

L'INTIME ET LE POLITIQUE
LES CERTIFICATS ANNUELS
D'ABSENCE DE MUTILATION(S) SEXUELLE(S) FÉMININE(S)

Laure Wolmark

« Après 68, on disait des psychologues, des psychiatres, des infirmiers, qu'ils étaient des flics.

Admettons! Mais, où est-ce que cela commence, où est-ce que cela finit? L'important, c'est de déterminer si, de la position qu'on occupe, on contribue ou non à surmonter des faits de ségrégation, de mutilation sociale et psychique, si l'on parvient, au minimum, à limiter les dégâts »

Félix Guattari, La psychanalyse doit être en prise directe avec la vie (2009 : 210).

Ce texte a pour objet une obligation faite par l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA) aux personnes qui bénéficient du statut de réfugié ou de la protection subsidiaire au titre des risques de mutilations sexuelles féminines encourus par leur enfant dans leur pays d'origine. Cette obligation, notifiée chaque année par courrier, consiste en la production d'un certificat médical attestant d'absence de mutilation sexuelle de l'enfant.

Pourquoi, de ma place de psychologue clinicienne, écrire sur un tel sujet, sur une simple pratique administrative? Quels peuvent être les liens entre cette obligation administrative et la clinique de l'exil dans laquelle se situe le Comede (Comité médical pour les exilés), l'association dans laquelle j'exerce comme psychothérapeute?

Le souhait de travailler sur le thème des mutilations génitales féminines s'ancre, d'une part, dans ma pratique clinique auprès d'exilé.es qui expriment au cours de leur thérapie leur impuissance à protéger leurs filles demeurées au pays, de mutilations auxquelles ils et elles sont opposé.es. Mais, au-delà du témoignage clinique, les certificats d'absence de mutilation(s) sexuelle(s) féminine(s) me paraissent illustrer à l'extrême les dilemmes cliniques et institutionnels que rencontrent les acteurs de soin

exerçant dans le champ de l'exil. De plus, l'obligation de produire des certificats d'absences(s) de mutilation(s) sexuelle(s) féminine(s) n'est pas sans effet sur les enfants et les familles qui y sont soumis. Elle est elle-même productrice d'assignations subjectives immobilisantes, parce qu'elle relève de logiques administratives paradoxales, voire discriminantes.

En termes de méthode, il m'a semblé indispensable de décrire tout d'abord le cadre administratif et juridique dans lequel ces certificats s'inscrivent. La pratique des certificats médicaux d'absence de mutilation(s) sexuelle(s) génitale(s) est peu connue. Sans entrer dans les détails du système de l'asile en France, il m'a paru difficile d'aborder l'impact subjectif de cette procédure sans donner en premier lieu au lecteur une idée de son origine et de ses modalités concrètes d'application. Ces modalités concrètes incluent aussi les consultations médicales pendant lesquelles ces certificats vont être rédigés à la suite d'un examen physique. Pour en rendre compte, j'ai rencontré une médecin qui effectue régulièrement ces examens dans un centre de planification familiale. Il m'a aussi paru nécessaire de faire entendre la parole de celles et ceux qui sont soumis à cette exigence administrative. Les personnes que je reçois au Comede ont pour la plupart d'entre elles dû fuir leur pays en laissant leurs enfants derrière eux. C'est donc par l'intermédiaire d'une association partenaire que j'ai eu la chance de rencontrer M. T., qui a accepté de raconter les raisons de son opposition à la pratique de l'excision et de partager ses pensées et sentiments face à l'obligation de produire un certificat annuel de non-excision.

Il n'échappera sans doute pas aux lecteurs de ce texte que je suis opposée à l'existence des mutilations sexuelles féminines, mais aussi à l'obligation d'examiner pour des raisons administratives le sexe de fillettes ou de très jeunes filles. Les raisons de ces oppositions tiennent à la fois à mon exercice de thérapeute auprès de personnes exilées, à des considérations d'éthique du soin, et à mon engagement pour les droits des femmes et la lutte contre les discriminations raciales. Il serait illusoire et peu honnête de chercher à masquer ces positions qui sont à l'origine de la recherche que je propose sur les certificats d'absence de mutilation(s) sexuelle(s) féminine(s). Cependant, les entretiens réalisés au cours du travail préparatoire, les discussions et débats que j'ai eu avec des collègues du Comede et dans le cadre du

collectif ADFEM (Action et Droits des Femmes Exilées et Migrants), les lectures de textes sur des thèmes proches m'ont aidée à formuler plus objectivement un certain nombre de questions et d'arguments. Ils m'ont aussi convaincue de l'intérêt de rendre visible ce sujet d'apparence marginale. Les marges sont le lieu d'exercice quotidien des praticiens de la clinique de l'exil. C'est aussi à partir de ces marges que nous pouvons apprendre à questionner les savoirs et représentations qui guident nos pratiques et nous empêchent, parfois, de voir ce qui est juste sous nos yeux.

Pratique et politique de l'asile : questions de genre

La protection internationale en France face aux risques de mutilations sexuelles féminines

En 2001, la Commission de Recours des réfugiés (aujourd'hui Cour National du Droit d'Asile - CNDA) a accordé le statut de réfugié à un couple, originaire du Mali, qui manifestait la volonté de protéger ses filles de la pratique de l'excision et témoignait de risques de persécutions de ce fait. Cette décision a conduit à la reconnaissance ultérieure de l'existence d'un « groupe social de femmes entendant se soustraire aux mutilations génitales féminines » au sens de la Convention de Genève.

La Convention de Genève, datant du 28 juillet 1951, relative au statut des réfugiés, ne fait référence ni au genre ni aux persécutions spécifiques à l'encontre des femmes. Cependant, elle peut faire l'objet d'interprétations tenant compte de la question du genre. Une directive de l'Union Européenne datant du 20 décembre 2011 insiste sur la prise en compte de la question du genre dans la politique d'asile : « Aux fins de la définition d'un certain groupe social, il convient de prendre dûment en considération les questions liées au genre du demandeur - notamment l'identité de genre et l'orientation sexuelle, qui peuvent être liées à certaines traditions juridiques et coutumes, résultant par exemple dans des mutilations génitales, des stérilisations forcées ou des avortements forcés - dans la mesure où elles se rapportent à la crainte fondée du demandeur d'être persécuté » (2011/95/UE).

Ces évolutions dans la politique de l'asile ont été, et sont encore aujourd'hui, l'objet et le fruit de fortes mobilisations associatives qui croisent les questions féministes et anti-racistes (ADFEM 2012 et CFDA 2012). Elles sont aussi le reflet d'un

déplacement des frontières entre domaine public et privé, dans un contexte de politisation et de « démocratisation » des questions de genre et de sexualité (Fassin 2006 : 125)¹.

Cependant, ces évolutions ne sont pas linéaires. En 2009, la CNDA en sections réunies a validé le refus de l'OFPRA (Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides) d'accorder le statut de réfugié aux parents dont l'enfant, née en France, serait menacée d'excision en cas de retour dans leur pays d'origine. S'est alors substitué l'octroi de la protection subsidiaire à l'enfant - parfois étendue aux parents - qui serait exposée en cas de retour au pays à des traitements inhumains et dégradants. Cette décision fait suite à la forte augmentation en 2008 de la demande d'asile des ressortissants du Mali. Pour les associations de défense des femmes étrangères et des demandeur.ses d'asile, cette décision signe un recul en termes de reconnaissance politique et juridique des persécutions liées au genre. De plus, la protection subsidiaire ouvre à un titre de séjour d'un an renouvelable, plus précaire et moins « protecteur » que le statut de réfugié.

En pratique, les certificats médicaux attestant de la présence ou de l'absence de mutilations sexuelles féminines

Dans un premier temps, à l'appui de leur demande d'asile en raison des risques d'excision pour leur enfant, les parents doivent généralement produire des certificats médicaux de deux types : le premier atteste de l'excision de la mère, le second de l'absence d'excision de l'enfant.

Dans un second temps, si le statut de réfugié ou la protection subsidiaire leur sont accordés, les parents devront faire examiner leur enfant chaque année pour « prouver » que celle-ci n'a pas été excisée – ce qui ferait disparaître le risque pour lequel l'enfant et ses parents sont protégés². Le certificat annuel d'absence de mutilation(s) sexuelle(s) est une exception dans le système de l'asile. En effet, les autres certificats attestant des violences et

1. « Qu'est-ce que la démocratie sexuelle ? Ou plutôt : qu'est-ce que la démocratisation sexuelle ? Il est sans doute plus juste en effet de parler d'un processus. C'est l'extension du domaine démocratique, avec la politisation croissante des questions de genre et de sexualité que révèlent et encouragent les multiples controverses publiques actuelles » (Fassin 2006 : 125).

2. La Coordination française pour le droit d'asile (CFDA) a publié en octobre 2012 une note complète sur l'exigence annuelle du certificat de non-excision (CFDA 2012).

torture n'ont pas vocation à être reproduits chaque année si une protection est accordée aux demandeur.ses d'asile. Or, en l'absence de certificat annuel prouvant que l'enfant n'a pas subi de mutilations sexuelles, le bénéficiaire de la protection subsidiaire ou du statut de réfugié pourra être retiré, et la famille menacée d'expulsion car sans droit au séjour en France. Aucune limite temporelle n'est fixée à cette exigence. Il est à noter qu'aucun cas d'excision de petite fille après l'octroi d'une protection n'a été signalé à l'OFPPA.

Une consultation médicale pour la rédaction de certificats d'excision et de non-excision m'a été décrite par une médecin exerçant dans un centre de planification familiale dans le cadre d'un entretien enregistré. Cette médecin effectue des consultations dans le but de produire ces certificats pendant la demande d'asile, puis annuellement pour le renouvellement de la protection subsidiaire ou le maintien du statut de réfugié. Les consultations qu'elle effectue se déroulent habituellement en trois temps. Dans un premier temps, la mère est interrogée sur les conséquences que les mutilations sexuelles ont eues pour elle, ainsi que sur les raisons pour lesquelles elle souhaite en préserver sa fille. Dans un second temps, la mère est examinée. Enfin, c'est au tour de l'enfant d'être examinée. À l'issue de cette consultation, deux certificats seront rédigés par la médecin. L'un attestera de l'absence de mutilation sexuelle chez l'enfant, l'autre de la présence d'une mutilation chez la mère. Si la protection subsidiaire ou le statut de réfugié est accordé à la famille, seule l'enfant sera examinée pour la production du certificat annuel d'absence de mutilation sexuelle.

Le premier temps de la consultation, l'anamnèse, permet de comprendre les motivations de la mère. Selon la médecin, les mères décrivent généralement, lorsqu'elles se souviennent de l'événement, leur surprise et l'absence de parole parentale pour les préparer à ce qui va se produire. Ayant eu à subir les conséquences de l'excision - la douleur, les difficultés de cicatrisation dans un premier temps, les effets sur leur vie sexuelle à l'âge adulte - les femmes affirment vouloir, en tant que mères, en préserver leurs filles. La médecin souligne que les traumatismes psychiques des mères sont clairement perceptibles pendant les consultations médicales. Ils sont encore vivaces à l'âge adulte, et ont des conséquences particulièrement importantes sur la sexualité des

femmes. Une protection est demandée à l'État français pour que ces traumatismes soient épargnés à l'enfant. Pour cette médecin, les motivations de la demande d'asile sont familiales et du ressort de l'intime. La dimension politique de la demande n'est pas mise en avant.

Dans le certificat concernant la mère, les médecins peuvent, s'ils en ont les compétences, décrire le type de mutilations³. Certains médecins, c'est le cas de la médecin qui m'a accordé un entretien, estiment que le type de mutilation n'a pas à être précisé car « cela ne regarde pas l'administration ». L'examen qui permet d'attester de l'absence de mutilation de l'enfant peut poser de plus grandes difficultés au clinicien que celui de la mère, du fait de la taille des organes génitaux des petites filles.

Cette médecin ne témoigne pas d'autres difficultés particulières touchant à l'examen de l'enfant. Avant d'examiner les organes génitaux de l'enfant, elle l'informe qu'elle va « regarder mais ne va pas toucher ». Tout se passe pour elle habituellement bien, les fillettes qui ont dans leur majorité moins de six ans ne posant pas de questions. Il arrive – la médecin souligne que ces cas sont rares – que l'enfant ne veuille pas se déshabiller. La mère doit alors forcer la fillette à le faire.

Injonctions et logiques paradoxales

Le cadre dans lequel s'inscrivent les certificats d'absence de mutilation(s) sexuelle(s) étant posé, et un exemple de consultation décrit, il nous revient de questionner la logique qui aboutit à l'obligation faite aux parents de produire annuellement ce certificat. En effet, si une protection est accordée à l'enfant et par extension à sa famille, dans le but de protéger l'enfant de l'excision, il semble étonnant de suspecter la famille de vouloir exciser l'enfant, sauf à soupçonner la famille de détourner la procédure d'asile. Or l'octroi d'une protection est lié, entre autres, à l'évaluation de la crédibilité du demandeur. En outre, cette exigence signifie qu'un contrôle médical particulier sera fait sur les enfants des personnes qui se signalent comme étant opposées à la

3. L'Organisation Mondiale de la Santé distingue quatre types de mutilations sexuelles féminines. L'organisme les définit comme l'ensemble des interventions aboutissant à l'ablation totale ou partielle des organes génitaux externes, ou toute autre lésion des organes génitaux féminins qui sont pratiquées pour des raisons non médicales.

pratique de l'excision, alors même que ce contrôle médical annuel n'existe pas pour les autres enfants, ceux dont les parents ne se sont pas signalés. Troisièmement, cette exigence fait fi de l'impact subjectif sur les enfants d'un tel examen, renouvelé annuellement, dont le but est d'attester de la véracité de la parole de leurs parents devant l'institution même qui les a jugés crédibles. À cela s'ajoute enfin le déni de l'impact subjectif de la procédure sur les parents qui sont à la fois protégés pour pouvoir exercer leur responsabilité parentale, et soupçonnés d'être de potentiels mauvais parents, maltraitants et contrevenants gravement à la loi⁴.

Intersections

Dévoile-toi !

Du côté des instances susceptibles d'accorder une protection, on observe un mouvement de balancier. L'adhésion de l'État – certes tardive – à la lutte contre les violences faites aux femmes a conduit, dans les années 2000, à l'octroi de titres de séjour (statut de réfugié, protection subsidiaire, droit au séjour pour les personnes victimes de violence dans le cadre conjugal). La décision des sections réunies de CNDA constitue un pas en arrière dans la reconnaissance d'un droit à la protection contre le risque de mutilations sexuelles des femmes et des filles. Plus encore, tout se passe comme si la politisation des questions sexuelles, c'est-à-dire l'entrée dans la sphère publique de questions privées et intimes, lorsqu'elles touchent les étrangers, nécessitait en contrepartie la dissolution de l'intimité même. Cette dissolution de l'intimité implique que reste impensée la violence s'exerçant sur le corps des petites filles quand l'institution ou l'état en sont les acteurs. La protection de l'enfance, l'intérêt supérieur de l'enfant, le droit d'être protégées d'examens médicaux répétés et non justifiés par une approche préventive ou curative ne s'appliquent pas aux petites filles qui encourent un risque de mutilations sexuelles dans le pays d'origine de leurs parents.

Les personnes qui s'engagent dans une demande d'asile liée au risque de mutilation(s) sexuelle(s) pour leurs filles sont contraintes à s'engager aussi à faire contrôler, en le rendant visible, le sexe de leur enfant. Pour reprendre l'expression d'Elsa Dorlin, ils doivent

4. Les mutilations sexuelles peuvent être poursuivies et condamnées en matière criminelle (article 222-9 du code pénal).

répondre à « l'injonction à la transparence » pour obtenir une forme de reconnaissance sociale (Dorlin 2010 : 430), en l'occurrence leur inscription légale dans le pays d'accueil.

Ces modalités de reconnaissance administrative et légale poussent à leur paroxysme les logiques de preuve par corps à l'œuvre dans la certification à l'appui de la demande d'asile, en faisant disparaître d'une part les limites de l'intime, mais aussi en faisant fi de l'âge et du consentement de l'enfant.

Le témoignage de M. T., originaire du Mali, est à ce titre exemplaire. M. T. a accepté de m'accorder un entretien mais n'a pas souhaité être enregistré. Sa fille, V. est née en France au milieu des années 2000. La mère de M. T. était exciseuse. Lorsque V. naît, sa grand-mère demande avec insistance que l'enfant fasse un voyage au pays pour être excisée. Du Mali, la grand-mère envoie un courrier comminatoire, appelle répétitivement. M. T. ne répond plus, et vit comme un déchirement d'avoir à choisir entre l'intégrité physique de sa fille et le maintien d'un lien avec sa mère, dont il se sent proche.

La femme de M. T., la mère de V., a été excisée en même temps que d'autres petites filles. Une d'entre elle mourut des suites des mutilations. Cette expérience a nourri son opposition à la pratique de l'excision.

M. T. lui-même est opposé à la pratique de l'excision depuis l'enfance. Seul de sa fratrie à être scolarisé, loin de la maison, il fut très marqué par les cris des petites filles qu'il entendait lorsqu'il était de retour chez lui.

L'enfant et ses parents ont obtenu la protection subsidiaire. Depuis plusieurs années, ils se rendent au centre médical proche de leur domicile pour faire examiner V. et obtenir un certificat d'absence de mutilation(s) sexuelle(s) féminine(s). Leur fille a maintenant plus de six ans. Elle pose des questions, demande à son père pourquoi le médecin doit la « toucher ». M. T. ne sait que répondre, lui-même avoue ne pas comprendre pourquoi il doit soumettre sa fille à cette épreuve, alors qu'il refuse qu'elle soit excisée. M. T. est gêné, il ne sait pas comment dire à sa fille que le médecin devra examiner son sexe. « Le sexe, me confie-t-il, ça ne fait pas partie de mon langage ». Raconter à sa fille le pourquoi de cette consultation signifierait aussi revenir sur le conflit avec la grand-mère de l'enfant, alors que M. T. a renoué avec elle. Il se sent « complice » d'un geste coupable et se pose la question

d'arrêter de conduire sa fille chez le médecin, malgré les risques que la perte de droit au séjour feraient porter sur la famille, et sur sa fille elle-même, qui en cas d'expulsion, serait à nouveau menacée d'excision. Alors, il ne dit rien ou raconte que la consultation est justifiée par un vaccin. Le médecin lui-même montre son agacement, et demande, en présence du père et de sa fille : « Mais pourquoi je dois faire ça ? Je ne le fais pas pour les autres enfants ».

Clinique de la précarité administrative

En quoi les problèmes soulevés par l'existence de certificats de non-excision intéressent-ils les cliniciens, dont je fais partie, qui travaillent dans le champ de l'asile ? Tout d'abord, et à la suite de Cihan Günes, j'opposerai au soupçon porté sur la parole des patients étrangers une clinique fondée sur le doute appliqué à soi-même : « Accepter de travailler avec le doute. Une autre manière de parler de rencontre, d'espace de rencontre, pour moi c'est parler de doute. Nous sommes pris dans un discours social qui n'est pas sans effet sur nos pratiques, mais aussi sur les réflexions qui construisent nos pratiques. À l'heure du savoir, de l'expertise, que se passe-t-il lorsque se croisent les discours sur le savoir sur l'autre, sur l'étranger, et les discours sur le savoir sur l'enfant et sur la parentalité ? » (Günes 2011). Ce doute « méthodologique » appliqué à ses propres représentations et aux effets de celles-ci sur l'accueil des personnes étrangères est d'autant plus nécessaire que les frontières entre les institutions de soins accueillant des demandeurs d'asile et les instances administratives et juridiques sont poreuses. Cette « porosité » des limites de l'institution est due, dans ce cas précis, à la pression exercée pour soutenir la parole des étrangers de « preuves » médico-psychologiques produites par un discours expert. Cette pression, qui s'incarne dans la demande de certificats médico-psychologiques, produit des dilemmes chez les soignants, dilemmes qui font au Comede l'objet de débats réguliers : faut-il refuser de produire de tels certificats qui participent d'un système de mise en doute systématique de la parole des étrangers ? En refusant, ne risquerions-nous pas de porter préjudice au demandeur ? Et de tels certificats ne sont-ils pas un droit du patient ? Quelles conséquences sur la suite des soins, médicaux ou psychothérapeutiques, le refus ou l'acceptation de cette demande peuvent-ils avoir ? Que demande le patient ? Un certificat ou des soins ?

Répondre de manière univoque à ces questions empêcherait le mouvement de la pensée, alors que les pratiques cliniques dans le champ de l'exil nécessitent, au contraire, de favoriser l'identification des dilemmes et des doutes.

Le champ de la clinique de l'exil, ou plus précisément ici de l'asile, implique de tenir compte des conditions réelles d'existence des demandeurs d'asile. Il est en même temps essentiel de pouvoir s'en dégager pour créer un espace thérapeutique qui ne soit pas absolument suspendu à ces contraintes. C'est en cela que le doute face à nos propres représentations et schémas explicatifs est fécond. J'en citerai un exemple qui touche à la précarité sociale. Depuis que j'exerce au Comede, j'ai pris l'habitude de demander aux patients qui se plaignent de troubles du sommeil : « Où dormez-vous ? ». En effet, selon que la réponse est « par terre dans la cuisine d'un compatriote », « dans le noctambus », ou « dans mon lit au foyer », la conduite de l'entretien et l'élaboration autour des difficultés d'endormissement ne seront pas tout à fait les mêmes.

Lorsque l'on parle d'étrangers en situation précaire, la précarité comprend la précarité administrative. Le statut administratif, la légalité du séjour, les modalités du renouvellement des titres de séjour de courte durée font partie des conditions réelles d'existence en France. Il y a lieu de s'interroger sur les effets subjectifs de cette précarité administrative, sur la manière dont les exigences pour en sortir interpellent le sujet, lui assigne une place, et sur les stratégies que celui-ci doit mettre en place pour répondre à cette assignation ou s'en dégager.

L'ouvrage de Pestre, *La Vie psychique des réfugiés* (2010) rend compte des implications de l'engagement subjectif dans la procédure d'asile. Elle s'interroge notamment sur ce que « demande le demandeur d'asile » : « un mouvement d'aller-retour entre la demande de l'un (l'exilé qui demande protection) et la demande de l'Autre (l'État qui exige des preuves appuyant sa demande) est perceptible. Le réfugié se place en position de vulnérabilité à l'égard du destinataire de sa demande, et s'expose à un refus et à une exclusion de sa part. Un nouveau rapport de domination s'établit : l'État se saisit de cette demande et exerce une prise de pouvoir sur le sujet » (Pestre *ibid.* : 52). Dans le cas de la demande d'asile qui concerne les risques d'excision, la prise de pouvoir sur le sujet touche les parents comme les enfants, même si ces dernières n'ont pas formulé elles-mêmes de demande

à l'égard de l'État. La certification annuelle d'absence de mutilation(s) sexuelle(s) féminine(s) est en ce sens « exemplaire » : c'est sur le corps même des petites filles, par l'intermédiaire du regard médical que la prise de pouvoir étatique a lieu. Éviter aux petites filles un traumatisme physique, et un potentiel traumatisme psychique, en les protégeant de l'excision s'accompagne de l'exposition obligatoire des parties sexuelles de leur corps, chaque année. Il ne s'agit pas de comparer une violence à une autre. Mais il me paraît essentiel de s'interroger sur les effets psychiques possibles de ces examens, à court et moyen terme.

L'affect de honte est généralement associé au regard porté sur les parties intimes du corps. C'est cet affect qui signe aussi l'empreinte traumatique pour de nombreuses personnes qui ont été victimes de violence sexuelle. Aux confins de l'intime et du social, cet affect fige les victimes dans une position subjective d'exclusion. Dans le cas des enfants soumises au contrôle annuel, on peut parler de double exclusion. Exclusion de la « communauté d'origine », par l'exil et la volonté des parents de ne pas faire subir l'excision. Exclusion de la communauté d'accueil par ce contrôle de leur sexe qui les différencie des autres petites filles.

Il est par ailleurs artificiel de dissocier les possibles effets subjectifs de cette procédure sur les enfants de la position subjective à laquelle elle tend à assigner ses parents. Ces parents sont déjà dans une position d'écart par rapport à leur groupe social d'origine, puisqu'ils défendent leur droit à ne pas imposer de mutilations à leurs enfants. Le soupçon porté sur leur capacité à être de « bons parents », non maltraitants, les différencie en second lieu des autres parents dans la société d'accueil. M. T. en témoigne : voulant protéger son enfant, il se trouve pourtant en position de complicité face à des pratiques qu'il réprouve, qu'il ne comprend pas et qui le renvoie à la position contre laquelle il se révolte, celle d'un père voulant imposer des mutilations à son enfant. Ils sont enfin différenciés des autres personnes bénéficiant du statut de réfugié ou de la protection subsidiaire, car, pour eux, l'octroi de la protection ne signe pas la fin de la quête de reconnaissance – sur le plan administrativo-juridique comme sur le plan psychique – puisque le corps de l'enfant reste soumis à l'obligation de faire preuve, pour la parole du parent.

Le discours et la logique institutionnelle qui sous-tendent les certificats d'absence de mutilation(s) sexuelle(s) féminine(s),

repose sur ce que Fethi Benslama nomme « la reconnaissance de l'étranger par assignation psychique à une identité culturelle » (Benslama 1997 : 42). Cette assignation tend à nier le déplacement, le mouvement par lequel l'étranger s'est rendu étranger à lui-même et aux siens en se situant dans un écart par rapport à son groupe « d'origine ».

Travailler dans le champ de la clinique de l'exil signifie avoir à faire avec « l'empêchement d'exil » (Douville 2012 : 228). Le cheminement psychique de l'exil est « barré » par les injonctions contradictoires d'un État protecteur et discriminant dans le même geste. Le témoignage de M. T. donne à entendre à quel point le récit et la transmission de l'histoire familiale sont rendus complexes par l'exigence de production du certificat annuel d'absence de mutilation sexuelle. Cette exigence le renvoie avec insistance à sa propre histoire sans perspective de « tourner la page ». En le contraignant à la confrontation répétée aux ruptures de son parcours existentiel, cette exigence est sans égard pour le rythme d'élaboration et de mise en mots de la dimension traumatique de ce parcours. Elle fait obstacle à son désir d'être, en tant que père, passeur et traducteur d'une histoire qui s'inscrit dans des temps et des lieux éloignés, à l'opposé d'un éternel retour à l'origine.

Nous – les personnes qui ont accepté de témoigner, les collègues avec qui j'ai débattu de ce sujet, moi-même, avons beaucoup parlé des fillettes « protégées ». L'intégrité de leur sexe nous a fait discourir et écrire. Elles n'ont pas beaucoup – pas du tout ? – eu la parole. Pourtant, c'est bien d'elles qu'il s'agit, et des conséquences pour elles d'avoir à subir ou d'être protégées de mutilations sexuelles, mais également d'avoir à rencontrer un médecin qui examinera leurs organes génitaux, chaque année, sans souvent comprendre les raisons de ce regard porté sur une partie de leur corps que l'on nomme intime. Il me semble impossible de dire qu'elles en seront forcément « traumatisées », que leur rapport à leur corps, à l'État, aux médecins, à leurs parents en sera profondément et durablement altéré. Il me semble tout autant impossible d'affirmer le contraire. Seules, elles, pourront le dire.

Bibliographie

- ADFEM (Action et Droits des Femmes Exilées et Migrantes) *Droit d'asile et femmes : quelle situation en France aujourd'hui ?*; 2012. Disponible : <http://doubleviolen.free.fr/spip/spip.php?article148>
- Benslama F. La demeure empruntée. *Psychologie clinique. Les sites de l'exil* 1997 ; 3 : 39-48.
- CFDA (Coordination Française pour le Droit d'Asile) *De la protection à la suspicion : l'exigence annuelle du certificat de non-excision*; 2012. http://cfda.rezo.net/asile%20et%20femmes/CFDA_note_Excision_octobre%202012.pdf
- Dorlin E. Le grand strip-tease : féminisme, nationalisme et burqa en France. In : Mbembe A. et al. *Ruptures postcoloniales*. Paris : La Découverte ; 2010 : 429-442.
- Douville O. Des parentalités en exil, des mères en « non-lieu ». In : Davoudian C. dir. *Mères et bébés sans papiers*. Paris : Erès ; 2012 : 225-239.
- Guattari F. *Les Années d'hiver*. Paris : les prairies ordinaires ; 2009.
- Günes C. Exil et précarité, l'entre-deux de l'accueil. In : *Journées de Paroles sans frontières Exil, précarité, petite enfance : quel accueil pour le tout-petit ?* 7 janvier 2011. <http://www.p-s-f.com/psf/spip.php?article272>
- Fassin E. La démocratie sexuelle et le conflit des civilisations. *Multitudes*; 2006 ; 3 : 123-131.
- Pestre E. *La Vie psychique des réfugiés*. Payot ; 2010 : 52.

