

Parlement francophone bruxellois
(Assemblée de la Commission communautaire française)



5 novembre 2025

SESSION ORDINAIRE 2025-2026

AUDITIONS

sur la thématique de la santé sexuelle

RAPPORT

fait au nom de la commission des Affaires sociales,
de la Famille et de la Santé

par Anne-Charlotte d'URSEL
et Mme Cécile VAINSEL

SOMMAIRE

1. Désignation du rapporteur / de la rapporteuse.....	3
2. Exposé de Mme Aminata Sidibé, coordinatrice de Bruxelles au GAMS Belgique.....	3
3. Exposé de Mme Fabienne Richard, directrice du GAMS Belgique..	6
4. Exposé de Mme Delphine Chabbert, directrice du FLCPF	8
5. Discussion	14
6. Approbation du rapport.....	30
7. Annexes	31

Ont participé aux travaux : Mme Latifa Aït-Baala, M. Mustapha Akouz, M. Abdourahmane Baldé, Mme Marie Cruysmans, Mme Ariane de Lobkowicz, Mme Anne-Charlotte d'Ursel, Mme Hanina El Hamamouchi, Mme Gisèle Mandaila, M. Petya Obolensky, Mme Amélie Pans (présidente), Mme Françoise Schepmans, Mme Farida Tahar et Mme Cécile Vainsel, ainsi que Mme Delphine Chabbert, Mme Fabienne Richard, Mme Aminata Sidibé (personnes auditionnées).

Mesdames,
Messieurs,

La commission des Affaires sociales, de la Famille et de la Santé a procédé, en sa réunion du 5 novembre 2025, aux auditions des représentantes du GAMS et de la Fédération des centres laïques de planning familial.

1. Désignation du rapporteur/ de la rapporteuse

À l'unanimité des 10 membres présents, Mme Anne-Charlotte d'Ursel et Mme Cécile Vainsel ont été désignées en qualité de rapporteuses.

2. Exposé de Mme Aminata Sidibé, coordinatrice de Bruxelles au GAMS Belgique

Mme Aminata Sidibé (coordinatrice de Bruxelles au GAMS Belgique) se présente comme coordonnatrice de Bruxelles au sein du GAMS, ainsi que chargée de projets au niveau du réseau des stratégies concertées de lutte contre les mutilations génitales féminines (SC-MGF).

Elle abordera la thématique de la santé sexuelle en expliquant comment son organisation a mené une analyse des besoins et ce qui a été mis en place à la suite de cette analyse. Elle présentera le diagnostic communautaire sur les besoins et les demandes en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs des personnes concernées par les MGF en Région bruxelloise. Il s'agit d'une étude financée par la Commission communautaire française publiée en 2021.

Cette étude se structure en plusieurs parties : une introduction, un aperçu du contexte avec une revue de la littérature sur la situation à Bruxelles, une partie méthodologique, les résultats des entretiens menés dans le cadre de la collecte de données, une discussion assortie de constats, ainsi que des recommandations.

L'objectif de l'étude est d'évaluer et d'identifier les besoins et attentes en matière de santé sexuelle et reproductive des femmes concernées en Région bruxelloise. Il s'agit d'un outil à destination des professionnels (en santé sexuelle et reproductive), destiné à les outiller pour offrir un accompagnement adapté à cette population spécifique. L'oratrice utilisera à la fois les termes « excision » et « MGF », bien que le mot « excision » soit souvent utilisé de manière générique

pour désigner toutes les formes de mutilations génitales féminines.

Cette étude vise à formuler des propositions concrètes pour améliorer les services existants et promouvoir la santé et le bien-être sexuel et reproductif de ce public.

Elle revient ensuite sur la revue de la littérature mentionnée en début d'intervention, précisant qu'elle ne développera pas cet aspect en détail, mais qu'il y est question du contexte bruxellois dans ses dimensions sociales, économiques, ainsi que des caractéristiques spécifiques du public concerné, souvent engagé dans un parcours migratoire. Elle évoque les besoins, les spécificités et les difficultés rencontrées par ces communautés, notamment les violences, le parcours migratoire, le regroupement familial, les situations de vulnérabilité, comme celles de femmes en situation administrative irrégulière. L'excision peut également être invoquée comme motif pour demander une protection internationale.

L'oratrice indique avoir inséré dans sa présentation les chiffres contextuels ayant servi de base à l'étude. Elle rappelle que l'étude a été publiée en 2021 et que ces chiffres proviennent d'une étude de prévalence fondée sur les données disponibles jusqu'au 31 décembre 2016. Une seconde étude de prévalence a depuis été menée, elle pourra en parler plus en détail par la suite.

Lors de la réalisation de ce diagnostic communautaire, la population concernée par l'excision en région bruxelloise était estimée à plus de 8.000 personnes. Elle distingue deux groupes au sein de cette population : d'une part, les femmes et les filles ayant déjà subi une excision; d'autre part, celles qui sont à risque si aucune action de prévention n'est menée.

Avec les chiffres mis à jour au 31 décembre 2020, soit quatre ans après les premiers, la population concernée est désormais estimée à environ 10.000 personnes à Bruxelles. Parmi celles-ci, deux tiers ont subi une excision, et un tiers est considéré comme à risque en l'absence de prévention. Les origines des personnes concernées les plus représentées sont visibles sur le graphique affiché dans sa présentation (voir annexe).

Concernant la méthodologie employée pour cette étude, il y a d'abord eu une revue de la littérature. Ensuite, pour la collecte des données, des entretiens individuels ont été réalisés ainsi que des groupes de discussion avec des personnes concernées, incluant des femmes et des filles, parmi lesquelles figuraient aussi des mineures, notamment des mineures étrangères non-accompagnées (MENA) âgées de moins de 16 ans.

Les résultats de ces entretiens ont d'abord été rassemblés dans un premier rapport et transmis ensuite à des professionnels. Cette démarche, reposant sur une méthodologie dite de triangulation, a permis aux professionnels de commenter et d'évaluer la concordance entre les données issues des témoignages des femmes concernées et leurs propres observations de terrain. L'oratrice insiste sur l'importance de croiser les perspectives des personnes directement concernées et celles des intervenants professionnels.

Elle conclut cette partie en annonçant que les constats et recommandations issus de cette double analyse seront présentés dans la suite de son intervention, et qu'elle va à présent exposer les résultats ressortant des entretiens réalisés.

L'intervenante précise, comme cela est visible sur le graphique, que 63 personnes ont été prises en compte dans l'analyse. La population la plus représentée est celle issue de Guinée-Conakry, mais que l'étude inclut un total de 14 nationalités différentes. L'échantillon présente une large diversité, avec des âges allant de 16 à 70 ans. Elle rappelle que, parmi les mineures rencontrées, il s'agissait de MENA. Aucun critère n'a été fixé concernant la durée de séjour en Belgique, ce qui permet une représentation assez large des parcours migratoires.

Elle aborde ensuite les principaux constats dégagés de l'étude. Le premier axe porte sur les récits liés à la migration. De nombreuses femmes interrogées ont migré pour fuir des violences intrafamiliales, des violences conjugales, ou encore des mariages forcés. Ces éléments apparaissent de manière récurrente dans les témoignages.

L'analyse a également mis en évidence une difficulté dans les procédures de demande d'asile, et notamment que les mariages forcés sont rarement reconnus comme des motifs valables de demande de protection internationale, contrairement aux MGF pour lesquelles la preuve peut être établie plus facilement, notamment par un certificat médical. Le certificat permet de documenter objectivement l'atteinte physique, ce qui n'est pas le cas pour un mariage forcé.

Certaines femmes ont fui leur pays en raison d'un risque d'excision, voire de ré-excision, ce qui constitue également un enjeu spécifique. Ce phénomène de ré-excision peut concerner notamment les femmes ayant subi une infibulation – c'est-à-dire une fermeture quasi complète de l'orifice vaginal. Après un accouchement, certaines femmes peuvent être réinfibulées, et c'est ce type de situation que certaines ont cherché à éviter en quittant leur pays d'origine.

L'intervenante poursuit en abordant la question de la santé. Les entretiens ont permis de comprendre comment les participantes percevaient leur propre santé. Des questions leur ont été posées sur ce que signifiait pour elles être en bonne ou en mauvaise santé. Elle rapporte que les réponses évoquaient de nombreux déterminants sociaux de la santé, comme les conditions de logement, l'alimentation, l'accès aux soins de santé, mais également les éléments liés au parcours migratoire ou à l'exil.

Plusieurs femmes ont aussi évoqué la santé mentale comme un facteur important influençant leur bien-être global et insiste sur le fait que les problématiques psychiques, souvent liées à des situations d'instabilité, de précarité ou de traumatisme, jouent un rôle central dans la perception qu'ont ces femmes de leur santé.

Mme Aminata Sidibé aborde ensuite les résultats relatifs à la santé sexuelle et reproductive, et identifie trois grands axes, en commençant par la question de la contraception. Plusieurs femmes ont évoqué un manque d'information ou de connaissances sur les méthodes contraceptives. Elle donne l'exemple d'une femme qui a déclaré ne pas utiliser de contraception par peur que cela soit visible physiquement, ce qui pourrait générer des jugements au sein de sa communauté.

Certaines femmes en situation de grande précarité craignaient également d'être stigmatisées si elles prenaient une contraception, car cela pourrait être interprété comme une preuve de vie sexuelle active, ce qui serait mal vu par leur entourage. Ces jugements peuvent freiner l'accès à la contraception pour certains profils de femmes, notamment en situation irrégulière ou isolées socialement.

L'oratrice aborde ensuite les résultats relatifs aux infections sexuellement transmissibles (IST), comme le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou le virus du papillome humain (HPV). Les niveaux de connaissance à ce sujet variaient fortement d'une personne à l'autre. Elle souligne qu'il existait une peur marquée vis-à-vis du dépistage, liée à la crainte du résultat. Certaines femmes exprimaient que recevoir un diagnostic positif serait perçu comme une condamnation à mort.

Concernant l'interruption volontaire de grossesse (IVG), une forte demande d'information a été observée. Toutefois, l'IVG restait un sujet largement tabou, notamment en raison de rejets culturels et religieux exprimés par les personnes interrogées.

Sur le plan de la sexualité, les témoignages étaient partagés. Une majorité des femmes indiquaient que l'excision avait eu des conséquences négatives, tant

sur le plan physique que psychologique. Certaines femmes évoquaient des douleurs pendant les rapports, un manque d'intérêt ou de plaisir, ou encore un désintérêt pour leur partenaire. Cela pouvait parfois engendrer des tensions, voire des violences au sein du couple, ou nourrir un sentiment d'être différente.

La sexualité hors mariage était perçue comme un sujet très tabou, et il était difficile, voire impossible, d'en parler, même entre femmes d'une même communauté – que ce soit avec la mère, la sœur ou une amie proche. Cependant certaines femmes ont également partagé des expériences positives. Dans les cas où le partenaire était respectueux et patient, la sexualité pouvait se vivre de manière satisfaisante, ce qui montre que les conséquences peuvent varier fortement d'une personne à l'autre.

L'intervenante aborde ensuite la question de l'orientation sexuelle et mentionne que deux participantes se sont identifiées comme faisant partie de la communauté LGBTQIA+, en l'occurrence deux femmes lesbiennes. Ces dernières ont exprimé un sentiment de rejet, à la fois dans leur communauté d'origine – en raison de leur orientation sexuelle – et au sein même de la communauté LGBTQIA+, où leur vécu de l'excision était peu connu ou peu reconnu. Ces femmes exprimaient la peur d'être perçues différemment à cause de ce qu'elles avaient vécu. Il existe un véritable manque d'études sur cette intersection entre orientation sexuelle et MGF, un point qui mériterait d'être davantage exploré.

Mme Aminata Sidibé poursuit en abordant la question des violences. Elle rappelle que l'excision s'inscrit dans un continuum de violences qui peuvent être subies par les femmes. Souvent, les personnes qui ont subi une excision ont également été confrontées à d'autres formes de violences, telles que les mariages forcés, les viols conjugaux, les violences sexuelles ou encore les violences domestiques.

Parmi le public interrogé, la majorité avait subi une excision, tandis que d'autres étaient identifiées comme étant à risque. Aucune des personnes concernées n'a exprimé le souhait de faire exciser son enfant. Les femmes évoquaient de nombreuses conséquences vécues comme problématiques, notamment sur le plan sexuel ou menstruel.

L'oratrice aborde ensuite d'autres formes de violences basées sur le genre vécues par les participantes. Concernant les mariages forcés, elle insiste sur le fait qu'il s'agit d'un phénomène très courant selon les témoignages. Pour ce qui est des violences sexuelles, elle explique que les personnes qui en avaient été victimes en parlaient de manière indirecte, à demi-mot. Elle mentionne également le cas d'une

femme ayant subi de la prostitution forcée, ainsi que des témoignages de violences conjugales.

Ces violences restent souvent taboues, et les femmes concernées indiquaient éprouver des difficultés à en parler, même à leur entourage proche. Un autre élément important est le manque d'information sur les services existants. Plusieurs femmes se sentaient mal informées sur les ressources disponibles pour les aider face à ces violences.

Mme Aminata Sidibé aborde ensuite la question de l'accès aux services. L'étude a révélé une faible connaissance de l'existence de certaines professions et de certains services. Elle cite notamment les centres de planning familial, ainsi que les associations de soutien qui peuvent être mobilisées en cas de besoin, par exemple lorsqu'une personne est victime ou connaît une victime de violences basées sur le genre. Les assistantes sociales étaient rarement citées comme des personnes-ressources vers qui se tourner pour obtenir des informations sur ces services.

Les services de santé mentale étaient fréquentés par une partie du public interrogé, mais que cela restait très insuffisant au regard des besoins exprimés. Elle note l'existence de plusieurs barrières dans l'accès à ces services : des obstacles linguistiques, un manque de connaissance des dispositifs, et une difficulté générale à aborder des sujets intimes avec les professionnels de la santé. Elle insiste sur le besoin urgent de formation des professionnels, notamment en matière de communication interculturelle.

Elle évoque aussi la nécessité d'avoir recours à des traducteurs ou interprètes formés spécifiquement aux violences basées sur le genre. Ces derniers peuvent jouer un rôle essentiel en facilitant la compréhension entre les professionnels et les personnes concernées. Ces thématiques devraient être intégrées dans les cursus de formation de base des professionnels susceptibles d'accompagner ces publics tout au long de leur parcours de soins.

L'oratrice conclut sur ce point en revenant brièvement sur les constats généraux. L'accès aux services de santé sexuelle et reproductive peut représenter une réelle opportunité pour certaines femmes, mais cela ne fait pas toujours partie de leur parcours de soins habituel. Elle observe que, dans le cadre des procédures d'asile, le moment où un certificat d'excision ou de non-excision est émis constitue souvent une des premières occasions pour évoquer ces questions et identifier les besoins des personnes concernées.

L'intervenante insiste sur l'importance de renforcer l'accès à l'information concernant les services exis-

tants, ainsi que les professions qui peuvent accompagner ces femmes. Elle souligne aussi la nécessité de prendre en compte l'ensemble du vécu des femmes, ce vécu ayant une influence directe sur leur santé sexuelle et reproductive. Elle appelle à une meilleure compréhension du lien entre les MGF et la santé sexuelle.

Elle présente enfin les recommandations issues de l'étude. Elle énumère brièvement le renforcement de l'accès à des services de santé holistiques; favoriser la littératie en santé sexuelle des femmes concernées par l'excision; renforcer la formation et l'information des professionnels; améliorer les connaissances via la conduite d'études supplémentaires; renforcer la prise en compte des violences basées sur le genre (VBG) dans les parcours d'asile; améliorer la compréhension générale des MGF et déconstruire les idées reçues.

Elle conclut en passant la parole à sa collègue, Mme Fabienne Richard.

3. Exposé de Mme Fabienne Richard, directrice du GAMS Belgique

Mme Fabienne Richard (directrice du GAMS Belgique) remercie sa collègue et se présente en tant que directrice du GAMS Belgique, mais aussi active sur le terrain, notamment tous les mardis matin au sein du CeMAVIE, le Centre Médical d'Aide aux Victimes de l'Excision, situé au CHU Saint-Pierre, dans le centre, 320 rue Haute. Elle précise qu'elle a une expérience clinique à la fois en Afrique et en Europe.

Le GAMS développe depuis longtemps des outils en matière de santé sexuelle. Ce travail ne date pas d'hier : l'organisation fêtera ses 30 ans l'année prochaine. L'approche du GAMS repose toujours sur une dynamique communautaire et sur la promotion de la santé. Aucun outil n'est élaboré sans que les femmes concernées aient pu exprimer leur besoin et sans qu'elles soient pleinement impliquées dans le processus de co-construction.

L'intervenante poursuit en prenant l'exemple des petites brochures réalisées par le GAMS sur la toilette intime ou sur les règles, qui sont nées de demandes directes des femmes. Ces demandes sont souvent remontées via les groupes mensuels organisés dans le cadre du GAMS, appelés « DVM » – Dernier Vendredi du Mois – qui représentent une activité emblématique à Bruxelles. Elle ajoute que ce type de groupe existe également dans chaque antenne en Wallonie et en Flandre.

À Bruxelles, les consultations avaient mis en évidence que de nombreuses femmes utilisaient une variété de produits dans l'objectif d'assécher leur vagin, dans l'idée que cela procurerait une « seconde virginité ». Certaines femmes considéraient, par exemple, qu'après avoir eu plusieurs enfants, il fallait « resserrer » le vagin. Ces pratiques peuvent entraîner des infections ou des douleurs.

C'est dans ce contexte qu'une brochure a été créée, de petite taille, facile à glisser dans la main ou dans une poche, et illustrée avec de nombreux dessins, portant sur la toilette intime.

Concernant les règles, l'idée d'une brochure est venue du travail réalisé à la Sister's House, auprès de femmes migrantes, notamment celles en transit vers l'Angleterre ou toujours en route. L'intervenante évoque les difficultés que rencontrent les femmes qui ont leurs règles tout en étant en situation de migration, notamment en l'absence de protections hygiéniques. Une brochure a donc été conçue pour répondre à cette problématique spécifique.

Elle mentionne également une initiative plus large, menée sur une année entière, consacrée à la sexualité. Cela peut sembler surprenant à certains, compte tenu du contexte de violences vécues, et notamment de l'excision. Toutefois, la sexualité est un sujet qui intéresse profondément les femmes concernées qui ont envie d'en parler.

En créant un espace sécurisé, en non-mixité, les femmes s'expriment librement. Elle insiste sur le fait que les femmes excisées peuvent éprouver du plaisir et critique la tendance à sur-victimiser ces femmes et à les considérer comme irrémédiablement privées de sexualité. L'approche du GAMS est centrée sur la résilience : une femme, même excisée, reste une personne capable de ressentir du désir et du plaisir. C'est sur cette base que l'accompagnement est construit.

Mme Fabienne Richard évoque les possibilités offertes au « CeMAVIE », où des interventions chirurgicales (réexposition du clitoris) peuvent être proposées, mais précise que peu de femmes vont jusqu'à cette étape. Un accompagnement par une sexologue ou une psychologue permet souvent de lever de nombreuses peurs, et de retrouver un rapport apaisé au plaisir, sans nécessairement passer par la chirurgie.

Un abécédaire a été conçu dans ce cadre, dans lequel chaque lettre abordait un mot-clé. Par exemple, pour la lettre « C », on trouvait à la fois « clitoris » et « consentement ». Cet outil abordait donc à la fois des thématiques liées au désir, mais aussi des questions de prévention des violences.

L'une des forces du GAMS réside dans la production d'outils multilingues à destination des femmes primo-arrivantes, afin de leur donner un accès à une information de qualité. Il existe encore de nombreux stéréotypes autour de certaines professions du secteur psycho-médico-social : certaines femmes refusent de consulter une sexologue en pensant que c'est réservé aux femmes prostituées, ou n'osent pas voir une psychologue de peur d'être considérées comme « folles ».

Il a donc été utile de produire une vidéo expliquant à quoi servent les sexologues. Cette vidéo a été traduite en plusieurs langues et peut être enrichie progressivement à mesure que des financements seront obtenus.

L'oratrice poursuit en précisant que le GAMS débute généralement par la production de cinq ou six vidéos dans des langues différentes. Lorsque des financements supplémentaires sont obtenus, ils permettent d'en ajouter, car ces outils ne s'adressent pas uniquement aux femmes ayant subi l'excision, mais bien à toutes. Trois vidéos ont déjà été réalisées : l'une sur le rôle des sexologues, l'autre sur le rôle des gynécologues, et la troisième sur le rôle des psychologues. Ils souhaiteraient poursuivre avec des vidéos sur les sages-femmes ou encore les kinésithérapeutes, notamment sur la kinésithérapie du périnée.

Le matin même, des femmes lui avaient demandé une chirurgie parce qu'elles se sentaient « larges », après plusieurs accouchements. Elle leur avait expliqué que ce n'était pas de la chirurgie qu'il fallait envisager mais de la kiné, précisant que le vagin est un muscle.

Mme Fabienne Richard évoque ensuite une vidéo réalisée sur la désinfibulation. Cette vidéo a été conçue suite à plusieurs cas, encore récemment en Belgique, où des femmes avaient été désinfibulées sans accès à une traduction dans leur langue d'origine. Elle donne l'exemple d'une femme somalienne vivant dans un centre pour demandeurs d'asile, qui n'avait pas eu le temps d'apprendre le français ou le néerlandais. Sa tutrice, une jeune femme, avait organisé l'intervention avec le gynécologue, mais la patiente ne comprenait pas ce qui allait lui arriver. Lorsqu'elle s'était réveillée sur la table d'opération, elle avait ressenti la scène comme un viol, car elle s'était réveillée avec du sang et des douleurs.

L'intervenante rappelle que, dans la classification de l'OMS, il existe plusieurs types de MGF, le type le plus sévère étant l'infibulation. Elle décrit ce type comme étant une fermeture partielle ou totale des lèvres internes ou externes, cousues ou collées, ne laissant qu'un minuscule orifice pour permettre l'évacuation des règles et de l'urine. Pour permettre des

accouchements ou des rapports sexuels sans douleur, une désinfibulation peut être proposée, sous anesthésie. Il s'agit d'une intervention médicale consistant à rouvrir la zone.

Elle insiste sur le fait qu'il s'agit d'un acte qui doit être consenti, qui doit être un choix éclairé. Dans le cas de la femme évoquée, elle n'avait pas été suffisamment informée ni accompagnée, et avait donc vécu l'intervention comme une violence. C'est pour prévenir ce type de situation qu'une vidéo explicative a été créée. Elle est destinée aux professionnels – gynécologues, sages-femmes – pour qu'ils puissent présenter clairement l'intervention : en quoi elle consiste, quelles en sont les suites opératoires, et permettre à la femme de décider, maintenant ou plus tard, si elle souhaite la réaliser.

Cette prise en charge multidisciplinaire répond aussi à une demande de l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes (IEFH), afin d'expliquer ce qui se fait dans les deux centres actuellement accrédités par l'Inami en Belgique : le centre « CeMAVIE » à Bruxelles et à l'UZ Gent. Ces centres proposent à la fois la reconstruction chirurgicale et un accompagnement pluridisciplinaire, notamment sexologique et psychologique.

L'oratrice aborde ensuite le dernier projet mené par le GAMS au sein duquel ils aiment innover et ne craignent pas de sortir des sentiers battus. Elle explique qu'un travail a été mené avec Magaly Pirottei, une Française vivant au Québec, dans le cadre d'un projet de coopération entre Bruxelles et le Québec. Cette personne réalise des moulages de vulves avec l'accord des participantes.

Ces moulages sont réalisés en silicone, et permettent de montrer la diversité des vulves. Elle raconte avoir reçu en consultation, par erreur, de très jeunes filles venues demander une nymphoplastie. Ces jeunes patientes, âgées de 16 ans, voulaient réduire la taille de leurs lèvres qu'elles jugeaient trop grandes, alors qu'elles étaient tout à fait normales. Il est important de montrer cette diversité, de la même manière qu'on accepte les différences de forme ou de taille pour des oreilles ou un nez. Il faut apprendre à connaître et à accepter son corps.

Cet outil s'est révélé très utile. Pour la première fois, un atelier de moulage de vulve a été réalisé avec des femmes ayant subi différents types d'excision. Certaines avaient eu une reconstruction, d'autres non. L'oratrice rapporte le témoignage d'une jeune fille de 19 ans, qui n'avait subi aucune chirurgie, mais qui a déclaré que cet atelier avait été pour elle une forme de guérison. La jeune fille expliquait que le fait de pouvoir mouler elle-même sa vulve, sans que personne ne la touche, tout en étant consultée à chaque

étape, avait représenté un moment clé. Elle raconte que Magaly, la facilitatrice, lui demandait systématiquement : « Est-ce que tu consens ? Est-ce que tu es d'accord ? Tu peux t'arrêter à tout moment, rien n'est obligatoire ». La jeune fille avait dit : « C'est ça qui m'a guérie ». Elle avait expliqué qu'elle gardait en mémoire la voix de sa mère, lors de son excision à l'âge de sept ans, qui disait à l'exciseuse : « Coupe encore, coupe encore, ce n'est pas assez ». Elle avait l'impression que sa mère avait pris possession de son corps. Pour elle, l'atelier avait représenté un moment de reprise de pouvoir : cette fois, c'était elle qui disait « oui », qui décidait.

Mme Fabienne Richard conclut en montrant la photo de Mme Khadiatou Diallo, fondatrice du GAMS en 1996, puis présente Mme Diariou Sow, la nouvelle présidente depuis 2022.

4. Exposé de Mme Delphine Chabbert, directrice de la Fédération laïque des Centres de Planning familial (FLCPF)

Mme Chabbert (directrice de la FLCPF) prend la parole et remercie pour l'invitation. Elle précise que son intervention sera différente de celle du GAMS, plus globale et institutionnelle, mais espère qu'elle sera complémentaire.

La Fédération qu'elle représente regroupe plus d'une quarantaine de centres de planning familial à Bruxelles, en Commission communautaire française et en Wallonie. La demande qui leur a été faite pour cette audition étant assez générale elle explique ne pas savoir jusqu'où aller dans les précisions. Elle annonce donc une présentation très générale sur les thématiques demandées, à savoir la contraception, les IST et l'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle (EVRAS).

La Fédération a toutefois bien plus d'activités, de thématiques, d'expertises et de projets concrets. Ils y répondront volontiers si des questions sont posées à ce sujet. L'oratrice présente ses excuses par avance si certains rappels semblent évidents, notamment pour certains députés qu'elle sait déjà bien informés, elle passera rapidement sur ces points pour consacrer du temps aux échanges.

Il lui semblait néanmoins important, puisque la « commande » portait sur la santé sexuelle et reproductive, de partir d'une définition commune afin de partager un langage commun. Elle reprend alors la définition de l'OMS, organisation déjà évoquée par les intervenantes précédentes, et rappelle que la santé sexuelle est définie comme un état global de « bien-être physique, émotionnel, mental et social associé

à la sexualité. Elle ne consiste pas uniquement en l'absence de maladie, de dysfonction ou d'infirmité ».

Il ne s'agit, en effet, pas uniquement de l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité, mais bien d'un état de bien-être, comme pour toute définition de la santé. C'est dans ce cadre que la Fédération et les centres de planning s'inscrivent.

Elle insiste sur quelques mots-clés à retenir, plutôt que d'apprendre la définition par cœur; elle affirme que, même si cela peut paraître évident pour certaines et certains, cela ne l'est pas pour tout le monde. Tout le monde a une sexualité, toutes les sexualités sont possibles à partir du moment où il y a consentement, et la vie sexuelle et la santé sexuelle relèvent pleinement de la santé, au même titre que la santé mentale ou physique.

La santé sexuelle et reproductive est un droit. On parle de droits sexuels et reproductifs, et à ce titre, leur défense pour toutes et tous est essentielle pour la Fédération. Ces droits sont régulièrement attaqués, ils l'ont toujours été et ils le seront encore. Parmi ces droits l'IVG est régulièrement remis en question.

Ce qu'il faut retenir, c'est que la santé sexuelle, et on a tous une sexualité, c'est de la santé et ce sont des droits. Pour avoir une santé sexuelle épanouie, et donc viser cet état de bien-être dans toutes ses dimensions telles qu'abordées au début, quatre conditions ont été identifiées. Il y en a beaucoup plus, bien entendu, mais il s'agit de quatre conditions indispensables à rencontrer pour aller vers cet état de bonne santé sexuelle.

La première condition, que l'on a d'ailleurs beaucoup retrouvée dans les points abordés par le GAMS, c'est la question de l'accès à l'information. Il s'agit d'une information de qualité, une information vérifiée, une information adaptée, puisqu'il sera aussi question de la sexualité des enfants, et donc une information adaptée aux âges, aux personnes, aux cultures. Cela touche à la question de la littératie, à la capacité à comprendre ces données et ces informations, et que c'est un préalable de base. L'oratrice insiste sur le besoin d'organismes et de professionnels qui permettent l'accès à cette information de qualité.

La deuxième condition, c'est d'être conscient. Il y a l'information, la littératie, mais aussi la capacité à développer des compétences par rapport à cette information, des compétences qui sont bonnes pour soi. Elle donne l'exemple de la conscience des risques et des conséquences d'un rapport non protégé, comme une grossesse non désirée, ou le risque d'infections ou de maladies sexuellement transmissibles.

La troisième condition essentielle est l'accès à des soins. Elle parle de soins de qualité, de soins spécialisés en santé sexuelle et reproductive, de soins universels, bien entendu, mais aussi de soins inclusifs qui accueillent tout le monde.

La quatrième condition est de vivre dans un environnement qui promeut la santé sexuelle et le respect de toutes les identités et de toutes les sexualités. Il s'agit de conditions et de considérations très générales et généralistes, et il sera possible d'y revenir dans le détail si des questions sont posées.

Mme Delphine Chabbert indique que, puisqu'ils sont une fédération de centres de planning familial et qu'ils ont été invités, ils se sont permis de rappeler rapidement ce qu'est un centre de planning familial. Elle pense que tout le monde le sait et espère que chacun a eu l'occasion de passer les portes d'un centre. Un centre de planning familial est un service ambulatoire, c'est-à-dire déshospitalisé, de première ligne, même si c'est un centre spécialisé en santé sexuelle, c'est un centre de première ligne.

Beaucoup de centres de planning familial sont « bas-seuil », c'est-à-dire inconditionnels, ouverts à tout le monde, sans condition monétaire, avec ou sans papiers, sans condition d'âge, de genre ou d'identité.

Il s'agit de services spécialisés qui dispensent des soins, de l'information, des animations, de la prise en charge, de l'encadrement, de l'écoute sur les questions de contraception et de soins. Elle fait le lien avec les vidéos mentionnées juste avant, en précisant qu'elles leur seront très utiles aussi. Elle indique ne pas les connaître, et qu'elle ira les visionner. Puisque ces vidéos renseignent sur ce qu'est une consultation chez un gynécologue, un psychologue, un sexologue, des consultations accessibles pour toutes et tous, cela représente une véritable plus-value.

En matière de centres de planning familial, elle rappelle qu'ils prennent en charge, préviennent, accompagnent en cas d'IST. Ils prennent aussi en charge l'information, la détection des personnes victimes de violences sexistes et sexuelles ou conjugales, les questions d'identité et de sexualité pour les personnes LGBTQIA+.

Cela concerne évidemment les personnes, les couples, les familles, les enfants, les jeunes et les personnes de tous âges. L'intervenante insiste sur un point important : 80 % des interventions volontaires de grossesse se passent dans des centres de planning. Il est extrêmement important pour eux que les centres de planning continuent à avoir des moyens suffisants.

Elle reviendra sur les recommandations pour faire un accompagnement qualitatif et humain des personnes, notamment des femmes, qui viennent pour une intervention volontaire de grossesse.

L'oratrice souligne qu'il y a un intérêt et une valeur ajoutée très importante, au niveau de la qualité et de l'accompagnement, à déshospitaliser ces interventions. Il y a 32 centres de planning familial à Bruxelles, dont 27 qui sont agréés en Commission communautaire française. Les trois autres sont agréés en Commission communautaire commune. L'essentiel des centres sont regroupés à la FLCPF. Les autres sont à la Fédération pluraliste des centres de planning familial.

Ce sont des services bas-seuil, qui accueillent le public sans condition, mais il est particulièrement important pour eux de partager le fait qu'ils ont une attention très forte pour les publics qui traversent une situation de vulnérabilité. Cela peut concerner des femmes qui ont subi des violences, des mutilations génitales ou d'autres formes de violences, des jeunes ou des personnes en grande précarité, puisque le service est inconditionnel.

Un centre de planning, c'est beaucoup de choses. Ce sont des situations humaines, un accompagnement. Il existe une vie formidable dans les plannings. L'oratrice ne peut qu'inviter les commissaires et toutes les autres personnes à aller les visiter, les rencontrer, et que la Fédération sera à disposition si quelqu'un a besoin d'être mis en contact avec un centre bruxellois.

Ce modèle de planning existe depuis très longtemps. Il est né des résultats des luttes féministes. C'est un modèle très précurseur, très avant-gardiste. Aujourd'hui, le Plan social santé intégrée (PSSI), que chacun connaît, promeut des modèles intégrés et interdisciplinaires, ce que les plannings pratiquent depuis plus de 30 ans.

Les plannings sont des centres de soins intégrés, multidisciplinaires et humains. Ce sont des centres qui accueillent la personne dans sa globalité, des centres de proximité où l'on ne juge pas les personnes, où il y a un accueil humain. L'oratrice décrit cet accueil humain comme étant assuré par la première personne rencontrée en entrant dans un planning, et qui prend le temps pour accueillir. Cela ne consiste pas seulement à prendre un rendez-vous, mais aussi à poser des questions comme : « Pourquoi vous venez ? », « Quelle est votre demande ? ».

Cet accueil peut être assuré autant par des médecins que par des psychologues, des assistants sociaux, ou d'autres disciplines. L'accueil est le premier chemin du soin. Accueillir, c'est déjà commen-

cer à soigner. Cette spécificité mérite d'être mise en avant.

Les plannings ne travaillent pas seuls dans leur bulle. Ce sont des centres intégrés. Il y a beaucoup de professionnels. Chaque planning a son identité. Certains vont développer davantage les consultations liées à la lutte contre les violences, à la prise en charge des personnes LGBTQIA+, ou à d'autres thématiques.

Les centres de planning familial fonctionnent également avec de nombreux partenariats intersectoriels, que ce soit avec des acteurs sociaux ou avec des services de santé mentale. Même si les centres disposent de psychologues, il arrive qu'ils réorientent les personnes, notamment pour des questions d'éducation ou de prévention.

Ces centres sont au cœur d'un maillage territorial général et qu'ils travaillent fortement avec les services de proximité.

Des informations ont été demandées concernant la contraception, qui est l'une des premières missions des centres. Il s'agit d'une mission essentielle, prévue dans le décret, puisque les centres sont des centres de santé, et plus précisément de santé sexuelle.

La bonne nouvelle est que l'accès à la contraception en Belgique est excellent, selon l'Atlas européen de la contraception. C'est un excellent résultat, mais cela ne signifie pas qu'il faut se reposer sur ses lauriers. Ce score est en baisse. Il y a quelques années, il était de 96 et est désormais à 91. Ces quelques points de baisse peuvent sembler peu, mais cela signifie concrètement que des personnes vont échapper à la contraception et pourraient ainsi se retrouver dans des situations non désirées.

Cette baisse devrait être perçue comme une urgence et qu'un travail permanent doit être mené pour garantir, maintenir et renforcer l'accès à la contraception. Le coût est l'un des freins à cet accès. 47 % des femmes ressentent des difficultés financières liées à la contraception et 7 % des familles y renoncent complètement pour des raisons financières.

L'oratrice évoque les enjeux principaux, et précise que la FLCPF organise chaque année un colloque qui réunit l'ensemble du secteur de planning, toutes fédérations confondues, autour du thème de la contraception. Ils ont apporté les actes du dernier colloque – ou de l'avant-dernier, précise-t-elle – dans lesquels figurent toutes les informations utiles. Ces actes contiennent des chiffres et des éléments sus-

ceptibles d'alimenter de nombreuses questions parlementaires (1).

L'enjeu essentiel concernant l'accès à la contraception est la gratuité. On pourra en discuter autant que l'on veut, mais c'est bien là que réside l'enjeu principal.

Grâce à la Commission communautaire française, les centres de planning familial peuvent fournir des contraceptifs et des préservatifs gratuits. Par exemple, la FLCPF est soutenue par la Commission communautaire française pour mettre en place une centrale d'achat, que la FLCPF organise. Chaque année, un matériel contraceptif est mis à disposition de tous les centres de planning membres de la Fédération.

Une liste de contraceptifs est remise, établie en collaboration avec des médecins. Cette liste comprend des pilules, des préservatifs, des pilules d'urgence qui peuvent être définies dans les centres de planning familial mais aussi des dispositifs intra-utérins (DIU) ainsi que des implants. Cette organisation permet aux centres de planning de fournir gratuitement ces méthodes contraceptives.

Un autre enjeu fondamental est le financement de campagnes d'information. L'information était le premier point évoqué dans les conditions nécessaires à une santé sexuelle épanouie. Il n'est pas possible de garantir une santé sexuelle de qualité sans un accès constant à l'information. Il y a une nécessité de continuer à informer sans relâche sur les méthodes contraceptives disponibles.

Il existe de plus en plus de méthodes contraceptives. Il est donc important de pouvoir orienter correctement les personnes, puisque toutes les méthodes ne sont pas forcément adaptées à tous les profils, certaines présentant des contre-indications. L'oratrice réaffirme l'importance d'avoir accès à une information claire, complète et de qualité, celle de continuer à soutenir les campagnes d'information, à les renforcer avec le soutien de la Commission communautaire française, et à soutenir également la recherche.

Il existe de plus en plus de méthodes contraceptives. L'intervenante évoque notamment les méthodes de contraception masculine et souligne qu'une résolution à ce sujet a été votée au sein du Parlement. Elle invite les membres présents à interpeller le Gouvernement

(1) https://documentation-planningfamilial.net/pmb/opac_css/doc_num.php?explnum_id=104
https://documentation-planningfamilial.net/pmb/opac_css/doc_num.php?explnum_id=189
https://documentation-planningfamilial.net/pmb/opac_css/doc_num_data.php?explnum_id=103
https://documentation-planningfamilial.net/pmb/opac_css/doc_num.php?explnum_id=164

pour la mise en œuvre de cette résolution, en précisant qu'il s'agit là d'une simple proposition.

La contraception seule ne suffit pas. 55 % des IVG concernent des femmes qui utilisaient une méthode contraceptive, quelle qu'elle soit. Il y a toujours eu des IVG et qu'il y en aura toujours, il est donc nécessaire d'en parler.

Mme Delphine Chabbert précise qu'il s'agit d'une compétence fédérale, ce qui la conduit à ne pas trop s'y attarder, mais elle affirme qu'il est impossible de parler de contraception sans aborder également l'IVG. Elle rappelle que 80 % des IVG sont réalisées dans des centres de planning.

Le coût d'une IVG est d'environ 570 euros, un montant couvert par la Sécurité sociale, sauf pour les femmes qui ne sont pas en ordre de mutuelle. Elle cite les personnes en Aide médicale urgente (AMU) et souligne que, pour elles, l'IVG n'est pas reconnue comme un soin d'urgence, ce qui pose problème, notamment parce qu'un délai existe pour la pratique de cette intervention.

De nombreux centres de planning réalisent tout de même des IVG sans possibilité de facturer, en les prenant en charge sur leurs fonds propres, ce qu'elle qualifie de problématique.

Enfin, l'intervenante appelle les membres présents à plaider auprès de leurs collègues du niveau fédéral pour la mise en œuvre des 25 recommandations formulées par le comité d'experts à la Chambre des représentants. Ces recommandations visent à renforcer le droit à l'IVG et à garantir l'effectivité de ce droit.

Mme Delphine Chabbert indique ensuite qu'il lui avait été demandé de parler également des IST, les infections sexuellement transmissibles et affirme qu'il serait possible « d'en faire tout un colloque ».

Il y a quelques éléments à retenir. Le premier est que les IST sont en augmentation, ce qui, selon elle, devrait attirer l'attention des parlementaires. Néanmoins, cette hausse est en partie positive, car elle est due à un meilleur dépistage. Toutefois, elle est également liée à une propagation plus importante des infections.

Elle attire l'attention sur un autre point qu'elle qualifie de signal alarmant. La baisse du nombre d'infections au VIH stagne. Il n'y a pas encore de hausse, mais la diminution, selon elle, s'est arrêtée. Même si des traitements antiviraux existent aujourd'hui, la question du dépistage et de la prise en charge reste essentielle.

L'une des raisons de l'augmentation des IST est la baisse de l'usage du préservatif, en particulier chez les jeunes. L'intervenante souligne alors à nouveau l'importance de la sensibilisation, de l'information, et peut-être d'un effort d'information plus ciblé.

Certains publics sont plus exposés que d'autres, tels que les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), les personnes migrantes, les travailleurs et travailleuses du sexe, ainsi que les jeunes. Cela vaut, en tout cas, pour les IST.

Le coût du dépistage constitue, ici aussi, comme pour la contraception, un frein pour certains publics, notamment les personnes sans mutuelle ou les jeunes. Cela représente un enjeu important et qu'il faut renforcer les politiques de détection, de prévention et de prise en charge.

Plusieurs outils de prévention et de prise en charge existent aujourd'hui. Il y a ceux qui concernent spécifiquement le VIH : la prophylaxie pré-exposition (PrEP), le Treatment as Prevention (TASP) et le Traitement Post Exposition (TPE). L'oratrice indique qu'elle pourra répondre à d'éventuelles questions à ce sujet. Elle précise que la PrEP concerne les personnes non infectées en prévention, et que la TASP s'adresse aux personnes infectées, qui, en suivant le traitement, ne transmettent plus le virus.

Mme Delphine Chabbert poursuit en expliquant que la TPE, c'est en cas de rapport non protégé. Il s'agit d'un traitement d'urgence pour éviter l'infection. Les centres de planning familial constituent un véritable outil efficace en matière de dépistage. Le dépistage est le premier motif de consultation dans ces centres. Les personnes se rendent souvent dans un centre de planning pour se faire dépister, ce qui renforce l'intérêt de maintenir des activités et une offre de services comprenant des préservatifs gratuits, des campagnes de dépistage gratuit, etc.

Il y a un autre enjeu : la sensibilisation des médecins généralistes à la prévention et au dépistage des IST. Ils dépistent environ 55 % des IST. Il est donc indispensable de les sensibiliser davantage à cet enjeu.

L'intervenante mentionne ensuite un projet développé par la FLCPF et soutenu par la Commission communautaire française. Il s'agit du dépistage démedicalisé du VIH dans les centres de planning. Ce dispositif propose des tests anonymes, gratuits, avec des résultats rapides. Cela fonctionne très bien.

L'oratrice évoque également des actions dites d'outreach, qui consistent à aller vers les publics éloignés ou qui ne fréquentent pas spontanément les centres

de planning. Ces actions permettent d'effectuer des campagnes de dépistage très efficaces.

Concernant l'EVRAS, il y a une nécessité d'intensifier les actions de sensibilisation dans les animations. Depuis l'entrée en vigueur de l'accord de coopération, le contenu des animations EVRAS a été modifié. Ces changements ont peut-être eu pour conséquence une réduction de l'information et de la sensibilisation aux IST. L'intervenante appelle à une amélioration sur ce point et insiste sur la nécessité d'une meilleure sensibilisation. L'accord de coopération a été voté sous la précédente législature. Cet accord relie la Région bruxelloise, la Région wallonne et la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Pour ce qui concerne Bruxelles, c'est la Commission communautaire française qui est compétente. Cette commission est donc au bon endroit pour en parler.

L'accord de coopération impose désormais deux animations EVRAS obligatoires : une en sixième primaire et une en quatrième secondaire, pour tous les élèves. Cette obligation repose sur la Commission communautaire française, qui finance ces animations pour les écoles bruxelloises francophones.

L'une des nouveautés majeures de cet accord réside dans l'obligation, pour les écoles, de faire appel à des structures labellisées. Selon ses propos, cette exigence découle de constats antérieurs : avant l'accord, certaines écoles faisaient intervenir des organismes dont les contenus s'éloignaient fortement des définitions de la santé sexuelle reconnues et exposées en début d'intervention. Grâce au label, il est désormais assuré que seules des structures répondant aux critères fixés peuvent réaliser ces animations.

Les centres de planning familial sont labellisés d'office, tout comme les centres PMS (psycho-médico-sociaux) et les centres PSE (promotion de la santé à l'école). Pour les autres organismes souhaitant intervenir en matière d'EVRAS, l'obtention d'un label est obligatoire. Ce label est délivré par une commission dépendant de l'Administration de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Les structures labellisées sont également tenues de respecter une obligation de formation. Celle-ci comprend six jours de formation de base pour les nouveaux formateurs et nouvelles formatrices, ainsi que deux jours de mise à jour tous les trois ans, portant sur des thématiques spécifiques à l'EVRAS.

Enfin, les centres de planning bénéficient d'un soutien financier de la part de la Commission communautaire française pour la mise en œuvre de l'accord de coopération.

Les actions menées par les centres de planning dans le cadre de l'EVRAS s'inscrivent dans leur agrément. Les fédérations, comme la FLCPF, sont également financées pour accompagner les structures labellisées, notamment à travers les formations.

La Fédération est mandatée par la Commission communautaire française pour remettre, chaque année, une analyse statistique sur le nombre d'écoles ayant mis en place les animations EVRAS, conformément à l'obligation. Actuellement, seulement 38 % des élèves bénéficient effectivement de ces animations assurées par les centres de planning familial. On ne connaît pas le nombre exact d'animations assurées par les centres PMS. Au cours de la législature précédente, le Gouvernement avait demandé à l'Université libre de Bruxelles (ULB) – via l'institut DULBEA – une modélisation économique pour estimer le coût d'une généralisation de l'EVRAS.

Trois scénarios avaient été envisagés : un scénario minimal, un intermédiaire et un plus ambitieux, intégrant davantage d'animations à différents âges. C'est finalement le scénario minimal qui a été retenu. Or, même dans ce cadre restreint, seuls 38 % des élèves sont actuellement couverts par les centres de planning familial, ce qui démontre l'ampleur du travail encore à réaliser.

Concernant les recommandations de la Fédération. En premier lieu, il y a lieu de renforcer et de soutenir les centres de planning ainsi que les fédérations qui participent à la mise en œuvre de l'accord de coopération sur la généralisation de l'EVRAS. L'oratrice plaide également pour une augmentation du nombre d'animations obligatoires, au-delà de celles actuellement prévues. Elle insiste : cette demande n'est pas seulement une recommandation, mais bien une revendication portée collectivement par les centres de planning.

L'intervenante attire aussi l'attention sur les besoins en formation. Faute de financements suffisants, les listes d'attente s'allongent pour former les intervenants, ce qui freine la mise en œuvre du dispositif. L'EVRAS ne concerne pas uniquement les milieux scolaires, mais touche aussi des enjeux sociaux, politiques et culturels. À ce titre, elle appelle à financer des actions de sensibilisation au-delà du cadre scolaire, visant notamment les parents, les jeunes dans les organisations de jeunesse, ou d'autres groupes cibles.

Mme Delphine Chabbert appelle à une implication plus active de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Elle insiste : celle-ci ne finance pas actuellement l'EVRAS, alors même que cela serait nécessaire pour soutenir un projet jugé essentiel.

L'EVRAS n'est actuellement financée que par les Régions, et non par la Fédération Wallonie-Bruxelles. Un projet a pourtant permis le développement de l'accord de coopération : les Stratégies concertées EVRAS. Ce projet était soutenu par trois entités, à savoir la Fédération Wallonie-Bruxelles, la Commission communautaire française et la Région wallonne.

L'oratrice attire ensuite l'attention sur un autre enjeu majeur. Celui de la sexualité et du handicap. La FLCPF est également financée par la Commission communautaire française pour développer un Centre de ressources sexualité et handicap. À ce titre, des formations à l'animation EVRAS sont proposées dans l'enseignement spécialisé. Il s'agit d'un champ qu'il est impératif de continuer à développer, tant les besoins y sont importants.

L'intervenante annonce poursuivre son intervention en formulant une synthèse des propositions de la FLCPF. Si les membres de la commission devaient retenir quelques éléments clés, il leur faudrait savoir que la Commission communautaire française est « la meilleure alliée de la santé sexuelle à Bruxelles ». La Commission communautaire française finance l'essentiel des structures, actions et projets en matière de santé sexuelle, ce qui est particulièrement précieux pour les opérateurs de terrain.

Elle profite de cette audition pour adresser un appel à poursuivre, mais aussi à renforcer ce soutien, en particulier à destination des centres de planning familial et des fédérations qui les accompagnent. Ces structures permettent un véritable accès à la prévention, au dépistage et à la prise en charge en matière de santé sexuelle.

Elle appelle aussi expressément à maintenir et augmenter les subsides consacrés à l'EVRAS. Si la Commission communautaire française agit déjà fortement en la matière, les besoins restent nombreux et seule une partie limitée des publics – 38 % – est actuellement couverte par les dispositifs assurés par les centres de planning familial.

L'oratrice souligne également l'augmentation des infections sexuellement transmissibles, la nécessité de renforcer la prévention et le dépistage, ainsi que la pénurie de professionnels dans le secteur qui entraîne une pression importante sur les équipes.

Il faut davantage de prévention, de dépistage, et surtout garantir la gratuité des soins, car c'est la manière la plus efficace de promouvoir la santé sexuelle pour toutes et tous.

L'intervenante formule un « appel fort » aux membres de la commission. Elle demande, au nom

de la FLCPF, d'immuniser les secteurs de la santé et du social contre d'éventuelles économies budgétaires au sein de la Commission communautaire française.

C'est là le message principal qu'elle souhaite transmettre, à savoir que « la Commission communautaire française est un allié essentiel ». Toute réduction de ses financements serait dramatique à la fois pour les structures du secteur, pour les publics concernés et pour la santé publique en général.

L'oratrice attire ensuite l'attention sur la pression qui pèse actuellement sur les associations. Si les centres de planning familial sont relativement protégés par leur agrément, de nombreuses structures et projets, y compris dans le secteur social-santé, sont soutenus par des subsides dits « d'initiatives » ou « facultatifs », autrement dit des financements qui ne sont pas structurels.

L'arrêt de ces subsides aurait des conséquences immédiates et concrètes. Par exemple, ces fonds permettent de prendre en charge des IVG pour des femmes qui ne bénéficient pas d'une AMU. L'intervenante interpelle les membres de la commission : « Si demain, nous n'avons plus ces subsides, que vont faire ces femmes ? ». Ces subsides couvrent également les dépistages pour les jeunes, des prises en charge quotidiennes, et des accompagnements dans des parcours d'avortement. Elle demande que les parlementaires mesurent la portée très concrète de ces financements dits « facultatifs ».

Mme Delphine Chabbert déclare souhaiter partager une préoccupation plus large, à portée sociétale. Elle demande à ce que les responsables politiques aient pleinement conscience des menaces croissantes qui pèsent sur les droits sexuels et reproductifs. Le droit à l'IVG est remis en question, y compris dans des pays démocratiques : « Vous l'avez vu aux États-Unis, c'est loin, mais il y a des pays en Europe qui remettent aussi en question ce droit. ».

Les centres de planning français tirent également la sonnette d'alarme, confrontés à une baisse de financement, et qu'ils sollicitent la solidarité de leurs homologues belges. Elle prévient : « Cela pourrait arriver, demain, ici. ».

Elle évoque enfin le contexte politique et social global, qu'elle qualifie de backlash contre les droits des femmes, contre les droits en santé sexuelle et contre les droits des personnes LGBTQIA+. Elle pointe la montée des conservatismes et des idéologies masculinistes, qui visent notamment les jeunes, et affirme que les violences de genre augmentent, tout comme les violences contre les personnes LGBTQIA+.

L'oratrice conclut en rappelant que les services de terrain sont en première ligne, qu'ils font face à une pression croissante, et qu'ils ont besoin du soutien des parlementaires pour poursuivre leurs missions essentielles. Elle remercie enfin les membres de la commission pour leur écoute.

Mme Amélie Pans (présidente) remercie Mme Delphine Chabbert pour son exposé. C'est un enjeu de taille, que les centres de planning familial permettent parfois à chacun d'adresser des demandes que l'on n'ose pas toujours formuler, que ce soit au sein du cercle familial ou amical. Elle souhaite savoir, à ce sujet, avant de donner la parole aux groupes politiques pour faire un échange, si les intervenantes souhaitent partager leurs présentations visuelles et les intégrer au rapport, ce à quoi les intervenantes répondent par l'affirmative.

5. Discussion

Mme Françoise Schepmans (MR) remercie tout d'abord les intervenantes pour leurs exposés ainsi que pour leur engagement constant au sein de leurs organisations et sur le terrain. La santé sexuelle est un enjeu majeur de santé publique, mais aussi d'égalité et d'émancipation. Ce domaine touche à la liberté individuelle, à la dignité des femmes et des hommes, et à la prévention des violences.

Pour son groupe politique, cette politique doit viser avant tout l'autonomie des individus, l'accès à une information fiable et la responsabilisation de chacun dans ses choix. À la lumière des interventions, la Commission communautaire française joue un rôle essentiel et important en la matière. Les propositions politiques doivent s'inscrire dans une logique d'innovation et d'efficacité institutionnelle, en soutenant les acteurs de terrain, mais tout en évitant le saupoudrage ou la multiplication non coordonnée des dispositifs.

Déclarant adresser, dans un premier temps, ses questions au GAMS, la députée rappelle que son groupe salue le travail remarquable mené dans la lutte contre les MGF et les mariages forcés. Elle qualifie ces pratiques d'atteintes graves aux droits fondamentaux et estime qu'il est essentiel d'y répondre à la fois avec fermeté et avec une intelligence culturelle.

Elle souhaite poser plusieurs questions aux représentantes du GAMS. Elle interroge d'abord sur les méthodes de prévention ou de promotion qui se sont révélées les plus efficaces, notamment pour atteindre des familles ou des communautés encore réticentes. Comment se déroule la coopération avec les CPAS, les centres de planning familial, les écoles et les services de santé ? Elle se demande s'il s'agit d'une collaboration fluide ou s'il serait nécessaire d'envisager

un meilleur pilotage de la Commission communautaire française. Elle pose la question du suivi médico-psychologique des victimes. Est-ce que la Région bruxelloise dispose de suffisamment de ressources spécialisées pour permettre un accompagnement adéquat ?

La députée enchaîne avec une série de remarques à l'attention de la FLCPF. Elle rappelle que les centres de planning jouent un rôle essentiel dans la prévention, la contraception et l'EVRAS. Revenant sur les infections sexuellement transmissibles, on observe une recrudescence de certaines maladies à Bruxelles, en particulier chez les jeunes. S'agit-il d'une tendance générale ou des disparités régionales sont-elles observables ? Elle interroge également sur l'efficacité des campagnes de prévention actuelles auprès des publics les plus vulnérables. Comment améliorer la coordination entre les différents acteurs afin d'éviter une dispersion des efforts ?

Sur la question de la contraception, des obstacles persistent, notamment liés au coût, au manque d'information ou encore à des tabous culturels. Est-il pertinent de développer davantage de campagnes numériques ou de renforcer le relais assuré par les écoles et les centres de planning ?

En ce qui concerne l'EVRAS, que la députée soutient pleinement, elle observe que sa mise en œuvre reste inégale sur le territoire bruxellois, comme cela a été souligné précédemment. Comment cette situation est perçue sur le terrain par les intervenants ? Quels sont les indicateurs d'impact que la Commission communautaire française pourrait utiliser pour évaluer l'efficacité de ces programmes ?

Elle conclut son intervention en soulignant que son groupe plaide pour une politique de santé sexuelle fondée sur des résultats et sur une évaluation rigoureuse des actions, afin de savoir ce qui fonctionne réellement. Elle ajoute la nécessaire meilleure coordination entre les différents niveaux de pouvoir et un soutien renforcé envers les acteurs de terrain, dans une logique d'efficacité et non de saupoudrage.

Mme Anne Charlotte d'Ursel (MR) remercie également les intervenantes pour l'ensemble de ces informations. Elle interroge plus spécifiquement les représentantes du GAMS sur la question des MGF. Elle revient sur les chiffres mentionnés dans leurs présentations et souhaite obtenir des précisions sur les lieux de pratique de ces mutilations. Elle demande s'il existe des données sur la proportion d'excisions pratiquées directement sur le territoire belge, en particulier à Bruxelles, ou si celles-ci sont systématiquement réalisées dans les pays d'origine. Elle rappelle que ces pratiques sont interdites en Belgique et en déduit que, lorsqu'elles sont malgré tout réalisées ici,

cela doit se faire dans des conditions extrêmement précaires. Dès lors, existe-t-il des statistiques disponibles à ce sujet ?

La députée insiste ensuite sur l'importance du volet préventif, qu'elle juge prioritaire, tout en reconnaissant que les intervenantes ont déjà apporté beaucoup d'éléments relatifs à l'aide et au soutien apportés aux femmes déjà excisées. La prévention est d'autant plus importante que les mutilations sont souvent pratiquées à un âge très jeune, même s'il existe des moments de pratique et différentes formes, dont certaines pouvant se dérouler à l'adolescence ou à l'âge adulte. Qu'est-ce qui est mis en place aujourd'hui concrètement dans les lieux comme les crèches ou les écoles, y a-t-il des choses à améliorer, et comment cette prévention est aujourd'hui organisée ?

La députée revient ensuite sur la notion de femmes excisées et de femmes à risque. Ce sont ces dernières qui font l'objet de son questionnement et interroge les représentantes du GAMS sur les canaux utilisés pour les sensibiliser, en particulier les communautés concernées. Elle mentionne la nécessité d'adapter la communication, notamment en termes de langue, et souhaite savoir quelles sont les méthodes les plus efficaces et les pistes d'amélioration possibles pour renforcer les dispositifs actuels.

Elle s'adresse ensuite à Mme Delphine Chabbert en abordant la thématique de la contraception masculine, brièvement abordée lors de la présentation. Quel est son développement à travers les centres de planning ? Cette contraception est de plus en plus efficace, mais qu'elle reste peu visible dans les médias. Cette méthode est-elle systématiquement proposée dans les centres de planning et comment elle y est abordée ?

Elle poursuit avec une question sur la prise en charge de la ménopause. Cette thématique est-elle abordée dans les centres de planning et, si oui, de quelle manière ?

Concernant la question du masculinisme, évoqué en fin d'intervention par Mme Delphine Chabbert, les centres de planning, par leur position de proximité, constituent en quelque sorte un baromètre des évolutions sociales. Des effets concrets de ces mouvements sont-ils déjà visibles sur le terrain et quels sont les dispositifs d'information et de sensibilisation mis en œuvre pour lutter contre ce phénomène dramatique ?

Enfin, la députée termine son intervention en revenant sur le chiffre des 38 % d'élèves couverts actuellement par les animations EVRAS assurées par les plannings. Elle souligne l'inégalité de couverture que ce chiffre reflète et souhaite comprendre les raisons

qui empêchent aujourd'hui d'atteindre une couverture plus large. Existe-t-il une priorisation de certains établissements ou de certains publics dans l'organisation actuelle et quels sont les freins les plus souvent rencontrés, au-delà de la question du manque de moyens ? Elle souhaite que les intervenantes puissent actualiser les problématiques concrètes rencontrées aujourd'hui sur le terrain.

Mme Cécile Vainsel (PS) remercie à son tour les intervenantes pour leurs présentations qu'elle qualifie d'intéressantes, de passionnantes et d'interpellantes. Ces interventions démontrent clairement que, dans le domaine de la santé sexuelle, il est impératif que les pouvoirs publics maintiennent un haut niveau de vigilance.

S'adressant tout d'abord aux représentantes du GAMS, elle a été particulièrement interpellée par le chiffre évoqué lors de l'audition, à savoir environ 8.000 femmes excisées ou à risque. Ce chiffre est-il stable dans le temps, surtout au vu de l'existence du GAMS depuis une trentaine d'années ? Il a été précisé qu'en général, les femmes ayant elles-mêmes subi l'excision ne souhaitent pas faire subir cette pratique à leurs propres filles. Il est étonnant qu'on ne constate pas une diminution progressive, voire une disparition totale, de ces pratiques au fil des années. Cette persistance s'explique-t-elle par des flux migratoires continus ? Elle souhaite mieux comprendre cette dimension statistique.

La députée revient ensuite sur la qualification pénale de l'excision en rappelant qu'il s'agit d'une infraction reconnue dans le Code pénal, précisément à l'article 409. Existe-t-il une collaboration entre le GAMS et les autorités judiciaires, notamment en matière de poursuites ? La question est sensible, mais il est important de savoir si les auteurs de mutilations sont poursuivis, et si cette dimension juridique est intégrée dans les campagnes de sensibilisation afin que le caractère répréhensible de ces actes soit connu.

S'adressant ensuite à la représentante de la FLCPF, l'oratrice qualifie également son intervention de très intéressante. Elle revient sur la distribution gratuite de moyens de contraception par les centres de planning et sur la prise en charge des IVG pour les femmes sans mutuelle. Ces dispositifs sont-ils intégralement financés par les pouvoirs publics, en particulier par la Commission communautaire française ? Elle a compris que ce n'était pas totalement le cas pour les IVG, et souhaite donc une confirmation. La distribution gratuite des contraceptifs est-elle entièrement couverte financièrement ou des moyens supplémentaires sont-ils nécessaires ?

La députée rebondit ensuite sur une autre information évoquée plus tôt, à savoir une augmentation de la sensibilisation liée à l'EVRAS, mais une baisse de celle portant sur les IST. Elle s'étonne de cette situation, d'autant plus que le taux de couverture des écoles bruxelloises par l'EVRAS reste faible, avec seulement 38 % des établissements concernés. Il est donc nécessaire de renforcer les moyens sur ces deux volets à la fois : la prévention des IST et l'EVRAS. Selon la Fédération, une priorité devrait-elle être donnée à l'un de ces deux aspects ou si les deux doivent être considérés comme également essentiels ? Les intervenantes attendent-elles de la commission un message clair allant dans ce double sens ?

L'oratrice poursuit avec une question sur la contraception masculine. Elle précise ne pas avoir suivi les travaux parlementaires relatifs à la résolution évoquée et demande à quelle date elle a été votée ainsi que ce qu'elle préconisait. Elle souhaite comprendre pourquoi, si cette résolution a été adoptée, le gouvernement ne l'a pas encore mise en œuvre.

Elle revient ensuite sur la couverture partielle des écoles par l'EVRAS et demande s'il existe une évaluation qualitative des animations menées dans ces 38 % d'établissements. Dans sa propre commune, qu'elle qualifie de plutôt conservatrice – la même que celle de sa collègue Anne Charlotte d'Ursel –, elle constate l'existence de fortes résistances au programme EVRAS. Ces résistances proviennent davantage des parents que des écoles elles-mêmes et souhaiterait savoir ce que les intervenantes peuvent dire de cette situation et de ces réactions. Elle insiste sur la nécessité de suivre de près ces oppositions.

Concernant la stratégie concertée EVRAS, la députée rappelle que les intervenantes ont indiqué que la Fédération Wallonie-Bruxelles ne finançait pas l'EVRAS et souhaite une confirmation à ce sujet. Selon elles, cette absence de financement traduit-elle un manque de volonté politique, tant de la part de la Fédération Wallonie-Bruxelles que de la Région wallonne, pour garantir une réelle concertation et une intégration des stratégies EVRAS entre les différents niveaux de pouvoir ? Il s'agirait là d'une information particulièrement préoccupante.

Mme Latifa Aït-Baala (PS) tient également à remercier les intervenantes. Elle connaît très bien le GAMS, depuis sa fondation par Mme Khadidiatou Diallo, qu'elle salue pour le travail extraordinaire accompli. Elle adresse également ses remerciements à Mme Fabienne Richard, avec qui elle précise avoir déjà eu l'occasion d'organiser des conférences. Elle remercie aussi Mme Delphine Chabbert pour sa présentation, qu'elle qualifie d'extrêmement intéressante.

Lorsqu'il est question du GAMS en particulier, mais également des thématiques évoquées par Mme Delphine Chabbert, on se trouve face à une problématique de santé publique essentielle, mais aussi à un enjeu fondamental concernant le contrôle exercé sur le corps des femmes. Les sujets liés à la sexualité posent la question de la maîtrise du corps féminin, en interrogeant clairement : « À qui appartient le corps des femmes aujourd'hui ? ».

En ce qui concerne la question du financement, évoquée par l'ensemble des intervenantes, toutes ont souligné que le financement constitue le nerf de la guerre, et la députée partage cette analyse. Sans moyen, il n'est tout simplement pas possible d'assurer les missions qui incombent aux structures représentées. Dans ce contexte, comment les intervenantes perçoivent et vivent la crise politique actuelle, en particulier au regard de ses effets potentiels ou déjà concrets sur leurs activités respectives ? Quel impact cette instabilité institutionnelle peut-il avoir sur leurs missions et leur quotidien ?

S'adressant plus spécifiquement au GAMS, la députée interroge les intervenantes sur les partenaires avec lesquels l'organisation collabore au quotidien. Au-delà des acteurs institutionnels, il est important d'identifier les structures de terrain qui permettent d'approcher au plus près les populations concernées. Quels sont ces partenaires et comment contribuent-ils à la sensibilisation des publics cibles ?

Mme Hanina El Hamamouchi (PTB) à la manière de ses collègues, tient à remercier les intervenantes. Elle précise que ses questions seront essentiellement adressées au GAMS pour leur travail essentiel pour exprimer de la solidarité envers les femmes qui ont subi des mutilations génitales.

En tant que femme élue, la députée mesure tout particulièrement la profonde intimité de cette souffrance ainsi que l'importance de partir des besoins et de la situation des femmes elles-mêmes, de toujours les traiter avec le plus grand respect, pour tout ce qu'elles ont vécu ainsi que pour ce qu'elles sont.

La présence des commissaires aujourd'hui est une occasion pour eux de témoigner de leur engagement commun pour une société qui, non seulement condamne ces pratiques culturelles mais qui sait aussi toujours accueillir et accompagner celles qui les subissent. L'enjeu fondamental réside dans la manière dont la société belge accueille les femmes ayant fui l'horreur à la recherche de protection.

L'oratrice décrit ensuite une réalité de terrain qu'elle qualifie d'alarmante. Elle évoque les parcours de ces femmes qui, après avoir subi des traumatismes extrêmes dans leur enfance ou leur adolescence, se heurtent en Belgique à un système administratif et médical qui ne les apaise pas, mais aggrave leur souffrance. Elle déplore des procédures lourdes, longues et inhumaines, évoquant des démarches kafkaïennes et une machine administrative froide, où les victimes doivent répéter sans cesse le récit de leur histoire, exposant à répétition leur intimité la plus profonde à chaque nouvel interlocuteur. Elle qualifie cette répétition du récit traumatique d'humiliation institutionnelle, considérant qu'elle constitue une violence supplémentaire.

La députée insiste également sur la situation d'anxiété permanente dans laquelle vivent ces femmes, souvent inquiètes pour leurs filles restées dans leur pays d'origine, et qu'elles ne peuvent protéger tant que les procédures de regroupement familial s'éternisent. Cette détresse est renforcée par la peur de ne pas être régularisées dans un contexte politique qu'elle décrit comme de plus en plus restrictif, où les mesures prises au niveau fédéral rendent chaque jour plus incertaine la possibilité de construire une vie stable en Belgique.

L'intervenante formule ensuite une série de questions adressées au GAMS. Tout d'abord, en partant du chiffre de 10.000 femmes concernées à Bruxelles, combien de femmes sont concernées à l'échelle de la Belgique ? Quelle est l'adéquation entre les moyens actuellement disponibles et les besoins réels du terrain ?

La députée aborde ensuite la question des formations. Quelle formation spécifique est dispensée aux professionnels de santé, mais aussi aux interprètes chargés d'accompagner ces femmes ? Ces interprètes sont-elles des femmes, et le GAMS dispose-t-il d'un nombre suffisant d'interprètes qualifiées pour répondre aux besoins ?

Enfin, si les représentantes du GAMS devaient décrire la structure idéale pour accompagner convenablement ces femmes, à quoi ressemblerait-elle ? Combien de personnes y travailleraient et avec quelles compétences ? La députée les remercie pour leurs réponses à venir.

M. Abdourahmane Baldé (PTB) remercie à son tour des intervenantes. Il remercie tout particulièrement le GAMS pour ce combat continu contre les mutilations génitales depuis des années.

Il précise ensuite son origine guinéenne, en insistant sur le fait qu'avant d'être élu, il appartient à une communauté particulièrement touchée par les MGF.

Au quotidien, il côtoie, écoute et accompagne de nombreuses femmes et familles confrontées à des situations de grande précarité et de grande complexité. C'est de ces réalités-là, très concrètes, qu'il souhaite témoigner devant la commission.

Il qualifie le constat de « très amer ». Les femmes victimes de MGF subissent une double violence. La première est celle de l'acte lui-même, dans leur pays d'origine, qui les pousse à fuir. Ces femmes, lorsqu'elles arrivent en Belgique, pensent être à l'abri. Mais, très vite, elles découvrent une autre forme de violence : celle qu'il qualifie de systémique.

Le député évoque à cet égard un parcours d'accueil et de régularisation kafkaïen, marqué par une politique fédérale qu'il juge dure, restrictive, et qui, selon lui, aggrave encore les traumatismes vécus. Les conséquences de cette situation sont une anxiété permanente pour ces femmes qui, en étant sans papiers, se voient privées d'un accès stable au travail, au logement ou encore aux soins. Il insiste également sur le fait qu'elles doivent souvent laisser leurs enfants dans leur pays d'origine, ce qui accroît leur détresse.

L'orateur poursuit en évoquant l'analyse juridique que le GAMS a pu faire du nouvel accord de coalition fédérale. Quelles sont les conclusions principales de cette analyse en ce qui concerne l'impact direct des politiques migratoires sur la santé et la sécurité des femmes victimes de MGF ?

Il interroge ensuite les représentantes du GAMS sur la reconnaissance de ces mutilations comme motif de régularisation en Belgique. Si c'est le cas, et, si oui, combien de femmes ont pu être régularisées sur cette base ces dernières années ?

Le député poursuit en abordant la question des perspectives budgétaires et évoque la potentielle fin de certains financements dès 2025. Comment le GAMS prévoit-il de maintenir ses services essentiels de protection et d'accompagnement dans ce contexte ?

Enfin, il conclut par une question sur les modalités concrètes de l'accompagnement proposé aux femmes sans papiers. Comment cet accompagnement, notamment en matière de libération de la parole, d'accès aux droits, aux soins de santé et au logement, est adapté spécifiquement aux réalités vécues par ces femmes ? Il remercie les intervenantes pour leurs réponses à venir.

Mme Marie Cruysmans (Les Engagés) prend la parole pour remercier très chaleureusement les trois intervenantes pour la qualité et la richesse de leurs exposés, qu'elle qualifie de très instructifs et tou-

chants, notamment en ce qui concerne les violences faites aux femmes. Elle avait initialement préparé une série de questions, mais bon nombre d'entre elles ont déjà trouvé réponse ou écho au fil des interventions. Elle choisit dès lors de ne pas reprendre l'entièreté de son canevas initial, mais souhaite néanmoins adresser quelques questions complémentaires.

Avant cela, l'oratrice tient à souligner que cette audition a mis en évidence, selon elle, le rôle central que joue la Commission communautaire française dans les politiques de santé sexuelle et reproductive. Ce rôle s'exprime tant dans l'accès à la contraception, dans la prévention des infections sexuellement transmissibles, dans les animations EVRAS que dans la lutte contre les MGF. Il s'agit là de garantir que le droit à la santé sexuelle et reproductive soit réel, effectif, pour toutes et tous, avec une attention particulière pour les diversités culturelles, linguistiques et socio-économiques présentes à Bruxelles. Elle insiste en particulier sur l'importance de la dimension linguistique, abondamment évoquée par les intervenantes, qu'elle estime essentielle à intégrer dans les travaux à venir.

Du côté du groupe Les Engagés, ces enjeux figurent au cœur des priorités, notamment l'accès effectif à la santé sexuelle et reproductive, la réduction des inégalités sociales et culturelles, la levée des freins identifiés, ainsi que la promotion d'une approche inclusive et multiculturelle. Il y a une nécessité de renforcer la prévention, l'éducation et l'autonomie des personnes. Sur ce dernier point, la députée revient brièvement sur l'intervention de Mme Fabienne Richard et indique avoir été particulièrement marquée par la mention de l'acte consenti, qu'elle considère comme un outil fondamental.

Elle poursuit ensuite en formulant quelques questions directes, en commençant par le GAMS. Elle revient sur le chiffre de 8.000 femmes évoqué dans la présentation, en demandant de quand date cette estimation. Ces femmes ont-elles toutes été excisées avant leur arrivée en Belgique, ou certaines ont-elles subi cette mutilation sur le territoire belge. Cette dernière question a également été abordée par sa collègue, Cécile Vainsel, mais elle souhaite tout de même obtenir un éclaircissement.

La députée interroge également les représentantes du GAMS sur la question du statut de régularisation. Elle souhaite un complément d'explication sur l'enjeu que représente la reconnaissance des mutilations comme motif de régularisation, et sur la manière dont cela se traduit concrètement dans les procédures.

L'oratrice revient ensuite sur un point transversal de l'exposé du GAMS, à savoir la peur. Cette émotion a été omniprésente dans les témoignages évoqués :

peur de la stigmatisation, peur des examens médicaux, peur de parler de l'intime, peur de l'homophobie, peur d'être condamnée à mort. Elle a été profondément marquée par cette dimension et souhaite savoir comment il est possible de lever ces peurs. Certaines pistes ont été évoquées dans les recommandations formulées, notamment en matière de formation, d'information ou encore de meilleure connaissance des réalités vécues, mais elle souhaiterait savoir s'il existe d'autres leviers à mobiliser.

Enfin, elle revient sur les freins à l'accès à l'information. Plusieurs obstacles ont été évoqués, comme la barrière linguistique ou la difficulté à aborder l'intime avec des professionnels. En existe-t-il d'autres que les intervenantes auraient identifiés sur le terrain ?

La députée salue une nouvelle fois le travail réalisé par Mme Fabienne Richard et le GAMS, qu'elle qualifie de remarquable et particulièrement créatif, exprimant son impression et son admiration face aux outils développés et aux actions menées.

Elle a également été marquée par la notion d'« acte consenti », telle que présentée par Mme Fabienne Richard, et souhaite y revenir brièvement. Cette idée constitue une démarche essentielle permettant aux femmes de se réapproprier leur corps et de se reconstruire psychologiquement. Elle fait référence notamment aux ateliers de moulage, mais estime que cette dynamique de consentement et de connaissance de soi dépasse ce seul cadre. Cette notion lui paraît extrêmement importante, même s'il ne s'agit pas d'une question en tant que telle, mais plutôt d'une remarque personnelle.

L'oratrice enchaîne ensuite avec quelques questions à l'adresse de Mme Delphine Chabbert. Elle commence par évoquer les données relatives à la contraception, notant une baisse du taux de couverture, passé de 96 % à 91 %. Elle demande confirmation de ce que représente ce pourcentage — s'agit-il bien des femmes ayant accès à une contraception ? À quoi est attribuée cette baisse ? Au-delà de l'enjeu bien compris de la gratuité, d'autres mesures pourraient-elles être mises en œuvre pour enrayer cette tendance ?

Concernant l'interruption volontaire de grossesse, elle revient sur le point évoqué concernant les femmes sans mutuelle. Elle souhaite obtenir une précision sur le coût réel d'une IVG dans ces situations et savoir de quelle manière ces femmes sont actuellement prises en charge. Elle pense avoir compris que les centres assumaient ce coût, mais indique que cette information est peut-être passée un peu rapidement et demande une confirmation.

L'oratrice poursuit en abordant la question des infections sexuellement transmissibles.

Mme Delphine Chabbert a évoqué une augmentation des cas, en partie due à une amélioration des dispositifs de dépistage, mais aussi à une plus grande propagation. Les intervenantes ont-elles pu identifier les causes de cette augmentation et des études précises existent-elles sur ce sujet ? Elle mentionne également la baisse de l'usage du préservatif chez les jeunes, évoquée lors de la présentation, et demande si cette tendance est liée à des causes identifiées ou si cela reste à documenter davantage.

Enfin, elle pose deux dernières questions en lien avec les animations EVRAS. La première concerne le taux de couverture de 38 % dans les écoles bruxelloises. Qu'est-ce qui, au-delà du manque de personnel, freine l'élargissement de cette couverture ? Existe-t-il des réticences, des refus, ou d'autres obstacles concrets ? La seconde question porte sur le financement des formations des intervenants. De manière très concrète, que manque-t-il actuellement ? Si la Commission communautaire française devait accroître ses financements dans ce domaine, à quoi ces moyens supplémentaires pourraient être alloués en priorité ? Elle conclut en précisant qu'elle a tenté de résumer rapidement ses nombreuses notes et remercie les intervenantes pour les réponses qu'elles pourront apporter.

Mme Farida Tahar (Ecolo) remercie, elle aussi, chaleureusement les trois intervenantes pour leur présence, leur exposé et leur engagement. Elle exprime son admiration pour le travail qu'elles accomplissent au quotidien et souligne l'importance de leurs témoignages dans le cadre des travaux parlementaires. Elle salue notamment la pertinence de leur expertise de terrain, qui alimente concrètement les réflexions politiques menées au sein de la commission.

Elle partage ensuite, comme plusieurs de ses collègues, son étonnement face au chiffre de 8.000 femmes excisées ou à risque évoqué par le GAMS. Elle souhaite obtenir des précisions sur la manière dont ce chiffre a été défini. Sur quels outils statistiques repose-t-il ? Est-ce une estimation basse ou haute ? Elle suppose que la réalité est probablement plus importante que ce que les chiffres permettent de mesurer, et invite les intervenantes à expliciter la méthodologie utilisée pour cette estimation.

La députée revient ensuite sur la question des pratiques de mutilation génitale pratiquées potentiellement sur le territoire belge. Elle indique, à l'instar de plusieurs collègues, avoir connaissance de leur caractère totalement illégal, et demande si, au cours des activités menées sur le terrain, les intervenantes ont eu vent de cas avérés ou fortement présumés

survenus en Belgique. Si oui, comment ces situations sont traitées, même si ce type d'enquête ne relève pas directement du mandat du GAMS ? Quelles sont les possibilités de collaboration avec les autorités judiciaires ou policières afin d'identifier les éventuels réseaux clandestins qui organiseraient ou faciliteraient ces pratiques illégales ?

L'oratrice poursuit en interrogeant le GAMS sur la manière dont l'organisation agit en lien avec les pays d'origine, dans une optique de prévention. L'essentiel des mutilations a lieu à l'étranger, et l'action du GAMS dans les pays concernés pourrait avoir une influence sur la réduction de ces pratiques. Des partenariats existent-ils avec des structures locales ou des autorités sur place pour sensibiliser et prévenir en amont ?

Elle interroge ensuite l'organisation sur l'évaluation de ses actions. Elle a été impressionnée par la variété des outils développés — vidéos, brochures, supports traduits — et demande s'il existe des dispositifs d'évaluation permettant de mesurer leur efficacité. Elle s'intéresse aux retours que le GAMS peut recevoir de la part des publics concernés et si ces retours permettent d'identifier des pistes d'amélioration ou des ajustements dans les contenus et les approches pédagogiques.

Abordant la question de l'accès aux services, les intervenantes ont mentionné le manque de connaissance des dispositifs existants parmi les publics cibles. Est-ce que, là aussi, des adaptations ont été envisagées ou identifiées pour améliorer cette accessibilité ? Elle rappelle que l'effectivité des droits passe par la connaissance et la capacité concrète à recourir aux services disponibles.

La députée revient également sur la question des partenariats et élargit cette réflexion au rôle des établissements scolaires. Si l'objectif est de déconstruire les stéréotypes, les normes de genre et les préjugés dès le plus jeune âge, alors l'école doit être pleinement impliquée dans les actions en matière de santé sexuelle et reproductive. L'éducation est l'un des leviers fondamentaux pour ancrer durablement une culture du respect et de l'égalité. Elle conclut cette partie de son intervention en appelant à un renforcement des liens entre les structures de terrain et le monde scolaire.

L'oratrice poursuit son intervention en revenant sur la question des partenariats. Elle s'adresse tant aux centres de planning familial qu'au GAMS, en s'interrogeant sur les collaborations établies avec les établissements scolaires, notamment en lien avec la Commission communautaire française ou la Fédération Wallonie-Bruxelles. Comment ces partenariats fonctionnent concrètement, quels types d'ac-

cords ont été mis en place et comment les structures sont accueillies dans le cadre scolaire ?

Elle évoque ensuite le projet de création de moulages de vulves à visée pédagogique, porté par le GAMS, qu'elle qualifie d'innovant et d'intéressant. Comment ce projet a été reçu par les publics cibles, en particulier les femmes concernées, et est-ce que cette démarche a permis une meilleure appropriation de la santé sexuelle et du consentement ?

S'adressant à Mme Delphine Chabbert, elle souligne l'importance de la définition de la santé sexuelle donnée par l'OMS, qui, comme rappelé par l'intervenante durant l'audition, qualifie cette dernière comme un droit fondamental. Elle insiste sur le fait que les parlementaires ont besoin d'être régulièrement rappelés à ces définitions, car elles structurent les politiques publiques en la matière.

Elle revient ensuite sur la baisse du taux de recours à la contraception, passé de 96 % à 91 %, et demande à Mme Delphine Chabbert d'expliquer à quoi cette diminution peut être attribuée. Elle fait part de son étonnement, tout comme plusieurs de ses collègues, face à cette tendance à la baisse.

Elle mentionne également un chiffre évoqué dans l'exposé de cette dernière : près de la moitié des IVG seraient pratiquées dans les centres de planning familial. L'intervention du coût d'une IVG pouvait être prise en charge via l'Inami, mais cette prise en charge n'était pas accessible pour les femmes relevant de l'AMU. Le coût de l'IVG s'élève à 570 euros pour ces dernières, ce qui constitue un obstacle majeur. Il est problématique que cette intervention ne soit pas reconnue comme un soin urgent dans le cadre de l'AMU.

Il est de la responsabilité des élus de plaider, au-delà de la Commission communautaire française, au niveau fédéral, pour que l'IVG soit reconnue comme une aide médicale urgente. Il s'agit d'une urgence temporelle propre à cette intervention, compte tenu des délais légaux, et il est incohérent de ne pas la considérer comme prioritaire.

La députée revient ensuite sur les infections sexuellement transmissibles, pour lesquelles une augmentation significative a été signalée. Elle demande si des éléments d'explication ont pu être identifiés et si des études ont été menées pour comprendre les causes de cette recrudescence.

Elle aborde ensuite la question du financement, qui a été longuement évoquée par Mme Delphine Chabbert, mais moins par les deux autres intervenantes. Comme de nombreuses autres associations, le GAMS et les centres de planning ne disposent pas

de ressources abondantes. Il y a une nécessité de pérenniser les moyens, de sortir du cadre des subides facultatifs pour reconnaître ces actions comme relevant de missions essentielles. Elle sollicite un retour du GAMS sur les besoins identifiés à l'heure actuelle.

La crise politique actuelle, marquée par la situation d'affaires courantes, met les associations sous tension. Ces structures travaillent déjà dans des conditions tendues, en sous-effectifs et avec des budgets limités, et cette incertitude politique ne fait qu'aggraver la situation. La députée reçoit de nombreuses sollicitations du secteur à ce sujet.

Les budgets régionaux sont en cours de discussion et la Commission communautaire française reste l'un des principaux bailleurs de fonds pour les politiques de santé sexuelle et reproductive. Il est regrettable que ce ne soit pas encore le cas pour la Région wallonne ou la Fédération Wallonie-Bruxelles. Pour des thématiques aussi importantes, transversales et structurantes, il est impératif d'interpeller ces autres niveaux de pouvoir.

L'intervenante déplore que, malgré le travail engagé autour de l'accord de coopération et les nombreux efforts consentis, le taux de couverture des animations EVRAS dans les écoles ne dépasse pas 38 %, ce qu'elle juge décevant. Elle reconnaît toutefois que les contraintes budgétaires sont réelles. Les intervenantes ont formulé des constats et des recommandations très clairs, et c'est désormais aux responsables politiques d'assumer leurs responsabilités.

La députée conclut en appuyant fermement la demande formulée par Mme Delphine Chabbert dans son récent courrier concernant le maintien des financements structurels et plaide pour leur renforcement. Elle espère que le futur Gouvernement, lorsqu'il sera constitué, saura entendre cet appel. Elle termine en soulignant que l'espoir reste permis.

Mme Gisèle Mandaila (DéFI) commence son intervention en remerciant chaleureusement les trois intervenantes pour la qualité de leurs exposés, qu'elle qualifie de très précis et très détaillés. Elle suit depuis longtemps les travaux du GAMS, depuis ce qu'elle estime être sa fondation, et témoigne de sa connaissance approfondie de la problématique des MGF. Malgré cette familiarité, elle rappelle que chaque présentation sur ce sujet reste profondément marquante, tant les récits de ce que vivent les femmes et les jeunes filles concernées suscitent émotion et indignation, notamment en raison du manque persistant d'information. Elle salue leur travail ainsi que celui d'autres associations engagées dans la lutte contre les MGF.

S'adressant à Mme Delphine Chabbert, elle reprend un élément central de son intervention en soulignant que la santé sexuelle ne peut se réduire à l'absence de maladies. Elle insiste à son tour : la santé sexuelle, c'est avant tout un droit fondamental, le droit de vivre sa sexualité librement, sans peur, sans violence et sans discrimination.

La députée évoque ensuite les réalités spécifiques à la région bruxelloise. Elle la décrit comme une ville jeune, multiculturelle, marquée par une forte mobilité et une grande mixité sociale. Elle la présente comme une capitale européenne traversée par des flux humains variés : étudiants, travailleurs, réfugiés, familles, communautés venues de tous horizons. Cette richesse culturelle est précieuse, mais constitue également un défi considérable en matière d'accès à la santé sexuelle. Ce droit ne doit en aucun cas devenir un privilège.

À Bruxelles, des freins importants subsistent, tels que l'inégalité d'accès à la prévention, aux soins, à l'information et à une éducation sexuelle de qualité. Ces éléments ont été clairement mis en évidence par les représentantes du GAMS et par Mme Delphine Chabbert au cours de leurs interventions.

L'intervenante a pris note de nombreuses données et constats partagés, à l'instar de ses collègues. Elle enchaîne ensuite avec ses premières questions, qu'elle choisit de structurer en commençant par le GAMS.

Dans le contexte bruxellois, caractérisé par une grande diversité culturelle, elle s'interroge sur les actions de prévention et de sensibilisation que l'association considère comme les plus efficaces pour lutter contre les MGF, tout en promouvant une approche positive de la santé sexuelle.

Elle insiste sur l'importance de prendre en compte les tabous qui entourent encore les questions de sexualité dans de nombreuses communautés issues de la migration. Dans ce cadre, quelles stratégies communautaires ou approches spécifiques se sont révélées les plus pertinentes et les plus porteuses à Bruxelles pour prévenir les mutilations et accompagner les femmes concernées dans leur droit à la santé sexuelle ?

Elle déclare vouloir en savoir davantage sur la manière dont les professionnels de la santé accompagnent les femmes ayant subi une mutilation génitale féminine et insiste sur le double enjeu que représente cet accompagnement : à la fois sur le plan médical et psychologique, mais aussi dans le respect des cultures et de l'intimité des femmes concernées. Dans certaines communautés, la santé sexuelle demeure un sujet particulièrement sensible,

voire tabou, ce qui complique l'abord de ces questions. Comment les intervenantes parviennent-elles à instaurer un dialogue respectueux, sans heurter ni stigmatiser les cultures d'origine ?

La députée poursuit en abordant un aspect plus institutionnel : les relations entre la santé et la justice. Quels sont, selon les intervenantes, les principaux défis mais aussi les leviers pour renforcer la collaboration entre les secteurs de la santé et de la justice, afin de mieux prévenir les MGF et d'assurer une meilleure prise en charge ? Elle évoque à cet égard la question du passeport MGF, qui peut être délivré aux familles lorsqu'elles se rendent dans un pays où l'excision est encore pratiquée. Elle souligne la difficulté pour les familles, et en particulier pour les enfants ou les parents, de dénoncer ces situations lorsqu'un risque d'excision existe. De quelle manière un équilibre peut être trouvé entre la protection des enfants et la non-stigmatisation des familles, et sur la manière dont les associations travaillent concrètement dans ce cadre ?

Concernant la sensibilisation des hommes, elle rappelle que les MGF s'inscrivent dans des systèmes patriarcaux, dans lesquels les hommes ont érigé cette pratique en norme, souvent à des fins de contrôle du corps et de la sexualité des femmes. Dès lors, comment le GAMS travaille-t-il à impliquer les hommes dans cette lutte, à les sensibiliser et à en faire des alliés ? Elle évoque à ce titre le projet « Men Speak Out » mené à Djibouti, qui visait à donner la parole aux hommes et à les rendre acteurs de changement, et souhaite savoir si de telles démarches existent à Bruxelles ou en Belgique.

S'adressant ensuite à Mme Delphine Chabbert, l'oratrice revient sur plusieurs constats déjà largement partagés dans la commission. Elle mentionne d'abord la hausse des infections sexuellement transmissibles, en particulier chez les jeunes âgés de 15 à 29 ans, ainsi que chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. Elle exprime son inquiétude face à la stagnation des chiffres concernant le VIH, malgré les nombreuses campagnes d'information et de prévention. Quelles nouvelles approches ou stratégies éducatives pourraient être mises en place à Bruxelles pour améliorer la sensibilisation à la prévention et au dépistage régulier des IST ?

Elle interroge aussi l'intervenante sur les freins existants à l'accès au dépistage et aux soins, notamment pour les publics les plus vulnérables ou marginalisés. Comment les structures de santé peuvent-elles contribuer à lever ces barrières, afin de garantir un accès effectif pour tous ?

Poursuivant sur le volet de l'EVRAS, la députée revient sur un point de l'intervention précédente

concernant les animations EVRAS dites « non scolaires ». Mme Delphine Chabbert peut-elle préciser quels publics sont visés par ces animations hors cadre scolaire, et pourquoi il est important de cibler ces personnes également ?

Elle conclut en formulant une question transversale, s'adressant à la fois aux représentantes du GAMS et à Mme Delphine Chabbert : comment renforcer concrètement la collaboration entre les acteurs de la santé, de l'éducation et du milieu associatif pour améliorer la détection, le suivi, la prévention et la lutte contre les MGF, mais aussi contre les infections sexuellement transmissibles ? Elle insiste sur la nécessité de prendre en compte la diversité des réalités culturelles et sociales présentes à Bruxelles dans toute politique publique de santé sexuelle.

Mme Fabienne Richard (directrice du GAMS Belgique) commence ses réponses à l'aide d'une projection de données chiffrées ⁽²⁾. Elle souhaite aborder dans un premier temps la question méthodologique relative aux chiffres avancés concernant les femmes excisées ou à risque. Elle précise avoir coordonné elle-même plusieurs de ces études, notamment avec une collègue démographe, en s'appuyant sur son parcours en santé publique à l'Institut de médecine tropicale à Anvers. La Belgique a mené quatre grandes études de prévalence sur les MGF, mais qu'il s'agit toujours d'estimations, et non de données obtenues par des examens médicaux individuels, ce qui serait éthiquement inacceptable.

Ces estimations reposent sur les prévalences constatées dans les pays d'origine, à partir de sources fiables comme l'OMS, l'UNICEF, ou les enquêtes démographiques et de santé, qui mettent régulièrement à jour leurs données par tranches d'âge de cinq ans. Par exemple, les taux chez les jeunes filles de 15 à 19 ans ou chez les femmes de 20 à 24 ans sont ainsi utilisés pour extrapoler les données à la population résidant en Belgique issue de ces pays. Si une diminution est observée dans un groupe d'âge dans le pays d'origine, elle est répercutée dans les calculs.

L'intervenante souligne que, contrairement à d'autres études européennes qui appliquent une prévalence globale (par exemple 94,5 % pour toute la population guinéenne), les travaux en Belgique prennent en compte les différences selon l'âge.

La qualité de cette méthodologie a été saluée par le Groupe d'experts sur la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique (GREVIO), qui a reconnu les études belges comme exemplaires. Ces recherches ont été financées par le SPF Santé publique et une nouvelle étude est atten-

due. Celle-ci aurait dû porter sur les chiffres de 2024, mais elle n'a pas encore été lancée. Le nouveau plan de lutte contre les violences n'a pas encore prévu ce volet, et un plaidoyer est en cours pour obtenir une mise à jour des données.

L'oratrice revient ensuite sur une question souvent posée, à savoir pourquoi les chiffres ne diminuent-ils pas malgré le travail de prévention mené par le GAMS depuis trente ans ? Plusieurs parlementaires ont déjà avancé une partie de la réponse, notamment en évoquant les flux migratoires. La Belgique reste, malgré un accueil parfois difficile pour les demandeurs de protection internationale, un pays accessible, contrairement à d'autres pays qui ont fermé leurs frontières. Cela signifie que des femmes qui ont fui leur pays pour des raisons politiques, sécuritaires ou personnelles, arrivent en Belgique en ayant déjà subi une excision.

Mme Fabienne Richard poursuit son intervention en précisant que de nombreuses femmes arrivent en Belgique après avoir fui des contextes politiques ou sécuritaires extrêmement graves, tout en ayant été excisées. Elle illustre cela par des exemples concrets : des femmes fuient l'Érythrée pour des raisons politiques, ou encore les violences d'Al-Shabab en Somalie, mais ces mêmes femmes ont également subi une mutilation génitale. Les deux réalités coexistent fréquemment : des femmes fuient à la fois la répression et les violences sexuelles ou sexistes, dont l'excision.

Elle évoque ensuite un autre profil de femmes arrivant en Belgique : celles qui cherchent à sauver leur fille. Certaines ont perdu une première fille à la suite d'une excision ou ont assisté à des complications graves, et ne parviennent pas à protéger leur enfant dans leur pays d'origine. Dans ce cas, elles prennent la décision de fuir, parfois en laissant leurs autres enfants derrière elles, notamment les garçons, pour venir avec la petite-fille à protéger. Cette situation est une réalité documentée et vécue, en écho avec plusieurs témoignages évoqués durant la commission.

Les chiffres avancés s'expliquent en grande partie par ces contextes migratoires. Ainsi, les 23.395 femmes concernées aujourd'hui sur le territoire belge sont en majorité venues dans le cadre d'une demande de protection internationale, d'un regroupement familial, ou plus rarement via un visa étudiant ou d'autres types de séjour.

En parallèle, 12.000 enfants sont considérés à risque, et il s'agit dans leur grande majorité de petites filles nées en Belgique ou arrivées très jeunes, avant l'âge où l'excision est traditionnellement pratiquée. Elles sont venues avec leur mère, précisément pour être protégées contre cette pratique.

(2) [MGF_Etude-de-prevalence-Resume-2022.pdf](#)

L'intervenante revient ensuite sur la situation spécifique de la Région de Bruxelles-Capitale, où les chiffres de 2020 font état d'environ 10.000 personnes concernées, dont 6.600 femmes excisées et 3.400 enfants à protéger. Elle insiste sur l'importance cruciale du travail de prévention à réaliser auprès de ces 3.400 enfants, notamment via les crèches, les services PSE, ou encore l'ONE.

Elle cite également les principaux pays d'origine des femmes concernées à Bruxelles : la Guinée, la Somalie et Djibouti, avec une forte proportion de familles guinéennes. Elle insiste sur une spécificité importante : en Somalie et à Djibouti, la forme d'excision la plus répandue est l'infibulation, c'est-à-dire la suture quasi complète de la vulve. Cette forme extrêmement invasive nécessite des formations spécifiques pour les professionnels de santé, notamment les gynécologues et les sages-femmes. Cette situation est relativement spécifique à la Belgique : comparativement à la France, les services belges accueillent proportionnellement davantage de femmes ayant subi une infibulation. Même au sein du GAMS France, cette pratique est beaucoup moins fréquente, et les vidéos pédagogiques réalisées sur l'infibulation sont presque uniques à la Belgique en raison de ce besoin accru.

Il existe donc un réel travail de terrain, un besoin de formation et de spécialisation médicale, ainsi qu'un enjeu majeur de prévention ciblée en lien avec les réalités migratoires et culturelles des communautés concernées.

Mme Fabienne Richard poursuit son intervention en revenant d'abord sur la question des méthodes les plus efficaces dans la lutte contre les MGF. Mme Aminata Sidibé, assise à sa droite, coordonne la communauté de pratique sur les MGF, qui met en réseau des partenaires du Sud et du Nord pour échanger les meilleures stratégies. Cette communauté s'appuie sur une logique d'evidence-based practice, c'est-à-dire des approches fondées sur les preuves, qui incluent la lecture de la littérature scientifique et la revue des expériences de terrain.

Ce qui ressort comme étant le plus efficace, ce sont les approches transformatrices de genre. Celles-ci visent à repartir à la racine des rapports de genre, en s'interrogeant sur la manière dont les enfants, dès leur plus jeune âge, sont socialisés selon des rôles sexuels rigides. Ces stéréotypes initiaux sont à l'origine de nombreuses violences basées sur le genre, y compris les mutilations sexuelles. Travailler à ce niveau fondamental a un impact plus durable.

Mme Fabienne Richard insiste ensuite sur l'importance de travailler avec les hommes, rappelant le projet Men Speak Out, un projet européen initié en

2015 et qui continue à se décliner via des ateliers pour hommes. Parallèlement, des ateliers pour les jeunes sont organisés, car ce sont eux qui seront les parents de demain. C'est la nouvelle génération qu'il faut accompagner pour changer durablement les mentalités.

Elle souligne aussi le rôle des relais communautaires (Community Voices), des personnes issues des communautés concernées, parlant leurs langues, et capables de créer un effet boule de neige au sein de leurs réseaux. Cette approche nécessite un engagement renouvelé chaque année, avec des formations constantes et la nécessité de trouver des financements durables, ce qui peut être un défi.

L'oratrice déplore que les pouvoirs subsidiaires demandent sans cesse de l'innovation, alors que la continuité dans l'approche communautaire est précisément ce qui fonctionne le mieux.

Le GAMS a récemment mené une évaluation d'impact social externe, réalisée par l'ESSEC, une école de commerce parisienne spécialisée dans l'économie sociale. Ce travail est le premier réalisé par un organisme extérieur, contrairement aux évaluations internes habituelles, susceptibles de biais. Elle propose de transmettre ce rapport ⁽³⁾, finalisé en février 2025, aux membres de la commission.

En ce qui concerne les partenariats, Mme Fabienne Richard insiste sur l'importance des centres de planning familial, notamment ceux membres de la FLCPF et de la Fédération pluraliste. Elle les qualifie de partenaires principaux du GAMS. L'association ne dispose que de peu de personnel, notamment une seule assistante sociale et une psychologue par antenne, ce qui limite ses capacités d'intervention directe. Par conséquent, le GAMS travaille surtout à former les autres acteurs, et les centres de planning prennent ensuite le relais, que ce soit pour les examens des petites filles, l'accompagnement psychologique, juridique ou médical.

Ces centres sont les partenaires les plus fiables et systématiques, et presque tous les plannings ont déjà entendu parler du GAMS ou utilisé leurs outils pédagogiques. Ces outils sont souvent mis à disposition via les pôles ressources de la documentation des fédérations, qui les diffusent ensuite dans leurs structures membres.

Enfin, si les CPAS et les écoles sont également des partenaires, le GAMS ne dispose pas des ressources suffisantes pour répondre à tous les besoins de manière systématique dans ces secteurs.

(3) [20250205_GAMS_ESSEC_EvaluationImpactSocial_RAPPORT_VF_FR.pdf](#)

L'intervenante poursuit en soulignant que l'intervention du GAMS dans les établissements scolaires ou d'accueil se fait de manière ponctuelle, en réaction à une situation particulière, faute de moyens suffisants pour organiser une présence systématique. Elle donne l'exemple d'un dévoilement en classe, lors d'une animation EVRAS : une petite fille, interpellée par un dessin anatomique de la vulve, a réagi en disant que ce n'était pas vrai, que ce n'était pas comme ça pour elle. En réalité, elle avait été excisée, ne possédant plus ses lèvres internes. C'est après un échange individuel avec l'animatrice que l'excision a été découverte.

Ce type de situation n'est pas rare, et que le GAMS ne peut intervenir qu'au cas par cas, sans avoir la capacité structurelle pour mettre en place des dispositifs permanents ou généralisés, malgré l'urgence et la gravité de ces révélations.

L'oratrice évoque ensuite le travail mené avec l'ONE et les crèches qui relèvent du financement de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Ce projet, qui repose sur un contrat de gestion courant jusqu'à fin 2025, permettait d'assurer des formations pour les professionnels de l'enfance et de produire des outils de sensibilisation (flyers, brochures) à destination des milieux d'accueil. À ce jour, aucune réponse claire n'a été reçue de la part du cabinet concerné ni de l'administration, alors même qu'un comité de pilotage est prévu le 14 novembre prochain. Elle exprime donc une inquiétude forte quant à la pérennisation de ce programme, qu'elle juge pourtant essentiel.

Abordant la question de la prise en charge psychologique et médicale, Mme Fabienne Richard rappelle que, bien que le « CeMAVIE » soit un partenaire central, les centres de planning restent, eux aussi, des relais précieux dans le suivi global des femmes concernées. Cependant elle pointe un problème récurrent : l'absence de financement structurel suffisant, en particulier pour les postes dits de soutien.

Si certains postes comme une psychologue, une assistante sociale ou une juriste peuvent être couverts dans certains cas, ce n'est pas le cas des fonctions de coordination, de direction, de gestion administrative et financière, qui sont pourtant indispensables au bon fonctionnement de l'association. Elle confie qu'elle a attendu 15 ans avant de pouvoir enfin recruter une personne pour l'épauler sur les aspects administratifs et financiers, mais que ce poste est actuellement financé par une fondation privée qui cessera son soutien à la fin de l'année.

Le GAMS, fondé en 1996 par Mme Khadidiatou Diallo, est une structure à part, non affiliée à une fédération reconnue. Le GAMS n'est pas un service ONE, ni un acteur intégré dans une des fédérations

classiques du secteur social-santé, ce qui complique considérablement la reconnaissance structurelle et l'accès à des subventions récurrentes. Bien que le GAMS soit actif à l'échelle fédérale, avec des antennes à Bruxelles, Anvers, Namur et Liège, il reste dans une position institutionnelle singulière, qui freine la mise en place de moyens pérennes.

L'oratrice souligne l'absurdité de cette situation où un organisme qui travaille sur des enjeux vitaux pour des milliers de femmes et d'enfants ne bénéficie d'aucun financement structurel pour ses fonctions de gestion, coordination, ressources humaines et finances, pourtant indispensables à toute structure professionnelle.

Mme Fabienne Richard évoque la précarité du financement de son propre poste, qu'elle cumule à travers une mosaïque de financements : 10 % ici, 10 % là, 5 % ailleurs. Malgré cette fragmentation, parmi d'autres, elle reste l'une des personnes les plus sollicitées, assumant des horaires démesurés, répondant à des messages tard le soir ou le week-end, et assurant une recherche constante de financements pour garantir la survie du GAMS.

Elle insiste ensuite sur un point central : dans un monde idéal, le GAMS souhaiterait que les travailleuses interculturelles, c'est-à-dire des femmes ayant elles-mêmes vécu une mutilation génitale, formées, passées par un processus thérapeutique, et aujourd'hui capables d'aider d'autres femmes, puissent être plusieurs par antenne. Actuellement, dans le cadre du programme des Community Voices, le GAMS s'appuie beaucoup sur des personnes bénévoles. L'association n'a la capacité d'embaucher qu'une seule travailleuse interculturelle par antenne, mais cela est largement insuffisant, surtout dans une région comme Bruxelles, où les populations concernées sont nombreuses et diverses.

L'oratrice donne l'exemple d'une collègue érythréenne qui maîtrise les langues amharique et tigrinya, mais qui ne peut répondre aux besoins des femmes parlant peul/pulaar, somalien ou d'autres langues. Actuellement, pour ces langues, le GAMS est contraint de recourir à des bénévoles (Community Voices/relais communautaires). Dans une région-capitale où plus de 6.000 femmes guinéennes sont concernées par les mutilations, une travailleuse interculturelle guinéenne salariée est une nécessité, notamment pour assurer le premier accueil.

Le poste de travailleuse sociale actuellement financé pour Bruxelles l'est grâce à une subvention de 30.000 euros, qui est passée *in extremis* d'une subvention facultative annuelle à un financement triennal, juste avant les élections. Ce montant reste toutefois largement insuffisant, ne couvrant même

pas un temps plein. Elle en appelle à un financement structurel, non seulement pour les premières lignes, mais aussi pour les postes de soutien, tels que la gestion administrative, la coordination, la direction et les finances, sans lesquels la structure ne peut fonctionner. Elle exprime une inquiétude quant à l'avenir même du GAMS si de tels financements ne sont pas assurés.

Abordant la question de la pratique des mutilations génitales en Belgique, Mme Fabienne Richard explique qu'en France, au Royaume-Uni et aux Pays-Bas, il y a eu des cas avérés, documentés et poursuivis. Elle donne l'exemple d'une jeune fille vivant à Paris, qui a pris l'Eurostar pour se faire exciser à Londres. En Belgique, à ce jour, aucun auteur n'a été arrêté ou condamné, bien que plusieurs témoignages et signalements aient eu lieu. Elle évoque le cas de voisins ayant entendu des cris suspects ou de signalements de situations préoccupantes, où la personne incriminée avait déménagé avant que la police n'intervienne. Des cas ont pu se produire, surtout dans les années 1990, avant l'existence d'une législation claire et de dispositifs de prévention.

Ce qui est certain c'est qu'elle a personnellement examiné des jeunes filles, aujourd'hui devenues adultes, nées en Belgique, à Bruxelles ou à Liège, et qui ont été excisées pendant les vacances scolaires dans leur pays d'origine. Ces cas constituent un échec manifeste de la prévention.

C'est pourquoi le travail avec l'ONE est primordial. Le GAMS souhaite que les outils de dépistage et de prévention soient systématisés et non proposés à la carte, comme c'est encore trop souvent le cas actuellement. Elle appelle à une structuration plus solide des politiques de prévention, afin d'éviter que de telles pratiques ne se poursuivent en toute discrétion.

L'oratrice poursuit en expliquant que de nombreux outils et formations ont été développés pour apprendre aux professionnels comment repérer les risques, comment collaborer avec les services comme le Service d'aide à la jeunesse (SAJ), SOS Enfants ou le parquet. Toutefois, dans la pratique, certains médecins décident d'agir, alors que d'autres estiment que ce n'est pas leur rôle, qu'ils n'ont pas le temps ou que ce serait une question culturelle à ne pas toucher. Même si certaines explications peuvent être ancrées dans des traditions, il s'agit avant tout d'une violence faite aux enfants, et aucun relativisme culturel ne devrait justifier cela.

Concernant les excisions pratiquées pendant les vacances, on ne connaît pas les chiffres exacts. C'est un vrai problème, d'autant plus que ces actes sont punis par l'article 409 du code pénal. Mais personne ne va venir spontanément avouer qu'il est allé exci-

ser son enfant à l'étranger pendant l'été. Ce genre de situation demande donc un travail de détection dans les consultations, notamment avec l'ONE. Elle plaide pour des examens complets lors des consultations pédiatriques, en précisant qu'il ne s'agit pas d'examiner tous les enfants de manière systématique.

L'intervenante se montre opposée à l'idée d'un dépistage de masse, qui a parfois été suggérée, car les services PSE sont sous-financés et, dans certains cas, une visite ne dure que trois minutes. Ce serait contre-productif et risquerait d'entraîner des erreurs de diagnostic.

En revanche, elle défend l'usage d'un détectomètre ⁽⁴⁾ basé sur les signes de risque : une enfant qui se plaint de démangeaisons, de douleurs, qui va fréquemment aux toilettes, cela doit alerter. Les médecins doivent alors se sentir légitimes à procéder à des examens complémentaires. Ces derniers sont permis, pour autant qu'ils soient motivés par des signaux de risque. Il faut aussi, dans ces cas-là, convoquer les parents et poser les bonnes questions. C'est dans cette direction que l'équipe du GAMS souhaite voir les pratiques évoluer.

Elle revient ensuite sur la collaboration avec les instances judiciaires. Le GAMS travaille notamment avec le SAJ et, sur Bruxelles, trois délégués ont été spécifiquement formés à la problématique des MGF. Elle souligne l'importance de renouveler régulièrement ces formations. Cette collaboration a marqué un tournant. Alors qu'auparavant les dossiers étaient gérés par des personnes non sensibilisées, il est désormais possible de solliciter un référent formé, ce qui permet un traitement plus adapté et plus rapide des situations.

Elle donne l'exemple de situations où des travailleuses interculturelles du GAMS ont été invitées à participer aux tables de concertation avec les familles. Leur présence a souvent permis d'éviter des confrontations trop directes ou violentes, car elles étaient capables de comprendre les codes culturels et de traduire les enjeux de manière accessible. À l'inverse, lorsqu'elles étaient absentes, les discussions devenaient très tendues.

Le GAMS a plaidé, y compris auprès de l'IEFH et du GREVIO, pour que les actions de prévention et de protection soient comptabilisées dans les chiffres officiels. Aujourd'hui, seuls les volets pénaux sont pris en compte et, comme il n'y a eu aucun procès en Belgique, certains en concluent à tort qu'il n'y a pas de problème. Pourtant, de nombreux cas d'excision

(4) [Déetectomètre : outil à destination des professionnels – Stratégies concertées de lutte contre les mutilations génitales féminines](#)

ont pu être évités grâce à des interventions préventives ou à des mesures protectionnelles, comme des interdictions de sortie du territoire Schengen.

Le GAMS est fréquemment sollicité pour évaluer les situations. L'équipe doit parfois rendre des rapports sur la capacité des parents à protéger leur enfant lors de voyages au pays d'origine. Ces évaluations permettent, dans certains cas, d'imposer une interdiction temporaire de sortie du territoire à des mineurs. Ce sont des décisions lourdes, mais qui participent à la prévention active. L'oratrice regrette que ces mesures ne soient pas prises en compte dans les statistiques officielles, alors qu'elles sont une part essentielle du travail réalisé sur le terrain.

Mme Aminata Sidibé (coordinatrice de Bruxelles au GAMS Belgique) poursuit les réponses pour le GAMS en expliquant que, concernant les campagnes de sensibilisation, une question avait été soulevée sur l'inclusion ou non de la dimension punitive. L'approche du GAMS ne repose pas sur une logique de sanction, mais au contraire sur la collaboration avec les familles. Le point de départ est que tout parent souhaite protéger son enfant et faire le meilleur choix pour lui.

Ainsi, lorsqu'il est question de l'article de loi qui punit les MGF, ce texte est présenté comme un outil de protection, pas comme une menace. Dans les séances d'information, l'objectif est d'amener les familles à comprendre les dangers que ces pratiques font courir aux enfants, tout en maintenant une relation de confiance. De nombreuses familles favorables à l'excision n'ont pas toujours conscience du lien entre cette pratique et les problèmes de santé rencontrés, parfois sur le long terme, par les mères elles-mêmes.

Dans ce contexte, les travailleuses interculturelles du GAMS – souvent elles-mêmes concernées – jouent un rôle essentiel en faisant le lien entre les conséquences de l'excision sur leur propre corps et les difficultés médicales rencontrées. Elle donne des exemples concrets : des femmes ayant souffert de règles extrêmement douloureuses, de prises régulières de médicaments, ou encore d'infections urinaires fréquentes. En montrant ce lien direct entre les séquelles physiques et l'excision, ces travailleuses amènent progressivement les mères à prendre conscience du danger, non seulement pour elles, mais aussi pour leurs filles.

Ce travail de sensibilisation par la reconnaissance du vécu commun permet un changement durable. L'oratrice insiste sur le fait que ce type de transformation s'avère bien plus efficace que les campagnes centrées sur la peur ou la punition. La sensibilisation fonctionne lorsqu'elle est construite sur un dialogue entre pairs, avec empathie et sans jugement.

Mme Aminata Sidibé enchaîne ensuite sur la question de la peur et de la stigmatisation, une problématique qu'elle dit avoir beaucoup évoquée dans son intervention. Il faut d'abord comprendre d'où vient cette peur. Dans beaucoup de communautés concernées, le collectif prime sur l'individu. L'image de soi est étroitement liée à celle de la famille, du clan ou de l'ethnie. Les actions personnelles ont donc des répercussions sociales fortes.

Les sujets liés au corps, à la sexualité, à la reproduction ou même aux relations avec le partenaire restent profondément tabous. Il est très mal vu d'exposer publiquement des problèmes qui touchent à l'intime, surtout si cela peut être perçu comme une remise en cause de l'homme ou de l'ordre familial. Ce silence n'est pas seulement une barrière culturelle, mais un mécanisme de protection, pour soi et pour les siens.

Elle illustre cela par son propre vécu. Étant Guinéenne, elle observe que beaucoup de choses restent confinées dans un cercle restreint, celui de la famille proche. Les faits de violence conjugale, les douleurs gynécologiques ou les mutilations subies ne sont que très rarement discutés en dehors de ce cercle. La peur d'être stigmatisée, d'être vue comme « différente », de trahir sa communauté ou d'en ternir l'honneur est omniprésente.

C'est pourquoi les efforts de sensibilisation doivent impérativement prendre en compte ces réalités culturelles et familiales. Créer un espace sécurisant, où la parole peut se libérer sans jugement, est indispensable pour faire bouger les lignes.

L'approche du GAMS n'est jamais de forcer une discussion sur la sexualité en posant comme préalable qu'il « faut en parler ». Au contraire, l'idée est de partir de là où en sont les personnes, en s'appuyant sur les travailleuses interculturelles et les Community Voices, ces bénévoles-relais issus des communautés concernées. Ces personnes jouent un rôle crucial de pont entre l'organisation — perçue comme belge et occidentale — et les communautés touchées, en adoptant une posture à la fois culturellement sensible et attentive aux rapports de genre.

À partir de cette posture respectueuse, une communication peut s'établir, permettant d'aborder progressivement des sujets sensibles. La mise en place de groupes non mixtes est un levier important pour libérer la parole. Lorsqu'un cadre est perçu comme sécurisant, les femmes se sentent plus à l'aise pour s'exprimer, ce qui permet de mieux comprendre les freins qu'elles rencontrent dans l'accès aux services, notamment médicaux.

Mme Aminata Sidibé aborde ensuite la question des barrières à l'accès à l'information comme, notamment, les obstacles liés à la langue. Certaines personnes viennent de communautés où la communication est essentiellement orale. Dès lors, les supports écrits, comme les brochures, peuvent poser de véritables difficultés d'accès, d'autant plus quand la personne ne parle pas ou maîtrise mal le français, ou encore n'a pas appris à lire et écrire dans sa propre langue.

Pour répondre à ces contraintes, le GAMS a développé différents supports vidéo. Il s'agit notamment de vidéos de présentation de l'association, mais aussi de vidéos pédagogiques sur la désinfection. Ces formats ont plusieurs avantages : ils sont accessibles à des personnes ne sachant pas lire, peuvent être diffusés via les réseaux sociaux ou des canaux de communication comme WhatsApp, et peuvent aussi être traduits ou enregistrés dans des langues rarement écrites.

En ce qui concerne l'accès aux services, la majorité du public accueilli au GAMS (environ 80 %) est composé de femmes qui sont dans un parcours de demande de protection internationale. Grâce aux partenariats établis avec les centres d'accueil pour demandeurs d'asile, ces femmes sont souvent orientées de manière systématique vers le GAMS. Selon les juristes de l'association, environ 60 % des centres redirigent effectivement leurs résidentes vers le GAMS.

En revanche, le public arrivé par d'autres voies, comme le regroupement familial, les visas étudiants ou d'autres procédures de séjour, échappe plus facilement aux réseaux de soutien. C'est un public plus difficile à atteindre, car il ne bénéficie pas du même accompagnement institutionnel.

L'oratrice évoque aussi les personnes issues de la deuxième génération, souvent nées en Belgique ou arrivées très jeunes, qui elles aussi peuvent passer sous les radars. Ces personnes ont un parcours et des profils très différents de ceux des femmes passées par des centres d'accueil pour demandeuses de protection internationale, qui constituent la majorité du public habituel du GAMS. Ce public plus « discret » n'est pas nécessairement atteint par les campagnes de sensibilisation classiques ou les activités de dissémination menées jusqu'à présent.

Pour remédier à cette lacune, un groupe spécifique nommé Youth Activists, a été mis en place, constitué justement de jeunes ayant grandi en Belgique. L'objectif de ce groupe est double : d'une part, permettre à ces jeunes de participer activement à la sensibilisation de leurs pairs et, d'autre part, créer des méthodes adaptées à leurs réalités culturelles,

sociales et linguistiques. Il s'agit de proposer à ces jeunes, qui peuvent se poser des questions, qui ressentent un besoin d'accompagnement ou qui souhaitent simplement s'engager, un espace pour se rapprocher du GAMS.

Mme Aminata Sidibé revient ensuite sur les partenariats développés avec d'autres institutions, notamment les écoles. Elle note que des demandes d'interventions sont régulièrement adressées à l'association, particulièrement en Wallonie, mais également à Bruxelles. Des établissements scolaires sollicitent le GAMS pour intervenir sur des questions liées aux mariages forcés ou à l'excision. Elle mentionne, par exemple, une demande récente d'intervention à l'Institut d'Enseignement de la Fédération Wallonie-Bruxelles (IEGS), dans le cadre d'une action de sensibilisation auprès d'élèves.

L'oratrice précise que le groupe des Youth Activists travaille également sur la manière d'aborder ces sujets sensibles avec les jeunes. Plusieurs pistes sont explorées, comme l'idée de lancer des podcasts ou de développer des outils de prévention plus ludiques et interactifs. Elle évoque notamment l'exemple d'un escape game conçu par une autre plateforme de prévention (PCNR), qui constitue une méthode originale et engageante pour aborder la question des violences sexuelles et sexistes.

Elle clôt son intervention en reconnaissant qu'il n'a pas été possible de répondre à toutes les questions dans le temps imparti — environ vingt minutes — et invite les membres de la commission à poursuivre les échanges par mail, si nécessaire. Elle indique que les adresses du GAMS suivent toujours la même structure : prénom@gams.be, ce qui permet de les contacter facilement.

Mme Chabbert (directrice de la FLPCF) poursuit pour la FLPCF et commence par remercier les intervenantes du GAMS, en précisant avoir personnellement beaucoup appris de leur intervention. Elle insiste sur la qualité de ce qui a été partagé.

L'oratrice enchaîne en indiquant qu'elle va répondre par « paquets » aux différentes questions posées, que les réponses vont être regroupées, et que chacun pourra retrouver les éléments de réponse qui le concernent.

Elle commence par les premières questions relatives aux infections sexuellement transmissibles et rappelle que plusieurs membres de la commission ont attiré l'attention sur le sujet. C'était effectivement pertinent, car il y a une augmentation de la propagation des IST. La question posée était la bonne. S'agit-il d'une tendance générale ou d'un phénomène plus localisé ? Il s'agit bien d'un phénomène très

bruxellois. La hausse des infections est plus marquée à Bruxelles que dans les autres régions, et qu'elle touche principalement les jeunes, ce qui est préoccupant. Elle invite les membres de la commission à se pencher sérieusement sur cette question.

Mme Delphine Chabbert concède que le phénomène est complexe et que les données ne sont pas toujours parfaitement claires, mais insiste à nouveau sur le fait que c'est une tendance observée spécifiquement à Bruxelles, tout en s'inscrivant dans une tendance plus large au niveau européen. Ce sont ses collègues, beaucoup plus spécialisés qu'elle sur ces sujets, qui le lui ont confirmé.

M. Thomas Pierard, présent dans la salle, est le spécialiste de la FLCPF sur ces questions, et se tient à disposition pour apporter des compléments. Elle mentionne une observation que M. Thomas Pierard lui a transmise, à savoir une diversification des publics touchés par certaines IST, comme une augmentation des cas de syphilis chez les femmes, ce qui constitue une nouvelle tendance. Tous ces éléments renforcent l'importance du dépistage et il faut absolument intensifier les politiques de dépistage.

Elle aborde ensuite la stagnation des chiffres liés au VIH. Il existe aujourd'hui des traitements qui permettent de prévenir, de prendre en charge et de réagir rapidement. C'est peut-être aussi ce qui explique que certains jeunes utilisent moins le préservatif, pensant que les traitements suffisent. Mais cela ne signifie pas qu'il ne faut rien faire.

L'oratrice répond à la question sur les mesures à prendre en soulignant que le travail avec les centres de planning est crucial. Ils sont des structures de première ligne qui permettent justement de proposer du dépistage et de le renforcer. D'autres partenariats sont nécessaires, notamment avec des acteurs spécialisés, qu'ils soient issus de la jeunesse ou des communautés LGBTQIA+. Ces partenariats, combinés à une concertation active entre les différents opérateurs, permettront une meilleure prévention et un meilleur dépistage des IST.

Elle insiste sur l'importance de mener des campagnes de prévention et de sensibilisation, en soulignant qu'on n'en fera jamais assez et précise qu'il est essentiel de mieux cibler ces campagnes en fonction des publics concernés.

Mme Delphine Chabbert passe ensuite aux questions liées à la contraception. Elle a commis une erreur en évoquant précédemment les chiffres de 96 et 91. Il ne s'agit pas de pourcentages, mais de notes attribuées à la Belgique par une plateforme européenne sur la contraception. Elle corrige donc en indiquant

que ces chiffres représentent une évaluation qualitative, et non une donnée statistique.

Cette note, qui était de 96 il y a quelques années, est passée à 91, puis à 90 en 2025, ce qui reflète une baisse de l'accès à la contraception. C'est un signal clair qu'il faut prendre au sérieux et qui montre qu'il est impératif d'agir.

L'intervenante annonce qu'elle reviendra un peu plus tard sur des propositions complémentaires à ce sujet, mais elle souhaite d'abord aborder la contraception masculine, qui a également suscité des questions. C'est une vraie bonne question et il est important de rappeler que, pour pouvoir faire la promotion d'une méthode contraceptive, celle-ci doit d'abord être reconnue officiellement.

Actuellement, seules deux méthodes de contraception masculine sont disponibles sur le marché et reconnues : le préservatif et la vasectomie. Elle évoque également la contraception thermique masculine, mais précise qu'elle n'est pas encore officiellement reconnue. Elle regrette de ne pas avoir ses notes sous les yeux, mais ces deux méthodes sont les seules reconnues actuellement.

L'oratrice ajoute que les centres de planning forment les professionnels de santé, y compris les médecins, à ces méthodes contraceptives masculines, et qu'ils ont pris en charge ce sujet dans leurs activités. Les centres de planning jouent un rôle actif dans la promotion et l'accompagnement de la contraception masculine, même si le champ reste encore limité par l'absence de reconnaissance officielle d'autres méthodes.

En ce qui concerne les nombreuses questions qui ont été posées sur l'EVRAS, la FLCPF et ses partenaires plaident pour des animations EVRAS dans tous les milieux de vie, non seulement les écoles, mais aussi les centres pour demandeurs d'asile, les IPPJ, les maisons de jeunes et, de manière générale, tous les lieux où vivent ou se rassemblent les jeunes.

Le principe défendu est que l'EVRAS doit commencer dès le plus jeune âge, toujours de façon adaptée, mais sans attendre l'adolescence ou une situation problématique. Chacun ayant une vie relationnelle, affective et sexuelle, une éducation en la matière est nécessaire à toutes les étapes.

Mme Delphine Chabbert revient également sur une imprécision. Le chiffre de 38 % évoqué plus tôt correspond uniquement aux animations EVRAS réalisées par les centres de planning. À cela s'ajoutent les interventions menées par les services PSE et PMS, dont les chiffres ne sont pas actuellement pas réunis par la FLCPF. Il convient donc de nuancer cette don-

née, sans pour autant minimiser le besoin de renforcement.

Les résistances à l'EVRAS sont ensuite abordées. Les polémiques suscitées par l'accord de coopération ont complexifié la mise en œuvre de certaines actions. Une forte désinformation a circulé, ce qui a accentué les craintes de certains parents ou enseignants. D'où la nécessité, insiste-t-elle, de poursuivre les efforts de pédagogie, d'information et de réassurance auprès des différents publics.

Si l'accord de coopération a permis d'encadrer deux animations obligatoires en quatrième primaire et en sixième secondaire, cela a eu pour effet indirect de standardiser et parfois d'appauvrir les contenus. Certaines thématiques cruciales, comme la contraception ou les IST, risquent d'être moins explorées lorsque le temps est limité. C'est pourquoi la fédération plaide pour un déploiement annuel, progressif mais systématique, des animations EVRAS tout au long du parcours scolaire.

Enfin, l'oratrice insiste sur le manque de moyens disponibles, aussi bien pour les services PSE et PMS que pour les centres de planning. Ces derniers sont de plus en plus sollicités pour pallier les lacunes du système, sans que les ressources ne suivent. Elle évoque alors un projet pilote soutenu par la Commission communautaire française, les « cellules EVRAS », qui accompagnent certaines écoles pendant trois ans afin de faire émerger une véritable culture de la prévention, de l'égalité et du consentement. Ce type de dispositif, pluriannuel et structurant, est jugé essentiel pour assurer une appropriation collective du projet par l'ensemble de la communauté éducative, malgré le turnover des équipes.

Mme Delphine Chabbert poursuit en attirant l'attention sur ces cellules EVRAS et précise qu'elles sont aujourd'hui menacées par le manque de financement. La Fédération bénéficie d'un subside pour les mettre en œuvre dans certaines écoles, mais les demandes sont de plus en plus nombreuses, alors que la capacité de réponse des associations est limitée.

Elle souligne également la nécessité urgente de renforcer les moyens des services PMS et PSE, qui sont trop souvent en première ligne sans les ressources adéquates pour mener à bien leur mission, notamment en matière d'EVRAS.

En réponse aux questions soulevées sur les atteintes aux droits sexuels et reproductifs, elle évoque l'émergence et la montée du masculinisme, qu'elle décrit comme un phénomène inquiétant. Cette dynamique se manifeste par une libération de la parole sexiste, à la fois dans les discours et dans l'espace numérique, portée notamment par certains

influenceurs présents sur des plateformes très accessibles aux jeunes. Ce ne sont pas des propos nouveaux car le sexisme a toujours existé, mais il y a aujourd'hui une banalisation et une radicalisation de ces discours.

L'oratrice cite des exemples concrets tels que la remise en question du nombre de partenaires sexuels d'une femme, les commentaires violents sur son apparence ou sa sexualité supposée, les attaques envers les communautés LGBTQIA+, ou encore la réduction des femmes à leurs fonctions biologiques à travers des propos sur les hormones.

Cette libération des discours haineux constitue une menace réelle à l'égalité entre les femmes et les hommes, ainsi qu'au développement de relations saines et respectueuses entre les sexes. Ce phénomène s'inscrit aussi dans des dynamiques plus larges, comme celles portées par les mouvements dits « *tradwives* » ou traditionalistes, qui participent à ce climat de recul des droits.

Les équipes de la FLCPF restent disponibles pour approfondir les échanges ou répondre à des questions plus spécifiques. Elle encourage les parlementaires à les contacter directement, rappelant que leurs coordonnées sont connues.

Mme Delphine Chabbert demande à pouvoir ajouter une dernière remarque qu'elle estime essentielle mais qu'elle n'avait pas eu le temps d'aborder précédemment. Elle insiste sur le fait qu'il ne peut y avoir de santé sexuelle complète tant que perdurent les violences, qu'elles soient sexistes, sexuelles ou conjugales. Si la commission s'est concentrée sur les mutilations génitales, il est, selon elle, crucial d'élargir la focale à l'ensemble des violences faites aux femmes.

Le mois de novembre est un mois symbolique, puisque le 25 novembre marque la Journée internationale pour l'élimination des violences à l'égard des femmes. Elle invite vivement les membres de la commission à se mobiliser à cette occasion, et mentionne notamment un événement organisé le 6 novembre, en présence de la police, de la justice, des services de prévention, et d'associations spécialisées, autour de la question des violences et de leurs auteurs.

Elle conclut en affirmant que parler de ces violences, c'est aussi œuvrer pour une meilleure santé sexuelle et un respect renforcé des droits sexuels et reproductifs.

Mme Amélie Pans (présidente) remercie l'ensemble des intervenantes et estime que, pour l'ensemble des groupes, il existe un assentiment pour dire que ces questions sont essentielles et que, si d'autres questions subsistent, les commissaires sont

en mesure de contacter directement le GAMS ou la FLCPF.

6. Approbation du rapport

La présidente demande s'il y a assentiment pour faire confiance aux rapporteuses ainsi qu'à elle-même pour la rédaction du rapport et constate cet assentiment.

Les Rapporteuses,

La Présidente

Anne-Charlotte d'URSEL
Cécile VAINSEL

Amélie PANS

7. Annexes



Audition sur la « santé sexuelle » dans le cadre des compétences de la Commission communautaire française 4 novembre 2025

Aminata Sidibe
COORDINATRICE DE BRUXELLES -
GAMS BELGIQUE
CHARGÉE DE PROJET - RÉSEAU
WALLON DES SC-MGF

Fabienne Richard
DIRECTRICE- GAMS
BELGIQUE



Diagnostic communautaire Besoins et demandes en matière de santé et droits sexuels et reproductifs des femmes concernées par les MGF, à Bruxelles



- Introduction – objectifs de l'étude
- Contexte de l'étude
- Méthodologie
- Résultats
- Discussion
- Recommandations

Objectif de l'étude

Evaluer les besoins et demandes des femmes concernées par les MGF (excisées ou à risque), à Bruxelles, en matière de santé et droits sexuels et reproductifs (SRHR).

Promotion de la santé - prise en compte des déterminants de santé.

→ Elaborer des propositions concrètes pour améliorer les services & promouvoir le bien-être et la santé sexuelle et reproductive du public concerné.

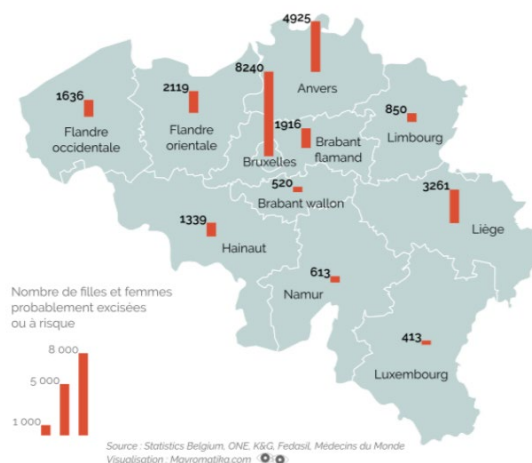
Contexte de l'étude

- Région de Bruxelles-Capitale - spécificités sociales et économiques
- Public de femmes migrantes
 - Migration des femmes en augmentation
 - Difficultés particulières (violences, regroupement familial génératrice d'inégalités, vulnérabilité des femmes sans statut officiel...)
- MGF comme raison de demander et obtenir l'asile

Les MGF en Belgique et à Bruxelles

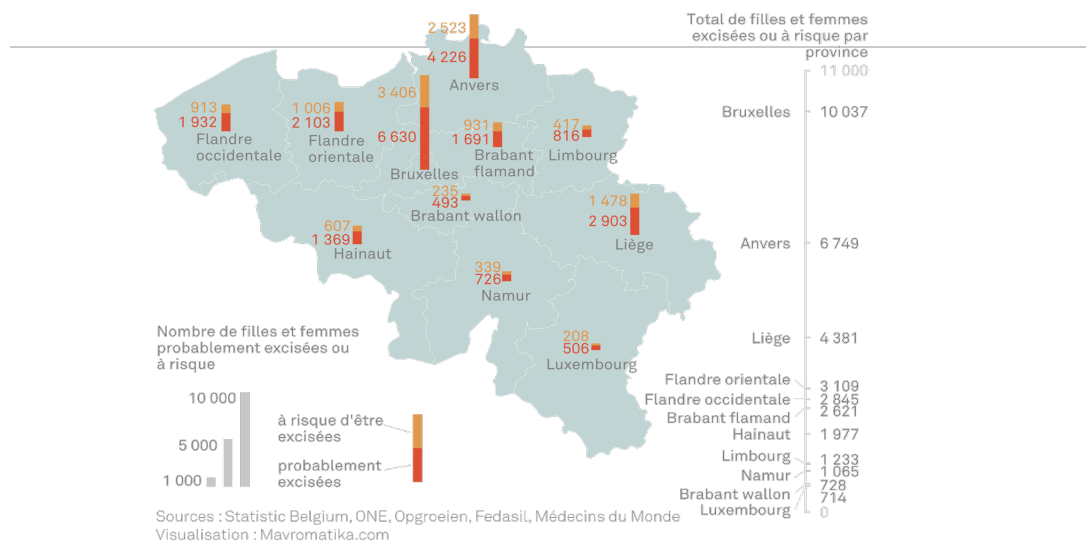
- environ 8 000 femmes excisées ou à risque à **Bruxelles**
- **Guinéennes +/- 50 %**

Figure 5. Population féminine très probablement excisée ou à risque de l'être par province au 31 décembre 2016. (Sources : Statistics Belgium, ONE, K&G, Fedasil)



Bruxelles	
Nationalité d'origine	Nbre
Guinée	4 527
Somalie	435
Djibouti	380
Egypte	342
Côte d'Ivoire	335
Sénégal	237
Burkina Faso	234
Mauritanie	232
Ethiopie	205
Sierra Leone	178

Résultats par province (chiffre au 31 décembre 2020)



Médiatrices & traductrices

2 MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE

Figure 2 : Principales étapes de l'étude avec les personnes y ayant participé



3 RÉSULTATS

Pays d'origine	Entretiens individuels	Focus groupes	Total	%
Guinée Conakry	7	24	30 (1db)	47,5%
Djibouti	1	6	7	11,5%
Erythrée	0	7	7	11,5%
Kurdistan (pays inconnu, Iraq 1)	0	4	4	6,6%
Burkina Faso	1	1	2	3,3%
Côte d'Ivoire	2	0	2	3,3%
Ethiopie	0	2	2	3,3%
Egypte	1	0	1	3,3%
Somalie	0	1	1	1,6%
Mali	1	0	1	1,6%
Niger	1	0	1	1,6%
Yémen	0	1	1	1,6%
Sierra Leone	0	1	1	1,6%
Philippines	0	1	1	1,6%
Inconnu (Afrique de l'Ouest)		1	1	
Total pour l'analyse	14	48	63	

63 personnes

- 63 participantes incluses dans l'analyse
- Âge : entre 16 et 70 ans
- Moyenne d'âge estimée : 30,4 ans (basée sur 25 ans pour toutes les Érythréennes)
- Au moins 14 pays représentés
- 50 % originaires de la Guinée-Conakry
- Majorité de femmes demandeuses d'asile ou sans-papiers, certaines venues par regroupement familial.
- Une minorité ayant la nationalité belge.
- Entre 2 jours et 18 ans en Belgique.

+ Echanges avec 9 professionnel·les du secteur associatif & médical + l'équipe du GAMS Belgique

Perspectives interne & externe

« ... ils m'ont donné à un vieux, et moi aussi je veux pas, t'as vu, donc ils disent que je suis pas bien excisée qu'ils vont enlever tout, c'est de ça que j'ai peur, parce que j'ai été une fois, ça fait mal, quand je pense à ça, je vais faire quelque chose, alors quand le gars [le « mari »] me dit « je vais faire encore »... »

Khadia, Guinéenne, 35 ans

« Je ne pleure plus... ces trois dernières années, j'ai essayé de me rendre forte, mais de ne pas me mettre à pleurer parce que si je commence à pleurer, je suis fatiguée ici dans ma tête, donc j'évite de pleurer [...] même si je vois quelqu'un de mort devant moi, je ne vais pas pleurer. Je veux être aussi forte que ça parce que je dois penser à chez moi, à ce que j'ai quitté. Cette situation est en train de me tuer. »

« Nous avons le stress de demander l'asile, où pouvons-nous obtenir nos papiers ? Vous avez des informations à ce sujet ? [...] en tant que femme en général, et aussi parce qu'elle [désigne une autre participante] a un enfant, un bébé, elle l'a laissé à la maison, elle ne sait pas ce qui va arriver à l'enfant et elle dit que nous aimerions demander l'asile mais ils nous ont dit qu'ici en Belgique ils ne vous donnent pas l'asile, [...] ils ne donnent pas de papiers, c'est pourquoi nous essayons de traverser, d'aller [en Angleterre]. Et trop de stress. C'est pour ça que dans son cas, nous ne dormons pas. »

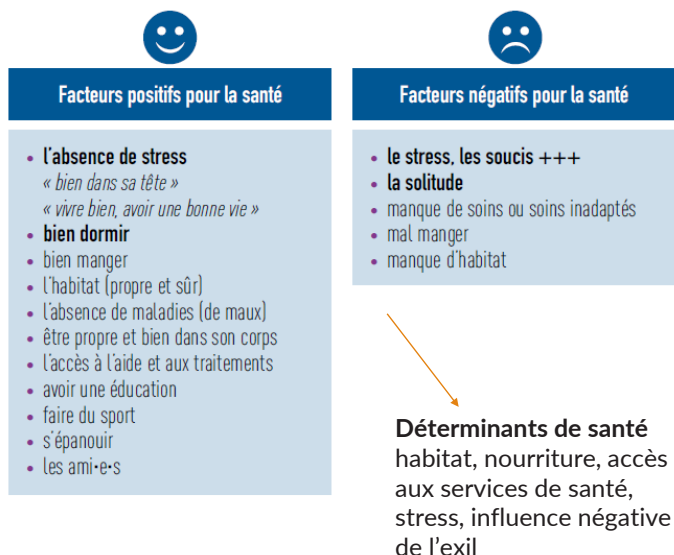
Des participantes dans le F65 « Femmes érythréennes et éthiopiennes »

Migration : expériences et perception

- Raisons de migration évoquées : violences intrafamiliales et entre partenaires, mariages forcés (MF), rejoindre un époux ou études.
+ Risque d'excision ou de ré-excision mais d'autres violences plus souvent évoquées comme le facteur ayant poussé la personne à partir.
- La difficulté du parcours migratoire & statut précaire... – source de mal-être
- Protection internationale : **Le mariage forcé est plus rarement reconnu comme raison valable d'obtention d'une PI car difficile à 'prouver' contrairement aux MGF (certificat médical).**

- Renforcer la reconnaissance et la prise en compte (en pratique) des violences basées sur le genre, en particulier le mariage forcé, dans les demandes de protection internationale. – **Plaidoyer**

Figure 3 : Facteurs influençant positivement et négativement la santé selon les femmes



La Santé

- Qu'est-ce qu'évoque la « Santé » ?
Et la SSR ?
- Qu'est-ce qui vous permet d'être en bonne santé ?
- Qu'est-ce qui vous empêche d'être en bonne santé ?

Santé sexuelle et reproductive

Contraception

- **Barrières à leur utilisation** : manque de connaissance, l'idée que la contraception est contraire à la religion, l'opinion défavorable des partenaires masculins, le manque d'éducation, la peur des effets secondaires, stigmatisation des femmes en statut de séjour précaire. Peur qu'une prise de contraception va « se voir » sur elles.

« C'est un gros problème, parce que la contraception, je ne l'utilise vraiment pas. C'est... c'est vraiment un truc qui me fait peur et le médecin m'avait dit : "Si vous décidez d'avoir des rapports sexuels, venez me voir"... Mais bon, mon copain est médecin donc il sait un peu comment ça fonctionne, tout ça, mais moi non. Je sais que je dois aller voir le gynécologue, mais en plus y a plein d'hormones dedans, et même culturellement c'est un peu difficile parce que dès que tu commences à prendre des contraceptifs c'est que [...] t'as vraiment maintenant une vie sexuelle et pour moi c'est un peu inacceptable même si je suis dedans. C'est un peu hypocrite mais... [...] chez nous on a cette impression que quand tu commences à avoir des relations sexuelles, t'as l'air plus mature, en fait. Moi, mes parents, à chaque fois qu'ils me voient - j'ai [30] ans ils me trouvent super enfant - donc je me dis avec les hormones j'aurais peut-être l'air d'être une personne plus âgée. »

Mariama, d'origine guinéenne, 30 ans, depuis 7 ans en Belgique

« Certaines se cachent. Elles se planifient [prennent des moyens de contraception], mais elles se cachent pour en parler, parce que certaines jugent : "Ah elle va encore chercher l'homme alors qu'elle a son enfant et qu'elle n'a pas ses papiers"... »

Kourouma, Guinéenne, 50 ans, depuis 10 ans en Belgique, statut précaire

Contraception: Renforcer l'accès aux informations disponibles et la capacité des personnes à s'en saisir

Santé sexuelle et reproductive

VIH/IST/HPV

- Différences de connaissances d'une personnes à l'autre
- Peur du dépistage VIH (SIDA = « condamnation à mort »)
- confusion entre différents tests (VIH/IST/HPV)

VIH/IST: Renforcer l'accès aux informations disponibles et la capacité des personnes à s'en saisir

Une participante : « Tu peux avoir le résultat [du test VIH] mais tu le gardes pour toi. Ce qui est mal, [le plus] stressant, c'est quand tu penses que tôt ou tard tu vas mourir, dans un bref délai. Parce que si tu as le SIDA, on se met dans la tête qu'on ne va pas vivre longtemps, alors qu'il y a des médicaments. [...] »

Une 2^{ème} participante : « Le fait peut-être que les gens vont [une autre femme complète la phrase "me voir"] et se demander : "Qu'est-ce que moi je fais ici ?" Le fait de se retrouver face aux gens qui vont faire le test, la honte, le fait d'en parler aux autres, et quand tu as les résultats, tu n'es pas la seule à le savoir parce qu'il y a quelqu'un qui le sait aussi, les examens, tout ça tout ça. Tu ne sais jamais si la personne en parle aux autres, et toi tu as peur [de ce que] les résultats [vont montrer], le fait de [garder] en tête que ça peut-être mauvais, et toi qu'est-ce que tu vas devenir, tout ça, ça t'inquiète un peu... »

Une 3^{ème} participante : « La peur d'aller. »

Une 4^{ème} participante : « La peur de savoir les résultats. »

Une 5^{ème} participante : « Moi aussi, la peur d'avoir les résultats, parce que si les résultats [sont positifs] tu es forcément condamnée... »

Discussion entre participantes au F63

Santé sexuelle et reproductive

Les grossesses non-désirées et l'interruption volontaire de grossesse (IVG)

- Ne pas envisager l'IVG comme une option pour elles Rejet culturel et religieux, tabou autour de l'IVG
- mais sont demandeuses d'informations supplémentaires

« Je ne peux vraiment pas tomber enceinte parce que je ne suis pas mariée donc, enfin... Pour déconner je disais à mon copain : "Je n'ai qu'un seul choix, c'est de mourir." [...] On se marierait peut-être, mais c'est vrai que moi actuellement, j'ai commencé professionnellement il y a 4 mois, donc je ne peux vraiment pas me permettre d'être enceinte. Mais c'est vrai qu'avorter est une lourde responsabilité je suis quand même musulmane et c'est comme si je tuais quand même un fœtus. Donc pour moi, c'est... Je ne suis pas contre mais j'aurais du mal quand même à... Mais je pourrais pas le garder parce que mes parents vont me tuer donc je... C'est un peu compliqué. »

Mariama, 30 ans, Guinéenne

Sexualité

Un vécu mitigé

- L'épanouissement sexuel n'est pas facile, témoignes d'un vécu négatif de la sexualité – souvent associé à l'excision & autres violences:
 - sur le plan physique (douleurs lors des rapports, manque de plaisir)
 - sur le plan psychologique (manque d'intérêt pour le sexe et les relations intimes, manque de désir, sentiment d'être différente, stigmatisée)
- Sexualité hors mariage taboue
- Peu de ressources / de lieux de communication autour des questions de sexualité

« [Pour] moi [au niveau de] la sexualité, je vois que le fait que la femme ait été excisée, c'est comme si on avait ôté quelque chose d'important [de] son corps [...] Du fait que j'ai été excisée, je ne sens plus rien. Ça affecte tout le corps d'une femme. »

Une participante somalienne au F62

« Je souffre pendant les rapports. »

Une femme djiboutienne, 40 ans

« Au moment des rapports sexuels avec mon copain, moi je ne sens rien au lit. Des fois, ça me fait gravement mal aussi, au moment où je fais le rapport. Je me demande pourquoi ça me fait mal [...] Ma copine dit : "Il faut que tu ailles voir le docteur pour qu'il voie pourquoi ça te fait mal" [...] Si je suis avec un homme au lit, je ne sens rien. »

Une participante au F62

« Parce que tu peux passer un an, deux ans sans faire l'amour, quand tu es avec ton homme... Quand il te touche, ça ne t'excite même pas [...] tu ne vois pas ton plaisir »

Femme guinéenne, 27 ans

Sexualité

Un vécu mitigé

- Des influences positives sur la sexualité

« ...Il y [en] a d'autres qui ne ressentent rien, hein ! [...] Par exemple moi au moins j'ai... C'est pas tout [la totalité] qu'ils ont enlevé. [Il] y a une manière avec laquelle un homme arrive à me faire jouir, mais je suis obligée de l'expliquer pour qu'il arrive à le faire. [...] Quand j'explique, d'autres qui ne connaissent pas ça, en fait. Il y a d'autres filles qui disent : "Ah non ! Moi, faire l'amour, je n'aime pas." Je me dis que c'est parce que... je comprends en fait. »

Une femme originaire de la Côte d'Ivoire, 30 ans

« Jusqu'à l'âge adulte, je pensais que le clitoris, c'était ce qu'on avait coupé, quoi ! Je ne pensais pas qu'il y avait une partie à l'intérieur. Donc j'ai regardé des documentaires et j'ai su que le clitoris, c'est grand. Ce n'est pas seulement la partie extérieure, il y a aussi une partie intérieure. »

Asma, Djiboutienne, 30 ans

Mettre en place des outils & campagnes – déconstruire les idées préconçues sur la sexualité & l'anatomie des femmes excisées

Orientation sexuelle et excision

Le vécu de deux femmes lesbiennes

Asma vit le fait d'être excisée comme un frein pour rencontrer des partenaires et surtout pour s'investir émotionnellement :

« Le fait d'être excisée, des fois, c'est un frein pour rencontrer quelqu'un. Des fois, je me dis [...] "de toute façon, ça ne va pas marcher." [...] Je vais juste essayer de coucher avec la première fois et lui dire que j'ai mes règles et garder mon boxer ou mon caleçon, et après voilà je passe à la suivante. [...] Parce que je ne veux pas m'investir et puis après quand je lui dis ça [que je suis excisée], qu'elle me dise : "Je ne peux pas gérer ça." [...] Je trouve ça hyper chiant de le dire, en fait. J'aimerais que les gens s'attendent à ce qu'il y ait des femmes excisées lesbiennes. »

Asma, Djiboutienne, 30 ans

« J'aimerais parler avec quelqu'un comme moi, qui vit comme je vis. Parfois, je me décourage. Je me demande pourquoi je suis devenue lesbienne. Je ne veux pas parler à des Guinéennes, même une femme guinéenne homosexuelle, je n'ai pas confiance... »

Samira, Guinéenne, 40 ans, demandeuse d'asile

- Ambivalence du milieu LGBT (manque de visibilité des femmes lesbiennes excisées)

- Peur par rapport à la communauté d'origine (peur de faire face à de l'homophobie).

- Manque d'autres femmes excisées avec qui en discuter, ne pas être à l'aise pour aller par ex au GAMS.

Manque d'études

Mettre à disposition des outils spécifiques & lieux d'échanges pour femmes non-hétérosexuelles et personnes transgenres v.a une MGF

Violences

Un continuum de violences basées sur le genre

- Une grande majorité des femmes rencontrées ont exprimé avoir vécu une ou des violences
- Le continuum de violences basées sur le genre :
 - Des violences qui se succèdent : L'excision en tant que jeune fille est souvent suivie par plusieurs autres violences (mariage forcé avec violences sexuelles conjugales, d'autres violences conjugales)

S'assurer que les violences basées sur le genre, y compris les MGF, soient incluses dans la formation initiale obligatoire de futur-e-s professionnel-le-s (communication, santé, psychologique, juridique). - Plaidoyer

« Je lui ai dit que franchement, je ne sais pas si c'est à cause de l'excision, mais je n'ai jamais aimé les rapports sexuels. Quand l'homme est sur moi, j'ai toujours de la douleur. C'est mon pied droit qui me fait mal, jusqu'à ce que je ne sache même pas où je suis. Mon mari me frappait tous les jours parce que quand il était sur moi, je commençais à pleurer. »

Une femme d'Afrique de l'Ouest lors d'un focus group

Violences

Excision

- La majorité a subi l'excision, certaines ont été protégées par leur famille. Aucune ne souhaite exciser sa/ses fille(s).
- Nombreux problèmes perçus comme étant une conséquence de l'excision (problèmes sexuels, problèmes menstruels, difficultés lors de l'accouchement, brûlure/douleurs/inconfort)

« C'est ma grand-mère qui est cheffe d'excision dans mon village. Tout le temps, j'avais mal au ventre. Ma mère [...] celle qui m'a adoptée, quand je tombais malade, j'avais mal au ventre, disait "Ah ! Tu as mal parce que tu n'es pas propre", et voulait me faire une deuxième [fois l'excision]. Je me suis enfuie. [...] Elle dit que quand tu n'es pas "propre", tu as tout le temps mal au ventre. Chez nous, [...] les gens disent que c'est parce que tu n'es pas excisée que tu tombes malade. »

Aicha, Guinéenne, 25 ans, reconnue réfugiée

« J'avais dit à maman et papa que mon oncle faisait beaucoup de choses pas bien avec moi et mon papa m'a dit "Non, tu ne peux pas parler comme ça ! C'est ton oncle, ce n'est pas possible, c'est faux." Alors mon oncle a dit "ok, elle vient avec la dame [l'exciseuse], si tu parles encore une fois de ça, je reviens avec la dame." »

Nour, Égyptienne, 30 ans, demandeuse d'asile

Violences

Mariage forcé, violences sexuelles, violences entre partenaires

- Les mariages forcés sont un problème courant dans de nombreuses communautés, selon les femmes elles-mêmes. Plusieurs femmes ont fui leur famille et/ou leur pays d'origine pour échapper à un MF (demande d'asile souvent rejetées). D'autres femmes ont une fille ou amies qui ont fui un MF.
 - Violences sexuelles: évoquées par demi-mots. Parfois au sein de la famille (inceste).
 - Prostitution forcée/Traite des êtres humains pour une femme.
 - Violences entre partenaires: taboue, considérée comme « privé » par l'entourage
 - Manque d'information sur les services pour survivantes de VBG.
- CeMAVIE: les professionnel-le-s de santé recueillent très souvent des témoignages de violences sexuelles sur les routes migratoires en particulier au Maroc, en Espagne, en Libye,... pour les femmes qui sont passées par la mer.

« Personne n'intervient. En fait, pour eux, par exemple si tu te plains [...], on va te dire "S'il te plaît, sois patiente, un jour ça ira mieux." Non mais allô ! Si un jour il te tue, qu'est-ce que tu vas faire ? Non mais c'est vrai en fait, enfin ! »

« Si ma copine vient chez moi, et que je me bats avec mon mari, qu'il me frappe, que je fais des choses, je vais cacher ça pour ne pas qu'elle [le voie]... »

« J'ai été victime de violences conjugales. Ça a duré 2 ans, quand même. J'ai dit : "C'est fini !" J'ai pris mon envol toute seule ! Mais après, il n'y avait plus personne. Pas ma famille, [ni] même les ami-e-s, en fait. [...] Il faut savoir que chez nous, en Guinée, certaines [personnes], ne peuvent pas vraiment être là pour toi parce que les gens vont dire : "Ah ! C'est elle qui a aidé à quitter [le] mari." »

« Je conseille à tout le monde, si vraiment il y a violence et tout : partez, courez simplement ! Désolée, mais je me fous de ce que les autres pensent. J'ai trop écouté ce que les autres disaient. »

Des participantes au FG1, jeunes femmes

L'accès aux services pour les femmes concernées par les MGF

- **Expériences généralement positives des services de santé même si quelques-unes avaient des expériences neutres ou encore négatives.**
 - Peu connaissent l'existence de sexologues, de centres de planning familial ou d'associations de soutien aux violences basées sur le genre (hormis le GAMS Belgique)
 - Assistant·e·s sociaux·ales quasiment jamais mentionné·e·s par les femmes - peut-être qu'elles ne les considéraient pas comme des ressources pour les questions de santé sexuelle ou de violences ?
 - Services de santé mentale – fréquentés mais insuffisant

« Je ne suis à l'aise qu'avec les gens de CeMAVIE. J'ai été là-bas, à la rue Haute, donc [le frottis pour le HPV] s'est super bien passé. [...] Le seul gynéco [avec lequel] je me sens à l'aise, c'est les gens de CeMAVIE ! »
Asma, Djiboutienne, 30 ans

« Nous, on est dans un centre [de demandeurs-euses d'asile]. On est stressées, on est stressées, ça continue, on n'a [nulle part] où aller. [...] On a des psychologues, mais c'est une fois par mois... »
Femme guinéenne, 25 ans, en Belgique depuis 2 mois, FG3

- + Information quant à l'existence de certains services et ce qu'ils proposent (démarches adaptées et spécifiques, traduites dans les langues du public et disponibles dans des lieux...)
- Outil et/ou des espaces d'échange autour des fonctions et rôles de différents métiers

« Lorsque j'ai été voir mon gynécologue pendant ma grossesse, il m'a dit que je devais être désinfectée, par l'intermédiaire de mon mari qui traduisait pour moi. Je ne savais pas que devais passer par là. J'ai ensuite été transférée à Botanique et le suivi n'avait pas été fait, alors les professionnel·le·s de santé ont attendu jusqu'au dernier moment pour me désinfecter. J'ai perdu mon enfant à cause de cette mauvaise prise en charge, c'était en 2009. »

Une femme éthiopienne 35 ans, en Belgique depuis 10 ans, participante au FG4

« Quand il a commencé, il y a eu beaucoup de choses dans ma tête, j'étais paniquée. [...] Il a juste dit "Mais je dois [le] faire, le temps passe." [...] Ce jour-là, j'étais dégoutée. [...] On m'a même conseillé d'aller voir un sexologue parce que, enfin, c'était vraiment des traumatismes dans la tête et tout, c'est surtout à cause de ça... »

Femme guinéenne de 20 ans, en Belgique depuis 5 ans, lors du FG1 jeunes

L'accès aux services pour les femmes concernées par les MGF

- Barrières à l'accès
- Difficultés à aborder des sujets « intimes » avec les professionnel·le·s – prendre le premier pas (formation!)
- Professionnel·le·s de santé et de la santé mentale: aborder les questions liées à la SSR avec les patientes (Formation initiale et continue)

« C'est vrai que, dans ma tête, j'étais souvent inquiète. Je m'étais dit - parce que je savais déjà que j'avais été excisée, qu'il y avait des conséquences - que si j'allais voir un gynécologue il allait me dire "Vous avez ça, vous avez ça" et que donc je serais dans une spirale "d'être malade". »
Mariama, Guinéenne, 30 ans



4 DISCUSSION

Les différents constats

- Un certificat médical MGF = Une opportunité d'accéder à des services de santé sexuelle et reproductive
- Renforcer l'accès aux informations & aux services
- Prendre en compte le vécu global des femmes
- Mieux comprendre le lien entre MGF et SSR (femmes et professionnel.le.s)

5

RECOMMANDATIONS

SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS :

1. Renforcer l'accès aux services de santé holistiques (médical, santé mentale) et des services de soutien
2. Favoriser la littératie en santé sexuelle des femmes concernées par les MGF
3. Renforcer la formation et l'information des professionnel-le-s
4. Renforcer la connaissance à travers des études
5. Améliorer la prise en compte des VBG dans l'asile
6. Améliorer la connaissance des MGF et déconstruire des idées reçues sur les personnes concernées au sein de la population générale

PISTES POUR DE FUTURES RECHERCHES



Les brochures sur la toilette intime et les règles

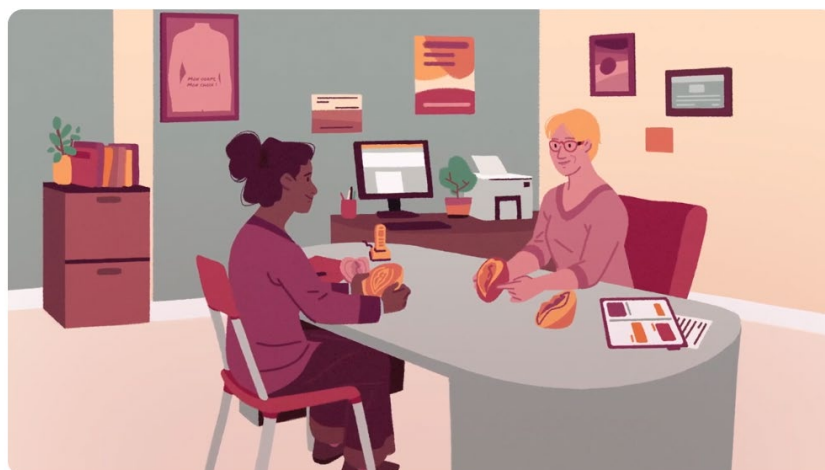


Toujours réalisées
avec une approche
communautaire en
promotion de la
santé



Vidéo en plusieurs
langues

- A quoi ça sert, les sexologues?
- A quoi ça sert, les gynécologues?
- A quoi ça sert, les psychologues?



Français - À quoi ça sert, les sexologues ?



GAMS Belgique GAMS België
1,72 k abonnés



Vidéo en plusieurs langues

- la désinfibulation
- la prise en charge multidisciplinaire



Desinfibulation - FRENCH



GAMS Belgique GAMS België
1,72 k abonnés



Projet innovant de création de moulage de vulves à but pédagogique





Merci !

Contact:
Aminata Sidibe, aminata@gams.be
Fabienne Richard, fabienne@gams.be

www.strategiesconcertees-mgf.be

www.gams.be