

E tude de prévalence des femmes excisées et des filles à risque d'excision en Belgique

Résumé

Promoteur

SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement

Chercheurs principaux

Dominique Dubourg¹, Fabienne Richard¹

Comité d'accompagnement

Rita Eggermont², Griet Gregoir³, Els Leye⁴, Jennifer Mabbott⁵, Sophie Maes⁶, Samuel Ndamè⁷, Tine Rommens², Marie-Jeanne Schoofs², Philip Tavernier⁵.

1 Institut de médecine tropicale, IMT

2 Kind & Gezin, K&G

3 Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides, CGRA

4 International Centre for Reproductive Health, ICRH

5 Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile, Fedasil

6 Institut scientifique de santé publique, ISP

7 Office de la Naissance et de l'Enfance, ONE

Contexte

On estime que 100 à 140 millions de filles et de femmes vivent actuellement de par le monde avec une mutilation génitale : clitoridectomie, excision ou infibulation, et qu'au moins trois millions de filles risquent chaque année de subir ces mutilations (OMS 2008).

Les mutilations génitales féminines (MGF) se pratiquent dans au moins 28 pays africains, mais également parmi certains groupes ethniques en Amérique Latine, au Moyen-Orient et en Asie. La prévalence diffère beaucoup selon les régions, y compris au sein même des pays. Le groupe ethnique et la région d'origine 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. Le problème a plusieurs composantes, car il s'agit non seulement de protéger les petites filles qui sont à risque de subir cette pratique mais aussi de prendre en charge les complications gynéco-obstétricales que peuvent présenter les femmes excisées et de répondre à une demande croissante de chirurgie réparatrice.

Définition et classification des mutilations génitales féminines

L'Organisation mondiale de la santé 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 pratiquée à des fins non thérapeutiques (OMS 1997). Les mutilations ont été classées par l'OMS en quatre types.

Les quatre 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.

OMS 2007

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

Les mutilations de type 1 et 2 sont pratiquées principalement en Afrique Centrale et de l'Ouest (Bénin, Burkina Faso, Cameroun, République Centrafricaine, Côte d'Ivoire, Gambie, Ghana, Guinée-Bissau, Guinée Conakry, Libéria, Mali, Mauritanie, Niger, Nigéria, Sénégal, Sierra Leone, Togo et Tchad), mais aussi au Kenya, en Ouganda et en Tanzanie.

Les mutilations de type 3 (infibulation) sont pratiquées en Afrique de l'Est (Djibouti, Erythrée, Ethiopie, Somalie), en Egypte, au Soudan et dans le sud de la péninsule arabique. Dans certains pays (Egypte, Mali, Nigéria et Sénégal), on observe les deux types de mutilation.

Objectif de l'étude

Cette étude quantitative vise à améliorer la connaissance de la problématique des mutilations génitales féminines en Belgique.

Ses objectifs étaient d'estimer :

- le nombre de femmes excisées vivant en Belgique
- le nombre de filles à risque d'excision
- la population cible des différents services médico-sociaux concernés par les mutilations génitales féminines

Promoteur et chercheurs

Cette étude, qui répond aux recommandations du parlement européen en matière d'amélioration des statistiques sur le sujet¹, 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 (ICRH, ONE, K&G, Fedasil, CGRA, ISP).

Méthode

L'étude a comporté deux principales étapes :

- Etape 1 : estimation la plus précise possible de la population féminine originaire d'un des pays concernés vivant sur le territoire et des filles nées de ces mères (2ième génération).
- Etape 2 : application de la prévalence observée dans le pays d'origine où les MGF sont pratiquées (études EDS et MICS)² à la population vivant en Belgique.

Etape 1

Plusieurs sources complémentaires ont été utilisées pour avoir l'estimation la plus complète possible

- données fournies par la Direction générale statistique et information économique (DGSIE) sur la population féminine originaire d'un des pays concernés par l'excision
- données de Fedasil sur les populations féminines accueillies par le réseau
- données de naissances issues de mères originaires d'un des pays concernés, fournies par l'ONE et K&G

Les chiffres présentés concernent la population au **1er janvier 2008**.

1 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)).

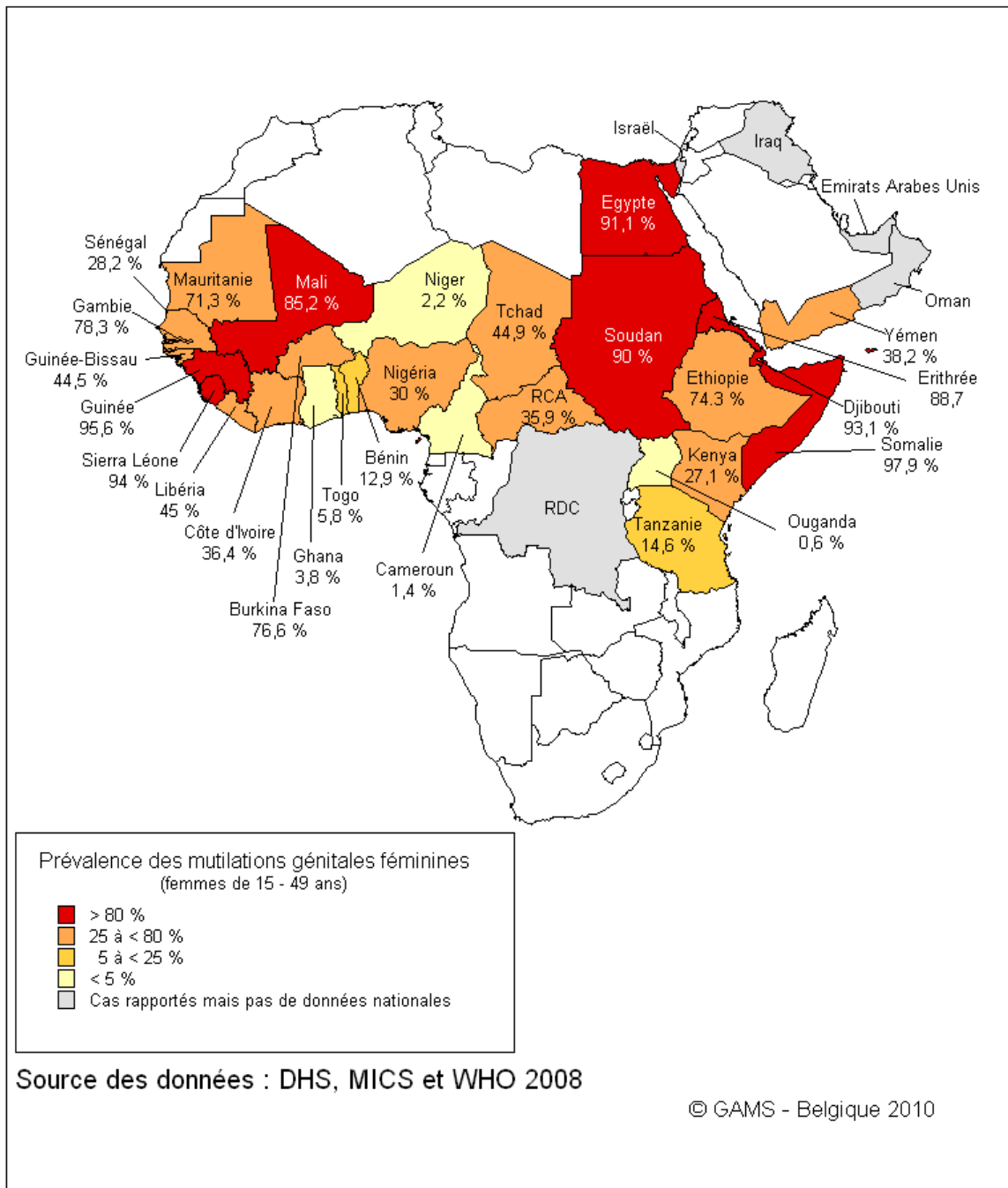
2 EDS : Enquête démographique et de santé, MICS : Enquêtes en grappes à indicateurs multiples

Etape 2

Les prévalences d'excision par tranche d'âges dans les pays d'origine ont été appliquées à la population calculée dans l'étape 1. Ces prévalences ont été fournies par les EDS et MICS publiées au 31 mai 2010.

Nous avons pour cette étude considéré comme '*très probablement déjà excisées*' toute fille ou femme née dans le pays d'origine et comme '*à risque d'excision*' toute fille ou femme née en Belgique ou dans un autre pays européen.

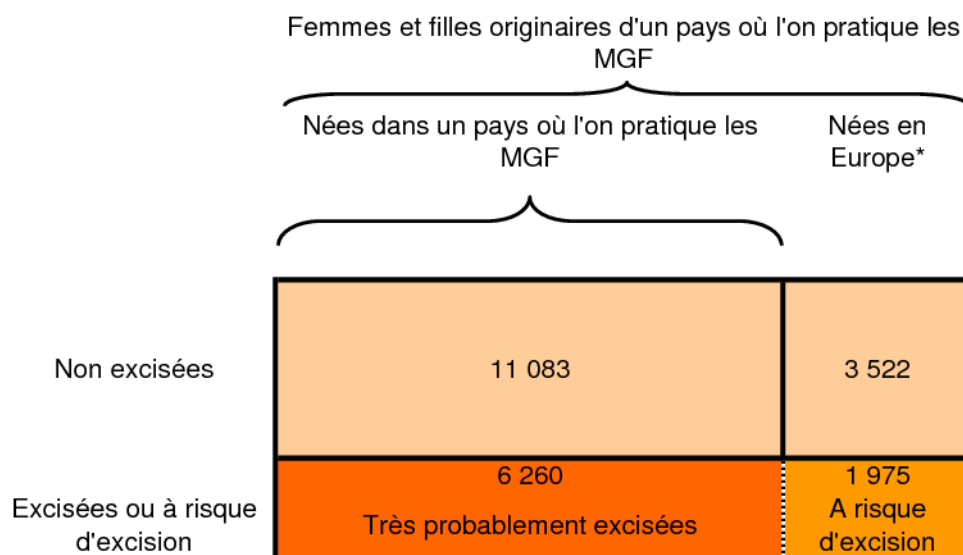
Répartition géographique et prévalence des mutilations génitales féminines de type 1, 2 et 3 en Afrique et au Moyen-Orient



Résultats

La population féminine originaire d'un pays où les MGF sont pratiquées a été estimée à 22 840 après compilation de nos différentes sources de données. Parmi ces 22 840 femmes et filles, 6 260 sont « *très probablement déjà excisées* » et 1 975 seraient « *à risque d'excision* » soit une population cible totale de 8 235.

Combien de femmes excisées en Belgique ?



Données au 1er janvier 2008

*Comprend aussi 165 filles nées en Amérique Latine, en Amérique du Nord, en Asie ou dans un pays d'Afrique où ne se pratique pas l'excision.

Les données par tranche d'âges permettent d'identifier les besoins pour les services médico-sociaux aux différentes périodes de la vie :

Les **moins de 5 ans** qui fréquentent les services de l'ONE, de K&G et du CLB³ : 1 190 filles à risque de subir une excision ou probablement déjà excisée pour celles qui sont nées dans le pays d'origine.

Les **5 à 19 ans** : 1 690 filles et adolescentes qui fréquentent les services de promotion de la santé à l'école.

Les **femmes de 20 à 49 ans** : 4 905 femmes qui fréquentent les services de médecine générale et les services de santé de la reproduction.

Les **femmes de plus de 50 ans** : 450 femmes qui peuvent souffrir de complications tardives encore trop peu étudiées et qui fréquentent les services de médecine générale et les services de santé de la reproduction.

³ K&G (0 à 3 ans), CLB (3 à 6 ans)

Population féminine excisée ou à risque de l'être par région au 1er janvier 2008

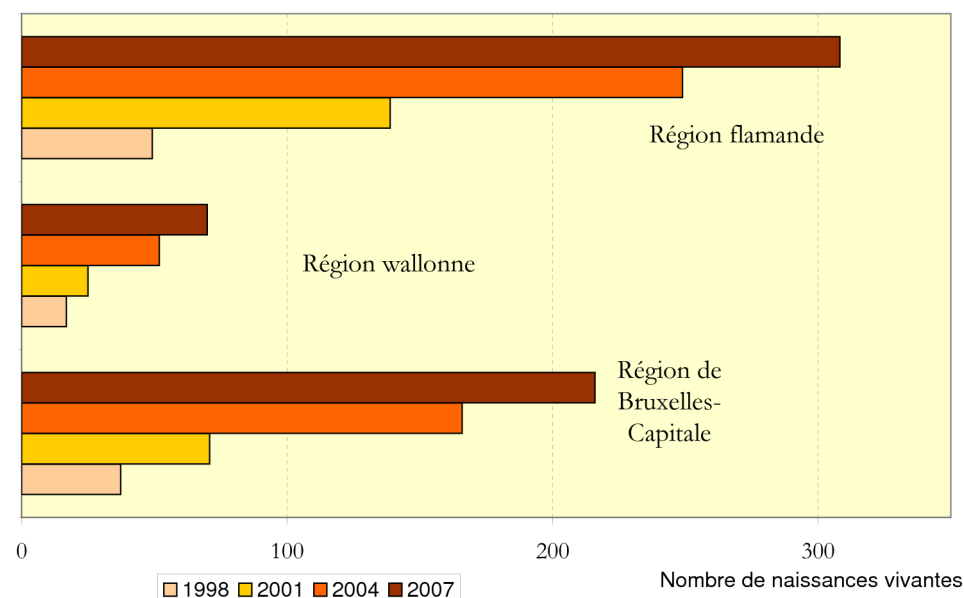
Tranche d'âges	Région flamande	Région wallonne	Région de Bruxelles-Capitale	Total Belgique	Dont nées hors Europe*
<5 ans	588	178	424	1 190	148
5-19 ans	746	409	536	1 690	1 075
20-49 ans	2 073	989	1 843	4 905	4 617
50 ans et +	144	72	234	450	420
Total	3 550	1 648	3 037	8 235	6 260

* nées dans un pays où se pratique l'excision

Une attention particulière en matière de prévention devra être portée sur les petites filles de moins de 5 ans nées en Belgique (1 042) afin d'éviter qu'elles subissent une excision soit sur le territoire belge soit lors d'un retour au pays pendant les vacances.

Le nombre de femmes probablement excisées qui accouchent en Belgique est en constante augmentation et a été multiplié par trois au cours des dix dernières années. Il s'élevait à 600 en 2007 selon les données de naissances enregistrées par l'ONE et K&G.

Evolution entre 1998 et 2007 des naissances vivantes issues de mères excisées, Belgique



Sources : ONE et K&G

Ces femmes constituent une population cible privilégiée des sages-femmes et obstétriciens qui doivent prendre en charge les complications possibles lors de l'accouchement. Ces complications dépendent du type de mutilation subie.

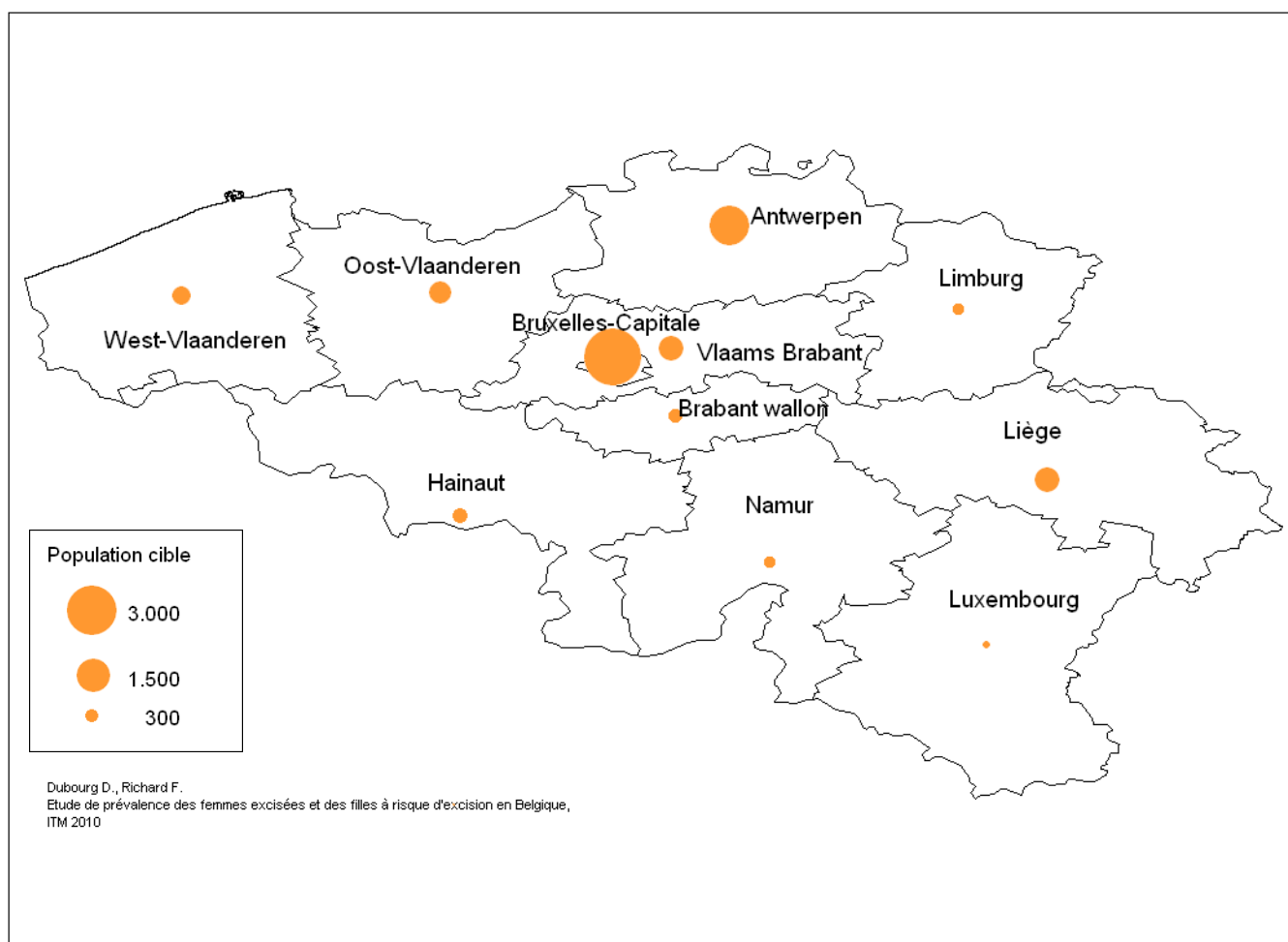
Qui sont ces femmes et où vivent-elles ?

En Belgique, près de 80 % des femmes concernées par cette problématique sont originaires de 10 pays d'Afrique : Guinée, Somalie, Egypte, Nigeria, Ethiopie, Côte d'Ivoire, Sierra Leone, Sénégal, Burkina Faso et Mali.

La Région flamande (3 550 filles et femmes déjà excisées ou à risque de l'être) est la plus touchée par la problématique suivie de la Région de Bruxelles-Capitale (3 037) et de la Région wallonne (1 648).

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, notamment dans les provinces d'Anvers (1 195 filles et femmes déjà excisées ou à risque de l'être) et de Liège (649).

Population féminine excisée ou à risque de l'être par province au 1er janvier 2008



Conclusion

Cette deuxième étude quantitative, après celle de 2003 réalisée par l'équipe de l'ICRH (Leye & al. 2004), permet de mettre à jour les données qui ont connu une augmentation liée à la migration importante ces dernières années de femmes provenant de pays où l'excision est pratiquée mais aussi de prendre en compte de nouvelles sources d'informations (ONE, K&G et Fedasil).

Ce travail reste une estimation mais constitue une bonne base pour évaluer les besoins en termes 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 (femmes déjà excisées) sont importants en Belgique, particulièrement dans certaines provinces, et qu'il est donc nécessaire d'apporter une formation adaptée aux professionnels concernés en dehors de la capitale.

Sur le plan de la recherche, il serait souhaitable de 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.

Etudes similaires dans des pays européens

Andro A, Lesclingrand M. Les mutilations sexuelles féminines : le point sur la situation en Afrique et en France. Population & Sociétés INED (438) ; 2007.

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.

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

O'Brien Green S, Patel S, Scharfe Nugent A, Basnet S, Cuthill J, Finn F, et al. Female genital mutilation. Information for health-care professionals working in Ireland. Dublin: AkiDwA & Royal College of Surgeons in Ireland AkiDwA & Royal College of Surgeons in Ireland; 2008.

Leye E, Deblonde J. La législation Belge en matière de Mutilations Génitales Féminines et l'application de la loi en Belgique. International Centre for Reproductive Health, Publication N°9; 2004.



service public fédéral

**SANTÉ PUBLIQUE,
SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT**