

## Estimation de la prévalence des filles et femmes ayant subi ou à risque de subir une mutilation génitale féminine vivant en Belgique, 2018

Mise à jour au 31 décembre 2016

**Promoteur :** Institut pour l'Égalité des Femmes et des Hommes et SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement

**Chercheuses principales :** Dominique Dubourg<sup>1</sup>, Fabienne Richard<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Médecin et Démographe, chercheuse invitée du Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles (GAMS Belgique)

<sup>2</sup> Sage-femme, Master of Science, PhD en sciences de la santé publique, directrice du GAMS Belgique et chercheuse invitée de l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers.

**Comité d'accompagnement :**

Valentine Audate<sup>3</sup>, Nicolas Belkacemi<sup>4</sup>, Rita Eggermont<sup>5</sup>, Martine Hendrickx<sup>6</sup>, Stéphane Heymans<sup>7</sup>, Samuel Ndamè<sup>8</sup>, Hans Verrept<sup>9</sup>.

<sup>3</sup> Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides (CGRA)

<sup>4</sup> Institut pour l'Égalité des Femmes et des Hommes (IEFH)

<sup>5</sup> Kind en Gezin (K&G)

<sup>6</sup> Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile (Fedasil)

<sup>7</sup> Médecins du Monde Belgique (MDM)

<sup>8</sup> Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE)

<sup>9</sup> SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement

**Visualisation :** [mavromatika.com](http://mavromatika.com)

Avec la collaboration de :



## Justification de l'étude

Selon l'UNICEF, au moins 200 millions de filles et de femmes vivant actuellement dans 30 pays d'Afrique, du Moyen-Orient et d'Asie ont subi une forme de mutilation génitale : clitoridectomie, excision ou infibulation (1). Les mutilations génitales féminines (MGF) sont une violation des droits humains et une forme de violence basée sur le genre pouvant engendrer de nombreuses complications physiques et psychologiques tout au long de la vie.

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. La Belgique a voté en 2001 une loi spécifique punissant l'excision (Art.409 du code pénal). Le problème a plusieurs composantes, car il s'agit non seulement de protéger les filles qui sont à risque de subir cette pratique mais aussi de prendre en charge les complications gynéco-obstétricales et psycho-sexuelles que peuvent présenter les femmes excisées.

La dernière étude de prévalence portait sur la situation au 31 décembre 2012. Elle avait montré un doublement de la prévalence en 5 ans avec une estimation de 13 112 filles et femmes déjà excisées et 4 084 à risque (5).

Ces deux dernières années, la Belgique a dû faire face à une crise migratoire avec un afflux de familles syriennes et irakiennes mais aussi des familles d'Afrique de l'Est comme la Somalie et l'Erythrée, pays à forte prévalence de MGF. Une nouvelle étude est nécessaire pour mettre à jour les données qui permettront de mieux cibler les actions des services impliqués dans la protection des filles et la prise en charge des femmes excisées.

## Objectifs de l'étude

Cette étude quantitative vise à actualiser les données de 2012 sur la prévalence des mutilations génitales féminines en Belgique.

Les objectifs de cette étude sont de mettre à jour les données sur :

- Le nombre de filles et femmes excisées qui vivent en Belgique
- Le nombre de filles et femmes à risque d'excision qui vivent en Belgique
- La population cible des différents services médico-sociaux concernés par les mutilations génitales féminines.

## Méthodes

L'étude a été faite en deux étapes<sup>1</sup> :

**Etape 1 : estimation la plus précise possible de la population féminine originaire de chaque pays concerné qui vit sur le territoire belge et des filles nées en Belgique de ces mères**

5 sources complémentaires ont été utilisées :

---

<sup>1</sup> Tous les détails méthodologiques, les forces et limites de l'étude sont repris dans la version longue du rapport de recherche disponible sur le site de l'IEFH et du SPF Santé publique.

- données du Registre National (RN) fournies par la Direction générale Statistique – Statistics Belgium sur la population féminine originaire d'un des pays où les mutilations génitales féminines sont pratiquées qui vivait en Belgique au 31 décembre 2016.
- données de l'Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile (Fedasil) sur les populations féminines (demandeuses ou non demandeuses de protection internationale en Belgique) originaire d'un des pays concernés hébergées dans le réseau d'accueil au 31 décembre 2016.
- données sur les populations féminines en situation irrégulière qui ont bénéficié de soins dans une des antennes de Médecins du Monde Belgique au cours de l'année 2016, fournies par Médecins du Monde.
- données de naissances en Belgique de mères originaires d'un des pays concernés, fournies par l'ONE et K&G pour les années 1998 à 2016.
- données des octrois de statut de réfugié et protection subsidiaires du Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides (CGRA) chez les filles de 0 à 19 ans au 29/09/2017.

**Etape 2 : application de la prévalence des MGF observée (par tranche d'âge) dans le pays d'origine où les MGF sont pratiquées (Etudes EDS et MICS)<sup>2</sup> à la population de filles et femmes qui vit en Belgique.**

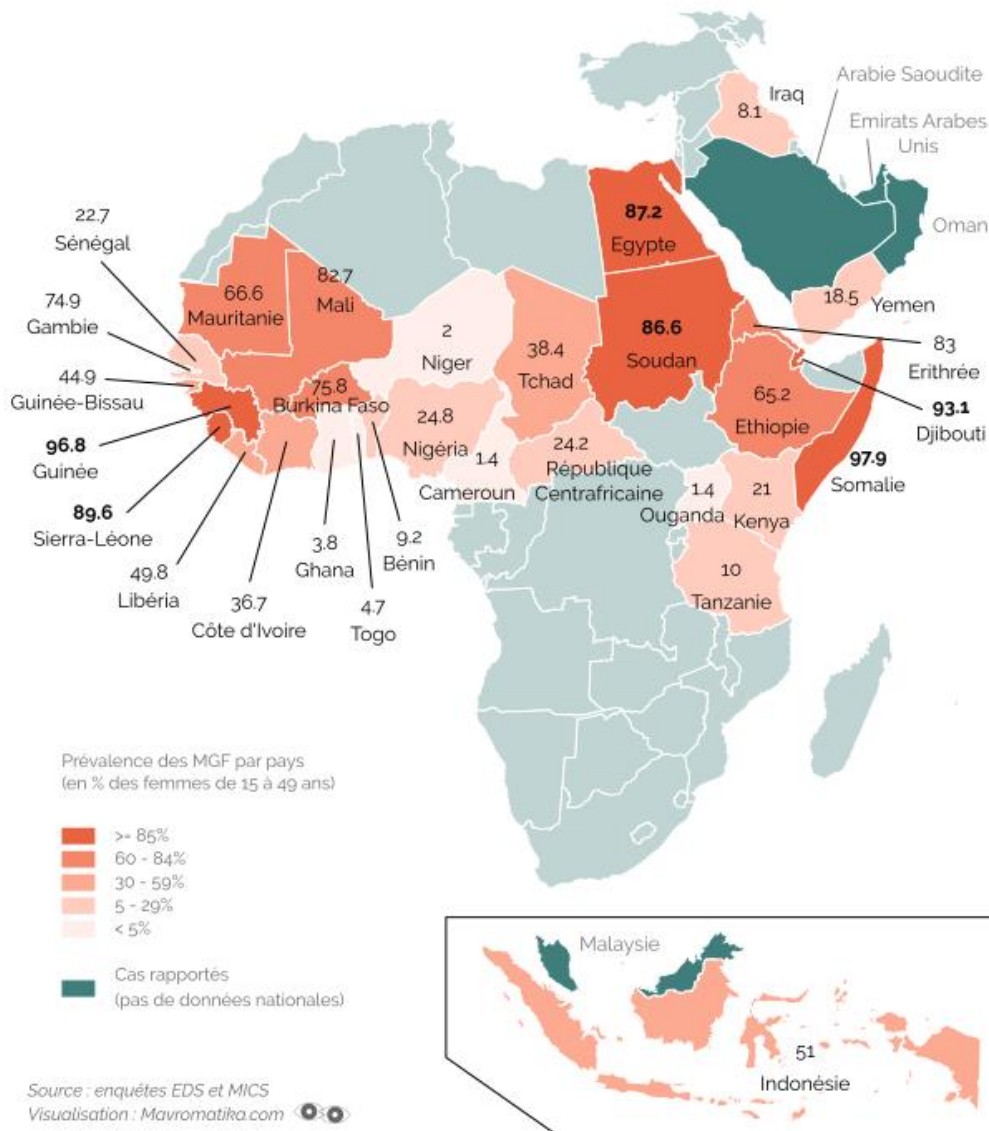
Les prévalences des MGF par tranche d'âge (de 15 à 49 ans) des études EDS et MICS les plus récentes ont été colligées et appliquées à la population féminine déterminée à l'étape 1. Les données de prévalence ont été extraites des études EDS et MICS publiées au 26 décembre 2017 sur les sites officiels <http://www.measuredhs.com> et [http://www.childinfo.org/mics4\\_surveys.html](http://www.childinfo.org/mics4_surveys.html).

- La prévalence des 15-19 ans a été appliquée à toutes les filles de moins de 15 ans (0-4, 5-9, 10-14) puisque c'est la prévalence disponible la plus proche.
- Les prévalences spécifiques par tranche d'âges de 5 ans entre 15 et 49 ont pu être appliquées puisqu'elles sont disponibles dans les DHS ou les MICS (15-19, 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

---

<sup>2</sup> EDS : Enquête démographique et de santé, MICS : Enquêtes en grappes à indicateurs multiples

**Figure 1. Répartition géographique et prévalence des mutilations génitales féminines de type 1,2 et 3 en Afrique, au Moyen-Orient et Indonésie, 2016**



## Quatre améliorations dans la méthode depuis la dernière étude

- Inclusion des données sur l'Indonésie.** Aucune donnée de prévalence n'était disponible pour ce pays lors de la dernière étude belge de prévalence. Une étude a été réalisée depuis par le Ministère de la santé indonésien qui a publié les données de prévalence des MGF en Indonésie pour l'année 2013 (2). L'accès à ces données récentes de prévalence des MGF nous a donc permis d'inclure les populations féminines originaire d'Indonésie dans l'étude de prévalence de 2016.
- Inclusion de données sur les femmes en situation irrégulière** qui ont bénéficié de soins dans une des antennes de Médecins du Monde Belgique. Ces données fournies par Médecins du Monde ne sont sans doute pas exhaustives car toutes les filles et femmes en situation irrégulière ne fréquentent pas les services de l'association mais

nous avons préféré ne prendre qu'une association à envergure nationale pour éviter les doublons (en cas de cumul de données de plusieurs associations travaillant avec les personnes en situation précaire).

3. **Prise en compte dans le calcul de l'âge à l'arrivée** (donnée non disponible pour les études précédentes) ce qui permet de faire des estimations sur le nombre de filles à risque ou déjà excisées en fonction de leur âge à l'arrivée en Belgique.
4. **Prise en compte du nombre de filles ayant obtenu une protection internationale** sur base du risque de MGF (statut de réfugié ou protection subsidiaire). Le chiffre étant conséquent en Belgique par rapport à d'autres pays européens, il est important d'en tenir compte.

### Trois hypothèses de calcul

1. **Dans l'hypothèse haute**, toutes les filles et femmes nées dans un pays où se pratiquent les mutilations génitales féminines sont (très probablement) déjà excisées ou infibulées dans la même proportion, à chaque tranche d'âge, que dans leur pays d'origine quand elles arrivent en Belgique sauf celles qui ont obtenu une protection internationale sur base du risque de MGF.

Toutes les filles **nées en Belgique** ou dans un autre pays où l'excision n'est pas une pratique connue sont intactes, mais restent à risque d'être excisées si aucun travail de prévention n'est fait.

2. **Dans l'hypothèse moyenne**, toutes les filles et femmes **arrivées en Belgique à 5 ans ou plus** sont (très probablement) déjà excisées ou infibulées dans la même proportion que dans leur pays d'origine quand elles arrivent en Belgique sauf celles qui ont obtenu une protection internationale sur base de risque de MGF après l'âge de 5 ans.

Les filles arrivées en Belgique **avant l'âge de 5 ans et celles nées en Belgique** sont intactes, mais restent à risque d'être excisées.

3. **Dans l'hypothèse basse** toutes les filles et femmes nées dans un pays où se pratiquent les mutilations génitales féminines et **arrivées en Belgique à 10 ans ou plus** sont (très probablement) déjà excisées ou infibulées dans la même proportion que dans leur pays d'origine quand elles arrivent en Belgique sauf celles qui ont obtenu une protection internationale sur base de risque de MGF après l'âge de 10 ans.

Les filles arrivées **avant l'âge de 10 ans et celles nées en Belgique** sont intactes, mais restent à risque d'être excisées.

### Biais et limite de l'étude

Comme pour l'étude précédente et les autres études faites au niveau européen, nous ne disposons pas des données sur le groupe ethnique des femmes. Cette donnée est importante pour certains pays où la pratique de l'excision est liée à l'appartenance ethnique.

Les auteurs de l'étude ont tenu compte des différents biais et limites méthodologiques connus (8)(EIGE 2013, p 28-31) dans leur hypothèse de calcul et l'analyse des résultats. Cette étude reste une estimation statistique de la prévalence des MGF en Belgique et n'est pas basée sur un diagnostic clinique mais elle essaye – en croisant différentes sources des données – d'être

la plus objective possible. Les prévalences par tranche d'âge ont été appliquées pour tenir compte de l'évolution des pratiques dans le temps. Concernant la catégorie des « filles à risque », s'il est évident qu'avec l'impact de la migration sur la pratique, toutes ces filles ne seront pas sujettes à l'excision, elles restent néanmoins un groupe cible pour des actions de prévention par les services de prévention de la petite enfance (ONE, K&G) et de l'école (PSE/PMS - CLB<sup>3</sup>). C'est dans ce but d'évaluer les besoins en matière de prévention que ce groupe a fait l'objet d'une attention particulière.

## Résultats

### Combien de femmes concernées par l'excision vivent en Belgique ?

Notre population d'étude est constituée de 70 576 filles et femmes dont la nationalité (d'origine ou actuelle) est celle d'un pays où se pratique l'excision.

**Tableau 1. Répartition de la population féminine vivant en Belgique au 31 décembre 2016 et originaire d'un pays où l'on pratique l'excision par source des données et âge à l'arrivée**

Source des données	Statut	Pays de naissance	Age à l'arrivée en Belgique			Total
			< 5 ans	5 - 9 ans	10 ans et +	
Registre National	Inscrites au registre national de population	Pays FGM	3 392	3 533	41 604	48 529
		Hors pays FGM				1 935
ONE - Kind & Gezin	Filles de 0-18 ans	Belgique				17 397
Fedasil	Demandeuses de protection internationale	Pays FGM				2 444
Médecins du Monde	Femmes en situation irrégulière	Pays FGM				271
<b>Total</b>						<b>70 576</b>

A cette population nous avons donc appliqué les prévalences par tranche d'âge (de 15 à 49 ans) des études EDS et MICS les plus récentes.

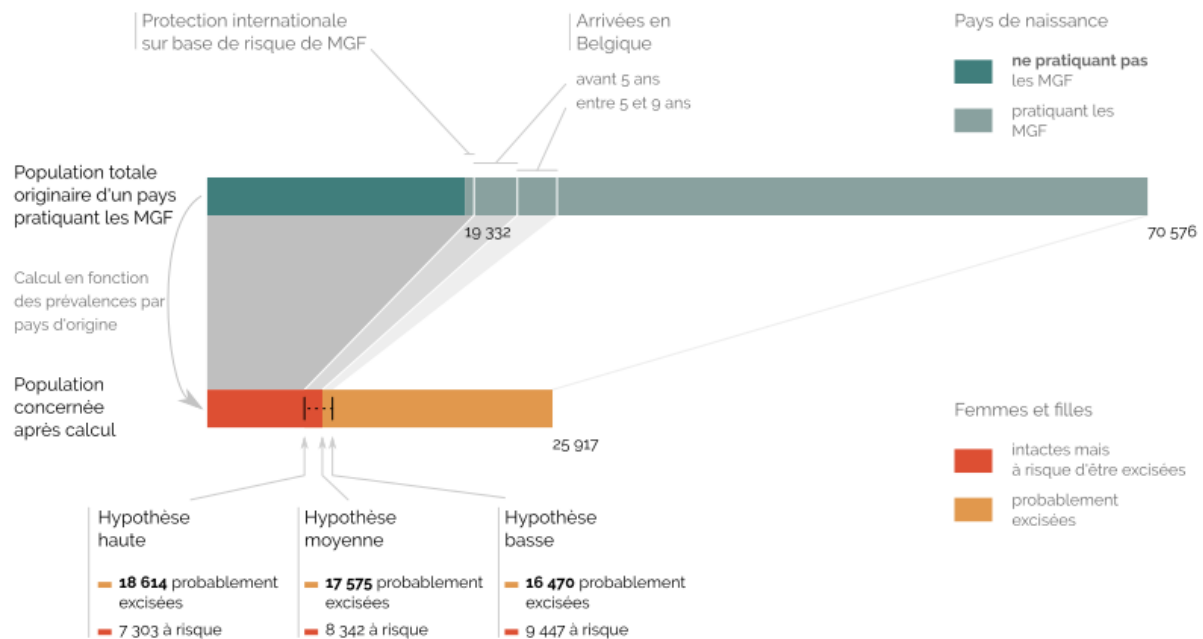
**Au total 25 917 filles et femmes sont concernées par les mutilations génitales féminines**, soit parce qu'elles ont déjà subi une mutilation soit parce qu'elles sont à risque d'être confrontée à la pratique.

**Tableau 2 Répartition de la population féminine concernée par l'excision au 31 décembre 2016 selon la source des données et l'âge à l'arrivée**

Source des données	Statut	Pays de naissance	Age à l'arrivée en Belgique			Total
			< 5 ans	5 - 9 ans	10 ans et +	
Registre National	Inscrites au registre de population	Pays FGM	1 039	1 105	15 229	17 373
	Inscrites au registre de population ayant obtenu un statut de réfugiée ou une protection subsidiaire pour être protégée des MGF	Pays FGM	440	206	48	694
	Inscrites au registre de population	Hors pays FGM				712
ONE - Kind & Gezin	Filles de 0-18 ans	Belgique				5 897
Fedasil	Demandeuses de protection internationale	Pays FGM				1 155
Médecins du Monde	Femmes en situation irrégulière	Pays FGM				86
<b>Total</b>						<b>25 917</b>

<sup>3</sup> PMS : centres psycho-médico-sociaux, PSE : promotion de la santé à l'école, CLB : Centra voor leerlingenbegeleiding

**Figure 2. Estimation du nombre de filles et femmes excisées ou à risque de l'être vivant en Belgique au 31 décembre 2016**



Source : Statistics Belgium, ONE, K&G, Fedasil, Médecins du Monde  
 Visualisation : Mavromatika.com

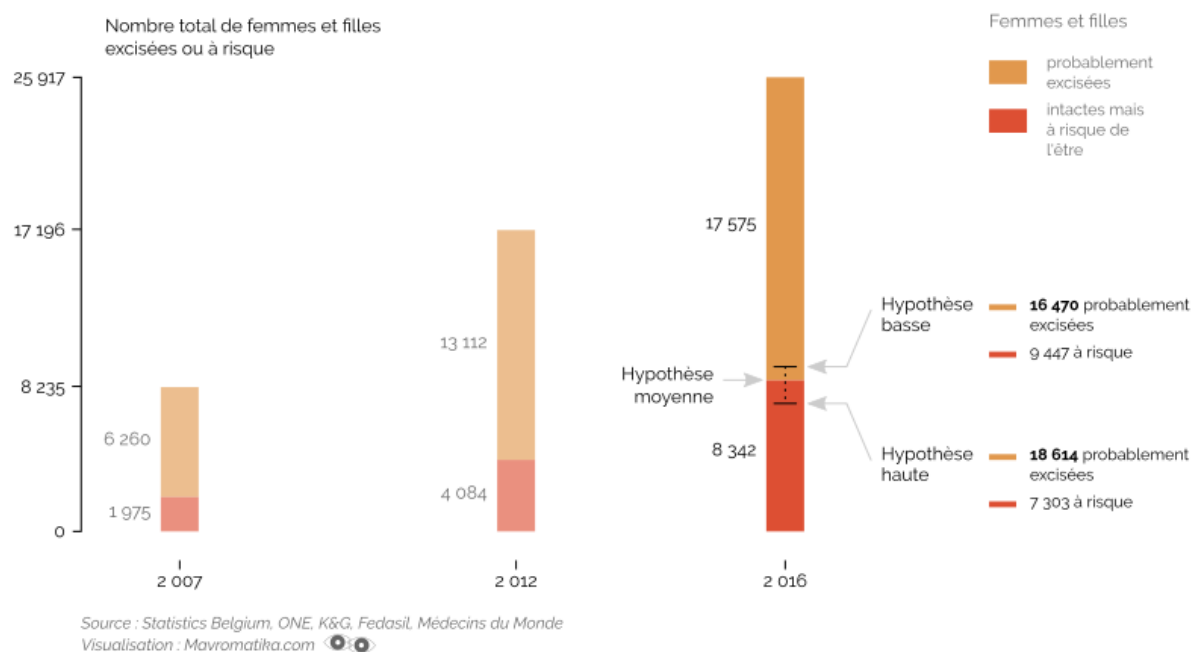
## Le nombre de filles et de femmes ayant subi une MGF ou à risque de subir une MGF a-t-il augmenté ?

En 2007, on estimait, dans une hypothèse haute<sup>4</sup> à 6 260 le nombre de filles et femmes très probablement excisées car nées dans un pays où se pratique l'excision et 1 975 le nombre de femmes et filles à risque de l'être. En 2012, l'effectif dans les deux catégories avait doublé, avec 13 112 femmes « très probablement excisées » et 4 084 filles « à risque ».

En 2016, l'obtention d'informations sur la date d'arrivée en Belgique nous permet d'être plus précis pour notamment estimer avec un haut degré de certitude que, dans **l'hypothèse moyenne, 17 575 filles et femmes sont déjà probablement excisées et que 8 342 filles et femmes sont intactes mais à risque d'être excisées.**

<sup>4</sup> En 2007 et en 2012 nous avons considéré que toutes les filles et femmes nées dans un pays où se pratique l'excision étaient probablement déjà excisées et que les filles et femmes nées en Belgique ou en dehors d'un pays où se pratique l'excision étaient à risque de subir une excision.

**Figure 3. Evolution entre 2007 et 2016 du nombre de filles et femmes déjà excisées ou à risque de l'être vivant en Belgique**



L'augmentation du nombre de femmes probablement déjà excisées, s'explique par l'ajout des femmes originaires d'Indonésie (14 % de l'augmentation dans l'hypothèse haute), et par l'arrivée depuis 2012 de primo-arrivantes venant de Guinée (32 % d'augmentation) et de Somalie (22 % d'augmentation). Les autres pays d'origine de primo-arrivantes sont l'Irak, les pays de la corne de l'Afrique (Egypte, Djibouti, Ethiopie et Erythrée) et la Côte d'Ivoire (entre 3 et 4% de l'augmentation selon les pays).

Pour les filles à risque, l'augmentation est principalement due aux naissances en Belgique de filles nées de mères d'origine guinéenne (55% de l'augmentation dans l'hypothèse haute) et somalienne (11%) ainsi qu'à la prise en considération des filles nées de mères d'origine indonésienne (6% d'augmentation). Les autres pays concernés par l'augmentation des naissances sont Djibouti, l'Egypte et la Sierra Leone (environ 3% de l'augmentation pour chacun des pays).

Le nombre de filles et femmes concernées par l'excision (victime ou à risque) hébergées dans le réseau d'accueil a légèrement diminué par rapport à 2012 (de 1300 à 1155). Le nombre de femmes et filles venant de Guinée a diminué de moitié et a été multiplié par 2,5 pour celles venant de Somalie. Parmi les cinq nationalités les plus représentées en termes de populations concernées : on retrouve trois pays qui pratiquent l'infibulation (Somalie, Erythrée et Djibouti), forme la plus sévère de mutilation qui nécessite une attention médicale particulière et donc une formation du personnel médical et social des centres d'accueil.

### Qui sont ces femmes et où vivent-elles ?

Les nationalités les plus représentées sont la Guinée, la Somalie, l'Egypte, l'Ethiopie et la Côte d'Ivoire.



La Flandre est la région qui accueille le plus de femmes concernées.

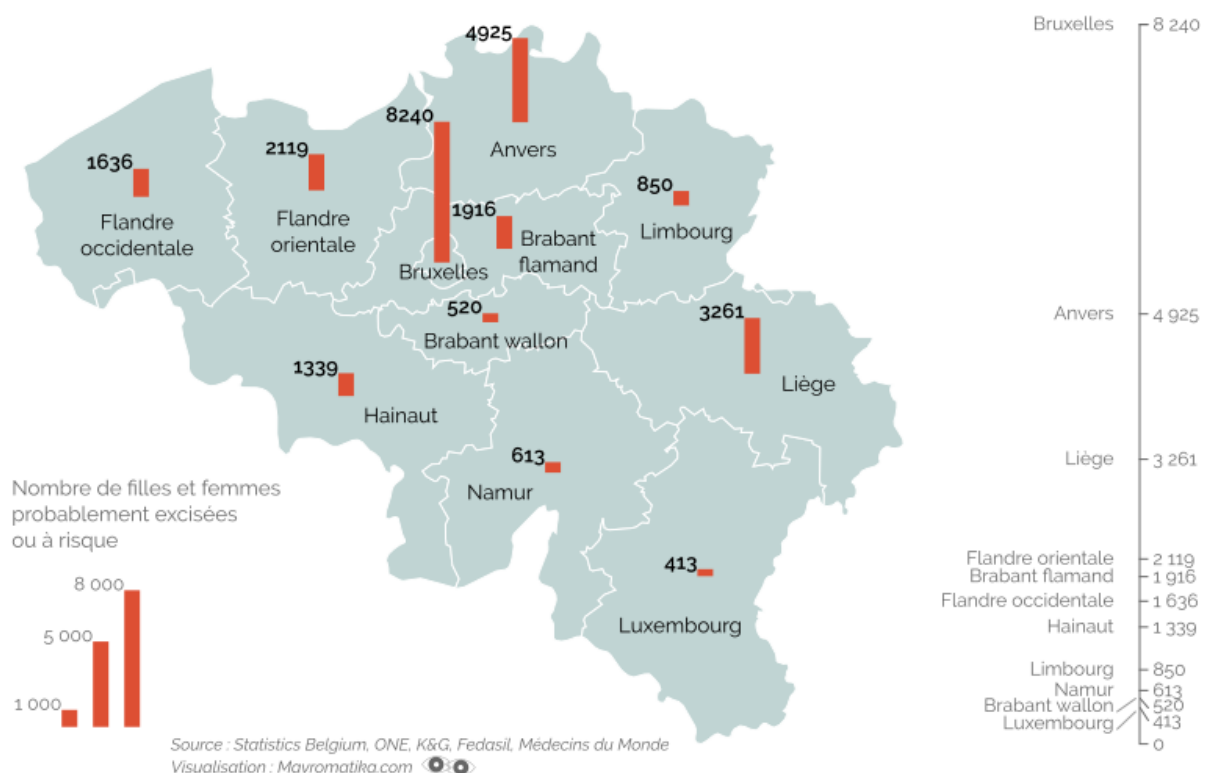
C'est une population jeune : 9164 filles ont moins de 18 ans (mineures) sur les 25 917 concernées.

Chaque année, il y a 1419 femmes excisées qui accouchent dans une maternité belge. La moitié de ces naissances ont eu lieu en Flandre.

**Tableau 4. Population féminine concernée par l'excision par tranche d'âge et région au 31 décembre 2016 (source Statistics Belgium, ONE, Kind & Gezin, Fedasil, Médecins du Monde)**

Tranche d'âge	Flandre	Wallonie	Bruxelles-capitale	Fedasil	En situation irrégulière	Total Belgique	Dont nées dans un pays MGF
< 5 ans	1 551	810	810	90	1	3 262	301
5-19 ans	2 760	1 453	2 114	215	5	6 547	3 459
20-49 ans	6 045	2 960	4 532	782	72	14 391	13 883
50 ans et +	693	329	619	68	8	1 717	1 665
Total	11 049	5 552	8 075	1 155	86	25 917	19 308

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



## A retenir

- L'augmentation de la population concernée par les MGF s'explique par l'accueil entre 2012 et 2016 de primo-arrivantes issues des pays concernés par les MGF (1<sup>ère</sup> génération) et par les naissances au sein des communautés concernées (2<sup>ème</sup> génération).
- Bruxelles-Capitale, la province d'Anvers et la province de Liège restent les zones géographiques qui accueillent le plus de filles et femmes concernées comme dans les deux précédentes études.
- La Flandre devient la région la plus affectée par la problématique avec plus de 11 000 filles et femmes excisées ou à risque contre 8 000 en Région Bruxelles-Capitale et 5 500 en Région Wallonne.
- La Guinée, la Somalie, l'Égypte, l'Éthiopie et la Côte d'Ivoire sont les cinq pays les plus représentés au sein de la population féminine concernée en Belgique.
- Cette étude reste une estimation indirecte de la prévalence (pas d'examen médical) mais constitue une bonne base pour évaluer les besoins en termes de prévention et de prise en charge de cette population cible.

## Recommandations

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

### **En matière de prévention :**

- Le travail de sensibilisation des communautés soutenue depuis plusieurs années en communauté française devrait aussi être réalisé en communauté flamande via le soutien des associations spécialisées dans la prévention via un travail communautaire.
- La formation des professionnels (ONE/K&G, PSE-PMS/CLB, Services d'Aide à la Jeunesse/Vertouwenscentra, médecins généralistes, hôpitaux, réseau d'accueil des demandeurs d'asile) doit être planifiée et organisée de manière efficiente et durable afin de couvrir les provinces les plus concernées.
- La question de l'examen des organes génitaux externes comme moyen de prévention et/ou d'identification de violences sexuelles et mutilations génitales fait l'objet de prise de position régulière au niveau politique sans réelle analyse de fond sur son efficacité potentielle et sa faisabilité. Un séminaire réunissant des experts nationaux et européens (éthique, pédiatrie, médecine légiste, droits de l'enfant, services de prévention de la petite enfance, médecine scolaire, ...) devrait être organisée afin d'analyser la place de l'examen des organes génitaux externes dans la prévention et la protection des filles à risque et de décider de manière concertée l'approche choisie pour la Belgique.

### **En matière de prise en charge et d'accompagnement des femmes excisées :**

- Une campagne d'information nationale doit être menée pour faire connaître l'existence des deux centres accrédités (CeMAViE au CHU St Pierre et la VrouwenKliniek à l'UZ de Gand) qui offrent une prise en charge globale des femmes

excisées (psychologie, sexologie, chirurgie) remboursée par l'INAMI mais qui ne sont pas encore connus de toutes les femmes concernées.

- Le nombre de femmes ayant subi une MGF est en augmentation constante, en particulier en Flandre et donc par conséquent le nombre d'accouchements. Il est nécessaire que des lignes directrices pour les accouchements de femmes excisées et les indications de désinfibulation, validées par les associations professionnelles de gynécologues et sages-femmes soient appliquées dans chaque maternité accueillant des femmes issues des pays concernés par les MGF.

**En matière de recherche :**

- Une mise à jour de ces estimations est nécessaire dans quatre ans afin de tenir compte de la migration et des nouvelles données de prévalence dans les pays d'origine.
- Une recherche qualitative auprès des communautés originaires des pays en dehors du continent africain comme l'Irak (kurdes) et l'Indonésie devraient être menées afin de mieux connaître le contexte de la pratique.

## Références

1. **UNICEF.** *Female Genital Mutilation/Cutting: A global concern.* New York : United Nations Children's Fund, 2016.
2. **NIHRD.** *2013 Basic Health Research (RISKESDAS).* s.l. : National Institute of Health Research and Development, Ministry of Health (Indonesia),, 2013.
3. **Parlement européen.** Résolution du Parlement européen du 24 mars 2009 sur la lutte contre les mutilations sexuelles féminines pratiquées dans l'UE (2008/2071(INI)). [Online] 2009. [Cited: January 21, 2014.] <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P6-TA-2009-01>.
4. **Dubourg, D & Richard, F.** *Etude de prévalence des femmes excisées et des filles à risque d'excision en Belgique (situation au 31 décembre 2007).* Bruxelles : SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, 2010.
5. **Dubourg, D & Richard, F.** *Etude de prévalence des femmes excisées et des filles à risque d'excision en Belgique (mise à jour au 31 décembre 2012).* Bruxelles : SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, 2014.
6. **WHO.** *Eliminating female genital mutilation: an interagency statement, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCHR, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO.* Geneva : World Health Organization, 2008.
7. **Ministry of Public Health and Population (MOPHP), et al.** *Yemen National Health and Demographic Survey 2013.* Rockville, Maryland, USA : MOPHP, CSO, PAPFAM, and ICF International, 2015.
8. **UNICEF.** *Female Genital Mutilation/Cutting : a statistical overview and exploration of the dynamics of change.* New-York : United Nations Children's Fund, 2013.
9. **EIGE.** *Estimation of girls at risk of female genital mutilation in the European Union.* Vilnius : European Institute for Gender Equality, 2015.
10. **EIGE.** *Female Genital Mutilation in the European Union and Croatia – Report.* s.l. : European Institute for Gender Equality, European Union, 2013.
11. **Andro, Armelle, et al.** *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, 2009.