

Mme la présidente.- La parole est à Mme Sidibé.

Mme Fatoumata Sidibé (DéFI).- Les auditions qui se tiendront seront très importantes pour avancer concrètement. Quant à l'outil de récolte de données, il est indispensable pour obtenir des profils. Vous dites que la ligne d'écoute téléphonique est ouverte 24 heures sur 24, mais je crois que vous confondez avec celle consacrée aux violences conjugales. La ligne du Réseau mariage et migration fonctionne plutôt par plages horaires. Pour l'instant, les réseaux se relaient entre eux, mais l'élargissement des plages horaires a bel et bien permis l'augmentation des appels.

Les besoins en hébergement spécifique doivent être analysés. C'est une question fondamentale, car les acteurs de terrain se trouvent parfois à amener de jeunes, voire très jeunes filles au Samu social. Ces informations sont issues non seulement du secteur, mais aussi de votre réponse à l'une de mes questions écrites.

Il faut avancer, la volonté est là. La question des mariages forcés est à replacer dans le contexte plus large des violences conjugales et intrafamiliales. Même si hébergement il y a, les mesures que vous prenez actuellement, en tant que ministre du Logement, en octroyant des points de priorité aux victimes permettront de dégager des pistes. Je me réjouis donc de ces auditions et de revoir ici non seulement le Réseau mariage et migration, mais aussi d'autres partenaires, avec un plan précis. Je pense d'ailleurs qu'ils ont bien compris le message.

Mme la présidente.- L'incident est clos.

La séance est suspendue à 11 h 49.

La séance est reprise à 14 h 15.

*(Présidence de Mme Michèle Carthé,
première vice-présidente)*

**L'ÉTUDE CONCERNANT LES FEMMES ET FILLES VICTIMES
DE MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES EN RÉGION
BRUXELLOISE**

DE MME FATOUMATA SIDIBE

**A MME CELINE FREMAULT, MINISTRE EN CHARGE
DE L'ACTION SOCIALE ET DE LA FAMILLE**

Mme la présidente.- La parole est à Mme Sidibé.

Mme Fatoumata Sidibé (DéFI).- Nous manquions de chiffres actualisés en matière de prévalence des mutilations génitales féminines (MGF) en Belgique.

La récente étude menée par l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes et le Service public fédéral (SPF) Santé publique nous donne une estimation pour 2018 : 17.273 femmes et filles sont déjà probablement excisées et 8.644 sont intactes, mais courent le risque de l'être.

Ce sont des chiffres à mettre en lien avec ceux de 2007 et 2012, qui recensaient 13.112 femmes très probablement excisées et 4.084 à risque. L'augmentation est significative, mais sans surprise pour le secteur et pour moi, qui suis implantée dans les communautés dont ressortent ces personnes. Il ressort de ma connaissance du terrain et de mes contacts avec certaines communautés concernées que de nouvelles populations sont arrivées en Belgique et proviennent de pays où l'excision est pratiquée. J'ai déjà exprimé ces craintes dans plusieurs interpellations

Les associations spécialisées ne semblent pas étonnées par ces informations. L'étude confirme que l'augmentation du nombre de femmes probablement déjà excisées s'explique

par le fait qu'elles sont originaires d'Indonésie (23% d'augmentation), ainsi que par l'arrivée depuis 2012 de primo-arrivantes venant de Guinée (51% d'augmentation) et de Somalie (36% d'augmentation). Les autres pays d'origine de primo-arrivantes sont l'Irak (7% d'augmentation), ainsi que des pays de la Corne de l'Afrique (Égypte, Djibouti, Éthiopie et Érythrée), la Côte d'Ivoire, la Sierra Leone et le Burkina Faso. J'ai aussi de nombreux contacts avec des Ivoiriens et des Ivoiriennes, et beaucoup ignorent que l'excision est interdite en Belgique.

Pour les filles à risque, l'augmentation est due aux naissances en Belgique de filles nées de mères d'origine guinéenne, somalienne et indonésienne. Les autres pays concernés sont Djibouti, l'Égypte et la Sierra Leone, avec environ 2% d'augmentation pour chacun des pays.

La Région de Bruxelles-Capitale, la province d'Anvers et la province de Liège accueillent le plus de filles et de femmes concernées. La Flandre est la Région qui accueille le plus de personnes, avec 11.000 filles et femmes excisées ou risquant de l'être, contre 8.000 en Région bruxelloise et 5.500 en Région wallonne.

Un autre élément inquiétant est apparu, avec la publication, le 5 mars 2018, d'un article de la revue médicale en ligne MediQuality intitulé « Des mutilations génitales féminines sont également pratiquées par des médecins dans notre pays ». On se doute bien que le temps des vacances est le temps des couteaux, mais la piste de Londres que j'avais déjà avancée semble se préciser. C'est une destination prisée parce que, semble-t-il, des cliniques privées et des médecins privés y pratiqueraient l'excision.

L'article avance - et c'est un coup de poing dans le ventre - que sous couvert de correction vaginale, des médecins pratiqueraient l'excision sunnite, consistant en l'ablation du capuchon du clitoris, dans notre pays. Selon ces médecins, il ne s'agirait pas d'une clitoridectomie et cet acte ne violerait donc pas la loi.

L'article mentionne aussi comme justification que c'est pour venir en aide aux personnes en détresse et leur éviter ainsi la pratique cruelle de la lame de rasoir ou de la table de cuisine que ces interventions seraient pratiquées. Il nous apprend également qu'il n'est pas donné suite aux demandes des mères qui exigent une mutilation complète impliquant l'ablation complète ou partielle du clitoris, et parfois aussi des petites lèvres, car ce ne serait pas éthique, et donc contraire à la déontologie.

Il est assez terrifiant et révoltant de se dire qu'ici, les filles ne sont pas forcément à l'abri. Il n'y a pas d'excisions minimalistes et, au nom d'un certain « relativisme culturel » - que je nomme personnellement « racisme à rebours » -, on renvoie parfois certaines filles et femmes à des traditions violant leurs droits les plus élémentaires.

Pour preuve, en 2016, dans un article du Journal of Medical Ethics, deux gynécologues américains avaient même émis l'idée horrible de légaliser l'excision minimaliste afin de pallier le « manque de sensibilité culturelle de l'Occident et de respecter certaines obligations culturelles et religieuses sans mettre en danger la santé et le fonctionnement des organes génitaux des femmes ».

Concernant l'article de MediQuality, il n'y a pas de fumée sans feu. Ainsi, une enquête sérieuse devrait être menée au sujet de ces soupçons d'excisions minimalistes. Il faut passer à la vitesse supérieure et renforcer la vigilance en matière de prévention et de protection des filles encourant des risques de mutilations génitales. Il faut intensifier les formations des intervenants médicaux et sociaux, car le phénomène reste méconnu. Il faut par ailleurs soutenir davantage le monde associatif en matière de sensibilisation, d'information et de prévention.

En effet, si certaines personnes minimisent la portée de la loi, d'autres ignorent ou feignent d'ignorer que les MGF sont interdites en Belgique. Il faut donc intensifier la prévention et mettre en place des mécanismes de détection des risques.

En matière de prévention auprès des familles des fillettes exposées, je me réjouis du projet pilote initié avec l'Office de la naissance et de l'enfance (ONE) et le Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles (GAMS), visant à sensibiliser, dans les locaux de l'ONE, les mères issues des pays à risque via des animatrices communautaires. Ce n'est cependant pas suffisant.

Une mesure prise par le Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides (CGRA) existe déjà à petite échelle. En matière d'asile, sur la base d'un risque d'excision, le statut de réfugié en Belgique peut être reconnu à une fillette intacte et à sa famille.

Afin de s'assurer que l'enfant ne subira pas de MGF après avoir reçu le statut de réfugié, le Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides (CGRA) a mis en place un mécanisme de prévention. La personne responsable, ou les personnes responsables, signent un engagement sur l'honneur et s'engagent chaque année à envoyer un certificat médical prouvant que la petite fille est intacte.

Certains pays européens ont rendu un contrôle médical obligatoire avant et après les voyages en cas de risque d'excision, mais aussi lors des visites médicales scolaires. L'étude montre que les besoins de prévention et de prise en charge médico-sociale sont très importants en Belgique.

Au vu des éléments de l'étude et des soupçons avancés par cette revue médicale en ligne, j'aimerais savoir si une concertation est prévue entre les secteurs concernés sur le renforcement des moyens de prévention des MGF.

La question de l'examen des organes génitaux externes comme moyen de prévention et/ou d'identification de violences sexuelles et de MGF est-elle à l'ordre du jour ? Dans ses recommandations, l'étude préconise qu'un séminaire réunissant des experts nationaux et européens (éthique, pédiatrie, médecine légale, droits de l'enfant, services de prévention de la petite enfance, médecine scolaire) soit organisé afin d'analyser la place de l'examen des organes génitaux externes dans la prévention et la protection des filles à risque et de décider de manière concertée quelle sera l'approche choisie par la Belgique.

Des contacts ont-ils été pris avec d'autres pays européens concernant l'obligation de procéder à un examen régulier des petites filles exposées ou qui partent et reviennent de vacances ?

Quelle concertation y a-t-il avec les différents niveaux de pouvoir pour avancer conjointement sur ce dossier ? En effet, une décision doit valoir pour l'ensemble du pays sinon les familles qui déménagent risquent de ne pas bénéficier de suivi.

Est-il envisageable que cette concertation soit menée par l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes (IEFH), compétent pour le suivi de l'application du plan d'action national (PAN) relatif aux violences, et également mandaté pour réunir les administrations et cabinets des différentes entités fédérées ?

Qu'en est-il des campagnes d'information à large échelle ? Le milieu associatif ne parvient pas à toucher tous les milieux et certains ignorent, ou feignent d'ignorer, l'interdiction légale de l'excision en Belgique. Il faut le leur rappeler et insister. Certaines femmes ne savent même pas qu'elles ont été excisées. Il est nécessaire d'utiliser les canaux classiques comme la télévision et la radio et il faut diffuser l'information dans les hôpitaux et les centres médicaux. Il faut aussi faire connaître les deux nouveaux centres.

(Applaudissements)

Mme la présidente.- La parole est à Mme El Yousfi.

Mme Nadia El Yousfi (PS).- Je souhaitais, au nom de mon groupe, intervenir dans ce débat qui nous permet de faire le point sur les mesures de prévention et les campagnes de sensibilisation.

Comme nous le savons tous, depuis des années, plusieurs campagnes de sensibilisation en vue de lutter contre les MGF sont mises sur pied. Malgré cela, le phénomène semble s'accroître. Les chiffres qui viennent d'être cités, sont en effet interpellants, surtout quand on sait que les MGF sont par ailleurs interdites en Belgique et peuvent faire l'objet de poursuites pénales. L'article 409 est clair sur ce point. On peut estimer que la tolérance zéro reste de mise, mais le changement de mentalité ne se décrète pas. C'est sur ce plan que le travail essentiel se poursuit, sur le long terme.

Malheureusement, on ne peut que constater que les mécanismes mis en place au niveau de la prévention et de la protection des filles et des femmes victimes ou à risque de MGF sont à ce jour insuffisants.

Les professionnels de première ligne (hôpital, ONE, services de promotion de la santé à l'école) sont la première source de signalement, suivis par les familles et leurs proches, d'où l'importance de la formation des professionnels et du travail de prévention avec les communautés.

De plus, faire agir les médecins généralistes et le personnel soignant, qui sont souvent en première ligne face aux victimes potentielles de mutilations génitales, relève du bon sens et du devoir afin d'assurer une protection à toutes les femmes. Même si les balises de la formation proposée aux médecins sont solides, mon groupe souhaite rappeler toute l'importance de prendre le temps d'examiner les patientes, d'écouter leur histoire et de rédiger un rapport circonstancié.

Par ailleurs, il est primordial de travailler avec les pères, les maris et tous les hommes pour lutter contre les MGF. Il faut les sensibiliser et leur faire prendre conscience des dangers et des effets délétères pour la santé de leur fille, sans oublier la souffrance et la violence infligées.

Les mères jouent aussi un rôle important. C'est pourquoi la création d'espaces de parole entre celles qui ont subi des mutilations génitales est fondamentale.

Au niveau de la Région, comme vous le savez, la secrétaire d'État chargée de l'égalité des chances, Mme Bianca Debaets, finance depuis plusieurs années des formations sur la question des mutilations génitales à destination du personnel soignant de première ligne. Depuis juin 2015, 233 formations ont été dispensées. Elles se focalisent sur la prévention, le renforcement de l'accueil et la protection des victimes potentielles de mutilations génitales, en insistant auprès des parents de victimes potentielles sur les risques de telles pratiques.

Les médecins ont pu disposer de kits leur permettant d'encadrer au mieux les victimes potentielles et leurs parents, et d'évaluer ceux qui étaient le plus susceptibles de pratiquer cet acte une fois arrivés dans leur pays d'origine.

Je souhaiterais donc savoir si une concertation avec Mme Debaets est en cours ou prévue sur les formations mises en place, plus particulièrement sur le volet de la prévention ?

(Mme Julie de Groot, présidente, reprend place au fauteuil présidentiel)

(Applaudissements)

Mme la présidente.- La parole est à M. Kompany.

M. Pierre Kompany (cdH).- Bien qu'il s'agisse d'une estimation indirecte de la prévalence sans examen médical, les résultats de cette étude sont, en effet, interpellants. Dans

notre Région, plus de 8.000 filles et femmes seraient excisées ou en risque de l'être.

L'augmentation constante de la population concernée par les MGF par rapport aux précédentes études de 2007 et 2012 s'explique par l'accueil entre 2012 et 2016 de primo-arrivantes issues des pays concernés par les MGF et par les naissances au sein des communautés concernées. Selon les données récoltées, la Guinée, la Somalie, l'Égypte, l'Éthiopie et la Côte d'Ivoire sont les cinq pays les plus représentés au sein de la population féminine concernée en Belgique.

Au Kenya ou encore en Guinée, la législation interdit les mutilations génitales. Pourtant, l'excision continue d'être exercée dans ces pays. C'est pourquoi la lutte contre cette pratique, essentiellement rituelle et coutumière, doit passer par un travail de prévention. Il faut communiquer, éduquer, changer les comportements... En cela, cette étude peut être une base pour évaluer les besoins en termes de prévention et de prise en charge de cette population cible.

D'ailleurs, l'étude apporte plusieurs recommandations. L'une d'elles, particulièrement intéressante, propose que la question de l'examen des organes génitaux externes comme moyen de prévention et/ou d'identification de violences sexuelles et mutilations génitales, soit abordée lors d'un séminaire réunissant des experts nationaux et européens (en éthique, pédiatrie, médecine légale, droits de l'enfant, services de prévention de la petite enfance, médecine scolaire, etc.).

L'objectif est évidemment de décider d'une approche de prévention et de protection cohérente pour la Belgique. Néanmoins, cela ne relève pas des compétences de la Commission communautaire française.

Madame la ministre, connaissant votre détermination à arriver à l'élimination de cette dégradation humaine, devrions-nous redire, au risque de nous répéter, que le bénéfice généré par les luttes sociales passées et présentes pour la qualité de vie et le respect de cette vie sous toutes ses formes, devrait nous rappeler que toute souffrance soumise ou imposée à l'autre est absolument interdite et punissable ? Lorsque l'enfance est atteinte, nous ne pouvons rester immobiles ou pratiquer la politique de l'autruche.

Les campagnes de prévention, notamment pour faire connaître l'existence du centre accrédité CeMAVIE au CHU Saint-Pierre, sont plus envisageables à notre niveau.

Cependant, là encore, c'est une autre ministre qu'il faudrait interpeller. C'est pourquoi, je me bornerai à vous poser deux questions.

Avez-vous pris connaissance des résultats de cette étude ?

Des concertations à ce sujet avec le niveau fédéral ou avec les autres entités fédérées sont-elles envisagées ?

(Applaudissements)

Mme la présidente.- La parole est à Mme Fremault.

Mme Céline Fremault, ministre.- J'ai pris connaissance avec intérêt, mais aussi désolation, des derniers chiffres sur le nombre de filles et de femmes qui risquent d'être excisées en Belgique. Ces données proviennent d'une estimation réalisée par le GAMS à la demande expresse de l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes. Ils attestent de la prévalence des mutilations génitales depuis 2012.

Il y a cinq semaines, j'ai déjà réagi à cette étude à l'occasion d'une interpellation de Mme Teitelbaum sur le sujet. Le rapport est fondé sur une évaluation du nombre de filles et de femmes résidant en Belgique et qui ont été victimes de mutilations. Selon les associations de terrain - Intact, le GAMS et l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes

-, cette augmentation peut s'expliquer par l'arrivée, entre 2012 et 2016, de migrantes en provenance de pays où les mutilations sexuelles sont courantes et par les naissances survenues dans ces communautés.

Ces deux dernières années, la Belgique a connu une vague d'immigration de familles syriennes, irakiennes, somaliennes, érythréennes à très forte prévalence de MGF. Les naissances dans ces communautés vont évidemment augmenter le nombre de fillettes à risque.

Il faudrait interroger Mme Jodogne, ministre de la Santé, et écrire au SPF Santé publique pour dénoncer les agissements décrits par la revue MediQuality. Leur légalité doit être examinée au regard de l'article 409 du Code pénal. S'il apparaît que des mères se rendent à Londres en Eurostar pour aller faire exciser leur fille, il faut les dénoncer. Les personnes informées de ce type de faits doivent le signaler. Ces actes ne peuvent rester impunis.

Comme je l'ai expliqué récemment, j'ai pris l'initiative, avec Cécile Jodogne, de créer un double réseau social-santé spécifiquement bruxellois, grâce à un partenariat entre Intact et le GAMS et avec la participation d'autres associations comme la Free Clinic, le centre de planning familial des Marolles, Ulysse et d'autres.

La concertation entre les secteurs concernés et les associations spécialisées sur le renforcement des moyens de prévention est organisée et formalisée au sein de ce double réseau social-santé. Dans ce cadre, l'association Intact est soutenue via un agrément de trois ans en action sociale et le GAMS est soutenu depuis février 2018 en promotion de la santé.

Le double réseau bénéficie d'un budget total de 62.000 euros et se concentre sur les spécificités bruxelloises. Il a pour objet de favoriser le travail communautaire, intersectoriel et pluridisciplinaire, et de permettre aux associations membres de se concerter, d'appliquer des outils existants et de développer de nouveaux outils ou de nouvelles méthodes de sensibilisation.

La finalité du réseau en promotion de la santé est de promouvoir la santé, en particulier la santé et les droits sexuels et reproductifs des femmes et filles concernées par les mutilations génitales féminines. La finalité en action sociale est d'améliorer l'accès à une assistance sociojuridique de qualité des filles et des femmes exposées et de leur garantir sécurité et protection.

La réalisation d'un diagnostic communautaire de la santé sexuelle et reproductive des femmes est l'une des activités en promotion de la santé menées pour identifier les besoins spécifiques des communautés concernées par les MGF. En action sociale, l'objectif est d'établir une cartographie de tous les professionnels en contact avec le groupe cible et de faire un état des lieux de leur formation aux MGF, de leurs besoins et des mises à jour nécessaires. En partant de ce diagnostic, les membres définiront les priorités et feront une analyse de besoins avec les membres. Ce diagnostic communautaire et cartographique permettra d'identifier les lacunes. Des actions spécifiques seront menées pour y remédier.

À l'occasion de votre interpellation du mois de novembre, j'ai déjà partiellement répondu aux questions concernant l'examen des organes génitaux externes comme moyen de prévention ou d'identification des MGF, ainsi que concernant l'organisation d'un séminaire réunissant des experts nationaux et européens. Des recommandations avaient été formulées à ce sujet par les associations Intact et GAMS dès janvier 2014 au Parlement de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Comme je l'ai aussi souligné, leur application ne relève pas des compétences de la Commission communautaire française.

Les recommandations visaient à augmenter le nombre d'exams des organes génitaux externes des filles. En effet, le guide de médecine préventive ne prévoit toujours que quatre contrôles dans le cadre des consultations de l'Office de la naissance et de l'enfance (ONE), à l'âge de quinze jours, d'un mois, d'un mois et demi et de dix-huit mois. D'autre part, elles demandaient une large concertation avec les secteurs concernés et associations spécialisées sur les moyens de prévention, qui prennent en compte l'ensemble des aspects juridiques et éthiques liés à l'examen des organes génitaux.

Des médecins pratiquent cet examen de leur propre initiative, mais celui-ci n'est pas validé sur le plan institutionnel pour le moment. Les projets menés par le GAMS avec l'ONE permettent de renforcer le dialogue sur la demande de contrôle systématique en couches de l'ONE et Kind en Gezin.

L'examen systématique des organes génitaux comme moyen de prévention et d'identification est une demande des associations. C'était déjà le cas avant la publication de ladite étude.

Une proposition de loi a été déposée par la députée fédérale Els Van Hoof, CD&V, une première fois le 27 avril 2016 et vient d'être réintroduite le 27 mars dernier. Elle impose aux médecins de consigner systématiquement les faits de mutilation dans le dossier hospitalier, y compris le type de mutilation, le pays et la région d'origine de la patiente ou de la famille concernée. Une question relative à la réinfibulation figurerait aussi, désormais, dans le dossier hospitalier.

Un travail plus important de sensibilisation est en cours avec le secteur de la santé. La ministre De Block a répondu à cette demande du secteur en libérant, à la fin 2017, des fonds pour mettre en place un module de formation au sein des cursus de médecine.

S'agissant des contacts de la Belgique avec d'autres pays européens, je vous renvoie au niveau fédéral, car cela sort complètement des compétences de cette assemblée. Je ne dispose pas d'informations positives allant en ce sens. Je vous invite également à vous adresser à l'European Migration Network, un système d'enquête adapté en vue de rassembler des informations comparatives sur les questions précises des points de contact.

J'ai également répondu en mars à Mme Teitelbaum sur la question des campagnes d'information. Le double réseau s'est penché sur la pertinence de lancer une telle campagne à grande échelle. Plusieurs membres ont toutefois exprimé leurs craintes que ce type de campagne n'aboutisse à renforcer les préjugés à l'égard des personnes migrantes et à créer encore plus de préjudice et de dommages collatéraux pour les groupes de personnes à risque.

Le centre CeMAViE (Centre médical d'aide aux victimes de l'excision) mène plutôt des campagnes d'information ciblées auprès des communautés concernées.

Dans le but de sensibiliser et d'informer les groupes cibles, Intact a en outre créé et diffusé un outil sous la forme de passeports par lequel les familles sont informées du fait que l'excision est pénalisée en Belgique et s'engagent expressément à ne pas faire subir de mutilations génitales à leurs filles, ni de leur propre fait ni par leur famille, à l'occasion d'un voyage dans leur pays d'origine. Ces passeports existent dans plusieurs langues, y compris l'afar, l'arabe, le malinké, le moré, le poular et le somali. L'outil est consultable sur le site internet même de cette association.

Une campagne de communication à destination du grand public au moyen des canaux de télévision et de radio n'est pas le meilleur moyen d'atteindre les familles et ne fait pas l'unanimité au sein du secteur. L'augmentation du risque étant lié, pour la plupart, à l'installation de familles primo-arrivantes dans notre pays, il est même très incertain

qu'elles puissent être touchées par ce type de campagne de sensibilisation grand public.

Ce qu'il faut continuer de faire, c'est aller vers les associations les plus spécialisées qui travaillent sur le terrain de la migration, de la santé et du social pour que les groupes cibles soient directement touchés.

En ce qui concerne les formations financées par Mme Debaets depuis 2015, 233 ont été dispensées au personnel soignant de première ligne.

J'avais déjà, au mois de mars, dressé un état des lieux similaire à Mme Teitelbaum. Il faut évidemment rester attentif à l'évolution de la situation, mais nous faisons tout ce qu'il nous est possible de faire dans notre champ de compétences. S'agissant de la campagne de sensibilisation, les acteurs de terrain estiment qu'elle manquera sa cible et, pire, qu'elle stigmatisera les femmes migrantes.

Par ailleurs, je rappelle toujours l'obligation légale de dénoncer des faits qui ne respecteraient pas notre législation nationale. Toute information relative à des situations spécifiques ou des pratiques - comme le cas de cette famille en France arrêtée aux portes de l'Eurostar - doit être dénoncée.

Je n'exerce pas la compétence nécessaire pour activer quoi que ce soit à ce sujet. Je peux juste prendre des contacts en renvoyant à l'article et en invitant les uns et les autres à creuser les informations diffusées dans ce magazine.

(Applaudissements)

Mme la présidente.- La parole est à Mme Sidibé.

Mme Fatoumata Sidibé (DéFI)- Les prérogatives de la Commission communautaire française sont effectivement limitées. Le sujet relève plutôt de compétences éclatées à différents niveaux. Si des progrès sont réalisés, ces chiffres doivent néanmoins nous interpellier. Il est vrai que la plupart de ces femmes ont déjà été excisées dans leur pays d'origine. Il ne faut pas se leurrer, l'excision n'a pas diminué. Je crois qu'il y a vraiment un travail à faire.

Vous dites que le secteur n'est pas amateur de campagnes grand public de peur de stigmatiser certaines populations. C'est toujours la même rengaine. Je vais m'adresser au secteur. Des campagnes sont régulièrement menées à propos des violences faites aux femmes, du viol, de la lutte contre l'homophobie, etc. Des campagnes sur les MGF pourraient aussi être menées de façon intelligente.

Le problème, ce sont les rumeurs. Le monde associatif connaît depuis longtemps la piste londonienne mais il est difficile d'attraper les coupables. Sans un véritable contrôle régulier des organes génitaux externes des petites filles, il est difficile d'apporter des preuves. Même la revue en ligne MediQuality avance une série d'allégations. Il faut que des enquêtes soient menées pour arrêter ces violences.

Aujourd'hui, il y a un signal extraordinaire à lancer d'autant plus que de nombreuses populations sont repliées sur elles-mêmes, sans aucune chance d'être touchées par le milieu associatif avec lequel elles n'ont aucun lien. Le secteur fournit pourtant un travail de qualité et veut aller plus loin.

Je vous remercie pour vos réponses, en tout cas par rapport aux compétences de la Commission communautaire française. De mon côté, je vais continuer à explorer cette question.

Mme la présidente.- L'incident est clos.

QUESTION ORALE (SUITE)

Mme la présidente.- L'ordre du jour appelle la question orale de Mme Sidibé.