui pratiquent les MGF.

« Lorsque le vocabulaire utilisé est violent et agressif, ça a des conséquences désastreuses sur les personnes visées par ces commentaires. Très souvent, ces personnes se sentent humiliées, rejetées et incomprises. On va ici créer des tensions et surtout, nourrir des stéréotypes. Et c'est ce qui va être utilisé ensuite par les politiques et les médias, et cela va participer à la construction et à la promotion de discours haineux et racistes. Tout ça au détriment de la santé mentale et de la sécurité des femmes et des filles concernées. »

Isma Benboulerbah,  
coordinatrice des programmes,  
End FGM European Network



Certain·e·s chercheurs·euses et militant·e·s estiment que les campagnes de sensibilisation contre les MGF, menées par les institutions et organisations internationales, sont teintées d'une vision néo-colonialiste et raciste. L'un des arguments des États colonisateurs en faveur de la colonisation était qu'il fallait « apporter la civilisation aux races inférieures ». Cette idée de *white man's burden* (« le fardeau de l'homme blanc », comprenez « le devoir de l'homme blanc ») 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). Il est crucial de se distancier de ce genre d'idées lorsque nous traitons des MGF tout comme pour d'autres violences envers des femmes racisées.

Il s'agit là d'une pensée évolutionniste qui se cache derrière les campagnes contre les « pratiques culturelles néfastes » et représente la « société occidentale » (dans son ensemble) comme étant civilisée et non violente. En revanche, « d'autres » sociétés sont dépeintes comme étant « barbares », « irrationnelles » et « en développement ». Les initiatives locales et militantes dans la lutte contre les MGF sont encore sous-représentées par le grand public (Van Raemdock, 2013).

À l'occasion de deux webinaires organisés par le GAMS Belgique en 2020 sur le thème « Féminisme et antiracisme : perspectives pour la lutte contre les MGF en Belgique », le terme *white saviourism*, ou complexe du/de la sauveur·euse blanc·he, a été utilisé pour analyser les actions anti-MGF. Ce terme désigne les personnes blanches qui se sentent dans l'obligation d'aller « sauver des personnes racisées » et « aident » des personnes racisées sans se plonger dans la culture ou les besoins réels des personnes concernées. Un exemple courant sont les jeunes (ou moins jeunes) personnes blanches occidentales qui partent en voyage humanitaire pour « aider l'Afrique », souvent sans aucune qualification réellement utile, et postent des photos sur les réseaux sociaux les montrant entouré·e·s

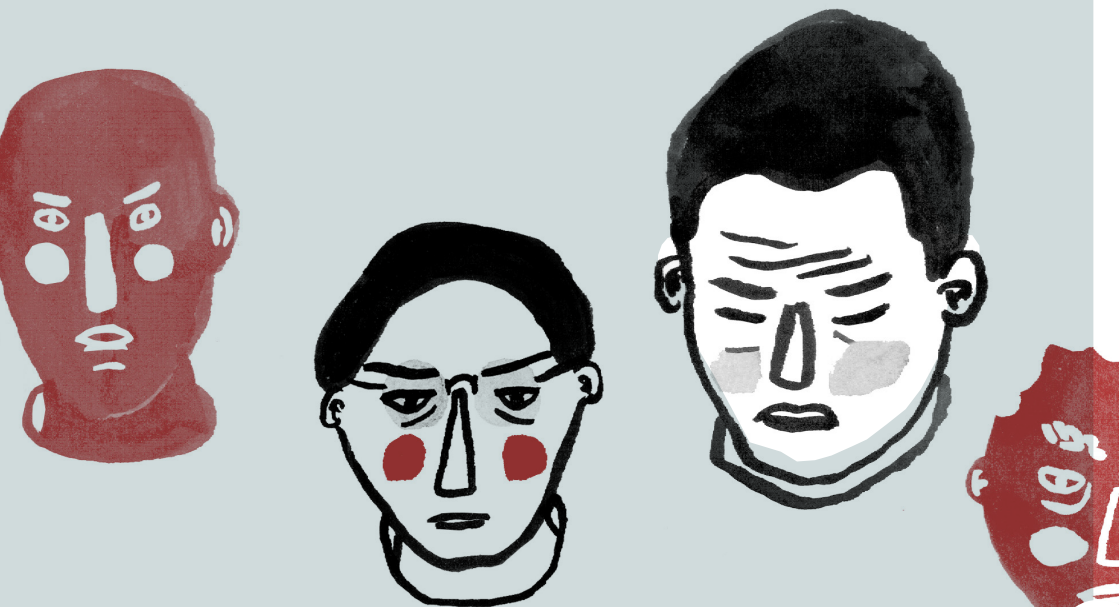




d'enfants « pauvres » racisé-e-s.<sup>9</sup> Les webinaires ont aussi permis de dénoncer la manière dont le sujet des MGF est traité par certaines ONG européennes impliquées : l'utilisation excessive de récits de survivantes et d'images de jeunes filles noires, les mises en scène larmoyantes, le manque de diversité du monde associatif anti-MGF et d'inclusion des communautés directement concernées par la problématique. Enfin, les intervenantes ont noté que la lutte contre les violences faites aux femmes en général, et celle contre les MGF en particulier, sont bien trop souvent instrumentalisées dans un discours politique anti-migrant-e-s et islamophobe.

Il est crucial pour toute personne s'impliquant dans le travail sur les MGF de comprendre et identifier les préjugés racistes visant les communautés concernées par les MGF, afin de s'assurer de ne pas les reproduire, que ce soit au niveau de la communication ou du travail de terrain. Toute action sur les mutilations génitales féminines doit ainsi considérer les points suivants :

Quels sont les besoins du groupe concerné ? Quelle place est accordée aux personnes directement impliquées ? Quel message envoie-t-on au sujet des collectivités concernées ? Quels sont les rapports de pouvoir en jeu ? Qui manque à l'action ?



## « L'EXCISION, C'EST UNE AFFAIRE DE FEMMES »

Les MGF sont généralement perçues comme une « affaire de femmes ». Il est vrai que 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 sont essentiellement adressées aux femmes.

Cependant, les mutilations génitales féminines sont une pratique ancrée dans une construction sociétale patriarcale. Comme nous l'avons déjà expliqué, les MGF représentent une norme sociale forte dans les communautés pratiquantes et elles constituent un rite obligatoire qui marque le passage d'une jeune fille à l'âge adulte, c'est alors qu'elle devient « une femme ». Cette pratique 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 les « mœurs » et l'honneur des femmes (et ainsi, de toute la société) en assurant leur virginité pré-matrimoniale et leur fidélité après le mariage. L'excision est une obligation pour que la femme

puisse se marier ; ainsi la pression sociale et communautaire pousse les parents à soumettre leurs filles à la pratique. D'une part, les hommes participent à la perpétuation des MGF en tant qu'individus lorsque par exemple, 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. Les hommes racisés n'ont pas le même niveau de pouvoir que les hommes blancs, et ici cette idée sous-entend qu'ils ont autant de pouvoir, mais c'est faux. 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. Étant 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 donc impératif que les hommes questionnent leurs privilèges et prennent leurs responsabilités dans la lutte contre cette forme de violence faite aux femmes.

Par ailleurs, les hommes sont indirectement affectés par la pratique : le fait de voir les femmes et filles de leur famille souffrir des MGF peut avoir des conséquences psychologiques sur eux. De plus, alors que la satisfaction sexuelle des hommes, parfois 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 donc 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. Pourtant, les hommes ignorent souvent l'ampleur de l'excision. C'est pourquoi 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. Lorsque je travaillais sur le projet *Men Speak Out*<sup>10</sup> visant, 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 à soutenir les femmes de leurs communautés et à lutter contre l'excision. »

Seydou Niang,  
assistant social et chargé de projets,  
GAMS Belgique

Le manque de connaissances des hommes sur la problématique s'explique notamment par le tabou important qui persiste 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 de l'UNICEF sur les MGF (2013) montre que dans plusieurs pays, les femmes sous-estiment la part d'hommes qui souhaitent abandonner la pratique. Par exemple, en Guinée, en Sierra Leone et au Tchad, les hommes sont plus nombreux que les femmes à s'y opposer.

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, tout le monde doit prendre ses responsabilités.



## « 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 que l'on en fait. Pour certaines communautés concernées, elle est vue comme essentielle pour la « création » de la féminité et du statut de femme adulte, alors que pour d'autres, elle est perçue comme l'effacement même de cette féminité et de la possibilité d'être considérée comme « femme ». Les expériences diffèrent également sur le plan individuel.

Certain-e-s auteur-e-s pensent qu'en Occident, le clitoris est devenu un symbole de l'émancipation des femmes. Par conséquent, l'excision serait devenue le symbole de l'oppression des femmes. Toutefois, des critiques estiment qu'il s'agit d'une vision eurocentrée et réductrice de la réalité des personnes concernées. De plus, selon ces critiques, les opposant-e-s occidentaux-ales aux MGF 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 » (voir aussi la discussion sur le terme « sauveur-euse blanc-he » dans le chapitre 4).

Les associations spécialisées belges remarquent en effet dans leur travail quotidien que cette vision des femmes ayant subi les MGF

comme étant des victimes passives est très répandue. En outre, le témoignage de « victimes » semble d'avantage attirer certains acteurs publics, tels que les médias.

« Le GAMS Belgique est une équipe mixte de personnes 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 noires africaines comme des victimes. On attend de nous que nous témoignions de notre vécu personnel, de la violence que nous avons subie. 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 des activités en Wallonie,  
GAMS Belgique

Il est évidemment important de reconnaître les MGF comme étant une forme de violence, et le fait d'en avoir été victime ne doit pas être vu comme une identité. Il est également 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 professionnel·le·s.

**« La femme que vous recevez en consultation a subi une mutilation, mais elle n'est pas une femme mutilée. Toutefois, pour certaines personnes, il est important de passer par une étape préalable de reconnaissance d'avoir été victime, avant de pouvoir entamer le processus de reconstruction. »**

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 entre partenaires ou le viol. Et il est crucial d'écouter la personne concernée et de lui laisser le choix de l'autodétermination.

## « 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 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. 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. Au contraire, des troubles sexuels peuvent concerner toute personne, qu'on soit une femme ou non, excisée ou non. Le vécu de sa sexualité est influencé par différents facteurs, dans le présent comme dans l'avenir. Le fait d'avoir subi une MGF peut être un facteur ayant une conséquence négative sur la sexualité, mais ça n'est pas toujours le cas. 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.

« En tant que survivante de l'excision, il est important de reconnaître que cette pratique sur le corps des filles et des femmes est le début d'une longue série de contrôle du corps et de la sexualité des femmes. La pratique a pour objectif d'anesthésier l'appétit sexuel et de s'assurer que les femmes restent fidèles à leur mari. Toutefois, c'est le choix du ou de la partenaire et le désir qui créent l'émotion sexuelle et donnent lieu à des rapports sexuels épanouis. L'excision toute seule n'est pas un frein au plaisir sexuel, mais les conséquences de l'acte et son objectif peuvent nous dissocier de notre sexualité et la personne ayant subi la mutilation peut devenir une participante passive de l'acte sexuel. Entraînant aussi des frustrations chez le ou la partenaire. »

Diariou Sow,  
membre du Conseil d'administration du GAMS Belgique

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 une grande partie de leur clitoris et que toutes les MGF n'incluent pas une ablation du 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 personnes qui en possèdent un, mais il ne faut pas oublier que le corps humain contient d'autres zones érogènes. En découvrant l'intégralité de son corps, toute personne peut apprendre différentes façons de ressentir le plaisir. D'ailleurs, dans chaque société, c'est souvent à travers l'éducation que les filles

et femmes apprennent à « se retenir », à ne pas être en demande de rapports sexuels, à ne pas prendre d'initiatives (cfr. *victim blaming*). Ainsi, changer l'éducation est une étape importante pour l'accès à la sexualité.

« Dans ma rencontre avec les patientes, celles qui sont excisées et celles qui ne le sont pas, j'ai réalisé qu'il y a de nombreux mythes autour de l'excision, et beaucoup de tabous autour de l'anatomie génitale féminine et la sexualité des femmes de manière générale. D'une part, il y a le mythe que les femmes excisées ont peu ou aucune réponse sexuelle. Oui, les femmes ayant subi une MGF peuvent souffrir de complications psychosexuelles, de douleurs... Mais ces complications peuvent être traitées, et le clitoris est toujours là ! Les femmes sont beaucoup plus que leur appareils génitaux, et le plaisir dépend de nombreux facteurs.

À cela s'ajoute le mythe que les femmes qui ne sont pas excisées sont hypersexuelles. Dans de nombreuses communautés qui pratiquent les MGF, le clitoris est vu comme un organe qui peut pousser comme un pénis et rendre les filles hypersexuelles... »

D<sup>e</sup> Jasmine Abdulcadir,  
gynécologue, Hôpital de Genève, Suisse<sup>12</sup>

D<sup>re</sup> Abdulcadir (TedTalk, 2019) insiste sur le fait que les mythes et les tabous autour de l'anatomie et la sexualité des femmes n'existent pas uniquement dans les communautés pratiquant les MGF – mais partout dans le monde. Y compris auprès des professionnel·le·s de santé qui sont souvent trop peu formé·e·s sur l'anatomie et la physiologie sexuelle féminine. Même les livres d'anatomie et de médecine ne représentent pas souvent le clitoris correctement.

Sensibiliser sur l'anatomie des organes génitaux, sur la sexualité des femmes, excisées ou non, et éduquer tout·e jeune aux droits à une vie amoureuse, sexuelle et affective épanouie, est donc d'une importance capitale pour garantir les droits sexuels et le bien-être de tou·te·s.



## « LES FEMMES EXCISÉES DOIVENT ÊTRE "RÉPARÉES" »

Tout d'abord, le terme « réparée » sous-entend qu'une femme excisée serait « incomplète », ou « abimée », ce qui peut créer le sentiment d'être différente ou inférieure aux femmes n'ayant pas subi la pratique. Cette attitude tend également vers l'objectivation du corps féminin. C'est pourquoi nous pensons qu'il faut faire attention à l'utilisation de ce terme lorsqu'on parle d'une personne : ce ne sont pas les femmes qui doivent être « réparées » mais éventuellement la partie de leur corps ayant été modifiée à cause d'une excision.

Les conséquences des MGF, tant au niveau physique que psychosexuel, peuvent être prises en charge grâce à 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. Lorsque la personne fait un choix après avoir été bien informée et est accompagnée davantage, cette intervention chirurgicale a des effets très positifs sur sa santé mentale et physique.

La reconstruction clitoridienne est d'un autre ordre puisqu'elle vise non seulement à traiter certaines conséquences des MGF mais également à rétablir la partie du corps ayant été modifiée par la mutilation. Cette intervention consiste à extérioriser et repositionner la partie interne du clitoris et à la réinnervier. L'opération a été démontrée efficace pour « restituer l'intégrité corporelle de la patiente quand

celle-ci en éprouve le besoin » (CeMAViE). Il s'agit d'une technique relativement récente dont les potentiels avantages font toutefois débat au sein du corps médical. Bien que la chirurgie permette 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 car la sexualité n'est pas que physique mais aussi émotionnelle et il s'agit d'une question d'éducation (voir chapitre 7 : « Les femmes excisées n'ont pas de plaisir sexuel »).

Comme nous l'avons mentionné plus haut, l'excision n'est souvent pas la seule source d'un éventuel mal-être sexuel pour les femmes l'ayant subie. De nombreuses femmes subissent également d'autres violences basées sur le genre, dont des violences sexuelles, des mariages forcés, des violences entre partenaires. En outre, les filles et les femmes en général apprennent qu'elles ne contrôlent pas leur propre sexualité et que la violence qu'elles vivent est facilement mise en perspective. En effet, la première étape pour qu'une survivante de MGF ou d'une autre violence sexuelle puisse se remettre de son expérience et guérir est souvent de pouvoir en parler. C'est pourquoi on ne cessera d'insister sur l'importance d'aborder les problèmes sexuels sous un angle multidisciplinaire : non seulement médical (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, l'un situé au CHU Saint-Pierre de Bruxelles (CeMAViE) et l'autre 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 autour de la féminité. Les normes et les 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 des filles se soumettent à des interventions comme la chirurgie esthétique pour modifier les parties génitales. Il s'agit notamment de la labiaplastie (réductions des grandes ou petites lèvres<sup>13</sup>). À cela s'ajoute l'hyméoplastie (la reconstruction de l'hymen) qui est supposée permettre aux femmes de retrouver une « deuxième virginité » (cette pratique est basée sur un mythe autour de l'hymen selon lequel on pourrait voir si une femme est « vierge », ce qui n'est pas le cas), ainsi que les opérations de rétrécissement 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 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 entraîner des complications telles que des saignements, infections, douleurs.

Un deuxième parallèle peut être établi : la chirurgie génitale peut également entraîner diverses complications. C'est précisément pour cette raison qu'il existe une grande désunion au sein du monde médical et des organisations militantes au sujet de la médicalisation des MGF en tant que stratégie de « réduction des risques » (voir chapitre 10). Il est frappant de constater que cette dernière stratégie est de plus en plus condamnée lorsqu'il s'agit de « la forme traditionnelle de MGF », alors qu'une correction chirurgicale des lèvres, par exemple, n'est pas si souvent discréditée.

L'Organisation mondiale de la santé 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 du nombre de labiaplasties alors qu'elle s'oppose fermement aux mutilations génitales féminines. Pourquoi de telles pratiques seraient-elles acceptables pour une femme blanche mais considérées comme une mutilation pour les femmes racisées ?

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 chirurgien-ne en question peuvent être puni·e·s 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 dira-t-on 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 mutilation génitale. En tolérant ces pratiques, la protection des femmes et des filles est mise en danger car une fille pourrait 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... Parce que sinon la loi est raciste. »

Un relais communautaire du GAMS Belgique,  
antenne de Flandre

De plus, la loi belge autorise la chirurgie esthétique sur les mineur-e-s dans « la seule perspective d'une satisfaction personnelle » en raison d'un malaise ressenti par le/la mineur-e (CODE, 2014), avec le consentement des parents.

Cela soulève la question de la clarification des opinions morales et des lois entourant la chirurgie plastique génitale et les MGF, tant pour les adultes que pour les enfants.



## « PRATIQUER L'EXCISION À L'HÔPITAL PERMET DE RÉDUIRE LES RISQUES »

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

Les partisan·e·s 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 avenir proche semble impossible. De plus, en Afrique de l'Est, l'infibulation (MGF de type III) est courante, entraînant des conséquences graves sur la santé physique et mentale. C'est pourquoi, pour les personnes qui se disent 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, 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.

Néanmoins, l'approche de la médicalisation des MGF rencontre une très forte opposition. Pour ses opposant·e·s, toute forme de MGF doit être considérée comme une mutilation, une violation des droits humains, une violence envers les femmes et une expression

de l'inégalité entre les hommes et les femmes. En effet, les « formes mineures » de MGF, promues par les partisan-e-s de la 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 la personne qui effectue l'excision, des conditions d'hygiène, de l'âge de la fille/femme, du degré de résistance de la fille lors de l'intervention, etc. En outre, les MGF entraînent des complications à long terme et ont des conséquences psychologiques qui ne peuvent être évitées en pratiquant l'intervention dans un hôpital. C'est pourquoi, il est d'autant plus important d'écouter chaque femme et ne pas évaluer les conséquences sur la base du type de MGF qu'elle a subi.

De plus, les opposant-e-s à la médicalisation estiment 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 excisées deux fois. Là-bas, 30 % des filles en dessous de 14 ans sont excisées par des professionnel-le-s de santé, en général des sages-femmes. Elles/ils coupent moins que les exciseuses traditionnelles mais les filles sont ensuite 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". »

Jessica Tatout,  
assistante sociale au GAMS Belgique et  
membre de l'asbl Aniké

Enfin, la médicalisation ne change pas le fait que l'excision soit une violation des droits des enfants. Aussi, elle ne questionne pas les raisons de l'excision/l'infibulation, et notamment la volonté de contrôler la sexualité des filles et des femmes. Certain·e·s considèrent également que cela rend la sensibilisation à ces pratiques plus difficile puisque le corps médical les cautionne.

Ce vif débat autour de la médicalisation soulève également des questionnements sur les autres interventions chirurgicales effectuées sur l'organe génital des enfants et des adultes : femmes, hommes et personnes intersexes (voir chapitres 12 « La circoncision et l'excision, c'est complètement différent » et 13 « La loi belge protège tous les enfants des mutilations génitales... »).

## « L'ÉPISIOTOMIE N'EST PAS UNE MUTILATION GÉNITALE, C'EST UN GESTE MÉDICALEMENT JUSTIFIÉ »

Au cours de leur vie, de nombreuses femmes subissent des opérations chirurgicales de leurs organes génitaux internes et/ou externes, souvent réalisées avant, pendant, ou après l'accouchement. Les professionnel·le·s de santé peuvent décider de mener à bien ces interventions avec ou sans le consentement de la personne enceinte, arguant qu'elles sont médicalement justifiées. La comparaison des statistiques périnatales des pays européens témoigne de fortes différences entre pays dans le recours à des interventions telles que les césariennes ou épisiotomies (EUROPERISTAT, 2013). Un tel constat appelle à débattre dans quelle mesure ces procédures peuvent être présentées comme étant médicalement justifiées.

Les personnes enceintes et les professionnel·le·s de santé commencent à condamner ce qu'ils et elles perçoivent comme de la violence obstétricale et gynécologique.<sup>14</sup> Dans *Le Livre Noir de la Gynécologie* (Dechalotte, 2017), les femmes témoignent des mauvais traitements qu'elles ont subis de professionnel·le·s de santé en France. Ces mauvais traitements se manifestent avant, durant ou après l'accouchement, et sont en lien avec une procédure de procréation médicalement assistée, à la suite d'une fausse couche, ou simplement durant un contrôle chez le ou la gynécologue. Cela comprend : les propos à caractère sexiste ou discriminatoire, du mépris pour la douleur de la patiente ou des récriminations lorsqu'elle en fait part (en ce qu'ils contreviennent à l'idéal de « la naissance silencieuse »), la négligence des envies de la future mère, un toucher rectal ou vaginal sans le consentement de la

patiente, le viol, la mauvaise information, les attitudes irrespectueuses, le refus de prescrire une contraception, les hystérectomies injustifiées, les césariennes et les épisiotomies non nécessaires. En résultent des conséquences physiques et psychologiques à court et à long terme pour certaines femmes.

Parmi les interventions critiquées, l'épisiotomie – coupure chirurgicale réalisée à l'ouverture du vagin lors de l'accouchement – est souvent citée. Les épisiotomies viseraient à prévenir les déchirures vaginales sérieuses lors de l'accouchement (lacération du périnée – zone entre le vagin et le rectum) et protéger le bébé. Néanmoins, des cas de complications des épisiotomies documentées depuis la fin des années 1970, ainsi que de récentes preuves médicales et témoignages, ont mis en lumière que cette procédure peut être à l'origine d'un risque accru d'incontinence urinaire et fécale, d'une baisse de force dans les muscles pelviens, de prolapsus et de problèmes sexuels. Par ailleurs, la déchirure naturelle est souvent moins douloureuse, provoque moins de saignements et cicatrise plus facilement que l'épisiotomie. Il n'y a pas de preuves que l'épisiotomie routinière diminue le traumatisme au niveau du vagin/périnée, ou soit à l'origine de moins de douleurs. En effet, une politique d'épisiotomie sélective – pratiquée seulement lorsqu'elle est nécessaire et non comme mesure préventive – permettrait de réduire de 30 % le nombre de femmes connaissant un traumatisme vaginal périnéal.<sup>15</sup>

**« Comme pour toute intervention chirurgicale, si une épisiotomie est justifiée, un consentement éclairé doit toujours être demandé et obtenu avant qu'elle ne soit pratiquée. »**

Hanna Dahlen, professeure sage-femme, Sydney (2015)



Depuis les années 1990, des auteur·e·s ont commencé à dresser des parallèles entre épisiotomies et mutilation génitale. En 1999, un article paru dans la prestigieuse revue médicale *The Lancet*, insiste sur les conséquences négatives des épisiotomies (comparées aux déchirures naturelles) et le manque de preuves sur leurs bénéfices supposés. L'auteur rappelle le rôle majeur qu'a joué le journal dans le combat contre la pratique de la clitoridectomie au Royaume-Uni au 19<sup>ème</sup> siècle et a exhorté *The Lancet* à apporter « un appui supplémentaire pour détourner le soutien aux mutilations génitales féminines, dans ce cas-ci dans sa forme moderne – l'épisiotomie ». (Wagner, 1999)

Ces auteur·e·s arguent que différents points de comparaison peuvent être établis entre épisiotomies et MGF. Elles constituent une partie du « rituel de naissance » occidental qui « marque le passage de l'état de fille à celui de mère dans la chair », tout comme les MGF. Les conséquences des MGF et des épisiotomies sont aussi semblables : douleurs sévères, perte d'estime de soi, douleurs pendant les relations sexuelles, diminution de la libido, dépression. De plus, les épisiotomies peuvent entraîner une section des nerfs des parties hautes du clitoris (Dechalotte, 2017).

Les personnes ayant souffert de déchirures vaginales ou d'une épisiotomie lors de l'accouchement ont fréquemment des points de suture au niveau du périnée. Récemment, un second abus obstétrical, pouvant aisément être rapproché des MGF, a été mis en lumière : « le point du mari » ou *husband stitch*. Il fait référence à un point de suture supplémentaire réalisé par un·e médecin, lors de la réparation d'une déchirure vaginale ou d'une épisiotomie, pour resserrer l'ouverture du vagin et ainsi (supposément) accroître le plaisir sexuel des partenaires masculins. Les femmes ont témoigné des conséquences négatives de cette pratique sur leur sexualité et appellent à son abandon (Blog Mamabirth, 2013 et Alonso, I, 2014).

## « LA CIRCONCISION ET L'EXCISION, C'EST COMPLÈTEMENT DIFFÉRENT »

Lorsque l'on aborde la question des MGF dans des formations ou des actions de prévention, il n'est pas rare d'entendre parler également de la circoncision masculine. Certaines personnes semblent utiliser 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. C'est d'ailleurs le discours prédominant au niveau des organisations internationales (ONU, OMS) tout comme pour les associations œuvrant pour l'abandon des MGF. Nous souhaitons montrer que la question n'est pas aussi simple et mérite plus de réflexion.

La circoncision, le fait de couper le prépuce, se pratique principalement pour des raisons religieuses (judaïsme, islam) ou des avantages hygiéniques supposés (aux Etats-Unis). Comme pour l'excision, la circoncision est un acte le plus souvent posé sur le corps d'un enfant sans son consentement. La circoncision peut également entraîner des conséquences sur la santé et la sexualité des garçons/hommes, et peut même entraîner la mort. Dans les deux cas, il s'agit donc d'une atteinte à l'intégrité physique de l'enfant pouvant avoir des conséquences néfastes. 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 considérées comme étant assez similaires à la circoncision. Dans aucun cas ne peut-on prétendre que l'équivalent de l'excision chez les hommes serait l'ablation de tout le pénis, comme on l'entend parfois.

**« Aussi bien la circoncision masculine que l'excision sont des procédures qui altèrent intentionnellement les organes génitaux d'enfants qui n'ont pas de pouvoir de décision, pour des raisons non-médicales. »**

Sarah Johnsdotter, 2018 (traduction libre)

Dans certaines communautés où les deux pratiques sont courantes, elles font partie du passage obligé pour devenir une femme ou un homme adulte. En fait, toute communauté où les MGF sont courantes pratique également la circoncision des garçons. Toutefois, le contraire n'est pas vrai. Il y a bien plus de pays où la circoncision des garçons est pratiquée comparé à l'excision des filles. Dans plusieurs langues, notamment africaines, les deux pratiques portent aussi le même nom.

Dans un article paru en 2020 dans la revue *Current Sexual Health Reports*, Stéphanie Florquin et Fabienne Richard démontrent, à travers des exemples concrets, que la question de la circoncision n'est pas seulement théorique pour les organisations travaillant sur les MGF, comme le GAMS Belgique, mais apparaît également dans le travail quotidien :

**« Une femme est venue au GAMS Belgique parce qu'elle n'était pas d'accord avec son mari sur la question de savoir s'il fallait ou non circoncire leur fils. Pour la mère, qui s'oppose à cette pratique, il s'agissait de protéger l'enfant contre une mutilation génitale injustifiée, non consentie. »**

**« Un homme appelle l'organisation et nous dit qu'il a subi la circoncision dans l'enfance. Il en souffre encore et nous demande ce que nous pouvons faire pour le soutenir. »**

Stéphanie Florquin et Fabienne Richard (2020)

En tant que militantes anti-MGF, Florquin et Richard (2020) soutiennent qu'il est nécessaire de remettre en cause la circoncision des garçons également mais rappellent que l'on ne peut pas considérer le sujet de l'excision et de la circoncision sans prendre en compte les inégalités structurelles entre femmes et hommes. Selon elles, certain-e-s des auteur-e-s critiquant le discours anti-MGF en Occident ne prennent pas suffisamment en compte la discrimination structurelle des femmes et du *continuum* de violences basées sur le genre qui constituent une partie intégrante de la vie des femmes dans les sociétés patriarcales.

Par ailleurs, dans ces sociétés patriarcales, les pratiques de l'excision et de la circoncision 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 quant à elle « 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'agit 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 mortelle, 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, certain-e-s 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. Par conséquent, une obligation religieuse supposée ne peut pas à elle seule justifier une pratique qui serait contraire aux droits des enfants.

Dans certains pays, la circoncision est par ailleurs 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. Tandis 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. En outre, 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'étrécissement empêche la rétraction) est également évoqué comme indication pour une circoncision alors que certain-e-s professionnel-le-s 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 et entraîner des hémorragies ou même la mort.

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 ou leur sexe. Donc tout 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, et notamment d'une moindre sensibilité du gland à la suite d'une circoncision. En termes d'impact sur le corps et des conséquences, il est frappant que dans le cas de la circoncision masculine, nous supposons immédiatement les procédures « plus légères », effectuées dans les conditions les plus stériles, tandis que nous imaginons que les formes les plus radicales de MGF sont généralement pratiquées en milieu rural et sans anesthésie. Cette vision peut également être replacée dans un discours néocolonial dans lequel les MGF sont placées en dehors de leur propre contexte (autre que la chirurgie plastique, les piercings) et la circoncision masculine est présentée comme acceptable dans le contexte occidental (Earp, 2014). Cependant, la circoncision masculine se produit également selon différents types et peut avoir des conséquences importantes sur la santé. Cela inclut les malformations génitales, les plaintes urologiques et sexuelles, les saignements et parfois même la mort (CIRP, 2013).<sup>16</sup>



## « 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 nés intersexes. Les pays européens ont des lois contre les MGF soutenues par la position de l'Organisation mondiale de la santé. Toutefois, dans les mêmes États, les enfants intersexes peuvent toujours être soumis à des opérations chirurgicales justifiées par une prétendue « ambiguïté sexuelle ». En effet, la définition de la loi belge et celle de l'OMS ne rejettent que les interventions sur les individus de sexe féminin mais pas celles sur les enfants intersexes (ou sur les garçons).

Le terme « intersexe » décrit une personne dont le sexe biologique ne peut pas être clairement classifié comme mâle ou femelle. Une personne intersexe peut avoir les attributs biologiques des deux sexes ou ne pas présenter certains attributs biologiques considérés comme nécessaires pour la définition d'un sexe ou l'autre. L'intersexualité est toujours congénitale et peut trouver son origine dans des variations génétiques, chromosomiques ou hormonales. Les influences environnementales telles que les perturbateurs endocriniens peuvent également jouer un rôle dans certaines différences intersexes. Le terme n'est pas applicable aux situations où les individus modifient délibérément leurs propres caractéristiques anatomiques (Organisation intersexe internationale).

La prévalence générale de personnes intersexes est estimée à 1,7 % de la population. Cela peut inclure la diversité en termes de sexe anatomique (organes génitaux internes ou externes), le sexe des chromosomes ou les hormones sexuelles.



En Belgique, comme dans la plupart des pays européens (et ailleurs dans le monde), lorsqu'un-e enfant est né-e avec des organes génitaux considérés comme ambigus, les médecins peuvent effectuer une série de tests (description anatomique, analyses de sang, d'urine) pour « déterminer le sexe » de l'enfant. Une opération de réassignation de sexe est ensuite effectuée pour aligner le sexe choisi et le sexe morphologique de l'enfant. Cette technique est utilisée dans au moins 21 des États membres de l'Union européenne (FRA, 2015). Le nourrisson n'étant pas en mesure de donner son consentement, les parents sont impliqués dans la décision. Des critiques soulignent que les parents ont souvent une très faible connaissance de ce que signifie la condition intersexe en dehors de ce qu'ils apprennent par le biais du point de vue médical. Soumis à une situation de stress et une pression due au temps, ils sont obligés de prendre une décision sans avoir été en contact avec des organisations ou des personnes intersexes. En Belgique, les parents ont trois mois pour prendre une décision sur le sexe de leur nouveau-né ayant une « ambiguïté de genre ». Si la personne concernée indique ultérieurement qu'une erreur a été commise, elle peut soumettre une demande de rectification de l'acte de naissance au tribunal. Pour d'autres personnes, le statut d'intersexe peut être déterminé à un stade ultérieur de la vie, pendant la puberté ou à l'âge adulte.

L'assignation sexuelle médicale exige généralement une série de chirurgies médicales et un traitement hormonal qui doit être souvent suivi à vie. Ces interventions de « normalisation sexuelle », aussi désignées « mutilations génitales intersexes », sont condamnées par des militant-e-s intersexes et des chercheur-e-s. En effet, dans la majorité des cas elles ne peuvent être justifiées en termes de besoin médical puisque la plupart des personnes intersexes est en bonne santé. 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 entraîner la stérilité, de fortes douleurs et une souffrance psychologique.

C'est pourquoi l'Organisation internationale intersexe Europe (OII Europe) et les associations belges Genres pluriels et Intersexe Belgium, qui œuvrent pour les droits des personnes intersexes, demandent



l'interdiction de toute intervention hormonale et/ou chirurgicale non vitale sur les enfants intersexes tant qu'ils et elles 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 former les professionnel-le-s 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 volontaire (FRA, 2015).

Il est facile de voir le parallèle entre l'objectif de « normalisation » de sexe/genre des enfants intersexes et les pratiques de MGF ou circoncision en tant que passage obligé pour qu'un-e enfant soit considéré-e comme une « femme » ou un « homme ». Par ailleurs, les opposant-e-s aux MGF du courant dominant (*mainstream*), ont été accusé-e-s de relativisme culturel car ils et elles ignoreraient les droits des personnes intersexes en se concentrant uniquement sur les pays dits en développement (par exemple 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 toutes les deux des pratiques néfastes visant une conformité de genre, qu'elles soient consenties ou non.

« Comme pour la circoncision masculine, nous observons que les discussions sur les mutilations génitales intersexes sont relativement rares dans le “secteur MGF”, tant universitaire qu’associatif [...]. Nos rencontres avec les professionnel·le·s des droits des enfants et les professionnel·le·s de santé en Belgique indiquent une certaine résistance à l’analyse critique les interventions chirurgicales génitales chez les enfants intersexes. [...] »

Nous pensons que tout·e professionnel·le ou universitaire qui est attaché·e à la protection de “l’intégrité génitale” des petites filles qui risquent une MGF, doit également s’élever contre les opérations chirurgicales pratiquées en Belgique dans le but de “normaliser” les organes génitaux des enfants intersexes. »

Stéphanie Florquin et Fabienne Richard, dans  
*Critical Discussion on Female Genital Cutting/Mutilation and Other Genital Alterations*, Current Sexual Health Reports, 2020

Une analyse plus approfondie des lois belges et européennes qui interdisent les mutilations génitales féminines dans les communautés de migrant·e·s tout en se taisant sur les interventions médicalement injustifiées effectuées sur les enfants intersexes est nécessaire et urgente.

« Il y a un grand besoin de recherches basées sur les preuves autour de la condition intersexe. Malheureusement, cela n'a pas démarré en Belgique. Les décideurs·euses politiques doivent également être disposé·e·s à investir dans et à encourager ce genre de recherches. »

Wouter Vyvey, expert mutilation génitale (intersexe)



## CONCLUSION

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

Afin que les professionnel-le-s puissent offrir une prise en charge adaptée aux personnes concernées, il semble nécessaire d'assurer une bonne compréhension de ces pratiques, qui ne sont réservées ni à l'Afrique subsaharienne, ni 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. Ce genre de terminologie ignore l'importance des normes sociales autour des MGF, pratiquées depuis des milliers d'années dans beaucoup de sociétés, et la manière dont sont traitées les femmes et les filles qui ne sont pas excisées. Dans ce contexte, le fait de soumettre sa fille à cet acte ne peut pas être vu autrement que comme un choix rationnel. Nous pensons qu'il est nécessaire pour chacun-e de porter le regard sur ses propres normes et pratiques, et en particulier pour les personnes blanches et/ou non-concernées par les MGF de questionner le regard porté sur « l'Autre ».

Les MGF sont une violence de genre, perpétuée envers les femmes parce qu'elles sont femmes, tout comme de nombreuses autres formes de violence. Elles sont le produit d'une société patriarcale qui garantit le pouvoir principal aux hommes, au détriment des femmes. Toutefois, elles ne sont en aucun cas un critère pour qu'une société soit considérée comme patriarcale, puisque dans la plupart des sociétés patriarcales les MGF ne sont pas pratiquées.

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 hommes et femmes, 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, qui jusqu'à récemment était encore 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 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 violences obstétricales infligées par le corps médical, ainsi que des chirurgies esthétiques génitales auxquelles se soumettent volontairement de plus en plus de femmes. Il convient de se demander comment ces interventions sur l'appareil génital des femmes peuvent être justifiées alors que l'OMS définit les mutilations

génétales comme toute intervention pratiquée pour des raisons non-thérapeutiques 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 qui doit correspondre aux normes de genre. Nous souhaitons par ailleurs inviter les associations et les pouvoirs publics à une réflexion sur la circoncision, une pratique qui constitue, tout comme l'excision, une intervention sur l'organe génital d'un-e enfant qui n'a aucune possibilité de s'y opposer.

En conclusion, nous avons tenté, à travers cet ouvrage, d'apporter une analyse critique féministe et anti-raciste 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 non, 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 différent·e·s acteurs·rices 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](http://www.endfgm.eu)
- GAMS Belgique : [www.gams.be](http://www.gams.be)
- Organisation mondiale de la Santé, OMS (2008) Mutilations sexuelles féminines. [http://www.who.int/topics/female\\_genital\\_mutilation/fr/](http://www.who.int/topics/female_genital_mutilation/fr/)
- Stop FGM Middle East : [www.stopfgmmideast.org](http://www.stopfgmmideast.org)
- Stratégies concertées de lutte contre les MGF : [www.strategiesconcertees-mgf.be](http://www.strategiesconcertees-mgf.be)

### Publications

- Abusharaf, R. M. (2000). Revisiting Feminist Discourses on Infibulation: Responses from Sudanese feminists, dans Shell-Duncan and Hedlund (ed.), Female 'Circumcision' in Africa.
- 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. <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/analyses/mutilations-sexuelles-france/> (22/12/2020)
- BBC, HARDtalk Female Genital Mutilation Discussion. <https://www.youtube.com/watch?v=mV6UfEaZHBE> (22/12/2020)



- 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). Étude 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.
- End FGM EU Network, U.S. END FGM/C NETWORK, Equality Now (mars 2020). Female genital mutilation/ cutting: A call for a global response. <https://www.endfgm.eu/content/documents/FGM-Global-ONLINE-PDF-VERSION-07.pdf> (22/12/2020)
- Fuambai Ahmadu (2015). "Ain't I a Woman Too?": Challenging Myths of sexual dysfunction in circumcised women, Shell- Duncan, Bettina, Hernlund, Ylva.; *Transcultural Bodies : Female Genital Cutting in Global Context*, pp.278- 310.
- 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. <https://orchidproject.org/resource/fgc-in-the-middle-east-and-asia/> (22/12/2020)

- Piecha, O.M., No "African Problem". [blog post Stop FGM Middle East]. <http://www.stopfgmmideast.org/background/unicefs-limited-numbers-female-genital-mutilation-much-more-widespread/> (22/12/2020)
- 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. <http://www.stopfgmmideast.org/countries/indonesia/> (22/12/2020)
- 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. [https://www.unicef.org/cbsc/files/UNICEF\\_FGM\\_report\\_July\\_2013\\_Hi\\_res.pdf](https://www.unicef.org/cbsc/files/UNICEF_FGM_report_July_2013_Hi_res.pdf) (22/12/2020)
- Van Raemdonck, A. (2013). Een historische blik op campagnes tegen vrouwenbesnijdenis en het recht op interventie. Uitgelezen, 2, pp13-16.

## Vidéos

- Abdulcadir, J. (2019) “*Countering the myths about FGM/C*”, TEDx Place Des Nations Women. [https://www.youtube.com/watch?v=Ovl\\_4PZTkME](https://www.youtube.com/watch?v=Ovl_4PZTkME) (22/12/2020)

## MGF et antiracisme

- Florquin, S. et Richard, F. (2020). Critical Discussion on Female Genital Cutting/Mutilation and Other Genital Alterations – Perspectives from a Women’s Rights NGO, *Current Sexual Health Reports*. <https://doi.org/10.1007/s11930-020-00277-1> (22/12/2020)

- GAMS Belgique (2020). Féminisme et antiracisme : perspectives pour la lutte contre les MGF en Belgique : Synthèse du webinaire (19/5/2020). [https://gams.be/wp-content/uploads/2020/05/20190612\\_GAMS\\_EqualBrussels\\_WebinaireFR\\_Synth%C3%A8seFR\\_V2.pdf](https://gams.be/wp-content/uploads/2020/05/20190612_GAMS_EqualBrussels_WebinaireFR_Synth%C3%A8seFR_V2.pdf) (22/12/2020)

## Histoire de l'excision en Europe et Amérique du Nord

- Coordination des ONG pour les droits des enfants, CODE (2014). Les mineurs ont-ils le droit de disposer de leur corps ? Analyse mars 2014.
- 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.
- Penelop. La clitoridectomie comme traitement contre l'onanisme dans l'Europe du 19<sup>ème</sup> siècle. [blog post]. [http://pelenop.over-blog.com/pages/La\\_clitoridectomie\\_comme\\_traitement\\_contre\\_l\\_onanisme\\_dans\\_l\\_Europe\\_du\\_19eme\\_siecle-1160265.html](http://pelenop.over-blog.com/pages/La_clitoridectomie_comme_traitement_contre_l_onanisme_dans_l_Europe_du_19eme_siecle-1160265.html) (22/12/2020)
- Respect for Change, Arrête tes cris ma fille (vidéo). [www.respectforchange.org/](http://www.respectforchange.org/) (22/12/2020)

## Médicalisation des MGF

- Female genital mutilation - An agonising choice. (2016). The Economist. <http://www.economist.com/news/leaders/21700658-after-30-years-attempts-eradicate-barbaric-practice-it-continues-time-try-new> (22/12/2020)
- Richard, F. (2016). Why we should be against the medicalisation of Female Genital Mutilation, *International Health Policies*. [www.internationalhealthpolicies.org/why-we-should-be-against-the-medicalisation-of-female-genital-mutilation/](http://www.internationalhealthpolicies.org/why-we-should-be-against-the-medicalisation-of-female-genital-mutilation/) (22/12/2020)

## Violences obstétricales

- Alonso, Isabelle, (March 21, 2014). Le « point du mari ». <http://www.isabelle-alonso.com/le-point-du-mari/> (22/12/2020)
- Dahlen, H. (2015) Episiotomy during childbirth: not just a 'little snip'. <http://theconversation.com/episiotomy-during-childbirth-not-just-a-little-snip-36062> (22/12/2020)
- Davis, K. (23 juin 2020). Husband stitch: Myths and facts. <https://www.medicalnewstoday.com/articles/husband-stitch> (22/12/2020)
- Dechalotte, M. (2017). Le livre noir de la gynécologie - maltraitances gynécologiques et obstétricales : libérer la parole des femmes, Paris : First.
- EUROPERISTAT (2013). European Perinatal Health Report 2010. <http://www.europeristat.com/reports/european-perinatal-health-report-2010.html> (22/12/2020)
- Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. (2017). Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No.: CD000081. DOI: 10.1002/14651858.CD000081.pub3. [http://www.cochrane.org/CD000081/PREG\\_selective-versus-routine-use-episiotomy-vaginal-birth](http://www.cochrane.org/CD000081/PREG_selective-versus-routine-use-episiotomy-vaginal-birth) (22/12/2020)

- Lappen, J. R. et Gossett D R. (2010). Changes in Episiotomy Practice: Evidence-based Medicine in Action, *Expert Review of Obstetrics & Gynecology*. 2010;5(3):301-309.
- Liljestrand J. (last revised: 20 October 2003). Episiotomy for vaginal birth: RHL commentary. *The WHO Reproductive Health Library*; Geneva: World Health Organization.
- Organisation mondiale de la santé (2016). WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation, *WHO Document Production Services*, Geneva: WHO.
- Wagner, M. (1999) "Episiotomy: a form of genital mutilation" *The Lancet*, Volume 353, No. 9168, p1977-1978, 5 June 1999, DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)77197-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)77197-X) [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(05\)77197-X/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(05)77197-X/fulltext) (22/12/2020)

## 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 Parliament resolution of February (2019) on Intersex children. [http://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-8-2019-0128\\_EN.html](http://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-8-2019-0128_EN.html) (22/12/2020)
- European Union Agency for Fundamental Rights (FRA). (2015). The Fundamental Rights Situation of Intersex People, FRA FOCUS, 4. <http://fra.europa.eu/en/publication/2015/fundamental-rights-situation-intersex-people> (22/12/2020)
- Genre pluriels (asbl). [www.genrespluriels.be](http://www.genrespluriels.be)
- Guterman L. (2012). Why Are Doctors Still Performing Genital Surgery on Infants? [blogpost] Open Society

Foundation. <https://www.opensocietyfoundations.org/voices/why-are-doctors-still-performing-genital-surgery-on-infants> (22/12/2020)

- ILGA Europe and OII Europe (2018). Protecting Intersex People in Europe: A Toolkit for Law and Policymakers. [https://oii europe.org/wp-content/uploads/2019/05/Protecting\\_intersex\\_in\\_Europe\\_toolkit.pdf](https://oii europe.org/wp-content/uploads/2019/05/Protecting_intersex_in_Europe_toolkit.pdf) (22/12/2020)
- Wilson, G. Organisation Intersex International (OII) Australie. <http://oiiinternational.com/2574/intersex-genital-mutilation-igm-fourteen-days-intersex/> (22/12/2020)

## 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 Medicine* (2ème édition).
- Bailey RC, Moses S, Parker CB, et al. (2007). Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomised controlled trial. *The Lancet*.
- CIRP (2013). Circumcision deaths. <http://www.cirp.org/library/death/> (24/12/2020)
- 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.
- Global Survey of Circumcision Harm. [www.circumcisionharm.org](http://www.circumcisionharm.org)
- Gray RH, Kigozi G, Serwadda D, et al. (2007). Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomised trial. *The Lancet*, 369, 557-66.

- Johnsdotter S. (2018). Girls and boys as victims: asymmetries and dynamics in European public discourses on genital modifications in children. In: Fusaschi M, Cavaforta G, editors. FGM/C: from medicine to critical anthropology: Meti Edizioni.
- Organisation mondiale de la santé (2007). Male Circumcision: Global trends and determinants of prevalence, safety and acceptability. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241596169/en/> (22/12/2020)
- Watson, L. (2014). "Unspeakable Mutilations: Circumcised Men Speak Out". Create Space, ISBN 978-1495266577.

## 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. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3312147/> (22/12/2020)
- Rewire. (2012). The deeply rooted parallels between female genital mutilation and breast implantation. <http://rhrealitycheck.org/article/2012/01/10/female-genital-mutilation-breast-implantation-why-do-they-happen-and-how-do-we-st/> (22/12/2020)
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Ethics issues and ressources. <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/ethics-issues--resources/> (22/12/2020)

# ACRONYMES

- **CEMAVIE** – Centre médical d'aide aux victimes de l'excision
- **GAMS Belgique** – Groupe pour l'abolition des 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** – mutilation génitale féminine de 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.
- **Épisiotomie** - intervention qui consiste à inciser le périnée lors de l'accouchement, pour faciliter la sortie du bébé et éviter les déchirures.
- **Excision** - mutilation génitale féminine de type II 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** - 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 utilisé pour démontrer que les inégalités entre femmes et hommes sont issues de facteurs sociaux, culturels et économiques.
- **Hyménoplastie** - intervention de chirurgie intime de la femme, à visée esthétique, qui consiste à « réparer » l'hymen.
- **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.
- **Idée reçue** - opinion très répandue, considérée comme certainement correcte. Mais, elle est souvent fautive, 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** - ou mutilation génitale féminine de type III selon le classement de l'OMS - 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.
- **Intersexe / intersexuation** - concerne une personne dont le sexe biologique ne peut pas être clairement classifié comme mâle ou femelle. Une personne intersexe peut avoir les attributs biologiques des deux sexes ou ne pas présenter certains attributs biologiques considérés comme nécessaires pour la définition d'un sexe ou l'autre.

- **Nymphoplastie / labiaplastie** - intervention de chirurgie plastique sur les grandes lèvres et/ou les petites lèvres 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)** - 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, possèdent l'autorité morale, jouissent 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 violence 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 : on parle de violences faites aux femmes. Les termes « violences faites aux femmes » et « violences de genre » sont ainsi souvent utilisés 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 (tel que les violences conjugales) ou public (tel que le harcèlement de rue). Les mutilations génitales féminines sont une forme de violence basée sur le genre envers les femmes.



## NOTES DE FIN

1. Afin de faciliter la lecture et pour montrer l'importance du rôle que l'assignation en tant que femme joue dans la perpétuation des mutilations génitales féminines, le mot « femmes » sera utilisé pour désigner toutes les personnes (potentiellement) concernées par les MGF. Toutefois, nous tenons à souligner que toutes les personnes concernées par les MGF ne s'identifient pas en tant que « femme », certaines sont des hommes transgenres, personnes non-binaires ou des personnes intersexes. Les femmes transgenres ne sont généralement pas concernées par les MGF mais peuvent être concernées par d'autres formes de mutilations génitales telle que les mutilations génitales intersexes ou la circoncision.
2. Les idées néocoloniales qui sont basées sur un sentiment de supériorité « occidentale » des blanche-s et sur l'idée que ceux et celles qui ont grandi en Europe (ou aux États-Unis) ont évidemment reçu une meilleure éducation, ont plus de ressources et sont donc capables et même obligé-e-s « d'aider » les pays africains (subsahariens) (cf. *a white man's burden*).
3. Le terme « néocolonial » fait référence à un discours politique et normatif qui, à l'instar du colonialisme, est basé sur l'eurocentrisme, dans lequel la perspective « occidentale » est considérée comme un point de départ central et une norme morale élevée. Dans un discours néocolonial, la violence contre les femmes est considérée comme liée à la culture, laissant de côté le contexte socioculturel spécifique.
4. Il s'agit d'études faites à l'échelle nationale avec un échantillon représentatif de la population et répétées tous les trois ou quatre ans, ce qui permet d'avoir une tendance sur plusieurs années.
5. Nous mettons les termes « développement » et « occidental » entre guillemets pour montrer qu'il s'agit d'expressions qui ne sont pas neutres car elles s'inscrivent dans une idée d'échelle de niveaux entre pays, avec certains pays qui seraient plus avancés, plus développés (voire plus « civilisés »). Nous nous distancions d'une telle vision du monde.
6. Une *fatwa* est un avis juridique, une décision faisant autorité d'un juriste islamique (Mufti).

7. <https://copfgm.org/maryam-sheikh-abdis>
8. 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](http://www.strategiesconcertees-mgf.be/wp-content/uploads/MGF-tryptique_final_RTP.pdf)
9. Pour plus d'informations : <https://www.moustique.be/24310/white-saviors-qu-est-ce-que-le-complexe-du-sauveur-blanc> et <https://metro.co.uk/2019/03/06/what-is-a-white-saviour-complex-8793979/>
10. Le projet Men Speak Out against FGM visait à impliquer les hommes migrants dans le travail de prévention des MGF, dans trois pays européens (la Belgique, le Royaume-Uni, les Pays-Bas).
11. Dans le cas de la violence sexuelle, la responsabilité revient souvent à la femme ou à la fille qui subit la violence en dénonçant son comportement ou sa tenue vestimentaire.
12. [Vidéo] Countering myths about FGM/C | Jasmine Abdulcadir | TEDxPlaceDesNationsWomen. [https://www.youtube.com/watch?v=Ovl\\_4PZTkME](https://www.youtube.com/watch?v=Ovl_4PZTkME)
13. Dans le cas d'une réduction des petites lèvres, on parle de nymphoplastie.
14. Alors que le terme de « violence » obstétrique et gynécologique est préféré par certain-e-s auteur-e-s pour souligner que la patiente se situe dans une situation de vulnérabilité, le terme « abus » est utilisé par d'autres en ce qu'il est perçu comme moins violent pour les professionnel-le-s et comme un meilleur moyen de les sensibiliser et les inciter à prendre soin et veiller sur leurs patientes (Dechalotte, 2017).
15. Aujourd'hui, les recommandations des corps professionnels, notamment aux États-Unis et au Royaume-Uni, vont à l'encontre de la pratique routinière de l'épisiotomie. Néanmoins, des études ont témoigné de différences entre les hôpitaux mais aussi de plus en plus, individuellement entre professionnel-le-s de santé.
16. Watson, L. (2014). "Unspeakable Mutilations: Circumcised Men Speak Out". Create Space, ISBN 978-1495266577. Et [www.circumcisionharm.org](http://www.circumcisionharm.org)





« Promotion de la citoyenneté et de l'interculturalité » (PCI)  
Fédération Wallonie-Bruxelles



GAMS Belgique  
Groupe pour l'abolition 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 subsaharienne »	p 6
● « En Europe, on n'excise pas les femmes/filles »	p 12
● « L'excision est imposée par la religion musulmane »	p 16
● « Les personnes qui pratiquent l'excision sont des "barbares", ce sont des personnes "irrationnelles" »	p 20
● « L'excision, c'est une affaire de femmes »	p 26
● « Une femme excisée est une victime »	p 30
● « Les femmes excisées n'ont pas de plaisir sexuel »	p 34
● « Les femmes excisées doivent être "réparées" »	p 38
● « La chirurgie esthétique génitale, ça n'a rien à voir avec les mutilations génitales »	p 40
● « Pratiquer l'excision à l'hôpital permet de réduire les risques »	p 44
● « L'épisiotomie n'est pas une mutilation génitale, c'est un geste médicalement justifié »	p 47
● « La circoncision et l'excision, c'est complètement différent »	p 50
● « La loi belge protège tous les enfants des mutilations génitales... »	p 56
● Conclusion	p 60