



GUIDE D'ÉDUCATION À LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

UN AUTRE REGARD SUR LES SENSIBILITÉS CULTURELLES

PAR HANAN BEN ABDESLAM



Volle Maan
expertisecentrum kraamzorg



GUIDE D'ÉDUCATION À LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

UN AUTRE REGARD SUR LES SENSIBILITÉS CULTURELLES

PAR HANAN BEN ABDESLAM



Volle Maan
expertisecentrum kraamzorg

V.U. Ann Demeulemeester, Familiehulp vzw, Koningsstraat 294, 1210 Brussel

REFERTE D/2012/8797/1

TABLE DES MATIÈRES

1	Introduction	5
2	Origine du projet	7
2.1	Fondements théoriques	7
2.2	Projet	8
2.3	Description du groupe cible	8
3	Savoir et savoir-être de l'éducateur	10
3.1	Profil de l'éducateur	10
3.1.1	Empathie et conviction	10
3.1.2	Valeurs et normes personnelles	10
3.1.3	Communication	11
3.1.4	Humour	11
3.1.5	Discussions ou conflits	12
3.1.6	Cadre sécurisant et intimité	12
3.2	Attitude de l'éducateur appropriée aux différences culturelles	13
3.2.1	Les "normes et valeurs occidentales" en regard des "normes et valeurs non occidentales" liées à la culture	13
3.2.1.1	Vision occidentale de la sexualité et de la santé reproductive	13
3.2.1.2	Vision non occidentale sur la santé sexuelle et reproductive	14
A.	L'avortement et ses chiffres	15
B.	Données tirées des cas étudiés	16
3.2.1.3	Conclusion	17

3.2.2	Éducation sexuelle dans un contexte culturel et religieux différent	17
	A. Études et enquêtes	18
	B. Parler de la sexualité	19
	C. Conclusion	20
	3.2.2.1 Aspects religieux et culturels : les différences	20
	3.2.2.2 Religion, sexualité et santé reproductive	21
	A. Christianisme	21
	B. Islam	22
	3.2.2.3 Spécificités culturelles des familles musulmanes	24
	A. Virginité et honneur de la famille	24
	B. Mutilations génitales	27
	C. Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et ses tabous	29
4	Déroulement du cours	31
4.1	Conseils pratiques	31
4.2	Résumé du guide	32
4.3	Le guide	35
4.3.1	Présentation de l'éducateur	35
4.3.2	Faire connaissance	35
4.3.3	Charte RIP (Respect, Interaction, <i>Privacy</i>)	36
4.3.4	Le thème des organes génitaux féminins et masculins	36
4.3.5	Le cycle menstruel et la fertilité	37
4.3.6	Options contraceptives et démonstration	38
4.3.7	Clôture et évaluation	39
	4.3.7.1 Tour de table et références	39
	4.3.7.2 Évaluation	39
5	Conclusion générale	40
6	Sources et références	41
7	Annexes	43
7.1	Rapport d'évaluation de la phase 2009 du projet	43
7.2	Contenu de la mallette Contraception	50

1 | INTRODUCTION

Un élément caractéristique des sociétés multiculturelles est la différence de bagage que possède chaque groupe d'individus. Ceux-ci grandissent et intègrent des valeurs, des normes et des messages véhiculés par leur propre culture.

En tant qu'éducateur, vous serez plus que probablement amené à entrer en contact avec des personnes appartenant à une culture différente de la vôtre.

Aborder le thème de la sexualité et de la santé reproductive, ce n'est pas forcément évident, surtout au sein de groupes issus d'une culture où les tabous en la matière pèsent encore lourdement.

Tenir compte des sensibilités culturelles dans une animation à la vie relationnelle, affective et sexuelle (EVRAS) nécessite une approche spécifique. L'éducateur se doit d'être averti s'il veut que les informations soient bien transmises et assimilées.

La rédaction de ce guide découle d'un intérêt et d'une motivation personnels immenses car, dans ma pratique de sage-femme, je suis souvent confrontée à l'ignorance, aux tabous et à leurs conséquences.

Les interrogations de mes collègues à ce sujet m'ont également encouragée.

L'objectif de ce guide :

L'objectif de ce guide est de vous éclairer dans votre façon de vous adresser à une population de jeunes et d'adultes, de diverses cultures et confessions religieuses. Le guide propose des outils pour aborder, par exemple, le thème du contrôle des naissances, tout en étant attentif aux tabous, aux barrières liées à la communication, à l'influence de la famille, ou encore aux valeurs et normes occidentales en regard des normes et valeurs non occidentales.

L'attitude et l'approche de l'éducateur sont fondamentales. Si le volet théorique parcourt dans les grandes lignes la sexualité et le contrôle des naissances sous l'angle de différentes cultures et religions, c'est uniquement dans un souci de clarté et non dans une intention d'insister sur ces cultures ou de les stigmatiser. Chaque éducateur doit d'abord prendre conscience de ses propres visions culturelles et religieuses

pour pouvoir ensuite tendre à une neutralité dans son discours. Nous partons du principe que ce dernier dispose d'une connaissance générale suffisante en matière de sexualité, de contraception et de contrôle des naissances pour pouvoir l'utiliser.

Les cas de figure sont principalement inspirés de divers contextes ethniques ou culturels et reflètent par conséquent une vision non occidentale. Toutefois, les exemples donnés peuvent tout autant s'appliquer à des personnes originaires d'Europe occidentale.

Le guide se divise en deux parties : une partie théorique et une partie pratique. Le premier volet 'Savoir et savoir-être de l'éducateur' explique les notions de base relatives aux sensibilités culturelles dans le cadre de l'éducation à la santé sexuelle.

Le chapitre intitulé 'Déroulement du cours' concerne la partie pratique de l'animation. Elle est étayée par le matériel visuel et didactique contenu dans la mallette Contraception.

En plus du guide et du résumé, la mallette Contraception, qui contient un large éventail de matériel visuel, est également mise à la disposition de l'éducateur.

J'aimerais remercier toutes les personnes qui, de manière directe ou indirecte, ont soutenu ce projet de quatre ans. Au terme d'un accouchement long et laborieux, je peux enfin vous annoncer la naissance de ce guide d'éducation à la santé sexuelle et reproductive qui porte un autre regard sur les sensibilités culturelles, ainsi que de la mallette Contraception qui l'accompagne.

Et aussi, je souhaite tout particulièrement dire merci à Muriel Vochten, ma responsable, pour son soutien, sa collaboration et son optimisme durant toutes ces années.

J'adresse également mes sincères remerciements à la *Vlaamse Gemeenschapscommissie* (VGC – Commission communautaire flamande) qui soutient ce projet, et en particulier à Madame la Ministre Brigitte Grouwels, membre du Collège de la VGC et, entre autres, chargée du Bien-être, de la Santé et de la Famille dans la Région de Bruxelles-Capitale. Tout comme je tiens à remercier ceux et celles qui m'ont aidée dans la rédaction de cet ouvrage : Isabelle de Sensoa, les partenaires bruxellois, les femmes qui ont été interviewées, les assistants, les médecins, les collègues, les stagiaires... , ainsi que tous les autres.

2 | ORIGINE DU PROJET

2.1 FONDEMENTS THÉORIQUES

En 2006, le centre d'expertise pour la naissance *Expertisecentrum Kraamzorg Volle Maan* menait une enquête sur les besoins des femmes (enceintes) en situation précaire dans Bruxelles, dans le cadre d'une étude de littérature et d'un inventaire des besoins des hôpitaux et organisations de la capitale. Il est apparu que la demande prioritaire était la sensibilisation des femmes (enceintes) précarisées aux méthodes de contraception.

Selon les rapports¹, Bruxelles possède le taux d'avortement le plus élevé en Belgique (une femme sur quatre).

Par ailleurs, des institutions de la région bruxelloise ont fait état, dans des rapports antérieurs, du grand nombre de patientes d'origine étrangère.

Une enquête² révèle également que sur la totalité des femmes qui ont recours à l'avortement dans un centre pratiquant l'IVG en Belgique, 40% sont d'origine étrangère.

Récemment, l'*Expertisecentrum Kraamzorg Volle Maan* a conduit une étude de littérature, avec la collaboration de la KULeuven. L'objectif était d'examiner l'influence du comportement en matière de contraception sur le pourcentage d'avortement au sein de la population d'origine étrangère, afin de proposer à l'avenir une aide préventive plus efficace et mieux adaptée. Une recherche systématique a conclu que le risque d'avoir recours à l'avortement est significativement plus élevé chez les femmes d'origine étrangère. Ceci est dû, en grande partie, à une moins bonne connaissance des méthodes contraceptives et à une mauvaise gestion des contraceptifs.

1 Rapport de la Commission nationale d'évaluation d'interruption volontaire de grossesse (2007).

2 Étude: *De vraag om zwangerschapsafbreking bij allochtone vrouwen in Vlaanderen* (Recours à l'interruption volontaire de grossesse chez les femmes allochtones en Flandre).
H. Neefs en S. Vissers, *Centrum voor medische sociologie en gezondheidsbeleid, K.U. Leuven*, 2004.

Nous pouvons en déduire que des facteurs principalement socio-économiques, culturels et religieux exercent une influence négative sur le comportement en matière de contraception des femmes d'origine étrangère. La constatation est également valable pour les femmes précarisées d'origine belge évoluant dans un contexte socio-économique défavorable. Les études européennes pointent également ce problème récurrent au sein des populations d'origine étrangère qui ont recours à l'avortement.

Ces facteurs sont responsables d'un risque accru de recours à l'avortement. Le besoin d'informer et d'accompagner de manière préventive et ciblée ce groupe de femmes à Bruxelles est manifeste.

2.2 PROJET

En 2008, après avoir concerté la VGC, Sensoa et plusieurs associations bruxelloises en contact avec les femmes (enceintes) en situation précaire à Bruxelles, l'*Expertisecentrum Kraamzorg Volle Maan* a introduit une demande de projet relative aux 'femmes (enceintes) en situation précaire à Bruxelles'.

Le projet s'est déroulé en plusieurs phases :

→ 2009 : élaboration d'un cours pilote sur base de matériel existant et d'expériences personnelles. Cette formule provisoire a été testée auprès de plusieurs associations bruxelloises en contact avec le groupe cible..

→ En 2010, le cours pilote a été soumis à une évaluation en regard des expériences vécues. Au cours de l'évaluation, de nouveaux besoins ont été soulevés parmi les femmes (enceintes) précarisées et inventoriés. Ces expériences ont fait l'objet d'un rapport (cf. annexe p. 59), avec l'aide de Sensoa. La vision des associations sur la contraception a également été formulée.

→ 2011 : finalisation d'un module standardisé des animations sur la contraception, dernier tour d'essai restreint et mises au point. Réalisation du guide, avec la collaboration de Sensoa.

→ 2012, la dernière phase du projet voit s'achever le guide, toujours avec la coopération de Sensoa. Dernière retouche au matériel didactique et à la mallette Contraception.

2.3 DESCRIPTION DU GROUPE CIBLE

Nous vivons dans une société multiculturelle et multiethnique. Même au sein des populations locales, il existe une variété de cultures. Une diversité qui s'est accrue ces dernières décennies au fil des différents flux migratoires. Il est – de plus en plus – difficile de décrire notre société actuelle, nouvelle et complexe aussi, à l'aide de concepts tels que "Belge" ou "non Belge", "allochtone", "autochtone", "nouveau Belge", "immigré", "primo-arrivant", ou encore de parler en termes de nationalités, ou de rapport "nous/eux".

Autant dire qu'il n'est pas évident de décrire le groupe cible de ce cours. Lors de la rédaction de ce guide, nous avons buté sur une multitude de termes censés décrire les femmes étrangères : "femmes allochtones", "immigrées, occidentales" ou non-occidentales, "femmes multiculturelles ou ethnoculturelles". Il est dès lors important que nous nous attardions un instant sur les définitions que nous utiliserons dans ce manuel.

Nous avons opté au départ pour le terme plus générique de 'femmes (enceintes) précarisées dans Bruxelles'.

Notre description du qualificatif 'précarisées' repose sur la définition donnée par *Kind en Gezin* au sujet des familles socialement précarisées :



“Les familles socialement précarisées sont des familles menacées de marginalisation ou vivant dans l’exclusion. Elles ont un accès réduit aux ressources socialement valorisées telles que l’emploi, le revenu, le logement, la scolarité, les soins de santé. Ce sont là cinq des six domaines auxquels nous faisons référence au sein de Kind en Gezin lorsqu’il est question d’inégalité des chances.

Dans le cas des familles allochtones, il faut tenir compte de deux facteurs supplémentaires qui amplifient le risque d’exclusion, à savoir la barrière linguistique et celle de la culture.”

Dans le cadre de ce projet, nous avons plus particulièrement retenu ces deux derniers éléments – la barrière linguistique et celle de la culture, responsables d’une plus grande difficulté d’accès à une information correcte pour certains groupes. Pour tenter de pallier au problème de la langue, un éventail de matériel visuel est à votre disposition dans la mallette pédagogique. Bien entendu, la présence d’un interprète peut également être envisagée si nécessaire. Pour ce qui est de la barrière culturelle, nous avons été très attentifs, dans ce guide, aux éléments culturellement sensibles.

Dans ce manuel, lorsque nous faisons usage des termes ‘allochtones’ et ‘autochtones’, nous nous reposons sur la définition donnée par l’organisme néerlandais *Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)*:

Allochtone: Personne dont un parent au moins est né à l’étranger.

Allochtone de la première génération: Personne née à l’étranger.

Allochtone de la deuxième génération: Personne née en Belgique, dont un parent au moins est né à l’étranger.

Allochtone non occidental: Allochtone dont le(s) pays d’origine se situe(nt) en dehors de l’Europe : Afrique, Amérique latine, Asie et Turquie.

Allochtone occidental: Allochtone dont le(s) pays d’origine se situe(nt) en : Europe, Amérique du Nord, Océanie, Japon et Indonésie.

Immigré: Personne originaire d’un pays étranger et venue s’établir en Belgique.

Autochtone: Personne dont les deux parents sont nés en Belgique.

Lorsque nous parlons des ‘femmes précarisées’, nous incluons aussi bien les femmes allochtones que les femmes autochtones. Dans le cadre de notre projet pilote et les évaluations, la population autochtone s’est avérée minoritaire.

Les études et les enquêtes montrent une grande lacune en éducation sexuelle et contraceptive surtout chez les femmes allochtones (de la première et de la deuxième génération) non occidentales. Et du côté des éducateurs, les formations et un matériel éducatif pour ce groupe cible spécifique font largement défaut.

Nous sommes convaincu que la mallette “Contraception” peut également être utilisée (en totalité ou en partie) en dehors de ce cadre, dans une optique d’informations et de prévention. Cela peut être dans les écoles, les mouvements de jeunesse, les centres d’accueil des demandeurs d’asile, les maisons médicales... Certaines parties peuvent aussi servir d’éléments de réponse à des questions individuelles.

3

SAVOIR ET SAVOIR-ÊTRE DE L'ÉDUCATEUR

3.1 PROFIL DE L'ÉDUCATEUR

Le profil de l'éducateur n'implique pas de diplôme spécifique pour ce module. Par contre, nous estimons important de spécifier le niveau de connaissance requis en matière de santé sexuelle et reproductive, et la juste attitude à adopter.

3.1.1 Empathie et conviction

Une des conditions de base pour animer une séance est de pouvoir parler facilement du sujet en faisant preuve d'empathie et de compréhension. Oser parler en public et poser des questions qui ont trait à la sexualité et oser exprimer un avis sans pour autant émettre un jugement sont des atouts. Faire preuve d'ouverture et de sincérité sont des éléments importants qui créent un climat de confiance.

En plus et bien qu'elles semblent évidentes la motivation et la conviction sont des qualités essentielles. La motivation se communique aux autres. Si on veut animer et motiver un groupe, il faut croire personnellement en ce que l'on donne. Cette conviction permet de dissiper la gêne des participants, qui se manifeste à coup sûr au début. Cette conviction permet de dissiper la gêne des participants, qui se manifeste à coup sûr au début.

3.1.2 Valeurs et normes personnelles

Il est très important de connaître ses valeurs et normes personnelles en matière de sexualité, de contraception, de religion et de relations.

En effet, il peut arriver qu'un participant pose des questions qui s'adressent personnellement à l'éducateur. Ce dernier ne doit jamais se sentir obligé de répondre. Par contre, il doit envisager ce cas de figure afin de pouvoir déterminer et respecter correctement ses propres limites.

De manière générale, veillez à donner des réponses franches et claires, en évitant toute forme de jugement et de discrimination. Comme nous l'avons déjà dit, faire preuve de tolérance, d'ouverture, pouvoir entendre le point de vue de l'autre est impératif pour permettre le dialogue.

Soyez conscient de vos propres filtres culturels et veillez à ne pas induire une supériorité de vos normes, de vos valeurs ou de votre conception personnelle de la relation et des rapports sexuels comparées aux autres. Cela permet d'éviter une attitude paternaliste. Préférez la voie du dialogue.

Entendez le point de vue de l'autre et soyez attentif aux questions culturelles importantes.

3.1.3 Communication

La langue

Il est important de savoir au préalable quels sont le pays et la langue d'origine du groupe auquel vous aurez affaire.

Les organisateurs vous aideront à déterminer quelle est la langue la mieux comprise (néerlandais/français/anglais/...). Dans la mesure du possible, la formation sera donnée de préférence dans cette langue ou avec l'aide de traducteurs. C'est aussi ce qui motive l'utilisation d'une grande quantité de matériel visuel comme support des formations.

Mode de communication

La communication est une interaction, un échange d'information entre deux ou plusieurs personnes. Nous "communiquons" constamment, même sans s'en rendre compte. Quand on communique, on émet et on perçoit – consciemment ou inconsciemment – tout une série de signaux, dont l'interprétation peut être multiple.

En effet, la communication ne se limite pas à ce que l'on dit explicitement, on communique de manière non verbale sans cesse. Dès lors, il est essentiel d'avoir conscience de son propre langage corporel et de son attitude (gestes, mimiques, regard, intonation, soupirs...). N'hésitez pas à demander un feedback de temps à autre aux participants pour en prendre conscience et y veiller. En plus, adopter une attitude sincère et d'écoute active (se montrer curieux, poser des questions...) crée une ambiance favorable à des échanges ouverts.

Quand on aborde des thèmes empreints de tabous, il importe d'être extrêmement attentif aussi à la communication non verbale du groupe, afin de respecter les limites des participants. En tant qu'éducateur, vous pouvez poser une question au groupe lorsque vous ne comprenez pas une intervention (par ex. "Je vois qu'on n'est pas d'accord avec ce point de vue ou cette explication", "Est-ce que je me trompe en disant...", "Quelqu'un pourrait-il m'expliquer...") et laisser le groupe s'exprimer.

3.1.4 Humour

L'humour est universel et il s'agit d'un bon moyen de communication pour introduire un sujet de discussion et initier un débat.

De plus en plus d'études témoignent des effets bénéfiques de l'humour.

Le rire détend et aide à gérer ses peurs, il unifie le groupe et crée une solidarité. Il devient plus facile de discuter de sujets sensibles ou tabous. L'humour relativise, lève les barrières, détend, unifie, libère, dégèle et évacue le stress. L'humour est aussi un stimulant pour la mémoire et permet dès lors de mieux retenir l'information. C'est bien connu, le rire est bon pour la santé. Et pourtant, c'est un outil trop peu utilisé.

Au début d'une séance, la tension est palpable car la plupart des femmes se demandent ce qu'on va leur dire. On ne demande pas à l'éducateur d'avoir des dons de comique mais lorsqu'une situation prête à rire, c'est à lui de saisir cette opportunité pour détendre l'atmosphère.

Il existe toute sorte d'humour. Le vôtre ne doit être ni blessant, ni sexiste, ni discriminatoire, ni exubérant. Il existe toutes sortes d'humour. Il s'agit surtout de ne pas se cantonner à son contexte à soi mais de voyager dans le groupe et de choisir le bon moment, dans un respect réciproque.

3.1.5 Discussions ou conflits

Au sein d'un groupe, certains sujets peuvent être source de discussions et parfois de tension. Ce n'est pas une tâche facile de tenir le gouvernail sans geler l'ambiance et l'interaction. Savoir respecter l'avis, les valeurs et les normes d'autrui même si ils ne s'accordent pas aux vôtres, c'est primordial. Si des propos sont difficiles à entendre pour vous, il faut en débattre au sein du groupe. Sinon, cela pourrait colorer négativement la suite du cours, or ce n'est pas le but.

Au démarrage de l'animation :

Si l'atmosphère est hostile ou tendue, il n'est pas judicieux d'aborder directement le thème de la sexualité. Il vaut mieux dans ce cas démarrer par des sujets plus communs tels que la santé, le cycle menstruel et les transformations du corps.

Tout au long de l'animation :

Il est important d'aborder les différends avec neutralité et impartialité, et de les résoudre dans le respect des avis de chacun. Nous avons tous un avis personnel mais l'éducateur doit savoir taire le sien parfois et, en tout cas, ne jamais l'imposer. En tant qu'éducateur, vous ne pouvez pas présenter votre savoir comme la seule et ultime vérité. Complétez plutôt ou ajustez les éléments de connaissance déjà présents dans le groupe. Vous créez ainsi un climat de confiance.

Vos connaissances et les données scientifiques peuvent servir de fil conducteur dans la discussion, utilisez-les.

3.1.6 Cadre sécurisant et intimité

Une atmosphère sécurisante au sein du groupe est une condition essentielle si l'on veut aborder les thèmes des relations, de la sexualité et du contrôle des naissances. Les participants doivent sentir qu'ils peuvent s'exprimer librement sans craindre de jugement.

Dès le départ, convenez que ce qui se dira ne sortira pas du cercle et que l'avis de chacun sera respecté.

L'important est de partir d'une attitude de respect réciproque de la vie privée et des limites des participants. Si ces dernières ne sont pas claires, il est pertinent de demander par exemple quels sujets le groupe veut aborder et dans quel ordre, ou quels sujets les intéressent plus que d'autres.

Si l'atmosphère est tendue, commencez plutôt par un partage d'expériences sur des sujets dont le groupe désire parler, jusqu'à ce que le climat soit (à nouveau) serein.

Principalement dans les groupes où les différences culturelles et religieuses sont nombreuses, il est préférable de former des sous-groupes. Un débat sur ce qui est bon ou mauvais peut amener une concertation de groupe et ainsi déboucher sur une conclusion. L'éducateur doit dans tous les cas veiller à maintenir la discussion sur de bons rails.

3.2 ATTITUDE DE L'ÉDUCATEUR APPROPRIÉE AUX DIFFÉRENCES CULTURELLES

3.2.1 Les “normes et valeurs occidentales” en regard des “normes et valeurs non occidentales” liées à la culture

Nous l'avons déjà évoqué dans l'introduction, notre réflexion distingue différentes cultures et religions. Le but étant uniquement de clarifier les contenus, sans intention d'insister sur ces cultures ni de les stigmatiser. Il ne s'agit en aucun cas de faire une “généralisation”. L'usage de la terminologie ‘nous’ et ‘eux’ est nécessaire pour poser un cadre clair. Nous expliquerons les sensibilités des différents groupes. Il peut s'agir d'une base pour parvenir à un dialogue dans un groupe où de nombreuses diversités sont présentes.

Pour donner un cours d'éducation à la santé sexuelle et reproductive et aborder des thèmes tabous en tenant compte des sensibilités culturelles, il est important d'avoir une connaissance des attitudes, des valeurs, des normes religieuses, sociales et culturelles du groupe cible. Il s'agit bien plus que de transmettre des informations. Il est essentiel d'avoir conscience de ce point.

3.2.1.1 Vision occidentale de la sexualité et de la santé reproductive

La révolution sexuelle :

Dans les années soixante, la révolution sexuelle a bouleversé la conception de la sexualité dans la culture de l'Europe occidentale. On considère que les pratiques sexuelles sont normales du moment qu'elles se passent entre des adultes consentants et ne portent pas atteinte à l'intégrité des partenaires.

La révolution sexuelle est une donnée occidentale qui met l'accent sur le développement et l'épanouissement individuel. Le mariage et modèle “classique” de la famille ont pu être remis en question.

La sexualité se dissocie de la reproduction. L'apparition de la pilule comme moyen de contraception sépare l'acte sexuel de la procréation. C'est la naissance de l'expérience sexuelle libre.

Les répercussions de la révolution sexuelle des années '60 se manifestent aujourd'hui à tous les niveaux. Son influence est visible dans les médias, le monde de la pub, les magazines, Internet et réseaux sociaux... Nous y sommes confrontés partout.

Selon Pr Henri Beunders³, un aspect positif de la révolution sexuelle est qu'elle a désinhibé la sexualité et que le plaisir et le bonheur, dans l'expérience sexuelle, sont plus importants qu'ils ne l'étaient auparavant. Mais il explique qu'il y a un prix à payer pour ces quarante années de liberté sexuelle : le besoin accru de plaisir sexuel et la crainte du SIDA. (*Sjoerd W., De kater van de seksuele revolutie, 2006, et wikipedia, seksuele revolutie, FLCPF, dossiers Hypersexualisation, 2011*)

D'un autre côté, la révolution sexuelle a rompu un silence sur la sexualité. Elle a ouvert le débat sur la contraception et la possibilité de parler d'abus.

Vers une société hyper-sexualisée :

Depuis quelques années, on entend parler d'hyper-sexualisation. En effet, on se trouve de plus en plus confronté à une représentation sexualisée des relations, des attitudes, des comportements dans les médias, la publicité, Internet... Cette hyper-sexualisation a des répercussions sur les enfants et adolescents.

Selon la sexologue Jocelyne Robert, les enfants du XXI^{ème} siècle sont stimulés de manière précoce à adopter un comportement sexuel propre à l'adulte, principalement les pays occidentaux. (*FLCPF, dossiers Hyper-sexualisation, 2011*)

3 Professeur de “médias, culture et société” à l'Erasmus Universiteit Rotterdam

Dans le dossier du CRIOC (Centre de recherche et d'information des organisations de consommateurs), on lit que l'hyper-sexualisation attribue des désirs d'adultes aux comportements des jeunes. Ceux-ci adoptent des comportements propagés par les annonces publicitaires et les médias, avec pour conséquence une dégradation de l'estime de soi. Selon le CRIOC, l'hyper-sexualisation peut entraîner des dépressions, des troubles scolaires et alimentaires.

Selon le RQASF (Réseau québécois d'action pour la santé des femmes) l'origine de l'hyper-sexualisation ne se situe pas dans les jeunes mais plutôt dans leur impuissance devant la voix des médias, sans cesse axée sur le sexe et la commercialisation de celui-ci. Ainsi, ces médias inciteraient les jeunes filles à la consommation sexuelle. Lydya Assayag, directrice du RQASF, affirme que cette consommation sexuelle précoce est provoquée par les médias. Il est important de comprendre que ce phénomène découle directement d'intérêts commerciaux qui visent tout simplement la vente de produits et de services.

La puberté est un moment crucial, caractérisé par une recherche intensive d'individualisation et de modèles d'identification à travers les codes vestimentaires, les attitudes, les comportements, les idoles, la musique, ... Autant d'éléments déterminants pour se construire une identité et qui déterminent l'appartenance ou non à un groupe.

Les concepteurs publicitaires axent leurs annonces sur le sexe et le corps de la femme, considérée comme un objet, avec pour conséquence une dégradation de son image.

Il ressort des études menées par le Commissariat des droits de l'enfant et du jeune (2011) sur le thème "*Geweld, geweld en geteld*"⁴, qu'en Flandre, près d'un tiers des enfants et des jeunes âgés entre 10 et 18 ans ont été confrontés au moins une fois à un comportement sexuel intrusif. 33% des élèves font état d'un attouchement non désiré (par exemple les parties génitales) ou ont été embrassés sans le vouloir à l'école.

Le pédopsychiatre Peter Adriaenssens pointe le nombre élevé de jeunes à avoir déjà subi le comportement sexuel intrusif d'un autre jeune. Un sur trois, ce qui selon le Dr. Adriaenssens est un taux significatif lié, ici encore, à notre société. Ce type de troubles du comportement se présente de plus en plus souvent depuis ces cinq, six dernières années.

Il existe un lien évident avec les images explicites auxquelles les enfants sont exposés sur le petit écran ou sur internet. On leur montre de la pornographie sur le net, on leur donne des gadgets de type webcam, téléphone avec caméra incorporée, ... Les jeunes se prennent en photo et les font circuler, commente le Professeur Adriaenssens.

Il constate que les jeunes réclament ouvertement un cadre. Ils veulent qu'on leur dise – de préférence leurs parents d'ailleurs – ce qui est bien et ce qui ne l'est pas.

La sexologue Nathalie Trépanier se penche, depuis plusieurs années, sur le sujet et informe les jeunes dans les écoles. Elle encourage les parents au dialogue plus conscient sur la sexualité avec leurs enfants, pour les immuniser contre cette hypersexualisation de la société, que propagent et banalisent les médias alors qu'il ne s'agit pas forcément de la réalité.

3.2.1.2 Vision non occidentale sur la santé sexuelle et reproductive

L'anthropologie culturelle nous apprend qu'on n'obtient pas une compréhension réelle des comportements tant qu'on ne les relie pas à la culture dans laquelle ils s'ancrent. C'est pourquoi il est important en tant qu'éducateurs, que nous soyons conscients que le cadre historique et culturel dans lequel nous nous inscrivons est celui de l'Europe occidentale.

Il est important de garder à l'esprit quels sont nos propres cadres de référence car ils influencent nos modes de fonctionnement et d'interaction. En outre, nous vivons dans une société multiculturelle et multi-ethnique, avec des cultures différentes même au sein des groupes autochtones. La diversité des populations s'est accrue ces dernières décennies au fil des différents flux migratoires. Les premiers immigrés,

4 Ndt: La violence, dénoncée et dénombrée

Italiens, Grecs et Portugais, ont été suivis dans les années soixante par les Turcs et les Marocains. La décolonisation ensuite, a également ouvert la porte aux Congolais et Rwandais venus tenter leur chance d'une vie meilleure en Belgique. (*Berhili, S., Eindproef Hoger instituut Voor Gezinswetenschappen*)

Nous ne pouvons nier le fait que les sujets d'origine étrangère ont besoin d'un suivi de qualité en termes de soins de santé, y compris la santé reproductive, or ils n'y ont pas toujours accès.

La récente étude conduite par OASes de l'*Universiteit van Antwerpen* témoigne de la pauvreté 'hallucinante' dans laquelle vivent des personnes d'origine étrangère.

Pour vous donner une idée, sachez que le risque de basculer vers la pauvreté est de 12% pour les Belges. Pour les sujets originaires du nord-est de l'Europe, ce taux monte jusqu'à 18%, et jusqu'à 22% pour les Méditerranéens (Espagne). Pour les Turcs, il s'agit de 33%, tandis que pour les populations d'origine marocaine ce risque atteint 54%. La situation est plus alarmante encore pour les sans-papiers, avec un risque de 95%. (*DIERCKX, D., VRANKEN, J., COENE, J. et VAN HAARLEM, A. [red.], Armoede en sociale uitsluiting⁵, Acco, Leuven, 2011*)

Cette précarité se manifeste tant au niveau du logement et du manque de moyens financiers – avec toutes les conséquences qui en découlent – que sur leur santé (reproductive). Nous étayerons ce point plus loin en mentionnant plusieurs études portant sur différents facteurs de santé.

A. L'avortement et ses chiffres

A Bruxelles, au cœur de l'Europe, on compte un nombre de plus en plus élevé de patientes allochtones ayant recours à l'avortement.

Les femmes allochtones sont exposées à un risque significativement plus élevé d'interruption volontaire de grossesse. Et chez les patientes qui y ont recours, l'utilisation d'un moyen de contraception est sensiblement moins fréquente parmi les femmes allochtones que parmi les femmes autochtones. Un nombre significatif de femmes allochtones n'utilisent aucune forme de contraception ou bien appliquent une méthode incorrecte, d'où un risque accru d'avoir recours à l'avortement. Dans ce cadre, nous pouvons tirer plusieurs conclusions essentielles.

Les méthodes contraceptives utilisées par les primo-arrivantes diffèrent fortement des méthodes employées par les jeunes femmes allochtones établies en Belgique et généralement de la seconde génération. Chez les premières, souvent l'ignorance et la méconnaissance sont en cause, en raison de la situation socio-économique défavorable pour bon nombre d'entre elles. Les femmes allochtones déjà établies connaissent généralement et utilisent pour la plupart les moyens de contraception. Par contre, elles ne les utilisent pas toujours correctement, et cela parce que certaines conceptions culturelles et/ou religieuses exercent souvent une forte influence sur le comportement contraceptif de ces femmes. (*PEETERS, F. et BEN ABDESLAM, H., "Inzichten in het contraceptieel gedrag van allochtone abortuscliënten in Brussel Hoofdstad: Hart van Europa"⁶, 2011*)

Nous ne disposons pas de données exactes quant au nombre de femmes ou jeunes filles allochtones qui ont recours à l'avortement. Il ressort toutefois d'une enquête menée auprès des patientes ayant fait appel à un centre où l'on pratique l'IVG en Flandre et à Bruxelles (Vissers, 2004) que 40% des femmes qui ont recours à cette pratique sont originaires de l'étranger. Dans ce groupe, 80% sont des primo-arrivantes.

Dans la population des moins de 20 ans, on observe une différence sensible entre la Flandre et Bruxelles quant aux taux d'avortement: 4/1000 en Flandre, 11/1000 dans Bruxelles. Une différence imputable au pourcentage plus élevé de sujets non belges dans Bruxelles comparé à la Flandre.

⁵ Ndt: La pauvreté et l'exclusion sociale

⁶ Ndt: Etude sur le comportement en matière de contraception des patientes allochtones ayant recours à l'avortement dans Bruxelles-Capitale: Cœur de l'Europe

L'étude de Goosen et al. (2009) rapporte également un nombre important d'IVG aux Pays-Bas, parmi les demandeuses d'asile enceintes à leur arrivée ou dont la grossesse a débuté dans les premiers mois après leur arrivée. Chez les demandeuses d'asile mineures, les taux de naissance et d'avortement sont plus élevés que la moyenne du pays. Van Rooijen (2007) signale que le taux d'interruption volontaire de grossesse chez les demandeuses d'asile est presque quatre fois plus élevé que chez les femmes autochtones.

D'autres acteurs pointent également le doigt sur la nécessité de pallier le manque d'information de base sur les moyens de contraception, leur disponibilité et leur coût (et remboursement). Les conceptions erronées au sujet des contraceptifs sont nombreuses : la façon de les utiliser, à quel moment, leur influence à long terme. Le tout s'inscrit aussi dans la méconnaissance globale des femmes de leur corps, de la fertilité, de la grossesse. La grossesse non désirée/non planifiée est une raison fréquente de consulter. La plupart du temps, la demande d'une IVG n'est pas directe car elle est (culturellement) jugée impropre.

Ci-dessous, de citations extraites de la première phase de test du projet 'Femmes (enceintes) précarisées à Bruxelles' qui comportait une enquête et une évaluation auprès de 94 femmes en situation précaire, en 2009, dans Bruxelles :



“Quand j'étais petite, on n'en parlait jamais. Tout ce qu'on m'a dit, c'est que je devais me tenir à l'écart des garçons durant mes règles. Plus les années passent, plus je me pose des questions à ce sujet.”

“Mes parents partent du principe que je n'ai pas de vie sexuelle et donc, on n'en parle jamais à la maison. Le sujet est tabou.”

B. Données tirées des cas étudiés



“Je n'emploie plus de contraceptifs. Parce que sinon, le sang s'accumulera dans mon corps et cela provoquera une hémorragie cérébrale.”

“J'étais déconcertée le jour où mes règles sont apparues pour la première fois. Je n'ai pas osé en parler à ma mère et j'ai cru que j'allais mourir. ”

Le rapport d'évaluation des premières formations – données par l'*Expertisecentrum Kraamzorg Volle Maan* dans cinq associations bruxelloises en contact avec des femmes (enceintes) en situation précaire – s'articule en deux volets, l'un quantitatif et l'autre qualitatif. Le second en particulier montre qu'il reste encore beaucoup à faire en termes de transmission d'informations sur la santé reproductive.

En effet, le volet qualitatif relève les points suivants :

- L'ignorance et les mythes influencent l'utilisation des contraceptifs.
- La plupart des participantes ont obtenu les informations sur la contraception auprès de leur entourage et leur cercle d'amis.
- Tant les femmes de la première que de la deuxième génération déclaraient avoir été insuffisamment informées de toutes les possibilités et de leurs effets secondaires.
- Toutes étaient d'avis qu'il fallait également sensibiliser les hommes et sollicitaient leur participation.
- La plupart estimaient que les moyens contraceptifs sont chers mais indispensables.

3.2.1.3 Conclusion

Toutes les enquêtes et études de littérature témoignent de l'ampleur du manque de connaissances sur la contraception et à quel point une bonne information serait précieuse à titre préventif. Les femmes en situation précaire vivent littéralement dans des conditions de pauvreté (financière et matérielle) et souvent dans l'isolement. Sans oublier une large part d'ignorance et des tabous culturels qui les précarisent plus encore. Divers facteurs les poussent dans une situation où elles doivent donner la priorité à des besoins de base quotidiens (boire, manger, trouver un toit) au détriment de leur santé sexuelle et reproductive, avec toutes les conséquences qui en découlent. Elles vivent dans l'isolement jusqu'à l'extrême et, lorsqu'elles appellent à l'aide, il est souvent trop tard.

Sans vouloir tomber dans des généralités, nous pouvons affirmer que ce qui différencie le plus les autochtones occidentaux des allochtones non occidentaux, c'est un contexte de plus grande liberté sexuelle qui a permis d'ouvrir le dialogue sur la sexualité mais dont le revers de la médaille est l'hyper-sexualisation. Dès lors, certains jeunes peuvent éprouver des difficultés réelles à fixer leurs limites du fait que la sexualité est devenue un pôle d'attraction dans la société, comme le manifestent entre autres la pression exercée par la publicité, modes vestimentaires...

D'autre part, on observe souvent une réalité de pauvreté, d'isolement, d'ignorance et de tabous sexuels chez les allochtones non occidentaux. Ce qui les rend plus vulnérables encore. À cela s'ajoute aussi la peur, car la sexualité des pays occidentaux est jugée trop libre, d'où la volonté de protéger les enfants en excluant toute discussion à ce sujet.

3.2.2 Éducation sexuelle dans un contexte culturel et religieux différent

Les normes et valeurs sexuelles des jeunes se façonnent dans des paysages religieux et culturels qui, dans la pratique, s'entremêlent. Les parents, les amis, les expériences personnelles, les médias sont autant d'éléments de la vie sociale qui les influencent également.

Les personnes qui s'établissent dans un pays de culture différente sont confrontées à des normes et des valeurs parfois totalement différentes de celles qu'elles ont connues dans leur pays d'origine. Elles doivent s'y adapter. Cela exige du temps et des efforts. Les mœurs plus libres des Occidentaux quant à leurs relations, leur sexualité, la contraception, peuvent être vécues comme un choc par certains.

La religion n'est pas forcément une barrière à la sexualité, mais ce sont bien souvent les traditions culturelles qui sont déterminantes dans la manière de l'aborder. Les jeunes issus d'une culture différente et d'un pays étranger ont souvent reçu une tout autre éducation. Dans un groupe multiculturel et de différentes confessions, il est important de concevoir un programme dont le contenu et la méthodologie les interpellent, dans la reconnaissance, le respect et l'estime de leurs différences. (*Zwijgen is zonde*⁷, 2004, Rutgers Nisso)



“Dans l'éducation que j'ai reçue, il est interdit d'utiliser les contraceptifs et c'est un sujet tabou, dont on ne parle pas.”

“En Afrique centrale, ma religion interdit l'utilisation des préservatifs. Le préservatif est associé à la prostitution.”

“On déconseille le stérilet car il serait question de fécondation. C'est une forme d'avortement.”

A. Études et enquêtes

Les femmes allochtones sont associées à une utilisation moins fréquente, incorrecte voire inexistante des moyens de contraception. Il existe un lien significatif entre l'utilisation inefficace des contraceptifs et le risque accru d'interruption volontaire de grossesse parmi les femmes allochtones. (Vangen et al., 2008; Rasch et al., 2007; Helström et al., 2006; Neefs & Vissers, 2005; Helström et al., 2003)

L'inefficacité des moyens de contraception chez les primo-arrivantes est due à un manque de connaissance lié à leur situation socio-économique, à savoir un niveau de scolarisation peu élevé, une situation financière défavorable et la barrière de la langue. Par contre, les jeunes femmes allochtones déjà établies en Belgique, le plus souvent de la deuxième génération, connaissent les méthodes contraceptives existantes. Mais elles ne les utilisent pas toujours correctement. L'expérience d'effets secondaires indésirables est une justification souvent avancée (Helström et al., 2006; Helström et al., 2003). Pour ces femmes en particulier, l'information et un accompagnement sont de prime importance. (Rasch et al., 2007; Neefs & Vissers, 2005; Helström et al., 2003)

En effet, il faut savoir que le comportement en matière de contraception est un phénomène complexe chez les femmes allochtones. Notamment en raison des préceptes culturels et religieux qui influencent parfois fortement leur comportement, y compris le recours aux contraceptifs. (Étude de littérature KUL, master; *Inzichten in het contraceptiegedrag van allochtone abortuscliënten in Brussel Hoofdstad*⁸; Peeters F. et Ben Abdeslam H., 2011)

Plusieurs chercheurs dont Loeber (2003), Rademakers et al. (2005), Decoodt et al. (2009) remarquent que les tabous, les mythes et les traditions culturelles peuvent compromettre la santé sexuelle et reproductive des femmes immigrées (en situation précaire). Le silence lié à une sexualité taboue implique parfois qu'elles ne demandent pas un moyen de contraception, ne se soumettent pas à un test VIH, qu'elles ne signalent pas les violences (code de l'honneur) ou refusent tout dialogue sur l'avortement. Decoodt et al. (2009) rapportent par exemple que les jeunes filles et les femmes roms de Temse et Sint-Niklaas ont de plus en plus souvent recours à la contraception en douce, tandis qu'il s'agit toujours d'un sujet tabou au sein de leur communauté. Les filles sont souvent mariées très tôt, ce qui conduit à des grossesses à un très jeune âge. (Dossier "Rondetafel kwetsbare Migranten" Sensoa, HIVsam et ICRH, 2011)

Les besoins liés à la santé sexuelle et reproductive des femmes immigrées en situation précaire doivent s'inscrire dans le cadre de leur paysage culturel. Le tabou et le silence qui pèsent sur la sexualité sont des motifs souvent exprimés. Tant les professionnels que le groupe cible reconnaissent qu'il est difficile de parler de contraception, d'avortement, d'expérience sexuelle, de grossesse précoce, de virginité, de mutilations génitales, du VIH ou d'homosexualité. Ces thèmes ne sont abordés ni avec le partenaire ni avec la famille, et demander de l'aide est un fameux pas à franchir. Parler à une tierce personne d'un sujet intime et tabou, c'est difficile. C'est le cas d'ailleurs aussi pour les femmes occidentales.

La façon dont les femmes immigrées envisagent la fertilité et la contraception est en grande partie influencée par leur culture. L'avortement, par exemple, est un thème délicat dans certaines cultures, tandis que dans d'autres, on en parle plus aisément. Les rapports homme-femme sont différents dans chaque culture, d'où souvent la confusion sur le comportement à adopter vis-à-vis d'un homme ou d'une femme. Les conventions culturelles et religieuses s'entrechoquent. Les convictions et expériences sur le mariage, la grossesse, l'allaitement et la sexualité sont diverses (Dossier "Rondetafel kwetsbare Migranten" Sensoa, HIVsam et ICRH, 2011).

Leur vécu, ainsi que les tabous (culturels) qui ferment tout dialogue sur la sexualité, font que beaucoup de femmes immigrées sont mal informées. Les professionnels et elles-mêmes reconnaissent le manque de connaissance générale au sujet de leur corps, de la fertilité, de la contraception ou des maladies sexuellement transmissibles. Bien souvent, il existe aussi un flou quant aux règles et mœurs sexuelles, ce qui implique leur difficulté à signaler un abus sexuel ou à concevoir un cadre pour la prostitution ou la transsexualité par exemple. Ces femmes sont également désireuses d'en savoir plus sur le divorce. En outre, certaines émettent le souhait d'être davantage informées sur des aspects spécifiques. Les femmes

africaines, par exemple, veulent savoir ce qu'elles peuvent faire après une mutilation génitale ou encore, où s'adresser pour se soumettre à un test VIH. Les femmes qui vivent avec le VIH veulent savoir comment faire pour avoir des enfants. Les femmes du groupe cible ont également manifesté leur désir d'être informées par le biais de différentes sources. (*Dossier "Rondetafel kwetsbare Migranten" Sensoa, HIVsam et ICRH, 2011*)

B. Parler de la sexualité



“Ce n'est pas permis, de parler de la contraception. Parce que cela voudrait dire qu'on mène une vie sexuelle active, ce qui est interdit avant le mariage.”

“Parler de la sexualité, c'est tabou dans notre culture. Ce qui fait qu'on en parle peu quand on est jeune. Du coup, il y a des choses qu'on ignore sur la contraception.”

→ Au sein de la famille et entre femmes

Plusieurs études menées par le groupe néerlandais Rutgers Nisso portent sur la sexualité des jeunes marocains. Elles ont démontré que la plupart n'avaient reçu, à la maison, aucune explication concernant le développement sexuel. De plus, tout ce qui touche à l'expérience de la sexualité proprement dite est enfoui plus profond encore dans l'univers des tabous.

Une étude menée auprès de (très) jeunes femmes récemment mariées, de la deuxième génération, et auprès de femmes marocaines mariées depuis plus longtemps, en Belgique, fait état d'un nombre élevé de grossesses non désirées suite à une mauvaise utilisation du contraceptif. Le manque de connaissance de l'anatomie et de la physiologie de leur propre corps, ainsi qu'une information insuffisante sur la contraception avant le mariage en seraient la raison. (*Lodewijckx E. & Hendrickx K., 1998*)

C'est principalement une gêne mais aussi une difficulté à dialoguer et communiquer avec les enfants qui limitent les parents dans l'éducation sexuelle de leurs enfants.

Parallèlement, les jeunes déclarent qu'en raison de la gêne et par respect pour leurs parents, ils préfèrent éviter le sujet, même s'ils savent que la religion n'interdit nullement d'en parler. (*Berhilli, S., Travail de fin d'étude, Hoger instituut Voor Gezinswetenschappen*)

Une enquête via le net, ayant pour sujet les jeunes, la sexualité et l'islam, conduite par l'université de Maastricht en 2005 pour SOA Aids Nederland, nous révèle les informations suivantes.

Pour de nombreux jeunes, parler de la sexualité n'est pas évident. Le pourcentage de jeunes n'ayant que rarement ou jamais abordé le sujet s'élève à 27% selon le site Maroc.nl et à 18% selon le site Lokum.nl. Dans les deux cas, les filles sont davantage concernées que les garçons.

Les garçons trouvent qu'il est relativement difficile de parler des risques liés au comportement sexuel. Les filles disent qu'elles ont surtout du mal à discuter de leurs désirs et souhaits sexuels. Lorsqu'on parle du sujet en famille, c'est souvent pour condamner la 'sexualité non légitime'. Parler de sexe avec ses parents, c'est une chose qui ne se fait pas. On a honte. Le fait que le thème de la sexualité n'ait pas bonne presse à la maison pose parfois un problème pour les jeunes. Par ailleurs, il semble que les jeunes Marocains et Turcs estiment leur "potentiel d'interaction" plus faible que les jeunes issus d'une famille néerlandaise, surinamienne ou antillaise. Le "potentiel d'interaction" est la capacité à maîtriser certaines aptitudes telles que : parler de la sexualité, savoir ce qu'on désire et ce que l'autre désire, avoir confiance en soi et son physique, ainsi que poser des actes et des limites et les respecter chez l'autre. Ces aptitudes sont nécessaires pour que l'échange sexuel soit serein pour les deux partenaires. (*Jongeren, seks en islam⁹, Azough R., Poelman J., Meijer S*)

→ Avec les professionnels

Schoevers et al. (2009) proposent aux professionnels (éducateurs, assistants sociaux,...) de poser activement des questions à leurs bénéficiaires pour déceler leurs problèmes gynécologiques et psychologiques.

Les femmes immigrées disent apprécier quand leur médecin ou leur accompagnateur prend l'initiative d'aborder le sujet de la sexualité. Elles se sentent alors plus à l'aise pour poser des questions. Les appréhensions sont grandes lorsqu'il s'agit de parler de la sexualité, tant du côté des professionnels que du côté des femmes immigrées. Toutefois, ces femmes manifestent le désir de briser le tabou. Pour elles, demander des préservatifs est un énorme pas à franchir. Elles souhaitent donc un accès plus facile à ceux-ci. *“On devrait donner les préservatifs pendant la distribution de nourriture par exemple. On ne serait pas obligée de demander. C'est une barrière”¹⁰*. *“Pour pouvoir parler de cette thématique sensible, il faut suffisamment d'ouverture, de confiance et de sécurité. (Dossier “Rondetafel kwetsbare Migranten” Sensoa, HIVsam et ICRH, 2011)*

C. Conclusion

Il ressort de l'enquête menée dans le cadre de notre projet, de diverses études et interviews que les mythes et tabous culturels et religieux au sujet de la sexualité sont nombreux.

Les jeunes reçoivent peu d'éducation sexuelle à la maison puisqu'on considère qu'ils n'ont pas de vie sexuelle active avant le mariage, alors que la réalité est tout autre. Par ailleurs, les jeunes préfèrent éviter le sujet en raison d'une honte et par respect pour leurs parents.

Souvent les parents ne possèdent pas le bagage nécessaire pour donner cette éducation. La difficulté de la communication, l'ignorance et les barrières culturelles représentent un frein. Ils ne savent pas non plus par où commencer.

Parce qu'il s'agit d'un thème sensible et qu'il s'entoure de beaucoup de pudeur, on attend du professionnel qu'il pose des questions directes afin de jauger la situation et d'être davantage utile.

Tant les parents que les jeunes expriment le besoin d'une éducation qui tienne compte des sensibilités culturelles. Tel sera notre propos dans le prochain chapitre.

Comme nous l'avons déjà remarqué plus haut, la culture et la religion influencent fortement l'expérience de la sexualité. Le prochain point brosse un tableau de l'impact de la culture et de la religion sur la santé sexuelle et reproductive.

3.2.2.1 Aspects religieux et culturels : les différences

La religion concerne une croyance en une puissance supérieure, surnaturelle : le divin ou Dieu. Les croyants sont convaincus de son existence. Leur foi et l'acceptation d'idées et de préceptes qui en découlent, déterminent leurs valeurs, leurs normes, leurs conceptions et leurs comportements. La religion, toutefois, englobe bien plus que cela. Il s'agit également et surtout d'un système qui donne un sens à la vie. La religion permet de donner tout son sens et sa valeur à la vie du croyant. Les prescriptions religieuses formulent implicitement ou explicitement des normes qui dictent le comportement sexuel des fidèles. *(Zwijgen is zonde, 2004, Rutgers Nisso)*

La **culture** regroupe les valeurs et les normes coutumières qui constituent les fondations de la vie en société, et qui se transmettent de génération en génération. Nous venons au monde dans une culture donnée et, durant la première phase de notre vie, nous nous familiarisons à notre culture à travers notre éducation. Les enfants apprennent à reconnaître et à utiliser des symboles et des signes dont la signification peut toutefois varier d'une culture à l'autre.

¹⁰ “They have to give condoms, for instance when they divide food. People don't have to ask for it. That is a barrier”.

On observe des différences d'un pays à l'autre : la culture de groupe, par exemple, est plus fréquente au sein des populations non occidentales qu'au sein de la culture occidentale. Celle-ci est plutôt axée vers l'épanouissement individuel.

Les différentes cultures sont le reflet des efforts que chaque société a dû fournir pour survivre dans une réalité spécifique. Sans la culture, l'enfant serait incapable de vivre au sein d'une société. Chacun de nous perçoit la culture d'une manière différente. Chaque personne est un mélange de sa culture avec sa propre individualité et ses propres expériences. Ce processus est enrichi lorsqu'on vit au milieu de deux ou plusieurs cultures. Dans le cas des allochtones de la deuxième génération par exemple, il se peut que la famille inculque à la maison la culture du pays d'origine, tandis que la culture du pays dans lequel ils vivent est transmise par le biais de l'école ou des médias.

Les cultures évoluent perpétuellement et ne sont pas statiques. Elles forment un processus selon lequel de vieilles traditions cèdent sans cesse la place à de nouvelles habitudes.

La limite entre religion et culture n'est pas toujours évidente du fait qu'elles se rejoignent parfois et se confondent. La religion se rattache toujours à une culture. Parce qu'elles façonnent les conceptions et le comportement des individus, la religion et la culture exercent aussi une influence au quotidien, et, par conséquent, sur l'expression et les expériences personnelles et sexuelles. (*Zwijgen is zonde, 2004, Rutgers Nisso*)

3.2.2.2 Religion, sexualité et santé reproductive

Des études comparant des individus à forte conviction religieuse avec d'autres moins croyants ont démontré l'influence de la religion sur la sexualité. Voici les conclusions qui ont été tirées :

- La religion influence le choix du moment du premier rapport sexuel. Généralement, les croyants prônent l'abstinence jusqu'au mariage.
- La religion détermine le moyen de contraception utilisé.
- La religion exerce une influence sur les actes sexuels qu'on explore.
- La religion influence l'expression de la préférence sexuelle.
- Les croyants rapportent une vie sexuelle spirituellement et physiquement plus satisfaisante, en dépit du fait que leur religion semble leur imposer des interdits sexuels. (*Zwijgen is zonde, 2004, Rutgers Nisso*)

Vu cette grande influence et comme le montrent les enquêtes et l'étude menée dans le cadre de notre projet, il est important que l'éducateur ait une vision globale des conceptions sexuelles dans les différentes religions.

Il est toutefois impossible de passer en revue toutes les religions du monde dans ce seul manuel. Par contre, étant donné que, dans le cadre de notre projet, les femmes en situation précaires étaient essentiellement musulmanes (Afrique du nord, Turquie, Irak, Tchétchénie) et chrétiennes (Roumanie, Afrique centrale, Philippines, Brésil), nous nous concentrerons sur ces deux confessions religieuses.

A. Christianisme

Le christianisme connaît deux courants principaux : le catholicisme et le protestantisme. De même, plusieurs courants traversent le protestantisme. Pour ce qui est de la sexualité, les divergences résident essentiellement dans la sévérité des règles et directives et de leur respect.

Au sens strict de la doctrine, la sexualité est permise uniquement dans le cadre du mariage. Ce qui implique une vie chaste dans les autres cas.

Les immigrés chrétiens de l'Est ou d'ailleurs en Europe et d'Afrique obéissent strictement (en particulier les orthodoxes) aux préceptes religieux. Certains fidèles se disent appartenir aux Eglises d'Orient qui, en réalité, ne peuvent être apparentées ni au catholicisme ni au protestantisme. Ce courant trouve son origine en un autre temps (l'an 1054 après J.C.) et un autre lieu (le Moyen et l'Extrême-Orient). La culture du pays d'origine des immigrés chrétiens influe fortement sur la pratique religieuse. Parfois des rites d'autres religions (mineures), tels que le culte des ancêtres ou du surnaturel, se mêlent aux rituels chrétiens.

Les règles qui régissent la sexualité sont généralement dictées par la communauté et les chefs religieux. Globalement, les immigrés de confession chrétienne respectent strictement ces règles et préceptes. La sexualité avant et en dehors du mariage est plutôt mal vue et les parents accordent dès lors peu de marge de manœuvre à leurs enfants pour explorer les relations.

Les chrétiens orthodoxes condamnent la contraception tandis que les croyants modérés approuvent l'usage des moyens contraceptifs qu'ils considèrent d'ailleurs comme une évolution positive pour l'individu et la société.

Les catholiques sont nombreux à refuser l'avortement bien que la loi l'autorise actuellement dans la plupart des pays d'Europe de l'Ouest, sous certaines conditions. Depuis le 3 avril 1990, la loi belge relative à l'avortement permet l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines après la conception ou au-delà, uniquement si l'enfant à naître présente une anomalie grave ou si la grossesse menace la vie de la mère. Dans les pays non occidentaux, les chrétiens condamnent l'avortement, même s'il a été dépenalisé.

La sexualité demeure un sujet de discussion délicat au sein ou en dehors du cadre familial, tant chez les catholiques que chez les protestants. On en parle rarement de manière ouverte, à plus forte raison dans les populations immigrées qui, globalement, suivent rigoureusement les règles et les directives dictées par l'Eglise.

A priori, l'éducation sexuelle serait mieux accueillie chez les pratiquants modérés que chez les orthodoxes, très peu approbateurs. Face à un public d'immigrés chrétiens, il est important de tenir compte de la gêne éprouvée par les jeunes et d'une éventuelle désapprobation de la part des parents à l'égard de l'éducation sexuelle. Par contre, impliquer les parents peut éventuellement les rassurer quant à leur crainte qu'il s'agisse d'une incitation à la sexualité pour leurs enfants.

Un autre point important à viser lorsqu'on s'adresse à des jeunes éduqués dans la foi protestante ou catholique, c'est de briser les préjugés. En particulier les jeunes d'Europe de l'Est, par exemple, croient que la pilule ou le stérilet peuvent provoquer un cancer et que la pratique du coït interrompu ne sert qu'à augmenter la puissance masculine. (*Rutgers Nisso, Zwijgen is zonde, 2004*)

B. Islam

L'islam reconnaît la sexualité. Elle n'est pas exclusivement associée à la conception mais aussi à un plaisir partagé par les conjoints dans le cadre du mariage. Les époux ont le devoir mutuel de répondre aux besoins sexuels de l'autre. Les garçons et les filles non encore mariés sont censés mener une vie chaste jusqu'au mariage. La réalité toutefois est bien différente. Croyance et culture musulmanes sont souvent intimement mêlées et forment un ensemble complexe. Parfois, il y a confusion. La mutilation génitale féminine, par exemple, est associée à tort à l'islam.

Il arrive souvent qu'on attribue à la religion des choses qui relèvent, en réalité, de la culture ou de l'interprétation. Le mythe de la virginité en est un exemple. Le Coran ne mentionne nulle part que les femmes doivent prouver leur virginité durant leur nuit de noce. Dans la pratique, la morale sexuelle invalide de nombreuses femmes.

La contraception est utilisée pour espacer les grossesses, afin de ne pas compromettre la santé de la mère ni celle des bébés à venir. Seuls les contraceptifs qui bloquent la fertilité de manière temporaire tels que le préservatif, la pilule, le patch, l'implant, l'anneau vaginal et le dispositif intra-utérin sont autorisés, dans la mesure où ils ne compromettent pas la santé de la femme. Certaines femmes refusent le stérilet parce que la fécondation de l'ovule par le sperme demeure possible : pour elles, il s'agit d'une forme d'avortement. Certaines qui avaient opté pour l'implant se sont, par la suite, ravisées car elles ignoraient les effets secondaires, à savoir un saignement irrégulier et, à long terme, une aménorrhée. Les participantes au projet ont expliqué que, pour elles, un élément important par rapport à la prise d'un contraceptif était le maintien des menstruations. Il s'agit davantage pour elles de prouver leur fertilité que d'une croyance en ce mythe récurrent selon lequel l'accumulation des menstruations dans le corps pourrait causer des maladies. Parce que les valeurs et les normes sont différentes d'une femme à l'autre, il est important de discuter sérieusement avec elles de leur souhait réel ainsi que des avantages et incon-

vénients des différentes possibilités de contraception afin d'éviter les surprises ultérieurement. La plupart des femmes interrogées ont déclaré recevoir peu d'informations sur ce sujet de la part des médecins. La stérilisation est autorisée dans le seul cas où la santé (ou la vie) de la femme serait menacée.

L'islam ne condamne pas radicalement l'avortement. Les savants fixent le moment où l'âme vient habiter l'ovule fécondé comme étant le critère décisif pour autoriser ou non l'avortement. Certains le déterminent au terme du quatrième mois de la grossesse, d'autres restreignent cette période à quarante ou cinquante jours. Au-delà des quatre mois, l'avortement est condamné, à moins que la vie de la mère soit menacée. Ce point est source de nombreuses discussions et se mêle étroitement à la vision religieuse de la régulation des naissances. Une interdiction totale, pure et dure n'a jamais été la ligne de conduite principale. De nombreuses règles islamiques relatives à l'avortement se basent sur la vision religieuse du développement du fœtus. Les commentaires du Coran, du prophète Mohammed et le discours de la science moderne au sujet de la reproduction et des différents stades de développement du fœtus se rejoignent relativement bien. (*Imam Abdulwahid van Bommel dans Islam, liefde en seksualiteit*¹¹)

La sexualité pré-nuptiale étant interdite, lorsqu'une femme non mariée tombe enceinte dans son pays d'origine, elle doit recourir à l'avortement, dans le plus grand silence. Les principes d'honneur et de honte véhiculés au sein de la société sont d'un poids tel que l'avortement doit être tenu secret. La situation est un peu comparable au contexte de la Belgique des années cinquante, avant la révolution sexuelle.

En tout cas, du point de vue existentiel, il est important de se placer dans le cadre moral de la confession de la femme qui demande l'avortement. Il est bon de savoir que la vision dominante tant dans la littérature juridique que religieuse tend vers une permission donnée aux femmes d'avorter. (*Jongeren, seks en islam, Azough R., Poelman J., Meijer S*)

Dans la religion islamique, l'éducation sexuelle est un droit et un devoir, à condition qu'elle soit donnée dans un groupe non mixte ou au sein du couple. Dans la pratique toutefois, ce droit est peu utilisé et le flou règne. Une méconnaissance est fort présente également au sein des populations immigrées de la première génération, arrivées ici dans l'espoir d'échapper à la pauvreté et de trouver un avenir meilleur.

Un nombre relativement élevé de musulmans de la première génération qui résident en Belgique ne sait ni lire ni écrire. Un savoir religieux leur a été transmis oralement par leurs parents et grands-parents, et avec celui-ci, une foule de tabous culturels et de mythes sur la sexualité à l'encontre de ce que professe l'islam. Ces récits, ils les ont à leur tour transmis oralement à leurs enfants, ladite deuxième génération. La méconnaissance et les mythes culturels sont les causes majoritairement responsables de nombreux problèmes touchant à la santé sexuelle et reproductive.

Les musulmans de la seconde génération, pour la plupart nés et scolarisés en Belgique, éprouvent des difficultés à gérer les contradictions entre l'enseignement qu'ils ont reçu à la maison et leur expérience de la société (l'école et la vie sociale) occidentale. Ils sont partagés entre la loyauté envers leur famille qui s'est sacrifiée pour eux et le désir de faire partie de la société occidentale et d'évoluer avec elle. Du coup, l'expérience de la sexualité est compliquée pour les jeunes et pour les parents aussi, étant donné qu'ils n'en parlent pas. Il est donc important de s'adresser aux deux groupes cibles, en tenant compte de leur sensibilité culturelle.

Au cours de la discussion, il est important de prendre les propos des jeunes ou des parents au sérieux, sans jugement. Leur position doit être respectée s'ils prônent la chasteté jusqu'au mariage ou s'ils préfèrent ne pas mettre leur famille dans l'embarras.

Il faut s'attarder sur les questions du type : Est-ce que la virginité est importante pour toi ? C'est quoi, la virginité selon toi ? Pourquoi existe-t-il des différences entre les filles et les garçons ? Est-ce culturel ou religieux ? Quels sont tes souhaits et tes limites dans ta vie sexuelle ? Comment sais-tu ce dont l'autre a envie ou non ? Utilises-tu des moyens de contraception ? Est-ce que la sexualité est un sujet dont on peut parler ? Quelle place occupe ta foi dans ta vie sexuelle ? Pourquoi les garçons qui se disent musulmans

ont-ils une vie sexuelle alors que selon leur croyance, la femme et l'homme doivent tous deux vivre dans la chasteté jusqu'au mariage ? ...

Poser ce genre de questions est une façon de tenir compte de leurs préoccupations et interrogations.

L'éducation sexuelle est absolument nécessaire car les parents comme les jeunes ont des lacunes dans ce domaine et aussi parce que les tabous culturels rendent les choses plus complexes encore.

3.2.2.3 Spécificités culturelles des familles musulmanes

La virginité, l'honneur de la famille, les mutilations génitales et les tabous qui entourent le VIH seront des thèmes abordés dans les prochains paragraphes. Une connaissance de base dans ce domaine est en effet primordiale pour gérer correctement les questions et les réactions des participants.

A. Virginité et honneur de la famille

→ Virginité



“Si ça se sait que vous n’êtes plus vierge, vous êtes considérée comme une pute, pour le dire platement. Vous vous êtes écartée de votre culture et vous causez beaucoup de chagrin à vos parents, qui avaient confiance en vous. Vous les avez tout simplement dés-honorés.”

“Ma mère s’inquiéterait pour mon avenir, elle aurait peur que je ne trouve jamais de mari. Je pense qu’elle m’accompagnerait malgré tout chez le médecin. Mais elle mourrait de chagrin, alors je ne lui dirais pas. Jamais dans ma vie, je ne voudrais faire quelque chose qui lui causerait de la peine.”

“Ma mère sait maintenant que je ne suis plus vierge. Elle est la seule à être au courant, mon père ne le sait pas. Ma mère était dans tous ses états. Vraiment, elle s’est mise à pleurer dans son coin.”

“Non, je ne dis rien à mes parents. Ça leur causerait trop de chagrin. J’ai une bonne relation avec ma mère, on est très soudées et je lui raconte quasi tout. Mais ces choses-là, je ne peux pas lui en parler car elle ne comprend pas.”

(Dilemma's van islamitische meisjes rondom maagdelijkheid¹², Mouthaan I, De Neef M. et al.)

L'étude menée sur le net par l'Université de Maastricht en 2005, pour SOA Aids Nederland via Maroc. nl en Lokum.nl montre la grande importance accordée à la virginité par beaucoup de jeunes musulmans marocains ayant participé à l'enquête 'L'islam et la sexualité'. Une majorité d'entre eux approuvent le bien-fondé de la norme, qu'ils trouvent d'ailleurs extrêmement importante. 85% sont d'avis que les filles doivent la respecter, 78% estiment que la norme concerne aussi les garçons. On note un léger recul au sein de la jeunesse turque : 47% tiennent au respect de la norme par les filles, pour 43%, elle s'applique aussi aux garçons. (*Jongeren, seks en islam*, Azough R., Poelman J., Meijer S)

Une autre étude a examiné le contexte des femmes qui sollicitent une hyménoplastie et l'effet d'un éclairage sur les mythes et malentendus sur leur virginité. (*B. van Moorst, R. van Lunsen, D. van Dijken, C. Salvatore. Dept. Ob/Gyn, St. Lucas/Andreas Hospital, Amsterdam, Nederland, Dept. Sexology & Psychosomatische Ob/Gyn, Afdeling van Verloskunde en Gynaecologie, Academisch Medisch Centrum, Universiteit van Amsterdam, Nederland*)

12 Ndt: Les dilemmes des jeunes filles musulmanes au sujet de la virginité

Il en ressort qu'en Europe, les gynécologues font état d'un nombre croissant de patientes qui demandent une reconstruction de l'hymen parce qu'elles redoutent les répercussions sociales dans le cas où le futur époux et/ou les familles soupçonneraient une vie sexuelle active avant le mariage.

Il s'agit de la première étude à faire un bilan psychosocial de la santé sexuelle des femmes qui ont recours à une hyménoplastie, ainsi que du suivi après l'intervention. La majorité des patientes ne présentait aucun passé de rapport sexuel volontaire.

Sur les 82 sujets de l'étude, 36,6% n'avaient pas observé de saignement lors du premier rapport, 30,4% avaient perdu leur virginité dans un acte de violence sexuelle. 47,5% de ces 82 femmes ont rapporté un épisode d'abus sexuel. 45,5% d'entre elles ont expliqué avoir eu un rapport sexuel suite à la promesse de mariage du partenaire. 36,6% avaient eu recours à une ou plusieurs interruptions volontaires de grossesse.

Beaucoup étaient en état de détresse du fait qu'on puisse découvrir leur passé. Certaines femmes avaient été exposées à des rumeurs entraînant un contre-interrogatoire, avec la menace d'être soumises à un 'test de virginité', des violences, des examens médicaux ou tout autre moyen de les faire 'avouer'. Lors du premier entretien, toutes étaient convaincues que leur unique salut résidait dans la reconstruction. L'étude montre toutefois qu'après avoir été conscientisées et informées, 74,6% des femmes ont signifié qu'elles refusaient définitivement d'avoir recours à l'opération. Celles pour qui la reconstruction de l'hymen demeurait nécessaire étaient très satisfaites de cette décision, en dépit du fait qu'elles doivent souvent utiliser d'autres 'ruses' pour simuler la virginité. Cependant, l'hyménoplastie seule n'est pas une réelle solution étant donné que la plupart des femmes opérées ne saignera pas et parce que le saignement n'est pas la seule preuve qu'elles doivent présenter. Toutes étaient d'avis que les problèmes étaient essentiellement dus à l'attitude, l'ignorance et la double morale des hommes.



“Oui, le rapport sexuel est interdit chez nous, avant le mariage. Mais je fréquente mon copain depuis longtemps déjà alors, je l'ai fait quand même. J'ai simplement pris la pilule et, oui, ça peut arriver. De fait, je suis tombée enceinte. Mais mon plus gros problème maintenant, c'est que je ne peux pas annoncer ça à mes parents. C'est sûr à 100%, ils vont me mettre à la porte. Il se trouve que je m'entends très bien avec eux. En fait, je suis contre l'avortement, mais je ne vois pas d'autre issue, il le faut.”

(Dilemma's van islamitische meisjes rondom maagdelijkheid, Mouthaan I, De Neef M. et al.)

Une étude menée en Flandre révèle qu'une patiente allochtone sur cinq est d'origine turque ou marocaine. En dépit d'un paysage musulman commun, les femmes turques (surtout de la seconde génération) et marocaines sont fort différentes. Les Marocaines sont plutôt jeunes, souvent célibataires, elles vivent encore chez leurs parents ou seules et ont souvent des problèmes relationnels liés à leur demande d'interruption volontaire de grossesse. En revanche, les patientes turques sont souvent mariées et ont généralement déjà des enfants. (Étude: *De vraag om zwangerschapsafbreking bij allochtone vrouwen in Vlaanderen*. H. Neefs et S. Vissers, *Centrum voor medische sociologie en gezondheidsbeleid*¹³, K.U.Leuven, 2004)



“Tous les jours, on entend un autre discours. À la maison, on vous dit qu'on saigne et dans la presse, on lit que ce n'est pas le cas. À la fin, on ne sait plus. Tantôt on croit l'un, tantôt on croit l'autre.”

Des discussions sur internet révèlent qu'un certain nombre de jeunes filles marocaines et turques sont conscientes de la portée mythique de l'hymen. Mais d'autres sont préoccupées par le saignement durant la nuit de noces. Ce sont surtout les jeunes hommes qui maintiennent cette croyance. Certains se montrent même menaçants envers leur promise, au cas où cela ne se produirait pas le fameux jour. Beaucoup de filles pensent que l'hymen est une sorte de filtre à café, comme une gaze à travers laquelle les menstruations s'écoulent. Et ce voile doit se déchirer au cours de la nuit de noces, commente le Dr. Obdeien- van Welij, gynécologue. Or s'il y a saignement durant le premier rapport sexuel, c'est généralement dû à la crispation. (*Jongeren, seks en islam, Azough R., Poelman J., Meijer S*)

À Bruxelles, un colloque sur le sujet a réuni des gynécologues, des médecins et des aides-soignants appartenant à l'Hôpital St-Pierre, l'Hôpital Français, au Planning Familial Marolles et la Société Royale Belge de Gynécologie et d'Obstétrique. Les hôpitaux et 'plannings familiaux' observent, d'année en année, une demande accrue de certificats de virginité. Le chiffre est difficile à préciser mais on estime 2.760 demandes en 2004 contre 1448 en 2000.

Il est vrai que l'intervention est reprise sous le terme générique de 'vagino-plastie' et dès lors, il est difficile de distinguer les hyménoplasties des autres interventions. Mais les études et les gynécologues confirment le nombre en hausse de reconstructions de l'hymen.

Les gynécologues des hôpitaux bruxellois sont conscients de la problématique mais sont partagés: les uns choisissent d'accepter la reconstruction pour épargner la jeune fille des tracasseries de sa famille (commente le Dr. Verougstraete) tandis que d'autres estiment que le certificat de virginité et l'hyménoplastie sont contraires au principe d'égalité des genres et celui selon lequel un couple doit se construire dans la confiance (Dr. Laurent Bisschot).

Chaque année, quelque centaines d'hyménoplasties seraient effectuées aux Pays-Bas. Le terme générique de 'vaginoplastie' empêche ici aussi de donner un chiffre exact quant au nombre d'interventions réelles. Les experts estiment un chiffre de cinq cents par an. (*Jongeren, seks en islam, Azough R., Poelman J., Meijer S*)

La double morale quant au principe de la virginité vaut tant pour les filles que pour les garçons. Mais dans la pratique, les garçons sont moins contraints. À la fois les parents et les amis acceptent souvent que les garçons soient sexuellement actifs avant le mariage. L'ambiguïté réside dans le fait que les filles doivent courber l'échine contrairement aux garçons. La virginité est plutôt associée à la femme qu'à l'homme alors que tous deux doivent entamer leur union vierge. Une femme dont l'hymen est intact est présumée vierge. Or l'hymen peut être altéré pour bien d'autres raisons, de manière inaperçue et parfois même à la naissance.

Les usages qui ont trait à la cérémonie de la virginité tels qu'on les rencontre dans de nombreux villages ne reposent sur aucun fondement, que ce soit dans l'islam ou dans la réalité historique et l'exemple du Prophète. L'exhibition du drap nuptial maculé du sang de la défloraison à la foule qui attend à l'extérieur, et l'acceptation ou le refus dramatique de la bru, sont inqualifiables tant la pratique est contre toute éthique et toute esthétique. (*Jongeren, seks en islam, Azough R., Poelman J., Meijer S*)

→ L'honneur de la famille

Le poids que portent les filles est lourd. L'honneur de la famille est en partie tributaire de leur comportement sexuel. En d'autres termes: plus leur comportement sexuel est discret, plus elles facilitent les choses pour leurs parents.

Être une mère célibataire, voilà qui est une situation loin d'être envisagée. Car c'est l'honneur de la famille qui est en jeu. Telle est l'observation qui ressort d'un forum internet. Parallèlement, les filles s'affranchissent et s'émancipent.

Or, ne fût-ce que la suspicion qu'elles mènent une vie sexuelle suffit pour être réprochées. Dès lors, les jeunes filles sexuellement actives gardent généralement le secret. Soit elles ne veulent pas décevoir leurs parents, soit elles craignent des représailles. Dans les cas extrêmes, leur comportement sexuel est sanctionné par le crime d'honneur: un membre masculin de la famille tue la jeune fille souillée, éventuel-

lement avec la complicité (d'une partie) des proches. Contrairement à ce qu'on pense généralement en Occident, le crime d'honneur n'est pas propre à l'islam mais il s'agit d'un phénomène culturel régional. Entre autres la Turquie, l'Egypte, la Jordanie, l'Irak, l'Iran, la Syrie, Israël, la Péninsule arabique, la Somalie, le Pakistan et l'Afghanistan sont concernés. Cet homicide est explicitement proscrit par la loi islamique. Bien que certains savants interprètent différemment ces règles, le crime d'honneur est majoritairement réprouvé. Cette focalisation sur le comportement sexuel des jeunes filles et des femmes ne trouve pas tant sa source dans l'islam, dont les règles s'adressent de manière claire, impartiale et égale aux hommes comme aux femmes. Selon les normes musulmanes, les garçons sont tenus de porter des tenues sobres et de se présenter vierges de toute relation devant leur promise, pourtant on prête moins attention à leur habillement et leur comportement. L'enquête intitulée 'La sexualité avant mes 25 ans' révèle que les garçons (qui se déclarent musulmans) profitent pleinement de cette liberté. Dans la pratique, il s'avère qu'ils ont relativement plus d'expérience sexuelle que les garçons de leur âge (incroyants) ou les jeunes chrétiens. (*Jongeren, seks en islam, Azough R., Poelman J., MeijerS*)

On peut dès lors conclure que la virginité revêt une importance capitale dans la vie des jeunes femmes qui évoluent dans cette culture et non dans celle des hommes. Bien qu'il puisse s'agir d'un choix volontaire de la part de la jeune fille ou du garçon, qu'il faut respecter, la virginité ne peut peser sur l'honneur de la famille et la double morale des garçons, dont l'activité sexuelle est par contre tolérée. Seule la connaissance et l'éducation peuvent progressivement désamorcer ce phénomène culturel.

Éclairer les parents lorsque leurs connaissances sont pauvres, responsabiliser les jeunes et ouvrir le débat dans les écoles, les associations de femmes, les centres, ... sont des démarches susceptibles d'amener un changement des mentalités.

Il ne s'agit pas d'un phénomène religieux mais essentiellement culturel. Et quand on sait que les cultures sont en perpétuelle évolution, il devient possible d'envisager la problématique de la virginité sous un autre angle grâce à l'éducation à la santé.

B. Mutilations génitales

Les mutilations génitales féminines recouvrent toutes les interventions incluant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toute autre lésion des organes génitaux féminins qui sont pratiquées pour des raisons culturelles ou non médicales (*OMS, 1997*).

L'Organisation Mondiale de la Santé distingue quatre catégories :

- **Type 1** (clitoridectomie) : ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du prépuce (repli de peau qui entoure le clitoris);
- **Type 2** (excision) : ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres;
- **Type 3** (infibulation) : rétrécissement de l'orifice vaginal par la création d'une fermeture réalisée en coupant et repositionnant les lèvres intérieures, et/ou extérieures, avec ou sans ablation du clitoris;
- **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.

Ces interventions sont pratiquées :

- par divers groupes ethniques dans 28 pays d'Afrique;
- par certains groupes ethniques de la Péninsule arabique et en Indonésie;
- également dans les pays d'accueil à savoir l'Europe, les États-Unis, le Canada, l'Australie, la Nouvelle-Zélande.

Dans les pays d'Afrique concernés, ce sont les aïeules, les sages-femmes traditionnelles, les barbiers, et parfois les médecins ou les sages-femmes du circuit médical qui pratiquent ces interventions, bien qu'elles soient proscrites par l'Organisation Mondiale de la Santé.

Dans les pays occidentaux, les familles font appel à un circonciseur également établi en Occident, sinon l'intervention est pratiquée sur la jeune fille durant un séjour au pays d'origine. Les mutilations sexuelles féminines sont généralement pratiquées sur les filles de 4 à 14 ans, parfois quelques semaines après la naissance de la fillette ou bien, peu avant le mariage, selon l'usage du groupe ethnique.

Pendant longtemps, les mutilations génitales féminines (MGF) ont été considérées comme une tradition et les organisations internationales n'ont pas pris position par respect de la culture et des peuples concernés. C'est depuis la fin des années '80 que les MGF ont été condamnées par l'Organisation Mondiale de la Santé comme étant une atteinte aux droits de l'homme.

Plusieurs institutions des Nations Unies (*Interagency Statement*) se sont unies pour déclarer – à juste titre – que les MGF étaient “un signe de relations inégales entre femmes et hommes qui sont profondément ancrées dans des conventions sociales, économiques et politiques”. Si profondément que cela explique en partie pourquoi la lutte contre ce phénomène est si longue et difficile.

Les populations concernées invoquent diverses justifications à ces pratiques dans toutes leurs combinaisons possibles. Les motivations principales diffèrent d'un pays et d'un groupe de population à l'autre mais également au sein d'un même groupe, en fonction de l'âge ou du sexe des sujets.

- **Respect de l'usage ou de la tradition:** À la question “Pourquoi pratiquez-vous l'excision?”, la réponse généralement donnée est: “Parce qu'on a toujours fait ça, c'est comme ça. C'est dans l'ordre naturel des choses, c'est normal.”
- **Appartenance, intégration sociale:** “Pour ne pas être différent des autres, ne pas être exclu.”
- **Le mariage:** “Une fille non excisée ne trouvera pas d'époux.” Il s'agit, avec le respect de la tradition, des raisons le plus souvent avancées. Certaines jeunes femmes sont à nouveau excisées avant le mariage s'il est estimé que l'intervention n'a pas été bien réalisée la première fois ou, dans le cas de l'infibulation, si la cicatrice s'est spontanément rouverte. Certaines mères connaissent les risques d'une MGF mais avouent que dans leur société, il est pire encore de ne pas pouvoir se marier. En dépit des complications que peuvent entraîner les MGF, elles estiment qu'il s'agit du meilleur choix pour leurs filles.
- **Virginité, chasteté, fidélité conjugale:** les MGF sont considérées comme un moyen de préserver l'honneur de la famille en réprimant les désirs sexuels pré-nuptiaux et en s'assurant que la femme soit sage et intègre. Dans le cadre d'un mariage polygame, les MGF sont le moyen de préserver l'honneur de l'homme dans le cas où celui-ci serait incapable de satisfaire toutes ses femmes, en évitant que l'une d'elles noue une relation extraconjugale par frustration.
- **Fécondité:** il existe une foule de mythes sur la fécondité. Les MGF auraient le pouvoir d'augmenter celle-ci ainsi que la probabilité de survie de l'enfant. Certaines communautés croient que si l'excision n'est pas pratiquée, le clitoris devient aussi grand qu'un pénis ou qu'il s'agit d'un organe dangereux susceptible de blesser l'homme durant la pénétration (ou de le rendre impuissant ou stérile) ou encore d'être une source de complication durant l'accouchement.
- **Séduction, beauté:** en particulier les populations qui pratiquent l'infibulation trouvent un bâillement ou une ouverture au niveau des parties génitales inesthétiques. Les organes cousus, obstrués, épilés sont plus ‘hygiéniques’ et rendent la femme plus attrayante.
- **Pureté, propreté:** tant que l'excision ou l'infibulation n'a pas été pratiquée, la fille est considérée comme malpropre, sale, et certaines tâches, telles que préparer ou servir le repas, lui sont interdites.
- **Religion (islam):** Les MGF étaient déjà pratiquées avant l'avènement des religions monothéistes et en particulier l'islam. Bien que les MGF, dont l'infibulation, ne soient pas dictées par le Coran ou d'autres écrits religieux, certaines communautés les appliquent avec la conviction de répondre à un devoir religieux. Remarquons que les MGF se rencontrent également au sein des communautés chrétiennes (catholiques, protestantes, coptes), chez les Juifs d'Ethiopie (Falashas) et les animistes. Les points de vue des chefs religieux diffèrent: certains encouragent ces pratiques, d'autres estiment qu'elles sont étrangères à la religion et d'autres encore cherchent à les bannir. En ce qui concerne l'islam, lors de la conférence internationale qui s'est tenue à l'université d'Al-Azhar au Caire en 2006, les dirigeants sunnites se sont prononcés contre les MGF (fatwa exprimant que les MGF vont à l'encontre de la loi islamique).

Bien que la pratique de l'excision ne soit pas légitimée par la population, on peut considérer qu'officieusement, certains facteurs encouragent la poursuite de ces pratiques. En effet, les mutilations génitales féminines sont une source de revenus et de reconnaissance sociale pour les exciseurs. Y mettre un terme irait à l'encontre de leur intérêt.

Dans de nombreux pays, les MGF sont pratiquées de plus en plus tôt sur les filles. Selon les *Demographics and Health Surveys*¹⁴ (DHS) réalisées en 1997 dans le Yémen, 97% des MGF sur les fillettes avaient été pratiquées dans le premier mois suivant la naissance (moyenne d'âge à 7,6 jours). Il n'est plus question ici d'un rite d'initiation lors du passage à l'âge adulte mais bien de confirmer une identité : l'identité du groupe qui marque sa loi sur le corps de ses sujets, et aussi l'identité de la femme (chaste, épouse, mère, soumise) qu'il faut répéter et confirmer à nouveau. Autrement dit, le corps de la femme est modelé pour satisfaire au statut qu'on lui destine. Ce qui compte, c'est d'inciser. Que les rites généralement associés à la mutilation soient respectés ou non importe peu. Pour être accepté au sein du groupe, tout sujet de sexe féminin doit s'y soumettre : la pratique a été perpétuée de génération en génération et on ne déroge pas à la tradition. La pression sociale est énorme.

Les femmes soumettent leurs filles à ces pratiques avec la meilleure des intentions. En respectant la tradition, elles cherchent à leur épargner la honte, l'exclusion sociale et l'isolement. Tous les groupes qui pratiquent les MGF possèdent, dans leur vocabulaire, un terme qui désigne une fille non excisée. La pire des insultes qu'on puisse adresser à une fille ou une femme au Mali, c'est de la traiter de *bilakoro* ('non excisée' en bambara).

Lorsqu'on demande aux femmes maliennes pourquoi l'excision est encore pratiquée au Mali (où plus de 90% des femmes entre 15 et 49 ans ont subi une MGF), toutes répondent : "Parce qu'il en a toujours été ainsi, c'est la coutume. On ne peut pas laisser une enfant *bilakoro*."

Une étude conduite en Belgique a récemment éclairci le concept, permettant ainsi de porter un regard global sur ces mutilations. Les MGF ne sont pas "une pratique isolée ressortissant exclusivement de la sphère privée et du monde des femmes, mais s'inscrit au contraire dans un ensemble de pratiques rituelles et quotidiennes de construction des rôles et des statuts féminins et masculins". (*SPF Santé publique, Mutilations génitales féminines : guide à l'usage des professions concernées, Bruxelles 2011*)

Les mutilations génitales féminines sont un phénomène culturel qu'il est également possible d'enrayer grâce à la conscientisation des parents et des jeunes, au même titre que l'hyméoplastie. Il s'agit de pratiques qui briment la femme au plus profond de sa féminité.

Pour de plus amples informations sur le sujet, consultez le guide sur les mutilations génitales féminines, édité par le SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement (www.health.belgium.be).

C. Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et ses tabous

La sexualité est un sujet tabou et à plus forte raison lorsqu'un interlocuteur est séropositif.

Notre projet a montré l'importance cruciale de créer un climat de confiance durant la séance d'information et plus encore en présence de sujets séropositifs. Il faut parfois très longtemps avant qu'ils se sentent suffisamment à l'aise. Ils doivent s'assurer de votre sincérité et qu'en vertu du secret professionnel, vous n'allez pas 'les dénoncer'.

Des femmes ont expliqué que ce n'est pas toujours le cas, notamment lorsqu'un professionnel sollicite un second avis et par conséquent met des tiers au courant. Souvent, elles vivent dans l'isolement en raison de leur secret et elles ne se confient pas à n'importe qui. Pour ces femmes en particulier, les séances d'information sont précieuses car elles se posent beaucoup de questions. Est-il encore possible d'avoir un enfant ? À quel spécialiste dois-je m'adresser ? Où trouver un soutien psychologique auprès d'une personne de confiance sans craindre d'être jugée ? ...

L'étude de Schoevers et al. (2010) auprès de femmes sans titre de séjour légal aux Pays-Bas suggère le devoir de confidentialité des professionnels. L'importance d'une relation de confiance est également relevée par une étude de Decoodt et De Reu (2009) menée chez les Roms à Temse et Sint-Niklaas. Il ressort que lorsqu'ils s'adressent à un service, c'est surtout parce qu'ils se fient au personnel plutôt qu'au bon fonctionnement proprement dit de l'organisation. Le travail mené auprès de femmes réfugiées aux Pays-Bas, qui avaient été victimes de violences sexuelles (2007) montre également qu'un climat de confiance est une des conditions absolues pour établir la communication. (*Dossier "Rondetafel kwetsbare Migranten" Sensoa, HIVsam et ICRH, 2011*)

La prévention est un travail qui consiste tout d'abord à lever les barrières. Un climat de confiance et l'information sont les moyens incontournables pour y arriver.

4 | DÉROULEMENT DU COURS

4.1 CONSEILS PRATIQUES

Veiller à ce qu'un sentiment de sécurité et de confiance règne au sein du groupe est une des premières conditions à remplir pour parvenir à un dialogue effectif sur des thèmes aussi personnels que les relations et la sexualité.

Beaucoup sont sensibles à l'hospitalité. Il est toujours bienvenu de prévoir un **catering**, un petit goûter ou des petits sandwiches (en s'adaptant si nécessaire). C'est une manière conviviale d'attirer les participants.

Il est également judicieux de prévoir, dans la mesure du possible, une **garde d'enfants**.

Les travailleurs sociaux constatent souvent l'absence de ce groupe cible aux formations. Il faut tenir compte du fait que la plupart des femmes **n'ont pas appris à gérer un horaire ou un agenda**, ce n'est pas dans leur culture. Un conseil, appelez-les de préférence la veille pour leur rappeler l'animation.

Étant donné que ces sujets s'accompagnent d'une grande gêne, de nombreux tabous et d'ignorance, il est préférable de donner la formation **aux femmes et aux hommes séparément**, et dans la mesure du possible, il vaut mieux prévoir un éducateur pour le groupe des hommes et une animatrice pour le groupe des femmes. Pour ce qui est des séances d'information dans les milieux scolaires, il importe peu que l'éducateur soit masculin ou féminin. La gêne est moins flagrante parmi les jeunes comparée aux adultes.

4.2 RÉSUMÉ DU GUIDE

Objectif	Matériel	Marche à suivre	Durée	Conseils
L'éducateur se présente.	Sticker, une feuille ou un tableau où vous écririez votre nom.	Présentez-vous : donnez votre prénom et votre nom, expliquez quelle est votre fonction et quel sera le thème abordé.	2'	Un bon moyen de déridier l'atmosphère est de raconter une petite anecdote à votre sujet, expliquez par ex. que vous avez des enfants, ou non. Ce n'est pas obligatoire mais il s'agit d'emblée d'une invitation simple à la confiance réciproque.
L'éducateur fait connaissance avec les participants.	Stickers, feuilles et feutres.	Demandez que chacun se présente. Quel est leur prénom, leur nom, ont-ils des enfants, de quelle origine sont-ils, quelle langue comprennent-ils ou parlent-ils ?	15'	<ul style="list-style-type: none"> - Prenez le temps nécessaire. - Pensez à noter le nom des participants sur un sticker ou une feuille. - Vous servir de questions directes pour la présentation joue favorablement sur l'ambiance et la confiance, et les participants constatent que l'éducateur s'intéresse à eux.
Les participants connaissent la charte établie au sein du groupe.	R: Respect I: Interaction P: Privacy = confidentialité Noter au tableau/sur un carton	Conclure la charte : - respect de l'avis de chacun - ouverture à l'interaction - <i>privacy</i> , c'est-à-dire <i>confidentialité</i> et climat sécurisant	5'	C'est aussi le moment adéquat de préciser qu'il n'y a pas de tabous, que les participants peuvent s'exprimer librement dans un climat de confiance partagée.
Les participants connaissent les organes génitaux féminins et masculins.	Matériel visuel sur : - l'appareil reproducteur féminin - l'hymen - les mutilations génitales féminines (MGF) - l'appareil reproducteur masculin	- Expliquer les organes génitaux féminins et masculins internes et externes. - Mise au point sur l'hymen et les MGF.	45'	<p>Le thème est généralement délicat :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 : Avec les femmes, commencez de préférence par les organes féminins et lorsque vous sentez que l'ambiance est suffisamment détendue, vous pouvez embrayer sur les organes génitaux masculins. 2 : L'humour est souvent un allié. 3 : Il est important de laisser la place à l'interaction, c'est le moment idéal de rompre le silence sur des tabous culturels.

Objectif	Matériel	Marche à suivre	Durée	Conseils
Les participants comprennent : - le cycle menstruel - le mécanisme de la fécondation	Matériel visuel : - cycle menstruel - la fécondation - rôle des hormones dans le cycle menstruel et dans les contraceptifs oraux	Expliquer le cycle, le système hormonal et la fécondation.	30'	C'est le moment choisi pour démasquer de manière simple des mythes selon lesquels par ex. l'accumulation des menstruations dans le corps provoquerait des maladies ou des hémorragies cérébrales.
Les participants connaissent les différentes options de contraception.	Matériel visuel sur les différentes méthodes de contraception telles que la pilule, le patch, le stérilet...	- Déposer le matériel et les photos sur une table. - Demander qui connaît quelle méthode contraceptive et désire expliquer ce qu'il/elle sait à ce sujet.	1h30 (minimum)	Au moment d'aborder le thème de la contraception, l'ambiance est généralement déjà plus détendue. À ce stade, les participants posent parfois beaucoup de questions. D'où l'importance d'avoir bien préparé le sujet !
Les participants savent ce que sont les Maladies sexuellement transmissibles (MST).	Données de base sur les MST, voir guide MST dans la mallette. Il ne s'agit pas de donner un véritable cours sur le sujet mais plutôt d'inculquer des notions de base pour leur permettre d'en parler ultérieurement avec leur médecin.	Interaction et rebondir sur les questions des participants. En l'absence de questions, vous pouvez par ex. profiter de la démonstration du préservatif pour demander aux participants si celui-ci protège des MST et du VIH et approfondir ensuite le sujet.		Ce thème ne constitue pas un module en soi. Il est préférable de l'intégrer dans un des modules précédents, comme la contraception par ex., qui suscite pas mal de questions ou durant la démonstration du préservatif.
Les participants sont capables d'enfiler correctement un préservatif.	Démonstration à l'appui à l'aide d'Oscar - Innervation du pénis - Pénis circoncis et pénis non circoncis	Il est possible de décrire les différents types de pénis à l'aide des schémas, de l'innervation et du pénis (non) circoncis. Faites une première démonstration et demandez ensuite qui veut bien faire une démonstration à son tour.	15'	Il est préférable de proposer la démonstration à la fin du chapitre sur la contraception, l'ambiance sera en effet plus décontractée.

Objectif	Matériel	Marche à suivre	Durée	Conseils
Les participants ont des réponses à leurs questions et savent où s'adresser.	Mise à disposition de carnets ou de brochures sur la contraception et la fertilité dans différentes langues. Distribution gratuite de préservatifs.	Distribution de carnets, de brochures et de préservatifs.	5' (minimum)	Il est probable que les participants viennent vous trouver après la séance pour soumettre des questions qu'ils préféreraient ne pas poser devant le groupe. Sondez le groupe pour déterminer ce qui n'a pas été compris, s'il y a des points sur lesquels ils souhaitent davantage d'information et éventuellement les aiguiller pour qu'ils sachent où les obtenir.
Les participants donnent leur feedback sur l'animation.	Évaluation orale par les participants ; l'éducateur prend note des interventions. L'évaluation écrite n'est pas envisageable en raison des problèmes liés à la langue et l'écriture.	Poser des questions directes sur : - le contenu du cours : exhaustivité, clarté, exactitude, ... - la manière dont il a été donné (par ex. utilisation du matériel, ...) - l'animation - le groupe - l'organisation	5'	

4.3 LE GUIDE

4.3.1 Présentation de l'éducateur

Objectif : le groupe connaît le nom et la fonction de l'éducateur ainsi que le programme.

Matériel : écrire les noms sur un sticker, une feuille ou un tableau.

Durée : 5 minutes.

Marche à suivre :

L'éducateur est censé être à l'aise pour prendre la parole devant un public.

Présentez-vous, donnez votre prénom et votre nom, expliquez quelle est votre fonction (au sein de quelle organisation) et quels seront les thèmes abordés.

Conseils :

Raconter une petite anecdote à votre sujet est un bon moyen de détendre l'atmosphère. Expliquez, par exemple, que vous avez des enfants, ou non. Il s'agit d'une manière simple de favoriser l'ouverture entre le groupe et vous.

Prenez le temps de vous présenter, c'est important. Il ne s'agit pas uniquement de donner une idée de la personne que vous êtes mais aussi de faciliter ultérieurement la discussion sur des sujets tabous. L'expérience montre que si vous omettez cette étape, il y a de grandes chances qu'on vous demande, de toute façon à un moment donné, si vous êtes marié(e), si vous avez des enfants, ... À leurs yeux, votre crédibilité est souvent tributaire de votre situation ou de votre statut (parent, assistant social, médecin,...). Dès lors, autant s'en servir d'emblée pour détendre l'atmosphère.

4.3.2 Faire connaissance

Objectif : l'éducateur sonde le vécu et les connaissances des participants.

Matériel : stickers ou feuilles volantes, feutres pour noter le nom des participants.

Durée : 15 minutes

Marche à suivre :

Demandez à chacun de se présenter : quel est leur prénom, leur nom, ont-ils des enfants, de quelle origine sont-ils, quelle langue comprennent-ils ou parlent-ils ?

Conseils :

Tenez toujours compte du fait que certains sont peut-être analphabètes. Proposez à ceux qui le souhaitent d'écrire leur nom, ou de le noter vous-même si certains le préfèrent. Ceci pour éviter une gêne à ceux qui ne savent pas écrire.

Il est important de savoir quelle langue ils parlent car il faudra en tenir compte et prévoir le cas échéant un interprète par exemple (à convenir auparavant avec l'organisateur), ou utiliser davantage le matériel visuel, ou encore ralentir votre cadence lorsque vous donnez des explications.

Vous servir de questions directes contribue favorablement à une bonne ambiance et à la mise en confiance des participants car ils sentent que l'éducateur s'intéresse à eux.

Les personnes précarisées sont généralement très éprouvées par, entre autres, la pauvreté, le chômage ou leur faible scolarisation. Le fait d'accorder un instant l'attention à leur situation familiale renforce leur estime d'eux-mêmes et leur confiance.

4.3.3 Charte RIP (Respect, Interaction, Privacy)

Objectif : Les participants ont intégré la charte établie au sein du groupe.
On évite les malentendus et on encourage la communication.
Les participants respectent les avis de chacun.
On crée un climat de confiance.

Matériel : tableau ou chevalet et marqueurs pour noter les points de la charte RIP.

Durée : 5 minutes

Marche à suivre :

Expliquer le concept RIP :

- On **R**especte l'avis de chacun lorsqu'on n'émet pas de jugement et qu'on écoute l'autre sans l'interrompre.
- L'**I**nteraction est de mise, autrement dit, on peut se sentir de libre de poser des questions, sans la moindre crainte.
- **P**rivacy (= confidentialité) et confiance garanties : tout ce qui se dira ne quittera pas la sphère du groupe. Parallèlement, nul participant n'est tenu de tout dire.

Conseils :

Le moment est opportun pour préciser qu'il n'y a pas de tabou. Les participants peuvent s'exprimer librement dans un climat de confiance partagée. La composition non mixte (femmes et hommes) des groupes joue également un rôle important à cet égard.

En tant qu'éducateur, vous pouvez garantir le secret professionnel, ce qui n'est pas le cas du groupe.

Vous pouvez tout au moins tenter d'obtenir du groupe qu'il soit respectueux des propos partagés.

4.3.4 Le thème des organes génitaux féminins et masculins

Objectif : les participants connaissent les organes génitaux féminins et masculins.

Les participants savent ce qu'est l'hymen et connaissent ses différentes formes.

Les participants savent ce que sont les mutilations génitales féminines (MGF) et en connaissent les différents types.

Les mythes et les fables sur l'hymen et les MGF sont démystifiés grâce au transfert de connaissances et aux débats du groupe.

Matériel :

Photos :

- appareil reproducteur féminin ;
- l'hymen ;
- les mutilations génitales féminines (MGF) ;
- l'appareil reproducteur masculin.

Durée : 45 minutes

Marche à suivre :

Expliquer les organes génitaux internes et externes. L'expérience montre que pas mal de femmes et d'hommes de ce groupe cible ignorent l'anatomie féminine et masculine interne et externe, ainsi que leur fonctionnement. Prenez le temps d'expliquer les bases le plus simplement possible à l'aide des photos.

Il est important de s'attarder plus longuement sur l'hymen. L'hymen est un sujet sur lequel les participants posent généralement beaucoup de questions, ou au contraire aucune, du fait qu'ils écoutent très attentivement. C'est le moment choisi pour l'éducateur d'aborder les mythes et les tabous afin de délier les langues et d'encourager un partage de connaissances. Prévoyez également une plage pour répondre aux questions des participants.

En fonction de l'ambiance et du groupe cible, c'est aussi le moment de parler des mutilations génitales féminines (MGF) : savent-ils ce dont il s'agit ou en ont-ils entendu parler, quelle est leur opinion ? Le support visuel permet de transmettre des informations et d'ouvrir un dialogue.

Conseils :

Il s'agit d'un thème sensible :

- Il est préférable de commencer par l'appareil reproducteur féminin. Si vous sentez que l'ambiance est propice, vous pouvez embrayer sur l'appareil reproducteur masculin.
- L'humour facilite la tâche.
- Il faut privilégier l'interaction : c'est le moment idéal de soulever les tabous culturels, par ex : les tabous et les fables qui entourent l'hymen, qu'est-ce que le clitoris et où il se trouve, etc.

4.3.5 Le cycle menstruel et la fertilité

Objectif : le groupe comprend le cycle menstruel et le mécanisme de la fécondation.

Matériel : matériel visuel sur le cycle, la fécondation et le rôle des hormones dans le cycle menstruel et la contraception orale.

Durée : 30 minutes

Marche à suivre :

Expliquer le cycle menstruel, le fonctionnement hormonal et la fécondation.

Conseils :

C'est le moment choisi pour démasquer de manière simple des mythes selon lesquels par exemple l'accumulation des menstruations dans le corps provoquerait des maladies, la stérilité ou des hémorragies cérébrales.

Si ces points sont abordés dans le groupe, il est important de s'y attarder. Le support matériel permet de montrer comment se déroule le cycle avec et sans la pilule (voir schéma des hormones durant le cycle menstruel et lors de la prise d'un contraceptif oral).

4.3.6 Options contraceptives et démonstration

Objectif:

- Les participants connaissent les différentes méthodes contraceptives.
- Les participants sont capables d'enfiler correctement un préservatif.
- Les participants savent ce que sont les MST et le VIH.

Matériel:

- Matériel visuel sur les différentes méthodes de contraception : pilule, stérilet, implant, anneau vaginal, patch, injection contraceptive, Fémidon, la pilule du lendemain.
- Démonstration du préservatif à l'aide du pénis d'Oscar.
- Explications sur les MST : cf. guide sur les maladies sexuellement transmissibles de Sensoa (version en néerlandais)¹⁵ dans la mallette Contraception.

Durée: 1h45

Marche à suivre:

- Déposer le matériel sur une table. Demander qui connaît quelle méthode contraceptive et désire expliquer ce qu'il/elle sait à ce sujet.
- Privilégier l'interaction.
- Il est possible d'expliquer les différents types de pénis à l'aide des schémas de l'innervation et du pénis (non) circoncis.
- Faites une première démonstration et demandez ensuite qui veut essayer à son tour.
- Les MST peuvent être introduites dans le chapitre sur la contraception, par exemple en interrogeant les participants : la pilule, le stérilet, le patch, le préservatif, ... protègent-ils des MST et du VIH ? Il faut essayer de traiter le sujet de la manière la plus interactive et ludique possible.

Conseils:

Au moment d'aborder le thème de la contraception, l'ambiance est généralement plus détendue. À ce stade, les participants posent parfois beaucoup de questions. D'où l'importance de bien maîtriser le sujet !

L'éducateur peut interroger les participants sur leur vision de ces méthodes dans le cadre de leur culture et la façon de briser le silence autour des tabous existants. C'est une manière de favoriser l'interaction, la compréhension, la confiance et le partage des connaissances.

Avant d'entamer la démonstration du préservatif, il est judicieux de donner des explications sur le pénis, à l'aide des schémas de l'innervation et du pénis (non) circoncis. Demandez aux participants ce qu'ils en pensent. Lorsque l'ambiance est détendue, vous pouvez passer à la démonstration.

Il est préférable de laisser le choix aux participants de se porter volontaire ou non pour un essai après votre première démonstration.

Leur présence et leur participation au cours sont déjà une victoire sur leurs réticences. Vous pouvez également distribuer gratuitement des préservatifs à ceux qui le désirent.

Parfois, le temps ne permet pas de tout expliquer dans le détail. Dans ce cas, expliquez-leur clairement qu'ils peuvent s'adresser à leur médecin pour plus d'explications.

¹⁵ Pour une documentation en français, vous pouvez vous adresser au FLCPF.

4.3.7 Clôture et évaluation

4.3.7.1 Tour de table et références

Objectif : les participants ont la réponse à leurs questions et savent où s'adresser après la séance, s'ils ont besoins d'autres informations.

Matériel : carnets et brochures dans différentes langues sur la contraception et la fertilité à distribuer aux participants.

Durée : 5 minutes

Marche à suivre :

- Inviter les participants à poser des questions sur des points qui n'ont pas encore été abordés. Ici, il faut bien cerner l'urgence de la question posée et éventuellement jauger la situation sous-jacente afin de référer la personne la plus judicieusement possible lorsque c'est nécessaire.
- Distribution des carnets et brochures.
- Montrer où se trouvent les adresses dans les carnets ou les brochures lorsqu'il s'agit d'une demande spécifique.
- Distribution de préservatifs à la demande.

Conseils :

Il est probable que des participants viennent vous trouver après la séance pour soumettre des questions qu'ils préféreraient ne pas poser devant le groupe. Certains récits sont parfois douloureux. Soyez préparé à cette éventualité, prenez le temps.

Convenez d'un rendez-vous si vous jugez qu'il faut y consacrer plus de temps ou référez immédiatement la personne à une association spécialisée en ayant l'assurance qu'elle y sera suivie, ou prenez vous-même un rendez-vous en son nom si elle le demande.

Sondez également les participants pour déterminer les lacunes de la présentation et référez-les également, si possible, à d'autres associations pour qu'ils reçoivent des réponses.

4.3.7.2 Évaluation

Objectif : les participants et l'organisateur donnent leur feedback sur la formation.

Matériel : évaluation orale par les participants et l'organisateur. Vous prenez personnellement note des remarques en vue de faire des rectifications et/ou adaptations pour les formations ultérieures.

Durée : 5 minutes

Marche à suivre :

Poser des questions directes standard de type : Comment avez-vous trouvé :

- le contenu du cours (exhaustivité, clarté, exactitude,...)
- la manière dont il a été donné (par ex. utilisation du matériel,...)
- l'animation
- le groupe
- l'organisation.

Conseils :

L'évaluation est toujours bienvenue car elle permet d'obtenir une image objective du déroulement de l'animation. Elle contribue également à l'amélioration des prochaines sessions.

5 | CONCLUSION GÉNÉRALE

Ce projet est né de la constatation concrète au sein de l'*Expertisecentrum Kraamzorg Volle Maan* de la nécessité d'informer des groupes cibles précarisés via une approche qui tient compte des sensibilités culturelles. Un constat qui a, par ailleurs, trouvé une assise scientifique durant l'élaboration de cet ouvrage.

Sur le terrain, ce besoin s'est traduit par la mise au point d'un matériel spécifique pour le groupe cible et un recueil approprié de données de base à l'intention des professionnels qui animent ces formations.

Une meilleure collaboration entre les acteurs de terrain et les politiques permettrait de réagir plus rapidement aux signaux émis sur les lieux de travail, et le cas échéant, de libérer les moyens nécessaires pour apporter une réponse adéquate. À cet égard, les hautes écoles et les universités peuvent jouer un rôle important en termes de recherche et ainsi jeter un pont entre les acteurs sociaux et les pouvoirs publics.

Les études de différents pays avancent le même constat: le taux élevé d'avortements et le nombre de grossesses non désirées en Europe parmi les jeunes filles et les femmes allochtones, la nécessité de la prévention visant à endiguer l'ignorance et les tabous, l'influence des traditions culturelles sur la santé sexuelle et reproductive et l'impact de la précarité sur la capacité à faire les bons choix.

Des moyens suffisants pour mener une campagne à long terme devraient permettre aux professionnels de la santé et aux éducateurs de groupes cibles spécifiques de mener à bien un travail de prévention.

Nous espérons que l'*Expertisecentrum Kraamzorg Volle Maan* apporte ainsi sa pierre à l'édifice. Le but ultime de ce guide est en effet d'aider les groupes cibles précarisés à faire les bons choix, après avoir reçu un éclairage sur la contraception, dans le respect de leurs sensibilités culturelles.

6 | SOURCES ET RÉFÉRENCES

Livres:

MOUTHAN, I. et DE NEEF, M., *Een Marokkaanse vrouw regelt dat zelf!*, Uitgeverij Eburon, Delft, 1992, 138 pages.

MOUTHAN, I. et DE NEEF, M., *Twee levens – Dilemma's van islamitische meisjes rondom maagdelijkheid*, Uitgeverij Eburon, Delft, 1997, 144 pages.

VAN GINNEKEN, B., OHLRICHS, Y. et VAN DAM, A., *Zwijgen = zonde over seksuele vorming van multiculturele en- religieuze jongeren*, Rutgers Nisso Group, 2004, 58 pages.

AZOUGH, R., POELMAN, J. et MEIJER, S., *Jongeren, seks en islam – Een verkenning onder jongeren van Marokkaanse en Turkse afkomst*, Uniprint international, SOA Aids Nederland, 2007, 114 pages.

BOGERS, M., *Humor als verpleegkundige interventie*, Elsevier gezondheids-zorg, Maarssen, 2007, 94 pages.

DUVAL, G., *Il était deux fois, un voile...*, Université des femmes, Bruxelles, 2008, 80 pages.

SPF SANTE PUBLIQUE, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement et GAMS Belgique, *Mutilations génitales féminines : guide à l'usage des professions concernées*, Bruxelles, 2011, 160 pages.

DIERCKX, D., VRANKEN, J., COENE, J. et VAN HAARLEM, A. [red.], *Armoede en sociale uitsluiting*, Acco, Leuven, 2011, 549 pages.

WERKGROEP PLURICULTURELE ZORG NVKK, *Pluriculturele zorg, ook onze zorg*, Standaard Uitgeverij.

Sources internet:

"Seksuele revolutie", internet, ([http://www.wikipedia.be/seksuele revolutie](http://www.wikipedia.be/seksuele%20revolutie)).

FORAN, T., "Women's health: doctors in multicultural societies are increasingly being asked to perform hymen reconstruction, but what are the ethics of such a controversial procedure?", 2010-09-23, (<http://www.australiandoctor.com.au/news/c3/0c06bec3.asp>).

STICHTING MYTHE ONTKRACHT, 2011-12-30, (<http://www.mytheontkracht.nl/index.php>).

VERHAAR, O., "Maagdenvlieshersteloperaties tussen gedogen en verbieden", (<http://www.pharos.nl/supernavigatie/zoeken/?keyword=maagdenvlies¤tPage=2>).

WIELENGA, S., "De kater van de seksuele revolutie", (www.cfcmedia.be/extra/pdf-ezv/2.pdf)

Études:

NIEUBORG, N. et GIANOTTEN, W., "Seksualiteit en cultuur: verschillen in klachten tussen autochtonen en allochtonen", Tijdschrift voor Seksuologie, 2004, 28, p. 128-133.

NEEFS, H. et VISSERS, S., "De vraag om zwangerschapsafbreking bij allochtone vrouwen in Vlaanderen", Tijdschrift voor Seksuologie, 2005, 29, p. 88-89.

LOEBER, O., "Over het zwaard en de schede; bloedverlies en pijn bij de eerste coïtus – een onderzoek bij vrouwen uit diverse culturen", Tijdschrift voor Seksuologie, 2008, 32, p. 129-137.

VAN MOORST, B., VAN LUNSEN, R., VAN DIJKEN, D. et SALVATORE, C., "Virginity, a gender issue? Backgrounds of women supplying for hymen reconstruction and the effects of counselling about myths and misunderstandings about virginity", Dept Ob/Gyn, StLucas/Andreas Hospital, Amsterdam, the Netherlands, Dept Sexology & Psychosomatische Ob/Gyn, Division of Obstetrics and Gynaecology, Academic Medical Centre, University of Amsterdam, the Netherlands, Congress of the European Society of Contraception and Reproductive Health, Den Haag, 2010, p. 19-22.

PEETERS, F. et BEN ABDESLAM, H., "Inzichten in het contraceptieel gedrag van allochtone abortuscliënten in Brussel Hoofdstad: Hart van Europa", 2011, 16 pages.

Travaux de fin d'étude:

DRIESENS, A., "Seksualiteitsbeleving van moslimmeisjes en moslimvrouwen", Eindwerk Katholieke Hogeschool Leuven 2006-2007.

BERHILLI, S., "Marokkaanse gezinnen en buitenhuwelijkse zwangerschappen", Eindwerk Hoger Instituut Voor Gezinswetenschappen en Hogeschool Universiteit-Brussel 2009-2010.

Ouvrages de référence:

ROYNET, D., "Les troubles de la sexualité chez les femmes issues de l'immigration musulmane", Les cahiers du Germ, 1994, 228, 26 pages.

NIGZ, RUTGERS-NISSO GROEP et SENSOA, "Handleiding bij voorlichtingsplaten Geboorteregeling", 2003, 52 pages.

SENSOA et LE CENTRE POUR L'EGALITE DES CHANCES ET LA LUTTE CONTRE LE RACISME, "Voorlichtingspakket – Seksuele en reproductieve gezondheid voor nieuwkomers", 2004, 94 pages.

CUEPPENS, C. et le CENTRE DE DOCUMENTATION ET D'INFORMATION DE LA FEDERATION LAIQUE DE CENTRES DE PLANNING FAMILIAL (FLCPF), "Les populations originaires du Maroc et de Turquie", 2006, 30 pages.

CUEPPENS, C. et le CENTRE DE DOCUMENTATION ET D'INFORMATION DE LA FEDERATION LAIQUE DE CENTRES DE PLANNING FAMILIAL (FLCPF), "Les populations originaires d'Afrique centrale", 2006, 22 pages.

DROGT, A., VAN DER DOEF, S., REITZEMA, E., CENSE, M. et ALAKAY, F., "Relaties & Seksualiteit-aanvullend katern voor gebruik in multiculturele klassen", eerste druk, Rutgers Nisso Group/NIGZ, 2008, 40 pages.

CENTRE DE DOCUMENTATION ET D'INFORMATION DE LA FEDERATION LAIQUE DE CENTRES DE PLANNING FAMILIAL (FLCPF), "Dossiers documentaires du CEDIF – Virginité – Hyménoplastie", 2008.

CENTRE DE DOCUMENTATION ET D'INFORMATION DE LA FEDERATION LAIQUE DE CENTRES DE PLANNING FAMILIAL (FLCPF), "Dossier documentaires du CEDIF – Hypersexualisation", 2011.

ONDERZOEKS- EN INFORMATIECENTRUM VAN DE VERBRUIKERS ORGANISATIE (OIVO), "Hyperseksualisering", 2011.

SENSOA (VLAAMS EXPERTISECENTRUM VOOR SEKSUELE GEZONDHEID), HIV SAM et IRCH, "Dossier Rondetafel Kwetsbare Migranten", 2011.

ROSEEUW, I. (red) De Touter vzw, "Kleurrijke maatzorg: Aan de slag met interculturalisering", 2011.

MOUTHAN, I., DE NEEF, M. et RADEMAKERS, J., "Geboorteregeling bij allochtone vrouwen, inventarisatie en screening van bestaand voorlichtingsmateriaal", Rutgers Nisso Groep.

7 | ANNEXES

7.1 RAPPORT D'ÉVALUATION DE LA PHASE 2009 DU PROJET

7.1.1 Évaluation du projet concernant les femmes précarisées (enceintes) dans Bruxelles

A. Quantitativement

7 formations ont été données dans 4 organisations.

Formations	Participant.es
Nasci ¹⁶ 16.10.2008 + 29.05.09 + 23.10.2009	5 +10 + 9
Huis Der gezinnen 19.12.08 + 30.01.09	6 +15
BON ¹⁷ 09.06.09 +16.07.2009	14
Planning Familial Schaerbeek groupe Bah 18.06.09	8
Link VZW 08.10.2009	27
Total	94

¹⁶ Centre d'aide à l'enfance

¹⁷ Brussels Onthaalbureau

Bref descriptif des groupes :

1/ Nationalités :

Groupes mixtes de différentes nationalités à savoir : Algérie, Belgique, Brésil, Afrique, Roumanie, Maroc, Turquie, Vietnam, Albanie, Tchétchénie, Allemagne, Irak, Philippines.

2/ Générations :

Première, deuxième et troisième génération.

3/ Langues parlées :

Tout a été réglé en néerlandais avec les organisateurs mais les animations ont essentiellement été données en français et la plupart du temps, avec quelques interventions en anglais, marocain, et parfois en néerlandais.

4/ Durée et période :

La durée prévue d'une séance était de 2 heures. Les participantes arrivant toutefois souvent en retard, le temps imparti était généralement trop court (en plus du fait de la grande interaction avec les participantes).

5/ Degré de connaissance :

4 participantes sur 5 (de différentes générations) n'étaient pas scolarisées.

B. Qualitativement

Les questions A à D incluse étaient uniquement adressées aux participantes.

A. Informations sur la contraception :

1. Où obtenez-vous des informations sur la contraception ?

- La plupart obtiennent des informations via leur entourage et leur cercle d'amis.
- Les participantes sont également informées par leur médecin.

MAIS :

- L'information reçue chez le médecin n'est pas complète : cela concerne en particulier les différentes options et les effets indésirables éventuels (des femmes préféraient ne rien prendre plutôt que suivre une médication qui les rendaient plus mal encore)
- Elles n'osent pas poser des questions sur les bénéfices et les inconvénients des contraceptifs.

	Nasci 16.10.2008 + 29.05.09 + 23.10.2009	Huis der gezinnen 19.12.08 + 30.01.09	BON 09.06.09 + 16.07.2009	Planning Familial Schaerbeek groupe BAH 18.06.09	Link VZW 08.10.2009
Via les amis/les proches	X	X	X	X	X
Info généralement reçue chez le médecin	X	X	X	X	X
La plupart du temps, le médecin n'explique pas les différentes options ni les risques associés aux contraceptifs	X	X	X	X	X
Première fois qu'elles reçoivent des informations et une explication claire sur les contraceptifs			X		

B. Utilisation des contraceptifs :

1. Quel moyen de contraception utilisez-vous ?

- Souvent aucun, pour des raisons médicales ou en raison du manque d'information reçue chez le médecin sur les effets indésirables éventuels du contraceptif.
- Dans l'affirmative, elles ont essayé toutes sortes de contraceptifs : la pilule, le stérilet, l'implant, ...
- Suites à de mauvaises expériences, elles ont le sentiment que leur fertilité a été altérée (idée renforcée par l'ignorance et les mythes).

	Nasci 16.10.2008 + 29.05.09 + 23.10.2009	Huis der gezinnen 19.12.08 + 30.01.09	BON 09.06.09 + 16.07.2009	Planning Familial Schaerbeek groupe BAH 18.06.09	Link VZW 08.10.2009
Généralement pas de contraceptif	X			X	X
Pas de contraceptif pour des raisons médicales			X	X	

2. Était-ce un choix personnel ?

Le plus souvent, ce sont elles qui décident.

	Nasci + 29.05.09 + 23.10.2009	Huis der gezinnen 19.12.08 + 30.01.09	BON 09.06.09 + 16.07.2009	Planning Familial Schaerbeek groupe BAH 18.06.09	Link VZW 08.10.2009
Choix personnel	X		X	X	
Après avoir concerté le partenaire			X	X	
L'homme décide				X	

3. Quel a été le rôle de votre partenaire sur ce point ?

Elles consultent leur partenaire uniquement en cas de complication.

	Nasci 16.10.2008 + 29.05.09	Huis der gezinnen 19.12.08 + 30.01.09	BON 09.06.09 + 16.07.2009	Planning Familial Schaerbeek groupe BAH 18.06.09	Link VZW 08.10.2009
La majorité décide personnellement	X		X	X	X

4. Estimez-vous qu'il est nécessaire d'informer les hommes ?

Les hommes devraient également être informés afin qu'ils puissent jouer un rôle dans le cadre du planning familial.

	Nasci 16.10.2008 + 29.05.09 + 23.10.2009	Huis der gezinnen 19.12.08 + 30.01.09	BON 09.06.09 + 16.07.2009	Planning Familial Schaerbeek groupe BAH 18.06.09	Link VZW 08.10.2009
Les hommes aussi devraient être informés	X	X	X	X	X

C. Attitudes/ tabous et mythes:

5. Y a-t-il des contraceptifs que vous refusez d'utiliser en raison d'un tabou culturel ou d'une valeur religieuse ?

- L'éducation (la conviction religieuse) qu'elles ont reçue leur interdit d'utiliser des contraceptifs et il s'agit d'un sujet tabou dont on ne parle pas.
- Il n'est pas permis de parler de la contraception car cela signifierait qu'elles mènent une vie sexuelle active, or c'est interdit avant le mariage.
- En Afrique centrale, l'utilisation du préservatif est interdite par la religion. En outre, le préservatif est associé à la prostitution.
- L'influence de la famille (en raison de mauvaises expériences) combinée aux valeurs religieuses et aux mythes culturels (ignorance) fausse les choix.
- La sexualité est taboue dans la culture. Dès lors, on en parle très peu durant la jeunesse → d'où la méconnaissance au sujet des contraceptifs.
- L'utilisation du stérilet est déconseillée en raison de l'éventualité d'une fécondation → forme d'avortement.
- La contraception définitive est proscrite par la religion (à l'exception de cas particuliers).
- Une participante a expliqué que sa croyance interdisait la prise de la pilule car l'enfant étant une créature de Dieu, on ne peut s'y opposer.
- Certaines avaient eu, à l'époque, uniquement le choix entre la pilule ou l'injection et avaient été insuffisamment informées par le médecin. L'expérience ayant été négative, elles ont développé une méfiance à l'égard des contraceptifs.

Conclusion: L'ignorance, les idées préconçues et les mythes sont légion.

Ex: l'accumulation du sang dans le corps lorsque les menstruations sont absentes.

	Nasci 16.10.2008 + 29.05.09 + 23.10.2009	Huis der gezinnen 19.12.08	BON 09.06.09 + 16.07.2009	Planning Familial Schaerbeek groupe BAH 18.06.09	Link VZW 08.10.2009
Une grande part d'ignorance, de nombreux mythes et idées préconçues	X ¹⁸	X	X	X	X
Interdits liés à l'éducation, la religion	X		X	X	X
Influence de la famille	X ¹⁹		X		

18 uniquement 16.10.2008 + 29.05.09

19 uniquement 16.10.2008 + 29.05.09

D. Élément financier :

6. Le prix des contraceptifs est-il abordable pour vous? Dans le cas où vous éprouveriez des difficultés financières, savez-vous où ou à qui vous adresser pour obtenir une aide financière ?

- Trop cher mais il est impossible de s'en passer.
- La majorité a déclaré ne pas savoir où s'adresser pour obtenir un soutien financier. Dans l'affirmative, cela signifiait un parcours administratif laborieux.

	Nasci + 29.05.09 + 23.10.2009	Huis der gezinnen 19.12.08 + 30.01.09	BON 09.06.09 + 16.07.2009	Planning Familial Schaerbeek groupe BAH 18.06.09	Link VZW 08.10.2009
Trop cher	X		X	X	X
Aucune idée quant au lieu où s'adresser pour obtenir une aide financière	X		X	X	X

E. Évaluation de la formation :

Par l'organisateur, l'éducateur et les participantes

1. Comment avez-vous trouvé la formation ?

Éducateur :

- les participantes comprenaient surtout le français ;
- l'humour et les anecdotes personnelles ont été de bons outils pour briser la glace ;
- la connaissance des cultures et religions est un immense atout ;
- le groupe ne doit pas être trop grand (ex. Link VZW 08.10.2009, 27 participantes : elles osent moins confier des choses intimes, l'interaction est moins évidente).

Positif :

- bonne interaction durant l'animation grâce au matériel visuel ;
- la comparaison entre les 1^e, 2^e et 3^e générations est intéressante ;
- éducateur externe.

Négatif :

- grande ignorance & nombreux mythes ;
- temps restreint par les nombreuses questions ;
- beaucoup arrivent en retard en raison d'autres obligations ;
- prévoir des interprètes quand il y a beaucoup de langues différentes.

Organisateur :

- formation réussie ;
- le matériel utilisé était clair et excellent
- l'éducateur connaît bien le groupe cible et travaille à selon les attentes des mères ;
- être plurilingue est un atout, l'usage de plusieurs langues rend toutefois l'animation plus complexe ;
- l'emploi de termes simples est favorable à la bonne compréhension ;
- ces femmes n'utilisant pas d'agenda, un rappel régulier est très important (en particulier la veille de l'animation).

Les participantes (pour la plupart interrogées oralement en raisons des problèmes de langue et d'écriture) :

- très bonne et enrichissante ;
- elles savent dorénavant ce qu'elles doivent demander au médecin lors de la prochaine consultation ;
- un thème très intéressant et de nombreuses possibilités d'intervenir ;
- de nouvelles choses ont été apprises ;

- sujet d'actualité autour duquel il existe encore bien des malentendus ;
- éducateur motivé et qui répond à toutes les questions, possède une didactique qui leur convient bien ;
- explications claires ;
- proposition de mixité du groupe pour la formation. Quoique, il faudrait peut-être briser d'abord les tabous ;
- intérêt pour le thème des mutilations génitales féminines.

Organisateur	Nasci 16.10.2008 + 29.05.09 + 23.10.2009	Huis der gezinnen 19.12.08 + 30.01.09	BON 09.06.09 + 16.07.2009	Planning Familial Schaerbeek groupe BAH 18.06.09	Link VZW 08.10.2009
Importance d'un encouragement régulier	X ²⁰				
Formation réussie	X	X	X		
Matériel clair		X	X		
L'éducateur travaille sur mesure		X			
Complexité liée aux différentes langues	X ²¹				
L'humour et le partage des bagages culturels sont de bons outils pour briser la glace				X	

Participant	Nasci 16.10.2008 + 29.05.09 + 23.10.2009	Huis der gezinnen 19.12.08 + 30.01.09	BON 09.06.09 + 16.07.2009	Planning Familial Schaerbeek groupe BAH 18.06.09	Link VZW 08.10.2009
Meilleure notion du corps de la femme et des options contraceptives	X	X	X	X	

Éducateur	Nasci 16.10.2008 + 29.05.09 + 23.10.2009	Huis der gezinnen 19.12.08 + 30.01.09	BON 09.06.09 + 16.07.2009	Planning Familial Schaerbeek groupe BAH 18.06.09	Link VZW 08.10.2009
Bonne interaction	X	X	X	X	
Grande ignorance		X	X	X	
Temps restreint	X	X			
Participant de la 1 ^{re} génération			X	X	

20 enkel van toepassing voor 16.10.2008 + 29.05.09

21 enkel van toepassing voor 16.10.2008 + 29.05.09

2. Quel est votre avis sur matériel ?

Éducateur:

Le matériel didactique incluait :

- la mallette contraception Sensoa ;
- le coffret Idriss (ex. cycle menstruel) ;
- le matériel personnel de l'éducateur du centre d'expertise, adapté au groupe cible.

Participants:

- bon matériel, clair ;
- tout le matériel a servi à montrer des choses au groupe ;
- beaucoup de matériel visuel et tactile.

Organisateur:

- bon matériel, clair.

7.1.2 Constats

On retiendra essentiellement de l'évaluation quantitative :

- les différentes nationalités des femmes présentes à la formation ;
- les différentes générations,
- la durée prévue était trop courte ;
- la majorité des participantes n'était pas scolarisée.

L'évaluation qualitative a permis de pointer les éléments suivants.

- L'ignorance et les mythes influencent le comportement quant à la prise de contraceptifs.
- La plupart tiennent l'information sur la contraception de leur entourage ou leur cercle d'amis.
- Tant les femmes de la 1^{re} que de la 2^e génération ont déclaré recevoir trop peu d'informations chez le médecin au sujet de l'offre disponible et les effets indésirables.
- Toutes étaient d'avis qu'il fallait aussi sensibiliser les hommes pour qu'ils puissent s'impliquer.
- Pour la plupart des femmes, les contraceptifs sont chers mais incontournables.

→ Autrement dit : une information correcte fait défaut !

7.1.3 Conclusion

Certains points ont été soulevés mais dépassent le cadre de ce projet. Toutefois, ils sont suffisamment significatifs pour être soumis aux associations concernées.

- Un travail est à faire avec les groupes masculins.
- Il faut aider les femmes à devenir plus assertives.

D'autres points s'inscrivent dans le cadre plus large du centre d'expertise en soins post-nataux, entre autres :

- La sensibilisation des médecins généralistes et autre personnel soignant de première ligne en vue d'améliorer l'information sur la contraception.

7.2 CONTENU DE LA MALLETTE CONTRACEPTION

Contenu de la mallette:

Les outils mis à disposition dans le coffret **ne conviennent pas** à une consommation réelle. Il s'agit de matériel placebo ou uniquement destiné aux formations et démonstrations.

Matériel:

Moyens de contraception:

Anneau vaginal (Nuvaring)
Oscar (pénis factice pour la démonstration)
Test de grossesse (Clearblue)
Implant hormonal (Implanon)
Préservatif féminin (Femidon)
Préservatif masculin (Sensoa)
Patch contraceptif (Evra)
Stérilet (Mirena)

CD "La contraception de A à Z" – Bayer HealthCare

Cartes:

Carte contraception d'urgence
Carte Norlevo
Cartes www.mijnpil.be

Dépliants, schémas:

- Schéma 3 D Mirena et poster A4 méthode de mise en place du dispositif Mirena.
- 'Pas d'excision pour ma fille' – Gams Belgique asbl.
- 'Fertility management Program'
- 'La contraception' (planning Marolles – FLCPF), disponible dans plusieurs langues.
- 'Votre santé sexuelle' – Sensoa, disponible dans plusieurs langues.
- 'Les maladies sexuellement transmissibles' – Sensoa
- 'La contraception' – Sensoa
- Brochure 'Kind in Beeld: contraceptie' – Kind en Gezin

Matériel visuel A3:

- Vagin avec et sans hymen (Vagina met en zonder hymen)
- Hymen annulaire (Hymen annular)
- Hymen semi-lunaire (Hymen crescentic)
- Hymen cribiforme (Hymen cribriforme)
- Hymen denticulé (Hymen denticular)
- Hymen fimbrié (Hymen fimbriated)
- Hymen criblé (Hymen imperforate)
- Hymen labié (Hymen labial)
- Hymen microperforé (Hymen microperforate)
- Hymen cloisonné (Hymen septate)
- Hymen subseptate Hymen subseptate
- Cycle maturité (Cyclus rijping)
- Ovulation (Eisprong)
- Descente (Afdaling)
- Descente et fécondation (Afdaling en bevruchting)
- Fécondation (Bevruchting)
- Menstruation (Menstruatie)

- Rôle des hormones dans le cycle menstruel et la contraception orale (Hormonen bij menstruele cyclus en hormonen bij orale anticonceptie)
- Mutilations génitales féminines: vulve intacte et type 1: clitoridectomie
- Mutilations génitales féminines: type 2 excision et type 3 infibulation
- Innervation pénienne (Penis bezenuwing)
- Pénis circoncis et non circoncis (Penis besneden en onbesneden)
- Organes génitaux masculins: vue transversale et vue de face (Mannelijke geslachtsorgaan: zijaanzicht en vooraanzicht)
- L'appareil reproducteur féminin NL / FR (recto/verso) – Bayer HealthCare
- Comment agit la pilule? NL / FR (recto/verso) – Bayer HealthCare
- Schéma du cycle menstruel – Bayer HealthCare
- Les différentes pilules: la minipilule – pilule triphasique – pilule 21 jours – Bayer HealthCare
- Pilule d'urgence: Norlevo et Ella One pil
- Stérilet au cuivre
- Injection contraceptive: Depo-Provera
- Implant hormonal
- Diaphragme – Wide Seal
- Schéma avortement – Fiches d'information régulation des naissances NIGZ.

Entreprises, associations ayant mis à disposition du matériel:

- Bayer HealthCare
- Merck
- Janssen
- Sensoa
- Kind en Gezin

MÉDECINS DU MONDE 世界医生组织 DOCTORS OF THE WORLD منظمة أطباء العالم LÄKARE I VÄRLDEN MEDICI DEL MONDO ΓΙΑΤΡΟΙ
ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ DOKTERS VAN DE WERELD MÉDICOS DO MUNDO MÉDICOS DEL MUNDO 世界の医療団 ÄRZTE DER WELT दुनिया के
डॉक्टर MÉDECINS DU MONDE 世界医生组织 DOCTORS OF THE WORLD منظمة أطباء العالم LÄKARE I VÄRLDEN MEDICI DEL MONDO
ΓΙΑΤΡΟΙ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ DOKTERS VAN DE WERELD MÉDICOS DO MUNDO MÉDICOS DEL MUNDO 世界の医療団 ÄRZTE DER WELT