



Besoins et demandes en matière de santé et droits sexuels et reproductifs des femmes concernées par les mutilations génitales féminines en Région de Bruxelles-Capitale

Rapport du diagnostic communautaire
mené dans le cadre du Réseau
bruxellois contre les MGF

STRATÉGIES
CONCERTÉES
MGF



**Besoins et demandes en matière de santé et droits
sexuels et reproductifs des femmes concernées
par les mutilations génitales féminines en
Région de Bruxelles-Capitale**

Rapport du diagnostic communautaire mené
dans le cadre du Réseau bruxellois contre les MGF

Stéphanie Florquin
Février 2021
GAMS Belgique

Pour citer ce document : Florquin, Stéphanie (2021). Besoins et demandes en matière de santé et droits sexuels et reproductifs des femmes concernées par les mutilations génitales féminines en Région de Bruxelles-Capitale, Rapport du diagnostic communautaire mené dans le cadre du Réseau bruxellois contre les MGF. Bruxelles, Ed : GAMS Belgique.

Chargée de recherche

Stéphanie Florquin, stephanie@gams.be

Assistance pour la recherche

- Chafika Hassan Daoud, animatrice communautaire originaire de Djibouti et traductrice au GAMS Belgique
- Diariou Sow, relais communautaire bénévole originaire de Guinée Conakry, membre du Conseil d'administration du GAMS Belgique, assistante sociale
- Chloé Pinaud, étudiante en Master 2 Santé publique à l'Université libre de Bruxelles (ULB) et stagiaire au GAMS Belgique en 2019

Accompagnement méthodologique

- Fabienne Richard, docteure en Santé publique, directrice du GAMS Belgique et sage-femme à CeMAViE, collaboratrice scientifique au sein du Centre de recherche « Approches Sociales de la Santé » (CR5) de l'École de santé publique de l'Université libre de Bruxelles
- Sarah O'Neill, docteure en anthropologie, chercheuse à l'Université libre de Bruxelles
- Patricia Thiebaut et Dominique Werbrouck, Centre bruxellois de promotion de la santé (CBPS)

Relecture du rapport

- Fabienne Richard, GAMS Belgique, ULB, CeMAViE
- Patricia Thiebaut, CBPS
- Céline Glorie, Référente santé et droits sexuels et reproductifs Médecins du monde - Belgique
- Marianne Nguena Kana, coordinatrice du Réseau bruxellois de lutte contre les MGF, GAMS Belgique
- Louise Lambotte, coordinatrice du Réseau wallon de lutte contre les MGF et assistante sociale, GAMS Belgique

Correction du rapport

- Frédérique Fourez, traductrice, bénévole au GAMS Belgique
- Daniela Bishop, chargée de communication, GAMS Belgique

Bailleur

COCOF

Dépôt légal

D/2021/12.193/1

Remerciements

Nous tenons à remercier toutes les personnes ayant participé aux entretiens individuels et aux focus groups d'avoir partagé leur vécu et pour leurs propositions.

Merci aussi aux membres du Réseau pour l'aide dans la mise en place de l'étude et aux autres professionnel·le·s qui ont contribué avec leurs expériences de terrain.

Enfin, merci à toutes les personnes ayant relu le rapport en partie ou en totalité.

TABLE DES MATIÈRES

Tableaux, encadrés et figures	6
Acronymes.....	7
Note sur l'écriture	8
Introduction	9
Objectifs du diagnostic communautaire.....	13
1. Contexte de l'étude	14
1.1. La santé sexuelle et reproductive des femmes vivant avec une MGF	16
1.2. Contexte économique, démographique et social de la Région bruxelloise	18
1.3. La migration des femmes	21
1.4. Prévalence des mutilations génitales féminines dans la Région de Bruxelles-Capitale	22
1.5. Les MGF dans la loi et comme raison d'obtention de la protection internationale	25
1.6. Les services disponibles pour les personnes concernées par les MGF à Bruxelles	27
2. Méthodologie de l'étude	30
2.1. Aperçu de la méthodologie	32
2.2. Recrutement.....	32
2.3. Récolte de données	34
2.4. Analyse préliminaire	34
2.5. Triangulation des données.....	35
2.6. Analyse finale et identification de recommandations.....	35
2.7. Limites de l'étude.....	37
3. Résultats	38
3.1. Qui sont les femmes qui ont participé à l'étude ?.....	40
3.1.1. Pourquoi les femmes ont-elles migré en Belgique ?.....	44
3.1.2. Que disent les femmes de leur santé ?.....	50
3.2. La santé sexuelle et reproductive	52
3.2.1. Le VIH et les IST	53
3.2.2. La contraception.....	57
3.2.3. Les grossesses non-désirées et l'interruption volontaire de grossesse (IVG)	60
3.3. La sexualité.....	63
3.3.1. Un vécu mitigé de la sexualité	63

3.3.2. Un besoin d'informations sur le lien entre sexualité et excision.....	66
3.3.3. Orientation sexuelle et excision : le vécu de deux femmes lesbiennes.....	68
3.4. Un continuum de violences basées sur le genre.....	71
3.4.1. Les mutilations génitales féminines	72
3.4.2. Le mariage forcé.....	76
3.4.3. Les violences sexuelles	77
3.4.4. Les violences entre partenaires.....	80
3.5. L'accès aux services pour les femmes concernées par les MGF.....	83
3.5.1. L'expérience de services de santé.....	84
3.5.2. Les centres de planning familial.....	87
3.5.3. Les services de prise en charge en cas de violences.....	88
3.5.4. Le service spécialisé CeMAViE	88
3.5.5. L'attestation médicale : une porte d'entrée vers les services de SSR.....	91
3.5.6. Les services de santé mentale.....	93
3.5.7. La difficulté d'aborder les sujets « intimes » avec les professionnel·le·s.....	95
4. Discussion	98
4.1. Saisir les opportunités pour renforcer l'accès à la santé sexuelle et reproductive	100
4.2. Un besoin d'informations	103
4.3. Prendre en compte le vécu global des femmes.....	105
4.4. Le lien entre excision et problèmes de santé sexuelle et reproductive.....	107
5. Recommandations.....	114
Pistes pour de futures recherches.....	122
Conclusion	126
Bibliographie.....	129
Lexique	134
Annexes	136
I. Structures membres et partenaires du Réseau bruxellois MGF.....	136
II. Structures représentées lors de la réunion de concertation sur la méthodologie du diagnostic communautaire (juin 2018)	137
III. Grille pour entretiens et focus groups (simplifiée).....	138
IV. Professionnel·le·s rencontré·e·s	141

TABLEAUX, ENCADRÉS ET FIGURES

Tableau 1	Nombre de femmes très probablement excisées ou à risque pour les dix nationalités d'origine les plus concernées par région, Belgique, 2016	23
Tableau 2	Caractéristiques des participantes aux entretiens individuels.....	42
Tableau 3	Caractéristiques des participantes aux focus groups.....	43
Encadré 1	Typologie des mutilations génitales féminines.....	10
Figure 1	Population féminine très probablement excisée ou à risque de l'être par province au 31 décembre 2016.....	22
Figure 2	Principales étapes de l'étude avec les personnes y ayant participé	36
Figure 3	Facteurs influençant positivement et négativement la santé selon les femmes	50
Figure 4	Représentation des réponses à la question « Qu'est-ce la santé sexuelle et reproductive pour vous ? » par les femmes participant aux entretiens et focus groups	52

ACRONYMES

AMU – Aide médicale urgente

CB SC-MGF – Coordination bruxelloise des SC-MGF (« Réseau bruxellois MGF »)

CeMAViE – Centre médical d'aide aux victimes de l'excision
(centre de référence MGF au CHU St-Pierres, Bruxelles)

CPF – Centres de planning familial

CGRA – Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides

GAMS Belgique – Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles féminines

HPV – *Human Papillomavirus*

IST – Infections sexuellement transmissibles

MGF – Mutilations génitales féminines

OMS – Organisation mondiale de la santé

RELACS – Réseau latino-caraibéenne-afrique subsaharienne

SC-MGF – Stratégies concertées de lutte contre les mutilations génitales féminines

SSR – Santé sexuelle et reproductive

VBG – Violences basées sur le genre

VIH – Virus de l'immunodéficience humaine



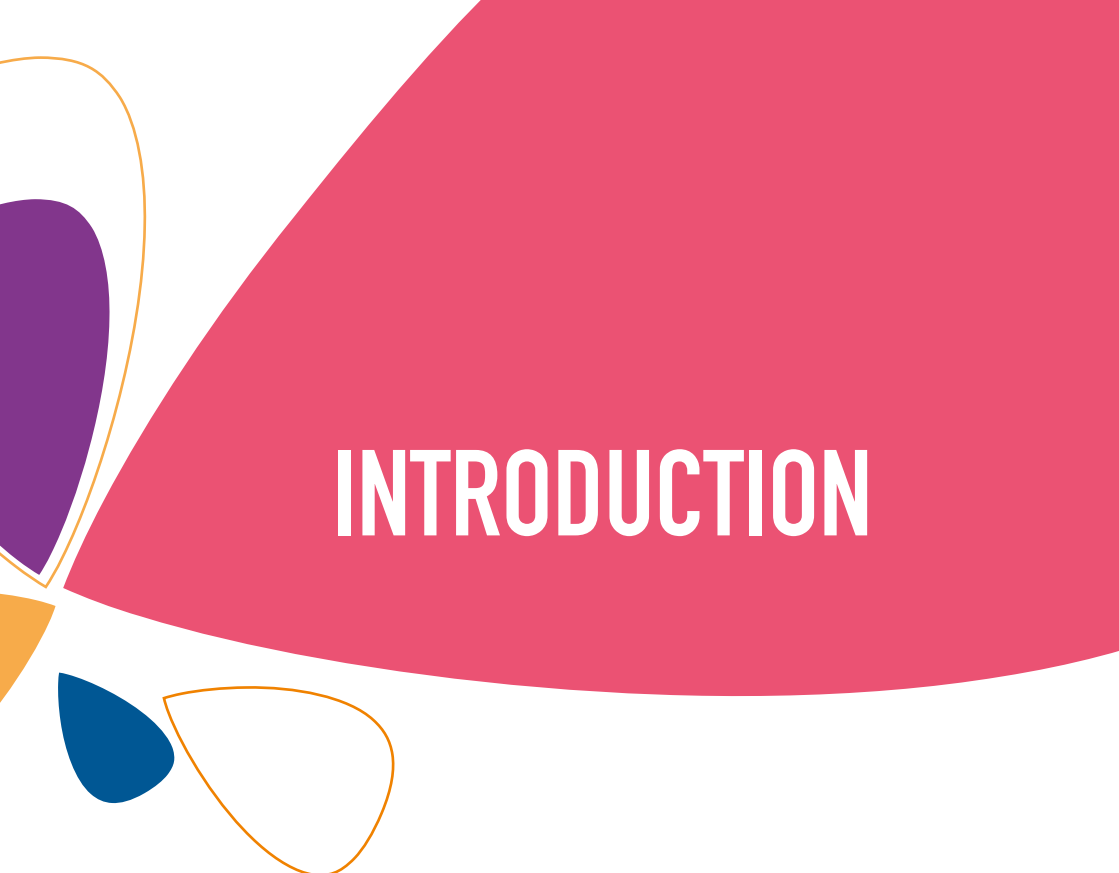
NOTE SUR L'ÉCRITURE

Dans un souci d'égalité femmes-hommes, nous utilisons l'écriture genrée dans ce rapport.

Par simplicité et pour montrer l'importance du rôle que l'assignation en tant que femme joue dans la perpétuation des mutilations génitales féminines, nous utiliserons le terme « femmes » pour désigner les personnes ayant subi cette pratique, y compris les personnes ayant participé à la recherche. Toutefois, nous tenons à souligner que toutes les personnes ayant subi cette pratique ne s'identifient pas forcément en tant que « femme », certaines peuvent être des hommes transgenres* ou personnes non-binaires.

Les termes suivis d'un * font l'objet d'une définition dans le lexique à la fin du rapport.

Tous les noms des participantes aux entretiens individuels sont des pseudonymes.



INTRODUCTION

Les mutilations génitales féminines (voir les typologies dans l'encadré 1) désignent toutes les interventions visant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux féminins externes ou toute autre mutilation des organes génitaux féminins pratiquée à des fins non-thérapeutiques.¹ Il est estimé qu'environ 200 millions de femmes dans le monde ont subi une MGF et que des millions de filles sont à risque. En Belgique, presque 26 000 filles et femmes sont concernées par cette pratique, soit parce qu'elles ont déjà subi une mutilation, soit parce qu'elles sont à risque de la subir.²

1 Organisation mondiale de la santé, Mutilations sexuelles féminines. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>.

2 Dubourg & Richard (2018). Estimation de la prévalence des filles et femmes ayant subi ou à risque de subir une mutilation génitale féminine vivant en Belgique (mise à jour au 31 décembre 2016), Institut pour l'égalité entre les femmes et les hommes et SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, Bruxelles.

TYPLOGIE DES MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES

L'Organisation mondiale de la santé classe les MGF (aussi appelées mutilations sexuelles féminines) selon 4 typologies (OMS, 2020) :

- Type 1 : ablation partielle ou totale du gland clitoridien (petite partie externe et visible du clitoris et partie sensible des organes génitaux féminins) et/ou du prépuce/capuchon clitoridien (repli de peau qui entoure le clitoris).
- Type 2 : ablation partielle ou totale du gland clitoridien et des petites lèvres (replis internes de la vulve), avec ou sans excision des grandes lèvres (replis cutanés externes de la vulve).
- Type 3 : l'infibulation* ou rétrécissement de l'orifice vaginal par recouvrement, réalisé en sectionnant et en repositionnant les petites lèvres, ou les grandes lèvres, parfois par suture, avec ou sans ablation du prépuce/capuchon et gland clitoridiens.
- Type 4 : toutes les autres interventions néfastes au niveau des organes génitaux féminins à des fins non médicales, par exemple : piquer, percer, inciser, racler et cautériser les organes génitaux.

Cette pratique est reconnue comme une violation grave des droits humains et une atteinte à l'intégrité physique. Elle n'est d'aucun bénéfice sur la santé et peut, au contraire, entraîner d'importantes conséquences sur la santé physique, mentale et sexuelle des personnes qui l'ont subie.³ De nombreuses études en analysent les effets.⁴ Toutefois, peu d'études considèrent la santé sexuelle et reproductive de manière générale en intégrant l'excision comme un facteur parmi d'autres dans la vie des femmes. Cette étude a pour objectif de mieux comprendre les besoins globaux en matière de santé sexuelle et reproductive des femmes vivant avec une MGF sur la Région de Bruxelles-Capitale.⁵

Il s'agit de la première étude qui identifie et approfondit les besoins des femmes concernées par les MGF au niveau régional en prenant en compte les spécificités de la Région bruxelloise. Le premier diagnostic épidémiologique et social réalisé dans le cadre du réseau des Stratégies

3 Organisation mondiale de la santé (2016). WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation.

4 Berg, R.C., Denison, E., Fretheim, A. (2010). Psychological, social and sexual consequences of female genital mutilation/cutting (FGM/C): a systematic review of quantitative studies. Rapport de Kunnskapssenteret nr 13-2010. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

5 Nous utiliserons également le terme « Région bruxelloise » ou « Bruxelles » pour désigner la Région de Bruxelles-Capitale comme cela se fait communément dans la région.

concertées de lutte contre les mutilations génitales féminines, réalisé en 2009⁶ et mis à jour en 2013⁷, couvrait en effet toute la communauté française sans faire de distinction entre les régions.

Cette nouvelle étude est menée dans le cadre de la coordination bruxelloise des SC-MGF, le « Réseau bruxellois MGF ». L'étude vise à rassembler les informations nécessaires pour répondre au premier objectif spécifique du Réseau bruxellois MGF : promouvoir la santé (sexuelle) des filles et des femmes concernées par les MGF.

LE RÉSEAU DES STRATÉGIES CONCERTÉES DE LUTTE CONTRE LES MGF ET LE RÉSEAU BRUXELLOIS MGF

Le réseau des Stratégies concertées de lutte contre les MGF (SC-MGF) a été mis en place en 2009 à l'initiative du GAMS Belgique. À l'époque, les mutilations génitales féminines étaient peu prises en compte dans les politiques publiques. Ainsi, les SC-MGF ont établi, grâce à une série d'ateliers participatifs, un cadre d'actions prioritaires pour la Belgique francophone. Les SC-MGF rassemblent des acteurs·rices de tous les secteurs, en Région wallonne et de Bruxelles-Capitale, qui joignent leurs efforts pour la prévention des MGF.

Les objectifs généraux du réseau des SC-MGF sont :

- améliorer la coordination et la qualité des interventions de professionnel·le·s en matière de MGF
- faire reconnaître les interventions par les instances politiques et administratives

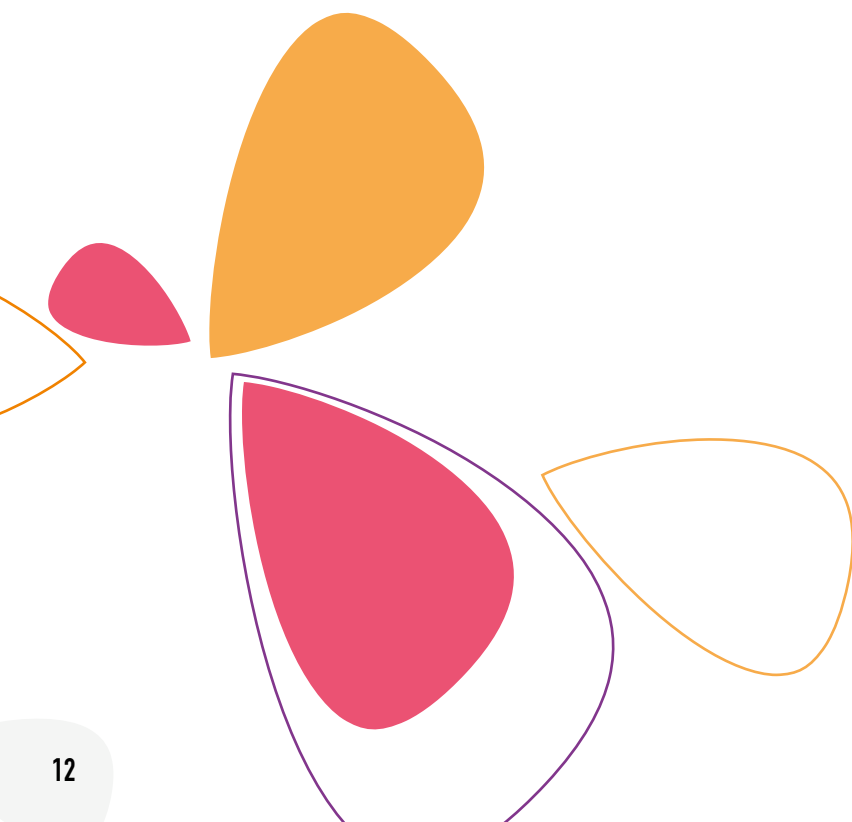
Le « Réseau bruxellois MGF » s'inscrit dans le travail déjà mené par les SC-MGF. Il est né en 2017 de la volonté politique et du financement de deux ministères du gouvernement francophone de la Région de Bruxelles-Capitale (la promotion de la santé et l'action sociale). Le Réseau bruxellois permet ainsi de renforcer la coordination des acteurs·rices œuvrant auprès de communautés concernées par les MGF, en Région de Bruxelles-Capitale. Grâce à cette coordination bruxelloise, nous pouvons faire une analyse plus spécifique des besoins en Région bruxelloise et des solutions à y apporter.

6 Dieleman, M., Richard, F., Martens, V., Parent, F. (2009). Stratégies concertées de lutte contre les MGF. Un cadre de référence pour l'action. Bruxelles : GAMS Belgique.

7 De Brouwere, M., Richard, F., & Dieleman, M. (2013). Stratégies Concertées de lutte contre les mutilations génitales féminines. Un cadre de référence pour l'analyse et l'action en Fédération Wallonie-Bruxelles, GAMS Belgique, Bruxelles, 2^{ème} édition.

Cette étude qualitative est basée sur des entretiens individuels semi-directifs et focus groups avec des femmes concernées par les MGF, ainsi que la concertation avec les professionnel-le-s fournissant des services à ces femmes.

Dans un premier temps, nous présenterons les objectifs de l'étude et le contexte socio-démographique bruxellois dans lequel elle est menée. Nous présenterons ensuite la méthodologie et l'échantillon de l'étude. La partie « Résultats » est organisée en quatre thèmes principaux : santé reproductive et sexuelle, sexualité, violences basées sur le genre et expérience des services. Les récits des femmes sont centraux dans ce rapport, ils en constituent le cœur. Ceux de professionnel-le-s accompagnent la parole des femmes tout au long du texte. Une discussion concernant les résultats permettra de les confronter à la littérature en la matière. Des recommandations pour une meilleure prise en charge des besoins en matière de SSR des femmes vivant avec une MGF clôturent le rapport.



OBJECTIFS DU DIAGNOSTIC COMMUNAUTAIRE

L'objectif de cette étude est de mieux connaître les besoins et attentes des femmes concernées par les MGF vivant sur la Région de Bruxelles-Capitale en matière de santé et des droits sexuels et reproductifs, et ce afin d'améliorer l'accès et la qualité des services.

Nous adoptons une approche de promotion de la santé* concernant la santé sexuelle et reproductive (SSR), considérant la santé comme un état de bien-être complet, influencé par de nombreux déterminants - ces facteurs qui influencent positivement ou négativement la santé - que chaque individu doit avoir le pouvoir et les possibilités d'améliorer.⁸ La notion de littératie en santé* permet également d'analyser et d'influencer la capacité des personnes « à accéder, comprendre, évaluer et appliquer des informations » pour promouvoir leur santé ou celle de leur entourage.⁹

Pour le public ciblé par cette étude, l'état de santé ainsi que les besoins et attentes sur le plan de la santé et de la SSR peuvent par exemple être plus particulièrement influencés par des facteurs tels que l'excision physique vécue, la maîtrise ou non des langues nationales, leur situation financière ou administrative (notamment liée à la migration).

Afin de prendre en compte la santé sexuelle et reproductive de manière globale, cette étude porte sur des aspects différents de cette santé tels que la contraception, l'accès aux soins gynécologiques, les MGF, le VIH, les IST, l'avortement, la sexualité, les soins maternels, les violences entre partenaires et sexuelles, ainsi que les représentations culturelles de la SSR.

Les interrogations de départ sont :

- Quels sont les besoins en matière de santé sexuelle et reproductive des femmes vivant avec une MGF ?
- Dans quelle mesure les services existants répondent-ils aux besoins de ces femmes ?
- Comment pourrait-on améliorer ces services ?

Le but du diagnostic est ainsi également d'élaborer des propositions concrètes pour promouvoir le bien-être et la santé sexuelle et reproductive du public concerné.

8 Le Talec et al. (2020). La Promotion de la santé au prisme du genre – Guide théorique et pratique, et Breton et al. (2020). La promotion de la santé - Comprendre pour agir dans le monde francophone.

9 Cultures & Santé (2016). La littératie en santé : D'un concept à la pratique (guide d'animation).



1

CONTEXTE DE L'ÉTUDE

1.1. LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DES FEMMES VIVANT AVEC UNE MGF

Cette étude aborde la santé des personnes concernées par les mutilations génitales féminines, et plus spécifiquement leur santé sexuelle et reproductive. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* »¹⁰ La santé est ainsi considérée de manière globale et associée à la notion de bien-être.

Une bonne santé sexuelle et reproductive peut être définie comme la possibilité d'avoir une sexualité responsable, satisfaisante et sûre, sans discrimination ni violence, avec le choix d'avoir ou non des enfants, indépendamment de son genre, de son sexe et de son orientation sexuelle. L'OMS rappelle qu'une bonne santé sexuelle « *requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence.* »¹¹

La littérature scientifique inclut aujourd'hui de nombreuses études sur la manière dont les mutilations génitales féminines influencent le bien-être et l'expérience de la sexualité des femmes qui les ont subies.¹² Dans le discours occidental, les MGF ont aussi souvent été présentées comme une pratique ayant forcément des conséquences désastreuses sur la sexualité des femmes concernées. Toutefois, l'impact des MGF sur la santé sexuelle et la sexualité n'est toujours pas bien prouvé dans la littérature scientifique et certaines informations sur les conséquences des MGF sur la santé sexuelle sont contradictoires. Une explication de ceci pourrait notamment être les différences socioculturelles dans la manière de concevoir la sexualité et la santé sexuelle,

10 Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentant-e-s de 61 États. 1946 (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la santé, n° 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.

11 Organisation mondiale de la santé (s.d) Thèmes de santé – santé sexuelle. https://www.who.int/topics/sexual_health/fr.

12 Voir par exemple : Esho et al. (2017). The 'heat' goes away: sexual disorders of married women with female genital mutilation/cutting in Kenya ; Ismail et al. (2017). Effect of female genital mutilation/cutting: types I and II on sexual function: case controlled study ; et également au sujet du vécu de femmes excisées en Europe : Palm et al. (2019). Sexual health counselling targeting girls and young women with female genital cutting in Sweden: mind-body dualism affecting social and health care professionals' perspectives.

résultant en des outils pour mesurer le « bon » fonctionnement sexuel plus ou moins adapté au public concerné par les MGF, en particulier des personnes illettrées.¹³

Une revue systématique de la littérature scientifique, effectuée par Berg, R. et al. (2010)¹⁴ incluait 17 études comparatives quantitatives portant sur plus de 12 000 femmes de communautés où les MGF sont communément pratiquées (la plupart des participantes ont subi un type 1 ou 2). Dans toutes les études, le vécu de femmes ayant subi une MGF était comparé à celui de femmes ne l'ayant pas vécu. La revue a conclu que les femmes avec une MGF sont plus susceptibles de ressentir de la douleur pendant les rapports sexuels, d'avoir une baisse du désir et de la satisfaction sexuelle comparé aux femmes n'ayant pas subi une MGF. Bien que les auteur-e-s aient trop peu de preuves sur le plan scientifique pour établir une relation de cause à effet entre l'excision et le vécu de la sexualité, ils et elles estimaient que ces problèmes exprimés par les femmes étaient probablement dûs aux changements physiologiques entraînés par l'excision : les blessures aux nerfs du clitoris et des récepteurs associés, la présence de cicatrices et d'adhérences autour de la partie génitale ayant été excisée. Une explication est que des blessures à la vulve peuvent réduire la flexibilité de celle-ci et entraîner des déchirures lors de rapports sexuels (pénétratifs). Les blessures aux nerfs peuvent être comparées à celles causées par une vulvectomie à la suite d'un cancer. Les femmes avec une MGF souffriraient également plus souvent de sécheresses pendant les rapports sexuels, entraînant des douleurs.¹⁵

De manière générale, la santé globale - comprenant la santé sexuelle et reproductive - des femmes concernées par les MGF est, comme pour toute autre personne, influencée par de nombreux déterminants sociaux de santé.¹⁶ Pour les personnes concernées vivant en Belgique, la migration fait partie des facteurs qui peuvent influencer l'état de santé. En plus des difficultés liées à l'installation dans le nouveau pays, de nombreuses personnes migrantes ont également vécu des épreuves dans leur pays d'origine ou sur le trajet migratoire pouvant avoir des conséquences négatives sur la santé.¹⁷

13 Esho, T.C., Muniu, S.K. et al. (2018). Measurement of the sexual health and wellbeing of women who have undergone female genital mutilation/Cutting: A scoping review, *International Journal of Sexual Health*. <https://doi.org/10.1080/19317611.2019.1572687>.

14 Berg, R.C., Denison, E., & Fretheim, A. (2010). Psychological, social and sexual consequences of female genital mutilation/cutting (FGM/C): a systematic review of quantitative studies. Report from Kunnskapssenteret nr 13-2010. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsestjenesten.

15 L'étude portait sur les conséquences psychologiques, sociales et sexologiques mais les auteur-e-s n'ont pas pu identifier suffisamment de preuves dans les études pour établir un lien entre les MGF et les conséquences sociales et psychologiques.

16 Dont entre autres l'éducation, le milieu de travail, les conditions de vie et de travail, les services de santé, le logement. Voir Le Talec et al. (2020).

17 Cultures & Santé (2019). Arriver en Belgique et être informé de ses droits sociaux et de santé : une question de justice.

Au niveau de la sexualité ainsi que de la santé sexuelle et reproductive, les normes sociales prédominantes dans la société dans laquelle vit une personne jouent un rôle particulièrement fort. Dans une recherche-action menée auprès de femmes migrantes de différentes origines par trois associations bruxelloises féministes dont le GAMS Belgique,¹⁸ les auteures ont identifié que la pression familiale joue un rôle important concernant le vécu de la sexualité des femmes : « *Le corps et la sexualité des femmes dépendent d'une hiérarchie sociale, parentale puis maritale, qui détermine les conditions de la sexualité et de la maternité. Celles qui tentent de s'autonomiser, en tant que femmes ou en tant que mères, subissent et s'exposent à des violences.* »¹⁹

1.2. | CONTEXTE ÉCONOMIQUE, DÉMOGRAPHIQUE ET SOCIAL DE LA RÉGION BRUXELLOISE

La Région bruxelloise présente des spécificités sociales et économiques comparé aux autres régions du pays.

Tout d'abord, en tant que métropole, Bruxelles se caractérise par de nombreux·euses habitant·e·s de nationalité étrangère et une population jeune. C'est en effet une ville très multiculturelle : des personnes de 180 nationalités différentes y vivent. Le groupe de personnes ayant, à la naissance, une nationalité étrangère d'Afrique subsaharienne - dont font partie la majorité des participantes à la présente étude - représente environ 67 000 personnes (pour un total de 620 000 habitant·e·s, soit plus de 10 % de la population bruxelloise), dont 34 507 sont des femmes (1^{er} janvier 2020). Il convient de noter que ces statistiques n'incluent pas les personnes « sans papiers » ou les enfants qui naissent avec la nationalité belge de parent(s) originaire(s) d'Afrique subsaharienne.²⁰

18 Duysens, C. & Maquestiau, P. (2016). Perspectives de genre dans la lutte contre les violences sexuelles, Le Monde selon les femmes.

19 Idem.

20 Institut bruxellois de statistique et d'analyse (IBSA) (2020). Population, nationalités. <https://ibsa.brussels/themes/population/nationalites>.

Au niveau socio-économique, Bruxelles connaît un contraste important : une surreprésentation de personnes faiblement diplômées et une surreprésentation de celles hautement diplômées. Les personnes avec un faible niveau d'études connaissent de grandes difficultés pour accéder au travail, un quart d'entre-elles sont au chômage.²¹

En effet, Bruxelles connaît un taux de chômage bien plus élevé que les autres Régions du pays : 11,2 % au premier trimestre 2020 contre 5,1 % en moyenne nationale.²² Un tiers des Bruxellois-es vit aussi en dessous du seuil de pauvreté et plus d'1/5^{ème} de la population d'âge actif (18-64 ans) vit avec une allocation d'aide sociale ou un revenu de remplacement.²³ Ainsi, plus de 40 % des enfants bruxellois naissent dans un ménage dont le revenu se situe sous le seuil de pauvreté, contre moins de 20 % pour la moyenne belge.²⁴ Par ailleurs, 1/5^{ème} des Bruxellois-es vit dans des logements présentant des problèmes tels que le surpeuplement, l'incapacité à chauffer convenablement et problèmes d'humidité ou de moisissures.^{25, 26}

On peut identifier un lien entre pauvreté des ménages avec enfants et l'origine des mères : un enfant qui naît d'une mère d'origine non européenne a trois fois plus de risques de naître dans un ménage dont le revenu est sous le seuil de pauvreté. Les jeunes enfants les plus à risque de pauvreté sont les enfants de mère non belge d'Afrique subsaharienne : 70 % d'entre eux vivent sous le seuil de pauvreté, 39 % vivent dans une famille monoparentale et plus d'une maman sur trois a dû faire appel au CPAS au moment de l'accouchement.²⁷

Selon l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles, la situation socioéconomique des personnes influence de façon très importante leur état de santé. Ainsi, la Région bruxelloise connaît d'importantes inégalités de santé qui se forment tout au long de la vie des habitant-e-s, en fonction de leurs conditions de vie et de leur accès aux soins de santé curatifs et préventifs.²⁸

Lorsqu'on s'intéresse aux statistiques sur la précarité et la pauvreté, il est également important de signaler que ces données excluent les personnes qui ne figurent pas dans le Registre national

21 Personnes en âge actif (18 à 64 ans) avec maximum un diplôme de l'enseignement secondaire.

22 STATBEL (2020, juillet). <https://statbel.fgov.be/fr/themes/emploi-formation/marche-du-travail/emploi-et-chomage#news>.

23 Observatoire de la santé et du social Bruxelles (2019). Résumé Baromètre social rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2019. https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/rapport-pauvrete/barometre-welzijnsbarometer/barometre_social_2019-resume.pdf.

24 De Spiegelaere, Racape & Sow (2017). Pauvreté et trajectoires migratoires : influence sur la santé autour de la naissance, Fondation Roi Baudouin.

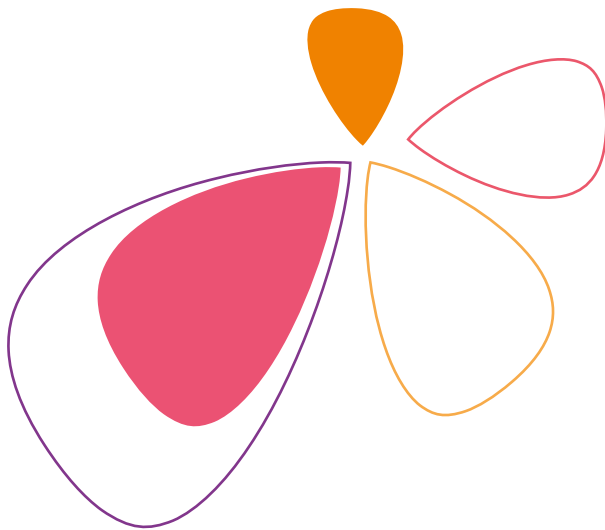
25 Observatoire de la santé et du social Bruxelles (2019).

26 Ibid.

27 De Spiegelaere, Racape & Sow (2017). Pauvreté et trajectoires migratoires : influence sur la santé autour de la naissance, Fondation Roi Baudouin.

28 Observatoire de la santé et du social Bruxelles (2019).

belge, notamment les personnes sans-abri et sans autorisation de séjour (« sans papiers »), soit environ 2 à 3 % de la population.²⁹ Ces personnes constituent une partie importante des personnes prises en charge par Médecins du monde et vivent dans des « *conditions de précarité parfois extrêmes* ». ³⁰ Parmi ces personnes, on trouve des personnes migrantes. En 2019, il était estimé qu'entre 800 et 1 000 personnes migrantes particulièrement vulnérables vivaient en Région bruxelloise. Il s'agit de personnes sans statut de séjour qui ont très difficilement accès aux services institutionnels (santé, hébergement, hygiène, aide sociale et juridique etc.) existant à Bruxelles.³¹ Le Hub humanitaire*, situé à proximité de Gare du Nord, a été mis en place en septembre 2017 à l'initiative de plusieurs acteurs associatifs, dont Médecins du monde. L'objectif était de répondre de manière qualitative et quantitative aux besoins de ces personnes migrantes vulnérables en leur offrant un accès à des services multidisciplinaires (médical, santé mentale, accompagnement socio-administratif). En 2019, 18 % des personnes migrantes qui se sont rendues au Hub étaient des femmes. La très grande majorité des personnes qui fréquentent le Hub sont en situation de séjour précaire et plus de la moitié est transmigrante*, c'est-à-dire qu'elles n'ont pas l'intention d'entamer des démarches pour obtenir un droit de séjour en Belgique.³² Dans la présente étude, nous avons rencontré un groupe de personnes sans statut de séjour fréquentant le Hub humanitaire.



29 Nicaise, I., Schockaert, I., & Bircan, T. (2019). The uncounted poor in EU-SILC: a statistical profile of the income and living conditions of homeless people, undocumented immigrants and travelers in Belgium, in: Gaisbauer H. P. & Schweiger G. (eds.), *Absolute Poverty in Europe: Interdisciplinary Perspectives on a Hidden Phenomenon*, Bristol: Policy Press, pp. 73-96.

30 Déom, V., Ben Abdelhafi dh, L., & al (2020).

31 Médecins du monde (2019). Hub humanitaire – Rapport d'activités.

32 Idem.

1.3. | LA MIGRATION DES FEMMES

« Les femmes migrantes constituent un public particulièrement vulnérable tant dans le parcours et sur les routes migratoires que dans le cadre des procédures d'asile, d'accueil et de séjour en Belgique. Elles rencontrent régulièrement des difficultés spécifiques dans leur parcours migratoire en Belgique qui les empêchent de bénéficier de certains droits (protection, sécurité, vie privée et familiale, santé, nationalité). »³³

Bien que la migration vers la Belgique soit légèrement plus masculine (51 % en 2017³⁴), la migration des femmes a augmenté plus que celle des hommes ces dernières années. Les femmes migrent pour différentes raisons : pour fuir un conflit armé ou des violences, pour étudier ou travailler, pour se marier ou rejoindre un mari, un enfant ou un parent. Des raisons spécifiquement liées aux discriminations de genre poussent également les femmes à quitter leur pays : les violences physiques, l'impossibilité de divorcer, les discriminations, les manques d'opportunités. Les femmes migrantes rencontrent des difficultés spécifiques telles que des violences sur le chemin de la migration, la non-prise en charge de leurs besoins spécifiques dans la procédure d'asile, des conditions d'accueil de demandeuses d'asile difficiles, une procédure de regroupement familial génératrice d'inégalités pour les femmes, la vulnérabilité des femmes sans statut officiel.³⁵

Les femmes qui migrent vers la Belgique peuvent avoir le statut de demandeuse d'asile ou venir avec un visa tel qu'un regroupement familial ou un visa étudiant. Le regroupement familial, qui concerne surtout des conjoint·e·s et des enfants, constituait plus de 60 % des visas délivrés à des femmes en 2016.³⁶

Concernant les demandes d'asile, les statistiques du CGRA estiment qu'environ un tiers des demandeurs-euses d'asile en Belgique sont des femmes. Parmi elles, de plus en plus invoquent des motifs de persécution liées au genre dans leur demande.³⁷ Les deux motifs qui ont connu la plus forte croissance dans les décisions du CGRA sont le mariage forcé et les violences domestiques.³⁸

33 Ciré (2017). Femmes et migrations : Les difficultés spécifiques rencontrées par les femmes dans leurs parcours migratoires et dans leurs procédures en Belgique.

34 Idem.

35 Idem.

36 Idem.

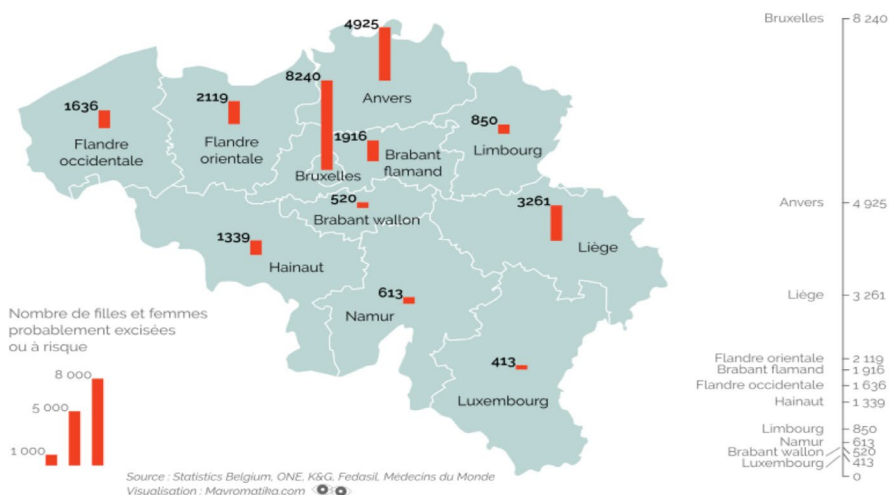
37 Audate, V. Présentation PowerPoint lors du colloque « GBV & Asylum: Look - Listen - Link ». https://gams.be/wp-content/uploads/2019/12/PPT_VALENTINE_AUDATE_Session-2.pdf.

38 Ciré (2017).

1.4. | PRÉVALENCE DES MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES DANS LA RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE

La dernière étude de prévalence sur les mutilations génitales féminines (MGF) estime à environ 8 000 personnes la population féminine très probablement excisée ou à risque de l'être qui vivaient dans la Région de Bruxelles-Capitale au 31 décembre 2016. Il s'agit de la ville en Belgique où vivent le plus de personnes concernées par cette problématique et la deuxième région du pays, après la Flandre (11 000 personnes). Voir également la figure 1.³⁹

Figure 1 : Population féminine très probablement excisée ou à risque de l'être par province au 31 décembre 2016



Sources : Statistics Belgium, ONE, K&G, Fedasil. Empruntée à Dubourg, D., Richard, F. (2018)

39 Dubourg, D., & Richard, F. (2018). Estimation de la prévalence des filles et femmes ayant subi ou à risque de subir une mutilation génitale féminine vivant en Belgique, 2018 - Mise à jour au 31 décembre 2016. http://www.strategiesconcertees-mgf.be/wp-content/uploads/20190204-gams-MGF_Etude-de-prev-longue-FR.pdf.

Les personnes d'origine guinéenne représentent le plus important groupe de personnes concernées par les MGF à Bruxelles et en Belgique de manière générale (5 774 femmes excisées et 2 504 filles/femmes intactes selon l'hypothèse moyenne de l'étude).⁴⁰

Tableau 1. Nombre de femmes très probablement excisées ou à risque pour les dix nationalités d'origine les plus concernées par région, Belgique, 2016

Bruxelles		Flandre		Wallonie		Fedasil		Belgique	
Nationalité d'origine	Nbre	Nationalité d'origine	Nbre	Nationalité d'origine	Nbre	Nationalité d'origine	Nbre	Nationalité d'origine	Nbre
Guinée	4 527	Guinée	2 197	Guinée	2 314	Somalie	464	Guinée	9 382
Somalie	435	Somalie	1 797	Côte d'Ivoire	591	Guinée	318	Somalie	3 269
Djibouti	380	Egypte	936	Somalie	565	Iraq	72	Egypte	1 445
Egypte	342	Nigeria	897	Burkina Faso	281	Érythrée	63	Ethiopie	1 277
Côte d'Ivoire	335	Ethiopie	839	Djibouti	239	Djibouti	56	Côte d'Ivoire	1 205
Sénégal	237	Indonésie	769	Ethiopie	201	Ethiopie	27	Nigeria	1 129
Burkina Faso	234	Sierra Leone	597	Sénégal	200	Mauritanie	24	Indonésie	985
Mauritanie	232	Soudan	344	Mali	175	Soudan	20	Sierra Leone	822
Ethiopie	205	Iraq	343	Egypte	149	Burkina Faso	19	Djibouti	786
Sierra Leone	178	Côte d'Ivoire	261	Mauritanie	120	Mali	18	Burkina Faso	729
Total 10 premiers pays	7 104	Total 10 premiers pays	8 979	Total 10 premiers pays	4 835	Total 10 premiers pays	1 082	Total 10 premiers pays	21 029
Total général	8 075	Total général	11 049	Total général	5 552	Total général	1 155	Total général	25 917
% 10 1 ^{er} pays	88 %	% 10 1 ^{er} pays	81 %	% 10 1 ^{er} pays	87 %	% 10 1 ^{er} pays	94 %	% 10 1 ^{er} pays	81 %

Note : Non inclus pour les données par province les 86 femmes qui fréquentent les services de Médecins du monde. Les données de la colonne « Fedasil » indique les personnes hébergées dans le réseau d'accueil national. Emprunté à Dubourg, D., Richard, F. (2018).

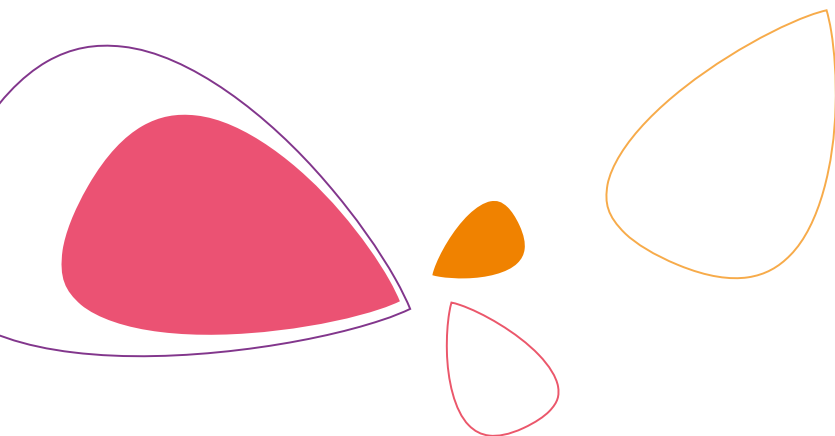
La Guinée Conakry est le pays d'origine le plus fréquent pour les femmes et filles concernées par les MGF (excisées ou à risque) pour les trois régions de Belgique. À Bruxelles, les Guinéennes représentent la proportion la plus importante : plus de la moitié des femmes concernées sont originaires de Guinée Conakry (4 527 / 8 075 soit 56 %). Les autres nationalités sont très minoritaires : les femmes d'origine somalienne ne représentent uniquement 5,4 % du total pour la

⁴⁰ GAMS Belgique (2016). Carte de prévalence MGF. <http://www.strategiesconcertees-mgf.be/wp-content/uploads/GAMS-carte2017FR-1.pdf>.

Région bruxelloise, les Djiboutiennes 4,7 %, les Égyptiennes 4,2 %, et enfin les Ivoiriennes 4,1 %. Toutefois, il est important de noter que ces estimations datent du 31 décembre 2016 et que les chiffres ont pu changer.⁴¹

Nous pouvons aussi noter que parmi les trois pays les plus représentés à Bruxelles, se trouvent deux pays où l'infibulation* (type 3) est la forme de MGF la plus fréquente : la Somalie et Djibouti.⁴² Cette considération est importante car l'infibulation* nécessite une approche spécifique en matière de soins de santé, en particulier au moment de l'accouchement.⁴³

Une étude commanditée par l'Institut européen pour l'égalité de genre (EIGE) en 2016 a estimé le nombre de filles risquant une MGF dans plusieurs pays européens dont la Belgique. Selon les statistiques recueillies, plus de 22 500 filles originaires de pays où les MGF sont communément pratiquées vivaient en Belgique en 2016 et plus de 2 000 d'entre elles étaient considérées à risque de subir une MGF et ayant ainsi besoin d'une protection.⁴⁴



41 Dubourg, D., & Richard, F. (2018). Estimation de la prévalence des filles et femmes ayant subi ou à risque de subir une mutilation génitale féminine vivant en Belgique, 2018 - Mise à jour au 31 décembre 2016. http://www.strategiesconcerrees-mgf.be/wp-content/uploads/20190204-gams-MGF_Etude-de-prev-longue-FR.pdf.

42 En Somalie, où la prévalence de MGF était de 97 % chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, selon les données MICS de 2006, 80 % avaient une MGF de type III dite infibulation (<https://www.unfpa.org/data/fgm/SO>). Pour Djibouti, les chiffres étaient 97 % de prévalence dont 67 % d'infibulations (<https://www.unfpa.org/data/fgm/DJ>).

43 Organisation mondiale de la santé (2018). Care of girls and women living with female genital mutilation - A clinical handbook. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/health-care-girls-women-living-with-FGM/en>.

44 EIGE (2018). Estimation of girls at risk of female genital mutilation in the European Union — Belgium, Greece, France, Italy, Cyprus and Malta. <https://eige.europa.eu/publications/female-genital-mutilation-how-many-girls-are-risk-belgium>.

1.5. | LES MGF DANS LA LOI ET COMME RAISON D'OBTENTION DE LA PROTECTION INTERNATIONALE

Les mutilations génitales sur une personne de sexe féminin sont explicitement illégales en Belgique depuis la loi du 28 novembre 2000 (entrée en application le 1^{er} avril 2001), dont l'article 409 réprime toute mutilation des organes génitaux féminins sur une enfant ou une adulte, avec ou sans son consentement. Le principe d'extraterritorialité permet également de poursuivre une personne résidant en Belgique qui serait auteur-e ou aurait facilité la MGF sur une enfant dans un autre pays. Cette loi était notamment le fruit d'un important travail de plaidoyer mené par le GAMS Belgique depuis 1996.

La loi n'ayant été que très peu utilisée dans la pratique pénale, elle a cependant un rôle important en ce qui concerne la prévention des MGF.

Depuis 2007, le Commissariat général aux réfugiés et apatrides (CGRA) considère le risque de mutilation génitale féminine comme une persécution liée au genre pour laquelle une obtention de protection internationale (asile) peut être octroyée. Si elle répond aux critères de la Convention internationale relative au statut de réfugié (« Convention de Genève », 28 juillet 1951),⁴⁵ une femme ou une fille peut demander l'asile si elle est à risque de subir une mutilation génitale dans son pays d'origine. Il est de même pour une personne qui est à risque de subir une ré-excision ou qui subit encore des conséquences de cette pratique en termes de santé physique ou mentale.⁴⁶

Il est recommandé de soumettre une attestation d'excision de la mère et de non-excision de(s) fille(s) lors de la demande de protection internationale* visant à protéger une enfant de l'excision. En effet, le CGRA a tendance à considérer cet élément de preuve comme déterminant pour la reconnaissance du statut de réfugié, bien que l'UNHCR a estimé qu'il ne devait pas être demandé systématiquement à une enfant mineure à cause de son caractère intrusif.⁴⁷ En pratique, bien que l'attestation d'excision ne soit pas légalement obligatoire, le fait de ne pas s'y soumettre peut avoir ~~une conséquence négative~~ sur le dossier d'asile.

45 Le statut de réfugié est reconnu à « toute personne qui, [...] craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays [...] » (article 1A§2). INTACT (2014).

46 INTACT (2014). Manuel à destination des avocats. <http://www.strategiesconcertees-mgf.be/wp-content/uploads/manuel-actu2014-FR.pdf>.

47 Idem.

Par ailleurs, une fois la protection internationale obtenue sur la base de risque d'excision, un contrôle annuel de l'intégrité des organes génitaux externes est demandé par le CGRA, résultant en une attestation médicale (certificat) de non-excision, et ce jusqu'à la majorité de l'enfant ou l'obtention de la nationalité belge. En cas de MGF constatée sur une fille ayant obtenu la protection internationale sur cette base, le dossier d'asile pourra être réévalué et résulter en un retrait du titre de séjour et un renvoi dans le pays d'origine.⁴⁸ Le choix du ou de la professionnel-le pratiquant l'examen est libre pour les patientes, à condition de faire appel à un-e médecin de référence indiqué sur la liste du CGRA et qu'il ou elle utilise le modèle type d'attestation médicale.

Si l'on considère le nombre total de personnes ayant évoqué des violences basées sur le genre dans leur demande d'asile, les MGF arrivent en troisième position du nombre avec un total de 415 demandes en 2018. Parmi celles-ci, la moitié concernait des demandes fondées sur des conséquences d'une MGF ayant déjà eu lieu et l'autre moitié concernait des filles à risque de MGF. La plupart des demandes est liée aux persécutions pour raison d'orientation sexuelle et/ou d'identité de genre⁴⁹ et en deuxième position l'on trouve les mariages forcés⁵⁰. Les MGF sont suivies par les violences domestiques, les violences sexuelles, les crimes dits liés à l'honneur et enfin la prostitution forcée.⁵¹

Le taux de réponses positives du CGRA varie toutefois selon les types de violence, y compris au sein de la catégorie MGF : une demande de protection internationale* pour une fille à risque d'excision aura plus de chance d'aboutir à une réponse positive (64 % en 2018) comparée à une demande pour une femme adulte déjà excisée souffrant de conséquences de l'excision (49 % en 2018). Les demandes d'une femme excisée auront toutefois plus de chances d'aboutir à une réponse positive comparée à une demande de protection internationale* évoquant un mariage forcé, qui n'aboutira que dans un tiers des cas à une réponse positive.⁵²

48 CGRA (s.d.). <https://www.cgra.be/fr/mutilations-genitales-feminines>.

49 565 demandes où le CGRA a donné une décision en 2018, ce chiffre inclut des femmes et des hommes.

50 490 demandes ayant abouti à une décision en 2018.

51 265, 219, 204 et 22 demandes évoquant ces raisons. Audate, V. (2019). Victimes de violences liées au genre et protection internationale. Pratiques du CGRA - statistiques - défis - perspectives. Présentation PowerPoint lors du colloque « GBV & Asylum: Look - Listen - Link ».

52 Audate, V. (2019).

1.6. | LES SERVICES DISPONIBLES POUR LES PERSONNES CONCERNÉES PAR LES MGF À BRUXELLES

Dans le cadre du diagnostic épidémiologique et social, mené par les membres des Stratégies concertées MGF en 2009⁵³ et mis à jour en 2013,⁵⁴ les principaux·ales protagonistes concerné·e·s par la problématique des mutilations génitales féminines, en Belgique francophone, avaient été identifié·e·s. Au total, 69 protagonistes, regroupé·e·s en 17 catégories, avaient ainsi été répertorié·e·s.

À Bruxelles, il existe deux services spécifiquement dédiés à la prévention et la prise en charge des MGF : le GAMS Belgique et le Centre médical d'aide aux victimes de l'excision (CeMAViE)⁵⁵ du Centre hospitalier universitaire Saint-Pierre. Le GAMS Belgique, association spécialisée de première et deuxième ligne dont le siège est à Bruxelles, regroupe une équipe de plus de 20 personnes salariées et offre annuellement un accompagnement psychosocial et/ou des activités de groupe à plus de 700 personnes concernées par les MGF en Belgique, dont 150 sur Bruxelles.⁵⁶ Le centre médical CeMAViE reçoit chaque année 300 patientes venant de toute la Belgique. L'association INTACT œuvrait jusqu'en 2019 sur les questions juridiques liées aux MGF mais a dû arrêter ses activités faute de financements suffisants.

En plus de ces services spécialisés, il existe également de nombreux autres services psychosociaux, médicaux ou juridiques travaillant avec un public de femmes migrantes concernées par les MGF,⁵⁷ ainsi que des professionnel·le·s de la santé (gynécologues, généralistes) ayant une patientèle concernée par la problématique. En décembre 2020, 46 services ou professionnel·le·s indépendant·e·s (médecin, psychologue, avocat·e·...) et pouvant accueillir des femmes concernées

53 Dieleman, M., Richard, F., Martens, V., & Parent, F. (2009).

54 De Brouwere, M., Richard, F., Dieleman, M. (2013).

55 Pour plus d'informations sur la prise en charge au centre CeMAViE, voir : Caillet, M., O'Neill, S., Minsart, A., & Richard, F. (2018). Addressing FGM with Multidisciplinary Care. The Experience of the Belgian Reference Center CeMAViE. *Current Sexual Health Reports*, 10, 44-49.

56 GAMS Belgique (2020). Rapport d'activités du GAMS Belgique 2019. <https://gams.be/2020/08/20/rapport-annuel-2019>.

57 Pour une cartographie des professionnel·le·s, associations et acteurs·rices des secteurs social, médical, psycho et juridique travaillant avec des publics issus de la migration et confrontés aux violences de genre, voir le site du projet ACCESS. <https://www.we-access.eu/fr/carte>.

par les MGF avaient été recensés sur Bruxelles.⁵⁸ Certaines de ces structures et professionnel-le-s sont membres du Réseau bruxellois MGF qui comptait 27 membres⁵⁹ en avril 2020.

De plus, environ 300 femmes excisées ou infibulées accouchent chaque année dans une maternité bruxelloise.⁶⁰

Alors que certain-e-s professionnel-le-s prennent régulièrement en charge des personnes concernées par une mutilation génitale féminine et ont été formé-e-s pour le faire, d'autres ont peu d'expérience et parfois aucune formation sur la prise en charge de ce public. Dans une étude qualitative menée à Bruxelles dans le cadre de ses études en médecine générale, A. Patoulidis s'est intéressée spécifiquement à la connaissance des médecins généralistes vis-à-vis des MGF.⁶¹ Les médecins ayant participé à l'un des trois focus groups ne s'estimaient pas suffisamment formé-e-s au dépistage ou au diagnostic des différents types de MGF et se posaient des questions sur la manière d'examiner les petites filles. Toutefois, l'étude a aussi montré un intérêt pour le sujet des MGF et une volonté de la part de ces médecins d'être mieux formé-e-s sur le sujet.⁶²

Une autre étude en cours à l'ULB⁶³ portant sur les connaissances des MGF de médecins gynécologues pratiquant en Belgique indique qu'il y a en Belgique un manque de connaissance sur les MGF et leur prise en charge. La première analyse montre que plus de 50 % sur 128 répondant-e-s (dont 46,1 % travaillant dans un centre de santé ou hôpital bruxellois) ne connaissaient pas les centres de référence MGF, et ne pourraient donc logiquement pas y référer une patiente. Environ 50 % ne connaissaient pas les différences entre les types cliniques des MGF et presque un quart ne savait pas définir une MGF.⁶⁴ L'analyse montre par ailleurs qu'environ la moitié des gynécologues se situaient en dessous de 5 sur une échelle mesurant à quel point ils/elles étaient confortables pour accompagner les femmes vivant avec une MGF (1 étant incapable et 10 totalement confortable). Enfin, l'étude indique un manque important de formation de gynécologues car presque 40 % disaient n'avoir jamais reçu de formation à ce sujet, au niveau de leur cursus général ou de leur post-graduat.⁶⁵

58 Sur un total de 107 services pour toute la Belgique.

59 Annexe I.

60 Dubourg, D., & Richard, F. (2018).

61 Patoulidis, A. (2016). Les Mutilations Génitales Féminines en Belgique : Évaluation de la situation actuelle des connaissances et pratiques en Médecine Générale. Proposition d'une approche de dépistage, traitement, suivi et prévention - Mémoire de Fin d'études, Université libre de Bruxelles.

62 Ibid.

63 Lapauw, F. (2020). Présentation Powerpoint dans le cadre du travail de fin d'études de Flore Lapauw, KAP GYN BE Preliminary results. Connaissances, attitudes et pratiques des gynécologues belges au sujet des mutilations génitales féminines. Promotrice : D^{re} Daelemans, Copromotrice : D^{re} Vercoutere, Université Libre de Bruxelles (*étude en cours*).

64 Ibid.

65 Ibid.

Puisqu'une partie des personnes concernées par les MGF vivant à Bruxelles et en Belgique sont des femmes sans statut de séjour, il est intéressant de faire un commentaire sur l'accès à la santé pour elles. En Belgique, les migrant·e·s sans statut de séjour peuvent bénéficier d'un accès aux soins de santé via l'aide médicale urgente (AMU), administrée par les CPAS. Pour ouvrir le droit à l'AMU, il faut que la personne puisse prouver qu'elle est sur le territoire belge depuis un minimum de 3 mois, avoir une adresse et fournir un justificatif d'un médecin montrant le besoin de soins. Une fois octroyée, l'AMU devra être renouvelée tous les 3 mois. Il existe des différences importantes dans la manière de gérer l'AMU, d'une région à l'autre ainsi qu'entre CPAS à Bruxelles.

Un obstacle majeur à l'accès à l'AMU est le fait qu'il est obligatoire d'avoir une adresse où le CPAS fera une visite à domicile avant d'octroyer l'aide. Pour des personnes sans domicile fixe il peut être très difficile de trouver des ami·e·s qui acceptent qu'elles utilisent leur adresse car de nombreuses personnes ont peur que cela puisse impacter leur propre situation de manière négative. Un autre problème pour les personnes migrantes sans statut de séjour est qu'elles ne savent souvent tout simplement pas qu'elles ont la possibilité de faire une demande d'AMU. Pour ces raisons, le GAMS Belgique rencontre de nombreuses femmes migrantes sans statut de séjour qui n'ont pas accès à l'AMU. Il arrive ainsi que des frais de santé de ces femmes doivent être couverts par les fonds privés des personnes ou les fonds propres d'associations telles que le GAMS Belgique. Bien que l'AMU couvre la plupart des soins primaires et secondaires, y compris les moyens de contraception et les IVG, tous les soins ne sont pas couverts ou pas à 100 %. De plus, l'AMU ne couvre généralement pas les services de santé mentale, ce qui fait que des femmes migrantes précaires qui ont vécu des traumatismes, dont des violences par exemple, ne peuvent que difficilement accéder à un suivi thérapeutique.⁶⁶

Les services pluridisciplinaires du centre spécialisé CeMAViE sont quant à eux gratuits pour les femmes migrantes bénéficiant de l'AMU ou couverts par un réquisitoire de Fedasil pour les femmes demandeuses d'asile, mais pas pour certaines femmes pour qui l'enquête sociale n'a pas permis de délivrer le droit à l'AMU, telles que les femmes transmigrantes* ou en Belgique depuis moins de 3 mois.

Une recherche multicentrique est en cours dans plusieurs pays européens dont la Belgique⁶⁷ afin d'étudier les limites des réponses de santé accessibles pour les femmes vivant avec une MGF. Elle est justifiée par le besoin d'avoir une meilleure idée de ce à quoi un service de santé « idéal » ressemble, des lacunes dans les connaissances de professionnel·le·s de santé et des travailleurs·euses sociaux·ales, femmes ou hommes, afin de pouvoir développer et implémenter des nouvelles politiques à ce sujet.

66 Conversation avec Carolina Neira Vianello, infirmière sociale au GAMS Belgique, 16/2/2021.

67 Godin, I. (ongoing). A qualitative study with the aim of identifying the short-comings to the care of women with Female Genital Cutting/Mutilation in Belgium, Canada, France, Sweden and Switzerland, Gender Net/FNRS.



2

MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE

2.1. | APERÇU DE LA MÉTHODOLOGIE

Cette étude qualitative a été menée entre juin 2018 et octobre 2020.

La méthodologie a été décidée avec les membres et partenaires du réseau lors d'une rencontre organisée pour le lancement de celui-ci, en juin 2018. Avec les représentant-e-s de 9 associations partenaires,⁶⁸ nous avons ainsi identifié le public cible de l'étude (dont les critères de sélection), défini les thèmes à aborder, la méthodologie qualitative à mettre en place et identifié des lieux possibles de recrutement des participantes.

Une animatrice communautaire et une relais communautaire bénévole du GAMS Belgique (l'une originaire de Djibouti, l'autre de la Guinée) ont été associées au travail dès la préparation et ont notamment joué un rôle primordial dans le recrutement des participantes (recrutement raisonné).

La collecte des données auprès des femmes concernées par les mutilations génitales féminines a été réalisée par des entretiens semi-directifs et des focus groups. Une triangulation a ensuite été faite auprès des professionnel-le-s travaillant auprès du public primaire.

Pour une vue d'ensemble des principales étapes de l'étude, voir la figure 2.

2.2. | RECRUTEMENT

Le public principal de l'étude sont les femmes concernées par les mutilations génitales féminines. Le recrutement des participantes a principalement été fait à travers le réseau associatif bruxellois (GAMS Belgique, les associations membres et partenaires du Réseau bruxellois MGF, des membres du réseau RELACS).

⁶⁸ Voir la liste en Annexe II.

Les critères d'inclusion étaient :

- femme
- adulte (plus de 16 ans pour les mineures non accompagnées demandeuses d'asile)
- originaire d'un pays où la prévalence des MGF est élevée
- vivant à Bruxelles⁶⁹

Notre recrutement était raisonné : nous avons cherché des participantes représentatives et « typiques » de la population cible afin de garantir la validité de nos résultats. D'une part, nous avons tenu compte des 10 pays concernés par les MGF les plus représentés dans la Région bruxelloise afin de tenter d'inclure des personnes de ces pays. D'autre part, nous avons cherché à assurer une diversité des participantes en termes de statut administratif (demandeuses d'asile, femmes venues par regroupement familial, femmes reconnues réfugiées, en statut précaire), d'âge, d'origine, de situation familiale (avec ou sans enfants).

Nous avons voulu rencontrer des personnes de deuxième voire de troisième génération (dont les parents ou grands-parents ont migré) mais cela n'a finalement pas été possible notamment parce que notre critère d'exclusion était d'être âgée de 18 ans et que la plupart des parents que nous connaissions avaient des enfants plus jeunes.

Aux entretiens et focus groups avec des femmes s'ajoute une phase de *triangulation* grâce à des entretiens non-directifs et échanges écrits avec un public secondaire : des professionnel-le-s de première ligne travaillant directement avec le public cible. Ces professionnel-le-s ont été recruté-e-s au sein du réseau du GAMS Belgique. Le critère d'inclusion était leur expérience de travail au niveau de la santé sexuelle et reproductive de personnes concernées par les MGF (professionnel-le-s de santé, travailleuses du GAMS Belgique).

Enfin, un entretien complémentaire a été mené avec une femme, sur un sujet précis, dans une deuxième phase de l'étude. Cette personne a été recrutée via un centre de demandeurs-euses d'asile, grâce à une demande que nous avons fait d'entrer en contact avec des femmes non-hétérosexuelles concernées par les MGF. Nous avons choisi d'inclure cet entretien dans ce diagnostic malgré le fait que la femme n'habitait pas Bruxelles (critère d'inclusion), à cause de l'intérêt qu'il comporte pour notre sujet d'étude.

⁶⁹ Certaines femmes ayant participé à des focus groups à Bruxelles ne vivaient pas à Bruxelles à ce moment-là mais n'ont pas été exclues. Une femme (Djiboutienne) n'habitait pas en Belgique.

2.3. | RÉCOLTE DE DONNÉES

La récolte de données a été faite à travers les entretiens individuels et focus groups semi-directifs avec des femmes concernées par les MGF, auquel s'ajoutent des entretiens non structurés et échanges écrits avec neuf professionnel·le·s.

Treize entretiens individuels et six focus groups semi-directifs avec des femmes ont été organisés dans la première phase de récolte de données (entre octobre 2018 et mai 2019) et un entretien individuel complémentaire a eu lieu dans une deuxième phase de récolte de données. Une grille d'entretien a été utilisée (voir Annexe III).

Une revue de la littérature existante nous a également permis de mieux saisir le contexte bruxellois et l'état des connaissances en matière de santé sexuelle et reproductive des femmes vivant avec une MGF. Les membres et partenaires du Réseau bruxellois ont été contacté·e·s (par e-mail) dans les premiers mois de l'étude afin d'identifier des rapports et autres ressources (littérature grise) pouvant être inclus dans la revue de littérature. La littérature scientifique a été identifiée grâce à des recherches dans les bases de données scientifiques (Pubmed entre autres).

2.4. | ANALYSE PRÉLIMINAIRE

Tous les entretiens (sauf deux) et focus groups semi-directifs avec des femmes concernées par les MGF ont été enregistrés, retranscrits et encodés par thème à l'aide du logiciel Nvivo. Les résultats ont été regroupés en plusieurs grands thèmes : migration, sexualité, violences, santé reproductive, acteurs et actrices de la santé sexuelle et reproductive avec à chaque fois des sous-thèmes. De nouveaux thèmes ont été ajoutés au fur et à mesure qu'ils apparaissaient dans l'analyse. Pour chaque thème, des pistes de recommandations directement proposées par les femmes ou déduites de leurs propos ont également été identifiées.

Une fois une première analyse terminée, celle-ci a été présentée lors d'une réunion pour les professionnel·le·s, en octobre 2019. 37 personnes étaient présentes, dont des représentant·e·s de structures membres ou partenaires du Réseau bruxellois. Par la suite, certaines structures nous ont [contacté](#) pour nous inviter à mettre en place des partenariats sur des outils ou à venir présenter les résultats à leurs équipes.

2.5. | TRIANGULATION DES DONNÉES

Par suite de la présentation de la première analyse des données, nous avons décidé de mettre en place une validation des données en nous inspirant de la triangulation. En tant que méthode de recherche qualitative, la triangulation peut être définie comme le fait d'appréhender un objet de recherche d'au moins deux points de vue différents afin d'intégrer plusieurs perspectives.⁷⁰

Des échanges (de visu, par téléphone, par écrit) ont eu lieu avec neuf professionnel·le·s du secteur associatif et médical. Cette étape se justifie du fait que les entretiens et les focus groups nous renseignent sur le vécu et le savoir des femmes (perspective interne), alors que les échanges avec des professionnel·le·s de santé nous permettent de recueillir la compréhension et l'analyse de celles et ceux qui rencontrent ces femmes dans le cadre de leur pratique professionnelle (perspective externe).

Ces rencontres n'ont pas fait l'objet d'une grille d'entretien, car le but était de confronter les professionnel·le·s avec les résultats de l'étude et de savoir dans quelle mesure ces résultats reflètent, ou non, ce qu'elles et ils voient dans leur pratique professionnelle. Les rencontres n'ont pas été enregistrées mais ont fait l'objet de prises de notes.⁷¹

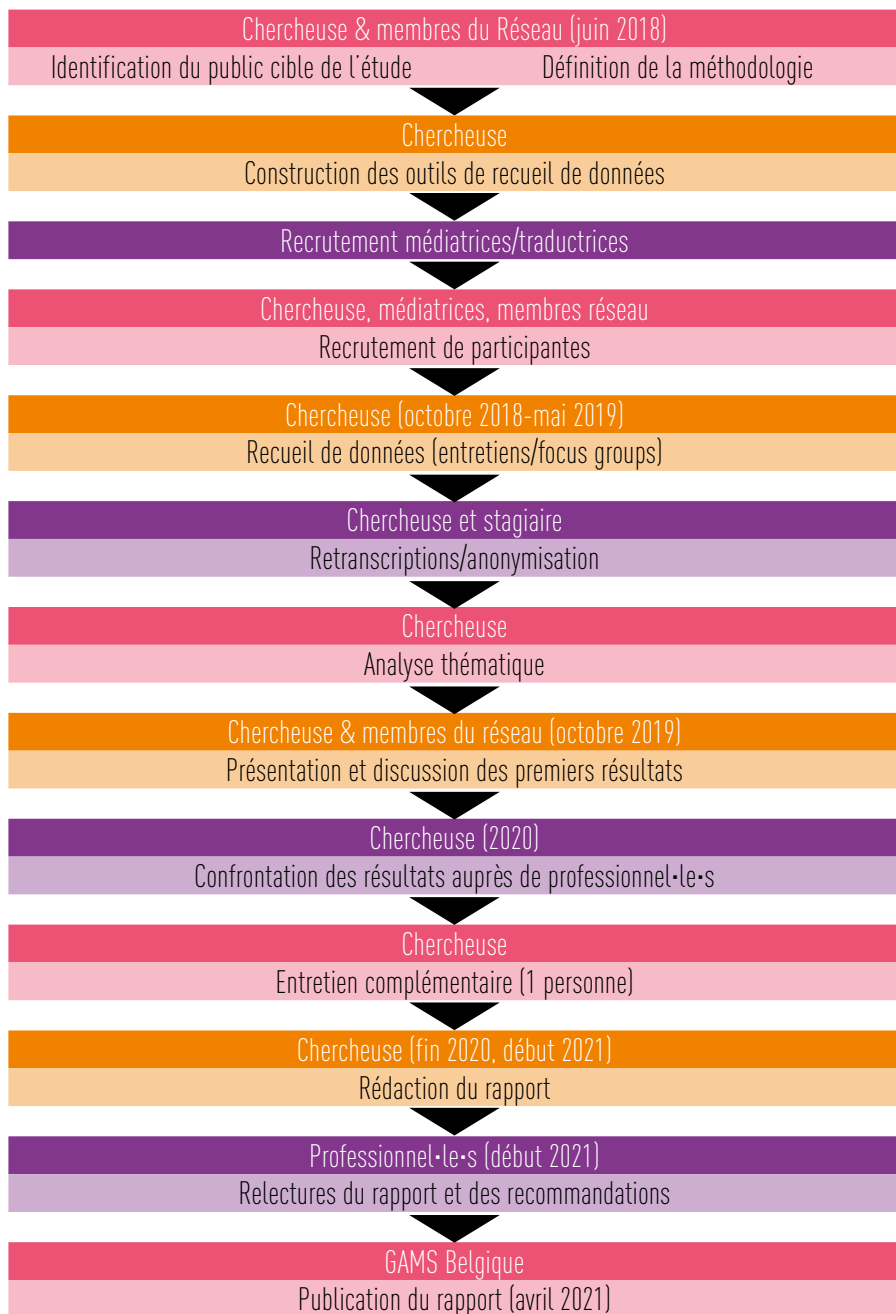
2.6. | ANALYSE FINALE ET IDENTIFICATION DE RECOMMANDATIONS

La dernière étape de l'étude était la rédaction du rapport. Le rapport et les recommandations devaient être présentés aux partenaires et membres du Réseau bruxellois lors de l'assemblée annuelle des Stratégies concertées de lutte contre les MGF, en mai 2021. Un plan de plaidoyer sera ensuite mis sur pied à partir de recommandations.

⁷⁰ Carter, N., Bryant-Lukosius, D., DiCenso, A., Blythe, J., & Neville, A.J. (2014). The use of triangulation in qualitative research. *Oncol Nurs Forum*. Sep;41(5):545-7. doi : 10.1188/14.ONF.545-547. PMID: 25158659.

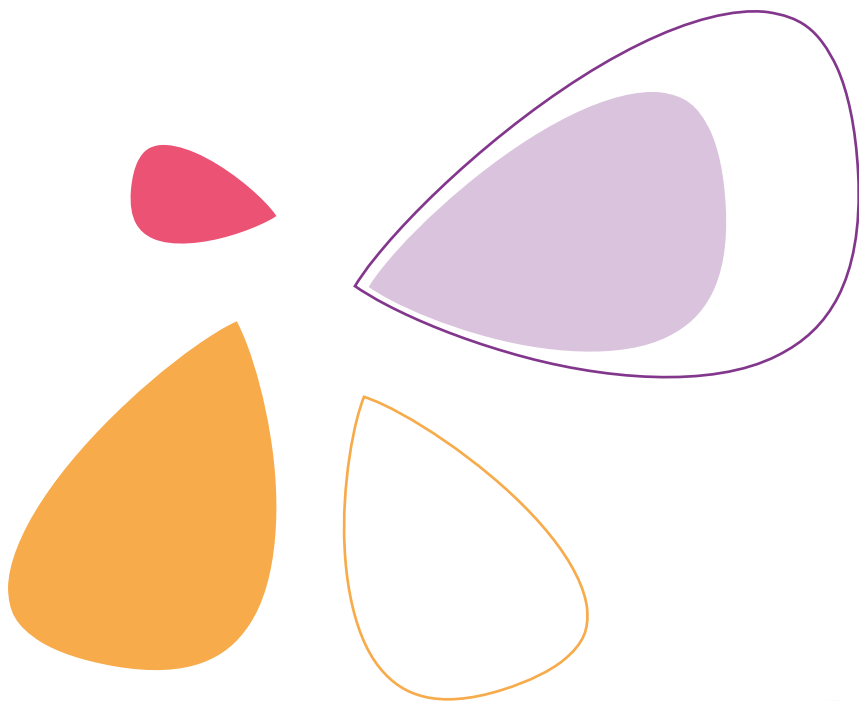
⁷¹ Voir liste des professionnel·le·s rencontré·e·s, Annexe IV.

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



2.7. | LIMITES DE L'ÉTUDE

L'une des limites principales de cette étude est que nous n'avons pas eu la possibilité d'organiser une présentation et discussion des résultats pour des personnes migrantes directement concernées par les MGF. En effet, une telle présentation était initialement prévue en mai 2020 pour les bénévoles (relais communautaires) du GAMS Belgique. Malheureusement cette présentation a dû être annulée à cause de la pandémie COVID-19. Toutefois, nous tenons à souligner que parmi les professionnel·le·s ayant apporté leurs expériences, dont les personnes de l'équipe du GAMS Belgique, il y a des personnes originaires de communautés à haute prévalence de mutilations génitales féminines.





3

RÉSULTATS

3.1.

QUI SONT LES FEMMES QUI ONT PARTICIPÉ À L'ÉTUDE ?

Au total, 70 personnes ont participé à l'étude via des focus groups (56) ou des entretiens individuels (14).⁷² Toutefois, 7 personnes venant de pays où les MGF ne sont pas généralement pratiquées ou sont moins fréquentes (Colombie, Maroc, Arménie) ont été exclues de l'analyse des données. Parmi les 63 participantes incluses dans l'analyse, près de 50 % étaient guinéennes (31 femmes), 7 étaient djiboutiennes, 7 étaient originaires d'Érythrée, 2 du Burkina Faso, de Côte d'Ivoire et d'Éthiopie respectivement, et 1 d'Égypte, de Somalie, du Mali, du Niger, du Yémen et des Philippines. 4 femmes se définissant comme kurdes ont aussi participé mais nous n'avons pas pu recueillir le pays d'origine pour la plupart (une originaire d'Iraq).

Toutes les femmes incluses dans l'analyse étaient primo-arrivantes (nées dans un pays autre que la Belgique) et originaires de pays où les MGF sont prévalentes. La plupart d'entre elles avaient vécu l'excision, certaines ont été protégées.

- 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.

⁷² Une femme a participé à un entretien individuel et à un focus group.



Tableau 2 : Caractéristiques des participantes aux entretiens individuels (ou binôme), n=14 2019/2020

Pseudonyme	Origine (pays/ethnie)	Âge (arrondi)	Statut	Temps en Belgique (au moment de l'entretien)
Kourouma	Guinée, Peul	50	Aucun (situation précaire)	10 ans
Fatou	Guinée, Gierzé	17	Demandeuse d'asile	3 semaines
Linda	Guinée, Malinké	17	Demandeuse d'asile	3 mois
Rama	Mali, Soninké	60	Nationalité belge	24 ans
Mariama	Guinée, Peul	30	(VISA ?)	7 ans
Khadia	Guinée, Diarinké	35	Aucun (situation précaire)	8 ans
Aïcha	Guinée, Malinké	25	Reconnue réfugiée	7 ans
Hawaou	Côte d'Ivoire, Peul	30	Regroupement familial	4 ans
Grace	Côte d'Ivoire, Djoula	20	Demandeuse d'asile	1 an
Nadja	Niger, Peul	45	Aucun (situation précaire)	7 ans
Yasmine	Burkina Faso, Mossi	30	Aucun (situation précaire)	10 ans, 7 mois
Asma	Djibouti, Somali	30	Titre de séjour	5 ans, 6 mois
Nour	Égypte	30	Demandeuse d'asile	1 an, 6 mois
Samira (juin 2020)	Guinée, Soninké	40	Demandeuse d'asile (procédure Dublin)	6 mois

Par souci de confidentialité et d'anonymat, tous les noms sont des pseudonymes et tous les âges ont été arrondis.

Tableau 3 : Caractéristiques des participantes aux focus groups, n=6, 2019

Numéro et nom du focus group (FG)	Nombre de participantes	Origine (pays/ethnie)	Âge moyen (minimum et maximum)	Temps en Belgique moyen (minimum et maximum)
FG1 « Groupe jeunes GAMS »	7	6 Guinée (5 Peul, 1 Malinké) 1 Djibouti (Afar)	23,1 (21-28)	30,1 mois (1 an – 5 ans 6 mois)
FG2 « Groupe de femmes GAMS »	13	10 Guinée (4 Peul, 2 Malinké, 2 Soussou, 2 inconnu) 1 Somalie (Somali) 1 Djibouti (Samarone) 1 Sierra Leone (Peul)	38,5 (18-57)	51,1 mois (5 mois – 10 ans) (2 inconnus)
FG3 « Groupe de femmes GAMS »	10	8 Guinée (5 Peul, 1 Boke, 1 Soussou, 1 Koninanké) 1 Burkina Faso (Mossi) 1 inconnue	34,3 (23-71)	31,5 mois (3 mois – 7 ans) (2 inconnues)
FG4 « Femmes d'Afrique de l'Est »	8	4 Djibouti (1 Afar, 1 Issa, 1 Yéménite, 1 Arabe) 2 Ethiopie (Afar, Amharique) 1 Érythrée (Tigrinya) 1 Yemen (Yéménite)	35,8 (30 – 42)	7,7 ans (3,5 and – 18 ans, une personne habite en France depuis 1 an)
FG5 « Femmes érythréennes et éthiopiennes »	6	6 Érythrée ou Éthiopie	Âges inconnus	30 jours (2 jours à 3 mois)
FG 6 « Femmes de l'Institut Kurde »	5 (7 personnes exclues de l'analyse)	1 Iraq, Kurde 3 Kurdes (pays inconnu) 1 Philippines	42,4 (30-70)	6 ans (3-8 ans, 1 inconnu)

3.1.1. | POURQUOI LES FEMMES ONT-ELLES MIGRÉ EN BELGIQUE ?

La question de la migration n'a pas été évoquée frontalement ou directement avec les interviewées, notamment pour ne pas donner l'impression qu'elles devaient se « justifier » sur les raisons de leur migration. Plusieurs femmes ont cependant évoqué leur **trajectoire** migratoire. Les raisons de migration évoquées par les femmes incluaient des violences intrafamiliales et entre partenaires, des mariages forcés, un projet de rejoindre un époux ou d'étudier. Certaines femmes rencontrées ont évoqué avoir fui à cause d'un risque d'excision ou de ré-excision mais d'autres violences, notamment le mariage forcé ou les violences intrafamiliales, reviennent plus souvent comme la raison ayant poussé la personne à partir.

Linda, demandeuse d'asile de 17 ans, est arrivé il y a seulement 3 mois en Belgique après avoir fui un mariage forcé avec un homme âgé, auquel elle avait été mariée à cause d'une grossesse hors mariage. Elle a été obligée de quitter son pays en laissant ses deux jumeaux de 2 ans avec une amie. Le père des enfants a lui aussi quitté la Guinée et ils-elles ont perdu contact. Malgré sa situation difficile, ses enfants resté·e·s au pays, elle se sent « *très bien* » en Belgique, « *comparé à là-bas* ».

Nour, une jeune femme d'environ 30 ans, d'origine égyptienne, subissait des violences de la part de son oncle et a fui son pays lorsqu'il a voulu la marier. Elle a demandé et obtenu l'asile en Belgique mais elle se sent seule et triste.

« J'ai demandé l'asile, j'ai quitté l'Égypte à cause des problèmes avec ma famille, puis je suis allée en Belgique et demandé l'asile qui a été accepté l'année passée. [...] c'est mon oncle, le frère de mon papa, c'est lui qui a fait beaucoup de chose pour... l'excision avec moi... [...] C'est lui qui a décidé, il a fait beaucoup de choses, il me frappait, il est salafiste tu connais ? [...] il dit que c'est obligatoire de porter le Niqab, moi je n'aime pas ça. Il a essayé de me marier, j'ai quitté... »

Nour, égyptienne, 30 ans

Dans plusieurs récits, le départ s'est parfois fait en deux fois : d'abord un départ de la famille, à l'intérieur du pays, pour fuir une première violence, puis un deuxième départ, vers l'Europe, pour en fuir une autre. Ainsi, **Fatou**, demandeuse d'asile de 17 ans, a d'abord fui sa famille à cause d'un risque d'excision, puis fui la famille où elle travaillait et vivait, à cause d'un mariage forcé avec le fils de sa patronne :

« Je suis orpheline de mère. Quand papa s'est remarié avec une autre femme, elle voulait [l'excision]. Sa mère aussi. Tout le monde voulait ça et j'ai insisté pour la première fois qu'on me laisse comme ça. Mais je n'avais pas vu que tout le monde me détestait et chez nous c'est quelque chose qui est important, l'excision. [...] C'est pendant les vacances qu'ils font ça. Elle [la deuxième femme de mon papa] m'a dit que comme je refusais on me forcerait. [...] Je n'ai pas accepté, c'est pour ça que j'ai quitté... [...] Quand [...] je suis arrivée à Kankan, je n'avais pas de famille... Je suis arrivée chez une femme commerçante. [...] Je travaillais à la maison. [...] Son fils a dit qu'il voulait [se marier] et moi je ne voulais pas. C'est que ce monsieur, il était âgé et avait déjà 3 femmes donc c'est là où il y a eu la discussion entre moi et la femme, qui a insisté pour [que je l'épouse]. Si je n'acceptais pas, je ne pouvais pas rester [chez elle] et moi je n'avais pas où aller, et le monsieur voulait de moi et moi je ne voulais pas de lui. [...] Il était au Mali dans un autre pays, donc c'était pendant une fête quand il est venu chez sa maman qu'il m'a vue et dit qu'il voulait de moi. Je ne pouvais pas rentrer à cause de l'excision donc je suis partie. Le mariage a eu lieu en Guinée et ensuite [je suis] partie au Mali [pour rejoindre le « mari »]. [...] Une fois au Mali, je me suis échappée je ne suis pas allée chez le monsieur car je ne voulais pas de lui. C'est comme ça que je suis arrivée au Maroc. »

Fatou, guinéenne, 17 ans

De même, **Khadia**, Guinéenne de 35 ans, est tombée enceinte et a eu un enfant hors mariage. Ses parents ont refusé qu'elle reste avec son amoureux et l'ont obligée à se marier à « un vieux ». Arrivée dans la famille de ce nouveau « mari » elle a été à risque de ré-excision car l'on considèrerait que sa première excision n'avait pas été « bien faite » :

«... Ils m'ont donnée à un vieux, et moi je ne voulais pas. Donc ils disaient que je n'étais pas bien excisée et qu'ils allaient tout enlever. C'est de ça que j'ai peur, parce que j'ai été [excisée] 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

Malgré le fait qu'elle ait fui un mariage forcé et un risque de ré-excision, la demande d'asile que Khadia a faite en Belgique a été refusée. Comme évoqué dans l'introduction, il est plus probable d'obtenir l'asile lorsqu'il y a un risque d'excision pour une petite fille. Ainsi, **Aicha**, Guinéenne d'environ 25 ans, a fui la Guinée Conakry à cause d'un risque de ré-excision mais a finalement obtenu l'asile en Belgique lorsqu'elle a donné naissance à une fille car il y avait un risque que la fille soit excisée si elles retournaient en Guinée. Chaque année, elle reçoit une lettre du CGRA et elle emmène sa fille chez le médecin « *pour attester qu'elle n'est pas excisée.* »

Les récits des femmes montrent que l'excision n'est qu'une parmi plusieurs raisons, notamment plusieurs types de violences basées sur le genre, les poussant à quitter leur pays d'origine.

Les travailleurs·euses psychosociaux·ales du GAMS Belgique confirment que les raisons de migrer des femmes qu'elles·ils rencontrent sont nombreuses. Pour beaucoup d'entre elles, un vécu de violences les a poussées à partir et très souvent la raison du départ est un mariage forcé (ou un risque de mariage forcé). En effet, les travailleurs·euses estiment que ce facteur est bien plus courant que les MGF en termes de raisons de migration. Comme nous avons pu le voir dans le récit des femmes, la menace de ré-excision devient souvent une réalité par suite d'un mariage forcé.

Toutefois, le mariage forcé est plus rarement reconnu comme raison valable d'obtention d'une protection internationale car contrairement aux MGF, pour lesquelles il est possible de montrer un certificat médical, les femmes ayant subi un mariage contre leur gré ne peuvent que rarement le prouver. Obtenir la protection internationale est particulièrement difficile pour les femmes adultes originaires d'un pays où les MGF sont pratiquées mais qui ont elles-mêmes été protégées – jusque-là – de l'excision.

Une minorité des femmes rencontrées sont venues en Belgique par regroupement familial. Pour elles, la situation est encore différente car leur statut en Belgique dépend de la relation avec un partenaire. Comme le montre le récit de **Hawaou**, ivoirienne ayant rejoint son mari en Belgique, ces femmes ne peuvent pas facilement quitter leur conjoint en cas de mésentente ou violences, car elles risquent alors de perdre leur droit de séjour :

« Je suis dans une situation un peu délicate par rapport à mon histoire avec mon conjoint en fait. On est ensemble... vu que j'ai été régularisée en fonction de lui. Maintenant, l'amour n'est plus trop ça donc je suis obligé de faire... Je fais le mieux que possible pour rester avec juste pour que ma situation se régularise. »

Hawaou, ivoirienne, 30 ans, en Belgique depuis 4 ans

Certaines femmes ont évoqué des difficultés spécifiques liées à leur parcours de migration, notamment des chemins migratoires particulièrement difficiles et longs et la précarité de leur statut en tant que femmes migrantes, notamment pour celles n'ayant pas obtenu de protection internationale.

« Ça a été difficile quand-même. Il y a eu un naufrage, il y a eu 5 morts... »

Linda, guinéenne, 17 ans



Les femmes érythréennes/éthiopiennes⁷³ rencontrées au Hub humanitaire, toutes en situation de séjour précaire, espèrent rejoindre le Royaume-Uni et n'ont donc pas demandé l'asile en Belgique où elles pensent n'avoir aucun espoir d'obtenir un droit de séjour. Certaines ont été obligées de laisser des enfants dans leur pays d'origine. Dans leurs récits, nous pouvons lire leur sentiment de désespoir et les effets néfastes de la situation sur leur bien-être et leur santé mentale :

« Nous passons 5 ans ici en Europe sans aucun espoir et ce que nous avons... [inaudible] ce n'est pas facile. Nous avons vu beaucoup de choses dans le désert, et en Méditerranée, nous avons perdu nos frères et sœurs. Alors maintenant nous sommes reconnaissantes parce que nous sommes vivantes, nous le sommes au moins un peu plus qu'eux, mais de l'autre côté vous voyez nous n'avons aucun espoir [...] si nous pouvions trouver des informations, nous serions heureuses de les entendre et au moins nous saurions où aller et comment faire. »

« 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 »

73 Selon les informations recueillies auprès de travailleuses de terrain, il n'est pas toujours évident de savoir si les femmes sont érythréennes ou éthiopiennes. Bien que la situation dans chaque pays soit différente, notamment au niveau politique, les femmes ont des parcours migratoires similaires (notamment le vécu de violences sur le chemin migratoire) et se retrouvent dans des situations similaires une fois qu'elles ont quitté leur pays. Ainsi, il nous a semblé plus juste de ne pas faire de distinction entre ces deux pays voisins.

Feven Tsehay Tekle est animatrice communautaire et traductrice en tigrinya et amharique au GAMS Belgique. Elle-même originaire d'Érythrée et ayant vécu en Éthiopie, Feven nous a aidé à mieux comprendre la situation des femmes qu'elle rencontre au Hub humanitaire. Selon elle, la plupart des femmes éthiopiennes et érythréennes qui fréquentent le Hub sont venues par bateau, à travers la Libye, ou parfois via la Turquie ou la Grèce. Quelques-unes arrivent à avoir un Visa pour l'espace Schengen. Elles sont nombreuses à avoir subi de la violence sur le chemin migratoire, notamment de la part des passeurs. Il n'est pas rare que des femmes soient kidnappées par des passeurs.

À la difficulté du parcours migratoire s'ajoute ce qu'on désignera sous le terme « violences administratives » : le vécu en centre fermé notamment, comme c'est le cas pour une participante d'origine guinéenne. Dans un focus group, elle nous raconte à quel point le fait d'avoir été mise en centre fermé a été une expérience traumatisante :

« Parfois, je me pose 10 000 questions en même temps. Bien sûr, j'ai fui mon pays pour sauver ma vie, mais j'ai vécu des choses en Belgique qui m'ont vraiment bouleversées, et je me demande chaque jour : qu'est-ce que j'ai fait pour mériter tout ça ? [...] Demander une protection, c'est comme si tu étais criminelle. C'est ce que j'ai vécu. J'ai vécu beaucoup de choses, j'ai [été en] centre fermé ici, 3 mois, sans que je n'aie rien fait, juste parce que j'ai demandé une protection. Et puis, le traumatisme que j'ai subi dans le centre fermé, je n'y arrive pas. Je suis suivie par un psychologue, par un médecin psychologue, par beaucoup de personnes, chaque jour, madame je n'arrive pas à me remettre. [La femme commence à pleurer] Je n'arrive pas à me remettre de ce que j'ai subi ici en Belgique, et je me pose tous les jours des questions. Et je peux dire, Dieu merci parce que toujours il y a du bon et il y a du mauvais, il y a de bonnes personnes, beaucoup qui m'aident à m'en sortir [...] Je ne peux pas oublier. Je ne peux pas, je ne peux pas. Et ça me bouleverse. »

Une femme guinéenne, participante au FG2

3.1.2. | QUE DISENT LES FEMMES DE LEUR SANTÉ ?

En début de chaque entretien et focus group, nous avons demandé aux femmes comment elles percevaient la santé, ce qui leur permet d'être en bonne santé ou au contraire les empêche d'être en bonne santé.

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



Facteurs positifs pour la santé

- **l'absence de stress**
« bien dans sa tête »
« vivre bien, avoir une bonne vie »
- **bien dormir**
- bien manger
- l'habitat (propre et sûr)
- l'absence de maladies (de maux)
- être propre et bien dans son corps
- l'accès à l'aide et aux traitements
- avoir une éducation
- faire du sport
- s'épanouir
- les ami·e·s



Facteurs négatifs pour la santé

- **le stress, les soucis +++**
- **la solitude**
- manque de soins ou soins inadaptés
- mal manger
- manque d'habitat



Les femmes mentionnent plusieurs déterminants de santé qui affectent leur santé et bien-être : l'habitat, la nourriture, l'accès aux services de santé. Le stress est le facteur le plus souvent mentionné. En effet, la question de santé mentale et du bien-être (ou de mal-être) est étroitement liée à la notion de santé de manière générale. Les problèmes de santé mentale mentionnés par les femmes sont notamment les problèmes de sommeil, le mal-être, la solitude, la tristesse, le stress.

De nombreuses femmes, demandeuses d'asile ou en séjour précaire, ont témoigné de l'influence négative de l'exil, et notamment de la précarité administrative, sur leur qualité de vie :

- Insécurité & stress
- Plusieurs femmes ont laissé leur(s) enfant(s) au pays et ont parfois perdu le contact
- Difficultés financières : coût de la procédure, ne pas pouvoir travailler
- Violences administratives (centre fermé)

3.2. LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

Nous avons cherché à mieux comprendre comment les femmes elles-mêmes percevaient leur santé sexuelle et reproductive. La figure 4 ci-dessous montre leurs réponses. Nous constatons que la santé sexuelle et reproductive est vue comme faisant globalement partie de la santé, ayant autant un aspect physique que psychologique, qu'il s'agisse d'une question sanitaire (l'hygiène intime, la propreté, le fonctionnement du système génital, de la protection des grossesses non-désirées et/ou des IST), du plaisir et désir sexuel (hétérosexuel) ou du vécu de violences (les MGF étaient spontanément mentionnées par certaines femmes).

Figure 4 : Représentation des réponses à la question « Qu'est-ce la santé sexuelle et reproductive pour vous ? » par les femmes participant aux entretiens et focus groups



Dans cette partie nous aborderons les sujets liés plus spécifiquement à la santé physique lié à l'organe sexuel et reproducteur, notamment le VIH, les IST, la contraception, l'avortement. Nous avons cherché à savoir de quelles informations les femmes disposaient à ces sujets, si elles connaissaient les services de SSR et si elles avaient des besoins et demandes spécifiques.

3.2.1. | LE VIH ET LES IST

Parmi les femmes rencontrées, les connaissances du VIH/sida et des infections sexuellement transmissibles (IST) diffèrent. La plupart a une connaissance de base, mais pour quelques femmes cela se réduit à la connaissance du terme VIH/sida. Elles ne savent pas toujours comment le VIH se transmet. Elles sont en demande de plus d'informations. D'autres femmes disent avoir reçu un minimum d'informations autour des IST et du VIH dans leur pays d'origine, notamment à l'école, et savent par exemple que le préservatif permet de se protéger. Les autres sources d'informations sont les campagnes d'information (affiches et télévision), les ami·e·s, les centres de planning familial, une infirmière du centre de demandeurs-euses d'asile, les médecins généralistes ou médecins ayant effectué un certificat d'attestation d'excision ou de non-excision.

Par exemple, **Fatou** et **Linda**, mineures étrangères non-accompagnées (MENA) guinéennes de 17 ans vivant dans un centre de demandeurs-euses d'asile, qui sont les deux femmes les plus jeunes de l'étude, ont des connaissances très sommaires du VIH et des IST. **Fatou** raconte qu'elle a reçu quelques informations au sujet de « maladies » contre lesquelles le préservatif protège, lorsqu'elle est passée en Espagne, et est demandeuse de davantage d'informations. Elle ne sait pas si elle a déjà fait un dépistage du VIH, car elle n'est pas sûre des tests inclus dans le prélèvement sanguin fait par l'infirmière du centre. Tout ce qu'elle sait sur le VIH/sida, c'est que cela peut « tuer facilement » et que c'est contagieux, mais elle ne sait pas comment le VIH se transmet. Pareillement, **Linda** sait que le préservatif protège et connaît quelques moyens de transmission du VIH, mais ne connaît aucune autre infection sexuellement transmissible.

La plupart sait qu'on peut faire le test à l'hôpital ou chez le ou la médecin (généraliste), mais rares sont celles qui mentionnent un centre de planning familial ou un centre de spécialisé comme lieu de dépistage. Enfin, certaines femmes témoignent aussi qu'il y a un risque de transmission du VIH lorsque leur mari revient d'un long séjour à l'étranger, car, selon elles, un homme ne restera pas plusieurs mois sans avoir des relations avec une femme et sera donc forcément infidèle.

Plusieurs femmes ont déjà fait des dépistages du VIH, lors d'une grossesse ou lorsqu'elles ont entamé une nouvelle relation ou eu un rapport sexuel jugé à risque. Pour certaines femmes, les peurs autour du dépistage et d'un éventuel résultat positif, une vision du sida comme étant une maladie forcément mortelle, ainsi que le regard social sur les personnes séropositives, constituent des freins au dépistage.

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 on a 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 FG3

« *J'ai des amis mecs gays. Une fois, c'était la fois où j'avais couché avec la fille hétéro, j'en ai parlé à mes potes et du coup ils m'ont dit "Va à César de Paepe, il y a un endroit où il y a une file de dingue tout le temps" et [arrivée] là-bas je ne vois que mes potes gay ! Tu vois, c'est une espèce de salon de thé : "Ah ! Toi aussi, t'as merdé ?" On s'est tous retrouvés en une journée, j'avais vu 5 - 6 potes à moi, quoi ! [Irides] Et du coup on fait la file ~~tout~~, et j'avais remarqué une fille somalienne dans la salle, et j'étais avec mon meilleur pote gay somalien... Elle était hétéro. On était en mode trois somaliens, voilà on a merdé ça arrive ! Du coup, c'était la seule fois où... Parce que une semaine après [le rapport sexuel] je me suis dit qu'il fallait quand même que je passe le test de dépistage VIH.* »

Asma, djiboutienne, 30 ans

La rencontre avec **Rama**, femme malienne bénévole sur un poste à responsabilité dans une association de la diaspora de son pays, montre que le sujet du VIH/sida reste tabou et difficile à aborder avec ses compatriotes, même pour une femme qui a travaillé pendant 10 ans dans la sensibilisation du VIH.

Intervieweuse : « *Est-ce que c'est une discussion [au sujet du VIH], est-ce que c'est un sujet qui est important pour les personnes dans la diaspora malienne ici ?* »

Rama : « *Je ne sais pas. Moi, ça, on n'en a pas parlé encore.* »

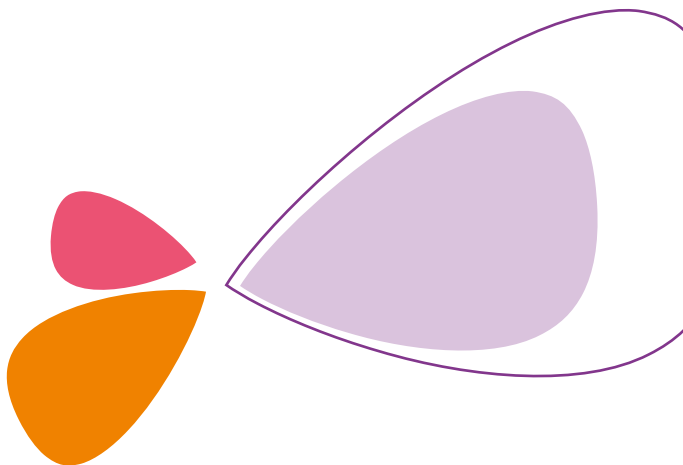
Intervieweuse : « *Vous connaissez les taux de prévalence du VIH au Mali ? C'est élevé ?* »

Rama : « *Mmh c'était 1,7...* »

Intervieweuse : « *Ah ! C'est pas très élevé !* »

Rama : « *Non, pas élevé. Ce n'est pas comme en Afrique centrale... [...] J'ai travaillé pendant 10 ans dans le programme de lutte contre le sida avant de venir ici, [on faisait] les tests un peu partout dans la région. [...] Sur le sida, j'ai fait 10 ans : de la sensibilisation notamment avec les prostituées, les partenaires des prostituées dans les maisons closes [...]... dans les bars, oui j'ai fait 10 ans... Juste, pendant une de mes conférences africaines [ici en Belgique], j'ai appelé une femme séropositive. Elle est venue, elle a témoigné, elle a donné son exemple au public. Il y avait une centaine de participants, donc je lui ai demandé [de raconter] comme ça, ça peut faire un déclic... [...] Je pense qu'il y a moyen de faire des actions beaucoup plus pointues parce qu'en attendant ça veut dire que le VIH, c'est fini, les gens pensent que c'est... [...] Bon, puisqu'on en parle peu, donc les gens pensent que c'est fini alors que la prévalence... est toujours importante.* »

Rama, femme de nationalité belge et d'origine malienne, 60 ans, en Belgique depuis 24 ans



Bien que les répondantes aient généralement une certaine connaissance du « frottis » (prélèvement pour le *Human Papillomavirus*, pouvant entraîner le cancer du col de l'utérus), quelques femmes expriment qu'elles manquent d'informations sur les raisons du test ou le confondent avec le dépistage VIH ou IST.

Intervieweuse : « *Et chez le gynécologue t'a fait faire le frottis ?* »

Aïcha : « *Oui, moi tout le temps quand je suis enceinte on me fait ça* »

Intervieweuse : « *Vous savez pourquoi on fait ça ?* »

Aïcha : « *Non.* »

Intervieweuse : « *On ne vous explique pas ?* »

Aïcha : « *Non... C'est pour le cancer ?* »

Intervieweuse : « *Voilà, c'est ça.* »

Khadia : « *Mmh ça c'est quoi ça ?* »

Aïcha, 25 ans, et Khadia, 35 ans, guinéennes (entretien en duo)

Intervieweuse : « *Est-ce que vous connaissez les infections sexuellement transmissibles et le VIH ?* »

Une femme djiboutienne (40 ans) : « *Le VIH ? Bien-sûr !* »

Une femme éthiopienne (30 ans) : « *Sida, yes !* »

Une femme djiboutienne (30 ans) : « *Hépatite, oui !* »

Intervieweuse : « *Est-ce que ça vous est déjà arrivé en Belgique de faire un dépistage ?* »

Femme djiboutienne (30 ans) : « *Quand on fait un frottis en général ça en fait partie !* »

Intervieweuse : « *Le frottis c'est différent, c'est pour le HPV, le cancer du col de l'utérus !* »

Une femme djiboutienne (40 ans) : « *Ah oui ? Moi je pensais que c'était un contrôle pour tout ! [...] Oui tu sais quand tu fais le bilan, le médecin coche ! Je lui dis toujours "coche", avec une petite aiguille, tu passes, tu t'assieds, on sait jamais !* »

Une autre femme : « *Non, moi je n'ai pas d'enfants, je ne fais rien [aucun test]* »

Focus group avec des femmes originaires d'Afrique de l'Est

Globalement, les récits autour du VIH/sida, des IST et du HPV montrent un besoin de renforcer l'information et de déconstruire certaines idées reçues, notamment au sujet du sida.

3.2.2. | LA CONTRACEPTION

Parmi les femmes rencontrées dans le cadre des entretiens et focus groups, la plupart connaissait des moyens de contraception. Le préservatif était le moyen de contraception le plus souvent mentionné, et parfois le seul qu'elles connaissaient, suivi par la pilule. L'implant était mentionné par 5 femmes alors que d'autres moyens comme l'injection, le patch contraceptif, l'anneau vaginal, le stérilet, la pilule de lendemain, la ligature des trompes et le contrôle du cycle étaient mentionnés par une ou deux femmes seulement. Certaines femmes ont eu du mal à comprendre le terme « contraception », mais on déclaré connaître lorsqu'on leur expliquait.

Toutefois, les deux plus jeunes femmes rencontrées dans un centre pour MENA avaient des connaissances très limitées au sujet de la contraception, cela se résumait à ce qu'on leur avait dit à leur arrivée dans le centre.

Fatou : « Quand je suis venue, [l'infirmière] m'a demandé si j'avais couché avec un homme : j'ai dit oui. Elle m'a demandé si je m'étais protégée, j'ai dit "non, je ne me suis pas protégée", et elle m'a dit que désormais je devais me protéger. Elle m'a même donné des préservatifs. J'ai mis ça dans un bureau, je ne les ai pas pris. J'avais oublié, comme on est restées à parler... C'est quand je suis venue ici que je me suis rappelée avoir laissé ça dans le bureau. »

Intervieweuse : « Est-ce que c'est important pour vous de vous protéger ? »

Fatou : « C'est [l'infirmière] qui m'a dit que c'est important. Moi, comme je sais pas si c'est important ou pas... »

Fatou, 17 ans, d'origine guinéenne

En dehors de la connaissance des différents moyens de contraception, d'autres barrières à leur utilisation étaient mentionnées par les femmes : l'idée que la contraception est contraire à la religion, l'opinion défavorable des partenaires masculins, le manque d'éducation des femmes, la peur des effets secondaires.

« [Les femmes maliennes] n'en veulent pas, de la contraception. Elle se disent que ce n'est pas... Que c'est contre indiqué par la religion [musulmane]... Je leur dis que Dieu nous a créé-e-s, et qu'il a créé des méthodes pour nous. Donc si ces méthodes [sont] à notre disposition, pour notre bien-être, on ne peut pas se priver de cette méthode. [...] »

Chez certains hommes... Ils pensent qu'ils n'ont plus la maîtrise de leur femme. Elles le font [utilisent le moyen de contraception] de manière très discrète, et souvent elles le cachent même au mari ! Parce que souvent, les hommes africains aiment avoir beaucoup d'enfants, ils veulent que la femme à tout contact [rapport sexuel] fasse un enfant. Donc moi je dis que si Dieu pouvait faire en sorte qu'on fasse par tour de rôle... Moi je fais une fois l'enfant toi tu fais l'autre fois, là ils sauront ce que c'est de faire un enfant. »

Rama, originaire du Mali, 60 ans

Mariama, étudiante de 30 ans d'origine guinéenne, nous explique qu'elle a des rapports sexuels avec son partenaire mais n'utilise pas de moyen contraceptif. La peur des effets des hormones et le fait que la sexualité hors mariage ne soit pas acceptée dans sa culture sont pour elle les principaux obstacles à l'utilisation d'une contraception. Mariama semble n'avoir jamais reçu d'information objective sur la contraception (elle est arrivée à 23 ans en Belgique). Bien que son compagnon soit médecin et qu'elle-même soit étudiante en Master, on peut noter qu'elle a peu de connaissances sur le sujet.

« C'est un gros problème, parce que la contraception, je ne l'utilise vraiment pas. 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 il 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. 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

Dans un focus group avec des femmes originaires d'Afrique de l'Est, les participantes ont expliqué que la décision d'utiliser un moyen de contraception ne pouvait pas être prise seule par la femme et que de nombreux maris refusaient que leur épouse y ait recours. Ainsi, certaines femmes prennent la pilule en cachette. Si le mari le découvre, la femme risque de subir des violences physiques. L'une des femmes a expliqué mal supporter la pilule et préférer le patch. Toutefois, lorsque son mari a vu son patch, il s'est fâché, obligeant la femme à revenir vers une prise de la pilule en cachette.

Selon **Kourouma**, qui vit dans une occupation et n'a pas de droit de séjour en Belgique, il peut être mal vu pour les femmes « sans papiers » de prendre un moyen de contraception, signe qu'elles ont des relations sexuelles :

« 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, en situation précaire

Enfin, certaines femmes, notamment les femmes érythréennes et éthiopiennes transmigrantes*, ainsi que les femmes ayant eu des expériences négatives de la sexualité (ou des violences sexuelles) n'utilisent pas de moyen de contraception et disent n'en avoir aucun besoin simplement parce qu'elles ne souhaitent pas avoir de rapports sexuels.



3.2.3. | LES GROSSESSES NON-DÉSIRÉES ET L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (IVG)

Comme nous avons pu le voir dans la Figure 4, la santé sexuelle et reproductive est, sans surprise, étroitement liée à la grossesse, au fait d'avoir un bébé, et aussi au besoin de « se protéger », notamment contre les grossesses non-désirées.

La plupart des femmes interrogées connaissaient l'avortement, bien que certaines semblaient le confondre avec la fausse couche. De nombreuses perceptions négatives entourent l'IVG, considérée comme n'étant pas acceptable dans leur société ou culture (d'origine) et comme un interdit religieux. Le tabou entourant l'IVG explique probablement aussi qu'aucune femme au cours des entretiens et discussions en groupe n'ait exprimé y avoir eu personnellement recours.

En effet, la quasi-totalité des femmes interrogées a dit qu'interrompre une grossesse est impensable pour elles, même lorsque la grossesse est socialement réprimée, par exemple en cas de grossesse hors mariage. Toutefois, selon certaines, l'IVG pouvait être un choix acceptable pour d'autres femmes. L'une des participantes, elle-même mère, a d'ailleurs souligné qu'elle appréciait qu'on lui demande si la grossesse était voulue ou non et l'informe de la possibilité d'avoir recours à l'IVG, lorsqu'elle appelait pour signaler sa grossesse à l'hôpital. À cause des normes sociales fortes entourant l'IVG, les idées émises au sujet de l'avortement et des femmes qui y recouraient étaient parfois contradictoires.

Dans l'un des focus groups avec de jeunes femmes majoritairement guinéennes, le sujet de l'IVG et du soutien à apporter à une amie qui souhaitait y avoir recours a fait débat :

Une femme guinéenne : « Si ça [une grossesse non-désirée] m'arrive, je ne vais jamais avorter. [...] Chez nous, je ne pense pas que ça soit faisable ! [rires] Non, chez nous ça ne se fait pas. »

Une femme djiboutienne : « Je suis pour [l'avortement]. [Dans mon pays,] il y a des filles qui prennent des risques, au péril de leur vie, et qui meurent à cause de ça [avortements illégaux]. Et tout ça, c'est à cause du regard des gens. Moi je dis, que ceux qui veulent garder l'enfant, [le] gardent, et ceux, celles, qui veulent [avorter] [...] Je suis vraiment pour l'avortement. Pourquoi empêcher une femme d'avorter, si elle le veut ? C'est son corps. Celle qui veut garder, elle va garder. »

Intervieweuse : « Accepteriez-vous d'accompagner une amie si elle était dans une situation de grossesse non désirée et voulait avoir un avortement ? »

Une femme guinéenne : « Je vais essayer d'abord de conseiller la personne, je vais lui dire [...] "est-ce que tu sais que c'est peut-être le seul enfant que tu auras ?" [...] »

Intervieweuse : « Tu essayerais de la décourager ? »

La femme guinéenne : « De la décourager, voilà, pour faire cet avortement. Mais si je vois alors qu'elle dit non, elle aussi elle a ses propres raisons, voilà, je vais l'accompagner, c'est son choix. »

Une 2^{ème} femme guinéenne : « Non, je ne vais pas t'accompagner. »
[...]

Une 3^{ème} femme guinéenne : « Moi, en tout cas, personnellement, je ne vais pas accompagner quelqu'un pour un avortement. »

Intervieweuse : « Non, ça tu pourrais pas faire ? »

3^{ème} femme guinéenne : « Jamais. Je te conseille de le garder. Je conseille, s'il faut, je vais dire les dangers, pour te décourager un peu. [...] je préfère te mentir, pour te décourager... »
[...]

Une femme djiboutienne : « Pour moi, que ce soit une amie ou une inconnue, [...] je l'emmène dans des services qui peuvent très bien la conseiller. Et si elle veut le garder, c'est sa vie, si elle veut avorter, pourquoi pas ? Mais franchement, moi, j'irais suivre la personne dans toute sa démarche, parce que c'est une épreuve difficile, aussi. »

Discussion lors du FG1 avec des jeunes femmes

Dans le chapitre sur la contraception, nous avons partagé le récit de **Mariama**, femme guinéenne de 30 ans, non-mariée et en relation avec un homme, qui a peur de prendre un moyen de contraception. Son récit montre le stress associé au risque d'une grossesse hors mariage. Par ailleurs, Mariama ne connaît pas de structure vers qui se tourner si elle devait tomber enceinte et souhaiter arrêter la grossesse.

« 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 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

Plusieurs femmes ont dit savoir où aller en cas de besoin d'avoir recours à une IVG : médecin généraliste, gynécologue, l'hôpital ou centre de planning familial. Une femme avait aussi reçu des informations à ce sujet lors d'un cours d'intégration. Bien que de nombreuses femmes disent ne pas envisager l'IVG comme une option pour elles, elles restent demandeuses d'informations supplémentaires à ce sujet car « *avoir des informations, c'est pas mauvais* ».

Selon **Céline Glorie, référente santé et droits sexuels et reproductifs à Médecins du monde**, les centres de planning familial manquent de financements nécessaires pour pouvoir prendre en charge un public sans accès aux soins ou pour pouvoir recourir à un-e interprète quand cela est nécessaire. Le problème se pose notamment en cas de demande d'IVG lorsqu'une patiente n'a pas accès aux soins ou ne souhaite pas utiliser sa mutuelle (dans la situation de violences entre partenaires ou de mariage forcé par exemple), car l'IVG sera alors à **100 %** à charge du centre de planning familial (salaire du/de la médecin et du reste de l'équipe, le matériel...) ce qui met parfois les plannings familiaux dans des situations financières très difficiles.

3.3. LA SEXUALITÉ

La question de sexualité, du plaisir et du désir sexuel font partie intégrante de la santé et des droits sexuels et reproductifs. Pour de nombreuses femmes rencontrées, la sexualité est fortement influencée par le vécu de violences et autres mauvaises expériences, même si certaines femmes ~~aient~~ pu trouver un épanouissement sexuel.

3.3.1. | UN VÉCU MITIGÉ DE LA SEXUALITÉ

Le vécu de la sexualité, pensée comme hétérosexuelle par définition pour la grande majorité des femmes interviewées, est mitigé parmi les répondantes. La pression sociale et familiale affecte le vécu et les possibilités d'avoir une sexualité libre et épanouie. La sexualité hors mariage est notamment taboue, même pour les femmes sexuellement actives. La virginité pré-matrimoniale, réelle ou illusoire, reste importante pour le milieu social de beaucoup de femmes. Cela affecte notamment la possibilité de recourir à un moyen de contraception hormonal pour les femmes qui sont sexuellement actives, par peur qu'une prise de contraception se voie sur elles.

Au niveau de leur sexualité, certaines femmes soulignent que l'épanouissement sexuel n'est pas quelque chose de facile et de nombreuses participantes témoignent d'un **vécu négatif de la sexualité** - qu'elles associent généralement à l'excision et d'autres violences sexuelles/entre partenaires :

- 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)

Certaines femmes disent n'avoir aucun intérêt pour la sexualité du fait de leur situation sociale (statut migratoire précaire pour les femmes érythréennes), de mauvaises expériences passées avec des partenaires ou de problèmes sexuels qu'elles perçoivent comme étant causés par l'excision :

« [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 FG2

« 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 FG2

« 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

Comme le montre la citation suivante, ces difficultés sexuelles peuvent être si importantes qu'elles évitent les relations intimes :

Participante : *« C'est pour ça que je dis : à un certain âge, nous on n'ose même pas les hommes. Parce que moi, je n'ose pas les hommes, alors que nous on a droit aussi, parce que nous sommes toutes des femmes aujourd'hui, [...] nous [les femmes âgées ayant vécu l'excision], on souffre. »*

Intervieweuse : *« Tu ne veux pas aller vers les hommes ? »*

Participante : *« Ça ne sert à rien, tu as toujours des brûlures »*

Une participante au FG2, originaire d'Afrique de l'Ouest, environ 50 ans



Alors que de nombreuses femmes nous ont fait part d'expériences négatives, d'autres témoignent **d'expériences positives** de la sexualité et certaines disent attendre avec impatience de rencontrer le bon partenaire.

Des facteurs pouvant influencer de manière positive la sexualité sont notamment : le fait de pouvoir choisir librement son/sa partenaire, de pratiquer sa sexualité comme on veut, d'être avec une personne compréhensive et bienveillante, l'accès à l'information sur l'anatomie. Au sein du couple, le partage, la communication, l'apprentissage mutuel et le consentement sont aussi évoqués. Pour certaines femmes « *l'épanouissement sexuel, c'est se retrouver* », connaître son corps et être bien dans sa peau.

« ...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 filles qui ne connaissent pas ça 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

3.3.2. | UN BESOIN D'INFORMATIONS SUR LE LIEN ENTRE SEXUALITÉ ET EXCISION

Plusieurs femmes rencontrées ont fait part de questions autour de la sexualité et semblent généralement avoir peu de ressources à ce sujet. Elles ont exprimé avoir du mal à en parler avec les professionnel·le·s qu'elles rencontrent. Elles ne connaissent généralement pas le métier de **sexologue** - mais ont montré de l'intérêt lorsqu'on leur a expliqué ce en quoi consiste le métier.

Lors des entretiens, nous avons dit aux femmes qu'elles pouvaient poser toute question et qu'on répondrait dans la mesure du possible, en leur indiquant où trouver des informations complémentaires. C'est ainsi que **Nour**, une jeune femme de 30 ans, égyptienne, n'ayant pas encore eu de rapports sexuels, a demandé : « *Quand je vais me marier, penses-tu que je pourrai vivre une vie normale, comme toutes les femmes ?* »

Nour nous racontait qu'elle avait déjà regardé son sexe dans un miroir et s'était demandée si elle était « normale ». Elle avait peur de souffrir lors d'un premier rapport avec son mari (elle souhaitait attendre le mariage avant d'avoir des rapports sexuels). Elle n'a jamais vu un·e gynécologue et souhaiterait éventuellement en voir une (femme). Il s'agit de la première fois où elle a pu ou osé poser cette question à quelqu'un·e.

Samira, femme guinéenne, lesbienne, excisée à 10 ans, se demandait quant à elle si le fait de ne jamais avoir ressenti de plaisir avec les hommes pouvait avoir un lien avec son excision.

L'accès à l'information sur la sexualité, l'anatomie et le lien entre problèmes sexuels et l'excision est donc ressorti comme un besoin chez de nombreuses femmes. **Asma** souligne par exemple l'importance qu'a joué l'acquisition d'informations dans son propre parcours :

« 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

Notre rencontre (7/1/2020) avec la **Medical Officer et une sage-femme bénévole de Médecins du monde au Hub humanitaire*** à la Gare du Nord nous a permis de mieux comprendre la manière dont les sujets relatifs à la santé sexuelle peuvent être abordés avec les jeunes femmes érythréennes et éthiopiennes qui fréquentent le Hub humanitaire* et les difficultés associées.

« Il est très difficile pour les médecins qui travaillent au Hub, et aussi pour nous en tant que sages-femmes, d'aborder les sujets relatifs à la santé sexuelle avec les femmes, dont notamment les MGF et la contraception. Pourtant, ces femmes ont de nombreuses grossesses non-désirées, notamment parce qu'elles n'utilisent pas de moyen de contraception. D'une part, les femmes elles-mêmes disent ne pas vouloir en parler, d'autre part nous avons rarement accès à des interprètes femmes, ce qui rend ces discussions encore plus difficiles. Nous constatons qu'il faut du temps pour pouvoir aborder le sujet des MGF avec une femme, ce n'est pas quelque chose dont on parle lors d'une première consultation, y compris une consultation sage-femme. »

Par ailleurs, selon **Fabienne Richard, GAMS Belgique/CeMAViE**, les femmes actuellement présentes au Hub sont souvent originaires d'ethnies qui ne pratiquent pas les formes les plus sévères des MGF (type III). Ainsi, le centre médical CeMAViE reçoit de nombreuses femmes éthiopiennes ou érythréennes qui ne sont pas excisées ou ont un type I peu visible. Pour Fabienne Richard, *« cela peut expliquer pourquoi le sujet des MGF ne leur parle pas énormément... En plus, leur objectif est l'Angleterre donc on [le GAMS Belgique et CeMAViE] ne répond pas à leur besoin prioritaire, elles attendent autre chose comme type d'aide. »*



3.3.3. | ORIENTATION SEXUELLE ET EXCISION : LE VÉCU DE DEUX FEMMES LESBIENNES

Parmi les personnes interviewées dans la phase initiale des entretiens, une seule nous a fait part d'une orientation sexuelle non-hétérosexuelle. **Asma** est originaire d'un pays d'Afrique de l'Est, a 30 ans et vit en Belgique depuis 5 ans. Elle se dit lesbienne et fréquente le milieu LGBTI en Belgique. Asma témoigne du manque de visibilité des femmes excisées lesbiennes dans le milieu. Elle témoigne d'une ambivalence entre d'un côté un milieu ouvert sur la sexualité et de l'autre côté une stigmatisation et re-victimisation des femmes excisées. Malgré certaines réactions négatives, Asma préfère dire à ses ami·e·s LGBT qu'elle est excisée car il est important pour elle de pouvoir en parler :

« Quand j'ai commencé à être dans le milieu LGBT, j'ai vu que [le fait d'être excisée] c'était comme un frein. Je l'ai vu comme tel parce qu'il y a des moments où je lançais une perche sur les femmes excisées et je voyais la réaction des gens. Ils étaient tristes. En fait, il y avait une victimisation des femmes excisées : "Ah la pauvre elle est excisée..." Or, les personnes [à qui] on doit poser des questions et demander des comptes, ce sont les personnes qui les ont excisées, et pas les personnes qu'on a excisées ! [...] »

J'ai un ou deux potes hétéros blancs, et je ne leur dis pas que je suis excisée. Par contre, mes potes LGBT je leur dis, parce qu'on parle de sexualité de manière positive ! Et du coup c'est super chouette d'être dans la communauté pour ça aussi. On ne va pas te juger... Tu es excisée, tu es excisée, voilà. Mais ce serait bien qu'on explique qu'il y a des femmes excisées qui sont là, qu'on soit plus inclusifs et qu'on dise aux gens : "Une femme excisée, c'est une femme comme les autres. Elle jouit, ça lui fait plaisir d'avoir des rapports sexuels, comme toutes les femmes !" »

Asma, djiboutienne, 30 ans

Du fait de son orientation sexuelle, **Asma** met en place des stratégies d'évitement de sa communauté d'origine. Elle a peur de l'homophobie, ne fait pas volontairement son *coming-out* auprès des personnes de sa communauté d'origine et a peur d'être « outée » (c'est-à-dire que son orientation sexuelle soit divulguée sans son consentement). Ainsi, elle évite les espaces

fréquentées par sa communauté d'origine, y compris les ateliers collectifs du GAMS Belgique, bien qu'elle soit inscrite à l'ASBL et qu'elle ait bénéficié d'un suivi au niveau individuel par une assistante sociale. Elle a également peur d'évoquer son homosexualité avec les services de soin.

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

Fabienne Richard, sage-femme à CeMAViE et directrice du GAMS Belgique, raconte qu'elle rencontre également cette problématique chez les femmes hétérosexuelles excisées. Elle a recueilli plusieurs témoignages de femmes qui sortent avec des hommes d'une communauté où l'excision n'est pas pratiquée : *« Beaucoup ne savent pas à quel moment elles doivent annoncer qu'elles sont excisées et plusieurs arrêtent des relations débutantes au moment du premier rapport sexuel car elles ont trop honte. »*

Suite à notre rencontre avec Asma, nous avons eu l'occasion de rencontrer une deuxième femme lesbienne, **Samira**, 40 ans, qui a fui la Guinée après un mariage forcé et de nombreuses violences physiques et sexuelles.⁷⁴ Mariée de force, elle fréquentait le milieu lesbien à Conakry en cachette et avait une petite amie. Lorsque l'homme avec lequel elle avait été mariée a appris qu'elle était lesbienne, il l'a séquestrée et l'a agressée avec d'autres hommes.

74 Nous avons fait un appel pour recueillir d'autres témoignages afin de renforcer la compréhension des besoins des personnes lesbiennes (et si possible également transgenres) excisées. Ainsi, fin juin 2020 nous avons été contactées par un centre de demandeurs-euses d'asile en Wallonie au sujet d'une femme lesbienne guinéenne, déjà suivie par le GAMS Belgique. Étant donné les rares informations dont nous disposons sur les femmes lesbiennes excisées, nous avons décidé de l'inclure dans les résultats malgré le fait que la personne n'habitait pas Bruxelles (critère d'inclusion de l'étude).

Le vécu de **Samira** est différent de celui d'Asma, car Samira ne connaît pas le milieu LGBT belge. Sa principale demande lorsqu'on la rencontre est de pouvoir rencontrer d'autres « *femmes comme elle* », lesbiennes et migrantes. Elle se sent très isolée et ne fait pas confiance aux personnes de sa communauté, ayant déjà été rejetée par le mari d'une femme guinéenne avec laquelle elle s'était liée d'amitié. Arrivée en Allemagne, elle a été victime de traite des êtres humains avant de réussir à s'enfuir en Belgique.

« 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



3.4.

UN CONTINUUM DE VIOLENCES BASÉES SUR LE GENRE

L'expérience de violences basées sur le genre est très présente parmi les femmes rencontrées. La grande majorité ont exprimé avoir vécu une ou plusieurs violences : excision, mariage forcé (parfois précoc), violences entre partenaires et autres violences intrafamiliales – y compris violences sexuelles et inceste – ainsi que violences administratives. L'excision qui est pratiquée sur les jeunes filles sera souvent suivie par plusieurs autres violences : un mariage forcé, impliquant des violences sexuelles et parfois d'autres violences entre partenaires. C'est ce que l'on appelle communément le continuum de violences basées sur le genre.

Le récit suivant est frappant et illustre le cycle de violences dans lequel vivent beaucoup de femmes, avec des violences qui se succèdent. Nous ne savons pas si dans ce cas, la relation est le fruit d'un mariage forcé ou a été choisie par la femme. Ce que nous notons toutefois est que les relations sexuelles ne sont pas consenties et qu'elles sont suivies par des violences physiques :

« 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

En lisant les exemples de violences spécifiques ~~ci-dessous~~, il est ainsi important de garder en tête que les violences sont rarement uniques pour les femmes et ne peuvent pas facilement être dissociées les unes des autres.

3.4.1. | LES MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES

Toutes les femmes ayant participé aux entretiens et rencontres connaissent l'excision et viennent de communautés qui la pratiquent. La majorité l'avait aussi subie. Certaines personnes interviewées ont toutefois été protégées par leur famille.

Dans les focus groups, certaines femmes ont échangé des informations sur l'excision, notamment au sujet de l'âge de la pratique et des problèmes de santé.

Intervieweuse : « *Est-ce que l'excision, c'est quelque chose que vous connaissez ?* »

1^{ère} femme djiboutienne : « *Oui on connaît, on en a des mauvais souvenirs !* »

2^{ème} femme djiboutienne : « *Oui, ça se pratique à Djibouti, alors c'est quelque chose qu'on connaît.* »

Intervieweuse : « *Ça se pratique dans toutes vos familles ?* »

2^{ème} femme djiboutienne : « *Dans toutes les familles, nous-même c'est quelque chose qu'on a vécu, maintenant est-ce qu'on est d'accord avec ? C'est autre chose...* »

Femme yéménite : « *Au Yémen, on coupe les petites à 7 jours !* »

1^{ère} femme djiboutienne : « *Chez nous, c'est plus âgé : 6 ans ...* »

Femme éthiopienne : « *En Éthiopie, c'est 6 jours pour les garçons.* »

Groupe de femmes originaires de pays d'Afrique de l'Est et du Yémen



Lorsque l'on a abordé la question de la santé sexuelle et reproductive avec les femmes d'origine érythréenne/éthiopienne, l'une d'entre elles a de suite amené la question de l'excision et a exprimé l'envie d'avoir plus d'informations :

Une participante : « *J'ai accouché une fois et maintenant quand je pense au fait d'avoir un deuxième bébé, j'ai peur à cause de mon expérience. J'ai failli mourir. J'ai peur parce que j'ai eu des conséquences [de l'excision] lors de mon premier accouchement, j'ai perdu beaucoup de sang, et je me dis que c'est peut-être lié au type II.* »

L'intervieweuse demande au groupe : « *Connaissez-vous les différents types ? J'ai une image si vous voulez. C'est juste un dessin fait à la main...* »

Une autre participante : « *J'ai envie de voir, parce que je ne connais pas la différence [entre les types de MGF].* »

Groupe de femmes érythréennes/éthiopiennes rencontrées au Hub humanitaire

Les femmes de ce groupe connaissaient les types I, II et IV, et avaient entendu parler du type III qu'elles disent ne pas se pratiquer dans leur pays. Elles considéraient que l'excision était une pratique néfaste et aussi une question sensible ou honteuse dont elles ne parlaient pas souvent avec d'autres personnes.

Certaines femmes rencontrées ont été excisées ou ont été à risque de ré-excision à cause d'un comportement jugé déviant. **Nour**, une femme égyptienne de 30 ans, a vécu l'excision à 13 ans alors que sa sœur n'y avait pas été soumise. L'excision lui a été imposée par son oncle pour la « punir » d'avoir dénoncé les violences sexuelles qu'il lui faisait subir.

« *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

Alors que certaines femmes ont fui l'excision ou la ré-excision, d'autres ont expliqué avoir été protégées par leurs parents.

Grace, une jeune ivoirienne d'un peu plus de 20 ans, a fui avec sa sœur pour rejoindre sa mère, partie en Belgique parce qu'elle s'était opposée à l'excision des filles. Elle ne sait pas si sa propre mère a été excisée mais toutes les autres femmes de sa famille l'ont été, sauf elle et sa sœur qui ont été protégées. Lorsqu'à 18 ans elle est mariée de force à un ami de son cousin, cet homme que Grace appelle « le vieux » car il était bien plus âgé qu'elle, avait déjà deux épouses et a voulu que Grace soit excisée comme les autres épouses. Aujourd'hui elle est très contente de ne pas avoir été excisée car elle entend les autres femmes se plaindre de douleurs à cause de leur excision.

Grace : « Mes parents n'ont pas accepté [l'excision] pour moi. [...] Parce qu'un jour [...], il y a longtemps, alors qu'ils allaient pour mon excision et celle de ma sœur, une femme a dit à ma maman qu'[...] une fille est décédée après l'excision. Donc maman n'a pas accepté qu'on le fasse pour nous. Seulement, les parents de mon papa, le côté de mon mari... Ils avaient dit "[c'est] obligé [de le] faire !" Parce qu'en fait, mon mari avait déjà deux femmes qui étaient déjà excisées donc il disait que forcément on devait le faire pour moi. [...] Quand maman a appris qu'une fille était décédée elle a dit "non !" [...] [Ma mère], elle a fui parce qu'elle a refusé qu'on nous excise. Donc les parents de mon papa la cherchaient, [ils disaient] qu'ils allaient la tuer [parce qu'elle avait refusé l'excision] [...]. [Ma mère] a dû fuir et c'est comme ça qu'elle est venue ici. [...] En tout cas je remercie Dieu pour moi... »

Intervieweuse : « Parce que vous n'avez pas été excisée ? »

Grace : « Oui ! Au pays, les filles que je connais qui sont excisées, souvent elles tombent malades, [...] Ça leur fait mal, tu vois... [...] Les lèvres d'en bas, souvent ça leur fait mal... Elles me disaient ça donc... Moi je dis "Dieu merci !" Quand on coupe là c'est comme... On ne voit rien donc [on ne connaît plus de plaisir]... »

Grace, ivoirienne, 20 ans, demandeuse d'asile

Khadia, Guinéenne de 35 ans, a fui vers la Belgique à cause d'un mariage forcé et d'une menace de ré-excision car son « mari » ne trouvait pas que cela avait été « bien fait » la première fois. Khadia a fui la Guinée et est venue en Belgique où elle a demandé l'asile en 2011. La procédure a duré 3 ans et a abouti sur une réponse négative. Elle a été suivie par une assistante sociale et plusieurs associations, dont le GAMS Belgique et INTACT. Elle a aujourd'hui une situation précaire et espère pouvoir redéposer une demande avec l'aide du GAMS Belgique. Sa fille de 17 ans, restée en Guinée, a été excisée après le départ de Khadia, à l'âge de 10 ans, et a depuis fui un mariage forcé comme sa mère. Aujourd'hui Khadia a perdu contact avec elle et ne sait pas dans quel pays elle se trouve.

Aicha, interviewée avec Khadia, a aussi fui à cause de l'excision : sa grand-mère voulait l'y soumettre une deuxième fois. Elle a quitté la Guinée toute seule à l'âge de 20 ans et a finalement obtenu la protection internationale lorsqu'elle a accouché d'une fille :

« 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

Lorsque nous avons demandé si les femmes voulaient perpétuer la pratique, aucune n'a dit souhaiter soumettre sa ou ses fille(s) à la pratique.

Les femmes ont mentionné de nombreux problèmes qu'elles percevaient comme étant une conséquence de l'excision qu'elles ont subie :

- manque de libido, de plaisir ou de désir
- douleurs pendant les rapports sexuels
- douleurs importantes pendant les règles, règles irrégulières
- problèmes lors de l'accouchement, peur d'accoucher, accouchements plus longs
- brûlures lorsqu'elles urinent
- inconfort, frottements

« L'endroit, là où il y a le clitoris, parfois j'ai du mal à porter des sous-vêtements [car] ça frotte [...] Quand j'étais au pays, ce n'était pas facile de coucher avec un homme. Les douleurs continuent avec l'éducation et toutes les douleurs... C'est difficile. Je pense que c'est dû à l'excision. »

Kourouma, femme originaire de Guinée, 50 ans, en situation précaire

« Parce que j'étais excisée, ça faisait mal. [...] Toutes les femmes qui souffrent, excisées, même si tu as un homme qui te force ou pas, ça te donne la même douleur. Et puis tu n'as pas le goût [d'autres femmes interviennent : "le plaisir"] le plaisir, ... Tu ne sens rien. L'homme sent, mais toi, tu ne sens rien du tout. »

Une participante au FG2

Certaines femmes ont rapporté des douleurs de règles (dysménorrhée), des règles irrégulières ou encore des problèmes de ménopause qu'elles – ou un·e professionnel·le de santé – attribuaient à leur MGF. Les douleurs de règles sont d'ailleurs l'une des « portes d'entrée » leur permettant d'accéder à un service de santé sexuelle et reproductive dont notamment le service spécialisé CeMAViE.

Une femme d'une cinquantaine d'années, originaire d'Afrique de l'Ouest et ayant participé à l'un des focus groups, a fait le lien entre l'excision et le fait que ses règles sont irrégulières, alors qu'elle est en (péri-)ménopause et dit que « *normalement [les règles] ça doit s'arrêter* ». Elle a fait un lien avec l'excision : « *Il y a beaucoup de problèmes pour l'excision, mais moi je ne connaissais la gravité de l'excision. Arrivée en Belgique, j'ai su que l'excision, c'est pas bon...* »

3.4.2. | LE MARIAGE FORCÉ

Un grand nombre des femmes rencontrées dans cette étude ont vécu un mariage forcé lorsqu'elles vivaient dans leur pays d'origine, parfois lorsqu'elles étaient mineures, parfois avec un homme bien plus âgé qu'elles.

Les mariages forcés sont un problème courant dans de nombreuses communautés, selon les femmes elles-mêmes. Plusieurs femmes parmi les répondantes ont fui leur famille et/ou leur pays d'origine pour échapper à un mariage forcé. Leur demande d'asile sur cette base ont souvent été rejetées en Belgique. D'autres femmes ont une fille ou des amies qui ont fui un mariage forcé.

Khadia, 35 ans, a quitté la Guinée pour fuir un mariage forcé, obligée de laisser la fille qu'elle avait eu hors mariage au pays. Elle a su que la fille avait été excisée et ensuite mariée de force comme sa mère. Comme sa mère, elle a quitté son mari : « *Ma fille a fui. Les gens disent qu'elle n'est plus en Guinée, je sais pas où elle est.* »

Kourouma, habite actuellement dans une occupation* et connaît de nombreuses femmes qui sont concernées d'une manière ou une autre par un mariage forcé. Elle explique que dans son pays d'origine, si une mère s'oppose au mariage forcé de sa fille, elle risque d'être elle-même rejetée de la famille, le mari lui dira « *Tu sors avec [ta] fille si elle ne se marie pas* ».

3.4.3. | LES VIOLENCES SEXUELLES

Peu de femmes nous ont parlé ouvertement du vécu de violences sexuelles. Certaines femmes ont fait part d'expériences de violences sexuelles, sans pour autant les nommer telles quelles, comme **Nour** : « *Mon oncle faisait beaucoup de choses pas bien avec moi.* »

Gardons également à l'esprit que de très nombreuses femmes rencontrées ont subi un mariage forcé et qu'un mariage avec un partenaire que l'on n'a pas choisi implique systématiquement des rapports sexuels non consentis, des viols, même si la femme ne les nomme pas ainsi.

Par ailleurs, lorsqu'on a demandé aux femmes si elles savaient vers quel service se tourner si elle ou un·e ami·e subissait une violence sexuelle, beaucoup ont dit ne pas connaître de tels services. Aucune femme rencontrée ne connaissait le Centre de prise en charge des violences sexuelles de l'hôpital CHU St-Pierre,⁷⁵ qui se situe dans les même locaux que le service CeMAViE.

Une seule femme rencontrée dans le cadre de cette étude nous a explicitement raconté une expérience de traite des êtres humains et de prostitution forcée avant d'arriver en Belgique. **Samira**, 40 ans, a fui la Guinée à la suite d'un mariage forcé et de nombreuses violences physiques et sexuelles. Lorsque son « mari » a appris qu'elle était lesbienne, il l'a séquestrée et agressée avec d'autres hommes. Samira a finalement réussi à s'enfuir, grâce à l'aide d'une autre femme de la communauté lesbienne de Conakry, et à rejoindre l'Allemagne avec un passeur. Cet homme l'a à son tour séquestrée dans un appartement et « vendue » à des hommes tous les jours. Au bout de plusieurs mois, Samira a réussi à quitter l'appartement où elle était tenue captive et a pu rejoindre la Belgique. Aujourd'hui, elle vit dans un centre de demandeurs·euses d'asile. Sa demande d'asile a été rejetée plusieurs fois à cause de son passage en Allemagne – la Belgique voudrait qu'elle retourne en Allemagne mais elle refuse car elle a peur de croiser son agresseur et d'être soumise de nouveau à la traite des êtres humains. « *J'ai mal à la tête quand je pense à l'Allemagne et à ce qui m'est arrivé là-bas.* »

Seule une autre femme, **Khadia**, a mentionné une situation qui pourrait être désignée comme des rapports sexuels tarifés ou de prostitution, sans pour autant utiliser ce genre de mots pour le décrire. Cette femme guinéenne de 35 ans vit en situation précaire depuis que sa demande d'asile a été rejetée. Elle n'a pas de domicile fixe et est obligée de dormir chez des connaissances. Elle

⁷⁵ Le Centre de prise en charge des violences sexuelles (CPVS) a été ouvert fin 2017 et accueille des victimes de violence sexuelle tous les jours et à toute heure. Le centre propose une prise en charge médicale, médico-légale, un soutien psychologique et la possibilité de porter plainte sur place. <https://www.320ruehaute.be/nos-consultations/le-centre-de-prise-en-charge-des-victimes-de-violences-sexuelles-cpvs>.

raconte que cette précarité introduit des rapports de pouvoir entre elle et les ami-e-s, hommes et femmes, qui l'hébergent. Avec des hommes, cela peut se traduire par l'obligation d'avoir des rapports sexuels.

Khadia : « Si, par exemple, tu dors chez un copain, tu ne veux pas, [...] et il fait du mal, il parle mauvais, ... [...] par exemple ta copine, si tu dors là, [le lendemain] elle va changer son visage, [dire] "tu utilises mon lot, tu manges beaucoup." »

Intervieweuse : « Ça crée des rapports de pouvoir ? »

Khadia : « Mmmh... »

Intervieweuse : « Quand vous dormez chez un homme, ce sont des hommes chez qui vous avez aussi des rapports ? »

Khadia : « Oui » [...]

Intervieweuse : « Et si vous dormez chez un homme et vous ne voulez pas faire l'amour avec lui, avoir des relations sexuelles avec lui ? »

Khadia : « Il va dire : "Tu ne dors plus ici, à partir d'aujourd'hui, parce que tu as refusé." »

Khadia, guinéenne, 35 ans, en situation précaire

Le **GAMS Belgique** a reçu plusieurs témoignages de femmes que le passeur force à la prostitution pour « finir de payer le billet d'avion ».

Fabienne Richard raconte qu'une jeune fille mineure nigériane qu'elle suivait a un jour complètement disparu alors qu'elle avait commencé à dévoiler son histoire d'exploitation sexuelle. « On suspecte que son exploitateur l'a vite fait quitter la Belgique pour un autre pays européen pour éviter qu'elle ne dénonce le réseau. »

Il y a quelques années, le GAMS Belgique avait d'ailleurs été sollicité par des personnes cherchant à recruter spécifiquement des femmes migrantes sans papiers pour travailler dans un « Eros Center » (maison de prostitution), en Région wallonne.

Aucune femme nous a fait part de violences subies sur le chemin migratoire. Notons qu'aucune question frontale sur le vécu d'une violence ou d'une autre n'a été posée aux femmes, elles ont à chaque fois choisi, ou non, de faire part d'une expérience.

Dans le cadre des services de 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. Ces femmes présentent des symptômes de stress post-traumatique (PTSD) très importants, notamment lorsqu'elles ont subi des viols multiples et la prostitution forcée/traité des êtres humains.



3.4.4. | LES VIOLENCES ENTRE PARTENAIRES

Les violences entre partenaires, physiques mais aussi verbales, sont rapportées par plusieurs femmes rencontrées. L'une des difficultés principales pour une femme qui fait face à des violences de la part de son partenaire est que celles-ci sont vues comme une question privée, qui ne doit pas se discuter en dehors de la famille car cela pourrait nuire à l'honneur de la famille. **Hawaou**, qui a subi des violences de la part de son mari, témoigne des difficultés à trouver de l'aide auprès de son entourage :

« Chez nous [en Côte d'Ivoire], ils préfèrent tout gérer en interne [au sein de la famille ou de la communauté] [...] Ce n'est pas du tout bien parce que moi, personnellement, j'ai expliqué mon histoire j'ai dit "Je n'en veux plus, je n'en veux plus." Mais ils ne voyaient pas ce que je ressentais, [...] du fait que les autres allaient parler, ils étaient en train [d'appréhender] les répercussions [au niveau du] regard des autres. »

Hawaou, ivoirienne, 30 ans

De même, les jeunes femmes originaires d'Afrique de l'Ouest, rencontrées en focus group, ont souligné que ces violences sont considérées comme banales dans leur société d'origine, une femme violentée par son mari a peu de chances de trouver du soutien, y compris auprès de sa propre famille ou de ses ami·e·s. Étant donné la normalisation de ces violences, certaines femmes victimes peinent à identifier la violence en tant que telle et à trouver les ressources pour quitter leur bourreau. L'une des participantes au focus group a quitté son mari violent en Guinée, alors qu'elle n'avait aucun soutien autour d'elle. Malgré toutes les difficultés auxquelles elle a dû faire face, elle conseille aujourd'hui aux autres femmes qui sont dans la même situation de mettre fin à la relation violente.



« 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

La plupart des femmes ne connaissaient pas de services spécialisés dans la prise en charge de personnes victimes de violences entre partenaires, certaines ont mentionné la police comme un lieu où l'on pouvait trouver de l'aide en cas de violences.

Martin Caillet, gynécologue-obstétricien au centre CeMAViE, souligne que les patientes ont souvent vécu un nombre important de violences basées sur le genre : *« La grande découverte pour moi lorsqu'on a commencé le travail de CeMAViE, c'était qu'on ne devait pas seulement gérer les MGF, le clitoris et la sexualité... Mais des patientes qui ont systématiquement vécu de très nombreuses violences, des viols... L'excision n'est que l'une des violences qu'elles ont vécues. »*

Dans les pays d'origine des patientes, « ce n'est pas évident d'être une femme. Elles ne sont pas bien traitées, elles subissent des violences physiques et sexuelles, mais aussi un manque de considération, un manque d'éducation, l'exploitation... Tout ce qu'elles nous racontent sur leurs vies. Elles sont exploitées par les maris, par les co-épouses, violées par des membres de leur famille... Et en plus de cela elles n'ont aucune éducation sexuelle, aucune connaissance sur l'appareil génital. Une méconnaissance totale de la sexualité.

Au sein de l'équipe de CeMAViE, on s'est rendu-e-s compte qu'il fallait les réparer pour beaucoup plus de choses, que les MGF sont subalternes comparé aux autres violences qu'elles ont subies. »

D^r Caillet souligne que toutes ces violences ont forcément des conséquences sur la santé sexuelle et reproductive des femmes. Ainsi, l'excision ne peut pas être considéré comme un facteur isolé affectant la santé et le bien-être.

Il se dit frappé par la résilience dont font preuve certaines patientes qui semblent s'en sortir très bien malgré les conséquences des agressions physiques et sexuelles et les difficultés liées à la migration.

Toutefois, **Fabienne Richard, directrice du GAMS Belgique et sage-femme à CeMAViE**, nuance la question de la résilience car selon elle, une patiente ne va pas forcément montrer ce qu'elle ressent en consultation : *« C'est vrai que parfois en consultation on se dit: "Waouh ! Comment fait-elle pour être là debout devant nous en nous souriant après tout ce qu'elle a vécu ?" Mais nous ne les voyons que 30 minutes... Que sait-on de leur vie quand elles rentrent à la maison ? Une femme qu'on a vu en consultation CeMAViE pleure depuis deux jours parce que le gynécologue lui a dit qu'il ne pouvait pas l'opérer, son clitoris a été coupé trop profond donc la reconstruction chirurgicale n'est pas possible. Pourtant, la patiente est restée très digne devant le médecin et lui avait l'impression qu'elle avait accepté cette information. »* Elle rappelle que la résilience des femmes ne se fait pas toujours sans effort mais peut demander des années de travail thérapeutique par exemple.

3.5.

L'ACCÈS AUX SERVICES POUR LES FEMMES CONCERNÉES PAR LES MGF

Pour chaque thème abordé avec les femmes en entretien individuel ou en focus group, nous leur avons demandé si elles connaissaient des services vers lesquels elles pourraient se tourner si elles rencontraient un problème de santé dans le cas où elles seraient victimes d'une violence ou auraient des questions sur leur sexualité.

Les professionnel·le·s ou services les plus souvent mentionnés par les femmes sont les professionnel·le·s de la santé, notamment les infirmiers·ères, les médecins généralistes et les gynécologues. Les psychologues sont également connu·e·s par les participantes à l'étude, alors que 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.

Les cours d'intégration ou cours de français étaient mentionnés par quelques femmes comme des lieux où elles avaient reçu des informations sur les services disponibles, notamment lors de visites dans des services ou par des services, tels qu'un centre de planning familial ou des services d'aide aux personnes victimes de violences.

Les assistant·e·s sociaux·ales n'étaient quasiment jamais mentionné·e·s par les femmes, indiquant peut-être qu'elles ne les considéraient pas comme des personnes ressources pour les questions de santé sexuelle ou de violences.

3.5.1. | L'EXPÉRIENCE DE SERVICES DE SANTÉ

De manière générale, les femmes participant à l'étude ont rapporté des expériences positives des services de santé même si quelques-unes ont vécu des expériences neutres ou encore négatives. La plupart d'entre elles ont l'habitude de consulter un·e médecin généraliste lorsqu'elles sont malades. Pour celles qui vivent en centre de demandeurs·euses d'asile, elles fréquentent les infirmiers·ères et médecins du centre et aussi des médecins externes au centre, alors que celles vivant dans une occupation* bénéficient des visites d'un médecin sur leur lieu de vie. Les hôpitaux sont également mentionnés. Une minorité des femmes ont expliqué préférer reporter leurs soins ou se soigner elles-mêmes.

Pour certaines, le fait d'avoir vécu l'excision peut être un facteur les empêchant de se rendre dans un service de santé, notamment gynécologique. **Mariama**, jeune femme guinéenne de 30 ans qui étudie en Belgique où elle vit depuis 7 ans, n'était jamais allée voir un gynécologue avant l'âge de 28 ans, lorsque son petit ami, médecin, lui a conseillé de consulter à cause de sa dysménorrhée. Elle n'avait jamais évoqué l'excision avec un·e médecin, sa famille ou des proches. Jusqu'à ce qu'elle se rende au centre CeMAViE, elle avait préféré ne pas dire à l'amie chez qui elle vit qu'elle était excisée. Le récit de Mariama illustre que sa réticence de se rendre chez un·e gynécologue est liée à la peur de découvrir des problèmes de santé qui pourraient être liés à son excision, de se sentir plus malade après la visite médicale :

« 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 ci, vous avez ça" et que donc je serais dans une spirale "d'être malade". »

Mariama, guinéenne, 30 ans

Parmi les médecins spécialistes, les gynécologues étaient, peu étonnamment, les professionnel·le·s principaux·ales à être mentionné·e·s. Certaines femmes ont souligné que l'accès aux services gynécologiques peut être difficile au pays d'origine, certaines n'avaient jamais rencontré un·e gynécologue avant d'arriver en Belgique. Par contre, les sages-femmes ont été mentionné·e·s uniquement par les femmes qui avaient bénéficié d'un suivi à CeMAViE (où la sage-femme accueille systématiquement toute nouvelle patiente avant le gynécologue). Concernant les centres de planning familial, ils ne sont pas connus par la majorité des femmes, y compris les plus jeunes. Parmi celles qui connaissaient, quelques-unes seulement étaient déjà allées.

Seules quelques femmes ont relayé des expériences négatives avec les services médicaux. Premièrement, une jeune femme d'origine guinéenne qui a très mal vécu un rendez-vous pour une échographie avec un médecin peu à l'écoute. Nous pouvons déduire qu'il s'agissait d'une échographie gynécologique avec une sonde endovaginale.⁷⁶

« 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 dégoûtée. [...] 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

Nous n'avons pas d'information sur les faits qui ont entraîné le traumatisme pour cette jeune femme, mais le témoignage démontre la manière dont les violences sexuelles (dont les MGF), peuvent affecter le vécu des soins, et l'importance pour les médecins d'y être attentif.

Lors du focus group avec des femmes originaires d'Afrique de l'Est (FG4), une discussion a émergé au sujet de la prise en charge de femmes excisées par les services de santé en Belgique. Les femmes disaient que les services étaient généralement bien, que certain·e·s professionnel·le·s leur « *parlaient bien* » et d'autres « *leur parlaient moins bien* », mais plusieurs femmes ont partagé des expériences négatives, personnelles ou vécues par des amies. Une femme d'origine éthiopienne, 35 ans, a ainsi témoigné avoir été mal prise en charge lors de sa grossesse. Ayant subi une mutilation de type III (infibulation), elle nous a raconté qu'elle avait été accueillie par un service hospitalier qui n'était visiblement pas bien préparé à sa situation. Par conséquent, elle avait été désinfibulée* trop tardivement et avait souffert de conséquences négatives au moment de l'accouchement :

« Lorsque j'ai été voir mon gynécologue, pendant ma grossesse, il m'a dit que je devais être désinfibulée, par l'intermédiaire de mon mari qui traduisait pour moi. Je ne savais pas que je 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 désinfibuler. 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

⁷⁶ La pose de sonde endovaginale sans consentement est reprise dans la liste des violences sur le site de l'IRSAF.
<https://www.irasf.org/actes>.

Une autre femme a également partagé la mauvaise expérience d'une amie ayant accouché dans un hôpital bruxellois :

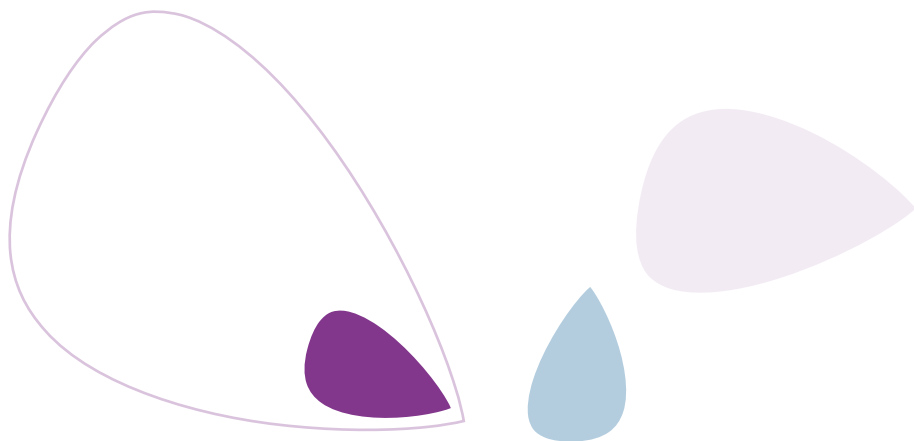
« Une copine qui [...] m'a raconté que [lors de l'accouchement] les infirmières... Je suppose qu'elles n'avaient jamais vu ça, donc c'est normal qu'elles se posent des questions... Elles se sont appelées entre elles, donc [elle] pensait qu'il y avait un problème avec l'enfant... Elle [m']a dit "Quand j'ai compris que c'était par rapport à ça [l'excision], j'étais super mal. J'ai un mauvais souvenir de mon accouchement." Alors ça te renvoie au fait que tu n'es pas normale... C'était à Bruxelles à St-Jean, à Rogier ! »

Une femme djiboutienne, 40 ans, en Belgique depuis 18 ans, participante au F64

Les témoignages recueillis montrent l'importance que les professionnel·le·s soient formé·e·s à la prise en charge des femmes concernées par une MGF, notamment les médecins généralistes qui sont les premiers à être en contact avec les patientes. Certaines femmes le proposent directement :

« Je pense aussi que c'est vraiment très important que l'on forme les médecins [généralistes] [à la prise en charge des] femmes qui ont des besoins spécifiques par rapport à leur santé sexuelle... Les femmes qui sont excisées, et leurs besoins. Parce que ce sont eux qui font le suivi, et qui peuvent transférer à un gynéco. Et le médecin traitant peut faire des frottis, il peut faire beaucoup de choses. Et c'est très rapide quand tu le consultes. »

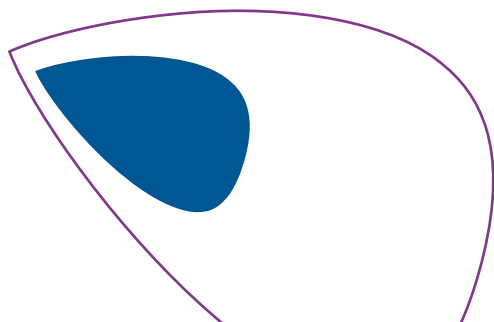
Asma, djiboutienne, 30 ans



3.5.2. | LES CENTRES DE PLANNING FAMILIAL

Les centres de planning familial (CPF) offrent souvent une prise en charge holistique : gynécologique, psychologique, sociale. Ainsi, une femme nous explique qu'elle a connu un CPF car elle y allait pour voir un·e psychologue et voyait « *beaucoup de jeunes qui faisaient du va-et-vient [...] dont celles qui sont tombées enceintes, avec une grossesse non-désirée, elles [les travailleur·euses du CPF] donnent des renseignements...* ». Ainsi elle a compris quels types de services pouvait offrir le CPF. Toutefois, de nombreuses autres femmes ne connaissent pas l'existence de ces centres. Dans l'un des focus groups, à l'Institut kurde, aucune femme n'a répondu à la positive lorsqu'on leur a demandé si elles connaissaient les centres de planning familial. Dans d'autres groupes, certaines connaissaient, mais d'autres non. Dans un autre focus group, une femme djiboutienne, en Belgique depuis 18 ans, a demandé si toutes les femmes, y compris celles n'ayant pas « de papiers » peuvent accéder au CPF, pour un avortement par exemple.

Yasmine, femme burkinabée de 30 ans en situation précaire, est l'une des rares à nous raconter une visite dans un centre de planning familial. Elle dit y avoir été bien reçue et elle souligne qu'il est important d'informer d'autres femmes de l'existence des plannings, du fait que c'est « *accessible à tout le monde* » et qu'on peut y avoir de l'aide avec « *tout ce qu'on veut pour la reproduction, pour les gens qui ont besoin d'avoir des enfants qui n'arrivent pas à en avoir...* », et notamment le fait qu'en Belgique il est possible de « *suivre des traitements* » pour avoir des enfants. D'autres femmes ont été étonnées de découvrir que les CPF ne sont pas uniquement pour les femmes qui souhaitent éviter une grossesse ou recourir à une IVG, mais également pour celles souhaitant tomber enceinte.



3.5.3. | LES SERVICES DE PRISE EN CHARGE EN CAS DE VIOLENCES

La plupart des femmes connaissaient le GAMS Belgique et savaient déjà que c'est un lieu où elles peuvent parler d'excision. Toutefois, en cas de violences entre partenaires, sexuelles, de risque de mariage forcé ou d'autres violences, elles ont peu de ressources et ne connaissent souvent pas de services de soutien. Certaines ont identifié des numéros verts, notamment grâce à des affiches dans des services, ou ont obtenu des renseignements de la part d'un·e professionnel·le psychosocial·e. Plusieurs femmes mentionnent aussi qu'elles se rendraient au GAMS Belgique dans des cas de violences autres que l'excision.

3.5.4. | LE SERVICE SPÉCIALISÉ CEMAVIE

Le service spécialisé CeMAViE⁷⁷, le centre spécialisé dans les soins pour les femmes concernées par les mutilations génitales féminines situé au CHU St-Pierre dans le centre de Bruxelles, a été mentionné par plusieurs femmes. Toutefois, beaucoup ne connaissent pas le nom du service et parlaient plus souvent du CHU St-Pierre ou de la clinique de César de Paepe⁷⁸ ou encore du médecin gynécologue y travaillant. Certaines femmes, comme **Kourouma** ou **Asma**, y sont allées occasionnellement pour avoir une attestation d'excision ou pour des problèmes de santé (pouvant être liés à leur excision). D'autres s'y rendent chaque année pour le contrôle de non-excision de leur(s) fille(s). Globalement, les expériences rapportées par les femmes sont positives.

⁷⁷ CeMAViE, basé au sein du 320 Rue Haute au CHU St Pierre est l'un des deux centres belges accrédités par l'INAMI qui offre aux femmes un accompagnement global (médical, chirurgical, sexologique, psychologique) entièrement remboursé. Le deuxième centre est celui de l'UZ Gent. <https://www.stpierre-bru.be/fr/services-medicaux/gynecologie-obstetrique/320-rue-haute-1/ce MAVIE-mutilations-genitales-feminines-1>.

⁷⁸ Ancien site de CeMAViE jusqu'en novembre 2018.

Intervieweuse : « Vous connaissez le Centre rue Haute ? »

Kourouma : « Non... Rue Haute vers le CHU St-Pierre ? »

Intervieweuse : « Oui, le centre CeMAViE, vous connaissez ? »

Kourouma : « Oui. J'y ai [consulté] 2 mois. »

Intervieweuse : « Pour un certificat ? »

Kourouma : « Oui, pour un certificat. [...] [La sage-femme] m'a donné beaucoup d'informations. Oui, elle m'a interrogée, on m'a consultée, elle a appelé le médecin lui aussi lui a constaté [l'excision]. Puis je suis revenue dans le bureau du médecin, ils ont posé des questions et je leur ai expliqué ce qui s'est passé [lors de l'excision]. »

Kourouma, guinéenne, 50 ans, en situation précaire

Asma, femme djiboutienne de 30 ans, a été envoyée au centre CeMAViE par l'infirmière du centre pour demandeurs·euses d'asile où elle vivait, à cause de ses règles très douloureuses. C'était sa première rencontre avec un gynécologue. Depuis, elle est revenue à d'autres moments pour répondre à des besoins de santé sexuelle.

« 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

Il convient de noter que toutes les femmes avec une MGF ne viennent pas dans un centre de référence spécialisé pour les victimes d'excision tels que CeMAViE à Bruxelles. En tant que gynécologue dans un autre hôpital bruxellois, Anneke Vercoutere rencontre régulièrement des patientes vivant avec une MGF mais dont les demandes ne sont pas spécifiques aux MGF, contrairement à celles qui se dirigent vers un centre spécialisé : « Certaines femmes que je rencontre n'ont pas du tout envie de parler de leur excision. J'ai opéré deux femmes cette année qui avaient des kystes sur le clitoris. Je leur ai proposé de faire l'opération à CeMAViE pour pouvoir faire la reconstruction en même temps, mais elles ont toutes les deux refusé. »

Selon **Martin Caillet**, gynécologue au centre CeMAViE, les patientes viennent au centre pour deux raisons principales : soit pour une demande d'attestation d'excision ou de non-excision, soit pour une demande de soin pour un problème de santé qu'elles associent à l'excision. Il constate que, souvent, les patientes viennent car elles ont été envoyées par un·e médecin généraliste ou un·e avocat·e et que souvent, elles ne savent pas pourquoi elles sont là.

En 2019, deux tiers des patientes qui venaient pour la première fois le faisaient pour avoir une attestation « MGF ». Le reste sont des demandes de soin. Parfois, il s'agit de personnes déjà reconnues en tant que réfugiées. Il arrive que des patientes reviennent plusieurs fois au service mais cela reste une petite minorité.

D^r Caillet estime par ailleurs que le centre CeMAViE, fondé en 2014, n'est pas encore suffisamment connu : *« Il est encore nécessaire de communiquer car on reste une petite unité connue que par une partie de la population... Il n'est pas facile de toucher les femmes qui ne sont pas migrantes. Et en même temps, on n'a pas non plus beaucoup de places... »*



3.5.5. | L'ATTESTATION MÉDICALE : UNE PORTE D'ENTRÉE VERS LES SERVICES DE SSR

Comme nous avons pu le voir dans l'introduction, lors d'une demande de protection internationale pour risque d'excision, de ré-excision ou pour les conséquences d'une excision déjà pratiquée, une attestation médicale d'excision ou de non-excision sera demandée, que ce soit pour une femme adulte ou pour une mineure. Plusieurs femmes dans notre échantillon ont abordé le sujet de tels certificats, établis pour elles ou pour leur(s) fille(s) dans le cadre de leur demande d'asile.

Nour a vu un-e gynécologue pour la première fois de sa vie lorsqu'elle est arrivée en Belgique et qu'elle a dû s'y rendre pour une attestation médicale d'excision. Elle pense que le rendez-vous s'est déroulé au centre CeMAViE. Une traductrice était présente. Lors de ce rendez-vous, Nour a appris que son excision était mineure, « *pas beaucoup* ». Elle ne s'est pas sentie très à l'aise lors du rendez-vous car un homme était présent – probablement le gynécologue – et alors qu'il lui a demandé si elle avait des questions, elle n'en a pas posé. Cette consultation reste au moment de l'entretien sa seule avec un-e gynécologue.

Nour : « *Ça, c'était pour l'attestation pour certifier l'excision [pour la demande d'asile]. Ils m'ont dit que ça allait, que ça n'était pas beaucoup...* »

[...]

Intervieweuse : « *Comment ça s'est passé ?* »

Nour : « *C'était très difficile ! Parce qu'il y avait un homme !* »

Intervieweuse : « *C'était la première fois que vous voyiez un gynécologue homme ?* »

Nour : « *Oui ! Jamais été en Égypte !* »

Intervieweuse : « *Est-ce que vous avez pu le dire ?* »

Nour : « *Non...* »

Intervieweuse : « *Est-ce qu'il a été bien, il a répondu à vos questions, il a pris le temps ?* »

Nour : « *Il a pris le temps, mais j'ai dit que je n'avais pas de questions.* »

Intervieweuse : « *Il avait demandé si vous aviez des questions ?* »

Nour : « *Oui, mais il a écrit la lettre et c'est tout...* »

Nour, égyptienne, 30 ans, demandeuse d'asile

La consultation pour une attestation « MGF » peut ainsi présenter une opportunité d'accéder à des services de santé sexuelle et reproductive, notamment pour des femmes qui n'y avaient pas ou très peu accès avant leur arrivée en Belgique.

Pour **Kourouma**, femme guinéenne sans statut de séjour en Belgique, le rendez-vous à CeMAViE pour l'attestation « MGF » n'était pas son unique consultation gynécologique, mais elle nous informe qu'elle n'y va pas régulièrement. D'autres femmes, comme Aicha, se rendent dans un service médical avec leur(s) fille(s) ayant obtenu la protection internationale.

« Chaque année, [le CGRA] m'envoie une lettre pour ma fille. Je l'emmène pour attester qu'elle n'est pas excisée. »

Aicha, guinéenne, 25 ans, reconnue réfugiée

L'attestation « MGF » a fait l'objet d'une discussion lors de l'un des focus groups où les femmes ont avancé deux points positifs de ce « rapport » : cela leur permet d'avoir la preuve, auprès des autorités belges, que ce qu'elles disent dans leur demande d'asile est véridique et la démarche permet à certaines d'avoir accès à des informations sur l'excision et de comprendre les risques de la pratique.

Une femme : *« C'est une bonne chose, parce que lui il a reconnu, quand même, que ça a été fait. »*

Une 2^{ème} femme : *« Non ce n'est pas la question, je pense. Ce n'est pas d'être reconnue. L'important c'est ce que toi même tu comprends le danger que tu courais. C'est ça, c'est un danger... »*

La 1^{ère} femme : *« Mais s'il le reconnaît pas, tu peux parler, parler... Mais [avec] le papier, donné par le médecin... »*

La 2^{ème} femme : *« Oui, mais ça c'est la preuve. Mais... »*

La 1^{ère} femme : *« Quand le papier, donné par le médecin, certifie que tu as été excisée, ça vaut [plus] que si toi seule tu parles. Parce qu'il y a le cachet, la signature, tout ce que tu as expliqué est là et lui-même l'a vu. »*

La 2^{ème} femme : *« [...] En fait on parlait de la même chose. Je dis : le certificat, ça prouve par exemple ici, à l'État, à l'Office des étrangers, ou au CGRA, que c'est vrai, que tu ne mens pas, que tu es excisée. Mais pour toi, en personne, avant qu'on te fasse ça, tu ne connaissais pas [les] dangers [...] que tes parents t'ont fait subir. Moi-même, je ne savais pas, hein. C'est une fois que [j'ai eu une entrevue] avec la psychologue, qu'elle m'a expliqué le type que j'ai, et que j'ai compris que, franchement, je courais un danger, moi-même. »*

Participant·es au FG2, femmes du GAMS

3.5.6. | LES SERVICES DE SANTÉ MENTALE

De nombreuses femmes rencontrées ont témoigné être concernées par un sentiment de mal-être ou de problèmes d'ordre de santé mentale (stress, anxiété, tristesse, problèmes de sommeil, traumatismes...). Elles sont aussi relativement nombreuses à mentionner être ou avoir été suivies par des psychologues. Pour certaines, cela constitue une différence avec le pays d'origine, où les suivis psychologiques sont vus comme étant « pour les fous ».

C'est le cas notamment pour les femmes érythréennes, rencontrées au Hub humanitaire, qui ont évoqué de grandes souffrances psychologiques qu'elles ont notamment attribué aux violences subies, enfants laissées au pays, difficultés du parcours migratoire et à l'instabilité de leur situation. Elles apprennent lors de la discussion qu'elles peuvent venir au Hub pour voir un-e psychologue, mais beaucoup sont réticentes à l'idée de voir un-e psychologue et aucune n'en a déjà vu un-e.

Les femmes ayant une expérience des services de santé mentale ont peu échangé sur comment se passent les rendez-vous ou la qualité de l'accompagnement. Toutefois, quelques femmes témoignent de rendez-vous trop peu fréquents ou de frustrations ressenties par le fait que la psychologue ne peut apporter une solution à leurs problèmes.

« 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

« Par exemple, pourquoi je n'aime jamais sortir ? Je suis toute seule. [La psychologue] explique, mais elle ne dit pas ce que je dois faire, elle ne dit rien. Je lui ai dit plusieurs fois que ma vie est difficile, je vis toute seule, je n'ai pas de famille et pas de travail, je ne fais pas d'études, tout ça... Qu'est-ce que je peux faire ? Je suis triste... J'étudie le français mais je suis triste aussi parce qu'il y a beaucoup de choses différentes ici en Belgique, [et] il n'y a pas de travail pour moi... Elle me dit "OK, je réfléchis puis je vous réponds la fois prochaine." Puis elle ne me dit rien la fois d'après. Elle écoute bien, mais... »

Nour, égyptienne, 30 ans

Les psychologues peuvent jouer un rôle important pour comprendre le lien entre l'excision ou d'autres violences vécues, et des problèmes de mal-être, comme en a témoigné une femme lors d'un focus group, en réponse à d'autres participantes qui considéraient ces questions comme des sujets à aborder avec leur médecin généraliste ou gynécologue mais pas avec leur psychologue. Le psychologue a pris l'initiative d'aborder le sujet avec elle, lui permettant de raconter le vécu de l'excision, son manque de désir et de plaisir sexuel, et les violences subies de la part du partenaire.

Participante : *« Il y a des psychologues qui posent la question. [...] Ma psychologue m'a posé la question, elle m'a demandé [...] "Mme B, vous êtes excisée ?" J'ai dit oui. [...] Elle m'a dit qu'elle me demandait [cela, parce-que] ça contribue à me donner beaucoup de stress [...] Je lui ai tout expliqué, après elle m'a dit que ça peut poser des problèmes au niveau du cerveau. »*

Intervieweuse : *« Est-ce que la psychologue a aussi posé la question de la sexualité, de comment se passe la sexualité ? »*

Participante : *« Oui elle m'a demandé, comme j'étais mariée, comment ça se passait [lors des] rapports sexuels avec mon mari. Je lui ai dit que franchement, je ne sais pas si c'était à cause de l'excision, je n'ai jamais aimé les rapports sexuels. Parce que quand l'homme est sur moi, j'ai toujours de la douleur. [...] Mon mari me frappait tous les jours à cause de ça, parce que quand il était sur moi, je commençais à pleurer. »*

Une participante au FG2



3.5.7. | LA DIFFICULTÉ D'ABORDER LES SUJETS « INTIMES » AVEC LES PROFESSIONNEL·LE·S

Il ressort des entretiens et focus groups que les femmes préfèrent quand les professionnel·le·s de santé abordent les sujets relatifs à la santé sexuelle et reproductives avec elles, sinon elles n'osent pas les aborder d'elle-même.

Lors d'un focus group avec des femmes originaires d'Afrique de l'Ouest (dont une majorité de femmes guinéennes), nous avons demandé s'il était facile ou non pour elles d'aborder des sujets tels que les douleurs pendant les rapports sexuels, les problèmes avec les menstruations, l'excision, la ménopause, avec un·e médecin ? Ce sujet fait rire et les femmes sont nombreuses à vouloir s'exprimer. De leur expérience il est difficile de parler de ces sujets à cause de leur éducation qui leur a appris que c'est honteux.

Une participante : *« Si on ne nous demande pas, c'est un peu gênant. »*

Une autre participante : *« C'est honteux, parce que chez nous pour ça... C'est l'éducation, tu as même honte de parler. » [...]*

Intervieweuse : *« Est-ce que vous aimeriez que le médecin pose la question ? Comment ça se passe les rapports ? Est-ce qu'avec votre partenaire, ça se passe bien ? »*

Quelques femmes disent oui.

Intervieweuse : *« Est-ce que vous voudriez que quelqu'un vous pose cette question ? »*

Quelques femmes disent oui, et expliquent que *« c'est plus facile de répondre. »*

Les autres femmes sont d'accord sur le fait que ce serait plus facile si les professionnel·le·s de santé leur posaient la question plutôt que de devoir l'aborder par elles-mêmes.

Une participante prend l'exemple d'une femme qui aurait des douleurs au niveau génital. Elle explique que le médecin devrait lui demander comment ça se passe pour elle, à quel moment elle a des douleurs, et que la femme pourrait alors expliquer qu'elle a des douleurs au moment des rapports sexuels, ou bien qu'elle ne sent rien :

« Le gynécologue doit se poser les questions et demander à quel moment elle a des douleurs... Immédiatement, il va comprendre qu'elle est excisée et ensuite, parce que c'est son travail, il doit savoir ce qu'il faut faire. Mais ils ne donnent pas la possibilité à la personne de s'expliquer. »

Discussion entre participantes au FG2, femmes fréquentant le GAMS, originaires d'Afrique de l'Ouest (majorité de Guinéennes)

Toutefois, le vécu de toutes les femmes n'est pas le même, comme le montre cet exemple d'une femme burkinabée qui estime ne pas avoir de difficultés pour aborder ces sujets avec son médecin :

Intervieweuse : « Et vous êtes satisfaite des échanges que vous avez avec votre médecin généraliste, est-ce que vous vous sentez à l'aise pour parler de sexualité ? »

Yasmine : « Oui oui, je me sens à l'aise parce que c'est aussi dans mon intérêt. Et je me dis que ce sont des médecins, ce sont des gens qui voient ça à longueur de journée. [...] Si tu veux te faire soigner, à un moment donné il faut expliquer ce qui ne va pas, parce que si tu n'expliques pas ce qui ne va pas, tu ne vas pas t'en sortir. Expliquer, et te laisser [ausculter], aussi. [...] Je me mets en tête que ce sont des professionnels, que s'ils vont [t'ausculter] ce n'est pas la première fois qu'ils voient ça... c'est dans leur habitude. »

Yasmine, burkinabée, 35 ans, depuis 10 ans en Belgique

Anneke Vecoutere, gynécologue à l'hôpital Erasme s'occupant des grossesses à risque, dont les femmes enceintes avec une MGF, estime que l'une des raisons pour laquelle certain·e·s médecins, notamment ceux et celles travaillant dans le privé, ne prennent pas le temps d'aborder les sujets de santé sexuelle lors des consultations pour une attestation « MGF » réside dans le fait qu'ils et elles sont payé·e·s par consultation, contrairement à l'hôpital public où les médecins sont payé·e·s par salaire fixe. Ainsi, « *les médecins qui œuvrent dans le privé vont forcément passer moins de temps sur une consultation pour une attestation CGRA.* »

Fabienne Richard, sage-femme à CeMAViE et directrice du GAMS Belgique, ajoute également d'autres raisons comme le fait que tou·te·s les médecins ne sont pas suffisamment à l'aise avec le sujet ou à jour au niveau des connaissances pour donner des informations de promotion de la santé sexuelle et reproductive. De plus, dans les formations que le GAMS Belgique met en place avec des professionnel·le·s, la proactivité est souvent remise en question. « *Certain·e·s professionnel·le·s estiment qu'il ne faut pas "brusquer les gens", que si une personne n'en parle pas [de la sexualité ou la SSR], c'est que ce n'est pas important pour elle. Or comme il y a de la gêne à aborder ces sujets, il est en effet primordial que le médecin soit proactif et tende la main.* »





4

DISCUSSION

L'objectif de cette étude était de mieux comprendre les besoins et demandes en matière de santé sexuelle et reproductive des femmes concernées par une mutilation génitale féminine sur la Région de Bruxelles-Capitale. Les résultats confirment des choses que les acteurs et actrices de terrain savaient a priori déjà. Premièrement, que les femmes concernées par l'excision ont un vécu important d'autres violences basées sur le genre. Deuxièmement, qu'elles ont des besoins en matière d'information au sujet de la santé sexuelle et reproductive, et un important besoin de prise en charge de mal-être psychologique et sexologique.

4.1. | SAISIR LES OPPORTUNITÉS POUR RENFORCER L'ACCÈS À LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

Tout d'abord, nous constatons que pour plusieurs personnes, le fait d'être concernée par la pratique de l'excision constitue une « porte d'entrée » pour accéder à des services de SSR*, y compris des services spécialisés MGF. Les femmes consultent notamment à cause de problèmes liés aux menstruations (dysménorrhée) ou parce qu'elles doivent faire une demande pour une attestation d'excision (ou de non-excision) dans le cadre de leur demande de protection internationale. Néanmoins, le fait d'être excisée peut aussi entraîner une peur de consulter⁷⁹ et de découvrir des problèmes de santé qui seraient liés à l'excision.

Les témoignages des femmes et des professionnel-le-s indiquent que le rendez-vous chez un-e médecin dans le cadre d'une demande liée aux MGF peut, pour beaucoup de femmes migrantes concernées par cette pratique, permettre une première consultation gynécologique. Que les MGF permettent d'accéder, peut-être pour la première fois, à un service de santé reproductive et sexuelle - soit à cause d'un problème de santé spécifique ou pour une demande d'une attestation « MGF » - doit être considéré comme une opportunité. Toutefois, cela ne veut pas forcément dire que les besoins en santé sexuelle des patientes sont pris en charge de manière globale. En effet, dans la présente étude, les femmes exprimaient des besoins d'informations et de nombreux questionnements autour de la SSR et en particulier au sujet de la contraception, du VIH, de la sexualité.

⁷⁹ Voir aussi l'étude de Patoulidis, A. [2018]. Les Mutilations Génitales Féminines en Belgique : Évaluation des attentes et besoins médicaux des patient(e)s concerné(e)s afin d'élaborer une démarche adéquate de détection, accompagnement, thérapie et prévention en Médecine Générale (Mémoire de fin d'études), Université libre de Bruxelles.

C'est la raison pour laquelle Chloé Pinaud, étudiante en Master 2 Santé publique à l'Université libre de Bruxelles et stagiaire au GAMS Belgique, s'est intéressée à l'opportunité que présenterait l'attestation « MGF » pour la santé sexuelle et reproductive de patientes.⁸⁰ Les résultats de Pinaud corroborent celles de notre étude et montrent que des informations générales sur la SSR ne sont pas toujours données par les professionnel·le·s médicaux·ales lors des rendez-vous ayant pour objectif de fournir une attestation « MGF ». Au niveau des professionnel·le·s mêmes, Pinaud a constaté que les approches préconisées pour les consultations MGF varient. D'un côté, deux interlocuteurs·rices estimaient qu'il était important de fournir des informations générales sur la santé sexuelle et reproductive, dont la contraception. Elles et ils avaient l'impression que beaucoup de patientes n'avaient jamais parlé de ces sujets dans leur pays d'origine ou celui d'accueil et qu'il était ainsi important de se montrer ouvert·e à une discussion autour d'éventuels problèmes, notamment sexuels. Elles et ils ont également souligné que les consultations pour l'attestation « MGF » présentaient une opportunité de faire de la prévention des MGF, en abordant la loi belge, et en informant sur les associations spécialisées et les centres médicaux de référence dont de nombreuses patientes ignoraient l'existence au moment de la consultation. D'un autre côté, deux autres médecins rencontré·e·s considéraient que les femmes viennent aux consultations MGF avec un objectif spécifique - celui d'obtenir l'attestation - et ont rarement d'autres demandes particulières.⁸¹

A minima, les consultations pour une attestation « MGF » offrent l'opportunité aux médecins de référer des patientes vers des services spécialisés, associatifs ou médicaux, notamment lorsqu'ils et elles ne peuvent pas donner d'informations adaptées ou lors de demandes de reconstruction* du clitoris. Néanmoins, cela demande également que le ou la professionnel·le identifie des besoins et aie connaissance des services.

Bien que l'attestation « MGF » ne soit pas théoriquement obligatoire, elle est en réalité un passage obligé pour les femmes souhaitant obtenir l'asile sur base d'une MGF ou un risque de MGF.⁸² Se rendre chez un·e médecin généraliste ou gynécologue n'est donc pas une décision totalement libre de la part de la patiente. Parfois, celle-ci a envoyé au service par l'avocat·e ou l'assistant·e social·e du centre pour demandeurs·euses d'asile mais ne sait pas très bien pourquoi elle se rend chez le/la médecin. Pourtant, ce rendez-vous peut présenter une opportunité pour celles qui souhaitent et se sentent à l'aise pour poser des questions ou parler de leur (problèmes de) santé reproductive et sexuelle. Le caractère administratif et obligatoire de cette consultation n'est pas anodin puisqu'il peut constituer un frein à l'échange libre entre professionnel·le et patiente. Par ailleurs, la pression de la part du CGRA et des avocat·e·s de circonstancier de manière très précise

80 Pinaud, C. (2019). Pinaud a rencontré 3 gynécologues, 1 médecin généraliste et 2 entretiens avec des femmes d'origine guinéenne et a également analysé l'un des entretiens de la présente étude.

81 Pinaud, C. (2019).

82 INTACT (2014).

les complications liées à l'excision sur le certificat peut avoir pour effet de réduire la patiente à un statut de « victime ».

Il semble que la motivation des professionnel·le·s de santé ainsi que leur position vis-à-vis de cette exigence du CGRA qu'est l'attestation « MGF », influencent la forme que prennent ces consultations. Pour les patientes, ce moment peut donc, plus ou moins, constituer une opportunité pour une meilleure santé sexuelle et reproductive.⁸³

Aussi, un simple accès à l'information n'est pas suffisant. Les femmes doivent également avoir la possibilité de parler de leur vécu et d'exprimer leurs besoins. Nos résultats indiquent d'ailleurs que les patientes concernées par les MGF souhaitent que les professionnel·le·s abordent des sujets « intimes » comme la sexualité, les mutilations génitales féminines, les violences, les problèmes de santé génitale. Elles souhaitent que les professionnel·le·s fassent le premier pas. Cela correspond également à ce que Pinaud avait trouvé auprès de ses interlocutrices. Dans le cas des consultations pour une attestation « MGF », des sujets de douleurs et de problèmes sexuels (absence d'orgasme et de désir) pouvaient ainsi être abordés si l'espace le permettait.

Toutefois, comme souligné par Fabienne Richard, les questions de sexualité ne sont pas forcément une priorité pour les femmes qui sont dans une situation de séjour précaire et dans la peur d'être renvoyées dans leur pays d'origine. Il est en effet plus facile d'aborder ces questions quand la sécurité de base (un titre de séjour, une maison, l'indépendance économique) est acquise. Au centre CeMAViE, des patientes reviennent parfois 3 ou 4 ans après le premier rendez-vous pour l'attestation « MGF », lorsqu'elles sont prêtes à entamer une trajectoire de soins.

Permettre aux patientes d'avoir un espace de parole nécessite aussi de reconnaître que celles-ci ne sont pas toujours prêtes à aborder des sujets tels que la sexualité, l'intimité ou les violences lors du premier rendez-vous ou parce qu'elles ne sont pas dans une situation personnelle qui le leur permet. Les professionnel·le·s doivent montrer à leurs patientes qu'ils et elles sont à l'écoute et prêt·e·s à aborder ces sujets, si nécessaire lors d'un deuxième rendez-vous.

Nos entretiens, comme ceux de Pinaud, indiquent également qu'en plus des professionnel·le·s médicaux·ales, d'autres professionnel·le·s, notamment les assistant·e·s sociaux·ales, peuvent jouer un rôle (parfois plus) important dans la transmission d'informations sur la SSR. Ces professionnel·le·s doivent également être soutenu·e·s dans cette fonction. Par ailleurs, les associations de terrain et associations communautaires jouent un rôle primordial en mettant en place des espaces d'échange et d'expression pour les personnes, comme le fait par exemple le GAMS Belgique lors de ses ateliers communautaires en non-mixité entre femmes.

83 Pinaud, C. (2019).

4.2. | UN BESOIN D'INFORMATIONS

Lorsque nous leur permettons de s'exprimer sur leur vécu, nous constatons que les femmes concernées par les MGF ont des besoins d'informations autour de la santé sexuelle et reproductive.

La contraception est un domaine où ce besoin semble particulièrement important. Cela rejoint les besoins identifiés par Médecins du monde Belgique dans leurs études auprès de femmes migrantes précaires, montrant en particulier des besoins autour de la contraception, des grossesses non-désirées et de l'IVG et les nombreux obstacles auxquels font face ces femmes pour accéder à l'information et à des services de qualité concernant leur SSR.⁸⁴

Une piste pour mieux comprendre le manque de connaissances au sujet des moyens de contraception chez les femmes originaires d'Afrique subsaharienne serait de considérer les normes autour de la sexualité et de la fertilité prévalentes dans leurs régions d'origine, une sexualité hors mariage fortement taboue - en particulier pour les jeunes femmes,⁸⁵ la valorisation d'une fécondité élevée, la peur d'effets secondaires des moyens de contraception.⁸⁶ Bien sûr, en Afrique subsaharienne, d'autres aspects limitent également l'usage de la contraception.⁸⁷ En Belgique et à Bruxelles, la plupart des femmes pourraient, en théorie, avoir accès à un moyen de contraception, y compris dans le cadre de l'AMU. Nous constatons néanmoins que le manque d'information sur les moyens de contraception et les idées reçues autour des effets secondaires constituent des freins à leur utilisation, auxquels s'ajoute le contrôle de partenaires ne souhaitant pas que leur compagne contrôle sa fertilité.

Dans notre étude, le cas de Mariama nous a particulièrement frappé. En effet, elle était en Belgique depuis plusieurs années, est étudiante en niveau Master dans une université belge, a un compagnon médecin, et manque pourtant d'informations sur la sexualité et la contraception. Nous nous sommes demandé de quelle information disposerait alors une jeune femme qui vient d'arriver, ne parle pas une langue nationale et ne bénéficie pas du tissu associatif étudiant belge. Le cas de Mariama a également mis en avant une tension entre différentes normes sociales qui guident et contraignent la sexualité féminine et la grossesse. La sexualité féminine hors

84 Déom, V., Ben Abdelhafi dh, L., & al (2020). Voir également, Gautreau, M. (2013), « RUE'ELLES »- Travail réalisé en vue de l'obtention du diplôme de Bachelier en Soins infirmiers spécialisé en Santé communautaire, Année académique 2012-2013.

85 Kane, H. et al. (2018). Quelle éducation à la sexualité pour la santé des jeunes en Afrique ? S.F.S.P. « Santé Publique » 2018/3 Vol. 30, 295-296, <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-3-page-295.htm>.

86 Bajos, N. et al. (2013). Tensions normatives et rapport des femmes à la contraception dans 4 pays africains.

87 Notamment une faible offre et la réticences de certain-e-s prestataire à les délivrer à certaines femmes, dont les jeunes et les femmes non-mariées . Bajos, N. et al. (2013). Tensions normatives et rapport des femmes à la contraception dans 4 pays africains.

mariage est interdite dans l'environnement social de Mariama. Ce refus résulte, pour elle, en une peur des moyens de contraception hormonaux qui *pourrait* « rendre visible » l'activité sexuelle. En même temps, Mariama est confrontée à la peur d'une grossesse qu'elle n'aurait ni le choix de pouvoir garder, ni le choix de pouvoir interrompre puisque l'IVG est un impensable. Dans leur analyse de l'utilisation de moyens de contraception dans quatre pays d'Afrique subsaharienne, Bajos et al. (2013) ont d'ailleurs montré que des normes contradictoires entraînent des rapports sexuels non ou mal protégés.⁸⁸

Un autre sujet pour lequel nous avons identifié un besoin d'information est le VIH. Bien qu'un certain nombre de femmes rencontrées se sont déjà fait dépister – lors d'une grossesse ou lors de la rencontre avec un-e nouveau-elle partenaire – nous constatons que de nombreuses idées reçues persistent autour du VIH/sida, limitant l'accès au dépistage pour certaines. Les femmes manquent également d'information au sujet des différences entre les dépistages : VIH, IST, HPV.

Au niveau de l'information sur les services de santé sexuelle et reproductive, nos résultats montrent que les femmes connaissent peu les services spécifiques tels que les centres de planning familial ou les services de soutien pour les survivantes de violences basées sur le genre (à l'exception du GAMS Belgique⁸⁹ et de quelques rares structures). Souvent, les femmes rencontrées ne connaissent pas, ou en tout cas s'intéressaient peu à la possibilité de recourir à une reconstruction* du clitoris. Au moins auraient-elles alors échappé à ce que Dieleman⁹⁰ appelait en 2009 les « *injonctions normatives d'un certain marketing médico-sexuel* », poussant les femmes à se « reconstruire » afin de devenir femmes à part entière aux yeux de la société européenne.

Toutefois, il conviendrait de renforcer l'accès à l'information sur les services de santé sexuelle/reproductive et de prise en charge de survivant-e-s de VBG et de rendre ces services (plus) accessibles aux personnes migrantes, à travers des communications adaptées et la possibilité d'être accompagné-e par un-e traducteur-riche formé-e sur la SSR et les violences basées sur le genre. Plus qu'une simple mise à disposition de l'information, il s'agirait de mettre en place des actions visant le renforcement de la littératie en santé (sexuelle/reproductive) des personnes concernées par les MGF, c'est-à-dire leur « *capacité d'accéder, de comprendre, d'évaluer et d'appliquer l'information de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer sa santé et celle de son entourage* ». ⁹¹

88 Bajos, N. et al. (2013).

89 Le fait que le GAMS Belgique soit très connu est peu étonnant puisque la majorité des femmes ont été recrutées via le réseau de l'ASBL.

90 Dieleman, M. (2010). Excision et Migration en Belgique francophone Rapport de recherche de l'Observatoire du sida et des sexualités pour le GAMS Belgique.

91 Cultures&Santé (2016). La littératie en santé : D'un concept à la pratique (guide d'animation), pp. 17.

4.3. | PRENDRE EN COMPTE LE VÉCU GLOBAL DES FEMMES

Le besoin d'informations sur les services disponibles pour les survivantes de violences paraît d'autant plus important lorsque nous considérons l'importance du vécu de ces violences chez les femmes rencontrées. D'une part, ces personnes ont en commun le fait d'être concernées par l'excision, soit parce qu'elles l'ont vécu (la majorité) ou parce qu'elles ont été à risque et y ont échappé (souvent à coût élevé pour elles ou pour leur mère). D'autre part, nos résultats montrent clairement qu'une très grande partie des femmes rencontrées ont également vécu d'autres violences basées sur le genre. Les expériences de mariages forcés sont particulièrement communes alors que les viols et violences entre partenaires, au sein du et en dehors des mariages forcés, sont sous-entendus mais moins souvent directement abordés. C'est peu étonnant de constater que nombreuses femmes parlent des violences subies à demi-mot ou par sous-entendu. Lorsque les mariages forcés sont abordés, les femmes ne parlent pas spontanément des violences sexuelles et/ou physiques que de telles situations entraînent. Cela est probablement aussi dû au fait que les questions n'ont pas toujours été posées de manière frontale lors des entretiens par l'intervieweuse. En effet, la posture du ou de la professionnel·le et l'aisance avec laquelle elle ou il arrive à « tendre la main aux femmes » afin de leur permettre d'aborder ces sujets est primordiale.

Toutefois, il est certain que pour de nombreuses femmes rencontrées, les violences basées sur le genre sont source de traumatisme, de mal-être, de problèmes de santé mentale et/ou de problèmes sexuels.

Aussi, l'effet du discours prévalent sur les femmes excisées en Belgique s'ajoute aux éventuelles conséquences de l'excision et des autres violences. Dans l'étude menée par Dieleman, l'auteure a constaté que l'acquisition de nouveaux savoirs sur l'excision peut être émancipatoire mais également générer des souffrances pour les femmes excisées. « *Il arrive que des femmes excisées, prenant connaissance d'une autre lecture de la pratique voire "découvrant" qu'elles sont excisées, se sentent diminuées et ne se vivent plus "entièrement femmes". Les femmes migrantes se confrontent à la place particulière qu'occupe la sexualité en Europe.* »⁹² Comme dans notre étude, Dieleman a constaté que de nombreuses femmes excisées vivaient mal leur sexualité. Toutefois, elle soulignait aussi l'effet négatif du discours ambiant qui « *leur renvoie l'image de femmes amputées d'un organe essentiel à leur (hétéro-) sexualité et à leur identité. La migration, en les plaçant face à une autre normativité de sexe/genre, les fait devenir des femmes "mutilées".* »⁹³ Plus récemment, d'autres auteur·e·s ont également

92 Dieleman, M. (2010). pp. 169.

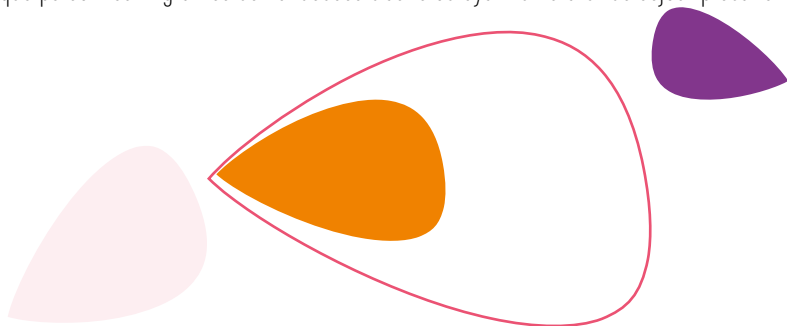
93 Dieleman, M. (2010). pp. 169.

souligné l'effet négatif du discours sur la sexualité des femmes excisées en Europe, ainsi que la manière dont cette vision influence la manière dont les professionnel-le-s prennent en charge les patientes excisées.⁹⁴ Parmi nos participantes, certaines ont souligné le poids des normes sociales en Belgique où être excisée est stigmatisant. C'était le cas notamment d'Asma pour qui le fait d'avoir une sexualité avec d'autres femmes – non-excisées – ajoutait au sentiment d'être différente.

Le vécu de la migration est partagé par la plupart des femmes concernées par les MGF que nous rencontrons en Belgique. Pour certaines, les violences basées sur le genre peuvent être la raison, ou l'une des raisons, pour lesquelles elles ont choisi ou été forcées de quitter leur pays d'origine. Alors que plusieurs personnes rencontrées ont fui à cause d'un risque de ré-excision ou d'excision, pour la plupart d'entre elles, l'excision n'était pas la principale raison de la migration. En effet, l'excision est généralement perpétuée à l'enfance et ce sont souvent les autres violences, en particulier les mariages forcés, survenant à l'adolescence ou à l'âge adulte, qui poussent les femmes à fuir.

Par ailleurs, pour les femmes migrantes le trajet migratoire et l'incertitude liée à leur statut administratif est également une source importante de stress et de mal-être. C'est particulièrement le cas pour les femmes en statut précaire (« sans papiers »), celles dont la demande d'asile n'a pas encore abouti ou celles ayant fait l'expérience d'un centre d'asile fermé.

Ainsi, les services de prise en charge des femmes vivant avec une MGF doivent considérer l'expérience de vie et la situation globale des personnes : en tant que personnes ayant vécu non seulement l'excision mais souvent de nombreuses autres violences basées sur le genre, en tant que personnes migrantes demandeuses d'asile ou ayant un statut de séjour précaire.



94 Palm, C. Essén, B. & Johnsdotter, S. (2019). Sexual health counselling targeting girls and young women with female genital cutting in Sweden: mind-bodydualism affecting social and health care professionals' perspectives, *Sexual and Reproductive Health Matters*, 27:1, 192-202, DOI : 10.1080/26410397.2019.1615364.

4.4. | LE LIEN ENTRE EXCISION ET PROBLÈMES DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

Les résultats des entretiens et des focus groups indiquent que les femmes excisées associent un certain nombre de leurs problèmes de santé sexuelle et reproductive à l'excision qu'elles ont vécu. Parfois, le lien entre MGF et problème de SSR* est établi automatiquement – par les femmes et par les professionnel·le·s – dès qu'il s'agit d'un problème touchant à l'organe reproducteur/sexuel ou à la sexualité.

Nos résultats indiquent toutefois qu'il n'est pas toujours facile, ni pour les femmes concernées, ni pour les professionnel·le·s de santé ou des services sociaux, de comprendre le lien entre l'excision et les besoins en matière de santé reproductive et sexuelle.

En fait, le lien entre MGF et problèmes de santé sexuelle et reproductive est complexe et fait l'objet de débats. Alors que des études démontrent les conséquences de l'excision sur la sexualité,⁹⁵ l'accouchement, le bien-être psychologique et la menstruation,^{96, 97} d'autres soulignent qu'il n'est pas toujours possible de prouver de manière scientifique qu'un problème est directement lié ou non à l'excision (physiquement ou psychologiquement). Certain·e·s auteur·e·s estiment que les conséquences de l'excision sont parfois exagérées, que les preuves manquent⁹⁸ ou en tout cas que le lien entre excision et (mauvaise) santé sexuelle et bien/mal-être sexuel est plus complexe que ce que le discours ambiant dans les pays occidentaux ne le prétend.^{99, 100}

95 Voir par exemple : Abdulcadir J, et al. (2016). Sexual Anatomy and Function in Women With and Without Genital Mutilation: A Cross-Sectional Study ; Ismail, S. A., Abbas, A. M., Habib, D., Morsy, H., Saleh, M. A., & Bahloul, M. (2017). Effect of female genital mutilation/cutting; types I and II on sexual function: case-controlled study. *Reproductive health*, 14(1), 108. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0371-9>.

96 Berg, R.C., Underland, V., Odgaard-Jensen, J., Fretheim, A., & Vist, G.E. (2014). Effects of female genital cutting on physical health outcomes: a systematic review and meta-analysis.

97 Organisation mondiale de la santé (2016). WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation.

98 Obermeyer, C.M., (2005). The Consequences of Female Circumcision for Health and Sexuality: An Update on the Evidence, 2005, Culture, Health & Sexuality, Vol. 7, No. 5, Themed Symposium: Female Genital Cutting (Sep. - Oct., 2005), pp. 443-461, Taylor & Francis, Ltd. <http://www.jstor.org/stable/4005474>.

99 Esho (2017)., Berg (2012).

100 Obermeyer, C.M., (2005).

Nous constatons que de nombreuses femmes se demandent si certains de leurs problèmes d'ordre sexuel et reproductif ont, ou non, un lien avec l'excision qu'elles ont subie. Il n'est pas rare toutefois que des femmes se questionnent elles-mêmes sur ce lien : « *Je ne sais pas si c'est lié à l'excision ?* ». Dans nos résultats, deux questions ressortent particulièrement lorsque nous nous intéressons au lien entre l'excision et les problèmes de SSR : la sexualité et les menstruations.

LES PROBLÈMES AU NIVEAU DE LA SEXUALITÉ

Bien que l'excision puisse avoir des effets importants sur la sexualité des femmes et entraîner des douleurs, une baisse de libido et de plaisir, l'idée que les MGF détruiraient complètement la sexualité des femmes n'est pas prouvée dans la littérature scientifique.^{101, 102} La revue de Berg et al. (2010)¹⁰³ avait par exemple conclu que les femmes vivant avec une MGF souffraient plus souvent de douleurs pendant les rapports sexuels et avaient une satisfaction sexuelle moindre comparé à celles qui n'avaient pas subi une MGF, mais les auteur·e·s n'étaient pas en mesure d'établir la relation de cause à effet.

Une étude commanditée par le GAMS Belgique et publiée en 2017, portant sur la Belgique (ainsi que deux autres pays d'Europe),¹⁰⁴ avait identifié que les hommes issus de communautés concernées par les mutilations génitales féminines pensaient que les femmes excisées avaient moins de désir sexuel, étaient sexuellement moins actives, ressentait moins de plaisir et demandaient moins souvent à leur partenaire d'avoir des rapports, comparé à des femmes qui n'avaient pas subi les MGF. L'idée d'une sexualité moins épanouie était aussi présente chez les femmes interviewées. Les témoignages recueillis dans l'étude « Excision et Handicap », en 2009,¹⁰⁵ résonnent avec certains témoignages dans notre étude. Les femmes excisées expliquaient n'avoir que rarement ou jamais envie d'avoir des rapports sexuels, ne pas avoir de plaisir ou avoir des douleurs lors des rapports. Pour les femmes concernées par les MGF vivant dans des pays où l'excision n'est pas la

101 Obermeyer, C.M., (2005).

102 Palm, C., Essén, B. & Johnsdotter, S. (2019). Sexual health counselling targeting girls and young women with female genital cutting in Sweden: mind-bodydualism affecting social and health care professionals' perspectives, *Sexual and Reproductive Health Matters*, 27:1, 192-202, DOI : 10.1080/26410397.2019.1615364.

103 Berg, R.C., Denison, E., Fretheim, A. (2010). Psychological, social and sexual consequences of female genital mutilation/cutting (FGM/C): a systematic review of quantitative studies. Report from Kunnskapssenteret nr 13-2010. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

104 O'Neill, S. et al. (2017). "Men have a role to play but they don't play it": A mixed methods study exploring men's involvement in Female Genital Mutilation in Belgium, the Netherlands and the United Kingdom Men Speak Out.

105 Andro, A., Lesclingand, M., Pourette, B. (2009). Rapport final - Volet qualitatif du projet Excision et Handicap (ExH) Comment orienter la prévention de l'excision chez les filles et jeunes filles d'origine Africaine vivant en France: Une étude des déterminants sociaux et familiaux du phénomène.

norme, la comparaison avec les femmes non-excisées, majoritaires dans le pays, est fréquente. Il n'est pas rare d'entendre des femmes excisées ainsi que des hommes ayant eu des rapports avec des femmes excisées et non-excisées, expliquer que celles qui ne sont pas excisées ont plus de désir et de plaisir sexuel.¹⁰⁶

Toutefois, l'étude du GAMS Belgique a montré que quelques personnes (femmes et hommes) étaient en désaccord. Ceux-ci considéraient même l'idée selon laquelle les femmes excisées auraient plus de problèmes sexuels était une idée reçue, fausse et stigmatisante.¹⁰⁷ Il convient effectivement de rappeler que chaque individu à son expérience singulière : toutes les femmes ayant subi une MGF – quel que soit le type – ne vivent pas leur sexualité de la même manière. Certaines souffrent et d'autres ont une sexualité qui les satisfait entièrement. Des expert·e·s – survivantes ou personnes rencontrant des femmes excisées dans le cadre de leur pratique professionnelle – ont d'ailleurs souligné l'importance de déconstruire l'idée reçue selon laquelle les femmes excisées n'auraient aucun plaisir sexuel.^{108, 109} Certain·e·s auteur·e·s ont souligné que les stratégies d'abandon de l'excision qui se focalisent sur les effets négatifs de la pratique sur la sexualité des femmes peuvent renforcer la stigmatisation chez celles l'ayant vécu et leur donner l'impression d'avoir un « *corps incomplet, inadéquat et sexuellement dysfonctionnel*. »¹¹⁰

LES PROBLÈMES MENSTRUELS

Les problèmes menstruels – dont la dysménorrhée et l'obstruction du flux menstruel (dans le cadre de personnes infibulées) – sont rapportés par plusieurs femmes rencontrées. Ils sont également répertoriés parmi les conséquences possibles des MGF par l'OMS et par certaines études.¹¹¹ Martin Caillet, gynécologue, et Fabienne Richard, sage-femme, indiquent également que la dysménorrhée concerne une grande partie des patientes excisées du centre spécialisé CeMAViE. Caillet constate que l'ampleur des douleurs menstruelles des patientes à CeMAViE est « *totale et anormale* ». Non seulement ces patientes ont plus mal que d'autres patientes, elles se plaignent également de règles plus abondantes ou irrégulières. Pour le gynécologue,

106 Andro, A. et al. (2009), et O'Neill, et al. (2017).

107 O'Neill, et al. (2017).

108 Abdulcadir, J. (2019). "Countering the myths about FGM/C", TEDx Place Des Nations Women.
https://www.youtube.com/watch?v=0vl_4PZTkME

109 Ahmadu., F. (2015). "Ain't I a Woman Too?": Challenging Myths of sexual dysfunction in circumcised women ».

110 Wahlberg, A., Johndotter, S., Selling, K.E., et al. (2017). Baseline data from a planned RCT on attitudes to female genital cutting after migration: when are interventions justified ? *BMJ Open* 2017;7:e017506. doi :10.1136/bmjopen-2017-017506.

111 Berg, R.C., Underland, V., Odgaard-Jensen, J., Fretheim, A., Vist, G.E. (2014). Effects of female genital cutting on physical health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2014;4(11):e006316.

spécialisé dans la prise en charge des femmes excisées, il n'y a pas d'explication simple des dysménorrhées chez les patientes excisées. Il émet deux hypothèses pouvant expliquer les problèmes menstruels de ses patientes. Premièrement, le rapport à la douleur peut être modifié à cause de l'agression physique et de la douleur très intense vécu au niveau de la région génitale/abdominale au moment de l'excision. Le corps garderait en quelque sorte une mémoire de la douleur. D^r Caillet constate d'ailleurs que parmi ses patientes, excisées ou non, qu'il n'est pas rare que celles ayant des douleurs chroniques au niveau génital et abdominal ont un passé d'agressions sexuelles. Une deuxième explication, plus « culturelle », serait que tout ce qui a attiré à la « féminité », dont les règles et l'accouchement est considéré comme une condition douloureuse des femmes, d'autant plus que le sang menstruel est considéré comme impur dans certaines sociétés.

Dans les témoignages recueillis en 2009 par Dieleman, le vécu douloureux de l'excision était vu comme une « destinée féminine » qui devait être tue, gardée au fond d'elles. Les conséquences telles que « *[l]es douleurs lors des rapports sexuels, lors des règles et lors de l'accouchement sont perçues comme le lot quotidien et normal du genre féminin* » étaient rapportées par de nombreuses femmes dans cette première étude sur le vécu de femmes vivant avec une MGF en Belgique.¹¹² Cela correspond aussi à ce que nous avons trouvé auprès de nos interlocutrices. Des participantes ont expliqué que souffrir lorsqu'on est une femme, pendant les règles par exemple, est vu comme normal.

QUEL LIEN ENTRE MGF ET PROBLÈMES DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE ?

En nous intéressant à la SSR de manière générale, nous avons essayé de détacher l'excision comme source *in fine* de toute souffrance sexuelle ou génitale. Nous constatons toutefois que ce lien est fréquemment fait spontanément par les femmes elles-mêmes. Cela correspond également à ce que D^{re} Patoulidis a trouvé dans son étude menée à Bruxelles en 2018, auprès de huit femmes excisées. Elle a identifié de nombreux problèmes de santé tant au niveau médical, psychologique que sexologique que les femmes rapportaient comme étant liés à l'excision.¹¹³ L'auteure a conclu qu'il est nécessaire de mettre en place une prise en charge médicale des douleurs génito-abdominales, des infections génito-urinaires, de la dysménorrhée et de la dyspareunie, ainsi qu'un suivi sur le plan gynécologique (dépistage courants et suivi obstétrical). Cependant, l'analyse de Patoulidis se base sur ce que les femmes elles-mêmes

112 Dieleman, M. (2010), pp. 117.

113 Patoulidis, A. (2018), Les Mutilations Génitales Féminines en Belgique : Évaluation des attentes et besoins médicaux des patient(e)s concerné(e)s afin d'élaborer une démarche adéquate de détection, accompagnement, thérapie et prévention en Médecine Générale (Mémoire de fin d'études), Université libre de Bruxelles.

rapportent comme étant lié à leur excision – il n'y a pas eu d'examen clinique. Nous ne savons pas si les problèmes identifiés sont liés à la mutilation physique, au traumatisme psychologique de l'excision, ou est le résultat d'autres ou d'une multitude de violences et de traumatismes (y compris ceux liés à la migration).

Dans la présente étude, nous ne cherchions pas à démontrer les conséquences physiques, psychologiques et sexologiques de l'excision, mais plutôt à explorer la santé sexuelle et reproductive des femmes qui vivent avec une MGF de manière globale. Les récits des femmes montrent que l'excision n'est qu'une parmi de nombreuses violences que les femmes vivent ou ont vécu et que l'excision s'inscrit dans un ensemble d'obligations et d'assignations de genre selon lesquelles la sexualité des femmes doit être contrôlée (notamment avant le mariage). Pour de nombreuses femmes rencontrées, la sexualité n'est pas source de désir ou de plaisir. Plusieurs ont de mauvaises expériences les conduisant parfois à y renoncer lorsqu'elles en ont le choix.

Parce que les femmes ont fait l'expérience de tant d'autres violences, d'une injonction à une sexualité contrôlée, et à un parcours migratoire difficile, nous pensons qu'il n'est pas toujours possible, ni même souhaitable, de comprendre leur vécu de la santé sexuelle et reproductive, leurs besoins, ou le mal-être sous l'angle unique de l'excision. Il nous semble avant tout nécessaire de considérer le vécu global des femmes et de répondre à tous leurs besoins en matière de SSR.

Les professionnel·le·s de santé rencontré·e·s dans le cadre de cette étude¹¹⁴ ont aussi souligné qu'il n'y a pas toujours d'explication clinique aux problèmes soulevés par les femmes et que l'on ne peut pas facilement séparer l'effet qu'a le trauma sur la santé sexuelle, reproductive et mentale des femmes des conséquences purement physiques de l'excision ou des autres violences. Cela correspond également aux premiers résultats d'une étude en cours en Belgique, visant à mieux comprendre comment les complications des MGF rapportées par les femmes correspondent à l'examen clinique.¹¹⁵ Selon D^{re} Vercoutere, gynécologue en charge de l'étude, il y aurait une discordance entre ce que les femmes rapportent et ce qui ressort dans l'examen clinique. La gynécologue constate notamment que des personnes avec une MGF de type I peuvent avoir d'importants problèmes psychologiques, et vivre leur MGF moins bien que d'autres personnes avec des types de MGF plus importants (2 ou 3). Certaines femmes avec une MGF de type I rapportent par exemple avoir dû accoucher par césarienne à cause de leur MGF, alors qu'une telle MGF ne pourrait être la seule cause, du moins dans un contexte sanitaire comme la Belgique.

La mauvaise connaissance des conséquences des MGF sur la SSR ne serait pas seulement présente chez les femmes mais également chez les médecins. Ainsi, une étude CAP auprès de

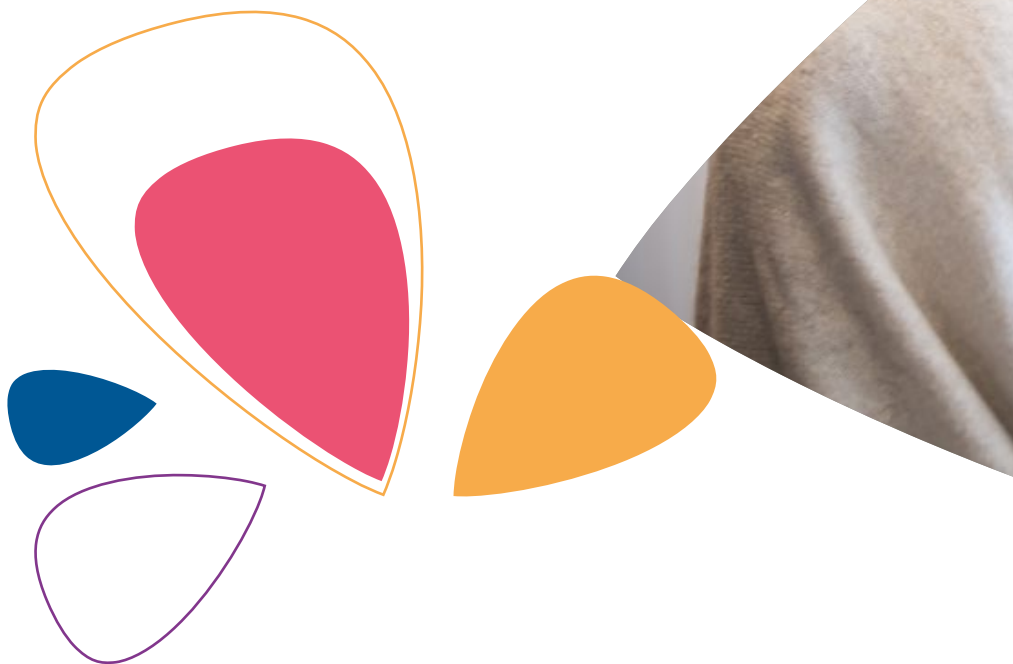
114 Anneke Vercoutere, 7/5/2020 et Martin Caillet, 4/9/2020.

115 Anneke Vercoutere. Étude en cours, 2021.

gynécologues en Belgique¹¹⁶ montre qu'ils et elles ont peu d'informations sur les MGF, certain·e·s n'en ont jamais reçu. Cela peut conduire des médecins à pratiquer plus rapidement une césarienne ou une épisiotomie sur une femme avec une MGF.

Les résultats de notre étude nous amènent ainsi à nous questionner sur la nécessité, ou non, de savoir si un trouble au niveau de la sexualité ou des menstruations est physiologiquement ou psychologiquement lié à l'excision, ou s'il est un résultat d'autres facteurs, notamment des vécus traumatiques. Pour les patientes elles-mêmes, la cause médicale d'un problème de santé est peut-être moins importante que la réponse qui y est donnée de la part des professionnel·le·s de santé. Nous pouvons émettre l'hypothèse la priorité pour la patiente est que son vécu soit pris au sérieux et qu'une prise en charge adaptée, de qualité et respectueuse soit mise en place.

Dans tous les cas, nous ne pouvons assez insister sur l'importance de reconnaître que toute expérience traumatisante, y compris les violences sexuelles (dont les MGF) ou le stress engendré par la précarité et la migration, peuvent impacter négativement la santé et le bien-être des personnes. Le stress, peut, par exemple, entraîner des menstruations irrégulières ou une baisse du seuil de tolérance à la douleur.



¹¹⁶ Ibid. 150 médecins avaient répondu en 2019.





5

RECOMMENDATIONS

À la suite de notre analyse des données de cette recherche et des discussions avec les professionnel·le·s travaillant avec les femmes concernées, nous avons établi les recommandations suivantes pour améliorer l'accompagnement des femmes (et filles) concernées par les MGF sur la Région de Bruxelles-Capitale.

Les recommandations s'adressent aux instances politiques (le gouvernement fédéral, la Fédération Wallonie-Bruxelles, la Commission communautaire française), aux organisations de terrain (y compris celles spécialisées dans la prise en charge de personnes migrantes et/ou de personnes ayant survécu à des violences basées sur le genre) et aux professionnel·le·s. Lorsque cela est pertinent, nous avons fait le lien avec les recommandations du GREVIO*.¹¹⁷

Ces recommandations constitueront la base pour élaborer le plan de plaidoyer du Réseau bruxellois MGF.

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 violences basées sur le genre dans l'asile
6. Améliorer la connaissance des MGF et déconstruire des idées reçues sur les personnes concernées au sein de la population générale

¹¹⁷ Le GREVIO est le Groupe d'experts sur la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique, l'organe spécialisé indépendant qui est chargé de veiller à la mise en œuvre, par les Parties, de la Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique (Convention d'Istanbul). GREVIO (2020). Rapport d'évaluation de référence Belgique, <https://rm.coe.int/rapport-du-grevio-sur-la-belgique-/16809f9a2b>.

1. RENFORCER L'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ HOLISTIQUES (MÉDICAL, SANTÉ MENTALE) ET DES SERVICES DE SOUTIEN — ACTIONS / PLAIDOYER

- Renforcer l'information à destination des femmes migrantes quant à l'existence de certains services et ce qu'ils proposent, en utilisant des démarches adaptées et spécifiques, traduites dans les langues du public et disponibles dans des lieux fréquentés par les femmes, en particulier pour : – **Action**
 - le centre médical spécialisé CeMAViE ;
 - les centres de planning familial ;
 - le suivi gynécologique ;
 - les services sexologiques ;
 - les services de santé mentale ;
 - les services de prise en charge de personnes concernées par les violences basées sur le genre (dont les MGF, violences sexuelles, violences entre partenaires...).
- Permettre à toutes les personnes qui en ont besoin, peu importe leur statut administratif (demandeuses d'asile, sans titre de séjour, avec ou sans AMU), d'accéder à des services de santé mentale et en particulier pour les femmes ayant des traumatismes liés à des violences et/ou à la migration. – **Plaidoyer**
- Permettre aux centres de planning familial d'accéder aux financements suffisants pour recevoir un public sans accès aux soins ou de recourir à un·e interprète quand cela est nécessaire. – **Plaidoyer**
- Faciliter l'accès à l'AMU pour les femmes sans droit de séjour en supprimant l'obligation d'avoir une adresse, harmoniser et simplifier les démarches pour l'AMU et intégrer l'accès aux services de santé mentale au sein de la couverture de l'AMU afin de permettre aux femmes ayant des traumatismes de les travailler avec un·e psychologue. – **Plaidoyer**
- Renforcer la concertation et la collaboration entre les différents services de santé d'une part et entre les services et les survivantes d'autre part. – **Action**

Le GREVIO a fortement encouragé les autorités belges à « continuer leurs efforts pour fournir aux victimes [de violences basées sur le genre] des informations adéquates et en temps opportun au sujet de services de soutien disponibles ».

2. FAVORISER LA LITTÉRATIE EN SANTÉ SEXUELLE DES FEMMES CONCERNÉES PAR LES MGF — ACTIONS

- Renforcer l'accès aux informations disponibles et la capacité des personnes à s'en saisir. Cela nécessite notamment des outils et des lieux d'échange adaptés, la création de conditions favorables pour que les personnes concernées puissent s'approprier l'information (outils adaptés à un public primo-arrivant, disponibilité d'un-e traducteur·rice, temps de consultation/ rendez-vous avec les professionnel·le·s, multiplication des sources d'information...). Les domaines à privilégier sont notamment :
 - Les MGF et leurs conséquences possibles sur la santé et le bien-être ;
 - Les moyens de contraception, dont les effets/conséquences de différents contraceptifs hormonaux et ceux pouvant être utilisés discrètement ;
 - La sexualité et l'anatomie - notamment en lien avec les MGF ;
 - L'accouchement en Belgique à destination des femmes enceintes concernées par les MGF, incluant des informations claires sur la manière dont les MGF peuvent influencer la grossesse et l'accouchement ;
 - Les outils et lieux d'échange destinés aux femmes non-hétérosexuelles et personnes transgenres* excisées. Un partenariat pourrait être mis en place avec des services LGBTQ afin de développer des outils.
- Mettre en place un outil et/ou des espaces d'échange autour des fonctions et rôles de différents métiers (les médecins, psychologues, sexologues) accessibles pour des personnes primo-arrivantes ne maîtrisant pas ou peu les langues nationales. – **Action**
- Soutenir les associations de terrain et communautaires pour la mise en place de temps d'échange collectif pour les femmes migrantes, leur permettant d'échanger sur leurs expériences et leur vécu, dans une optique d'*empowerment* et d'entraide. – **Plaidoyer**
- Renforcer le financement pour des postes salariés de traducteurs·rices dans les langues parlées par le public concerné par les MGF. – **Plaidoyer**

3. RENFORCER LA FORMATION ET L'INFORMATION DES PROFESSIONNEL·LE·S

- Renforcer la connaissance des MGF et de leurs conséquences chez les professionnel·le·s. Cela passe par l'identification des besoins spécifiques d'information et la mise en place de ressources adaptées. – **Action**
- Renforcer l'information accessible aux professionnel·le·s au sujet des conséquences possibles de l'excision : ce qui peut être lié à l'excision, et ce que ne l'est pas (ou probablement pas, ou pas forcément). – **Plaidoyer – Action**
- Intégrer la problématique des MGF dans la formation de tout·e professionnel·le de santé pouvant être amené·e à prendre en charge des femmes migrantes (dont les médecins généralistes et les sages-femmes) sur les besoins en matière de SSR des femmes migrantes, dont les femmes excisées. – **Action**
- Renforcer la formation des professionnel·le·s et de futur·e·s professionnel·le·s du secteur psychosocial au niveau de la prise en charge des femmes ayant vécu des violences, notamment au niveau des risques de re-victimisation. – **Plaidoyer – Action**
- Former les professionnel·le·s, de santé ainsi que les assistant·e·s sociaux·ales afin qu'ils et elles soient capables de mieux expliquer les conséquences possibles que l'excision peut avoir sur la santé des personnes, tout en restant à l'écoute de la situation spécifique de chaque patiente et en n'attribuant pas des problèmes de santé de manière universelle à toutes les personnes concernées par l'excision. – **Action**
- Inciter les professionnel·le·s de santé et de la santé mentale à aborder les questions liées à la SSR (excision, sexualité, violences) avec les patientes afin de leur donner la possibilité de parler de ces sujets et de problèmes de santé potentiels. Cela passe par la formation initiale et continue. – **Action**
- Renforcer la connaissance sur les MGF des professionnel·le·s à travers l'identification de leur besoin d'information et un travail de création et d'adaptation d'outils. – **Actions**
- Intégrer des questions relatives à la SSR dans une checklist pour les rendez-vous pour une attestation « MGF » afin d'assurer que les médecins se renseignent au préalable sur les besoins en matière de SSR de la patiente. – **Plaidoyer**
- 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**

Le GREVIO a fortement encouragé les autorités belges à « *se coordonner pour prendre des mesures visant à renforcer la formation initiale et continue des professionnels concernés qui s'occupent des victimes ou des auteurs de toutes les formes de violence couvertes par le champ d'application de la Convention* ». Cela implique notamment une approche basée sur une compréhension sexospécifique de la violence.

Par ailleurs, le GREVIO insiste également sur la nécessité de « *fournir à tous les services répressifs compétents les ressources, les connaissances et les moyens nécessaires pour répondre rapidement et de manière adéquate à toutes les formes de violence couvertes par la Convention d'Istanbul* », y compris donc les mutilations génitales féminines, les violences sexuelles, violences entre partenaires et les mariages forcés.

4. RENFORCER LA CONNAISSANCE À TRAVERS DES ÉTUDES

- Explorer les liens entre MGF et SSR. – **Recherche**
- Mettre en place une étude globale sur les connaissances des professionnel-le-s de santé bruxellois-es (médecins généralistes, gynécologues, sages-femmes, pédiatres) ainsi que leur capacité à prendre en charge des femmes ayant vécu une MGF et à les orienter vers des services adéquats. – **Recherche**
- Favoriser la mise en place d'une étude à l'échelle nationale/internationale sur les besoins spécifiques des femmes non-hétérosexuelles et des personnes transgenres vivant avec une MGF. – **Recherche**

5. AMÉLIORER LA PRISE EN COMPTE DES VIOLENCES BASÉES SUR LE GENRE DANS L'ASILE

- 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**

6. AMÉLIORER LA CONNAISSANCE DES MGF ET DÉCONSTRUIRE DES IDÉES REÇUES SUR LES PERSONNES CONCERNÉES AU SEIN DE LA POPULATION GÉNÉRALE

- Mettre en place des outils et campagnes afin de déconstruire des idées préconçues sur la sexualité et l'anatomie des femmes excisées. – **Action**

Le GREVIO a demandé aux autorités belges de « *poursuivre leurs efforts pour promouvoir, sur une base régulière et à tous les niveaux, des campagnes ou des programmes de sensibilisation visant à accroître la prise de conscience et la compréhension du grand public* » au sujet des violences envers les femmes, y compris les différentes manifestations de ces violences, leur caractère sexiste, leur base dans l'organisation sociale historiquement fondée sur la domination et la discrimination des femmes par les hommes, ainsi que les effets de la violence sur les enfants.



PISTES POUR DE FUTURES RECHERCHES

Étant donné l'ampleur de la santé sexuelle et reproductive, nous n'avions pas pu approfondir chaque sujet spécifique. De plus, de nouveaux sujets sont apparus au fil des rencontres et de l'analyse. Nous souhaiterions ainsi insister sur le besoin de compléter les données recueillies dans la présente étude par d'autres sources d'information, au sujet notamment des thèmes suivants :

- La grossesse, accouchement et parentalité ;
- Les MGF et la ménopause ;
- L'hygiène intime ;
- Les violences subies pendant les parcours migratoires ;
- Les besoins spécifiques des minorités sexuelles concernées par l'excision ;
- La grossesse, l'accouchement, la parentalité ;
- Le rapport à la santé et à la maladie.

GROSSESSE, ACCOUCHEMENT ET PARENTALITÉ

Aussi, une revue de la littérature récente a montré que de nombreuses femmes vivant avec une MGF dans un pays de migration avaient des expériences négatives de l'accouchement.¹¹⁸ Les femmes ont témoigné de douleurs liées à l'accouchement (y compris les périodes avant et après celui-ci) et ont fait le lien entre l'excision et un accouchement particulièrement long ou difficile. La grossesse et l'accouchement faisaient aussi resurgir chez les femmes des souvenirs traumatiques de l'excision vécue pendant l'enfance. Bien qu'elles étaient contentes de pouvoir bénéficier de services de santé de qualité, de nombreuses femmes avaient peur que les professionnel·le·s de santé ne soient pas en mesure de prendre en charge leur excision et ce, en particulier pour les femmes infibulées.¹¹⁹

Des femmes migrantes concernées par les MGF expriment également les difficultés liées au fait d'accoucher dans un nouveau pays : la nostalgie du soutien prodigué par l'entourage autour de la naissance dans le pays d'origine et un isolement parfois exacerbé par des attitudes irrespectueuses de la part des soignant·e·s.¹²⁰ De plus, les femmes demandeuses de protection internationale ont une situation particulièrement difficile – notamment à cause de l'isolement, la

118 Hamid, A. et al. (2018). "A Meta-Synthesis of the Birth Experiences of African Immigrant Women Affected by Female Genital Cutting", *J Midwifery Womens Health* 2018; 63:185–195, the American College of Nurse-Midwives.

119 Ibid.

120 Ibid.

dépression, les difficultés familiales et conjugales, l'absence de soutien familial, les insécurités identitaires – qui peut impacter négativement sur leur expérience de la maternité.¹²¹

Par ailleurs, d'autres études montrent que les femmes d'origine africaine ont de plus hautes prévalences de détresse fœtale, de césariennes d'urgence, que les nouveau-nés de femmes migrantes se portent moins bien, et ce indépendamment de si elles ont subi ou non une MGF. Selon Hamid (2018), « *[c]es conséquences peuvent être attribuées à des soins suboptimaux, des patient·e·s qui retardent ou rejettent des soins, des comorbidités médicales ainsi que des déterminants sociaux de santé y compris des soins prénataux inadéquats, des barrières de communication et un statut socioéconomique bas.* »¹²²

Par ailleurs, Patoulidis¹²³ avait noté un lien possible entre infertilité involontaire et MGF à cause de la pénibilité des rapports sexuels ou des infections génitales ascendantes, résultant des MGF et altérant la fertilité.

MGF ET MÉNOPAUSE

Comme nous avons pu le voir, les problèmes menstruels sont régulièrement rapportés comme étant en lien avec les MGF. De plus, le cas d'une participante faisant un lien de cause à effet entre l'excision, la (péri)ménopause et les règles irrégulières a particulièrement attiré notre attention. Il existe à notre connaissance peu de données sur la santé et les besoins des femmes ménopausées concernées par les MGF et notamment le lien entre excision et des problèmes pouvant affecter les femmes au moment de la ménopause. Farage et al. (2015) ont insisté sur le besoin que des professionnel·le·s de santé œuvrant auprès de populations migrantes dans des pays à basse prévalence puissent « *examiner les conséquences du vieillissement chez les femmes excisées, sensibiliser et traiter l'impact de l'excision sur la santé et la qualité de vie des femmes postménopausées.* »¹²⁴ Il nous paraît intéressant de renforcer la compréhension des besoins des femmes en âge de ménopause vivant avec une MGF, à travers une étude ou/et la mise à disposition d'espaces de parole communautaires comme le fait régulièrement le GAMS Belgique sur différents sujets. Des outils sur la ménopause, adaptés aux femmes excisées, pourraient ensuite être mis en place.

121 Ibid.

122 Ibid. traduction libre.

123 Patoulidis (2018).

124 Farage, A.M, et al. (2015). Female genital cutting: confronting cultural challenges and health complications across the lifespan, *Womens Health* 2015, 11(1), 79–94.

PROPRETÉ ET HYGIÈNE INTIME

Lors des entretiens et focus groups, nous avons constaté que « la propreté » est une notion importante de la santé pour les femmes interrogées. Toutefois, la question précise de l'hygiène intime a été très peu abordée (une seule femme). Or, l'expérience de terrain, notamment celle du GAMS Belgique et du centre de santé CeMAViE, nous indique que les pratiques de sur-lavage intime et d'utilisation de produits nocifs sont des problèmes importants dans certaines communautés, notamment d'Afrique subsaharienne. C'est la raison pour laquelle le GAMS Belgique a édité, grâce à des projets collaboratifs avec son public, des brochures spécifiques sur l'hygiène intime. Ce sujet mériterait encore plus d'attention notamment dans la recherche.

VIOLENCES SUR LE TRAJET MIGRATOIRE

Bien que la question des violences ait été beaucoup abordée dans les entretiens et les focus groups, nous avons été étonné·e·s de constater que les violences vécues pendant les trajectoires de migration étaient quasiment exclues des témoignages des femmes. Il est fort possible que cela soit dû à la difficulté pour les femmes les ayant subies d'en parler et au fait que l'intervieweuse n'ait pas abordé de manière frontale ce sujet. Une étude spécifique portant sur le vécu de violences sur le trajet migratoire des femmes migrantes bruxelloises aurait tout son intérêt.

LES BESOINS DES MINORITÉS SEXUELLES CONCERNÉES PAR LES MGF

Dans le cadre de cette étude, nous avons pu recueillir deux témoignages de femmes se disant lesbiennes. Cela est notable car toutes les autres femmes dans l'étude ont parlé de sexualité hétérosexuelle. Il existe actuellement très peu d'études explorant le vécu et les besoins de personnes non-hétérosexuelles et/ou transgenres* concernées par les MGF. Nos résultats mettent en avant un besoin pour ces personnes d'avoir des informations, des ressources ainsi que des espaces de parole sur la sexualité et la SSR adapté à un public lesbien, bisexuel et transgenre (LBT).¹²⁵ Ce sujet mériterait d'être creusé lors de futures études afin de mieux comprendre les besoins spécifiques du public LBT concerné par l'excision.

¹²⁵ À la suite de cet entretien, nous avons décidé de creuser la question de l'orientation sexuelle et du vécu de l'excision. Nous avons mis en place une collaboration avec l'association LGBT bruxelloise RainbowHouse (grâce à un financement Equal Brussels) visant à recueillir les besoins d'autres personnes concernées par les MGF et par l'homo-bi-sexualité ou une transidentité. L'idée était de proposer un espace de parole sûr pour les personnes LBT pour pouvoir discuter librement de leur vie et de leur santé sexuelle, de poser leurs questions autour de l'excision et aussi autour de la sexualité. Nous avons aussi pensé à la mise en place d'un outil spécifique permettant d'aborder l'excision sous l'angle des personnes LBT. Malheureusement, avec l'arrivée du COVID-19 et les restrictions en termes de réunions de groupe, ce volet n'avait pas pu être lancé en janvier 2021.

LE RAPPORT À LA SANTÉ ET À LA MALADIE

De manière plus globale, il conviendrait également d'approfondir le rapport à la santé et à la maladie des survivantes de MGF. Le but serait notamment de mieux comprendre comment les femmes considèrent des situations liées aux MGF comme étant du ressort de la maladie, de la santé, et donc des sujets qui peuvent être pris en charge par des professionnel·le·s de la santé. Une telle étude pourrait également approfondir l'analyse des barrières à l'accès à l'information sur la santé et aux services de santé pour ce public, afin d'élaborer des propositions pour y répondre.



CONCLUSION

L'objectif de l'étude « Besoins et demandes en matière de santé et droits sexuels et reproductifs des femmes concernées par les mutilations génitales féminines en Région de Bruxelles-Capitale » était d'explorer les besoins et attentes des femmes concernées par les MGF en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs. Elle a été menée dans le cadre du Réseau bruxellois MGF et a répondu à sa finalité de promouvoir la santé (sexuelle) des filles et des femmes touchées par les MGF.

On compte sur la Région de Bruxelles-Capitale environ 8 000 femmes et filles très probablement excisées ou à risque de l'être, environ la moitié d'origine guinéenne. Parmi les neuf autres principales communautés concernées par les MGF à Bruxelles, toutes sont originaires d'Afrique subsaharienne. Chaque groupe représente quelques centaines de personnes. Les mutilations génitales perpétrées sur une personne de sexe féminin sont explicitement illégales en Belgique depuis la loi du 28 novembre 2000. Le fait d'être à risque d'une MGF ou de l'avoir subie peut être reconnu comme une raison de protection internationale. Les attestations d'excision/de non-excision jouent un rôle central dans les procédures d'asile évoquant ce critère.

Le recrutement de participantes à cette étude a été rendu possible grâce à l'implication des membres du Réseau bruxellois MGF. Nous avons veillé à assurer une diversité en termes d'âge, d'origine et de situation de séjour. Au total, 70 personnes de 14 pays différents ont participé à l'étude,¹²⁶ via 14 entretiens individuels et 6 focus groups. La moitié était originaire de Guinée et les autres étaient majoritairement originaires d'Afrique de l'Est et de l'Ouest, mais également d'Afrique du Nord, du Moyen-Orient et d'Asie.

Afin de prendre en compte la santé sexuelle et reproductive de manière globale, cette étude portait sur différents aspects de cette dernière, tels que la contraception, l'accès aux soins

¹²⁶ 70 personnes y ont participé mais 63 sont incluses dans l'analyse. Certaines personnes kurdes n'ont pas indiqué de quel pays elles étaient originaires. Voir *Résultats : 1. Qui sont les femmes qui ont participé à l'étude ?*

gynécologiques, les MGF, le VIH, les IST, l'avortement, la sexualité, les soins maternels, les violences entre partenaires et sexuelles, ainsi que les représentations culturelles de la SSR.

Nous avons présenté les résultats à travers quatre thèmes principaux : la santé reproductive et sexuelle, la sexualité, les violences basées sur le genre et les expériences des services. Les récits des femmes ont joué un rôle central tout au long de ce rapport. À travers leurs paroles, nous avons tenté d'illustrer les vécus singuliers et complexes, d'identifier des besoins et des attentes, notamment concernant les professionnel·le·s et les services chargé·e·s d'accompagner les personnes concernées par les MGF. Les expériences de professionnel·le·s qui viennent appuyer et compléter la parole des survivantes.

Parmi les personnes ayant participé à cette étude, toutes ont connu un parcours migratoire plus ou moins récent. Pour plusieurs d'entre elles, les difficultés du parcours migratoire et la précarité dans laquelle elles vivent en Belgique influencent négativement leur état de santé et leur bien-être. De nombreuses femmes rencontrées témoignent d'ailleurs de problèmes de santé mentale tels que les problèmes de sommeil, le mal-être, la solitude, la tristesse, le stress.

Elles étaient nombreuses à avoir vécu des violences dans leur pays d'origine ou durant le trajet migratoire. Pour une partie significative d'entre elles, les violences les ont poussées à quitter le pays d'origine et à demander l'asile en Belgique. Les récits de ces femmes montrent que l'excision n'est qu'une raison parmi d'autres de leur départ. En effet, les mariages forcés sont plus souvent évoqués comme étant la situation qui a entraîné la fuite. Toutefois, à cause de la difficulté liée à la preuve, le mariage forcé est une raison moins reconnue dans les demandes de protection internationale, comparé aux MGF. De ce fait, nous avons souligné l'importance de reconnaître le continuum de violences basées sur le genre tout comme l'impact que ces nombreux sévices peuvent avoir sur le bien-être et la santé.

L'étude nous a permis d'identifier des besoins en matière d'information sur des sujets de santé sexuelle et reproductive, en particulier au sujet de l'anatomie du corps, de la sexualité, des moyens de contraception, du VIH/sida et des IST. Les récits autour du VIH/sida montrent également que des idées reçues persistent, notamment au sujet de la mortalité liée au sida. En plus d'un manque de connaissance des différents moyens de contraception, des barrières à leur utilisation ont été identifiées. Pour ne citer que les plus répandues : les normes pesant sur la sexualité des femmes, le contrôle exercé par certains partenaires masculins et la peur des effets secondaires. Dans certains cas, des femmes peuvent être à risque de subir des violences de la part de leur conjoint si elles cherchent à espacer les naissances.

La pression sociale et familiale affecte le vécu et les possibilités d'avoir une sexualité libre et épanouie chez les femmes rencontrées. Dans de nombreuses communautés, la sexualité pré-

matrimoniale est taboue, ce qui affecte négativement la possibilité de recourir à un moyen de contraception hormonal pour celles qui sont sexuellement actives.

Parmi les personnes rencontrées, la sexualité est négativement influencée par le vécu de violences. L'excision est particulièrement mentionnée, tout comme d'autres mauvaises expériences, bien que certaines femmes témoignent d'un épanouissement sexuel. L'accès à l'information, notamment au sujet de l'anatomie et de la sexualité, constitue un facteur favorisant une sexualité épanouie. Le public a fait part de nombreuses questions autour de la sexualité et du lien entre excision et problèmes sexuels. L'étude a également permis de mettre en lumière, à travers les témoignages de deux personnes, la nécessité de comprendre et de répondre aux besoins et attentes spécifiques de femmes non-hétérosexuelles.¹²⁷

Les expériences des services de santé étaient majoritairement positives. Les mutilations génitales féminines constituent d'ailleurs une « porte d'entrée » pour accéder à des services de SSR*. Nous avons souligné le rôle que peuvent jouer les professionnel-le-s de santé en abordant les sujets « intimes » tels que la sexualité et les violences, avec les patientes sans attendre qu'elles fassent le premier pas. Les témoignages indiquent également l'importance de la formation des professionnel-le-s à la prise en charge des femmes concernées par une MGF. Nous avons aussi mis en évidence que la consultation pour une attestation « MGF » peut présenter une opportunité. Néanmoins, il convient aux professionnel-le-s de santé de s'en saisir dans une approche de promotion de la santé sexuelle et reproductive des patientes.

Il s'agissait aussi d'insister sur le besoin de renforcer non seulement l'accès à l'information mais aussi la possibilité pour le public d'appliquer cette information afin d'améliorer leur santé sexuelle et reproductive. Cela passe notamment par des communications adaptées et la possibilité d'être accompagné-e par un-e traducteur-ice formé-e sur la SSR et les violences basées sur le genre. Par ailleurs, les résultats indiquent qu'il n'est pas toujours facile, ni pour les femmes concernées, ni pour les professionnel-le-s de santé ou les services sociaux, de comprendre le lien entre l'excision et les besoins en matière de santé reproductive et sexuelle. L'information et la formation à ce sujet mériteraient d'être renforcées.

En définitive, le vécu des personnes concernées par les MGF vivant en Région de Bruxelles-Capitale présente aussi bien des traits communs que des singularités. Nous avons montré que leur santé est souvent influencée par des facteurs tels que la migration, les violences basées sur le genre, la précarité administrative et financière... Chaque personne a son expérience de vie et réagit à sa manière à une situation. Elle a des envies, attentes et des besoins qui lui sont propres. C'est pourquoi toute action visant à promouvoir la santé, le bien-être et les droits sexuels et reproductifs doit prendre en considération la situation singulière de chaque personne.

127 Ainsi que des hommes transgenres, qui n'ont pas été représentés dans notre échantillon.

BIBLIOGRAPHIE

- Ahmadu, F. (2015). "Ain't I a Woman Too ?": Challenging Myths of sexual dysfunction in circumcised women, in Shell-Duncan, Bettina, Hernlund, Ylva.; *Transcultural Bodies : Female Genital Cutting in Global Context*, pp. 278-310.
- Andro, A., Lesclingand, & M. Pourette, B. (2009). Rapport final - Volet qualitatif du projet Excision et Handicap (ExH) Comment orienter la prévention de l'excision chez les filles et jeunes filles d'origine africaine vivant en France : Une étude des déterminants sociaux et familiaux du phénomène, [Rapport de recherche] *Université Paris 1*. 2009. fhal-02111011.
<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02111011/document>
- Abdulcadir, J. (2019). Countering the myths about FGM/C, *TEDx Place Des Nations Women*.
https://www.youtube.com/watch?v=0vl_4PZtkME
- Audate, V. (2019). Présentation PowerPoint lors du colloque « *GBV & Asylum: Look - Listen - Link* ». https://gams.be/wp-content/uploads/2019/12/PPT_VALENTINE_AUDATE_Session-2.pdf
- Bajos, N., Teixeira, M., Adjamagbo, A., Ferrand, M., Guillaume, A. & Rossier, C. (2013). Tensions normatives et rapport des femmes à la contraception dans 4 pays africains. *Population*, 1(1), 17-39. <https://doi.org/10.3917/popu.1301.0017>
- Berg, R.C., Denison, E., & Fretheim, A. (2010). Psychological, social and sexual consequences of female genital mutilation/cutting (FGM/C): a systematic review of quantitative studies. Report from Kunnskapssenteret nr 13-2010. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Breton, E., Jabot, F., Pommier, J., & Sherlaw, W. (dir.) (2020). La promotion de la santé - Comprendre pour agir dans le monde francophone, Rennes : Presse de l'EHESP.
- Caillet, M., O'Neill, S., Minsart, A., & Richard, F. (2018). Addressing FGM with Multidisciplinary Care. The Experience of the Belgian Reference Center CeMAViE. *Current Sexual Health Reports*, 10, 44-49. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5607483>
- Carter, N., Bryant-Lukosius, D., DiCenso, A., Blythe, J., & Neville, A.J. (2014). The use of triangulation in qualitative research. *Oncol Nurs Forum*. 41(5):545-7. doi : 10.1188/14.ONF.545-547. PMID: 25158659. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25158659>
- CGRA (s.d.), Mutilations génitales féminines. <https://www.cgra.be/fr/mutilations-genitales-feminines> (25/2/2021)

- Ciré (2017). Femmes et migrations : Les difficultés spécifiques rencontrées par les femmes dans leur parcours migratoire et dans leurs procédures en Belgique. Bruxelles : Ciré. <https://www.cire.be/wp-content/uploads/2017/08/20170822-analyse-femme-migrations.pdf>
- Cultures & Santé (2016). La littératie en santé : D'un concept à la pratique (guide d'animation). <https://www.cultures-sante.be/nos-outils/outils-promotion-sante/item/417-la-litteratie-en-sante-d-un-concept-a-la-pratique-guide-d-animation.html>
- Cultures & Santé (2019). Arriver en Belgique et être informé de ses droits sociaux et de santé : une question de justice. <https://www.cultures-sante.be/nos-outils/les-focus-sante/item/538-focus-sante-n-5-arriver-en-belgique-et-etre-informe-de-ses-droits-sociaux-et-de-sante-une-question-de-justice.html>
- De Brouwere, M., Richard, F., & Dieleman, M. (2013). Stratégies Concertées de lutte contre les mutilations génitales féminines. Un cadre de référence pour l'analyse et l'action en Fédération Wallonie-Bruxelles, GAMS Belgique, Bruxelles, 2^{ème} édition. http://www.strategiesconcertees-mgf.be/wp-content/uploads/SC_MGF_2012_5.pdf
- De Spiegelaere, Racape, & Sow (2017). Pauvreté et trajectoires migratoires : influence sur la santé autour de la naissance, Fondation Roi Baudouin. https://www.kbs-frb.be/fr/Virtual-Library/2017/20170131_CF
- Dieleman, M. (2010). Excision et Migration en Belgique francophone – Rapport de recherche de l'Observatoire du sida et des sexualités pour le GAMS Belgique, Bruxelles : GAMS Belgique.
- Dielemann M., Richard, F., Martens, V., Parent F (2009). Stratégies concertées de lutte contre les MGF. Un cadre de référence pour l'action. Bruxelles : GAMS Belgique.
- Dubourg, D., Richard, F. (2018). Estimation de la prévalence des filles et femmes ayant subi ou à risque de subir une mutilation génitale féminine vivant en Belgique - Mise à jour au 31 décembre 2016. http://www.strategiesconcertees-mgf.be/wpcontent/uploads/20190204-gams-MGF_Etude-de-prev-longue-FR.pdf
- Duysens, C. & Maquestiau, P. (coord.) (2016). Perspectives de genre dans la lutte contre les violences sexuelles, Le Monde selon les femmes.
- Déom, V., Ben Abdelhafi dh, L., & al. (2020). Santé sexuelle et reproductive des femmes en situation de précarité à Bruxelles. Évaluation des activités de Médecins du monde en matière de santé sexuelle et reproductive de mars 2018 à mars 2019.

- EIGE (2018). Estimation of girls at risk of female genital mutilation in the European Union — Belgium, Greece, France, Italy, Cyprus and Malta. <https://eige.europa.eu/publications/female-genital-mutilation-how-many-girls-are-risk-belgium>
- Esho, T., Kimani, S., Nyamongo, I., Kimani, V., Muniu, S., Kigundu, C., Ndavi, P., & Guyo, J. (2017). The 'heat' goes away: sexual disorders of married women with female genital mutilation/cutting in Kenya. *Reproductive health*, 14(1), 164. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0433-z>
- Esho, T.C., Muniu, S.K. et al. (2018). Measurement of the sexual health and wellbeing of women who have undergone female genital mutilation/cutting: A scoping review, *International Journal of Sexual Health*. <https://doi.org/10.1080/19317611.2019.1572687>
- Gautreau, M (2013). « RUE'ELLES » - Travail réalisé en vue de l'obtention du diplôme de Bachelier en Soins infirmiers spécialisé en Santé communautaire, Année académique 2012-2013.
- GAMS Belgique (2020). Rapport d'activités du GAMS Belgique 2019. <https://gams.be/2020/08/20/rapport-annuel-2019>
- GAMS Belgique (2016). Carte de prévalence MGF. <http://www.strategiesconcertees-mgf.be/wp-content/uploads/GAMS-carte2017FR-1.pdf> (10/12/2020)
- Godin, I. (ongoing). A qualitative study with the aim of identifying the short-comings to the care of women with Female Genital Cutting/Mutilation in Belgium, Canada, France, Sweden and Switzerland, *Gender Net/FNRS*.
- GREVIO (2020). Rapport d'évaluation de référence Belgique. <https://rm.coe.int/rapport-du-grevio-sur-la-belgique-/16809f9a2b>
- Hamid, A. et al. (2018). A Meta-Synthesis of the Birth Experiences of African Immigrant Women Affected by Female Genital Cutting, *J Midwifery Womens Health*, 2018; 63:185–195, the American College of Nurse-Midwives. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29569363>
- Institut bruxellois de statistique et d'analyse (IBSA) (2020). Population, nationalités. <https://ibsa.brussels/themes/population/nationalites>
- INTACT (2014). Manuel à destination des avocats. <http://www.strategiesconcertees-mgf.be/wp-content/uploads/manuel-actu2014-FR.pdf>
- Ismail, S. A., Abbas, A. M., Habib, D., Morsy, H., Saleh, M. A., & Bahloul, M. (2017). Effect of female genital mutilation/cutting; types I and II on sexual function: case-controlled study. *Reproductive health*, 14(1), 108. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0371-9>

- Johnsdotter, S. Essén, B. (2016). Cultural change after migration: Circumcision of girls in Western migrant communities, *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, Volume 32, April 2016, p. 15-25. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26644059>
- Kane, H. et al. (2018). Quelle éducation à la sexualité pour la santé des jeunes en Afrique ? *S.F.S.P. Santé Publique* 2018/3 Vol. 30, 295-296. <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-3-page-295.htm>
- Lapauw, F. (2020). Présentation Powerpoint dans le cadre du travail de fin d'études de Flore Lapauw, KAP GYN BE Preliminary results. Connaissances, attitudes et pratiques des gynécologues belges au sujet des mutilations génitales féminines. Promotrice : D^{re} Daelemans, Copromotrice : D^{re} Vercoutere, Université Libre de Bruxelles (*étude en cours*).
- Le Talec et al. (2020). La Promotion de la santé au prisme du genre – Guide théorique et pratique, Rennes : Presse de l'EHESP.
- Lien, I.L., Schultz, J.H. (2013). Internalizing knowledge and changing attitudes to female genital cutting/mutilation. *Obstet Gynecol Int* 2013;2013:1–10.
- Médecins du monde (2019). Hub humanitaire Bruxelles - Rapport d'activité à la Région de Bruxelles – Capitale.
- Nicaise, I., Schockaert, I., Bircan, T. (2019). The uncounted poor in EU-SILC: a statistical profile of the income and living conditions of homeless people, undocumented immigrants and travellers in Belgium, in: Gaisbauer H. P. & Schweiger G. (eds.), *Absolute Poverty in Europe: Interdisciplinary Perspectives on a Hidden Phenomenon*, Bristol: Policy Press, pp. 73-96.
- Obermeyer, C.M. (2005). The Consequences of Female Circumcision for Health and Sexuality: An Update on the Evidence, *Culture, Health & Sexuality*, Vol. 7, No. 5, Themed Symposium: Female Genital Cutting (Sep. - Oct., 2005), pp. 443-461, Taylor & Francis, Ltd. & <http://www.jstor.org/stable/4005474>
- Observatoire de la santé et du social Bruxelles (2019). Résumé Baromètre social rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2019. https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/rapport-pauvrete/barometre-welzijnsbarometer/barometre_social_2019-resume.pdf

- O'Neill, S., Dubourg, D., Florquin, S., Bos, M., Zewolde, S., Richard, F. (2017). "Men have a role to play but they don't play it": A mixed methods study exploring men's involvement in Female Genital Mutilation in Belgium, the Netherlands and the United Kingdom: Summary. Men Speak Out Project, Brussels. https://www.researchgate.net/publication/321214035_Men_have_a_role_to_play_but_they_don't_play_it_A_mixed_methods_study_exploring_men's_involvement_in_Female_Genital_Mutilation_in_Belgium_the_Netherlands_and_the_United_Kingdom_Men_Speak_Out
- Organisation mondiale de la santé (2016). WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation. <https://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/management-health-complications-fgm/en>
- Organisation mondiale de la santé (2018). Care of girls and women living with female genital mutilation - A clinical handbook. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/health-care-girls-women-living-with-FGM/en>
- Organisation mondiale de la santé (s.d). Mutilations sexuelles féminines. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>
- Organisation mondiale de la santé (s.d). Thèmes de santé – santé sexuelle. https://www.who.int/topics/sexual_health/fr/ [en ligne]
- Palm, C., Essén, B. & Johnsdotter, S. (2019). Sexual health counselling targeting girls and young women with female genital cutting in Sweden: mind–bodydualism affecting social and health care professionals' perspectives, *Sexual and Reproductive Health Matters*, 27:1, 192-202, DOI : 10.1080/26410397.2019.1615364.
- Patoulidis, A. (2018). Les Mutilations Génitales Féminines en Belgique : Évaluation des attentes et besoins médicaux des patient(e)s concerné(e)s afin d'élaborer une démarche adéquate de détection, accompagnement, thérapie et prévention en Médecine Générale [Mémoire de fin d'études], Université libre de Bruxelles.
- Patoulidis, A. (2016). Les Mutilations Génitales Féminines en Belgique : Évaluation de la situation actuelle des connaissances et pratiques en Médecine Générale - Proposition d'une approche de dépistage, traitement, suivi et prévention. [Mémoire de fin d'études] Université libre de Bruxelles.

- Pinaud, C. (2019). La migration des femmes en lien avec les mutilations génitales féminines - Inégalités de genre au prisme d'un parcours de lutte pour l'accès à une santé sexuelle et pour une libération de la parole des femmes, PMS 302 – Projet de mémoire Master Sciences, Technologies, Santé Mention Santé Publique - Promotion de la Santé, [Mémoire de fin d'études], Université de Bordeaux, ISPED.
- Réseau Santé mentale en Exil (2018). GUIDE : Accès à l'aide en santé mentale pour personnes exilées en région bruxelloise. http://www.aidealajeunesse.cfwb.be/index.php?eID=tx_awsecured&u=0&g=0&hash=f89418a2a71df30b15bba0c3c813f8e637c0aee5&file=fileadmin/sites/ajss/upload/ajss_super_editor/DGAJ/Documents/MENA/24._Ulysse_guide_sante_mentale__003_.pdf
- STATBEL (2020, juillet). <https://statbel.fgov.be/fr/themes/emploi-formation/marche-du-travail/emploi-et-chomage#news>
- Wahlberg, A. et al. (2018). From sameness to difference: Swedish Somalis' post-migration perceptions of the circumcision of girls and boys, *Culture, Health & Sexuality*, DOI. 10.1080/13691058.2018.1502472.

LEXIQUE

- *Demande de protection internationale* – Une demande de protection internationale, ou demande d'asile, est faite à un État afin de protéger une personne ayant subi des persécutions ou à risque de persécutions et jugeant que sa vie, sa sécurité ou sa liberté sont menacés en cas de retour dans son pays d'origine.
- *Désinfibulation* – Pratique consistant à ouvrir l'orifice vaginal rétréci d'une femme infibulée, ce qui est souvent nécessaire pour améliorer la santé et le bien-être ainsi que pour permettre les rapports sexuels pénétratifs ou faciliter l'accouchement.
- *Dysménorrhée* – Terme médical désignant les crampes menstruelles, règles douloureuses.
- *Excision* – Mutilation génitale de type 2 selon la typologie de l'OMS, concerne l'ablation des petites lèvres, et/ou l'excision des grandes lèvres, avec ou non une ablation du gland du clitoris. Terme habituellement utilisé dans la langue française pour désigner tous les types de mutilations génitales féminines.

- *Groupe d'experts sur la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique (GREVIO)* - Organe spécialisé indépendant qui est chargé de veiller à la mise en œuvre, par les Parties, de la Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique, dite « Convention d'Istanbul »).
- *Hub humanitaire* – Lieu d'accueil de personnes migrantes vulnérables situé à proximité de la Gare du Nord à Bruxelles. Mis en place en septembre 2017 à l'initiative de plusieurs associations, le Hub offre des services multidisciplinaires (médicale, santé mentale, accompagnement socio-administratif).
- *Infibulation* – Accolement et suture des grandes lèvres de la vulve, avec ou sans ablation du gland du clitoris, laissant une petite ouverture pour que l'urine et les menstruations puissent s'écouler. Type 3 dans la typologie de l'OMS.
- *Littératie en santé* - La capacité d'accéder, de comprendre, d'évaluer et d'appliquer l'information de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer sa santé et celle de son entourage dans divers milieux au cours de la vie.
- *Mutilations génitales féminines (MGF)* – Toutes les interventions visant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes des femmes ou toute autre mutilation des organes génitaux féminins pratiquée à des fins non thérapeutiques.
- *Promotion de la santé* - Stratégie et actions visant à contribuer au changement social pour améliorer la santé de tou·te·s et réduire les inégalités de santé, en conférant aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur santé et d'améliorer celle-ci.
- *Reconstruction du clitoris ou Plastie clitoridienne* - Intervention ayant pour but d'aller chercher le corps clitoridien en profondeur pour le fixer au niveau cutané. L'aspect, la localisation et la sensibilité du « nouveau clitoris » ne correspondent pas au gland clitoridien qui a disparu mais les expériences cliniques et études constatent une amélioration de l'estime personnelle et de la vie sexuelle dans une majorité des cas.
- *Transgenre* - Une personne transgenre, ou trans, est une personne dont l'expression de genre et/ou l'identité de genre s'écarte des attentes traditionnelles reposant sur le sexe assigné à la naissance. Toutes les personnes transgenres ne se reconnaissent pas dans le système binaire homme/femme, c'est le cas des personnes non-binaires par exemple. Les personnes qui ne sont pas transgenre sont des personnes cisgenres.
- *Transmigrant·e·s* - Terme utilisé par les structures belges pour désigner les migrant·e·s ne désirant pas demander une protection internationale en Belgique et qui sont généralement en transit vers l'Angleterre.

ANNEXES

I. STRUCTURES MEMBRES ET PARTENAIRES DU RÉSEAU BRUXELLOIS MGF

(Coordination bruxelloise des Stratégies concertées de lutte contre les MGF)

Mise à jour en avril 2020

- GAMS Belgique – *coordination du Réseau pour les volets Promotion de la Santé et Action sociale*
- AWSA-Belgium (Arab women's solidarity association Belgium)
- CBPS (Promotion santé Bruxelles)
- CeMAViE, centre 320 rue Haute, CHU St Pierre
- Centre d'expertise et de ressources pour l'enfance (CERE)
- Coordination régionale violences basées sur le genre
- CPAS d'Etterbeek
- Droits des enfants international (DEI) (collaboration)
- Fédération des centres de planning du FPS
- Fédération laïque des centres de planning familial
- Femmes & santé
- Free Clinic
- Garance asbl
- Intact (activités en veille)
- Le Monde selon les femmes
- Médecin généraliste, Athéna Patoulidis
- Médecins du monde
- Plan International Belgique
- Planning familial des Marolles
- Planning familial du Karreveld
- Plateforme prévention Sida
- Police zone Midi
- Promo santé médecine générale (PSMG)
- SASB Siréas
- Service droit des jeunes Bruxelles
- SSM Ulysse
- Woman Do

II. STRUCTURES REPRÉSENTÉES LORS DE LA RÉUNION DE CONCERTATION SUR LA MÉTHODOLOGIE DU DIAGNOSTIC COMMUNAUTAIRE (JUN 2018)

- AWSA-Be
- Cultures & Santé
- Femmes & santé (Réseau femmes, genre et promotion de la santé)
- GAMS Belgique
- Observatoire sida/sexualités
- Planning familial des Marolles
- Planning familial du Karreveld/Berchem St Agathe
- Plateforme VIH/sida
- Questions Santé

III. GRILLE POUR ENTRETIENS ET FOCUS GROUPS (SIMPLIFIÉE)

THEMES	QUESTIONS
Intro Santé	
<i>Le regard que la personne porte sur sa santé et santé sexuelle, sa qualité de vie</i>	• C'est quoi, pour vous, être en bonne santé ? • Que pensez-vous de votre santé ? • Qu'est-ce qui vous empêche d'être en bonne santé ? • Qu'est-ce qui vous permet/aide à être en bonne santé ? • À qui vous adressez-vous lorsque vous avez une question relative à votre santé globale ? • Quand vous êtes malade ou si vous ne vous sentez pas bien, qu'est-ce que vous faites ? (Si elles font rien, pourquoi ? Vers qui elles vont pour se soigner, avoir des informations)
<i>Les freins et les choses qui facilitent l'accès au lieu</i>	• Vous vous sentez bien accueillie dans ce lieu ? Vous y allez seule ou un-e amie, un-e partenaire ou un-e enseignant-e ?
Intro SSR	
<i>Les freins et les choses qui facilitent l'accès au lieu</i>	• Qu'est-ce pour vous la santé sexuelle et reproductive ? (<i>santé touchant à la vie intime, l'intimité des femmes, la sexualité et la grossesse, l'accouchement, les règles...</i>) • Êtes-vous satisfaite avec votre santé sexuelle et reproductive ? Votre sexualité ? • À qui vous adressez-vous lorsque vous avez une question relative à votre santé sexuelle / sexualité ? • Qu'est-ce que cela veut dire pour vous d'avoir une sexualité épanouie ?
Connaissance contraception et IVG	
<i>Les freins et les choses qui facilitent l'accès au lieu</i>	• Quels différents types de contraception connaissez-vous ? (les lister/montrer si elles ne répondent pas spontanément) • Savez-vous où aller si vous voulez avoir une méthode contraceptive ? Si vous avez des problèmes d'ordre sexuel ? • Savez-vous où aller si vous souhaitez interrompre une grossesse, faire un avortement (IVG) ? • Connaissez-vous un centre de planning familial ?
VIH / IST, dépistage	
	• Savez-vous où aller si vous pensez que vous avez peut-être le VIH ou une infection sexuellement transmissible (herpès, chlamydia, hépatite...)

THEMES	QUESTIONS
<i>Les freins et les choses qui facilitent l'accès au lieu</i>	• Connaissez-vous le centre Elise ?
MGF général	
<i>Quelle est la connaissance des femmes sur les MGF ?</i>	• Les MGF sont-elles pratiquées dans votre communauté d'origine ? • Pensez-vous que les MGF sont également pratiquées en Belgique ? • Connaissez-vous les différents types de MGF ? • Savez-vous dans quels autres pays les MGF se pratiquent ?
<i>Avis sur les MGF</i>	• Que pensez-vous des MGF ? • Si vous aviez une fille, souhaiteriez-vous qu'elle soit excisée ? • En Belgique, dans votre pays d'origine ?
<i>Stigmatisation ?</i>	• En avez-vous déjà parlé à votre mari/partenaire ? • Connaissez-vous une association spécialisée dans la prise en charge des femmes victimes d'excision ou des filles à risque ? • Connaissez-vous l'asbl GAMS Belgique ? • Connaissez-vous l'asbl INTACT ? (association qui aide avec les questions juridiques) • Connaissez-vous CeMAViE ? (Le centre médical pour les femmes excisées, hôpital St.Pierre)
<i>Les freins et les choses qui facilitent l'accès au lieu</i>	• Avez-vous déjà fait appel à un tel service ? • Est-ce que vous avez déjà parlé de l'excision avec d'autres professionnel-le-s : un-e médecin généraliste ? un-e psychologue ? un-e gynécologue ? Dans un centre de planning familial ? Avez-vous déjà parlé de l'excision avec un-e autre professionnel-le ?
Violences entre partenaires	
<i>Les freins et les choses qui facilitent l'accès au lieu</i>	• Savez-vous où aller si vous avez des problèmes dans votre couple ? Avez-vous déjà parlé de problèmes dans votre couple avec un-e professionnel-le ? • Connaissez-vous (l'existence) une association pour femmes victimes de violences dans le couple ? / Savez-vous où une femme victime de violences dans son couple peut aller ?
Violences sexuelles	
	• Les violences sexuelles sont-elles une préoccupation/priorité pour vous et vos amies ? En entendez-vous parler dans votre entourage ?

THEMES	QUESTIONS
	• Connaissez-vous une association pour femmes victimes de violences sexuelles ? / Savez-vous où une femme victime de violences sexuelles peut aller ? Comment connaissez-vous ce service ?
Mariage forcé	
<i>Les freins et les choses qui facilitent l'accès au lieu</i>	• Si vous êtes mariée, avez-vous pu choisir votre mari ? • Savez-vous où une personne peut se rendre si elle a des doutes par rapport à son futur mariage ? Si elle ne souhaite pas se marier ? (Si elle subit des pressions de la part de sa famille pour se marier) • Connaissez-vous une association d'aide aux femmes et filles victimes ou à risque de mariages forcés ? Comment connaissez-vous ce service ?
Services de santé	
<i>Les freins et les choses qui facilitent l'accès au lieu</i>	• Savez-vous où aller pour voir un-e gynécologue ? • Y allez-vous ? Si non, pourquoi pas ? • Savez-vous où vous pouvez aller pour voir un-e psychologue ? (Quels centres connaissent-elles ?)
Sexualité et/ou orientation sexuelle	
	• Savez-vous où aller si vous avez des questions par rapport à votre sexualité ? • Voir un-e sexologue ? • Savez-vous où une personne peut aller pour parler de son homosexualité ou orientation sexuelle ?
Prostitution	
	• Savez-vous où une personne peut aller si elle souhaite parler de la prostitution / de l'échange de services sexuels contre argent/nourriture/logement/services ? • Connaissez-vous des personnes qui choisissent ou sont obligées d'échanger du sexe contre un logement, de la nourriture, de l'argent, ou des services ? Dans votre communauté ?
BESOINS spécifiques	
<i>MGF : Quels sont les besoins en matière de prise en charge des problèmes de santé, problèmes de sexualité, des conséquences psychologiques ?</i>	• Avez-vous déjà entendu parler de la reconstruction du clitoris ? • Avez-vous déjà entendu parler de la désinfibulation (fonction du pays d'origine) • Avez-vous déjà entendu parler de la sexologie pour les femmes ayant été excisées ?
<i>Questionnements par rapport à la SSR</i>	• Parmi les choses dont on a parlé aujourd'hui, est-ce qu'il y a des sujets dont vous aimeriez plus parler, sur lesquels vous auriez besoin plus d'informations ? • Comment pensez-vous qu'on peut améliorer la santé sexuelle des femmes... (d'origine de X, migrantes, sans-papiers...) à Bruxelles ?

IV. PROFESSIONNEL-LE-S RENCONTRÉ-E-S

1. Equipe de CeMAViE (gynécologue, sage-femme, psychologue, sexologue), CHU St.Pierre 26/11/2019.
2. Equipe du GAMS Belgique (19 personnes de l'équipe sociale, psychologique, animation, direction, secrétariat, communication. 4 antennes représentées), 19/11/2019.
3. Priscilla Fligitter - Medical Officer et Kim Keatings, sage-femme bénévole, à Médecins du monde Belgique, 7/1/2020.
4. Maureen Louhenapessy, directrice adjointe, et Trésor Kouadio, responsable de projet, Plateforme prévention Sida, 25/2/2020.
5. D^{re} Anneke Vercoutere, gynécologue à Erasme, 7/5/2020.
6. D^r Martin Caillet, gynécologue au CHU St Pierre, 4/9/2020.
7. Feven Tsehay Tekle, animatrice communautaire et traductrice en tigrinya et amharique, GAMS Belgique, 8/9/2020.
8. Carolina Niera Vianello, infirmière sociale au GAMS Belgique, 16/2/2021.
9. Fabienne Richard, directrice du GAMS Belgique, échanges écrits courant 2020 et 2021.

STRATÉGIES
CONCERTÉES
MGF



GAMS 
BELGIQUE - BELGIË

