



DIPLÔME INTER-UNIVERSITAIRE
Santé
Société
mIGRATION

Demander l'asile pour être protégée des Mutilations Sexuelles Féminines

Mémoire du Diplôme Inter-Universitaire « Santé, société et migration »

Rédigé sous la direction d'Ada-Luz DUQUE

Violette Bouverat

Année 2022-2023

SOMMAIRE

SOMMAIRE	1
GLOSSAIRE	2
INTRODUCTION	3
I) Mutilations sexuelles féminines et procédure d’asile	5
I.1) Que sont les mutilations sexuelles féminines ?	5
I.2) La demande d’asile au motif des mutilations sexuelles féminines	12
II) Conséquences des mutilations sexuelles sur les demandeuses d’asile	18
II.1) Les conséquences sur la santé	18
II.2) Arrivées en France : les besoins des femmes durant leur demande d’asile	22
III) Le positionnement des professionnel.les face aux réalités de l’accompagnement des demandeuses d’asile	26
III.1) Constats et besoins exprimés par les professionnel.les	26
III. 2) Le sujet central du certificat médical	29
III.3) La place des interprètes	32
CONCLUSION	35
REMERCIEMENTS	38
BIBLIOGRAPHIE	39
ANNEXES	42

GLOSSAIRE

AS : Assistant.e Social.e. C'est le terme principalement utilisé par les demandeuses d'asile pour parler des travailleurs sociaux de manière générale.

CADA : Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile

CESEDA : Code de l'Entrée et du Séjour des Étrangers et du Droit d'Asile. C'est un code juridique qui réunit toutes les règles relatives au droit des étrangers, des titres de séjour au droit d'asile en passant par les missions de l'OFPRA.

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

CNDA : Cour Nationale du Droit d'Asile. C'est la juridiction administrative spécialisée, qui examine les recours formés contre les décisions de l'OFPRA en matière d'asile.

HUDA : Hébergement d'Urgence pour Demandeurs d'Asile

UMJ : Unité Médico-Judiciaire. Elle a pour objectif d'accompagner la personne dans son parcours pour la reconnaissance de son statut de victime. C'est un lieu de collaboration entre la médecine et l'autorité judiciaire.

UNICEF : United Nations International Children's Emergency Fund. Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance est l'agence des Nations Unies consacrée à l'amélioration et à la promotion de la condition des enfants.

UNFPA : United Nations Fund for Population Activities. Le Fonds des Nations Unies pour la population est l'agence des Nations Unies en charge des questions de santé sexuelle et reproductive.

MGF : Mutilations Génitales Féminines

MSF : Mutilations Sexuelles Féminines

OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides. C'est l'établissement public administratif (sous la tutelle du ministère de l'Intérieur), chargé d'assurer l'application des textes relatifs à la reconnaissance de la qualité de réfugié, d'apatride et à la protection subsidiaire.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé. Créée en 1948, c'est l'agence spécialisée de l'Organisation des Nations Unies pour la santé publique.

TSPT : Trouble de Stress Post-Traumatique

INTRODUCTION

“Excision parlons-en !” est une association loi 1901, créée en 2013, qui œuvre en faveur de la disparition de l’excision et des mutilations sexuelles féminines (MSF). Elle est l’une des associations françaises qui lutte contre ces pratiques, participe, plaide et favorise l’éradication des MSF dans le Monde. Les MSF sont généralement pratiquées dans des pays d’Afrique et du Moyen-Orient, et l’UNICEF estime que 30 millions de filles risquent d’être victimes de MSF au cours des dix prochaines années dans le Monde. Si l’acte de la mutilation est le plus souvent pratiqué dans le pays d’origine, les mutilations sexuelles touchent aussi des femmes nées en France de parents originaires de pays où les MSF sont pratiquées¹. La grande majorité des femmes déjà mutilées vivent dans leur pays d’origine, mais on estime que 5% d’entre elles vivent en Europe, dont environ 53 000 en France.

La loi française sanctionne toutes les pratiques de mutilations sexuelles féminines. On peut se demander si les filles et femmes sont aussi protégées lorsqu’elles fuient leur pays et demandent l’asile en France, pour des craintes liées à l’excision et aux mutilations sexuelles. Durant la procédure d’asile, les femmes sont généralement accompagnées par divers intervenant.es. C’est ainsi que se mêlent les scènes juridique, sociale et thérapeutique, où les professionnel.les sociaux, les soignant.es, les juges et les fonctionnaires de l’Etat collaborent pour accompagner les femmes exilées. Les travailleurs sociaux comme moi, se forment sur le terrain concernant ces thématiques intimes que sont les mutilations sexuelles féminines. Qu’en est-il des autres professionnel.les du maillon de l’accompagnement, de l’aide, de la justice et du soin ?

Les femmes ayant fui les violences sexuelles, intrafamiliales et sociales de leur pays, sont confrontées, arrivées en France, à un système juridico-administratif complexe qui évaluera leurs craintes de persécutions. Lorsque l’on traite des MSF on parle d’intimité, de corps, de sexualité, de parties génitales, de violences... Des mots qui peuvent créer une gêne, parfois un malaise. Et pourtant, les injonctions de la procédure d’asile et ses délais imposent aux femmes que le sujet soit rapidement abordé, parfois même lors de la première rencontre avec un.e professionnel.le. En tant que travailleuse sociale accompagnant des demandeuses d’asile, les MSF, dont on parle pourtant peu en société, font partie de mon quotidien

¹ Les mutilations sexuelles féminines : le point sur la situation en Afrique et en France - Dans Population & Sociétés 2007/9 (N° 438), pages 1 à 4

professionnel. Cette thématique et ces mots deviennent presque banals. Malgré sa gravité, j'en parle avec une certaine facilité. L'expérience professionnelle, des situations qui se répètent et des motifs d'asile qui sont similaires, m'ont permis de m'habituer et ainsi au fil du temps, de diminuer la gêne que pourrait occasionner le sujet des MSF et de leurs graves conséquences.

Alors que les femmes attendent une reconnaissance de leur statut de victime et que les professionnel.les expriment un manque de moyens, cette procédure semble être contraignante voire réductrice, et peut être une source de souffrance et de reviviscence de traumatismes pour des femmes déjà fragilisées. On peut alors se demander si la prise en charge médico-sociale des femmes fuyant les mutilations sexuelles est adaptée à leurs besoins, durant leur procédure d'asile.

Ce mémoire traitera de la manière dont les professionnel.les accompagnent ces femmes demandant l'asile, et comment les événements passés et traumatisants seront traités durant cette procédure souvent appelée "le parcours du combattant". Mon travail de recherche est basé sur une enquête de terrain réalisée sous deux angles : d'une part celui des professionnel.les, grâce à des entretiens et à un questionnaire adressé aux intervenant.es accompagnant des femmes ayant fui des mutilations sexuelles. D'autre part, le regard des demandeuses d'asile, auquel j'ai accès avec facilité par le biais de mon emploi de travailleuse sociale au sein d'une association française reconnue d'utilité publique ayant pour mission l'accompagnement des demandeurs d'asile. Étant spécialisée dans l'accompagnement socio-juridique des personnes, j'ai choisi de détailler avec précision les étapes de cette procédure afin d'appréhender la réalité des femmes dans ces situations et des professionnel.les les accompagnant. La présentation de l'asile prenant ainsi une part importante de ce mémoire, de manière représentative à la complexité de la procédure.

I) Mutilations sexuelles féminines et procédure d'asile

La France ratifie en 2014 la Convention d'Istanbul, convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique, qui déclare que "la culture, la coutume, la religion, la tradition ou le prétendu « honneur » ne sont pas considérés comme justifiant des actes de violences contre les femmes." La Convention d'Istanbul contient des dispositions spécifiques relatives aux femmes et aux filles réfugiées ou migrantes. En outre, elle oblige les États à reconnaître les violences fondées sur le genre comme une forme de persécution au sens de la Convention de Genève de 1951 relative au statut des réfugiés. Les mutilations sexuelles féminines étant une forme de persécution faite à l'encontre des femmes, deviennent ainsi un critère à prendre en compte lorsqu'une femme ou une fille sollicite une protection internationale en Europe. En réalité, il semble y avoir un écart entre le texte diplomatique et la pratique puisqu'en France, l'ensemble des femmes demandant l'asile au motif des mutilations sexuelles féminines, n'obtient pas la protection et le statut de réfugiée souhaité.

I.1) Que sont les mutilations sexuelles féminines ?

Définitions

Les mutilations sexuelles désignent toutes les interventions sur les organes sexuels féminins et masculins externes qui sont réalisées sans raison médicale. Les mutilations sexuelles ne sont pas exclusives aux personnes de sexe féminin et peuvent également être exercées sur des personnes de sexe masculin, bien que la circoncision masculine ne présente généralement pas de conséquences sur la santé sexuelle et reproductive, contrairement aux mutilations féminines. Les premières approches de ce sujet proviennent d'un regard anthropologique et mettent l'accent sur les aspects rituels des pratiques alors désignées sous le terme de circoncision féminine. L'ONU se saisira pour la première fois du sujet, en 1958 où ces pratiques seront décrites comme "des opérations rituelles fondées sur la coutume"². Puis c'est grâce à l'influence et au développement des mouvements féministes, au milieu des années soixante-dix, que le regard sur les MSF change. Les

² Les mutilations génitales féminines. Armelle Andro, Marie Lesclingand - Dans Population 2016/2 (Vol. 71), pages 224 à 311

pratiques sont désormais appréhendées comme une forme de violation des droits humains et une atteinte grave à la santé, et sont qualifiées de “mutilations”. L’OMS définit en 1997 les mutilations sexuelles féminines comme “toutes les interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme et/ou toutes autres lésions des organes génitaux féminins pratiquées à des fins non thérapeutiques”.

Pour autant, en français, on parle plus communément “d’excision” pour parler des mutilations sexuelles féminines, car c’est le type de mutilations le plus pratiqué dans le monde. Le terme suscite de nombreuses critiques de la part de celles et ceux qui le considèrent comme un mot-valise, qui généralise et invisibilise les MSF, alors que le terme “mutilations” permet de mettre l’accent sur la gravité des actes, renforçant l’idée que ces pratiques sont une violation des droits fondamentaux des filles et des femmes, et favorisant ainsi l’engagement pour son abolition.

Dans ma pratique professionnelle, les termes que je choisis et que j’utilise dépendent du contexte et du public avec lequel je dialogue. Avec les demandeuses d’asile, j’utilise le terme d’excision. C’est le mot que les femmes que j’accompagne utilisent pour parler de leurs mutilations ou de celles de leurs filles. C’est le terme qu’elles comprennent. Il semble que dans la plupart des pays ouest-africains francophones, c’est ce terme qui est employé, alors que dans les pays africains anglophones, on parlerait plus communément de “circoncision”. En revanche, ce travail de recherche m’a permis d’évoluer sur l’utilisation des différentes terminologies avec les professionnel.les. Au début de ma recherche, j’utilisais principalement le terme de mutilations génitales féminines (MGF) avec les partenaires, professionnel.les, bénévoles et autres acteurs médico-sociaux. Le terme “génitales” permettant de mettre en avant la conséquence physique et physiologique des mutilations. Finalement, j’ai choisi aujourd’hui de me corriger et d’utiliser le terme de mutilations sexuelles féminines, afin de mettre l’accent sur l’une des conséquences des mutilations dans la vie de ces femmes, soit une conséquence sur la sexualité globale et la santé sexuelle des victimes.

Les différents types de mutilations sexuelles féminines

L’Organisation Mondiale de la Santé propose en 1997 une première classification fondée sur quatre types de pratiques selon les atteintes physiques subies au moment de la

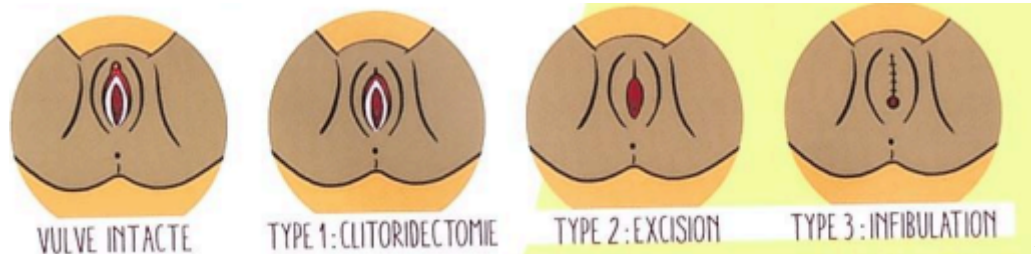
mutilation. Cette classification est revue par l'OMS et modifiée en 2008, permettant de catégoriser les mutilations sexuelles féminines de la façon suivante :

Type I : Ablation partielle ou totale du gland clitoridien (clitoris). Également appelé la clitoridectomie.

Type II : Ablation partielle ou totale du gland clitoridien et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres. Correspond à ce que l'on appelle plus communément l'excision.

Type III : Rétrécissement de l'orifice vaginal par recouvrement, réalisé en sectionnant et en repositionnant les petites lèvres, ou les grandes lèvres, avec ou sans ablation du gland clitoridien type I. Cette fermeture quasi complète de l'orifice vaginal est également nommée infibulation.

Type IV : Toutes les autres interventions néfastes pratiquées sur les organes génitaux féminins à des fins non médicales, telles que percer, piquer, inciser, scarifier, cautériser les organes génitaux.



Ce classement médical est important dans l'instruction de la demande d'asile puisque la question du type de mutilations est posée à une demandeuse pour évaluer son besoin de protection. Pourtant quelle que soit la forme qu'elles prennent, les mutilations sexuelles constituent une atteinte à l'intégrité physique des femmes et filles qui en sont victimes et devraient pour toutes les personnes qui y sont exposées, ouvrir le droit à une protection reconnue par l'OFPRA⁴.

³ Un tout petit bout d'elles - Dessin Raphaël Beuchot - page 96

⁴ Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides.

Les pays où les mutilations sexuelles féminines sont pratiquées

Alors que le nombre exact de filles et de femmes dans le monde ayant subi des MSF reste inconnu, les dernières données de l'UNICEF, mises à jour en juin 2023, déclarent qu'au moins 200 millions de filles et de femmes dans le Monde ont subi des mutilations sexuelles et que ces pratiques ont eu lieu dans au moins 31 pays différents, avec de grandes variations de prévalence. L'UNICEF déclare qu'il y a eu une baisse globale de la prévalence de la pratique au cours des trois dernières décennies, mais que tous les pays ne font pas de progrès et que le rythme du déclin est inégal.

Les données disponibles sur la prévalence, provenant d'enquêtes représentatives à grande échelle, montrent que la pratique des MSF est fortement concentrée dans une bande horizontale de pays allant de la côte atlantique (Sénégal / Guinée) à la Corne de l'Afrique (pointe de la Somalie) (voir annexe 1). La pratique est presque universelle en Somalie avec un taux de prévalence atteignant 99% en 2020⁵, en Guinée avec un taux estimé à 95% en 2018, et à Djibouti avec un taux évalué à 94% en 2012. D'autres pays présentent des estimations pouvant atteindre des taux de prévalence de MSF particulièrement élevés, à plus de 80% : il s'agit de l'Erythrée (83.0 % en 2010), de la Sierra Léone (83.0 % en 2019)⁶, du Soudan (87% en 2014), de l'Égypte (87% en 2015) ou encore du Mali avec un taux évalué à 89% en 2018. En revanche, on constate que dans certains autres pays d'Afrique, les MSF ne concernent qu'une très faible part de la population. C'est le cas du Cameroun ou de l'Ouganda où les taux de prévalence ne dépassent pas 1%.

En dehors du continent africain, les chiffres mettent en exergue d'autres pays pratiquant des mutilations sexuelles féminines. Il s'agit du Moyen-Orient avec des taux de prévalence évalués à 7% en 2018 en Iraq et à 19% en 2013 au Yémen. Enfin, l'Indonésie présentait en 2013 des chiffres proches de 50% de prévalence, se référant uniquement aux filles âgées de 0 à 11 ans, faute de données pour les femmes plus âgées, laissant imaginer des taux réels de MSF nettement plus élevés et ainsi une population particulièrement touchée.

⁵ Données mises à jour par l'UNICEF en 2020, contrairement au taux estimé à 98% en 2014 sur l'annexe 1, soit une augmentation de 1%.

⁶ Données mises à jour par l'UNICEF en 2020, contrairement au taux estimé à 86% en 2017 sur l'annexe 1, soit une diminution de 3%.

Selon l'UNICEF, des preuves suggèrent que les MSF existent dans des endroits du Monde comme en Colombie, en Inde, en Malaisie, en Oman, en Arabie Saoudite ou encore aux Émirats Arabes Unis. Les preuves disponibles proviennent d'études à petite échelle ou de récits de personnes, mais il n'existe pas encore de données représentatives de la prévalence. La pratique se retrouve également dans des pays d'Europe, en Australie et en Amérique du Nord qui, sont des terres d'accueil de personnes provenant de pays où les MSF sont pratiquées.

Les mutilations sexuelles sont pour la plupart pratiquées sur des jeunes filles entre l'enfance et l'adolescence et moins fréquemment sur des femmes adultes. Un certain nombre de facteurs est à l'origine et "légitimise" encore aujourd'hui les pratiques des MSF dans plus de 30 pays au Monde. Les MSF sont davantage pratiquées dans les milieux ruraux, bien que la pratique existe en zone urbaine, voire parfois en milieu hospitalier.

Les raisons des mutilations sexuelles féminines

Les raisons pour lesquelles les mutilations sexuelles féminines sont pratiquées varient d'une région à l'autre, d'une communauté à l'autre, selon des facteurs socioculturels propres à chaque groupe. Les raisons les plus fréquemment citées sont les suivantes:

- La perpétuation des coutumes et traditions :

Dans la plupart des sociétés les pratiquant, les mutilations sexuelles féminines sont considérées comme une tradition culturelle, comme une pratique ancestrale qui se perpétue de générations en générations. Elles persistent en particulier là où les normes patriarcales sont solides et où les chefs traditionnels jouent un rôle central dans la prise de décisions. Mais les hommes ne sont pas les seuls à entretenir cette spirale. Il n'est pas rare d'apprendre que les exciseuses sont les mères, les grands-mères et les tantes des victimes, ce sont des femmes qui elles-mêmes ont été mutilées. La persistance de ces pratiques relève du fait qu'elles sont issues principalement de traditions et de cultures dans lesquelles le cercle familial joue un rôle crucial. Dans les communautés où elles sont pratiquées, les MSF sont comme nécessaires, elles sont ancrées dans les générations passées et doivent perdurer dans les générations futures.

- La norme sociale :

Dans la majorité des pays pratiquant les MSF, celles-ci relèvent également d'une convention, d'une norme sociale. "Il est important de noter que dans la majorité des sociétés africaines, le groupe prime sur l'individu"⁷. La pression sociale incite à se conformer aux autres, pour ne pas être exclu du groupe. La reconnaissance sociale constitue une forte motivation pour perpétuer la pratique des MSF. Lorsque la pratique est très répandue, celle-ci peut être plus rarement et difficilement contestée. L'opposition à cette pratique considérée comme norme sociale peut entraîner un rejet par la communauté. Cette crainte peut être un frein à l'élimination de cette pratique.

- Les croyances religieuses :

Bien qu'aucun texte religieux ne prescrive cette intervention, nombreux sont ceux qui pensent que subir une mutilation est un devoir religieux. L'origine des MSF est relativement méconnue des chercheurs et il est difficile de dater précisément leur apparition. Mais les recherches anthropologiques et en sciences sociales laissent à penser qu'elles seraient nées dans l'Égypte ancienne. "On aurait découvert sur des momies, femmes des pharaons, des traces d'excision"⁸. Cette pratique serait purement d'ordre culturel, contrairement aux croyances sur ses origines religieuses. Les pharaons ayant existé avant l'apparition des religions "dites révélées". Les mutilations totales de type III, sont par ailleurs parfois appelées "pharaoniques", pouvant ainsi rappeler à leurs origines⁹.

Les MSF seraient pratiquées par des personnes de toutes croyances religieuses, telles que les musulmans, les catholiques, les protestants, les coptes, les animistes et même certains juifs éthiopiens¹⁰. Les autorités religieuses adoptent des positions variables à l'égard des mutilations sexuelles féminines: "certaines les préconisent, d'autres les considèrent comme étrangères à la religion et d'autres encore contribuent à leur élimination"¹¹. Malgré une croyance populaire que les MSF sont associées à l'islam, on constate que dans plusieurs pays musulmans du Moyen Orient et du Maghreb, les mutilations ne sont pas pratiquées.

⁷ GAMS Rhône-Alpes Les fleurs coupées - Albertine Pabingui-Gondjé Anthropologue - page 10

⁸ GAMS Rhône-Alpes Les fleurs coupées - Albertine Pabingui-Gondjé Anthropologue - page 9

⁹ Les violences traditionnelles contre les femmes - Rita El Khayat - page 205

¹⁰ Dossiers documentaires du CEDIF Les mutilations sexuelles - 2005 - page 9

¹¹ OMS

Le Coran ne mentionnerait pas l'excision ; alors qu'il "interdit toute intervention nuisible à la santé"¹².

De plus, ces motifs religieux qui justifieraient les MSF dans certaines communautés, peuvent particulièrement impacter l'identité de la demandeuse d'asile fuyant des mutilations, parfois tiraillée entre ses propres croyances personnelles, ses représentations et l'interprétation de sa religion. Madame C, demandeuse d'asile de confession musulmane, avec laquelle je me suis entretenue dans le cadre de cette enquête, illustre mes propos : *"Ce qui me fait le plus mal, c'est que c'est écrit nulle part dans le Coran, c'est même interdit. Je me suis renseignée. J'ai même demandé à un Imam. Il faut changer la manière de voir les choses en Afrique"*.

- L'éducation, le mariage et l'intérêt financier :

Les mutilations sexuelles féminines sont souvent considérées comme faisant partie de la nécessaire éducation d'une jeune fille, de son passage à l'âge adulte et de sa préparation au mariage. Dans de nombreuses communautés, une jeune fille non mutilée sera nettement plus difficile à marier qu'une jeune fille déjà mutilée. Les MSF sont associées à des idéaux culturels de féminité et d'esthétisme selon lesquels les jeunes filles sont "propres" et "belles" après l'ablation de parties de leur anatomie considérées comme une imperfection, comme malpropres voire masculines. "Le sexe féminin [...] considéré comme une sorte de version sous-développée ou imparfaite du sexe masculin"¹³. Une jeune fille mutilée est considérée comme "pure". C'est ainsi que les MSF favorisent le mariage et notamment le mariage forcé. La pauvreté est un autre facteur déterminant. Les familles incapables de payer les frais de scolarité de leur fille, d'acheter à manger ou de couvrir d'autres dépenses élémentaires voient dans le mariage de celle-ci une garantie pour leur sécurité. La dot que les familles reçoivent en échange de leur fille (bétail, argent ou autres objets de valeur) est aussi un moyen d'atténuer la pauvreté. Dans tous les cas, les filles doivent subir des MSF pour se préparer au mariage.

¹² Dossiers documentaires du CEDIF Les mutilations sexuelles - 2005 - page 9

¹³ L'Origine du Monde - Bande dessinée de Liv Strömquist

- Le contrôle de la sexualité féminine :

Les MSF favorisent le rapport de force et de domination entre le sexe féminin et masculin. Elles sont souvent motivées par des croyances relatives à ce qui est considéré comme un “comportement sexuel approprié”. Les MSF visent généralement à réduire la libido et le désir féminin, en assurant la virginité des jeunes filles avant leur mariage, et leur fidélité après. Ainsi, les partisans pensent que les MSF sont utiles pour aider les femmes à résister aux actes sexuels. Madame C l’explique comme cela : *“Tout le monde fait selon ses traditions. Chez nous, on dit que c’est pour ne pas que la femme couche avec beaucoup d’hommes. Pour ne pas qu’elle ait des envies. Sinon, on dit qu’elle est prostituée.”*

- La procréation

Le centre de documentation du Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides de Belgique (l’équivalent de l’OFPRA en France) évoque, en prenant l’exemple du Nigéria, des convictions en faveur des MSF comme l’amélioration de la fécondité et de la fertilité, l’amélioration de l’hygiène et la facilitation des naissances ou encore la prévention de la mortalité néonatale¹⁴.

Quelles que soient les raisons amenant les familles à pratiquer des mutilations sur les filles, un certain nombre d’entre elles décident de fuir leur pays d’origine pour demander l’asile dans un pays pouvant les protéger de telles pratiques.

I.2) La demande d’asile au motif des mutilations sexuelles féminines

Les demandes de protection fondées sur les craintes de MSF sont en augmentation. Selon le rapport d’activité 2021 de l’OFPRA, “les jeunes filles, adolescentes et femmes victimes de violences en raison de leur genre, font majoritairement état de craintes de persécutions ou de risques d’atteintes graves de la part de leurs proches qui entendent leur infliger une mutilation sexuelle, les soumettre à un mariage précoce ou forcé ou leur faire subir des violences dans le cadre conjugal et intrafamilial”.

¹⁴ Commissariat Général aux Réfugiés et aux Apatrides, Les mutilations génitales féminines - 13 mai 2019

Pourquoi demander une protection au titre des mutilations sexuelles féminines ?

Des fillettes, des adolescentes, ou des femmes adultes peuvent demander l'asile en raison d'un risque de mutilation sexuelle féminine. Elles peuvent n'avoir jamais subi de mutilations, avoir subi une mutilation partielle ou encore avoir procédé à une chirurgie réparatrice en France, craignant ainsi d'être victime de nouvelles mutilations.

Au-delà du risque de mutilations, d'autres types de persécutions peuvent être invoqués dans la demande d'asile. Il peut s'agir de crainte de traitements cruels, inhumains ou dégradants; d'actes de torture ; de menaces et de violences psychologiques; d'ostracisme c'est à dire du rejet des membres de la famille ; d'une impossibilité à se marier résultant d'un rejet de ses paires ; d'un rejet et d'une exclusion sociétale lié à la honte, au déshonneur causé par la femme non-mutilée. Pour une personne non ou partiellement excisée, le risque de nouvelle mutilation s'ajoute, notamment lors d'un accouchement.

La décision de la grande formation de la CNDA du 5 décembre 2019 rappelle que les MSF sont des persécutions. “ Les mutilations sexuelles féminines, qualifiables d'actes de torture, de traitements cruels, inhumains ou dégradants, sont une forme de violence fondée sur le genre qui entraîne des dommages importants, à la fois physiques et mentaux, sur les personnes qui en sont victimes. Elles violent les droits humains les plus fondamentaux protégés par le droit international tels que le droit à la non-discrimination, le droit à la protection contre les violences physiques et mentales, le droit au meilleur niveau de santé possible et, dans les cas les plus extrêmes, le droit à la vie [...] Ainsi, toutes les formes de mutilations sexuelles féminines sont des persécutions”¹⁵

¹⁵ CNDA Grande formation 5 décembre 2019 Mme N. Mmes S. n°s 19008524-19008522-19008521- page 5

Les critères permettant aux demandeuses d'asile d'être protégées contre les mutilations sexuelles féminines

Pour reconnaître le statut de réfugiée à une femme ou une fillette au motif des mutilations, l'officier de protection¹⁶ ou le juge de l'asile doit procéder à une analyse en deux temps. Il doit d'abord établir l'existence d'un groupe social, puis apprécier au regard de la situation personnelle de l'intéressée, si elle appartient à ce groupe social.

La convention de Genève ne contient pas de définition précise de la notion de groupe social et celle-ci est complexe. Il n'existe pas de liste exhaustive des groupes sociaux.. L'imprécision de cette notion lui donne l'avantage de pouvoir évoluer. Le Haut Commissariat des Nations unies pour les Réfugiés, propose toutefois une définition générale : “Un certain groupe social est un groupe de personnes qui partagent une caractéristique commune autre que le risque d'être persécutées, ou qui sont perçues comme un groupe par la société. Cette caractéristique sera souvent innée, immuable, ou par ailleurs fondamentale pour l'identité, la conscience ou l'exercice des droits humains. Cette définition inclut les caractéristiques historiques et qui ne peuvent donc pas être changées, ainsi que celles qui, même s'il est possible de les changer, ne devraient pas faire l'objet d'une exigence d'être changées parce qu'elles sont étroitement liées à l'identité de la personne ou parce qu'elles sont l'expression de droits humains fondamentaux”¹⁷. L'appartenance à un groupe social est un fait social objectif qui ne dépend pas du nombre de personnes qui constitue ce groupe, qui ne dépend pas de la manifestation par ses membres de leur appartenance audit groupe mais du regard que portent la société environnante ou les institutions sur ces personnes. Pour essayer de comprendre la notion de groupe social, on donne souvent l'exemple des persécutions subies par les personnes homosexuelles au Cameroun ou bien des personnes albinos au Mali.

Concernant les MSF, on cherchera à vérifier l'existence d'un groupe social, soit à vérifier l'existence de cette pratique comme norme sociale. Dans une population au sein de

¹⁶ Les officiers de protection instructeurs examinent les dossiers, auditionnent les demandeurs d'asile puis procèdent à l'analyse et à la qualification juridique des faits, permettant de rédiger une décision au dossier de la personne.

¹⁷ GISTI guide d'accompagnement- décembre 2017

laquelle les MSF sont couramment pratiquées au point de constituer une norme sociale, les enfants et les femmes non mutilées constituent au sein de la convention de Genève, un groupe social. Cette norme sociale peut être établie par différents facteurs :

- les taux de prévalence des MSF parmi les populations d'un pays, d'une région, d'une communauté ou d'une ethnie.
- des facteurs géographiques, ethniques, culturels, sociaux ou familiaux, comme autant d'indicateurs de la place des mutilations dans ce groupe et du regard porté sur les femmes non mutilées.
- l'existence de mesures législatives condamnant la pratique des MSF et l'effectivité de ces mesures. Cela permet aux officiers de protection d'apprécier la capacité des autorités locales à protéger les victimes et potentielles victimes.

On peut considérer que plus les taux de prévalence dans un groupe donné sont forts, moins il sera nécessaire de justifier autrement l'existence du groupe social des femmes et filles non mutilées. À l'inverse, en présence de taux de prévalence plus faibles, les autres facteurs seront plus déterminants pour établir l'existence du groupe social.

Une fois le groupe social reconnu, il appartient à la demandeuse d'asile de fournir l'ensemble des éléments relatifs aux risques qu'elle encourt personnellement de manière à permettre à l'OFPRA d'apprécier le bien-fondé de sa demande. Les éléments circonstanciés propres à sa situation peuvent inclure : sa situation géographique (vit-elle en milieu urbain ou rural, a-t-elle déjà quitté le village ?) ; son appartenance à une ethnie et/ou à une religion (où les taux de MSF peuvent être plus ou moins élevés) ; l'attachement à cette pratique de la part de sa famille (les autres membres de la famille ont-elles ou non été mutilées) ; et enfin sa capacité à s'opposer aux membres de sa famille (y a-t-il une hiérarchie intra-familiale, qui est le détenteur du pouvoir décisionnel ?).

L'importance accordée à chaque facteur variera donc d'une situation à une autre, selon la réalité familiale et sociale de la personne. Mais l'examen de la demande d'asile est également basé sur les preuves concrètes (physiques et médicales), en plus des éléments déclaratifs apportés par la personne.

Articulation entre des preuves tangibles et les éléments déclaratifs du récit de la demandeuse : l'exemple de Madame C

Dans le cadre de mes missions de travailleuse sociale accompagnant les demandeuses d'asile, j'ai eu la chance en janvier 2023, d'accompagner Madame C lors de son entretien à l'OFPPRA. Un ou une demandeuse d'asile peut en effet se présenter à l'entretien assisté d'un membre habilité (un avocat ou un membre d'association) comme tiers accompagnant. L'objectif de ma présence en tant que tiers habilitée, était d'aider Madame C à transmettre à l'officier de protection, les éléments de sa situation et de mettre en avant la nécessité de sa protection y compris vis-à-vis de sa vulnérabilité et de sa fragilité psychologique. Cela m'a permis d'appréhender davantage les questions et les attentes d'un officier de protection. Ma présence était particulièrement intéressante et utile pour adapter par la suite ma pratique professionnelle et adapter les préparations aux entretiens, mission que je réalise avec chaque demandeur et demandeuse d'asile.

L'objectif de l'entretien à l'OFPPRA est d'établir les preuves tangibles des craintes de persécutions associées aux éléments déclaratifs de Madame C. Grâce à un certain travail de préparation, de recherches documentaires et d'investigations, nous avons pu apporter à l'officier de protection les éléments suivants :

1) Transmission d'un certificat médical de Madame C :

Nous informons l'officier de protection que Madame C lui fera parvenir les certificats médicaux pour elle et ses filles délivrés par l'unité médico-judiciaire. L'OFPPRA demande en effet un certificat médical attestant l'absence totale ou au contraire de présence de mutilations sexuelles. Ce certificat médical n'est pas obligatoire pour l'instruction de la demande d'asile d'une personne risquant des MSF, en application de l'article L. 531-11 du CESEDA, mais en pratique il est constamment demandé par l'OFPPRA car apportant des preuves probantes de présence ou d'absence de stigmates de mutilations sexuelles donc considéré comme obligatoire. Jusqu'en 2023, il devait impérativement être établi et délivré par la médecine légale pour les mineures et majeures. Aujourd'hui, cette disposition est la même concernant les enfants, mais les adultes peuvent faire établir ces certificats par d'autres médecins, hors médecine légale.

2) Rappel du type d'excision dans la communauté de Madame C :

Selon le rapport de mission OFPRA Côte d'Ivoire¹⁸ : la forme la plus répandue de MSF en Côte d'Ivoire est le type II, à savoir l'excision proprement dite. Pratiquée par les communautés des régions de l'Ouest et du Nord, telles que [...] les Sénoufos [...], ethnie d'appartenance de Madame C.

3) La mise en avant des taux de prévalence correspondant à la situation de Madame C: Le nord de la Côte d'Ivoire, d'où sont originaires les Sénoufos, est une région qui présente les taux de prévalence les plus élevés concernant la pratique de l'excision (plus 73%)¹⁹. La prévalence chez les femmes musulmanes âgées de 15 à 49 ans est de 61,5 %. Le risque d'excision pour les filles de Madame C est élevé, de par l'appartenance à la religion musulmane et à l'ethnie Sénoufo de sa famille paternelle comme maternelle.

4) Les conséquences liées au refus d'excision pour Madame C :

La principale menace encourue par une fille non excisée est, dans une communauté dans laquelle les MSF constituent une norme sociale, celle d'être stigmatisée et rejetée par les membres de cette communauté. La fille non excisée risque de perdre sa position sociale, de subir insultes et railleries, de subir un rejet social. Madame C a déjà été victime de cette exclusion : injuriée, insultée, rejetée par les membres de sa famille. Cela a engendré chez Madame C une fragilité psychologique et une situation de vulnérabilité (dont une période où elle vécut seule dans la rue). Madame serait davantage stigmatisée, isolée et vulnérable si elle retournait au pays avec ses deux filles en bas âge.

5) Synthèse sur la nécessité de protection :

Les éléments ci-dessus et ceux apportés par Madame C, démontrent qu'elle ne pourrait pas s'opposer à l'excision de ses filles en cas de retour au pays, du fait de l'influence et des prises de décisions par sa famille paternelle. De plus, elle-même ayant fui sa communauté, elle serait victime d'une exclusion sociale et familiale, décuplant son isolement et sa vulnérabilité. Au sens de la convention de Genève, les filles de Madame C peuvent être identifiées au groupe social des enfants non mutilés en Côte d'Ivoire et elle-même peut

¹⁸ Rapport de mission du 25 novembre au 7 décembre 2019 OFPRA – CNDA, Côte d'Ivoire

¹⁹ Selon 28 Too many, MGF en Côte d'Ivoire: Bref Compte Rendu- Mars 2020

être identifiée au groupe social des femmes s'opposant aux mutilations sexuelles féminines. Par ces motifs, Madame et ses filles craignent d'être persécutées en cas de retour au pays.

Qu'elles soient réalisées dès le plus jeune âge ou tardivement, les MSF engendrent des conséquences graves sur la vie des femmes, et reflètent une violence fondée sur le genre incarnant une inégalité profondément enracinée entre les sexes et constituant une forme extrême de discrimination à l'égard des femmes.

II) Conséquences des mutilations sexuelles sur les demandeuses d'asile

Afin d'enrichir mes connaissances et de développer mon analyse sur le sujet des MSF, j'ai choisi d'enquêter sur la pratique et les réalités existantes, en interrogeant à la fois des professionnel.les et des femmes en demande d'asile pour des motifs de mutilations sexuelles. Pour cela, j'ai réalisé d'une part un questionnaire adressé à des professionnel.les susceptibles de rencontrer les femmes pendant leur parcours d'asile, qui a reçu 27 réponses d'intervenant.es avec des profils divers (sage femmes, infirmières, gynécologues, médecins, interprètes, juristes, avocats, travailleurs sociaux, bénévoles.). Ce questionnaire a par ailleurs été complété par des entretiens physiques ou téléphoniques avec d'autres professionnel.les. D'autre part, j'ai mené des entretiens avec trois femmes en demande d'asile au motif de MSF vivant dans un centre d'hébergement, femmes que j'accompagne par ailleurs en tant que travailleuse sociale au sein de ce même d'hébergement. Grâce à ces enquêtes, j'ai pu étudier les conséquences des MSF sur les demandeuses d'asile, identifier les besoins de ces femmes ou encore le positionnement des professionnel.les face aux réalités de l'accompagnement des demandeuses d'asile.

II.1) Les conséquences sur la santé

Contrairement aux arguments pouvant être utilisés en faveur des MSF, celles-ci ne présentent aucun bienfait pour la santé, alors qu'à l'inverse elles engendrent de nombreux dangers. Plus l'intervention est importante, plus la quantité de tissus endommagés sera importante et plus les risques augmentent pour la fille ou la femme qui en est la victime.

En réalité, toutes les formes de MSF engendrent des risques lourds pour la santé. C'est le fonctionnement naturel de l'organisme féminin qui est entravé.

L'OMS distingue les conséquences qui sont immédiates, de celles qui sont identifiables à plus long terme. La violente douleur, les saignements excessifs et hémorragiques, le gonflement des tissus génitaux, la fièvre, les infections bactériennes telles que le tétanos ou la septicémie, la rétention d'urines, les problèmes de cicatrisation, les lésions des tissus génitaux adjacents, l'état de choc et parfois le décès de la victime, apparaissent comme des conséquences immédiates des MSF. Du côté des complications à long terme, l'OMS évoque: des problèmes urinaires, vaginaux, des problèmes menstruels, des problèmes liés aux tissus cicatriciels et chéloïdes, des problèmes sexuels, des complications lors de l'accouchement, des décès de nouveau-nés, la nécessité de pratiquer ultérieurement de nouvelles opérations chirurgicales, des problèmes psychologiques. Cette liste non exhaustive donne une approche majoritairement somatique, alors que les professionnel.les spécialisé.es donnent une appréciation plus précise et différente, tant sur le plan somatique que psychique.

Gynécologie

Les professionnel.les gynécologiques mettent également en avant les difficultés obstétricales qui peuvent être importantes. Une professionnelle rapporte par exemple le nombre élevé de césariennes réalisées chez les femmes ayant subi des MSF. Les dysfonctionnements sexuels sont aussi très fréquemment abordés. On parle des douleurs et d'autres impacts sur la sexualité, l'absence de désir, de plaisir mais aussi de comorbidité des vécus de violences pour des femmes qui entrent dans la sexualité par la prisme de la violence (violences sexuelles intrafamiliales, mariage forcé, violences conjugales, violences sur le parcours migratoire...). À titre d'exemple, je peux citer les mots de Madame Y, âgée de 25 ans qui a exprimé cela lorsque nous préparions son recours devant la CNDA : *"Je n'ai jamais eu de rapport sexuel non douloureux et consenti"*.

Santé mentale

Les professionnel.les que j'ai interrogé.es, mettent en avant des conséquences importantes sur la santé mentale. Ils sont nombreux et nombreuses à évoquer les Troubles de Stress

Post-Traumatique (TSPT), la dépression, l'anxiété, l'impact sur l'estime de soi, les difficultés relationnelles, l'image du corps dégradé. L'état de stress post-traumatisme peut se développer à partir d'un mois après l'événement traumatique, jusqu'à des années plus tard. Il peut générer des pertes de mémoire et un déni, pouvant parfois expliquer l'absence de souvenir chez les femmes mutilées.

En effet, certaines femmes que j'accompagne ne se rappellent que peu du jour où elles ont été mutilées. Cela peut provenir du jeune âge auquel certaines ont été mutilées, mais peut aussi être une conséquence psychique de cet événement traumatique. Certaines me parlent de la douleur immense qu'elles ont ressentie. D'autres évoquent la violence de l'acte et de sa préparation, juste avant la mutilation. Aissatou, dans l'interview publiée par franceinfo le 10/03/2021 témoigne des mutilations qu'elle a subi à l'âge de 8 ans. *"C'était un soir et j'ai pas vu les personnes parce que c'était dans le noir [...] je ne comprenais pas. J'entendais déjà des cris et je ne comprenais pas et après, c'était à mon tour. On m'avait préparé, je ne devais pas avoir de culotte. J'avais peut-être un pagne parce que c'était au Sénégal. Et après ça, je crois que j'étais assise sur les fesses, les jambes écartées. Je ne me rappelle que de ça, dans le noir. On me disait de ne pas bouger, pas bouger. On me tenait les mains et après ça, j'ai été excisée"*. D'autres, en revanche, ont des souvenirs très précis. C'est le cas de Madame Y, mutilée à l'âge de 10 ans *"Il y avait 21 filles du village, des voisines, filles de l'entourage. J'ai eu une mutilation incomplète, je ne sais pas pourquoi. On te demande de ne pas en parler. De ne pas regarder. C'est un tabou. On te raconte des trucs mystiques. Que les mauvais esprits te suivent [...] Oui, j'ai des souvenirs. Ce sont des choses que je ne peux pas oublier."*

Le traumatisme dépend de la résilience de la personne : sa capacité, ses ressources, lui permettant de se reconstruire après avoir subi un événement traumatique. Mais on considère par ailleurs que le traumatisme dépend de plusieurs temps identifiés, correspondant aux traumatismes pré-migratoires (les raisons qui ont conduit à la migration voire à l'exil), péri-migratoires (c'est à dire les événements vécus tout au long du parcours migratoire) et post-migratoire (soit l'environnement que la personne va trouver à l'arrivée)²⁰. C'est ici que le rôle des professionnel.les et bénévoles que nous sommes est

²⁰ Prise en charge interculturelle des migrants et des réfugiés avec la thérapie EMDR - Dans Pratique de la psychothérapie EMDR -2022

crucial. On parle de disponibilité psychique des sociétés d'accueil²¹. Pour se sentir en confiance et ainsi favoriser la meilleure santé mentale possible des personnes accueillies, les intervenant.es doivent se rendre disponibles psychiquement et physiquement, analyser et mettre du sens à leur intervention afin d'essayer de comprendre la personne et sa réalité, avoir une posture professionnelle d'écoute, de bienveillance mais également de transparence. Être à l'écoute de la personne et de ses besoins, selon son identité, doit effectivement être combiné avec des explications sur la réalité, par exemple sur la procédure d'asile mais également sur les normes françaises. C'est la posture et la pratique professionnelle que j'essaie d'adopter avec les femmes. Adopter une telle posture peut permettre aux personnes accueillies de réduire la méfiance qu'elles peuvent ressentir envers les intervenant.es médico-sociaux ou administratifs. D'où l'importance de la part des professionnel.les et bénévoles de rappeler le cadre de leur intervention, et de préciser qu'ils ne travaillent pas pour l'administration telle que la préfecture, l'OFPRA ou la CNDA.

Recherche identitaire

Enfin, les MSF ont aussi un impact considérable sur la recherche identitaire et la place sociale des femmes, notamment celles en demande d'asile qui ont fui leur pays pour échapper à cette menace. L'identité de ces femmes est à reconstruire entre le pays d'origine, les souvenirs, les pratiques et la culture, et entre le pays d'accueil qui peut reconnaître les MSF comme une violence et comme un risque justifiant la protection d'une femme. Madame C illustre cet élément lorsqu'elle me parle de ses amies. Elle, n'est pas excisée. En raison de cette crainte, elle a quitté la Côte d'Ivoire. *“Avec mes amies, on parle de l'excision dans des moments de causeries. Mais moi je n'en parle pas, je ne me prononce pas. Elles me regardent bizarrement si je dis que je ne suis pas excisée. Je me sens bizarre”*.

Les conséquences citées ci-dessus, peuvent être très probantes selon les professionnel.les, mais ne sont pas toujours aussi évidentes et conscientes pour les femmes concernées. Difficile aussi pour elles d'exprimer leurs besoins. Selon Madame C, *“il faut en parler*

²¹ Soigner la société d'accueil - Daniel Derivois - Dans Esprit 2020/1-2, pages 17 à 19

pour que cette pratique s'arrête. Mais le plus gros, c'est d'en parler là-bas de l'autre côté, en Afrique".

II.2) Arrivées en France : les besoins des femmes durant leur demande d'asile

L'accueil et les premières étapes de la procédure

L'arrivée dans un centre d'hébergement peut permettre aux demandeuses d'asile de "se poser" tant physiquement que psychologiquement, le centre étant parfois perçu comme un lieu de répit et d'accueil. Madame Y illustre ce constat, lorsqu'elle raconte son installation: *"Je me suis sentie protégée, il n'y avait pas beaucoup de monde. Les autres demandeurs d'asile n'étaient pas agressifs. Le coin, la chambre était calme. J'étais rassurée. Je me suis sentie plus sécurisée. J'avais moins peur".*

La première étape de la demande d'asile étant de retourner le formulaire OFPRA, les professionnel.les de l'asile interrogent très vite les hébergées sur les motifs de leur exil. Autrement dit, ils rentrent dans le vif du sujet. Madame C, me parle de son ressenti lorsqu'elle a abordé ses motifs d'asile pour la première fois en France : *"C'était avec l'AS de l'hôpital. Elle m'a demandé si je venais pour des questions politiques ou pour l'excision. C'était dérangeant, gênant, je ne la connaissais pas. Je me suis demandée "comment elle a fait pour savoir ?". Après au centre d'hébergement, au début, on ne parlait pas de mes motifs d'asile, comme j'étais en procédure Dublin²². Mais quand j'ai changé de procédure, c'était obligé. Au bout de plusieurs mois j'ai parlé de ça. Je me rappelle, je ne suis pas venue au rendez-vous qu'elle m'avait donné. Mais elle est venue me voir dans ma chambre. Elle m'a dit que je pouvais être en confiance. J'ai été bien écoutée".* À travers cet exemple, on constate que Madame C avait besoin de lien de confiance, peut-être davantage de temps pour accepter et réussir à parler, à dévoiler son histoire à une professionnelle. Un sentiment de sécurité semble s'être installé en elle, ce qui a permis de libérer sa parole. En France, on demande aux personnes d'envoyer leur demande d'asile, maximum trois mois après leur arrivée sur le territoire, et maximum 21

²² La procédure Dublin s'applique à une personne qui demande l'asile en France mais pour qui un autre pays européen se révèle déjà responsable du dossier, puisque la demande d'asile y a déjà été enregistrée.

jours après avoir été enregistré comme demandeur d'asile²³. Ces délais paraissent parfois paradoxaux avec l'étude de la demande d'asile en elle-même qui peut prendre plusieurs mois, voire plusieurs années.

L'attente

En tant que professionnelle, j'ai constaté que les problèmes de santé mentale ou somatique arrivent en moyenne trois à quatre mois après l'arrivée d'une personne en centre d'hébergement, comme une sorte de décompensation, de relâchement, lorsque l'organisme se rend compte qu'il est maintenant en sécurité ou lorsque la parole se libère. Cela peut faire penser à un appel à l'aide du corps et du psyché, après plusieurs mois voire années de "survie". C'est souvent à ce moment que les demandeuses d'asile expriment leurs besoins médicaux (ou que les professionnel.les les suggèrent) : voir un médecin, rencontrer un psychologue, avoir une consultation gynécologique. Le tout devant être proposé dans un cadre de bienveillance, pour limiter la reviviscence des traumatismes passés.

Après quelques mois d'installation, les femmes commencent parfois à se plaindre des délais importants du traitement de leur dossier. Actuellement en France, l'attente est un élément indissociable de la demande d'asile et cette attente est souvent difficile à accepter, et à gérer. Elle peut générer des sentiments d'incertitude et d'insécurité, bien qu'à mon sens, les délais d'instruction des demandes peuvent apporter l'avantage à la demandeuse d'asile d'évoluer en termes de disponibilité et de temporalité psychique. Lorsque je m'entretiens avec Madame D, elle semble gênée de parler des MSF qu'elle a subies, elle apporte des réponses courtes et vagues, alors que la relation de confiance semble établie entre nous. Lorsque je lui demande, que pourrions-nous faire en France pour mieux accompagner les femmes comme elle, dans leur demande d'asile, elle ne sait pas. En revanche, elle me demande : *"Est-ce que l'on a une réponse de l'OFPRA ?"*

L'entretien et la décision OFPRA

Une autre difficulté que les professionnel.les et les demandeuses d'asile rencontrent est la différence de temporalité entre les besoins des femmes et les exigences de l'administration. L'évocation de leur vécu, de leur persécutions et traumatismes, est un passage obligatoire pour l'étude de leur demande d'asile, quel que soit l'état psychique de la personne.

²³ Soit après leur passage au GUDA : Guichet Unique pour Demandeurs d'Asile.

Comment accompagner ces femmes face à l'injonction de témoigner, alors même que cette remémoration exigée est cause de douleur et de troubles ? Comment accompagner cette reviviscence lorsque les femmes ont débuté un parcours de soin psychique et semblent s'être apaisées ?

Le témoignage de Madame Y est particulièrement intéressant. Demandant l'asile, entre autres pour des motifs de MSF, elle fait part de son ressenti sur le déroulé de son entretien à l'OFPRA, et sur la décision négative qu'elle a reçue, ayant fait ressurgir de nombreuses souffrances. Madame Y est suivie et accompagnée par des professionnels spécialisés dans l'accompagnement de personnes exilées en souffrance psychique et les victimes de violences intentionnelles et de torture. Voici un extrait de l'entretien réalisé avec Madame Y, dans le cadre de ma recherche :

« Comment s'est passé votre entretien à l'OFPRA ?

- Je n'étais pas à l'aise. Elle (l'officière de protection) était réceptive, mais elle était du genre "ne racontez pas votre histoire, je la connais déjà". Je ne sais pas si tous les agents sont comme ça mais ça m'a donné envie d'arrêter d'un coup. Comme si on était un voleur, comme si c'était de ma faute. [pleurs]. Elle m'a pas mal parlé, mais je ne me suis pas du tout sentie en sécurité. Elle avait l'air de s'en foutre. [pleurs] Je ne suis pas une voleuse, une criminelle. Parfois, j'ai encore envie d'arrêter de devoir prouver des choses. Si j'avais des preuves, je les aurais amenées. Peut-être que le jour de la CNDA, je ne vais pas y aller. J'ai l'impression d'être une criminelle alors que je demande de l'aide. Ici on touche à la dignité de la personne. [...]
- Avez-vous fait constater vos MSF par un médecin ?
- Oui. Avec le premier médecin, je me suis effondrée. C'était un vieux monsieur. Il était de tout cœur avec moi, il m'a beaucoup épaulé. Il m'a donné des fruits, des jus. Il m'a rassurée malgré que j'ai dit que je n'avais pas confiance aux hommes. Il a appelé une autre dame, une collègue. Ils m'ont calmé, ils étaient deux pour l'examen, c'est la dame qui m'a finalement examinée. Ils étaient compréhensifs. Ensuite, plusieurs mois plus tard, au second examen, la sage-femme était très compréhensive, très gentille. Elle m'a écouté. Il faut parler à la personne. Chercher

à se demander psychologiquement comment elle va.

[...]

- Vous a-t-on déjà parlé des possibilités de chirurgie et de reconstruction ?
- Le premier gynéco m'en a parlé. Mais il m'a dit de me soigner mentalement d'abord. J'ai juste entendu. J'attends de voir. Pour le moment c'est le plus important, psychologiquement. Le reste viendra.

[...]

- Que pourrions nous faire en France pour mieux accompagner les femmes en demande d'asile ?
- Être à l'écoute c'est le plus important. Ceux qui sont en souffrance ont besoin d'aide et d'être rassurés. On a pas besoin de jugements. On peut avoir un avis, mais on n'a pas besoin de juger. Ne pas mettre trop la pression sur ceux qui vivent ces souffrances. Ça c'est surtout du côté de l'OFPPRA. Je n'ai pas ressenti ça du côté des associations. Les sondages et chiffres, je ne comprends pas. [Madame parle des taux de prévalence mis en exergue dans sa décision de rejet OFPPRA]. Je ne comprends pas d'où viennent les chiffres, alors les mutilations sont cachées, clandestines au pays. C'est pas parce que les femmes ne viennent pas en France pour en parler que ça n'existe pas. C'est comme si c'est insulter les femmes qui ont vécu ça. Le moment de la décision a été très difficile. »

Dans cet échange, on comprend la violence qu'elle a ressentie lors de son l'interview à l'OFPPRA, et des arguments justifiant la réponse négative qu'elle a reçue. Madame Y est consciente que tous les professionnels ne sont pas aussi attentifs et bienveillants que certains autres, mais semble malgré tout choquée de la manière dont la personne s'est adressée à elle. Ce sont les sentiments dont elle me fait part. Était-ce une question de temporalité pour parler de lourds traumatismes ? L'agent de l'OFPPRA manquait-elle de patience ou de bienveillance ? Lors de mon accompagnement en tant que tiers habilité avec Madame C, j'ai constaté que l'officière de protection s'exprimait de manière extrêmement rapide, elle semblait presque agacée. Alors que nous ne traitons pas de ma situation personnelle, j'ai moi même ressenti une ambiance pesante et stressante.

Il n'est pas simple de s'entretenir et d'interroger les femmes en situation d'exil, venues se réfugier en France pour échapper à des mutilations sexuelles féminines. C'est aussi l'avis de l'association Excision Parlons-en ! au sujet des projets de chirurgie et de reconstruction des femmes, qui en 2020 exprime "Aucun questionnaire de sexualité n'est adapté à la population des femmes excisées." (voir annexe 2, extrait du Rapport d'Activité 2020). Malgré tout, le récit et l'échange au sujet des MSF sont obligatoires pour permettre l'étude de la demande d'asile d'une femme. Les professionnel.les que j'ai interrogé, semblent être très attentifs à la bienveillance qu'ils apportent, malgré les injonctions liées à la procédure auxquelles il faut se soumettre.

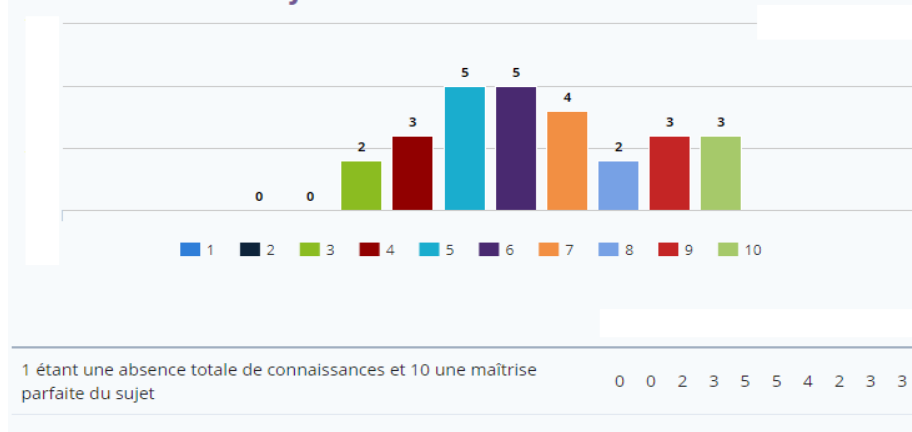
III) Le positionnement des professionnel.les face aux réalités de l'accompagnement des demandeuses d'asile

III.1) Constats et besoins exprimés par les professionnel.les

Maîtrise du sujet des mutilations sexuelles féminines

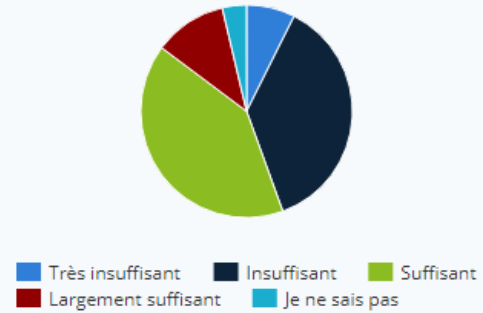
Lors de mon enquête de terrain, j'ai constaté que les professionnel.les estimaient leur degré de connaissances relatives à la maîtrise du sujet des MSF, plutôt moyennes voire élevées. Résultats qui n'est pas surprenant, puisque sur 27 intervenant.es ayant répondu à mon questionnaire, 19 font partie du secteur médical (sage-femmes principalement, gynécologues, médecin généraliste, infirmières, médiatrice santé).

Sur une échelle de 1 à 10, comment évaluez-vous votre degré de connaissances au sujet des MGF ?



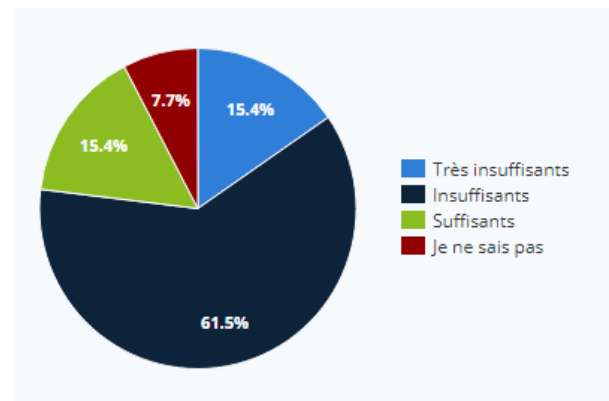
En revanche, presque la moitié des personnes a déclaré avoir des connaissances insuffisantes voire très insuffisantes pour permettre d'apporter un accompagnement adapté aux femmes, y compris parmi les professionnel.les de santé.

Pour permettre d'apporter un accompagnement adapté aux femmes qui ont été victimes de MGF, pensez-vous que ce degré de connaissances soit :



Un manque de moyens global

Comment évaluez-vous les moyens mis à votre disposition pour accompagner les femmes en demande d'asile, en lien avec les MGF ? (formations, temps consacré, moyens financiers, autre...)



Nombreux sont celles et ceux qui mettent en avant le manque de moyens. Encore une fois, le recours à des formations, des conférences, des ateliers, à des interprètes ou encore aux possibilités de rencontrer des partenaires spécialisés, est très disparate selon le secteur géographique, les politiques ou les budgets alloués respectifs à chaque structure. Constats confirmés par Corine WABLE, anthropologue formée à l'ethnopsychiatrie proposant des consultations et thérapies transculturelles à Paris. Elle considère ce genre de prise en charge comme une alliance thérapeutique, ayant des effets positifs sur la santé des participant.es, mais elle a conscience que cela n'existe que dans les grandes villes, voire uniquement à Paris.

Une professionnelle met en avant les difficultés à obtenir des financements pour construire un parcours dédié (médecin spécialisé, sexologue, psychologue, assistant.e social.e, groupe de parole...). Mais d'autres parlent de difficultés à trouver des relais avec lesquelles travailler, au sein d'autres structures et avec des praticiens adaptés.

Lors d'une interview de Kakpotia Marie-Claire Moraldo²⁴, celle-ci présente l'équipe pluridisciplinaire très complète (composée de psychologues, de thérapeutes psychosociaux, de gynécologues obstétriciens dont l'un est chirurgien formé à la chirurgie réparatrice de l'excision, d'une infirmière, d'une sage-femme, d'une sexologue, d'une avocate, d'une réflexologue, d'une psychomotricienne, d'une socio-esthéticienne, d'une danse-thérapeute, d'une professeur de yoga et de sophrologie, d'une travailleuse sociale, d'une art-thérapeute), et démontre qu'une telle équipe permet dans l'accompagnement proposé aux femmes, de tenir compte de tous les aspects de leurs vies, *"parce que chaque élément qui compose leur vie peut avoir un impact sur le physique et le psychologique"*. Les professionnel.les de cette association sont formé.es aux violences en général mais surtout à la thématique de MSF et à l'anthropologie médicale clinique *"parce qu'il faut qu'on tienne compte des représentations de ce que les femmes font de ce qu'elles ont vécu, pour apporter un accompagnement efficace"*.

Des temporalités pas toujours adaptées

Le manque de temps est aussi un élément qui apparaît dans les réponses apportées par les participant.es. La temporalité idéale correspondrait à celle de la personne pour s'adapter à elle, en articulant les dimensions physiques et psychique de la femme et de sa situation. Si chaque professionnel.e interrogé.e essaie de prendre le temps de manière à s'adapter aux besoins de la personne, il n'est en pas moins que la procédure d'asile impose des délais.

Si les professionnel.les évaluent en majorité que les femmes parlent difficilement des MSF et sont inhibées, publiques, gênées voire intimidées, l'un des moyens clés permettant d'apporter un accompagnement adapté à ces femmes, est la manière dont elles sont reçues, écoutées, mises en confiance (voir annexe 3).

Le discours des professionnel.les concernant leur manière d'évoquer les MSF avec les personnes accompagnées est assez variable. Certains mettent en avant leurs propres gênes vis-à-vis des MSF, pour raison principale le manque d'informations et de connaissances au

²⁴ Fondatrice en 2017 de l'association Les Orchidées Rouges à Bordeaux et en Côte d'Ivoire

sujet des MSF. Cette gêne, voire cette crainte de raviver un traumatisme, peut également se présenter lorsque les femmes ne savent pas qu'elles ont été mutilées et l'apprennent au cours de la consultation médicale.

Prise de recul sur la situation des accompagnées

Certain.es professionnel.les expriment des difficultés à prendre du recul sur certaines situations (voir annexe 4 : positionnement professionnel des intervenant.es interrogé.es). Cela pourrait s'expliquer par le fait que les intervenant.es se sentent parfois impacté.es par les situations des femmes en lien avec leur MSF : on parle de violences, de récits traumatiques, d'atteinte à l'intégrité physique et psychique, de fuir et renoncer à son pays d'origine (et souvent à sa famille) pour se protéger. L'impact ressenti par les professionnel.les ne signifie pas que l'accompagnement sera inapproprié, d'autant plus que dans mon enquête de terrain, peu disent s'identifier aux femmes qu'ils et elles accompagnent. Cela peut venir du fait que presque aucun d'entre eux, n'a été dans une situation de migration, ni même de mutilations. Une sage-femme bénévole indique qu'elle est parfois gênée avec les sujets des MSF : *“Par souci de vouloir leur montrer que je les accepte comme elles sont mais dans ma tête l'envie de leur crier que tout ça n'est pas normal...”*

Qu'ils soient interprètes, travailleurs sociaux, professionnel.les médicaux, ou encore bénévoles, les intervenant.es interrogé.es semblent aussi avoir conscience de leurs limites face à la complexité et à la méconnaissance de ce sujet. Pour autant, chacun.e s'investit et s'implique pour apporter l'accompagnement le plus adapté possible aux besoins des concernées. Au cœur des échanges apparaît le sujet controversé du certificat médical demandé dans le cadre de la demande d'asile.

III. 2) Le sujet central du certificat médical

La question des certificats médicaux est un sujet majeur dans l'accompagnement à la procédure d'asile des femmes victimes ou fuyant les mutilations sexuelles. Rappelons que le certificat attestant ou non les MSF est le seul document médical “obligatoire” pour l'étude d'une demande d'asile. Toute autre demande d'asile sera examinée sur

l'appréciation d'un récit déclaratif, ce qui crée une inégalité de traitement entre ces femmes et les autres demandeurs et demandeuses d'asile.

Nombreuses et nombreux sont les professionnel.les de santé qui sont contre l'établissement de certificats médicaux. C'est le cas d'une médecin-gynécologue, rencontrée dans le cadre de ses fonctions au CPEF²⁵. Elle refuse de recevoir les femmes en consultation uniquement pour l'établissement d'un certificat médical. Elle déclare que *“Le corps des femmes est instrumentalisé par la procédure. Le corps donne du pouvoir à une décision administrative. [...] Lorsque la personne vient pour un accompagnement global c'est différent. Des difficultés apparaissent lorsque les femmes viennent uniquement pour ce certificat médical. L'accompagnement global ne prend pas. Et nous ne voulons pas faire de one shot. En tant que médecin, je ne veux pas participer à l'instrumentalisation des femmes et de ce système”*.

De même, cette gynéconologue dans une maison de femmes déclare au sujet de ces certificats circonstanciés : *“C'est une aberration de demander un certificat sur le sexe des femmes pour une demande d'asile ...”*

À ma question, “Selon vous, que faire pour accompagner au mieux les femmes exposées aux MSF dans le cadre de leur demande d'asile ?” une médecin pratiquant dans un autre CPEF témoigne : *“Cesser de leur demander de produire un certificat médical d'excision, qui est la première des violences symboliques auxquelles elles doivent se soumettre. Leur parole vaut mieux que cela. Exposer leur intimité en quelques lignes au regard d'un auxiliaire judiciaire est une rupture de la notion de secret médical et contraire à l'éthique. Conditionner leur accueil à la possibilité d'être excisée est une démarche quasi déviante. On en arrive à l'espérer pour toutes les candidates à la demande d'asile”*.

Au contraire, d'autres professionnel.les et associations militent pour que l'établissement de ces certificats médicaux soit réalisé par des professionnel.les spécialisé.es dans l'accompagnement de la femme et des femmes victimes de violences. Pour certain.es, ils permettent la reconnaissance du préjudice des femmes. Certains membres de Gynécologie Sans Frontière perçoivent également l'intérêt de la réalisation des certificats de mutilations ou non mutilations, pour appuyer les demandes d'asile, particulièrement si ces certificats sont précis, détaillés, circonstanciés. Ils permettent de mettre en exergue les conséquences

²⁵ Centre de Planification et d'Education Familiale

des MSF sur la santé globale et ainsi de prendre en considération le récit de la femme au sens large, et non seulement sur la présence ou l'absence de MSF. "L'objectif est de donner la parole à la patiente et de prendre ses dires en considération"²⁶.

Dans l'annexe 5, on compare des certificats médicaux de demandeuses d'asile, l'un ayant été établi et délivré par l'Unité Médico-Judiciaire, l'autre par une sage-femme en milieu hospitalier sensibilisée, formée et spécialisée dans l'accompagnement des femmes victimes de violences.

Lors de sa journée porte-ouverte le 20 juin 2023 à l'occasion de la journée mondiale des réfugiés, l'OFPRA a informé que des discussions étaient en cours dans l'idée de modifier certaines dispositions du dispositif UMJ, notamment afin d'élargir le nombre de services compétents pour l'établissement des certificats de MSF concernant les mineures en incluant des services de proximité. Le but étant de permettre un maillage plus fin sur le territoire national. En effet selon la loi, les petites filles protégées par l'OFPRA²⁷, sont soumises à des contrôles périodiques, permettant à l'Office de s'assurer que la protection est effective, que l'enfant n'a pas été mutilée depuis sa mise sous protection. L'OFPRA doit respecter un délai minimal de trois ans entre deux examens, sauf s'il existe des motifs réels et sérieux de penser qu'une mutilation sexuelle a effectivement été pratiquée ou pourrait être réalisée. Les associations œuvrant contre les MSF mettent en garde et sensibilisent la population aux mutilations tardives des enfants, car cela est fréquent en période de vacances scolaires lorsque de jeunes filles rentrent au pays d'origine. (Voir l'annexe 6, une campagne de prévention à destination des filles).

Lorsque j'explique cette obligation de contrôle, Madame C me précise qu'elle est moins gênée par le fait de faire réaliser un examen gynécologique à ses filles, que de le réaliser elle-même. Lorsqu'elle raconte comment s'est déroulé cet examen à l'UMJ, elle dit: *"J'étais beaucoup, beaucoup gênée. C'est l'intimité. Et puis, il y avait quelqu'un qui regardait comme un stagiaire. C'était très gênant et stressant"*.

²⁶ Quelle prise en charge infirmière face au tabou des mutilations sexuelles féminines ? infirmier.com 24/02/2021

²⁷ L'OFPRA déclare dans son dernier rapport d'activité, qu'au 31 décembre 2021, 14 123 enfants mineures bénéficiaient d'une protection internationale en raison de leur exposition à un risque de MSF.

Si l'accompagnement médico-social apparaît indispensable dans la prise en charge de la demandeuse d'asile, qu'en est-il des personnes qui ne parlent pas la même langue ?²⁸ Comment parlent-elles de leur histoire, alors même que leurs craintes et persécutions seront examinées à la lumière de leur témoignage ?

III.3) La place des interprètes

L'étude d'un dossier d'asile est basée sur les éléments déclaratifs de la demandeuse. En premier lieu, dans le récit initial de la personne qui doit être écrit en français. Dans un second temps, celle-ci devra s'exprimer oralement devant l'officier.e de protection de l'OFPPRA. Si la personne ne parle pas "suffisamment" le français, pour pouvoir s'exprimer seule, l'OFPPRA a l'obligation de faire appel à un.e interprète professionnel.le, même si le français est une langue secondaire parlée par la personne.

Faute de budget, les associations qui accompagnent les demandeurs et demandeuses d'asile n'ont pas toujours cette possibilité. C'est le cas d'un HUDA²⁹ en région parisienne, accueillant 125 personnes isolées. Les nationalités, langues et dialectes y sont variés (Pashtou, Dari, Somali, Bangali, Tigrina, Bambara...) mais malgré cela, les travailleurs sociaux n'ont pas la possibilité d'avoir recours à des interprètes. Tout le travail de préparation à l'entretien est donc difficilement réalisable et les professionnel.les de terrain se rendent compte de cette nécessité d'interprétariat. Il est important que la personne ait la possibilité de s'exprimer avec les mots de sa langue natale ou de sa langue principale.

Parfois les femmes accompagnées, notamment celles qui parlent le français en seconde langue, préfèrent ne pas avoir recours à un interprète en expliquant qu'elles parlent déjà français. En tant que professionnelle, j'explique aux femmes que tous les interlocuteurs n'ont pas la même manière de s'exprimer et qu'ils ne prennent pas toujours le temps nécessaire à la compréhension ou la reformulation et j'argumente ainsi l'avantage de faire appel à un interprète. Madame C était très déçue lorsque je l'ai informé de la nécessité de reporter son entretien OFPPRA, faute d'interprète. Elle parle comme première langue le bambara, puis comme langue secondaire le français, langue officielle du pays, parlée aujourd'hui par plus de 80% de la population ivoirienne. Elle est arrivée en France en novembre 2021, elle a reçu sa première convocation à l'OFPPRA en décembre 2022.

²⁸ La vie psychique des réfugiés - Elise Pestre - Septembre 2019

²⁹ Hébergement d'Urgence pour Demandeurs d'Asile

Lorsque je me suis rendue compte en lisant sa convocation, qu'aucun interprète ne serait présent lors de son entretien, j'ai demandé un report de convocation, celle-ci ayant finalement eu lieu en janvier 2023. Ce délai d'un mois et demi supplémentaire a été difficilement acceptable pour Madame C qui attendait déjà depuis 1 an et 2 mois³⁰. Le jour de l'entretien, Madame était finalement soulagée par la présence d'un interprète bambara. L'officière de protection parlait vite et utilisait des mots compliqués selon Madame, ne lui permettant pas de tout comprendre aisément. Elle s'est sentie déstabilisée, mais a pu faire appel à l'interprète notamment pour comprendre les questions de l'officière de protection.

Les professionnel.les sont parfois amenés à penser que les femmes seront moins à l'aise en présence d'un.e inconnu.e. C'est le cas de cette sage-femme de formation qui intervient comme bénévole dans des CADA³¹ *“Dans mon activité bénévole en association, [...] on peut faire appel à un interprète. Mais je trouve ça plus limitant pour les femmes qui sont, du coup, moins spontanées”*.

Pourquoi cette représentation ? Les professionnel.es craignent t-ils la confrontation des cultures plus ou moins semblables ? Craignent-ils des jugements de la part d'intervenant.es parfois eux-aussi exilés ? À mon regret, seules deux professionnelles de l'interprétariat ont répondu à mon enquête de terrain, malgré une liste élargie de contacts auprès desquels mon questionnaire semble avoir été diffusé (par le biais de plateforme d'interprétation notamment). Dans les réponses aux questionnaires, je constate des avis divergents sur la gêne qu'elles peuvent ressentir en tant qu'interprète : l'une d'elle, elle-même (ou des membres de sa famille) victime de MSF, répond qu'elle n'est jamais gênée avec le sujet. Pour la seconde interprète, la crainte serait la peur de ne pas aborder correctement le sujet, d'avoir des réactions déplacées, ou encore l'impact de son écoute sur la personne accompagnée.

Avant de débiter tout entretien, les interprètes rappellent leur cadre de confidentialité ainsi que le cadre de travail. Professionnellement, j'ai pour habitude de demander à chaque interprète de se présenter et de rappeler son cadre de confidentialité, notamment lorsque que celui-ci connaît déjà l'usager. Cela peut-être le cas lorsque les personnes sont suivies

³⁰ Ce délai s'expliquant entre autres par le changement de sa procédure. Son dossier classé en procédure Dublin, ayant finalement été reclassé en procédure normale.

³¹ Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile

dans différents lieux (suivi médical, suivi social, suivi psychologique etc...). L'avis des femmes concernant les interprètes diffère également : certaines, comme Madame D, me disent qu'elles préfèrent être en présence d'une femme " *Avec les hommes j'ai un peu honte. Je n'ai pas de honte devant une femme parce que je suis femme. Je suis plus à l'aise avec une femme*". Madame Y est également plus à l'aise avec les femmes, mais elle semble avoir confiance en ce cadre professionnel, de confidentialité et sécurisant. Elle me précise que " *Même si c'est un homme ça va. Il y aura des gens à côté, il ne va pas m'agresser*".

Voici un extrait d'entretien réalisé avec Madame C dans le cadre de ma recherche, dans lequel elle tient un nouveau discours et explique qu'elle préfère la présence d'un.e d'interprète :

- « Vous êtes francophone et vous parlez votre dialecte natal : Avez-vous une préférence quant à la présence ou non d'un.e interprète ?
- Avec un interprète. Car si c'est un interprète qui a la même culture, il dira les mots exacts, si moi je ne retrouve pas le mot que je veux dire.
 - Avez-vous une préférence entre un interprète homme ou une femme ? Et pourquoi ?
 - Peu m'importe. Ce que je préfère c'est qu'on vienne de la même culture. Les interprètes de notre culture comprennent mieux ce que l'on dit. Ils connaissent, selon les origines et les traditions. Pour moi, c'est encore mieux quand il a la même religion que moi.
 - Mais vous ne connaissez pas la culture ou la religion des interprètes que vous rencontrez ?
 - Si, car on reconnaît à la manière de parler le Bambara, si c'est quelqu'un du Mali, de Guinée, ou de Côte d'Ivoire. La langue bambara n'est pas tout à fait la même.
 - Avez-vous une préférence entre un médecin ou un.e gynécologue homme ou une femme ?
 - Avec une femme c'est encore mieux, car c'est l'intimité. Mais avec la grossesse et l'accouchement, on s'habitue, car on n'a pas le choix, on est obligées de voir des hommes. »

Professionnellement je prône aussi le recours à des interprètes, car les entretiens tripartites deviennent un travail d'équipe. L'interprète doit comprendre ce qu'il entend et ce qu'il doit

traduire. Pour cela j'essaie d'être claire, de m'exprimer distinctement, de rappeler le cadre du rendez-vous, son objet etc... Malheureusement, les professionnel.les médico-sociaux n'ont généralement pas la possibilité en amont d'informer l'interprète de l'objet de la future rencontre. D'où l'importance pour les interprètes d'être spécialisé.es ou formé.es et de disposer de connaissances, que l'on appelle leur "bagage cognitif"³². Au-delà des connaissances, le besoin de formations spécifiques sur la prise en charge du public exilé et fragilisé pourrait permettre aux interprètes de construire le travail d'accompagnement avec les professionnel.les, mais aussi d'appréhender plus facilement la réalité de la personne et de ses difficultés, pour pouvoir l'accompagner au mieux.

CONCLUSION

Les Objectifs de Développement Durable (ODD) ont été adoptés par les Nations Unies en 2015. Ils sont un appel mondial à agir pour éradiquer la pauvreté, protéger la planète et faire en sorte que tous les êtres humains vivent dans la paix et la prospérité d'ici à 2030. C'est ainsi qu'au titre de l'ODD "égalité des sexes", les Nations Unies ambitionnent d'éliminer totalement la pratique des mutilations sexuelles féminines d'ici 7 ans, mesurant les répercussions positives de sa disparition sur la santé, la dignité, l'éducation et la situation économique des filles et des femmes.

En attendant, des milliers de femmes continuent de poursuivre le chemin de l'exil pour essayer d'obtenir l'asile en France. Nombreux et nombreuses sont les professionnel.les qui donnent le maximum de leurs compétences, connaissances et de leur sensibilité pour accompagner au mieux ces femmes et ces filles. L'enquête que j'ai menée auprès des professionnel.les a démontré qu'ils et elles interviennent avec volonté, détermination et engagement auprès des femmes fuyant des mutilations sexuelles, avec "la croyance que leur action n'est pas vaine."³³

Mais les intervenant.es qui pensent en majorité que le sujet des mutilations sexuelles féminines est, de manière générale, banalisé dans la société, sont aussi conscient.es que

³² Le métier d'interprète - page 20

³³ Par-aidance, interprétariat et médiations, Cahiers Rhizome page 141

l'accompagnement médico-social et juridique de ces femmes nécessite des connaissances, un investissement et un intérêt collectif, afin de permettre une prise en charge la plus adaptée possible aux besoins des concernées. Pour cela, ils demandent de mieux être formé.es pour mieux accompagner, ils demandent à travailler avec des professionnel.les spécialisé.es et des accompagnements pluri-disciplinaires, ils souhaitent un maillage géographique permettant une prise en charge de proximité, ils demandent des interprètes pour les personnes allophones, ils demandent l'accès à un suivi en santé mentale pour les femmes, ils demandent de permettre aux femmes de choisir l'espace où elles pourront s'exprimer, ils demandent de la communication et une sensibilisation auprès du grand public, et enfin ils demandent des connaissances et un accès plus rapide à la réparation et à la chirurgie reconstructive pour les femmes qui le souhaitent.

Quelle que soit la profession, travailler avec les personnes qui ont subi des violences n'est pas sans conséquences. "L'écoute n'est jamais sans effets sur l'écouter"³⁴. Les professionnel.les attentifs aux discours traumatisants rapportés par les victimes peuvent parfois souffrir de ce que l'on appelle le traumatisme vicariant. Il s'agit de l'impact de l'écoute des récits traumatiques ; un traumatisme secondaire, car si l'intervenant.e n'a pas vécu la violence, il en ressent néanmoins les séquelles, par identification et compassion. Certains facteurs accentuent le risque de traumatisme vicariant comme les antécédents de violence dans la vie personnelle du professionnel, la fréquence élevée d'exposition aux récits de souffrance et enfin l'absence ou le manque de temps de récupération ou de réflexion institutionnelle. Le traumatisme vicariant est un réel risque psycho-social aux métiers de la relation d'aide. Le travail en équipe pluridisciplinaire permet d'en limiter les effets sur les professionnel.les. L'analyse de la pratique par exemple, permet aux professionnel.les de disposer d'un espace de parole, de réflexion et prise de recul et ainsi d'être un lieu contenant pour les équipes. Le travail de proximité avec d'autres partenaires spécialisés en santé mentale, par exemple, permet de trouver du relai, des lieux de partage et d'échange. Cela aide et facilite la prise en compte la personne et sa situation dans son ensemble, tout en se détachant de ses propres représentations et affects, et ainsi permet d'accompagner aux mieux les demandeurs et demandeuses d'asile.

³⁴ Traumatisme vicariant : la souffrance des soignants - Sandrine Duhoux mai 2014

Certain.es intervenant.es expliquent aussi que les années d'expérience professionnelle permettent d'acquérir le bagage nécessaire à l'accompagnement de personnes traumatisées et exilées. C'est le cas de cette bénévole qui explique pourquoi elle n'est jamais gênée avec le sujet des MSF : *“Parce que je me bats contre depuis 1978 !”*

Le maillage se faisant autour de ces femmes peut-être plus ou moins important, selon la situation de la personne, sa vulnérabilité, sa situation familiale, sa géographie, ses besoins et les réponses pouvant être apportées par la société environnante. Il est évident que les demandeuses d'asile n'ont pas toutes les mêmes “chances” dans leur manière d'être accompagnées. La raison principale provient des solutions d'hébergement qui s'offrent aux demandeuses. Cette différence de traitement est également liée aux inégalités de territoire dépendant du secteur où la personne est implantée, des volontés politiques et des moyens des villes et associations, ou encore des places disponibles dans les lieux d'accompagnement et de soin. Il est évident qu'une personne sans hébergement n'aura pas le même accompagnement qu'une personne hébergée en CADA, HUDA ou autres centres. Là se trouve la limite de ma recherche, portant essentiellement sur l'expérience de femmes vivant en centre d'hébergement. On peut supposer qu'une femme à la rue ou ne disposant pas d'un hébergement sécurisant, bénéficiera d'un étayage moins important et ainsi réduira ses chances d'obtenir une protection au titre de l'asile. Qu'en est-il des femmes qui se retrouvent dans cette situation, alors qu'en France, on estime qu'au moins la moitié des demandeurs et demandeuses d'asile sont dépourvu.es de solution d'hébergement ?

REMERCIEMENTS

Merci aux femmes qui ont accepté d'être interrogées, de s'ouvrir et de se confier dans le cadre de ma recherche;

Merci aux 27 professionnel.les et bénévoles qui ont participé à l'enquête de terrain à travers un questionnaire;

Merci à ma fidèle collègue Marie, pour sa disponibilité et ses conseils juridiques;

Merci aux professionnel.s qui ont accepté de répondre à mes interrogations lors d'entretiens physiques ou téléphoniques;

Merci à Amal rencontrée lors d'un module sur l'interprétariat et la médiation;

Merci à Alexis pour sa patience, son aide et ses corrections;

Merci à Ada-Luz pour ses conseils et sa bienveillance;

Et enfin merci à celles et ceux qui liront ce mémoire.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

MAZURI MAKATU Narcis Mawazo. Le métier d'interprète. Edilivre, 2016, 52 pages.

EL KHAYAT Rita. Les violences traditionnelles contre les femmes. L'Harmattan, 2022, 300 pages.

COLLECTIF "Paroles, expériences et migrations". Le parcours du combattant, Les Presses de Rhizome, 2022, 70 pages.

GAMS Rhône-Alpes Les fleurs coupées, Témoignages de femmes excisées, juin 2017, 48 pages.

LIV STRÖMQUIST. L'Origine du Monde. Le Signe Noir de Rackham, 2016, 144 pages.

R. BEUCHOT & ZIDROU. Un tout petit bout d'elles. Le Lombard, 2016, 104 pages.

ELISE PESTRE. La vie psychique des réfugiés. Petite Bibliothèque Payot, septembre 2019, 384 pages.

Jurisprudence :

CNDA Grande formation 5 décembre 2019 Mme N. Mmes S.
n°19008524-19008522-19008521

Podcasts et Vidéos :

Kakpotia Marie-Claire Moraldo: "Je n'ai pas eu le temps de réaliser ce qu'il se passait".
Publié le 18/05/2020, Franceculture. 5 minutes

La fille sur le canapé : Préface. Publié le 16/11/2020, Intime et politique. 30 minutes

Spécial : Mutilations génitales en collaboration avec association Alerte Excision. Publié le
06/02/2021, Woman Talk That Talk. 38 minutes

Excision : "J'entendais des cris. Après, c'était à mon tour": le poignant témoignage
d'Aïssatou. Publié le 10/03/2021, Franceinfo. 4 minutes

Guides et Plans :

Guide asile Forum Réfugiés, document interne 2022

Fédération Gams. Mutilations sexuelles féminines : prévenir et agir Guide destiné aux professionnel-le-s (projet Change Plus 2016)

Refuser les pratiques qui nuisent aux femmes et aux filles et qui font obstacle à l'égalité : Etat de la population mondiale 2020 - l'UNFPA

Plan national d'action visant à éradiquer les MSF – Juin 2019

OFPRA-CNDA Côte d'Ivoire Rapport de mission du 25 novembre au 7 décembre 2019

28 Too many, MGF en Côte d'Ivoire : Bref Compte rendu - Mars 2020

GISTI Demande d'asile : Les persécutions liées au genre Guide d'accompagnement - décembre 2017

Dossiers documentaires du FLCPEF / CEDIF - Les mutilations sexuelles - Fédération Laïque de Centres de Planification Familiale - Bruxelles - Mars 2005

Articles :

Les mutilations génitales féminines. État des lieux et des connaissances - Dans Population 2016/2 (Vol. 71). Armelle Andro, Marie Lesclingand

Les mutilations sexuelles féminines : le point sur la situation en Afrique et en France - Armelle Andro, Marie Lesclingand - Dans Population & Sociétés 2007/9 (N° 438).

Soigner la société d'accueil. Daniel Derivois. Dans Esprit 2020/1-2 (Janvier-Février)

Prise en charge interculturelle des migrants et des réfugiés avec la thérapie EMDR - Dans Pratique de la psychothérapie EMDR (2022).

La demande d'asile : un accompagnement qui ne laisse pas indemne - Soigner le traumatisme ? Rhizome 69-70, Sophie Devalois. Décembre 2018.

Les mutilations sexuelles féminines. Adeline Silva Pereira. 12 mars 2021.

“Faire cas” du traumatisme dans une consultation d’expertise médicale auprès de demandeurs d’asile. Les cahiers de Rhizome #75-76. Nicolas Chambon, Roman Pétrouchine. Mars 2020.

Traumatisme vicariant: La souffrance des soignants - Interstice. Psychotrauma, Relation d'aide, Sandrine Duhoux. 20 mai 2014.

Sites internet :

Excision parlons-en : excisionparlonsen.org

OMS : <https://www.who.int>

UNICEF : <https://data.unicef.org/topic/child-protection/female-genital-mutilation>

Réseau Suisse Contre l’Excision : [Qu’est-ce que l’excision? - Information, éducation et conseil](#)

Quelle prise en charge infirmière face au tabou des mutilations sexuelles féminines ? : Infirmiers.com

Fédération GAMS : federationgams.org

Amnesty International : <https://www.amnesty.org>

Commissariat Général aux Réfugiés et aux Apatrides, Belgique : <https://www.cgra.be>

PNUD Programme des Nations Unies pour le Développement : <https://www.undp.org/fr/sustainable-development-goals>

ANNEXES

Annexe 1 : Pourcentage de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant subi une mutilation sexuelle féminine: source UNFPA (Fonds des Nations Unies pour la population)

Annexe 2 : Extrait du Rapport d'Activité 2020 de l'association Excision parlons-en !

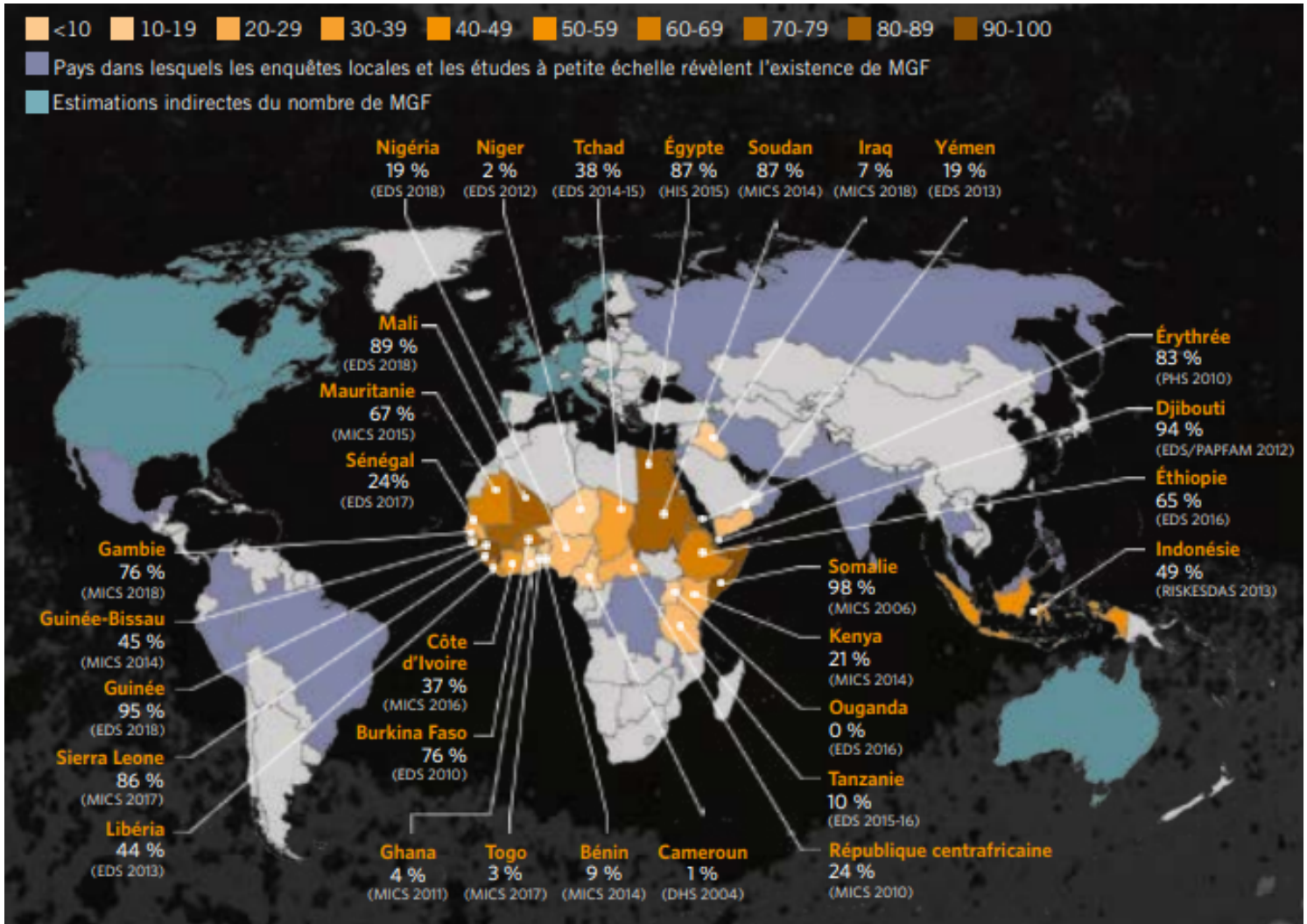
Annexe 3 : Transcription des réponses au questionnaire à destination des professionnel.les et bénévoles.

Annexe 4 : Positionnement professionnel des intervenant.es interrogé.es dans le cadre de l'accompagnement aux demandeuses d'asile portant sur les MSF

Annexe 5 : Comparaison de deux certificats médicaux (3 pages)

Annexe 6 : Campagne de sensibilisation : publication de l'association Excision, parlons-en!, le 15 juillet 2021

Annexe 1 : Pourcentage de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant subi une mutilation sexuelle féminine : source UNFPA “ État de la population mondiale 2020”



“D’après les enquêtes démographiques et de santé, les enquêtes en grappes à indicateurs multiples et d’autres enquêtes nationales (2004-2018).

Notes : les données relatives à l’Indonésie portent sur les filles âgées de 0 à 11 ans car on ne dispose pas de données sur la prévalence des MGF chez les filles et les femmes âgées de 15 à 49 ans.

Les frontières, les noms et les appellations employés sur cette carte n’impliquent ni reconnaissance ni acceptation officielle de la part de l’Organisation des Nations Unies.”

Annexe 2 : Extrait du Rapport d'Activité 2020 de l'association Excision parlons-en !

“Sexualité & excision : Aucun questionnaire de sexualité n'est adapté à la population des femmes excisées. Le Dr Sarah ABRAMOWICZ (gynécologue obstétricienne et administratrice d'Excision, parlons-en !) et le Dr Arnaud SEVENE (médecin généraliste spécialisé en sexologie et adhérent d'Excision, parlons-en !) ont eu l'idée de créer un questionnaire afin d'évaluer les patientes – des femmes excisées sur le point de recourir à la réparation – sur un plan sexologique. Le questionnaire permettra à la fois une évaluation pré et post opératoire, afin de mieux aider les patientes dans leur prise en charge et à la fois, dans un objectif à plus long terme, un questionnaire habilité pour des études. A l'heure actuelle, le questionnaire est en cours de création avec pour objectifs d'être centré sur la sexologie, compréhensible par les patientes, validé par les pairs et utilisable pour les études. Les données collectées par le questionnaire sont réparties en plusieurs parties :

- ❖ Les données générales : le statut conjugal, les antécédents médico-chirurgicaux et gynécologiques, les antécédents de violences.
- ❖ Les questions spécifiques à la sexologie : plaisir, désir, lubrification, douleurs, aspect, satisfaction.
- ❖ Les questions identitaires et de confiance en soi
- ❖ Des questions relatives à la prise en charge de la mutilation sexuelle féminine.

Plusieurs tests du questionnaire ont été effectués et celui-ci évolue en fonction des premiers résultats. Actuellement, les deux médecins sont en train de créer un score afin qu'il soit utilisable de façon scientifique, avant de passer aux étapes de publication et de validation.”

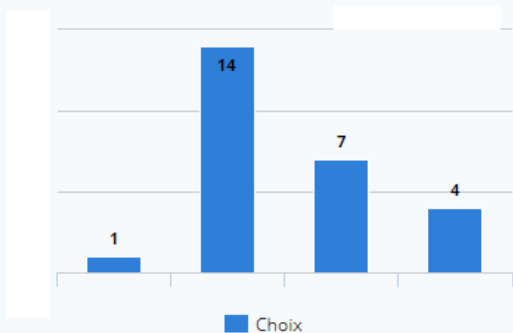
Annexe 3 : Transcription des réponses au questionnaire à destination des professionnel.les et bénévoles.

Dans le cadre de l'accompagnement des demandeuses d'asile craignant des MGF, selon vous, comment mettre en confiance la personne lorsque celle-ci est inhibée, gênée, intimidée, pudique... ?

- Empathie, patience et respect des réticences ;
- Reconnaître leur place de victimes et non de coupables ;
- En parler plus, dire qu'elles ne sont pas seules ;
- Ne pas forcer à parler mais dire à la personne qu'elle peut nous en parler à tout moment quand elle le souhaite ;
- Donner des explications sur les MSF ;
- Avoir leur consentement pour en parler ;
- Dire qu'elle n'a pas à avoir honte, que ce n'est pas de sa faute ;
- Parler sans la présence du conjoint ;
- Prendre le temps, se montrer à l'écoute, compréhensif ;
- Lui parler franchement, ne pas être soi-même gênée ;
- Parler avec empathie et surtout liberté;
- Respecter ses limites ;
- Montrer que l'on a des connaissances sur le sujet, que l'on sait à quel point c'est courant et quelles en sont les séquelles ;
- Orienter vers des sages-femmes sensibilisées à la question ;
- Lui expliquer qui on est, pourquoi on est là, qu'on est là pour l'aider. La resituer dans son espace spatio-temporel ;
- L'écoute active et l'explication avec des mots, des images, sans jugement ;
- Prendre en compte la dimension psychique de l'atteinte ;
- Créer une relation de confiance ;
- Créer une alliance thérapeutique ;
- Prendre un interprète pour ouvrir la parole ;
- Cadre d'écoute bienveillant et sans jugement ;
- Les questions liées aux violences sexuelles sont abordées uniquement si la personne concernée le souhaite ;
- Tenter de répondre aux demandes ;
- Posture d'écoute active ;
- Instauration d'une relation de confiance ;
- Secret médical ;
- Respect du rythme de la patiente ;
- Bienveillance ; Respect ;
- Mots posés sur le constat de la mutilation (pratique interdite et punie par la loi, anatomie résiduelle non monstrueuse et le plus souvent encore fonctionnelle...);
- Expliquer qu'il faut qu'elles prennent le temps dont ont besoin et en même temps la réalité de la demande d'asile, et le temps restreint qu'elles ont ;
- Dire à la personne que nous la croyons dans ce qu'elle nous livre.

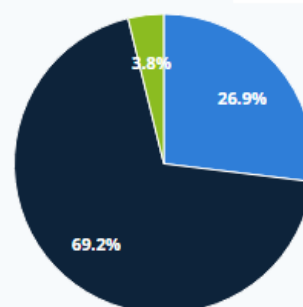
Annexe 4 : Positionnement professionnel des intervenant.es interrogé.es dans le cadre de l'accompagnement aux demandeuses d'asile portant sur les MSF

Vous arrive-t-il d'être affecté·e par les situations des femmes en lien avec leurs MGF ?



Jamais	1
Parfois	14
Souvent	7
Toujours	4

Constatez-vous dans votre pratique, des difficultés à prendre du recul face à des situations de MGF ?



Jamais	7
Parfois	18
Souvent	1

Vous arrive-t-il d'être impacté·e par les situations des femmes en lien avec leurs MGF ?

Jamais	2
Parfois	17
Souvent	6
Toujours	1

Vous arrive-t-il de vous identifier aux femmes exposées aux MGF que vous accompagnez ?

Jamais	14
Parfois	9
Souvent	3

Annexe 5 : Comparaison de deux certificats médicaux

CERTIFICAT MEDICAL

de constat de Mutilations Sexuelles Féminines

Je soussignée, [REDACTED]

Sous la responsabilité de [REDACTED], Gynécologue-Obstétricien du Centre hospitalier [REDACTED]

Certifie avoir examiné le : [REDACTED] au centre hospitalier [REDACTED], situé [REDACTED], au cours de ma consultation :

Madame [REDACTED]

[REDACTED] à Conakry en Guinée

Hébergée par l'association [REDACTED]

Domiciliée à l'adresse suivante :

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

A l'examen, il a été constaté :

- avec excision partielle du clitoris. Très douloureux au toucher surtout à gauche. (la patiente sursaute à chaque effleurement, et décrit d'importantes douleurs)
- Les petites lèvres sont intactes
- Les grandes lèvres sont intactes
- L'urètre est visible et non barré par une cicatrice

Cet examen pourrait correspondre à une Mutilation Génitale Féminine de Type 1

D'un point de vue fonctionnel, Mm [REDACTED] se plaint : de difficultés à la miction régulièrement ainsi que des douleurs récurrentes. Depuis l'excision, la patiente est toujours constipée. Elle se plaint de

douleurs pré et post menstruelles. La patiente n'a jamais eu de rapports consentis, donc toujours douloureux.

Son pays d'origine est la Guinée Conakry, pays qui arrive en deuxième position pour les mutilations sexuelles féminines, juste après la Somalie, avec un taux de prévalence de l'excision de 96% pour les femmes âgées de 15 à 49 ans.

Sources : <https://www.excisionparlonsen.org/comprendre-lexcision/cartographie-mondiale-des-pratiquesdexcision/guinee/>

Le contexte de la mutilation est rapporté par l'intéressée qui déclare avoir subi la mutilation sexuelle à l'âge de 12 ans.

« J'ai été violée au moins deux fois par le petit frère de mon papa. Je l'ai dit à ma tante, qui m'a dit de ne pas en parler. Je l'ai dit à maman qui a voulu le dire. Elle a été battue pour ça car on ne voulait pas qu'elle salisse le nom de la famille. On est resté une semaine à la maison. Un matin, ma tante paternelle est venue me chercher, entre 4 et 5h du matin. On était 22 jeunes filles. Je me souviens qu'on est rentrée dans une petite chambre. On m'a caché les yeux, allongé, des femmes nous attrapaient pour ne pas qu'on bouge. On avait vu des petits couteaux à l'entrée. Puis on m'a coupé une partie du corps, on a crié chacune notre tour. Quand je suis sortie, on nous a mis un petit tissu rouge autour de la taille et entre les jambes. Puis on a suivi une dame. Après on a fait .30 jours où on était habillé en tenue spéciale. On était les 22 filles chez ma tante. Tous les jours une dame vient vérifier la plaie, nous tape et nous apprend qu'une femme doit être soumise à son mari, et comment endurer la souffrance. Ma mère après a essayé de me faire fuir par la voiture avec ma grand-mère au Ghana.

Certificat établi en deux pages et remis en mains propres, à l'intéressée pour valoir ce que de droit.

_____ sage-femme

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussignée,

Docteur [REDACTED], Assistante hospitalo-universitaire au sein du Service de Médecine Légale des Hospices Civils de Lyon, Institut Universitaire de Médecine Légale, ayant prêté serment d'apporter son concours à la justice en son honneur et conscience,

Certifie avoir reçu le [REDACTED] à [REDACTED] heures

Dans le cadre de la procédure prévue aux articles L. 723-5 et L. 752-3 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile

Dans les locaux de l'hôpital Edouard HERRIOT de LYON,

Une majeure s'étant présentée comme étant :

[REDACTED]
Née le [REDACTED]

La patiente est informée ce jour du contexte et du déroulement de l'examen, et donne oralement son consentement pour la réalisation de celui-ci, dans les conditions définies à l'article L. 1111-4 du code de la santé publique.

Examen clinique

L'examen permet de conclure :

- Absence de stigmat(e)s évoquant une mutilation sexuelle.
- Présence de stigmat(e)s de mutilation sexuelle.



Lyon le [REDACTED]

Annexe 6 : Campagne de sensibilisation : publication de l'association Excision, parlons-en!, le 15 juillet 2021

Echapper à l'excision grâce à une petite cuillère :

“Lors des périodes de vacances scolaires et notamment lors des vacances d'été, les risques de mutilations sexuelles féminines et de mariages forcés lors d'un voyage dans le pays d'origine sont des menaces qui pèsent sur les jeunes filles.

Pour prévenir ces risques et protéger les filles susceptibles de subir l'une de ces violations, la ville de Göteborg en Suède a développé une campagne d'aide. Elle consiste à encourager les filles craignant d'être emmenées à l'étranger pour un mariage forcé ou une excision à cacher des cuillères dans leurs sous-vêtements afin de sonner aux portiques de sécurité et d'alerter le personnel de sécurité de l'aéroport.

Selon Katarina Idegard, la responsable de la lutte contre les crimes d'"honneur" à Göteborg, "La cuillère va déclencher les détecteurs de métaux lorsque vous passez par les contrôles de sécurité. Vous serez emmenée à l'écart et vous pourrez ensuite parler au personnel en privé [...] C'est leur dernière chance de tirer la sonnette d'alarme".

Déjà expérimentée au Royaume-Uni où elle a fait ses preuves, cette méthode est la dernière mesure pour venir en aide aux filles avant leur départ.”





Demander l'asile pour être protégée des Mutilations Sexuelles Féminines

Mots clés :

Mutilations Sexuelles Féminines

Excision

Procédure d'asile

Conséquences sur la santé physique et mentale

Accompagnement par les professionnels médico-sociaux et juridiques

Les MSF sont pratiquées dans plus de 30 pays au Monde, et l'UNICEF estime que 5% des femmes ayant subi des mutilations vivent en Europe, dont environ 53 000 en France.

Parmi elles, certaines demandent l'asile et tentent de prouver les persécutions et craintes qu'elles encourent, liées à l'excision et aux mutilations sexuelles. C'est alors qu'elles rentrent dans un système juridico-administratif complexe souvent qualifié de "parcours du combattant". Les femmes fragilisées par les traumatismes du passé et les professionnel.les les accompagnant sont soumis.es aux injonctions de la procédure. On peut alors se demander si la prise en charge médico-sociale des femmes fuyant les mutilations sexuelles est adaptée à leurs besoins, durant leur procédure d'asile.

Ce travail de recherche est basé sur une enquête réalisée auprès des professionnel.les de terrain, et auprès de trois femmes vivant dans un centre d'hébergement pour demandeurs et demandeuses d'asile.