

# **Etude de prévalence des femmes excisées et des filles à risque d'excision en Belgique, 2014**

**(Mise à jour au 31 décembre 2012)**

**Promoteur :** SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement

**Chercheurs principaux :** Dominique Dubourg<sup>1</sup>, Fabienne Richard<sup>1</sup>

**Comité d'accompagnement :**

Valentine Audate<sup>2</sup>, Rita Eggermont<sup>3</sup>, Martine Hendrickx<sup>4</sup>, Els Leye<sup>5</sup>, Sophie Maes<sup>6</sup>, Samuel Ndamè<sup>7</sup>, Frances Nicholson<sup>8</sup>

<sup>1</sup> Institut de Médecine Tropicale d'Anvers (IMT)

<sup>2</sup> Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides (CGRA)

<sup>3</sup> Kind en Gezin (K&G)

<sup>4</sup> Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile (Fedasil)

<sup>5</sup> International Centre for Reproductive Health (ICRH)

<sup>6</sup> Institut scientifique de Santé Publique, ISP (maintenant OMS)

<sup>7</sup> Office de la naissance et de l'enfance (ONE)

<sup>8</sup> Haut-Commissariat des Nations-Unis pour les réfugiés (UNHCR)

## Table des matières

Liste des tableaux .....	3
Liste des figures.....	3
Liste des abréviations.....	4
1 Introduction .....	5
2 Les mutilations génitales féminines.....	5
2.1 Définition et classification des MGF.....	5
2.2 Prévalence et distribution géographique.....	6
2.3 Circonstances dans lesquelles se pratiquent les MGF .....	7
2.4 Raisons invoquées pour perpétuer la pratique .....	7
2.5 Conséquences des mutilations génitales féminines .....	8
2.6 Textes de loi nationaux et internationaux concernant les MGF.....	9
3 Problématique des MGF en Europe et en Belgique .....	11
3.1 Enfants à risque .....	11
3.2 Impact de la migration sur l'excision .....	12
3.3 Professionnels de santé face aux femmes excisées.....	12
4 Etat des connaissances en matière d'étude de prévalence des MGF en Europe.....	12
5 Objectifs.....	13
5.1 Objectif général .....	13
5.2 Objectifs spécifiques .....	13
6 Méthodologie .....	14
6.1 Déroulement de l'étude.....	14
6.2 Profil et tâches des chercheurs principaux.....	15
6.3 Sources de données.....	15
6.4 Description des données.....	16
6.4.1 Base de données de la DGSIE.....	16
6.4.2 Données de K&G et de l'ONE .....	18
6.4.3 Données de l'Office des étrangers et de Fedasil.....	19
6.4.4 Prévalence de l'excision par pays .....	20
6.4.5 Base de données finale.....	21
7 Biais et limites de l'étude.....	22
8 Résultats .....	23
8.1 Estimation du nombre de filles/femmes excisées ou à risque de subir une excision selon les tranches d'âge importantes .....	23
8.1.1 Petites filles de moins de 5 ans.....	23
8.1.2 Enfants et adolescentes de 5-19 ans.....	25
8.1.3 Femmes de 20-49 ans .....	27
8.1.4 Femmes de 50 ans et plus .....	29
8.2 Evaluation globale du nombre de filles et femmes excisées ou à risque d'excision.....	30
9 Synthèse des résultats .....	37
10 Discussion - Implication pour les services médico-sociaux belges.....	38
11 Recommandations.....	40
12 Références .....	41
Annexes.....	44

## Liste des tableaux

Tableau 1. Répartition de la population féminine par nationalité d'origine ou actuelle selon la région de résidence au 31 décembre 2012 (données DGSIE) .....	17
Tableau 2. Naissances en Belgique de filles issues de mère originaire d'un pays où se pratique l'excision selon le pays d'origine de la mère et l'âge actuel (Sources ONE et K&G, années 1998-2012) .....	18
Tableau 3. Population féminine originaire d'un pays où l'excision est pratiquée dans le réseau d'accueil par nationalité actuelle. (Source : Office des étrangers et Fedasil, 2012) .....	19
Tableau 4. Prévalence des excisions par pays (prévalence générale) .....	20
Tableau 5. Constitution du fichier final de la population féminine d'étude .....	22
Tableau 6. Estimation du nombre de filles de moins de 5 ans excisées ou à risque de subir une excision par lieu de naissance en Belgique au 31 décembre 2012 (Sources : ONE, K&G, DGSIE).....	24
Tableau 7. Estimation de la population des filles et adolescentes de 5 à 19 ans susceptibles d'avoir été excisées ou à risque d'excision par lieu de naissance au 31 décembre 2012 (Sources : DGSIE, ONE, K&G).....	26
Tableau 8. Population féminine (20-49 ans) probablement excisée par tranche d'âges et par région au 31 décembre 2012 (Sources : DGSIE et Office des étrangers) .....	27
Tableau 9. Nombre de naissances vivantes de mères probablement excisées vivant en Belgique entre 1998 et 2012 par année et région de résidence (Sources : ONE et K&G).....	28
Tableau 10. Femmes de 50 ans et plus probablement excisées par région de résidence au 31 décembre 2012 (Source : DGSIE – Office des étrangers).....	29
Tableau 11. Population féminine totale selon la nationalité d'origine et la région de résidence, 10 principaux pays où l'excision est pratiquée au 31 décembre 2012 .....	31
Tableau 12. Population féminine excisée ou à risque d'excision selon la nationalité d'origine et la région de résidence, 10 principaux pays au 31 décembre 2012 .....	32
Tableau 13. Population féminine totale et population féminine excisée ou à risque d'excision par province au 31 décembre 2012 (Source : DGSIE, ONE, K&G).....	32
Tableau 14. Nombre de femmes excisées ou à risque d'excision par âge et par nationalité d'origine au 31 décembre 2012 .....	34
Tableau 15. Population féminine déjà excisée ou à risque de l'être par catégorie d'âge et lieu de naissance au 31 décembre 2012 .....	37

## Liste des figures

Figure 1. Répartition géographique et prévalence des mutilations génitales féminines (types 1, 2 et 3) en Afrique et au Moyen-Orient (DHS/MICS disponibles au 23/12/2013) : .....	6
Figure 2. Estimation du nombre de filles et femmes vivant en Belgique déjà excisées ou à risque de subir une mutilation génitale féminine au 31 décembre 2012 .....	31
Figure 3. Répartition de la population féminine excisée ou à risque de l'être par province au 31 décembre 2012 (source DGSIE, ONE, Kind & Gezin).....	33

## Liste des abréviations

ASBL - VZW	Association sans but lucratif - Verenigingen zonder winstoogmerk
CGRA - CVGS	Commissariat général aux réfugiés et apatrides - Commissariaat-generaal voor de Vluchtelingen en de Staatlozen
CIRE	Coordination et Initiatives pour les réfugiés et étrangers
CLB	Centrum voor Leerlingenbegeleiding
CPAS - OCMW	Centre public d'action sociale - Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn
DGSIE - ADSEI	Direction générale statistique et information économique - Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie
DHS	Demographic and Health Survey (enquête démographique et de santé)
Fedasil	Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile – Federaal agentschap voor de opvang van asielzoekers
EIGE	European Institute for Gender Equality
GAMS Belgique	Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles féminines - Belgique
GGOLFB	Groupement des gynécologues obstétriciens de langue française de Belgique
ICRH	International Centre for Reproductive Health
ILA	Initiative locale d'accueil
IMT	Institut de médecine tropicale
INAMI - RIZIV	Institut national d'assurance maladie-invalidité - Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering
ISP	Institut scientifique de santé publique
K&G	Kind en Gezin
MGF	Mutilations génitales féminines
MICS	Enquêtes en grappe à indicateurs multiples
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONE	Office de la Naissance et de l'Enfance
PAPFAM	Projet panarabe pour la santé familiale
PMI	Service de protection maternelle et infantile, France
PMS	Centre psycho-médico-social
PRB	Population Reference Bureau
PSE	Promotion de la santé à l'école
RCA	République centrafricaine
RDC	République démocratique du Congo
SPF	Service public fédéral
UERPOD	Union pour l'étude et la recherche sur la population et le développement
UNFPA	United Nations Population Fund
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees
UNICEF	United Nations Children's Fund
UPSFB	Union professionnelle des sages-femmes belges
VLOV	Vlaamse Organisatie van Vroedvrouwen
VGv	Vrouwelijke Genitale Verminking
VVOG	Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
VWV	Vluchtelingenwerk Vlaanderen

# 1 Introduction

Si les mutilations génitales féminines (MGF) sont principalement pratiquées sur le continent africain (au moins 27 pays), au Moyen-Orient et dans certains pays d'Asie et d'Amérique Latine, la Belgique et d'autres pays européens qui accueillent des communautés originaires de ces pays sont aussi concernés. Des petites filles qui naissent en Belgique courent le risque d'être excisées soit en Europe, soit lors d'un retour au pays pendant les vacances et des femmes déjà excisées sont susceptibles de consulter les services de santé belges pour les conséquences de leur excision.

Une première étude (Dubourg & Richard 2010, Dubourg et al. 2011) avait été réalisée en 2010 à la demande de la Ministre fédérale de la santé publique, Mme Onkelinx, pour évaluer : (1) le nombre de femmes excisées qui vivent en Belgique, (2) le nombre de filles à risque d'excision qui vivent en Belgique et (3) la population cible des différents services médico-sociaux concernés par les mutilations génitales féminines. Cette étude avait été réalisée par l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers avec le soutien d'un comité d'accompagnement (CGRA, Fedasil, ICRH, K&G, ONE, ISP). Elle avait permis d'estimer la prévalence des femmes excisées vivant en Belgique à 6 260 et la prévalence des filles à risque d'excision à 1 975 au 1er janvier 2008. Elle avait pu également identifier les provinces les plus concernées par la problématique afin de cibler les formations pour les professionnels de santé (Région Bruxelles-Capitale, Province d'Anvers et Province de Liège).

Cette étude quantitative vise à actualiser les données de la première étude de prévalence des mutilations génitales féminines en Belgique. Cette nouvelle étude répond aux recommandations de la Commission Européenne en matière d'amélioration des statistiques sur le sujet (European Commission 2013) et a été menée à la demande du Ministère fédéral de la santé publique par l'Institut de médecine tropicale d'Anvers avec le soutien d'un comité d'accompagnement (CGRA, Fedasil, ICRH, K&G, ONE, ISP, UNHCR).

## 2 Les mutilations génitales féminines<sup>1</sup>

### 2.1 Définition et classification des MGF

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit les mutilations génitales féminines comme étant toutes les interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toute autre lésion des organes génitaux féminins pratiquées à des fins non thérapeutiques. Les mutilations ont été classées par l'OMS en quatre types (WHO 2008).

#### Encadré 1. Types de mutilations génitales féminines

*Le **type 1** ou clitoridectomie est l'ablation partielle ou totale du clitoris ou du capuchon du clitoris.*

*Le **type 2** ou excision concerne l'ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres.*

*Le **type 3** ou infibulation est le rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par l'ablation et l'accolement des petites lèvres ou des grandes lèvres, avec ou sans excision du clitoris.*

*Le **type 4** comprend toutes les autres interventions nocives pratiquées sur les organes féminins à des fins non thérapeutiques, comme la ponction, le percement, l'incision, la scarification et la cautérisation.*

---

<sup>1</sup> Cette introduction sur les mutilations génitales est une adaptation du chapitre de Amy JJ et Richard F, Les mutilations génitales féminines (chapitre 56) in Guide de Consultation Périnatale ONE-GGOLFB, De Boeck : Bruxelles 2009 p524-536 (Amy & Richard 2009).

Le type de mutilation pratiquée varie selon le pays et l'ethnie d'origine.

Selon la dernière étude de l'UNICEF (2013), plus d'une fille sur cinq a subi une mutilation de type III (infibulation) à Djibouti, en Erythrée, au Niger, au Sénégal et en Somalie.

## 2.2 Prévalence et distribution géographique

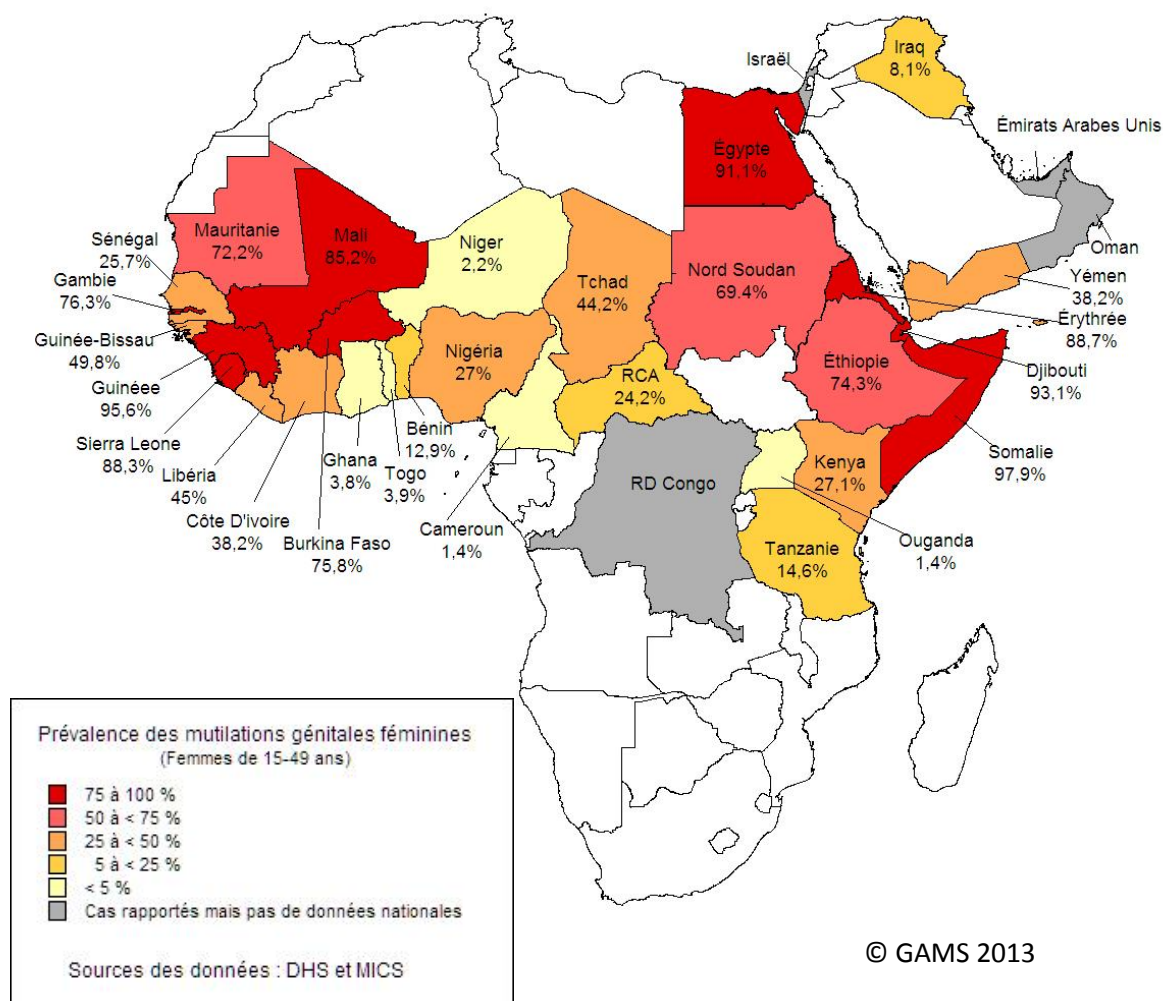
Plus de 125 millions de filles et de femmes actuellement en vie dans 29 pays d'Afrique et du Moyen-Orient ont subi une forme de mutilation génitale : clitoridectomie, excision ou infibulation. Trente millions d'autres filles risquent d'en être victimes au cours des dix prochaines années (UNICEF 2013).

Ces pratiques sont également présentes à un degré moindre dans d'autres parties du monde (Asie et Amérique Latine) mais on ignore le nombre exact de filles et de femmes concernées faute d'études nationales.

En Afrique et au Moyen-Orient, la prévalence diffère beaucoup selon les régions, y compris au sein même des pays. Le groupe ethnique et la région de résidence en sont les facteurs déterminants.

Pour les familles établies en Europe, la pratique continue, dans des proportions moindres, lors de vacances dans le pays d'origine ou sur le territoire du pays d'accueil.

**Figure 1. Répartition géographique et prévalence des mutilations génitales féminines (types 1, 2 et 3) en Afrique et au Moyen-Orient (DHS/MICS disponibles au 23/12/2013) :**



### 2.3 Circonstances dans lesquelles se pratiquent les MGF

L'âge auquel les mutilations génitales féminines sont pratiquées dépend du groupe ethnique et peut aller des premiers jours après la naissance jusqu'à l'âge adulte. Dans la moitié des pays disposant de données nationales, la majorité des filles sont excisées avant l'âge de 5 ans. En Egypte, en République centrafricaine, en Somalie et au Tchad, au moins 80% des filles sont excisées entre 5 et 14 ans (UNICEF 2013).

La majorité des excisions sont faites par des exciseuses traditionnelles : au Sénégal, l'excision est l'affaire de femmes appartenant à la caste des forgerons (les « forgeronnes »). Dans d'autres cas, une matrone ou une accoucheuse traditionnelle exerce cette fonction d'exciseuse. La place de l'homme dans l'opération diffère en fonction des régions. Même s'il en est l'instigateur, il a rarement un rôle actif. En Egypte et au Nigeria, l'homme (par exemple le barbier) peut se charger de la mutilation.

Personne n'explique à l'enfant ou à l'adolescente ce qu'elle va endurer. Le plus souvent, la mutilation se fait sans la moindre anesthésie. La fillette ou la jeune fille est maintenue par des proches. On se sert d'instruments grossiers : couteau, lame de rasoir, morceau de verre, etc. Une infibulation peut prendre 15 à 20 minutes. Dans le cas d'une infibulation, la plaie est recousue à vif avec du gros fil non stérile. En Somalie, des épines d'acacia maintiennent les moignons des grandes lèvres au contact l'une de l'autre. Des cataplasmes (cendres, terre, jaune d'œuf, herbes, ...) sont appliqués ensuite afin de « favoriser la cicatrisation » et « d'éviter l'infection et l'hémorragie ». Pour obtenir la coalescence des grandes lèvres, les membres inférieurs de la fillette sont liés l'un à l'autre de façon à empêcher toute abduction des cuisses.

Dans certains pays, la mutilation a été « médicalisée » et est pratiquée par un médecin ou une infirmière, éventuellement en milieu hospitalier (WHO 2010). C'est le cas par exemple de l'Egypte où 77,4% des excisions chez les filles entre 0 et 17 ans sont pratiquées par du personnel médical selon l'enquête démographique et de santé de 2008. L'Egypte n'est pas isolée et des pays comme le Kenya ou le Soudan ont une proportion importante (plus de 40%) d'excisions pratiquées par des prestataires de santé (UNICEF 2013).

### 2.4 Raisons invoquées pour perpétuer la pratique

Plusieurs raisons sont invoquées par les populations concernées pour justifier ces pratiques, et maintes combinaisons sont possibles. Les raisons habituellement citées diffèrent selon les pays et les ethnies, mais aussi au sein d'une même ethnie, selon l'âge ou le sexe (Gillette-Frenoy 1992).

**Le respect de la coutume ou de la tradition.** C'est la réponse la plus fréquente à la question : pourquoi exciser ? C'est que cela s'est toujours fait, ça se fait, c'est tout. C'est naturel, c'est normal.

**La cohésion sociale, l'intégration sociale :** pour être comme tout le monde, ne pas être exclue.

**Le mariage :** une fille non excisée ne trouvera pas de mari. C'est avec le respect de la coutume, une des raisons les plus citées. Certaines filles sont ré-excisées avant le mariage si on s'aperçoit que cela n'a pas été bien fait ou dans le cas des infibulations, si la cicatrice s'est désunie spontanément. Certaines mères reconnaissent les dangers des MGF, mais avouent que le fait de ne pas pouvoir se marier dans leur société est pire que le risque d'avoir des complications suite aux MGF, et que c'est donc le meilleur choix qu'elles puissent faire pour leurs filles.

**La virginité, la chasteté, la fidélité :** les MGF sont vues comme un moyen de préserver l'honneur de la famille en prévenant tout désir sexuel et grossesse avant le mariage. Dans le cadre de mariages polygames, où le mari ne pourrait peut-être pas satisfaire l'ensemble de ses épouses et où la femme pourrait être frustrée et tentée d'avoir une relation hors mariage, les MGF sont vues comme un moyen de préserver l'honneur du mari.

**La fécondité :** il existe beaucoup de mythes autour de la fécondité. Ces pratiques sont censées accroître la fécondité et favoriser la survie de l'enfant. Ainsi certaines communautés pensent que

le clitoris, s'il n'est pas coupé, atteindra la taille du pénis, ou que le clitoris est un organe dangereux qui pourrait blesser l'homme pendant la pénétration (et le rendre impuissant ou stérile) ou empêcher le bon déroulement de l'accouchement.

**La séduction, la beauté :** en particulier dans les ethnies qui pratiquent l'infibulation, un sexe ouvert, béant est considéré comme laid. Un sexe cousu, fermé, épilé est perçu comme plus hygiénique et il est censé rendre la femme plus attrayante.

**La pureté, la propreté :** tant qu'une fille n'aura pas été excisée ou infibulée, elle sera considérée comme impure, sale et certaines choses, comme préparer le repas ou servir à manger, lui seront interdites.

**La religion:** la pratique des MGF est antérieure à l'avènement des religions monothéistes, et en particulier de l'Islam. Alors que, ni le Coran, ni aucun autre texte religieux ne prescrit l'excision ou l'infibulation, certaines communautés la pratiquent en croyant qu'elle est exigée par la religion. Notons que les MGF perdurent parmi des communautés chrétiennes (catholiques, protestantes, coptes), juives d'Ethiopie (les Falachas) et animistes. Les diverses autorités religieuses diffèrent d'opinion : certaines les encouragent, d'autres les considèrent comme étrangères à la religion et, d'autres encore, luttent pour leur abolition. En ce qui concerne l'Islam, lors d'une réunion internationale à l'université d'al-Azhar au Caire en 2006, de hauts représentants sunnites se sont prononcés contre les MGF (fatwa déclarant que les MGF sont infondées en droit musulman) (Andro & Lesclingand 2007). Les MGF de type 1 sont souvent dénommées Sunna par les communautés musulmanes. Sunna représente pour l'Islam tout ce qui est bon pour Dieu, l'utilisation de ce terme pour parler de la clitoridectomie participe à la confusion et à l'idée que les MGF seraient une prescription de l'Islam.

Si le statut des exciseuses ne fait pas partie des justifications invoquées par la population, on peut toutefois le considérer comme un élément favorisant la continuité de ces pratiques. En effet, les mutilations génitales féminines sont une source de revenus et de reconnaissance sociale pour les exciseuses. Elles n'ont, dès lors, pas intérêt à arrêter la pratique.

## ***2.5 Conséquences des mutilations génitales féminines***

### **Complications immédiates**

- Douleur très intense, accompagnée de peur, d'angoisse pouvant entraîner un état de choc
- Hémorragie risquant d'entraîner la mort
- Infection des plaies
- Rétention des urines
- Lésions des organes voisins.



## Complications à long terme

- Dysménorrhée, infections génitales, stérilité
- Dyspareunie, troubles de la sexualité (pour les deux partenaires)
- Infections urinaires à répétition, dysurie, incontinence
- Douleurs au niveau de la cicatrice, kyste, abcès, neurinomes
- Problèmes liés à la grossesse et à l'accouchement (travail bloqué, déchirures, fistules) en particulier pour les femmes infibulées

## Conséquences psychologiques

Les mutilations sexuelles peuvent marquer une femme à vie. Les complications psychologiques peuvent être profondément enfouies dans le subconscient de l'enfant.

- Troubles du comportement
- Perte de confiance dans les êtres aimés (trahison parentale)
- Anxiété, angoisse
- Dépression.

Tous les types de mutilations vont entraîner des complications à des degrés divers. La mutilation de type 3 (infibulation) qui est la plus sévère en termes de tissu excisé et de rétrécissement de l'orifice vulvaire est aussi la plus sévère en termes de complications, en particulier au moment de l'accouchement. Au-delà des conséquences psychologiques et physiques les MGF entraînent également des coûts supplémentaires pour le système de santé qui doivent prendre en charge les complications comme le montre une étude récente de l'OMS (Adam 2010).

## 2.6 Textes de loi nationaux et internationaux concernant les MGF

Sur le plan européen et international, de nouveaux textes sont adoptés en vue d'inciter davantage les Etats à prendre des mesures de prévention et de protection des femmes et filles susceptibles d'être victimes de ces pratiques. L'Assemblée générale des Nations-Unies a adopté le 20 décembre 2012, avec le soutien actif de la Belgique, une Résolution sur l'« *Intensification de l'action mondiale visant à éliminer les mutilations génitales féminines* ». Cette thématique est expressément prévue dans la Convention du Conseil de l'Europe du 11 mai 2011 sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique (Convention d'Istanbul), qui est en cours de ratification par la Belgique et qui servira de cadre au prochain plan d'action national de lutte contre les violences de genre. La Commission européenne vient de publier le 25 novembre 2013 un plan d'action sur la prévention des mutilations génitales en Europe afin d'inciter les Etats membres à une action coordonnée et efficiente (European Commission 2013).

### Que prévoit la loi en Belgique ?

La loi interdit les MGF en Belgique comme c'est le cas dans de nombreux pays.

Les parents ainsi que le personnel médical et paramédical doivent être informés des risques qu'ils encourent en cas de non-respect de la loi.

Article 409 du Code pénal (en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> avril 2001)

§1<sup>er</sup>. Quiconque aura pratiqué, facilité ou favorisé toute forme de mutilation des organes génitaux d'une personne de sexe féminin, avec ou sans consentement de cette dernière, sera puni d'un emprisonnement de 3 ans à 5 ans.

La tentative sera punie d'un emprisonnement de 8 jours à un an.

§2. Si la mutilation est pratiquée sur une personne mineure ou dans un but de lucre, la peine sera la réclusion de 5 ans à 7 ans.

Le secret professionnel peut être levé pour protéger une mineure.

#### **Art 458 bis du Code pénal**

Art. 458bis. Toute personne qui, par état ou par profession, est dépositaire de secrets et a de ce fait connaissance d'une infraction prévue aux articles 372 à 377, 392 à 394, 396 à 405ter, 409, 423, 425 et 426, qui a été commise sur un mineur ou sur une personne qui est vulnérable en raison de son âge, d'un état de grossesse, de la violence entre partenaires, d'une maladie, d'une infirmité ou d'une déficience physique ou mentale peut, sans préjudice des obligations que lui impose l'article 422bis, en informer le procureur du Roi, soit lorsqu'il existe un danger grave et imminent pour l'intégrité physique ou mentale du mineur ou de la personne vulnérable visée, et qu'elle n'est pas en mesure, seule ou avec l'aide de tiers, de protéger cette intégrité, soit lorsqu'il y a des indices d'un danger sérieux et réel que d'autres mineurs ou personnes vulnérables visées soient victimes des infractions prévues aux articles précités et qu'elle n'est pas en mesure, seule ou avec l'aide de tiers, de protéger cette intégrité.

Il a fait l'objet d'un amendement récent qui permet de lever le secret professionnel si d'autres enfants dans l'entourage sont en danger.

#### **Art 422 bis du Code pénal**

Le délit de non assistance à personne en danger s'applique à toute personne, professionnel ou simple citoyen, qui ne signale pas le danger qu'encourt une fillette menacée de mutilations sexuelles, que celles-ci soient prévues en Belgique ou à l'étrangers.

#### **Art 21 bis du Code de procédure pénale**

Le délai de prescription de 10 ans ne commence à courir qu'à partir du jour où la victime atteint l'âge de 18 ans.

#### **Art 10 ter du Code de procédure pénale**

Si la mutilation a été pratiquée sur un mineur, en Belgique ou dans un autre pays, toute personne qui y a participé peut être poursuivie en Belgique.

#### **Et sur le plan international ?**

Différentes conventions internationales ont été ratifiées par la Belgique et de nombreux pays :

- Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (13 janvier 1984)
- Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (21 octobre 1986) à laquelle ont adhéré plus de cinquante états africains
- Convention internationale sur les droits de l'enfant (1990)
- Protocole de Maputo (adopté en juillet 2003) : ce protocole vient en complément de la Charte africaine pour promouvoir les droits fondamentaux des femmes en Afrique et veiller à la protection de ces droits.
- Convention d'Istanbul : convention sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique (en cours de ratification)

### 3 Problématique des MGF en Europe et en Belgique

#### 3.1 Enfants à risque

Des filles nées en Europe ou arrivées petites sur le territoire avec leurs parents courent le risque d'être excisées car la pression de la famille et de l'entourage est forte même en Europe.

Ainsi en 2006, une enquête réalisée auprès de gynécologues flamands (334 répondants/724 questionnaires envoyés) montrait que 58,4% des répondants avaient vu en consultation une ou des femmes / filles mutilées (Leye 2008). Parmi 328 répondants, six ont reçu une demande d'excision et 13 ont été questionnés pour savoir si l'excision pouvait se faire en Belgique.

En 2007, un sondage réalisé auprès de 254 membres du Groupement des gynécologues obstétriciens de langue française de Belgique (GGOLFB 2009) révèle que huit demandes d'excision ou d'infibulation ont été formulées cette année-là. A ce jour aucun procès n'a eu lieu en Belgique.

Plus récemment, une recherche-action réalisée dans le cadre du Réseau des stratégies concertées de lutte contre les MGF montre que le nombre de signalements d'enfants à risque d'excision, notamment à l'occasion d'un retour dans le pays d'origine pendant les vacances, augmente en Belgique (De Brouwere 2013). Ainsi, 52 cas ont ainsi pu être recensés entre le 1er janvier 2009 et le 30 juin 2013. La majorité des signalements se concentrent sur les années 2012 et 2013 et 80% de situations signalées concernait des enfants à risque d'excision.

En France, où plusieurs procès ont eu lieu et où les services de Protection maternelle et infantile (PMI) ont déjà été à l'origine de signalements de MGF, les médecins des services PMI ont observé une nette diminution des cas d'excision chez les enfants en dessous de six ans<sup>2</sup>. Cette diminution est toutefois balancée par un risque accru de MGF à la préadolescence et à l'adolescence, lorsque les jeunes filles sont renvoyées au pays pour être excisées et souvent mariées de force dans la foulée.

Pour les familles résidant en Europe, la pratique peut s'effectuer lors de vacances dans le pays d'origine, lors d'un séjour dans un pays européen où une exciseuse travaille dans la clandestinité ou par l'invitation d'exciseuses traditionnelles en Europe.

Lorsque les familles connaissent les lois interdisant l'excision dans les pays d'accueil, elles peuvent également la faire pratiquer avant d'émigrer vers l'Occident. On a ainsi vu des réfugiés organiser l'excision de leur fille juste avant leur arrivée dans un pays d'accueil (Harding 2002).

En Belgique, le CGRA a mis en place, depuis avril 2008, un mécanisme de suivi pour s'assurer que les filles (de 0 à 18 ans) reconnues réfugiées sur base d'une crainte de MGF ne soient pas soumises à cette pratique. Il est demandé à la famille de présenter l'enfant devant un médecin de confiance chaque année pour établir un certificat de non excision. Fin décembre 2012, 435 filles étaient incluses dans cette procédure et il n'a été recensé aucun cas d'excision pratiquée après la reconnaissance du statut de réfugié depuis le début de ce mécanisme de suivi.

pour une petite partie de ce public-cible (à savoir les « réfugiées reconnues sur base d'une crainte de MGF »), il y a un moyen objectif de constater l'absence de la pratique des MGF sur des filles résidant sur le territoire belge. Pour rappel, le CGRA a mis en place, depuis avril 2008, un mécanisme de suivi pour s'assurer que les filles (de 0 à 18 ans) reconnues réfugiées sur base d'une crainte de MGF ne soient pas soumises à cette pratique après l'octroi du statut de réfugié. Le bilan de ce mécanisme de suivi, jusqu'à fin décembre 2012, est le suivant : environ 435 fillettes sont incluses dans cette procédure et il n'a été recensé aucun cas d'excision pratiquée après la reconnaissance du statut de réfugié.

---

<sup>2</sup> Communication personnelle du Dr Emmanuelle Piet, 6 février 2014, Conférence « *Excision parlons-en* », Paris.

### **3.2 Impact de la migration sur l'excision**

La migration peut avoir un impact important sur l'excision, tant au plan des représentations que des pratiques, à commencer par le fait que nombre de pays d'accueil, dont la Belgique, se sont dotés d'une loi spécifique contre la pratique des MGF. La pression sociale exercée par les pairs et par la famille restée au pays est toujours présente pour les migrants.

Une étude qualitative a été menée en 2010 en Belgique francophone au sujet des motifs et des logiques de continuité et d'abandon des mutilations génitales féminines parmi les populations d'origine africaine concernées (Dieleman 2010). Elle a montré que la prise de conscience que l'excision n'est pas prescrite par la religion et qu'elle n'est pas universelle, ainsi que le contact avec les associations de lutte contre les MGF, constituent des points de confrontation et de changement centraux. Ce processus commence d'ailleurs souvent dans les pays d'origine.

La migration peut entraîner une prise de conscience des conséquences de l'excision mais conduit aussi à des contradictions complexes entre les injonctions normatives du pays d'origine et du pays d'accueil. Les parents se sentent écartelés entre les normes et les injonctions des pays d'accueil qui assimilent l'excision à une mutilation - et donc à une atteinte aux droits humains qui doit être punie par la loi - et celles du pays d'origine où l'on est un bon parent quand on respecte la tradition, c'est-à-dire quand on excise sa fille pour qu'elle puisse se marier avec un membre du groupe. Ces contradictions sont arbitrées par les familles et conduisent parfois à faire exciser une seule ou seulement une partie des filles de la fratrie. Pour ne pas abandonner totalement la pratique, les familles peuvent choisir de procéder à des excisions jugées moins risquées (par la médicalisation) ou moins mutilantes (en pratiquant une forme moins sévère).

Quel que soit le niveau socio-économique de la famille ou le niveau d'éducation, il existe une tendance à maintenir les règles de vie et les coutumes, le cadre de l'identité d'origine, pour faire plaisir à la famille et pour ne pas se marginaliser dans la communauté d'origine - en particulier pour pouvoir marier les filles. Toutefois, une étude qualitative menée en France a montré un déclin des mutilations génitales féminines corrélé avec l'ascension sociale des groupes concernés, et en particulier avec la réduction des inégalités de genre (lorsque les femmes accèdent à la formation et à l'emploi). L'attachement aux pratiques du pays d'origine peut être, par contre, une forme de réassurance pour des groupes sociaux précarisés dans le pays d'accueil (Andro et al. 2009). Des recherches menées en Suède ou en Allemagne confirment ce lien entre l'abandon de la pratique et le degré d'intégration des communautés dans le pays d'accueil. Certaines communautés arrivées à une période économique plus favorable, ayant trouvé un travail et étant bien intégrées dans le tissu social sont plus enclines à arrêter la pratique que des communautés moins intégrées (Behrendt 2011, Johnsdotter 2009).

### **3.3 Professionnels de santé face aux femmes excisées**

Les professionnels sont confrontés à la problématique et ne savent pas toujours comment répondre aux demandes des femmes. En 2003, une enquête réalisée à Liège auprès de sages-femmes et de gynécologues (55 répondants/132 questionnaires envoyés), montrait que 45,5% des répondants avaient rencontré un ou des cas de MGF au cours des deux dernières années. Sept demandes de ré-infibulation ont été rapportées et cinq ont été pratiquées (Mager 2003).

Parmi 168 répondants à l'enquête réalisée auprès de gynécologues flamands confrontés à une ou des femmes infibulées, 27% ont fait face à une demande de ré-infibulation : 18 gynécologues l'ont faite, dont 7 ont pratiqué une ré-infibulation totale (Leye 2008)

## **4 Etat des connaissances en matière d'étude de prévalence des MGF en Europe**

Des études de prévalence ont déjà été menées en Belgique, France, en Suisse, en Angleterre et Pays de Galle, en Irlande, en Italie, aux Pays Bas, en Hongrie et en Allemagne (Dubourg et al

2011, Andro 2007, Thierfelder 2003, Dorkenoo et al. 2007, Akidwa 2013, Fondazione L'Albero della Vita 2011, Colombo 2010, Degani 2009, Exterkate 2013, Kószeghy 2012, Gruber & Kalthegener 2007).

Le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR) vient publier une étude estimant le nombre de demandeuses d'asile dans l'Union européenne potentiellement affectées par les mutilations génitales féminines afin que leurs besoins spécifiques soient pris en compte. Cette étude a utilisé les données de l'Eurostat pour la période 2008-2012 (UNHCR 2013).

Dans ces études, les chercheurs ont appliqué à la population féminine originaire de pays où l'excision est pratiquée, les prévalences respectives rapportées par les études démographiques et de santé (DHS) réalisées dans ces pays. Le principal défaut de cette technique est que l'excision est plus un problème d'ethnie que de pays et que nous ne disposons pas d'informations sur l'ethnie des femmes dans les registres de populations.

Il faut aussi prendre en considération l'influence de la migration sur la pratique de l'excision (voir chapitre 2.2). On peut supposer qu'une fille née ou arrivée très jeune en Belgique ne sera pas exposée au même risque qu'une fille arrivée en Belgique après l'âge de 10 ou 15 ans (car celle-ci aura sans doute été déjà excisée avant son arrivée). Les chercheurs français, ont essayé de distinguer ces différentes catégories : filles nées en France, filles arrivées avant 15 ans, filles et femmes arrivées après 15 ans et ont ainsi calculé des estimations minimums et maximums de prévalence de l'excision en France (Andro 2007). L'âge à l'arrivée en Belgique n'est pas une donnée que l'on a pu obtenir des registres nationaux de population et nous avons du nous contenter du lieu de naissance.

Une alternative plus juste pour estimer la population de femmes excisées vivant en Belgique serait d'appliquer des prévalences observées chez les femmes qui demandent l'asile en Belgique. Ces prévalences pourraient être obtenues soit par une enquête ponctuelle dans les centres d'accueil soit par un relevé des données de routine dans les dossiers médicaux des centres d'accueil si à l'avenir on introduisait des questions relatives aux MGF dans l'anamnèse. Ceci avait fait l'objet d'une recommandation lors de la première étude mais il n'y a pas eu d'avancée sur ce point depuis 2010 au niveau de l'intake médical (visite médicale à l'arrivée dans les centres d'accueil).

Ces données de prévalences observées n'étant pas pour l'instant disponibles nous avons décidé d'appliquer les prévalences DHS (Demographic and Health Surveys) et MICS (Multiple Indicator Cluster Surveys) par tranche d'âge ce qui reste l'estimation la plus précise à notre disposition. Cette méthode est celle recommandée par les rapports EIGE et UNICEF faute de données plus précises sur les ethnies (EIGE 2012, UNICEF 2013).

## **5 Objectifs**

### **5.1 Objectif général**

Cette étude quantitative vise à actualiser les données de 2007 sur la prévalence des mutilations génitales féminines en Belgique.

### **5.2 Objectifs spécifiques**

- Estimer le nombre de femmes excisées vivant sur le territoire belge
- Estimer le nombre de filles à risque d'excision vivant sur le territoire belge
- Estimer la population cible des différents services médico-sociaux concernés par les MGF

## 6 Méthodologie

### 6.1 Déroulement de l'étude

La recherche a été confiée à l'Institut de médecine tropicale d'Anvers avec le soutien d'un comité d'accompagnement. Le comité a travaillé via échanges emails et s'est réuni pour la validation de la méthodologie et des résultats le 20 décembre 2013.

Les chercheurs principaux étaient Dominique Dubourg et Fabienne Richard de l'Institut de médecine tropicale, IMT.

**Le comité d'accompagnement était composé de (ordre alphabétique) :**

- Valentine Audate, Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides (CGRA)
- Rita Eggermont, Kind & Gezin (K&G)
- Martine Hendrickx, Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile (Fedasil)
- Els Leye, International Centre for Reproductive Health (ICRH)
- Sophie Maes, Organisation mondiale de la santé, Bureau Europe (OMS)
- Samuel Ndamè, Office de la naissance et de l'enfance (ONE)
- Frances Nicholson, Haut-commissariat des Nations-Unis pour les réfugiés (UNHCR)

## 6.2 Profil et tâches des chercheurs principaux

**Dominique Dubourg**, médecin, démographe : compilation des données de la DGSIE et des autres sources, production des différentes estimations à partir des prévalences des DHS/MICS, cartographie, rédaction du rapport préliminaire et du rapport final.

**Fabienne Richard**, sage-femme, MSc, PhD, experte sur la question des MGF : coordination de la recherche, contact avec le comité d'accompagnement et avec le SPF Santé publique, mise à jour de la littérature, rédaction du rapport préliminaire et du rapport final.

### Encadré 2. Calendrier de l'étude

Période	Activités
Septembre - Novembre 2013	Récolte des données ONE, K&G, Fedasil (Office des étrangers), DGSIE
Décembre 2013	Analyse des données Résultats préliminaires Validation par le comité d'accompagnement le 20 décembre 2013
Janvier- Mars 2014	Rédaction du rapport final (version courte et longue) Traduction (FR/NL)

Le calendrier a été particulièrement retardé par l'arrivée tardive des données de la DGSIE auxquelles le Dr Dubourg n'a pu accéder que fin novembre 2013.

## 6.3 Sources de données

Nous avons utilisé plusieurs sources de données.

La première de ces sources est constituée de la base de données fournie par la **Direction générale statistique et information économique** (DGSIE) du SPF Economie, P.M.E., Classes moyennes et énergie (données du registre national).

Nous avons aussi obtenu des données de l'**Office de la Naissance et de l'Enfance** (ONE) pour la Fédération Wallonie-Bruxelles et des données de **Kind & Gezin** pour la Communauté flamande.

Ces données ont été complétées par les informations fournies par l'Office des étrangers et Fedasil.

Les prévalences générales et par tranche d'âges des excisions ont été colligées à partir des plus récentes Enquêtes démographique et de santé (DHS) et Enquêtes par grappes à indicateurs multiples (MICS) publiées à la date du 23 décembre 2013.

Cette nouvelle étude utilise la même méthodologie que la première étude publiée en 2010 qui portait sur les données au 1<sup>er</sup> janvier 2008. Cependant les données utilisées sont plus complètes et précises sur quatre points :

1. Le premier changement concerne l'inclusion de l'Iraq comme pays où l'excision est pratiquée. La pratique de l'excision en Iraq – plus particulièrement dans le Kurdistan iraquien au nord du pays - est connue depuis longtemps, mais lors de l'étude précédente, il avait été impossible d'inclure les femmes originaires de ce pays dans les estimations car aucune étude de prévalence n'était disponible pour ce pays. En 2012, une étude MICS a publié les données de prévalence des MGF en Iraq pour l'année 2011<sup>3</sup>. L'accès à ces données récentes de prévalence des MGF en Iraq a permis de les inclure dans l'étude de prévalence de 2013.
2. Une seconde amélioration concerne les données sur les demandeurs d'asile qui ne sont pas enregistrés dans les registres de population. Pour la première étude de prévalence, un questionnaire avait été envoyé aux centres du réseau d'accueil des demandeurs d'asile pour recenser le nombre de filles et femmes originaires des pays concernés, mais certaines données des ILA (Initiative Locale d'Accueil gérée par les CPAS) et du réseau d'accueil de

<sup>3</sup> Central Statistics Organization and Kurdistan Regional Statistics Office of Iraq. Iraq Multiple Indicator Cluster Survey (MICS) 2011.

la Croix-Rouge étaient incomplètes (Jaoui 2009). Pour cette étude, l'Office des étrangers a fourni les données exhaustives concernant les femmes et filles qui ont demandé l'asile en Belgique en 2012 et Fedasil a fourni les données concernant les filles non demandeuses d'asile qui ont été hébergées par le réseau d'accueil en 2012. Le nombre de demandeuses d'asile présenté ici est peut être à la fois sous-évalué ou surévalué. Sous-évalué car les données ne concernent que les nouvelles demandes faites en 2012 et n'incluent pas les demandeuses d'asiles inscrites avant 2012 et dont la procédure d'asile est toujours en cours. Surévaluées car il est possible que certaines femmes inscrites en 2012 aient vu leur demande d'asile acceptée et qu'elles soient dès lors inscrites au registre des étrangers ce qui signifie que ces femmes figurent dans la base de données fournie par la DGSIE.

Ces sous ou surévaluation ne doivent cependant pas être importantes car les délais de prise de décision sont assez long, en moyenne 101 jours pour les nouvelles demandes d'asile et plus de 250 jours pour les dossiers plus anciens (Chambre des représentants 2013). La durée d'accueil par le réseau Fedasil était de 11.2 mois en 2012 (Fedasil 2013). Une fois qu'une décision positive est prise, il faut encore prendre en considération la durée des procédures administratives pour l'obtention d'une carte blanche et l'inscription au registre des étrangers. Dans la mesure où l'étude avait pour but d'évaluer la population cible par type de services et les besoins pour les services de prévention et prise en charge, le nombre total de femmes excisées qui ont été accueillies dans un centre du réseau d'accueil en 2012 est très important à connaître pour évaluer la fréquence de la problématique au sein du réseau d'accueil.

3. Le troisième point concerne les données sur la deuxième génération. Les données fournies par l'ONE et K&G ont été complétées pour les 5 années supplémentaires depuis la dernière étude et concernent les naissances en Belgique pour la période 1998-2012, c'est-à-dire pour les filles de 0 à 14 ans qui sont nées en Belgique d'une mère originaire d'un pays où se pratiquent les MGF quelle que soit sa nationalité actuelle.
4. Un dernier point concerne la mise à jour des données de prévalence par âge dans les pays d'origine afin de tenir compte de l'évolution de la pratique.

## **6.4 Description des données**

### **6.4.1 Base de données de la DGSIE**

Ces données concernent la population féminine résidant sur le territoire belge au 31 décembre 2012 et dont la nationalité d'origine ou la nationalité actuelle est celle d'un pays où se pratique l'excision. Les variables dans cette base de données sont les suivantes :

- Lieu de naissance (code du pays ou code de la commune pour les personnes nées en Belgique)
- Nationalité actuelle
- Première nationalité enregistrée
- Année de naissance
- Province de résidence au 31 décembre 2012.

Les données provenant de la DGSIE concernent 35 426 femmes dont 33 765 sont nées dans un pays où l'on pratique les MGF et 1661 sont nées en dehors de ces pays. Afin d'éviter les doublons, nous avons exclu les données relatives aux naissances (entre 1998 et 2012) en Belgique de filles dont la nationalité actuelle ou d'origine est celle d'un pays où se pratique l'excision. Ces informations étant disponibles dans les bases de données plus précises de l'ONE et de K&G.

Le Tableau 1 montre la répartition par région de cette population féminine résidant en Belgique par nationalité d'origine ou actuelle.



En 2007, 18 105 filles et femmes originaires d'un pays où se pratique l'excision étaient enregistrées dans le Registre de population. Elles sont désormais 35 426 (ces chiffres n'incluent pas les enfants nés en Belgique, ces données figurent dans le tableau 2 qui rapporte les données de l'ONE et de K&G). Cette augmentation est due en partie à l'inclusion de l'Iraq (3 251 femmes qui représentent 9% de la population des 35 426 femmes originaires d'un pays où se pratique l'excision), mais aussi par l'inscription de femmes venant notamment du Cameroun, de Guinée, du Ghana, du Togo et de Côte d'Ivoire, au Registre de population. Pour ces cinq pays, il y a 9 168 nouvelles inscrites, ces femmes comptent pour 53% dans l'augmentation de la population féminine concernée entre 1998 et 2012.

**Tableau 1. Répartition de la population féminine par nationalité d'origine ou actuelle selon la région de résidence au 31 décembre 2012 (données DGSIE)**

Nationalité d'origine ou actuelle	Région de résidence				Augmentation par rapport à 2007
	Bruxelles-Capitale	Flandre	Wallonie	Total	
Bénin	212	83	198	493	176
Burkina Faso	239	143	191	573	226
Cameroun	2297	1626	3074	6997	3553
Central African Rep.	58	30	59	147	23
Côte d'Ivoire	636	437	989	2062	811
Djibouti	245	58	114	417	151
Egypte	303	536	86	925	300
Erythrée	6	21	1	28	22
Ethiopie	235	847	265	1347	512
Gambie	14	180	16	210	87
Ghana	586	2902	341	3829	1201
Guinée	2300	857	875	4032	2765
Guinée-Bissau	55	16	15	86	13
Iraq	525	2234	492	3251	3251
Kenya	74	470	70	614	209
Libéria	73	210	19	302	103
Mali	133	137	114	384	101
Mauritanie	224	100	77	401	174
Niger	256	119	189	564	328
Nigéria	416	1896	188	2500	805
Ouganda	48	164	20	232	84
Sénégal	628	607	481	1716	721
Sierra Leone	131	330	32	493	186
Somalie	272	557	255	1084	413
Soudan	87	217	21	325	131
Tanzanie	53	106	24	183	61
Tchad	109	30	63	202	53
Togo	649	451	881	1981	838
Yemen	9	26	13	48	23
<b>Grand Total</b>	<b>10 873</b>	<b>15 390</b>	<b>9 163</b>	<b>35 426</b>	<b>17 321</b>

*Note : Ce tableau concerne les filles nées hors de la Belgique pour les moins de 15 ans et toutes les femmes originaires d'un pays où se pratique l'excision, quel que soit leur pays de naissance, pour les filles et femmes de 15 ans et plus.*

#### 6.4.2 Données de K&G et de l'ONE

Ces organismes nous ont fournis les données de naissances de filles et de garçons dont la mère est originaire d'un pays où se pratique l'excision, quelle que soit la nationalité actuelle de la mère. Les données concernant les naissances totales (10 433 filles et 10 498 garçons), seront utilisées au chapitre 8.1.3 de ce document qui analyse les accouchements à risque. Dans les autres analyses, nous n'utiliserons que les données concernant les naissances de sexe féminin.

Ces données, classées par pays d'origine de la mère concernent les périodes 1998 à 2012, et nous permettent d'avoir les informations sur des petites filles de nationalité étrangère nées en Belgique mais aussi sur les petites filles nées avec la nationalité belge et dont la mère, originaire d'un pays où l'excision est pratiquée, avait la nationalité belge à la naissance de son enfant, données non disponibles dans le fichier de la DGSIE.

**Tableau 2. Naissances en Belgique de filles issues de mère originaire d'un pays où se pratique l'excision selon le pays d'origine de la mère et l'âge actuel (Sources ONE et K&G, années 1998-2012)**

Pays d'origine de la mère	Tranches d'âge			Total
	0-4	5-9	10-14	
Bénin	54	24	7	85
Burkina Faso	66	32	11	109
Cameroun	945	430	149	1524
Central African Rep.	14	8	10	32
Côte d'Ivoire	260	116	43	419
Djibouti	59	27	1	87
Egypte	171	105	40	316
Erythrée	14	5	4	23
Ethiopie	111	44	25	180
Gambie	45	23	6	74
Ghana	691	420	156	1267
Guinée	1036	382	86	1504
Guinée-Bissau	9	3	1	13
Irak	451	194	66	711
Kenya	63	40	25	128
Libéria	44	42	22	108
Mali	59	33	18	110
Mauritanie	68	44	59	171
Niger	215	92	112	419
Nigéria	570	412	155	1137
Ouganda	27	18	7	52
Sénégal	267	142	61	470
Sierra Leone	103	86	36	225
Somalie	236	139	87	462
Soudan	51	55	9	115
Tanzanie	40	16	14	70
Tchad	33	21	13	67
Togo	295	179	64	538
Yemen	11	6	0	17
<b>Total</b>	<b>6 008</b>	<b>3 138</b>	<b>1 287</b>	<b>10 433</b>

### 6.4.3 Données de l'Office des étrangers et de Fedasil

Les données de l'Office des étrangers concernent les populations féminines qui ont demandé l'asile en Belgique en 2012 et les données de Fedasil concernent les filles non accompagnées et non demandeuses d'asile, qui ont été hébergées dans le réseau d'accueil de Fedasil en 2012.

Pour notre étude, nous n'avons pris en considération que les filles nées avant 2012 afin d'être cohérent avec les autres sources d'information.

Par rapport à 2007, on observe une importante augmentation du nombre de demandeuses d'asile originaires de pays pratiquant les MGF. Les pays les plus concernés par cette augmentation sont la Guinée (33% de l'augmentation), l'Iraq (16% de l'augmentation) et dans une moindre mesure la Somalie (9,3% de l'augmentation). Cette augmentation est due en partie à l'inclusion de l'Iraq et en partie au fait que les données fournies par l'Office des étrangers sont exhaustives, ce qui n'était pas le cas en 2007.

**Tableau 3. Population féminine originaire d'un pays où l'excision est pratiquée dans le réseau d'accueil par nationalité actuelle. (Source : Office des étrangers et Fedasil, 2012)**

Pays d'origine	Nombre de femmes
Bénin	19
Burkina Faso	38
Cameroun	186
Central African Rep.	6
Côte d'Ivoire	85
Djibouti	72
Egypte	26
Erythrée	39
Ethiopie	30
Gambie	10
Ghana	18
Guinée	755
Guinée-Bissau	2
Iraq	264
Kenya	22
Libéria	5
Mali	23
Mauritanie	44
Niger	19
Nigéria	117
Ouganda	16
Sénégal	112
Sierra Leone	11
Somalie	193
Soudan	24
Tanzanie	22
Tchad	7
Togo	60
Yemen	8
<b>Total</b>	<b>2 233</b>

#### 6.4.4 Prévalence de l'excision par pays

Pour réaliser nos estimations, nous avons utilisé les prévalences publiées dans les dernières études nationales publiées à la date du 23 décembre 2012. Les deux sources principales d'information sont les Enquêtes démographique et de santé (DHS) et les Enquêtes par grappes à indicateurs multiples (MICS).

Deux nouvelles MICS ont été réalisées respectivement en 2010 et en 2011 pour le Mali et la Mauritanie. Les rapports de ces études ne sont pas disponibles sur le site internet de Childinfo ([http://www.childinfo.org/mics4\\_surveys.html](http://www.childinfo.org/mics4_surveys.html)) et il ne nous a donc pas été possible d'utiliser les prévalences par âge pour cette étude. Le rapport 2013 de l'Unicef, « *Female Genital Mutilation/Cutting. A statistical overview and exploration of the dynamics of change* », indique que la prévalence serait de 89% en 2010 au Mali et de 69% en 2011 en Mauritanie. On trouve dans ce rapport une explication possible à l'apparente augmentation de la prévalence au Mali. La différence de prévalence entre l'étude de 2006 et celle de 2010 serait sans doute due à un sous-rapportage des cas en 2006. Les prévalences calculées lors de notre précédente étude, ainsi que celles calculées pour cette étude sont donc peut-être sous-estimée pour le Mali.

Le rapport de l'Unicef de 2013 donne également des prévalences qui sont différentes de celles utilisées ici pour deux autres pays. Pour le Yémen, la prévalence présentée dans le rapport Unicef (23%) vient de la DHS 1997, alors que nous avons utilisé la prévalence présentée dans le rapport de l'étude PAFAM 2003, plus récente. Pour le Soudan, le rapport Unicef utilise les données de la MICS 2000 (88%). Nous avons, dans notre étude, utilisé des données plus récentes de la MICS 2006. Ces données sont confirmées par une étude encore plus récente (mais qui ne donne pas les prévalences par âge). Dans cette étude (Sudan Household Health Survey, 2nd round de 2010), la prévalence des mutilations génitales féminines serait de 65,5%. Les prévalences par âge sont présentées en Annexe 1.

**Tableau 4. Prévalence des excisions par pays (prévalence générale)**

Pays	Prévalence générale (%)	Source	Pays	Prévalence générale (%)	Source
Bénin	12,9	DHS 2006	Libéria	65,7	DHS 2007
Burkina Faso	75,8	DHS 2010	Mali	85,2	DHS 2006
Cameroun	1,4	DHS 2004	Mauritanie	72,2	MICS 2007
Central African Rep.	24,2	MICS 2010	Niger	2,2	DHS 2006
Côte d'Ivoire	38,2	DHS 2012	Nigéria	27	MICS 2011
Djibouti	93,1	MICS 2006	Ouganda	1,4	DHS 2011
Egypte	91,1	DHS 2008	Sénégal	25,7	DHS 2010/2011
Erythrée	88,7	DHS 2002	Sierra-Léone	88,3	MICS 2010
Ethiopie	74,3	DHS 2005	Somalie	97,9	MICS 2006
Gambie	76,3	MICS 2010	Soudan (15 états du Nord)	69,4	MICS 2006
Ghana	3,8	MICS 2011	Tanzanie	14,6	DHS 2010
Guinée <sup>4</sup>	95,6	DHS 2005	Tchad	44,2	MICS 2010
Guinée-Bissau	49,8	MICS 2010	Togo	3,9	MICS 2010
Iraq	8,1	MICS 2011	Yemen	38,2	DHS 1997
Kenya	27,1	DHS 2008			

Sources : études DHS/MICS disponibles au 23 décembre 2013

<sup>4</sup> Les résultats de la DHS de 2012 pour la Guinée ont été publiés officiellement le 30 janvier 2014 et n'ont donc pas pu être utilisés pour cette étude. La prévalence n'ayant pas baissé (prévalence nationale de 97%), cela n'entraîne pas de différences significatives dans l'estimation.

Les prévalences par âge ont été appliquées comme suit étant donné que les DHS ne fournissent les prévalences par tranche d'âges de 5 ans qu'entre 15 et 49 ans. (Annexe 1)

- La prévalence des 15-19 ans a été appliquée à toutes les filles de moins de 20 ans (0-4, 5-9, 10-14, 15-19) puisque c'est la prévalence disponible la plus proche
- Les prévalences spécifiques par tranche d'âges de 5 ans entre 20 et 49 ont pu être appliquées puisqu'elles sont disponibles dans les DHS ou les MICS (20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49)
- La prévalence des 45-49 ans a été appliquée aux femmes de 50 ans et plus car c'est la prévalence disponible la plus proche

Certaines études démographiques et de santé disposent de données de prévalence pour la tranche des 0-14 ans. C'est le cas des dernières DHS de la République centrafricaine, de la Gambie, du Sénégal, du Soudan et récemment de la Guinée.. Nous avons cependant fait le choix de ne pas appliquer ces taux de prévalence en dessous de 15 ans car ils ne sont pas définitifs, certains enfants n'ayant pas été encore exposés à l'excision, en particulier dans la tranche des 0-4 ans. La prévalence dans la tranche des 15-19 ans qu'on peut considérer comme quasi-définitive (sauf en cas d'excision juste avant le mariage) est plus proche de la réalité de la pratique dans les jeunes générations que la tranche des 0-14 ans.

Les prévalences par âge pour les dernières études réalisées au Yémen, et au Libéria n'étant pas disponibles, nous avons utilisé d'autres sources d'information :

- Au Yémen, aucune étude ne donne de prévalence par âge. Comme dans ce pays, l'excision se fait très tôt après la naissance (97% des filles sont excisées pendant le premier mois qui suit la naissance), nous avons appliqué à chaque tranche d'âges la prévalence générale dans la population.<sup>5</sup>
- Pour le Libéria, la dernière DHS ne donne pas d'informations sur les prévalences par âge. Cependant, dans ce pays, l'excision ne se pratique qu'au sein de certaines sociétés secrètes (Sande bush society). Nous avons donc utilisé comme proxy des prévalences par âge, la proportion par âge de la population féminine appartenant à ces sociétés secrètes, cette information étant disponible dans la DHS de 2007.

Pour le Soudan, nous avons pris en considération les prévalences par âge publiées par la MICS 2006. Ces données ne concernent que les femmes qui résident dans les 15 états du nord du pays et qui sont les seuls états où l'excision est une pratique commune. Il est possible que l'excision se pratique également dans le sud, mais si c'est le cas, cela ne concerne que des petites populations très spécifiques. Nous ne disposons pas des données de population féminine qui vivent en Belgique désagrégées pour le Nord et le Sud Soudan. Nous avons donc appliqué la prévalence observée au Nord Soudan à l'ensemble des femmes originaires des deux pays (Nord Soudan et Sud Soudan). Le chiffre de femmes potentiellement concernées par l'excision pour ce pays est sans doute surestimé.

#### **6.4.5 Base de données finale**

La base de données finale contient 48 092 cas (33 765 et 1 661 du fichier DGSIE, 4 147 de l'ONE, 6 286 de K&G et 2 230 de l'Office des étrangers et 3 de Fedasil).

---

<sup>5</sup> Central Statistical Organization (CSO) Yemen and Macro International Inc. Yemen Demographic and Maternal and Child Health Survey 1997. Calverton, Maryland: CSO and MI; 1998.

**Tableau 5. Constitution du fichier final de la population féminine d'étude**

Source	Nombre de femmes et filles	Description
DGSIE	33 765	Femmes et filles inscrites au Registre national de population en 2012, nées dans un pays où se pratique l'excision ou originaire d'un de ces pays.
	1 661	Femmes et filles inscrites au Registre national de population en 2012, nées dans un pays où ne se pratique pas l'excision mais originaire d'un de ces pays.
ONE	4 147	Nombre de filles nées d'une mère originaire d'un des pays où se pratique l'excision entre 1998 et 2012
K&G	6 286	Nombre de filles nées d'une mère originaire d'un des pays où se pratique l'excision entre 1998 et 2012
Office des étrangers	2.233	Nombre de demandeuses d'asile originaire d'un des pays où se pratique l'excision enregistrées par l'Office des étrangers en 2012 et de filles non accompagnées, non demandeuses d'asile, originaires d'un des pays où se pratique l'excision et accueillies dans le réseau d'accueil de Fedasil en 2012

Pour l'étude des naissances à risque (accouchement à risque pour la mère) nous utiliserons les données concernant l'ensemble des naissances en Belgique (10 433 filles et 10 498 garçons) de mères originaires d'un pays où se pratique l'excision, enregistrées à l'ONE et K&G pour la période 1998-2012.

## 7 Biais et limites de l'étude

La plus importante limite de cette étude, comme dans les autres études du même type, tient à la méconnaissance de l'origine ethnique des femmes. Nous savons que la pratique de l'excision est liée à l'appartenance ethnique et pas à la nationalité d'origine. Pour les pays à forte prévalence comme la Somalie et la Guinée, la marge d'erreur est faible puisque presque toute la population féminine du pays est excisée ou infibulée. Par contre dans des pays où la prévalence est plus basse comme le Sénégal (25,7%) il est important de connaître l'ethnie des femmes qui migrent en Belgique pour savoir si elles font partie du groupe à risque. Les Peuls excisent mais pas les Wolofs par exemple. Si la majorité des sénégalaises vivant en Belgique sont des Peuls et pas des Wolofs, la prévalence de l'excision chez les femmes adultes nées au Sénégal et venues plus tard en Belgique sera plus proche des 100% que des 25,7%.

Ce rapport ne prend pas non plus en compte l'impact de l'interdiction par la loi des MGF et de l'application de cette loi par les pouvoirs publics, ni l'impact que la migration et la vie au sein de communautés européennes pourrait avoir sur les communautés en provenance de pays pratiquant les MGF. Des études ont déjà montré que ces impacts existent, mais les démontrer de manière chiffrée nécessiterait une étude de prévalence observée qui ne pourrait se réaliser qu'en interrogeant les femmes originaires de ces pays. Il est cependant important de remarquer que pour une grande partie de la population que nous considérons ici, les changements de comportements liés à la migration n'ont pas d'impact, puisque nombre de femmes, nées dans le pays d'origine, sont arrivées en Belgique déjà excisées. Ces changements de comportements peuvent uniquement avoir une influence sur le risque pour les petites filles, nées en Belgique ou arrivées avant l'excision, de subir une telle mutilation.

Nous ne disposons de données concernant les femmes en situation irrégulière car celles-ci ne figurent dans aucune des bases de données connues.

Les données fournies par l'ONE et K&G ne sont pas toujours complètes. Certaines informations comme la nationalité d'origine de la mère (nationalité de la mère à sa naissance) sont parfois manquantes.<sup>6</sup> Nous n'avons pas pu disposer des données de 1998 à 1999 désagrégées par province pour la région flamande, mais nous disposons de ces données agrégées par région (Flandre et Bruxelles-Capitale). Ceci concerne 357 naissances de filles.

<sup>6</sup> La population étrangère résidant en Belgique et provenant d'un pays où l'excision se pratique n'est que de 2.5% de la population étrangère totale résidant en Belgique. Les données manquantes quant à la nationalité de la mère n'ont donc que peu d'incidence sur notre étude.

## 8 Résultats

Compte tenu d'une part des données dont nous disposons et de leur degré de complétude et d'autre part des différentes personnes ou institutions concernées par la problématique de l'excision, nous avons décidé, comme nous l'avions fait dans la première étude, de scinder notre analyse en fonction de certains groupes d'âge et du lieu de naissance.

Dans un premier temps nous évaluerons pour les différentes tranches d'âges qui constituent des populations cibles de certains organismes ou prestataire (moins de 5 ans, 5-19 ans, 20-49 ans et plus de 50 ans) la proportion de filles et de femmes probablement excisées ou à risque de subir une excision.

Dans un second temps, nous compilerons ces données pour évaluer de manière globale le nombre de ces filles à risque de subir une excision et de femmes probablement excisées selon leur lieu de naissance.

### **8.1 Estimation du nombre de filles/femmes excisées ou à risque de subir une excision selon les tranches d'âge importantes**

#### **8.1.1 Petites filles de moins de 5 ans**

La tranche d'âge des petites filles de moins de 5 ans (0-59 mois) fait partie de la population cible des organismes de prévention de la petite enfance comme l'ONE, K&G (0 à 3 ans) et CLB (3 à 6 ans<sup>7</sup>), pour lesquels il est nécessaire de connaître l'effectif de cette population cible de leurs programmes.

Pour évaluer la population de filles de cette tranche d'âge à risque de subir une excision, nous avons utilisé les données de l'ONE et de K&G qui sont plus complètes que les données de la DGSIE (ces dernières données ne comprennent pas les filles nées en Belgique de nationalité belge à la naissance et dont la mère, originaire d'un pays où l'excision est pratiquée, est de nationalité belge à la naissance de l'enfant).

Les données de l'ONE et K&G (6 008 filles) ont été complétées par les données de la DGSIE pour les filles de moins de 5 ans qui ne sont pas nées en Belgique (582 filles) et par les données fournies par l'Office des étrangers (243 filles de moins de 5 ans, demandeuses d'asiles et hébergées par le réseau d'accueil en Belgique).

Parmi les 582 filles du fichier DGSIE nées en dehors de la Belgique, 544 sont nées dans un pays où l'excision est pratiquée et 27 en Europe et 11 dans un pays du Proche ou Moyen Orient, d'Asie de l'Est ou aux États-Unis.

Au total, il y avait en Belgique 6 833 petites filles de moins de cinq ans originaires d'un des pays où se pratique l'excision. En appliquant à cette population la prévalence observée dans les pays d'origine, on peut estimer qu'en 2012, en Belgique, un total de 2 493 petites filles de moins de cinq ans, pour la plupart nées en Belgique (88%), étaient à risque de subir une mutilation génitale féminine. Les enfants enregistrées par l'Office des étrangers représentent 6% de ces petites filles à risque.

---

<sup>7</sup> Les enfants de trois ans fréquentent les services de K&G s'ils ne sont pas encore scolarisés et les services du CLB s'ils le sont.

**Tableau 6. Estimation du nombre de filles de moins de 5 ans excisées ou à risque de subir une excision par lieu de naissance en Belgique au 31 décembre 2012 (Sources : ONE, K&G, DGSIE)**

Pays d'origine	Prévalence < 5 ans	Flandre	Wallonie	Bruxelles-capitale	Office des étrangers	Total
Bénin	7,9	2	1	2	0	5
Burkina Faso	57,7	15	16	12	2	44
Cameroun	0,4	1	2	1	0	4
Central African Rep.	17,9	2	1	0	0	3
Côte d'Ivoire	31,3	24	35	26	2	87
Djibouti	89,5	12	19	26	5	62
Egypte	80,7	118	16	23	4	161
Erythrée	78,3	11	1	2	4	17
Ethiopie	62,1	112	26	13	1	152
Gambie	77,1	29	2	4	1	35
Ghana	1,5	9	1	1	0	11
Guinée	89,3	277	308	447	101	1132
Guinée-Bissau	48,4	2	2	0	0	4
Iraq	4,9	19	4	3	1	28
Kenya	14,6	7	1	2	0	10
Libéria	44	18	0	0	0	20
Mali	84,7	22	23	17	2	64
Mauritanie	68	20	5	27	5	56
Niger	1,9	1	1	2	0	4
Nigéria	18,7	95	3	13	4	115
Ouganda	1	0	0	0	0	0
Sénégal	24	36	13	19	3	71
Sierra Leone	70,1	50	4	19	0	74
Somalie	96,7	142	69	33	15	258
Soudan	86,6	38	4	6	1	49
Tanzanie	7,1	2	1	0	0	3
Tchad	41	4	4	7	0	14
Togo	1,1	1	1	1	0	3
Yemen	38,2	3	0	1	0	4
<b>Total</b>		<b>1 071</b>	<b>563</b>	<b>707</b>	<b>151</b>	<b>2 493</b>

*Note : La prévalence appliquée est celle de la tranche d'âge la plus jeune disponible dans les DHS, c'est-à-dire les 15-19 ans.*



### **8.1.2 Enfants et adolescentes de 5-19 ans**

La tranche d'âge des 5-19 ans concerne des filles sans doute déjà excisées et d'autres à risque d'excision. Si l'âge moyen à l'excision n'est pas le même dans tous les pays, on peut estimer que les filles de 5 ans et plus sont plus susceptibles d'avoir déjà été excisées que les petites filles de moins de 5 ans. Ceci est surtout vrai pour les filles nées dans le pays d'origine où cette pratique est encore tolérée. Certains faits relatés par la presse et des témoignages de travailleurs humanitaires laissent penser que les personnes qui migrent font exciser leur fille avant la migration sachant que cette pratique est illégale dans le pays d'accueil (Harding 2002). Aucune étude n'a encore été faite à ce sujet et cette possibilité mériterait d'être étudiée de manière approfondie.

Les filles de 5 à 19 ans, en âge scolaire, peuvent être touchées et conseillées à travers les centres services de promotion de la santé à l'école : Services de promotion de la santé à l'école (PMS/PSE), Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB).

Nous utiliserons ici les données de la DGSIE (6 346 filles) pour les filles de plus de 15 ans et les filles nées en dehors de la Belgique entre 1998 et 2012, les données combinées de l'ONE (1 635 filles) et de K&G (2 790 filles) pour les filles nées en Belgique entre 1998 et 2012, et les données de l'Office des étrangers (442 filles) et de Fedasil pour les filles non demandeuses d'asile, mais hébergées par le réseau d'accueil de Fedasil en 2012.

Le Tableau 7 compile les estimations de filles de 5-19 ans peut-être déjà excisées ou à risque de l'être, à partir des données de cette population féminines, soit un total de 11 213 filles dont la nationalité d'origine ou actuelle est celle d'un pays où se pratique l'excision. En appliquant la prévalence de la tranche d'âge des 5-19 ans à cette population on peut estimer que 3 887 petites filles et adolescentes sont peut-être déjà excisées ou à risque de subir une excision.

Parmi ces 3 887 filles, 52% (2010 filles) sont nées dans un pays où se pratique l'excision et ont donc plus de risque d'avoir déjà été mutilées. Celles qui sont nées en Belgique (37%, soit 1 428 filles) ou dans un pays où l'on ne pratique pas l'excision (4%, soit 168 filles) sont considérées comme non excisées et à risque de subir une mutilation. Les filles demandeuses d'asile ou non demandeuses d'asile, mais hébergées par le réseau d'accueil de Fedasil (280 filles) représentent 7% de cette population déjà excisée ou à risque de l'être.

**Tableau 7. Estimation de la population des filles et adolescentes de 5 à 19 ans susceptibles d'avoir été excisées ou à risque d'excision par lieu de naissance au 31 décembre 2012 (Sources : DGSIE, ONE, K&G)**

Pays d'origine	Prévalence 5-19 ans	Flandre	Wallonie	Bruxelles-capitale	Office des étrangers	Total
Bénin	7,9	2	2	4	0	8
Burkina Faso	57,7	21	16	20	3	61
Cameroun	0,4	2	3	2	0	7
Central African Rep.	17,9	3	2	2	0	7
Côte d'Ivoire	31,3	41	73	43	3	161
Djibouti	89,5	16	28	43	21	107
Egypte	80,7	153	13	52	6	224
Erythrée	78,3	18	1	4	6	29
Ethiopie	62,1	199	87	25	0	311
Gambie	77,1	39	3	5	0	46
Ghana	1,5	13	1	2	0	16
Guinée	89,3	246	268	766	155	1436
Guinée-Bissau	48,4	1	2	4	0	8
Iraq	4,9	41	8	9	3	61
Kenya	14,6	17	1	2	0	22
Libéria	44	38	2	15	1	55
Mali	84,7	35	23	30	5	93
Mauritanie	68	52	20	51	6	130
Niger	1,9	3	1	2	0	6
Nigéria	18,7	113	7	28	4	152
Ouganda	1	0	0	0	0	1
Sénégal	24	47	25	42	2	116
Sierra Leone	70,1	119	4	38	1	163
Somalie	96,7	277	115	74	54	520
Soudan	86,6	68	6	29	5	107
Tanzanie	7,1	3	0	0	0	4
Tchad	41	2	8	14	1	24
Togo	1,1	2	3	2	0	7
Yemen	38,2	3	2	0	3	8
<b>Total</b>		<b>1 574</b>	<b>725</b>	<b>1 308</b>	<b>280</b>	<b>3 887</b>

*Note: la prévalence appliquée pour les 5-19 ans est la prévalence des DHS pour les 15-19 ans puisque les tranches d'âge plus jeunes ne sont pas reprises dans les DHS.*

### 8.1.3 Femmes de 20-49 ans

La tranche d'âge de 20-49 ans, constituée de femmes déjà certainement excisées et en âge de procréation, intéressera particulièrement les sages-femmes et les obstétriciens qui devront prendre en charge des accouchements parfois compliqués.

Nous n'avons pas utilisé la tranche d'âge classique des 15-49 ans (femmes en âge de procréation), car en Belgique la fécondité des moins de 20 ans est assez faible (3,6% des naissances chez les femmes de nationalité étrangère et 2,5% des naissances chez les mères de nationalité belge en 2007)<sup>8</sup>.

Il s'agit ici d'estimer la population cible spécifique des services d'obstétriques et des maternités qui pourront faire face à des complications obstétricales ou gynécologiques.

Le Tableau 8 compile des estimations faites à partir des données de la DGSIE soit 25 732 femmes de 20 à 49 ans originaires d'un pays où se pratique l'excision. A ces chiffres il faudra ajouter les estimations faites à partir des données fournies par l'Office des étrangers et qui concernent 1 463 femmes. En appliquant les prévalences observées à chaque tranche d'âges dans les pays d'origine, on peut estimer que de ces 9 846 femmes sont probablement excisées. Parmi ces femmes, 827 (8%) sont des demandeuses d'asile, les autres vivent officiellement en Belgique et sont nées dans un pays où se pratique l'excision (8 851, soit 88%) ou dans un pays où l'on ne pratique pas l'excision (368, soit 4%).

**Tableau 8. Population féminine (20-49 ans) probablement excisée par tranche d'âges et par région au 31 décembre 2012 (Sources : DGSIE et Office des étrangers)**

Pays d'origine	Flandre	Wallonie	Bruxelles-capitale	Office des étrangers	Total
Bénin	9	21	23	2	55
Burkina Faso	99	126	149	22	397
Cameroun	20	37	29	2	88
Central African Rep.	5	12	11	1	30
Côte d'Ivoire	136	311	202	26	675
Djibouti	38	72	163	36	309
Egypte	377	56	172	11	616
Erythrée	4	0	1	23	27
Ethiopie	350	68	130	20	568
Gambie	107	10	9	7	133
Ghana	98	10	18	1	127
Guinée	627	560	1559	438	3185
Guinée-Bissau	7	6	21	1	33
Iraq	116	25	27	14	183
Kenya	120	18	17	5	160
Libéria	111	11	36	1	160
Mali	92	67	81	13	253
Mauritanie	61	37	120	20	238
Niger	2	3	5	0	11
Nigéria	506	44	99	21	669
Ouganda	2	0	1	0	3
Sénégal	121	100	127	24	373
Sierra Leone	220	25	90	7	343
Somalie	365	142	183	110	799
Soudan	145	15	51	14	225
Tanzanie	14	4	8	3	28
Tchad	12	21	35	2	71
Togo	16	31	25	2	74
Yemen	8	3	2	0	14
<b>Total</b>	<b>3 788</b>	<b>1 839</b>	<b>3 392</b>	<b>827</b>	<b>9 846</b>

*Note : Les prévalences appliquées sont celles par tranche d'âges des DHS, le détail de ces prévalences se trouve en annexe 1*

<sup>8</sup> Source : Naissances selon l'âge et la nationalité de la mère, DGSIE, 2009. <http://statbel.fgov.be/fr/statistiques/>

Cette population de femmes de 20 à 49 ans probablement excisées donne naissance chaque année à un nombre d'enfants de plus en plus élevé au fur à mesure que le nombre de ces migrantes augmente (ONE et K&G).

Les bases de données de l'ONE et K&G nous permettent d'estimer le nombre d'accouchements de femmes excisées en Belgique par année et de renseigner ainsi les professionnels concernés sur les besoins en termes de prise en charge. Ces deux organismes nous ont fournis l'information uniquement sur les naissances vivantes. Nous n'avons donc pas d'information sur les naissances d'enfants mort-nés<sup>9</sup>.

Les femmes enceintes étant une cible privilégiée à la fois pour l'ONE, K&G et pour les services d'obstétrique, nous avons compilé pour les années 1998 à 2012, les naissances de filles et de garçons dont les mères ont une nationalité d'origine correspondant à un pays où se pratique l'excision. Nous n'avons pas les données de naissances de garçons de mère d'origine iraquienne pour les années 1998 à 2009. Ces mêmes années, 261 filles sont nées de mère d'origine iraquienne, si on fait l'hypothèse qu'il est né le même nombre de garçons durant cette période, et après application de la prévalence des MGF en Iraq, on peut estimer que dans le tableau 9 il manquerait pour l'ensemble des années 1998 à 2009, 2 naissances pour la région de Bruxelles-capitale et 19 naissances pour la région flamande.

Ce nombre de naissances est en augmentation, du fait de l'augmentation du nombre de migrantes en âge de procréer. Près de 70% de ces naissances concernent quatre pays : la Guinée, la Somalie, le Nigéria et l'Égypte avec respectivement 44,9%, 11,1%, 6,8% et 6,1% des naissances en 2012.

**Tableau 9. Nombre de naissances vivantes de mères probablement excisées vivant en Belgique entre 1998 et 2012 par année et région de résidence (Sources : ONE et K&G)**

Année	Flandre	Wallonie	Bruxelles-capitale	Total
1998	49	17	37	103
1999	91	22	26	139
2000	123	21	46	190
2001	139	25	74	237
2002	146	38	84	268
2003	190	28	158	375
2004	245	52	166	464
2005	230	22	186	438
2006	263	69	188	521
2007	304	70	215	589
2008	320	108	213	640
2009	378	166	253	797
2010	430	192	293	916
2011	482	276	290	1048
2012	606	293	305	1203
Total	3997	1398	2533	7928

Pour évaluer ces naissances à risque nous avons utilisé la prévalence moyenne dans la population du pays d'origine (données DHS) car nous ne possédons pas la désagrégation de ces naissances

<sup>9</sup> L'Arrêté royal du 17 juin 1999 définit la mortinaissance par «toute mort foetale dont le poids de naissance est égal ou supérieur à 500g ou, si le poids de naissance n'est pas connu, ayant l'âge gestationnel correspondant (22 semaines) ou la taille correspondante (25 cm du vortex au talon)».

par âge de la mère à la naissance. Le nombre de femmes probablement excisées qui accouchent en Belgique est en constante augmentation depuis 1998 spécialement en Flandre (ONE et K&G). Cette augmentation plus importante en Flandre pourrait s'expliquer par le changement de résidence d'un nombre important de femmes d'origine guinéenne qui aurait quitté Bruxelles pour s'établir en Flandre. La prévalence élevée des MGF en Guinée et le fait que ces femmes ont une forte fécondité peut en partie expliquer ces différences. L'augmentation du nombre de naissances en Flandre est également due à l'augmentation de la population, et donc du nombre de naissances, de femmes d'origine somalienne, pays où la prévalence des MGF est aussi très élevée (ONE et K&G).

#### 8.1.4 Femmes de 50 ans et plus

La tranche d'âge des plus de 50 ans concerne des femmes qui, si elles ne risquent plus de complications liées à l'accouchement, peuvent cependant souffrir de complications tardives trop peu étudiées (prolapsus, incontinence,...). Ceci est particulièrement vrai pour les femmes infibulées qui ont pu subir au cours de leurs accouchements des désinfibulations et réinfibulations multiples fragilisant le périnée.

Ces femmes migrantes plus âgées qui ne fréquentent plus les services de consultation prénatales ont rarement l'occasion d'être examinée sur le plan gynécologique et leurs médecins généralistes devront être attentifs aux complications tardives des mutilations génitales féminines (Public Health Agency of Canada 2007)

**Tableau 10. Femmes de 50 ans et plus probablement excisées par région de résidence au 31 décembre 2012 (Source : DGSIE – Office des étrangers)**

Pays d'origine	Prévalence	Flandre	Wallonie	Bruxelles-capitale	Office des étrangers	Total
Bénin	15,8	1	4	3	0	8
Burkina Faso	89,3	6	12	25	3	46
Cameroun	2,4	2	5	4	0	12
Central African Rep.	33,8	1	1	3	0	6
Côte d'Ivoire	46,9	9	26	24	1	61
Djibouti	94,4	7	11	33	5	56
Egypte	96	56	14	61	2	133
Erythrée	95	0	0	0	1	1
Ethiopie	80,8	30	3	32	2	67
Gambie	79	9	0	1	0	10
Ghana	6,4	16	5	8	0	28
Guinée	99,5	16	26	66	12	119
Guinée-Bissau	50,3	0	1	4	0	5
Iraq	10,3	21	6	11	3	42
Kenya	48,8	15	1	6	0	22
Libéria	85,4	10	2	9	0	20
Mali	85,8	14	5	12	0	31
Mauritanie	77,8	2	3	10	0	16
Niger	2,8	0	0	0	0	1
Nigéria	38	26	3	16	1	46
Ouganda	1,9	0	0	0	0	1
Sénégal	28,5	13	8	13	0	34
Sierra Leone	96,4	11	2	9	1	22
Somalie	99,1	43	27	41	10	120
Soudan	90,5	14	2	14	1	31
Tanzanie	21,5	2	1	2	0	5
Tchad	47,6	2	2	10	0	13
Togo	6,7	2	5	4	0	11
Yemen	38,2	0	1	1	0	2
<b>Total</b>		<b>328</b>	<b>177</b>	<b>423</b>	<b>41</b>	<b>970</b>

Note : La prévalence appliquée est celle pour la tranche d'âges la plus proche disponible dans les DHS, la tranche d'âge 45-49 ans.

En 2012, il y avait en Belgique 2 851 femmes de 50 + originaires de ces pays (dont 85 étaient des demandeuses d'asile). En appliquant la prévalence des MGF dans le pays d'origine, on estime que, vivaient en Belgique en 2012, 970 femmes âgées de 50 ans qui avaient probablement subi une mutilation génitale féminine, la majorité de ces femmes (92%) sont nées dans un pays où se pratique l'excision, dont un petit nombre 41 (4%) sont des demandeuses d'asile.

## **8.2 *Evaluation globale du nombre de filles et femmes excisées ou à risque d'excision***

Nous avons divisé la population en deux catégories en fonction du lieu de naissance. Ne disposant pas de l'âge à l'arrivée en Belgique (variable non disponible à la DGSIE), il ne nous a pas été possible, comme cela a été fait dans l'étude française (Andro & Lesclingand 2007), de faire une distinction du risque pour les filles arrivées avant ou après 15 ans dans notre pays.

La première catégorie concerne les femmes nées dans un pays où se pratique l'excision. On considère que les filles et les femmes provenant de ce pays et vivant en Belgique sont excisées suivant les mêmes taux de prévalence que ce qui est pratiqué dans leurs pays d'origine. On applique à cette population les taux de prévalence par âge dans le pays d'origine.

La seconde catégorie concerne les filles et femmes nées en Belgique ou en dehors d'un pays où se pratique l'excision. On considère que ces filles et femmes sont à risque de subir une excision, notamment les petites filles lors de retour au pays pour les vacances. On applique à cette population les taux de prévalence par âge dans le pays d'origine. Même si toutes ces filles à terme ne seront pas excisées mais elle constitue un groupe cible pour les actions de prévention et l'estimation de leur nombre est important pour les acteurs médico-sociaux.

Cette distinction du risque en fonction du lieu de naissance comporte des limites :

- concernant le fait de considérer toute fille née dans un pays où se pratique l'excision comme déjà excisée (une fois les prévalences des DHS appliquées) : l'âge de l'excision varie d'une ethnie à l'autre, d'un pays à l'autre (des premières semaines de vie jusqu'à l'âge adulte, au moment du mariage ou de l'accouchement). Il est donc tout à fait probable que des petites filles arrivées jeunes et non excisées en Belgique restent intactes, en particulier quand les parents ont obtenu l'asile en invoquant la menace d'excision de leur petite fille en cas de retour au pays. Ces filles sont incluses dans le mécanisme de suivi instauré par le CGRA (examen annuel des organes génitaux externes par un médecin de confiance). En 2012, 490 dossiers ont été traités par le CGRA dans lesquels le risque de MGF dans le pays d'origine était invoqué pour la demandeuse même ou pour sa fille (CGRA 2012). Parmi ces femmes, 328 étaient d'origine guinéenne, pays où la pratique est extrêmement répandue (96% de prévalence générale)<sup>10</sup>. Le CGRA avait accordé le statut de réfugié à 36 femmes pour ce motif en 2006, 47 en 2007, 100 en 2009, 112 en 2010, 260 en 2011 et 206 en 2012 (soit 42% en 2012) (Chambre des représentants 2012, CGRA 2013).
- concernant le fait de considérer toute fille née en Belgique d'une mère excisée comme à risque : il existe des preuves que des excisions se sont pratiquées illégalement en Europe (France, Angleterre, Italie, Suisse) par du personnel médical ou par des exciseuses traditionnelles (Andro et al 2009b, Black & DeBelle 1995, Jager et al 2002, Grassivaro Gallo 1998, Leye 2006) ainsi que des preuves que des petites filles sont envoyées pendant les vacances dans le pays d'origine pour y être excisées (Mc Veigh 2010). On peut donc supposer que des filles nées en Belgique de mères excisées ont probablement été excisées à leur tour comme c'est le cas en France (Andro et al 2009b). Certaines études montrent cependant que

---

<sup>10</sup> Les autres demandes d'asile pour ce motif émanaient de personnes venant de Somalie (26 cas), du Burkina Faso (18 cas), de Côte d'Ivoire (18 cas) du Sénégal (14 cas) et de Djibouti (13 cas), 73 cas émanaient de ressortissants d'autres pays.

les communautés qui vivent en Europe peuvent plus facilement résister à la pression sociale d'exciser leur fille que celles qui vivent en Afrique. On peut supposer que la prévalence de l'excision pour la deuxième génération est inférieure à la prévalence observée dans le pays d'origine mais d'autres études seraient nécessaires pour le confirmer (Johnsdotter 2002).

Il est possible que des filles que nous avons placées dans le groupe des 'excisées' soient intactes et que des filles incluses dans le groupe 'à risque' soient déjà excisées. Mais le total des filles et femmes excisées et à risque de l'être reste le même.

**Figure 2. Estimation du nombre de filles et femmes vivant en Belgique déjà excisées ou à risque de subir une mutilation génitale féminine au 31 décembre 2012**

	Nées dans un pays où l'on pratique les MGF	Nées dans un pays où l'on ne pratique pas les MGF*
Non excisées ou pas à risque	22 886	8 010
Très probablement excisées ou à risque d'excision	13 112 Très probablement excisées	4 084 A risque d'excision

\* Filles et femmes nées dans un pays où l'on ne pratique pas l'excision. Ceci comprend les 10 433 filles de 0 à 14 ns nées en Belgique, 1 075 filles et femmes de plus de 15 ans nées en Belgique ainsi que les filles et femmes nées dans un autre pays d'Europe (311), dans un pays d'Afrique où ne se pratique pas l'excision (126), au Moyen Orient (108), en Amérique Latine ou en Amérique du Nord (23) en Asie de l'Est (15). Pour 3 femmes le pays de naissance est inconnu.

Le Tableau 11 liste les dix pays les plus représentés en termes de migrantes (et leurs enfants nés en Belgique) originaires de ces pays. Ces dix pays représentent 81 % des migrantes. Le Tableau 12, qui prend en compte les prévalences de l'excision dans chaque pays, donne les populations les plus à risque selon la nationalité d'origine (82% de la population cible).

**Tableau 11. Population féminine totale selon la nationalité d'origine et la région de résidence, 10 principaux pays où l'excision est pratiquée au 31 décembre 2012**

Région flamande		Wallonie		Bruxelles-capitale		Office des étrangers		Total	
Nationalité d'origine	Population féminine	Nationalité d'origine	Population féminine	Nationalité d'origine	Population féminine	Nationalité d'origine	Population féminine	Nationalité d'origine	Population féminine
Cameroun	3943	Cameroun	3622	Guinée	3035	Guinée	755	Cameroun	8707
Guinée	2836	Guinée	1251	Cameroun	2771	Iraq	264	Guinée	6291
Ghana	2709	Côte d'Ivoire	1154	Togo	852	Somalie	193	Ghana	5114
Iraq	2128	Togo	1073	Sénégal	779	Cameroun	186	Iraq	4226
Nigéria	1250	Iraq	593	Côte d'Ivoire	766	Nigéria	117	Nigéria	3754
Togo	987	Sénégal	564	Ghana	746	Sénégal	112	Togo	2579
Côte d'Ivoire	847	Ghana	407	Iraq	660	Côte d'Ivoire	85	Côte d'Ivoire	2566
Sénégal	843	Somalie	361	Nigéria	587	Djibouti	72	Sénégal	2298
Somalie	792	Niger	294	Niger	414	Togo	60	Somalie	1739
Ethiopie	594	Ethiopie	275	Egypte	339	Mauritanie	44	Ethiopie	1557
<b>Total top ten</b>	16 929		9 594		10 949		1 888		38 831
<b>Grand total</b>	20 969		11 162		13 728		2 233		48 092
<b>% top ten</b>	81%		86%		80%		85%		81%

**Tableau 12. Population féminine excisée ou à risque d'excision selon la nationalité d'origine et la région de résidence, 10 principaux pays au 31 décembre 2012**

Région flamande		Wallonie		Bruxelles capitale		Office des étrangers		Total	
Nationalité d'origine	Pop. Fem.	Nationalité d'origine	Pop. Fem.	Nationalité d'origine	Pop. Fem.	Nationalité d'origine	Pop. Fem.	Nationalité d'origine	Pop. Fem.
Guinée	1166	Guinée	1162	Guinée	2838	Guinée	706	Guinée	5872
Somalie	826	Côte d'Ivoire	445	Somalie	331	Somalie	188	Somalie	1698
Nigéria	740	Somalie	352	Egypte	308	Djibouti	66	Egypte	1134
Egypte	704	Ethiopie	184	Côte d'Ivoire	296	Erythrée	34	Ethiopie	1099
Ethiopie	691	Burkina Faso	170	Djibouti	265	Côte d'Ivoire	32	Côte d'Ivoire	984
Sierra Leone	401	Sénégal	147	Mauritanie	208	Mauritanie	31	Nigéria	983
Soudan	265	Djibouti	130	Burkina Faso	206	Nigéria	29	Sierra Leone	602
Sénégal	216	Mali	118	Sénégal	201	Sénégal	29	Sénégal	593
Côte d'Ivoire	211	Egypte	99	Ethiopie	200	Burkina Faso	29	Burkina Faso	547
Iraq	197	Mauritanie	65	Nigéria	156	Ethiopie	23	Djibouti	534
Total top ten	5 417		2 873		5 009		1 169		14 046
Total général	6 761		3 303		5 831		1 300		17 195
% top ten	80%		87%		86%		90%		82%

Le Tableau 13, élaboré uniquement à partir des données de la DGSIE, de l'ONE et de Kind & Gezin, montre, pour les femmes originaires d'un pays où se pratique l'excision, la population féminine totale et la population féminine excisée ou à risque de l'être par pays d'origine et province de résidence en Belgique. Dans ce tableau ne figurent pas les 2 233 femmes demandeuses d'asile (et les 1 300 filles et femmes demandeuses d'asile et probablement excisées ou à risque d'excision).

Nous avons voulu présenter, dans ce tableau et dans la carte qui suit, la répartition par province des femmes et filles concernées, soit car elles sont déjà probablement excisées (colonne 2), soit parce qu'elles sont à risque d'excision (colonne 3 et 4). Nous avons cependant décidé pour ces dernières de faire la distinction entre les données extraites du Registre national et les données de naissances provenant de l'ONE et de K&G. Si nous savons en effet dans quelle province résidaient les mères lors de la naissance de ces filles, nous ne pouvons affirmer, compte tenu de la possibilité de migrations internes, qu'elles y vivent toujours en 2012.

La comparaison avec l'étude portant sur l'année 2007 est difficile car pour cette étude antérieure nous n'avions pas la répartition des données de l'ONE et de Kind & Gezin par province.

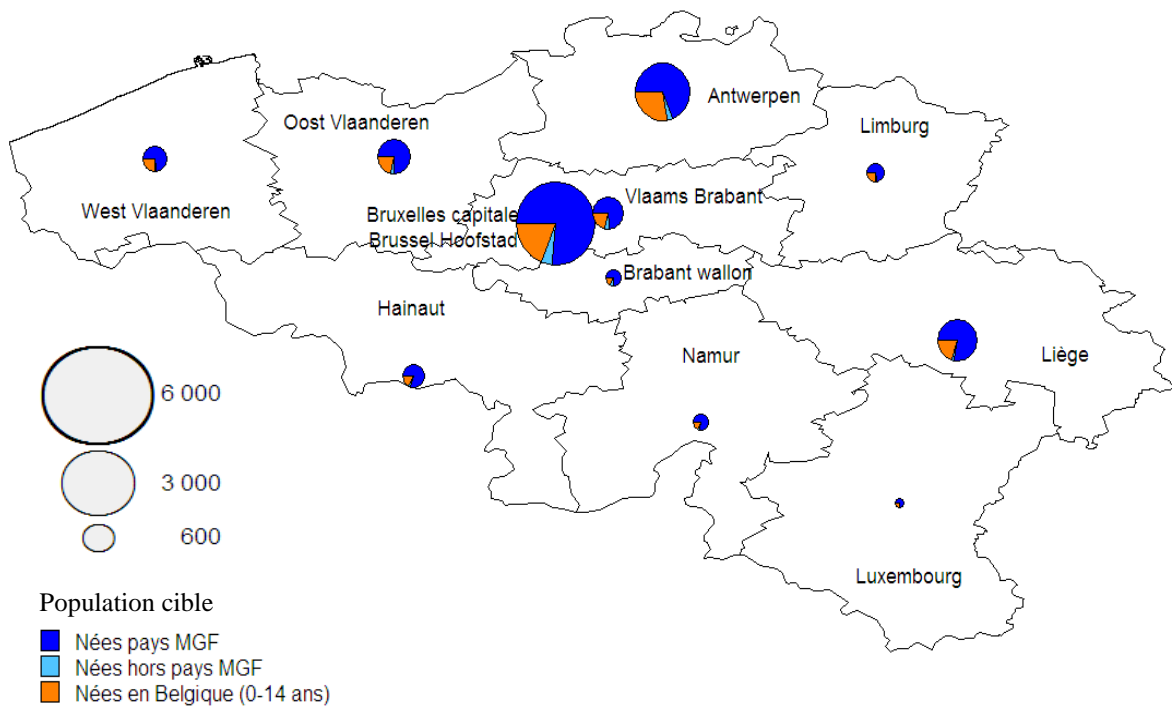
**Tableau 13. Population féminine totale et population féminine excisée ou à risque d'excision par province au 31 décembre 2012 (Source : DGSIE, ONE, K&G)**

Province	Nées dans un pays MGF (DGSIE)	Nées hors pays MGF (DGSIE)	Nées en Belgique (ONE – K&G)	Total
Antwerpen	2147	107	871	3125
Vlaams Brabant	849	60	250	1159
West-Vlaanderen	570	19	197	786
Oost-Vlaanderen	934	47	276	1257
Limburg	306	9	118	433
Brabant wallon	227	21	57	305
Hainaut	584	26	127	738
Liège	1386	33	375	1794
Luxembourg	107	2	39	148
Namur	242	14	62	318
Bruxelles-capitale	4459	250	1122	5831
<b>Total</b>	<b>11 812</b>	<b>590</b>	<b>3 494</b>	<b>15 896</b>

*Note : Les 357 naissances en Région flamande et en Région de Bruxelles-Capitale (dont 110 sont à risques d'excision) pour lesquels nous ne disposons pas de l'information quant à la province de résidence ont été répartis dans les provinces ad hoc en fonction des proportions dans chaque province de la population féminine et de la population féminine excisées ou à risque d'excision pour lesquelles la province de résidence est connue.*



Figure 3. Répartition de la population féminine excisée ou à risque de l'être par province au 31 décembre 2012 (source DGSIE, ONE, Kind & Gezin)



Dubourg D., Richard F.  
 Etude de prévalence des femmes excisées et des filles à risque d'excision en Belgique.  
 IMT 2014

Dans ces tableaux nous avons retenu pour la tranche d'âge des moins de 15 ans les naissances fournies par l'ONE et K&G et complétées par les naissances hors Belgique figurant dans la base de données de la DGSIE. La population concernée par l'excision est calculée en appliquant les prévalences par tranche d'âges à la population féminine originaire d'un pays où se pratique l'excision ou dont la mère est originaire d'un de ces pays (pour les filles de moins de 15 ans).

**Tableau 14. Nombre de femmes excisées ou à risque d'excision par âge et par nationalité d'origine au 31 décembre 2012**

**Région flamande**

Pays d'origine	< 5	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50 +	Total
Bénin	2	1	1	0	1	1	2	2	2	1	1	13
Burkina Faso	15	12	5	4	9	22	21	20	17	12	6	142
Cameroun	1	1	1	0	4	5	4	3	3	2	2	25
Central African Rep.	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
Côte d'Ivoire	24	14	15	13	13	30	27	34	21	12	9	211
Djibouti	12	6	4	5	5	9	8	6	7	4	7	72
Egypte	118	95	40	18	28	86	115	78	48	22	56	704
Erythrée	11	6	6	5	0	0	1	2	0	1	0	33
Ethiopie	112	102	68	30	59	85	93	54	39	19	30	691
Gambie	29	21	11	7	19	28	31	18	7	4	9	184
Ghana	9	6	3	4	6	16	18	17	20	20	16	136
Guinée	277	114	70	63	131	242	131	67	40	16	16	1166
Guinée-Bissau	2	0	0	1	1	1	2	0	2	1	0	10
Iraq	19	20	12	10	15	27	23	22	15	13	21	197
Kenya	7	7	6	5	9	17	27	31	22	14	15	159
Libéria	18	15	13	10	11	11	24	28	26	13	10	178
Mali	22	16	9	9	9	20	29	14	13	7	14	163
Mauritanie	20	10	35	7	8	10	15	16	9	2	2	135
Niger	1	1	2	0	0	1	0	1	0	0	0	6
Nigéria	95	66	31	16	20	61	146	150	99	30	26	740
Ouganda	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	3
Sénégal	36	21	15	11	12	18	28	27	25	12	13	216
Sierra Leone	50	48	34	37	29	47	62	45	28	10	11	401
Somalie	142	123	90	64	77	92	72	48	47	28	43	826
Soudan	38	36	18	13	14	29	38	34	22	6	14	265
Tanzanie	2	1	1	0	1	2	4	2	3	1	2	21
Tchad	4	1	0	0	2	1	3	2	2	1	2	19
Togo	1	1	1	0	1	2	3	5	3	2	2	21
Yemen	3	2	0	1	2	2	2	1	1	1	0	14
<b>Total</b>	<b>1 071</b>	<b>745</b>	<b>494</b>	<b>335</b>	<b>486</b>	<b>868</b>	<b>931</b>	<b>728</b>	<b>521</b>	<b>254</b>	<b>328</b>	<b>6 761</b>

## Wallonie

Pays d'origine	< 5	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50 +	Total
Bénin	1	1	0	1	1	6	5	3	4	2	4	29
Burkina Faso	16	6	5	5	15	23	35	28	17	9	12	170
Cameroun	2	1	1	1	9	10	6	5	4	3	5	47
Central African Rep.	1	1	1	1	1	3	3	2	2	1	1	16
Côte d'Ivoire	35	24	26	24	29	56	76	83	42	25	26	445
Djibouti	19	8	7	13	13	17	12	13	9	8	11	130
Egypte	16	3	9	1	4	15	12	13	5	7	14	99
Erythrée	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
Ethiopie	26	35	31	20	26	16	13	9	3	1	3	184
Gambie	2	2	1	1	1	4	3	1	1	1	0	15
Ghana	1	0	0	0	1	1	1	1	2	3	5	17
Guinée	308	92	79	96	150	185	113	65	33	13	26	1162
Guinée-Bissau	2	1	0	0	1	2	1	0	0	2	1	11
Iraq	4	3	2	3	3	5	5	5	4	3	6	44
Kenya	1	0	1	1	2	2	6	3	4	1	1	22
Libéria	0	1	0	0	0	2	2	2	2	3	2	15
Mali	23	9	6	8	7	21	16	9	5	9	5	118
Mauritanie	5	8	7	5	5	9	6	8	9	1	3	65
Niger	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	6
Nigéria	3	4	2	2	4	8	15	9	5	3	3	58
Ouganda	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sénégal	13	8	10	8	8	20	21	28	14	9	8	147
Sierra Leone	4	1	1	2	4	1	6	7	8	0	2	36
Somalie	69	34	48	33	25	37	31	14	19	16	27	352
Soudan	4	4	2	0	0	3	2	5	3	3	2	28
Tanzanie	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	5
Tchad	4	2	4	2	3	3	6	3	4	2	2	35
Togo	1	1	1	1	1	4	7	10	6	3	5	40
Yemen	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	6
<b>Total</b>	<b>563</b>	<b>252</b>	<b>244</b>	<b>228</b>	<b>315</b>	<b>454</b>	<b>405</b>	<b>329</b>	<b>206</b>	<b>129</b>	<b>177</b>	<b>3 303</b>

## Région de Bruxelles-Capitale

Pays d'origine	< 5	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50 +	Total
Bénin	2	2	1	1	2	5	6	4	3	2	3	31
Burkina Faso	12	6	5	9	23	26	41	30	11	19	25	206
Cameroun	1	1	1	1	6	7	5	4	4	2	4	36
Central African Rep.	0	0	1	1	2	3	4	2	1	0	3	17
Côte d'Ivoire	26	18	13	13	21	37	48	43	37	16	24	296
Djibouti	26	13	8	22	26	41	40	24	17	15	33	265
Egypte	23	22	13	17	22	46	41	26	24	12	61	308
Erythrée	2	1	2	2	0	0	0	0	1	0	0	6
Ethiopie	13	9	7	9	11	23	27	28	24	17	32	200
Gambie	4	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	18
Ghana	1	1	1	1	1	3	3	3	4	4	8	29
Guinée	447	339	192	235	332	495	373	210	108	42	66	2838
Guinée-Bissau	0	0	1	2	3	6	5	1	3	2	4	29
Iraq	3	3	3	3	4	6	5	5	4	3	11	51
Kenya	2	1	1	1	1	5	3	4	3	0	6	28
Libéria	0	5	6	4	5	5	5	8	5	9	9	60
Mali	17	17	6	8	4	23	24	19	8	4	12	141
Mauritanie	27	26	14	11	19	26	31	19	16	9	10	208
Niger	2	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	9
Nigéria	13	16	6	6	6	14	24	28	15	11	16	156
Ouganda	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Sénégal	19	18	14	10	14	27	26	29	16	15	13	201
Sierra Leone	19	16	8	13	12	17	26	14	15	6	9	156
Somalie	33	24	19	31	33	27	37	30	30	26	41	331
Soudan	6	18	3	8	7	6	6	14	11	5	14	99
Tanzanie	0	0	0	0	1	0	1	3	2	0	2	11
Tchad	7	6	6	2	4	9	9	7	3	3	10	65
Togo	1	1	1	1	1	3	4	6	6	4	4	32
Yemen	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	5
<b>Total</b>	<b>707</b>	<b>566</b>	<b>332</b>	<b>409</b>	<b>566</b>	<b>865</b>	<b>796</b>	<b>565</b>	<b>372</b>	<b>228</b>	<b>423</b>	<b>5 831</b>

## Belgique

Pays d'origine	< 5	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50 +	Total
Bénin	5	3	2	3	4	12	13	10	9	5	8	74
Burkina Faso	43	24	16	18	47	71	96	78	44	39	43	518
Cameroun	4	3	2	2	19	21	16	12	11	7	12	108
Central African Rep.	3	2	3	2	4	7	7	5	3	3	6	44
Côte d'Ivoire	85	55	53	50	64	123	150	159	100	53	60	952
Djibouti	56	27	20	40	44	67	59	43	33	27	51	467
Egypte	157	120	62	36	54	147	169	117	77	41	132	1111
Erythrée	13	7	8	8	0	0	1	2	1	1	0	41
Ethiopie	151	146	106	60	96	124	133	91	67	37	65	1076
Gambie	35	25	13	8	22	34	36	20	8	6	10	217
Ghana	11	7	4	4	8	21	22	22	26	27	28	181
Guinée	1031	546	341	394	614	922	617	342	181	71	107	5166
Guinée-Bissau	4	2	1	4	5	9	9	1	5	4	5	50
Iraq	27	26	17	16	22	38	33	33	23	19	39	292
Kenya	10	8	7	6	12	24	36	38	29	16	22	208
Libéria	19	21	19	14	15	18	31	38	32	25	20	253
Mali	62	42	21	25	20	63	69	42	26	20	31	421
Mauritanie	51	44	56	24	32	46	52	42	35	12	16	408
Niger	4	2	3	1	1	3	2	2	2	1	1	21
Nigéria	111	85	39	24	29	82	185	188	120	44	46	953
Ouganda	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	4
Sénégal	68	46	39	28	34	65	75	84	55	35	34	564
Sierra Leone	74	65	43	53	45	65	94	66	51	15	21	592
Somalie	244	181	158	128	136	157	139	92	96	69	110	1509
Soudan	48	59	23	21	21	38	47	54	35	14	30	391
Tanzanie	3	2	1	0	1	3	7	6	6	2	5	37
Tchad	14	9	10	3	10	14	18	12	8	6	13	118
Togo	3	3	2	2	4	9	14	21	14	9	11	93
Yemen	4	3	1	2	3	2	3	2	2	2	2	25
<b>Total</b>	<b>2 341</b>	<b>1 563</b>	<b>1 071</b>	<b>973</b>	<b>1 367</b>	<b>2 187</b>	<b>2 132</b>	<b>1 622</b>	<b>1 100</b>	<b>611</b>	<b>929</b>	<b>15 895</b>

Le nombre de femmes excisées ou à risque de l'être est plus élevé en Région flamande et en Région de Bruxelles-Capitale essentiellement parce que le nombre absolu de populations originaires d'un pays où l'on pratique l'excision est plus élevée dans ces deux régions. Dans la région de Bruxelles-capitale ceci est aussi dû au fait près que les 11 pays à prévalence élevée sont plus représentés parmi ces populations (38% contre 25% en Région flamande et 24% en Wallonie).

## 9 Synthèse des résultats

Nous pouvons synthétiser les résultats dans le Tableau 15. La combinaison des différents sources de données : DGSIE, ONE, K&G, Office des étrangers et Fedasil a permis de réaliser une estimation assez complète.

**Tableau 15. Population féminine déjà excisée ou à risque de l'être par catégorie d'âge et lieu de naissance au 31 décembre 2012**

Population au 31 décembre 2012 à risque d'excision ou déjà excisée	Nombre	Statut	Qualité de l'estimation
Filles de moins de 5 ans	2 493	Probablement déjà excisées	ONE & K&G pour les filles nées en Belgique DGSIE pour les filles nées en dehors de la Belgique Office des étrangers pour les filles nées en dehors de la Belgique et pas encore inscrites au registre national (demandeuses d'asile)
	– 262 nées dans un pays où on pratique l'excision – 151 demandeuses d'asile		
Filles de 5 à 19 ans	3 887	À risque d'être excisées	Pour les 5 à 14 ans : ONE & K&G pour les filles nées en Belgique et DGSIE pour les filles nées en dehors de la Belgique Pour les 15 à 19 ans : DGSIE seulement Office des étrangers pour les filles nées en dehors de la Belgique et pas encore inscrites au registre national (demandeuses d'asile) Fedasil pour les MENA non demandeuses d'asile et hébergées par Fedasil.
	– 2 010 nées dans un pays où on pratique l'excision – 280 demandeuses d'asile		
Femmes de 20 à 49 ans	9 846	Très probablement déjà excisées	DGSIE Office des étrangers pour les filles nées en dehors de la Belgique et pas encore inscrites au registre national (demandeuses d'asile)
	– 8 651 nées dans un pays où on pratique l'excision – 827 demandeuses d'asile		
Femmes de plus de 50 ans	970	Très probablement déjà excisées	DGSIE Office des étrangers pour les filles nées en dehors de la Belgique et pas encore inscrites au registre national (demandeuses d'asile)
	– 889 nées dans un pays où on pratique l'excision – 41 demandeuses d'asile		
Total	17 196	Probablement déjà excisées	
	– 11 812 nées dans un pays où on pratique l'excision – 1 300 demandeuses d'asile		
	– 4 084 nées en Belgique ou dans un pays où on ne pratique pas l'excision	À risque d'être excisées ou peut-être déjà excisées	

En résumé, nous estimons que 11 812 filles et femmes nées dans un pays où se pratique l'excision et résidant sur le territoire belge sont très probablement déjà excisées, que 4 084 filles et femmes nées en Belgique (dont 3 130 ont moins de 10 ans) sont à risque d'être excisées. A ces filles et femmes, il faut ajouter les 1 300 demandeuses d'asile (dont 151 petites filles de moins de 5 ans) et qui ont besoin d'une prise en charge appropriée au sein du réseau d'accueil et des associations travaillant avec les demandeuses d'asile et réfugiées.

## 10 Discussion - Implication pour les services médico-sociaux belges

Cette mise à jour de l'étude de prévalence des mutilations génitales féminines - qui utilise une méthodologie similaire mais avec des données plus complètes et plus récentes - permet de mettre en évidence un nombre important de filles et femmes très probablement excisées ou à risque d'excision vivant en Belgique.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2008, on estimait à 6 260 le nombre de femmes très probablement excisées et 1 975 le nombre de filles à risque de l'être. On observe donc un doublement de l'effectif dans les deux catégories « très probablement excisées » et « à risque ». L'inclusion de l'Iraq dans cette étude est responsable d'une faible part de cette augmentation (1,8% des femmes concernées sont originaires d'Iraq). Cette augmentation s'explique surtout par l'arrivée entre 2007 et 2012 de primo-arrivantes issues des pays concernés par les MGF (1<sup>ère</sup> génération) qui se retrouvent dans la catégorie « très probablement excisées » (68,6% de l'augmentation) et par les naissances au sein des communautés concernées (2<sup>ème</sup> génération) qui se retrouvent dans la catégorie « à risque » (24,8% de l'augmentation). Les données des demandeuses d'asile fournies par l'Office des étrangers pour l'année 2012 sont plus exhaustives que dans l'étude de 2007 que elles proviennent d'un enregistrement systématique de toute nouvelle femmes demandeuses d'asile en 2012 et non d'un état de la situation fin décembre 2012.

Les données par tranche d'âge nous donnent une idée des populations cibles des services socio-médicaux aux différentes périodes de la vie :

Les **moins de 5 ans**, qui fréquentent les services de l'ONE, de K&G et du CLB<sup>11</sup> : on estime à **2 493**, les filles potentiellement à risque de subir une excision ou peut-être déjà excisées pour celles nées dans un pays où se pratique l'excision.

Les **5-19 ans** : on estime à **3 887**, les filles et adolescentes qui fréquentent les services de promotion de la santé à l'école.

Les **femmes de 20 à 49 ans** : on estime à **9 846**, les femmes qui fréquentent les services de médecine générale et les services de santé de la reproduction.

Les femmes de **50 ans et plus** : on estime à **970**, les femmes susceptibles de souffrir de complications tardives.

Les **demandeuses d'asile** : on estime à **1 300** les femmes très probablement excisées nécessitant une prise en charge appropriée au sein du réseau d'accueil et des associations travaillant avec les demandeuses d'asile et réfugiées.

La distinction entre les femmes et filles excisées et celles à risque de l'être permet également de prévoir le type d'appui nécessaire : 11 812 femmes et filles déjà excisées (non compris les demandeuses d'asile) sont susceptibles de consulter pour des complications et des séquelles de leur excision et 4 084 filles à risque d'être excisées auront besoin d'un suivi et d'une protection en cas de retour au pays pendant les vacances.

Il n'est pas noté de changements majeurs en termes de répartition des communautés concernées en Belgique. La Flandre avec 6 751 filles et femmes déjà excisées ou à risque de l'être reste la région la plus concernée par la problématique suivie de la Région de Bruxelles-Capitale (5 831) et de la Région wallonne (3 303).

Les provinces les plus concernées restent aussi les mêmes qu'en 2007 : Antwerpen (3 125 filles et femmes déjà excisées ou à risque de l'être) et Liège (1 794). Deux nouvelles provinces dépassent les 1 000 cas , c'est le Vlaams Brabant (1 159) et Oost Vlaanderen (1 257).

---

<sup>11</sup> K&G (0 à 3 ans), CLB (3 à 6 ans)

Les six pays les plus représentés parmi la population féminine excisée ou à risque de l'être sont la Guinée, la Somalie, l'Égypte, la Côte d'Ivoire, l'Éthiopie, le Nigeria. Ces pays se retrouvent dans le *top ten* car de nombreuses femmes originaires de ces pays vivent en Belgique (Côte d'Ivoire, Nigeria) ou parce que la prévalence est très élevée dans le pays d'origine (Éthiopie, Somalie, Égypte) ou pour ces deux raisons combinées (Guinée).

Ce travail reste une estimation et cette étude souffre des mêmes biais que la première étude, c'est à dire (1) de ne pas pouvoir appliquer des prévalences en fonction de l'ethnie plutôt que de la nationalité car cette donnée n'est pas connue et (2) de ne pas pouvoir estimer dans quelle mesure la pratique diminue suite à une migration dans un pays européen.

Cette étude malgré ses limitations, reste cependant une bonne base pour évaluer les besoins en termes de prise en charge de cette population cible.

Les estimations des accouchements chez les femmes excisées permettent aussi d'évaluer le besoin de formation des professionnels de la naissance, ce sont désormais plus de 1 000 femmes très probablement excisées qui accouchent chaque année en Belgique (1 203 en 2012) et pour lesquelles sages-femmes et gynécologues devront avoir un suivi et une prise en charge adaptée.

Ces chiffres relativement importants en termes d'effectif et en augmentation par rapport à l'étude de 2007 confirment la nécessité d'une prise en charge spécifique pour ces populations cibles.

Les communautés concernées n'étant pas concentrées sur Bruxelles, il est important de prévoir des services de prise en charge et de prévention en dehors de la capitale. Si des services médico-sociaux appropriés sont nécessaires, il est également indispensable d'aider les associations à base communautaire à faire un travail de prévention auprès des familles concernées.

## 11 Recommandations

Ce travail montre que les besoins de prévention (filles à risque d'être excisées) et de prise en charge médico-sociale (femmes déjà excisées) sont importants en Belgique.

Des efforts ont déjà été faits en termes de formation des professionnels par des associations ou institutions spécialisées<sup>12</sup> avec l'appui des différentes entités fédérales, régionales et communautaires. Les associations spécialisées dans la prévention des MGF ont depuis 2008 ouvert des antennes en Flandre et Wallonie pour répondre aux besoins de prévention et accompagnement des personnes concernées mais ces efforts doivent être soutenus et consolidés.

La Ministre Onkelinx a annoncé le 5 février 2014 l'ouverture de deux centres de prise en charge multidisciplinaire des séquelles de l'excision au CHU St-Pierre et à l'UZ de Gand (psychologie, sexologie, chirurgie) qui permettra un remboursement des soins dans le cadre d'une convention INAMI. Le travail fait par ces centres devra être évalué après la première année de fonctionnement pour voir s'ils répondent de manière adéquate à la demande des femmes excisées.

Sur le plan de la recherche, il est souhaitable de faire des mises à jour régulières de ces estimations afin de tenir compte de la migration et des nouvelles données de prévalence dans les pays d'origine.

### **Pour les services de santé :**

- sensibiliser et former les professionnels qui sont susceptibles d'être en contact avec les femmes excisées et les filles à risque d'excision via l'introduction de la problématique dans les curriculum de base et dans les programmes de formation continue.
- aborder systématiquement la question de l'excision pour les ressortissants des pays à risque lors de l'intake médical des centres de demandeurs d'asile afin d'offrir aux demandeuses d'asile excisées la prise en charge la plus adaptée.
- évaluer l'activité des deux nouveaux centres multidisciplinaires de prise en charge de Bruxelles et Gand après leur première année de fonctionnement.

### **Pour le secteur associatif**

- appuyer les associations à base communautaire qui font un travail de prévention de l'excision et orientent les femmes excisées afin d'assurer une bonne couverture du territoire

### **Pour la recherche**

- prévoir une mise à jour régulière des estimations afin de tenir compte de la migration et des nouvelles données de prévalence dans les pays d'origine.
- explorer la possibilité d'obtenir la variable « âge d'arrivée sur le territoire » auprès de la DGSIE pour affiner les estimations du risque d'excision en fonction de cette variable.
- explorer la possibilité d'obtenir le statut concernant l'excision pour toute femme demandeuse d'asile originaire d'un pays où l'excision est pratiquée. Cette information permettrait d'avoir une meilleure idée de la prévalence de l'excision des femmes qui migrent en Belgique et pourrait remplacer ou compléter les données nationales obtenues via les DHS.

---

<sup>12</sup> GAMS Belgique asbl, INTACT asbl, ICRH Gent, Collectif Liégeois contre les mutilations génitales féminines.



## 12 Références

- Adam T, Bathija H, Bishai D, Bonnenfant YT, Darwish M, Huntington D, et al. Estimating the obstetric costs of female genital mutilation in six African countries. *Bull World Health Organ*, Apr;88(4):281-8; 2010.
- Amy JJ, Richard F. Les mutilations génitales féminines. In: De Boeck, editor. *Guide des Consultations Périnatales ONE-GGOLFB*. Bruxelles, 2008. p. 524-36.
- Andro A, Lesclingand M. Les mutilations sexuelles féminines: le point sur la situation en Afrique et en France. *Popul Soc* 2007; 438.
- Andro A, Cambois E, Cirbeau C, Lesclingand M, Pourette D. Volet qualitatif du projet Excision et Handicap (ExH). Comment orienter la prévention de l'excision chez les filles et jeunes filles d'origine Africaine vivant en France: Une étude des déterminants sociaux et familiaux du phénomène. Paris: L'agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances; 2009.
- Andro A, Lesclingand M, Cambois E, Cirbeau C. Excision et Handicap : Mesure des lésions et traumatismes et évaluation des besoins en chirurgie réparatrice. Volet quantitatif du projet Excision et Handicap (ExH), Paris, INED et Université Paris 1; 2009 b.
- AkiDwA & Royal College of Surgeons in Ireland. *Female genital mutilation. Information for health-care professionals working in Ireland*, 2nd edition. Dublin: AkiDwA; 2013.
- Behrendt, A., *Listening to African Voices. Female genital mutilation/cutting among immigrants in Hamburg: Knowledge, attitudes and practice*, Plan, Hamburg, 2011.
- Black J A, Debelle G D *Female genital mutilation in Britain*. *British Medical Journal*, 310, 1590–1592; 1995.
- CGRA. *Rapport annuel CGRA 2012*. Ed. Dirk Van den Bulck. Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides. Bruxelles, juin 2013.
- Chambre des représentants. Question et réponse écrite n° : 0163 - Législature : 53. Réponse de Maggie De Block à Zoé Genot sur l'octroi de l'asile en cas de risque de mutilations génitales féminines. 14 juin 2012.
- Chambre des représentants. Question et réponse écrite n° : 0401 - Législature : 53. Questions et réponses écrites. Réponse de Maggie De Block à la députée Karin Temmerman sur la durée des procédures de demandes d'asile. 2 avril 2013
- Colombo A, Vignali P. *Indagine sulla presenza del territorio Lombardo di popolazione a rischio in relazione alla salute sessuale e riproduttiva e alle mutilazioni genitali femminili*. Rapporto finale. Istituto Regionale di ricerca della Lombardia Ed. 2010.
- De Brouwere M, Richard F, Dieleman M. *Recherche-action sur les signalements de mutilations génitales féminines: Enquête menée au sein des associations belges spécialisées (GAMS Belgique, INTACT, Collectif Liégeois MGF)*, Ed. GAMS Belgique, Bruxelles, 2013.
- Degani P, De Stefani P, Urpis O. *Mutilazioni dei genitali femminili e diritti umani nelle comunità migranti*. Rapporto di ricerca nelle regioni veneto e Friuli Venezia Giulia. 2009.
- Dieleman M. *Excision et migration en Belgique francophone, Rapport de recherche de l'Observatoire du sida et des sexualités pour GAMS Belgique*, 2010.

- Dorkenoo E, Morison L, Macfarlane A. A statistical study to estimate the prevalence of Female Genital Mutilation in England and Wales. Foundation for Women's Health, Research and development (FORWARD); 2007.
- Dubourg D et Richard F. Etude de prévalence des femmes excisées et des filles à risque d'excision en Belgique. Bruxelles : SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, 2010.
- Dubourg D, Richard F, Leye E, Ndam S, Rommens T, Maes S. Estimating the number of women with female genital mutilation in Belgium. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2011 Aug;16(4):248-57.
- European Commission. Communication from the Commission to the European Parliament and the Council : Towards the elimination of female genital mutilation, Brussels, 25.11.2013 [COM (2013) 833 final].
- European Institute for Gender Equality, Female Genital Mutilation in the European Union and Croatia – Report. European Union, 2013.
- Exterkate M. Female Genital Mutilation in the Netherlands. Prevalence, incidence and determinants. Pharos Centre of Expertise on Health for Migrants and Refugees Ed. 2013.
- Fondazione L'Albero della Vita. Il diritto di essere bambine. Dossier sulle Mutilazioni Genitali Femminili. Scattoni O, Rossitto A. Ed. 2011.
- GGOLFB. Croyances, traditions et délivrances des soins médicaux. Rapport du groupe de travail Éthique et économie: Gynécologie-obstétrique et multiculturalité. Bruxelles: GGOLFB; 2009.
- Gillette-Frenoy I. L'excision et sa présence en France: Etude ethno-sociologique. Paris: GAMS; 1992.
- Grassivaro Gallo P, Araldi L, Viviani F, Gaddini R. Epidemiological, medical, legal and psychological aspects of mutilated/at risk girls in Italy. Bioethical focusing. In G. C. Denniston, F. Mansfield Hodges, & M. Fayre Milos (Eds.), *Male and female circumcision. Medical, legal and ethical considerations in pediatric practice* (pp. 241–257). New York: Kluwer Academic/Plenum publishers; 1998.
- Gruber F, Kalthegener R. Statement of Terre des Femmes e. V. - Human Rights of Women at the Public Hearing of the Committee on Family Affairs, Senior Citizens, Women and Youth on the subject, Fighting Female Genital Mutilation“ on September 19th, 2007
- Fedasil. Rapport annuel. Accueil des demandeurs d'asile et Retour volontaire 2012; Bruxelles ; 2013.
- Harding A. US rethinks genital mutilation threat. BBC News world edition [Online]; Available from: URL: <http://news.bbc.co.uk/2/hi/africa/2299845.stm> [cited 2014 Jan 30], 4 October 2002.
- Jager F, Schulze S, Hohlfeld P. Female genital mutilation in Switzerland: a survey among gynaecologists. *Swiss. Med. Wkly.*, 132, 259–264; 2002.
- Jaoui S. Femmes excisées ou à risque d'excision dans les structures d'accueil en Belgique. Fedasil; 2009.
- Johnsdotter S. Created by God. How Somalis in Swedish exile reassess the practice of female circumcision [Dissertation]. Lund: Department of Social Anthropology, Lund University; 2002.
- Johnsdotter S, Moussa K, Carlbohm A, Aregai R & Essén B et al., “Never my Daughters”: A qualitative study regarding attitude change toward female genital cutting among Ethiopian and Eritrean families in Sweden, *Health Care for Women International*, 30:114-133, 2009.
- Kószeghy L. FGM Prevalence in Hungary-estimation. Budapest: MONA Foundation; 2012.

Leye E, Powell R.A, Nienhuis G, Claeys P, Temmerman M. Healthcare in Europe for Women with Genital Mutilation. *Healthcare for Women International*. 27:362–378; 2006.

Leye E., Ysebaert I., Deblonde J., Claeys P., Vermeulen G., Jacquemyn Y., et al. Female genital mutilation: knowledge, attitudes and practices of Flemish gynaecologists. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, Jun;13(2):182-90; 2008.

Mager F, Noriega Tontor C. Les mutilations génitales féminines, mieux les comprendre pour mieux les prendre en charge, Mémoire de fin d'études pour l'obtention du diplôme de sage-femme. Liège: Institut Ste-Julienne; 2003.

McVeigh T, Sutton T British girls undergo horror of genital mutilation despite tough laws. *The Observer*; 25 July 2010.

Public Health Agency of Canada: Health Status and Health Needs of Older Immigrant Women: Individual, Community, Societal and Policy Links; 2007.

Thierfelder C. Female genital mutilation and the Swiss health care system. Basel: University of Basel, Faculty of Medicine; 2003.

United Nations Children's Fund, Female Genital Mutilation/Cutting : a statistical overview and exploration of the dynamics of change, UNICEF, New-York, 2013.

United Nations High Commissioner for Refugees. Trop de souffrance: Mutilations génitales féminines et asile dans l'Union européenne – Une analyse statistique. UNHCR, Bureau pour l'Europe 2013.

World Health Organization, Eliminating female genital mutilation: an interagency statement, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCHR, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO, Geneva, 2008.

World Health Organization, Global strategy to stop health-care providers from performing female genital mutilation. UNFPA, UNICEF, UNHCR, UNIFEM, WHO, FIGO, ICN, IOM, MWIA, WCPT, WMA, Geneva, 2010.

## Annexes

### Annexe 1. Prévalence générale et par tranche d'âges dans les pays où se pratique l'excision (Sources : DHS et MICS au 23 décembre 2013)

Pays	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50+	Source	Prévalence générale
Bénin	7,9	9,9	13,6	14,3	16,3	17	15,8	15,8	DHS 2006	12,9
Burkina Faso	57,7	69,8	77,5	82,8	85,2	88,2	89,3	89,3	DHS 2010	75,8
Cameroun	0,4	2,5	1,6	1,1	1,2	1,8	2,4	2,4	DHS 2004	1,4
Central African Rep.	17,9	22,1	24,5	25,5	28,4	29,9	33,8	33,8	MICS 2010	24,2
Côte d'Ivoire	31,3	35,1	36,8	40,3	45,4	44,6	46,9	46,9	DHS 2012	38,2
Djibouti	89,5	93,7	93,3	95,9	94,7	93,1	94,4	94,4	MICS 2006	93,1
Egypte	80,7	87,4	94,3	95,2	96,4	96,2	96	96	DHS 2008	91,1
Érythrée	78,3	87,9	90,8	93,4	92,6	94,1	95	95	DHS 2002	88,7
Ethiopie	62,1	73	77,6	78	81,2	81,6	80,8	80,8	DHS 2005	74,3
Gambie	77,1	76,8	77,5	74,6	73,1	75,3	79	79	MICS 2010	76,3
Ghana	1,5	1,8	3	4,4	5,5	6,6	6,4	6,4	MICS 2011	3,8
Guinée	89,3	94,6	96,6	97,4	98,6	98,1	99,5	99,5	DHS 2005	95,6
Guinée-Bissau	48,4	49,2	51	49,8	49	54,1	50,3	50,3	MICS 2010	49,8
Iraq	4,9	7,5	9,1	9,1	9,7	9,4	10,3	10,3	MICS 2011	8,1
Kenya	14,6	21,1	25,3	30	35,1	39,8	48,8	48,8	DHS 2008	27,1
Libéria	44	58,4	68,2	69,8	73	77,6	85,4	85,4	DHS 2007	65,7
Mali	84,7	84,5	86,7	84,2	84,9	86,2	85,8	85,8	DHS 2006	85,2
Mauritanie	68	68,7	73,5	73,5	75,4	76,7	77,8	77,8	MICS 2007	72,2
Niger	1,9	1,6	2,4	2,1	2,9	2,9	2,8	2,8	DHS 2006	2,2
Nigéria	18,7	21,5	26,1	29,7	31,5	34,9	38	38	MICS 2011	27
Ouganda	1	0,8	1,9	2,1	1,3	1,7	1,9	1,9	DHS 2011	1,4
Sénégal	24	24,3	26,1	24,9	29	26,9	28,5	28,5	DHS 2010/2011	25,7
Sierra-Léone	70,1	86,9	92,2	93,2	95,8	95,3	96,4	96,4	MICS 2010	88,3
Somalie	96,7	97,9	97,9	98,8	98,9	97,9	99,1	99,1	MICS 2006	97,9
Soudan (15 états du Nord)	86,6	89,1	89	91,5	90,6	90,4	90,5	90,5	MICS 2006	69,4
Tanzanie	7,1	11	11,7	19,1	21,6	22,2	21,5	21,5	DHS 2010	14,6
Tchad	41	43	46,1	45,2	45,7	44,3	47,6	47,6	MICS 2010	44,2
Togo	1,1	2,4	3,7	4,7	6,4	5,2	6,7	6,7	MICS 2010	3,9
Yemen	38,2	38,2	38,2	38,2	38,2	38,2	38,2	38,2	DHS 1997	38,2