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[1], Fabienne Richard[2]

[1] Médecin et Démographe, chercheuse invitée du Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles (GAMS Belgique)
[2] 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[3], Nicolas Belkacemi[4], Rita Eggermont[5], Martine Hendrickx[6], Stéphane Heymans[7], Samuel Ndamè [8], Hans Verrept[9]

[3] Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides (CGRA)
[4] Institut pour l'Egalité des Femmes et des Hommes (IEFH)
[5] Kind en Gezin (K&G)
[6] Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile (Fedasil)
[7] Médecins du Monde Belgique (MDM)
[8] Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE)
[9] SPF Santé publique, Sécurité de la Chaine alimentaire et Environnement

Visualisation : mavromatika.com

Avec la collaboration de :

Table des matières

Liste des tableaux 4
Liste des figures 5
Liste des abréviations 6
1 Introduction 7
2 Les mutilations génitales féminines 8
2.1 Définition et classification des MGF 8
2.2 Prévalence et distribution géographique 8
2.3 Circonstances dans lesquelles se pratiquent les MGF 9
2.4 Raisons invoquées pour perpétuer la pratique 10
2.5 Conséquences des mutilations génitales féminines 11
2.6 Textes de loi nationaux et internationaux concernant les MGF 12
3 Problématique des MGF en Europe et en Belgique 14
3.1 Enfants à risque 14
3.2 Impact de la migration sur l'excision 14
3.3 Professionnels de santé démunis face aux femmes excisées 15
4 Etat des connaissances en matière d'étude de prévalence des MGF en Europe 16
5 Objectifs 17
5.1 Objectif général 17
5.2 Objectifs spécifiques 17
5.3 Promoteur et chercheurs 17
6 Méthodologie 17
6.1 Déroulement de l'étude 17
6.2 Profil et tâches des chercheurs principaux 18
6.3 Sources de données 18
6.4 Description des données 19
6.4.1 Base de données Statistics Belgium 19
6.4.2 Données de K&G et de l'ONE 21
6.4.3 Données de Fedasil 22
6.4.4 Données de Médecins du Monde 23
6.4.5 Données du CGRA 24
6.4.6 Prévalence de l'excision par pays 24
6.4.7 Base de données finale 25
6.5 Hypothèses de calcul 26
7 Biais et limites de l'étude 27
8 Résultats 29
8.1 Combien de femmes concernées par l'excision vivent en Belgique ? 29
8.1.1 Le nombre de filles et de femmes originaires de ces pays et le nombre d'enfants qu'elles ont mis au monde a-t-il augmenté ? 31
8.1.2 Qui sont ces femmes et où vivent-elles ? 32
8.1.3 Les hypothèses par région 34
8.2 Quels sont les services concernés et pour quelle population ? 35
8.2.1 Services de la petite enfance (ONE et K&G) – les moins de 5 ans 35
8.2.2 Les services de promotions de la santé à l'école (les 5-19 ans) 36
8.2.3 Les services d'aide à la jeunesse – mineures d'âge à risque d'être excisée 38

8.2.4 Le commissariat général aux réfugiés et apatrides (CGRA) – mineures d'âge demandeuses d'asile 39
8.2.5. Femmes de 20-49 ans 39
8.2.6. Femmes de 50 ans et plus 42
9 Synthèse des résultats 44
10 Discussion - Implication pour les services médico-sociaux belges 45
11 Recommandations 48
12 Références 49
Annexe 53

Liste des tableaux

Tableau 1. Répartition de la population féminine par nationalité d'origine ou actuelle selon la région de résidence au 31 décembre 2016 (données Statistics Belgium) 20
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 1998-2016) 21
Tableau 3. Population féminine originaire d'un pays où l'excision est pratiquée dans le réseau d'accueil par nationalité actuelle. (Source : Fedasil, 2016) 22
Tableau 4. Population féminine originaire d'un pays où l'excision est pratiquée qui ont fréquenté les antennes de Médecins du Monde par nationalité actuelle. (Source : Médecins du Monde, 2016) 23
Tableau 5. Prévalence des mutilations génitales féminines par pays (prévalence générale) . 24
Tableau 6. Constitution du fichier final de la population féminine d'étude 26
Tableau 7. Répartition de la population féminine concernée par l'excision au 31 décembre 2016 selon la source des données et l'âge à l'arrivée 29
Tableau 8. Population féminine totale et population féminine excisée ou à risque d'excision par province au 31 décembre 2016 (Source : Statistics Belgium, ONE, K&G, Fedasil) 32
Tableau 9. Nombre de femmes très probablement excisées ou à risque pour les dix nationalités d'origine les plus concernées par région, Belgique, 2016 33
Tableau 10. Répartition par région de la population féminine concernée par l'excision au 31 décembre 2016 selon la source des données et l'âge à l'arrivée 34
Tableau 11. Nombre de filles et femmes déjà excisées ou intactes par région et selon les différentes hypothèses, Belgique, 2016 34
Tableau 12. 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 2016 (Sources : ONE, K&G, Statistics Belgium, Fedasil, Médecins du Monde) 36
Tableau 13. 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 2016 (Sources : ONE, K&G, Statistics Belgium, Fedasil, Médecins du Monde) 37
Tableau 14. Population féminine (20-49 ans) probablement excisée par tranche d'âges et par région au 31 décembre 2016 (Sources : Statistics Belgium, Fedasil, Médecins du Monde) ... 40
Tableau 15. Nombre de naissances vivantes de mères probablement excisées vivant en Belgique entre 2002 et 2016 par année et région de résidence (Sources : ONE et K&G) 41
Tableau 16. Femmes de 50 ans et plus probablement excisées par région de résidence au 31 décembre 2016 (Source : Statistics Belgium, Fedasil, Médecins du Monde) 43
Tableau 17. Population féminine déjà excisée ou à risque de l'être par catégorie d'âge et lieu de naissance au 31 décembre 2016 44

Liste des figures

Figure 1. Répartition géographique et prévalence des mutilations génitales féminines de type 1,2 et 3 en Afrique et au Moyen-Orient, 2016 (sources EDS et MICS - annexe) 9
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, Kind & Gezin, Fedasil, Médecins du Monde) 30
Figure 3. Evolution entre 2007 et 2016 du nombre de filles et femmes déjà excisées ou à risque de l'être vivant en Belgique (source Statistics Belgium, ONE, Kind & Gezin, Fedasil, Médecins du Monde) 31
Figure 4. Population féminine très probablement excisée ou à risque de l'être par province au 31 décembre 2016 (Sources : Statistics Belgium, ONE, K&G, Fedasil)..... 33
Figure 5: Nombre total de mineures ayant subi une mutilation génitale féminine ou à risque, Belgique, 2016..... 38
Figure 6: Evolution entre 2012 et 2016 des naissances vivantes (filles et garçons) issues de mères probablement excisées (sources K&G et ONE) 42

Liste des abréviations

ASBL	Association sans but lucratif
CGRA	Commissariat général aux réfugiés et apatrides
CIRE	Coordination et Initiatives pour et avec les réfugiés et étrangers
CLB	Centra voor Leerlingenbegeleiding
CPAS	Centre public d'action sociale
DGSIE	Direction générale Statistique et information économique (= Statistics Belgium of StatBel)
DHS	Demographic and Health Survey (étude démographique et de santé)
Fedasil	Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile
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
IEFH	Institut pour l'égalité des femmes et des hommes
ILA	Initiative locale d'accueil
IMT	Institut de médecine tropicale
INAMI	Institut national d'assurance maladie-invalidité
ISP	Institut scientifique de la Santé publique (Sciensano)
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
Stabel	Statistics Belgium
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 Gynæcologie
VWV	Vluchtelingenwerk Vlaanderen

1 Introduction

Si les mutilations génitales féminines (MGF) sont principalement pratiquées en Afrique (au moins 30 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 avait été réalisée en 2010 à la demande de la Ministre fédérale de la Santé publique (Dubourg & Richard 2010, Dubourg et al. 2011), 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 MGF. Cette étude a été menée par l'Institut de médecine tropicale d'Anvers et avait montré qu'au 31 décembre 2007, notre pays accueillait 6 260 femmes « très probablement déjà excisées » et 1 975 filles « à risque d'excision », soit une population cible totale de 8 235. L'étude de prévalence avait été refaite en 2014 avec la même méthodologie et avait montré un doublement de la prévalence en 5 ans avec une estimation de 13 112 femmes déjà excisées et 4 084 filles à risque (Dubourg & Richard 2014).

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. C'est pourquoi cette nouvelle étude est nécessaire pour mettre à jour les données qui permettront de mieux cibler les actions des services impliqués dans la protection des petites filles et la prise en charge des femmes excisées.

Conformément à la résolution du Parlement européen recommandant de mieux connaître la problématique des MGF afin de mieux de prévoir les actions les plus adaptées aux besoins liés à cette problématique, il a été décidé de réaliser une troisième étude pour mettre à jour les données. Cette nouvelle étude a été réalisée avec la même méthodologie que les deux premières par le Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles (GAMS Belgique) avec le soutien d'un comité d'accompagnement composé du Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides (CGRA), de l'Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile (Fedasil), de Kind & Gezin (K&G), de l'Office de la naissance et de l'enfance (ONE), du Haut-Commissariat des Nations-Unis pour les réfugiés (UNHCR) et du Centre d'épidémiologie périnatale (CEpiP). Les commanditaires en sont l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes (IEFH) et le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaine alimentaire et Environnement.

2 Les mutilations génitales féminines

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.*

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 3 (infibulation) à Djibouti, en Erythrée, au Niger, au Sénégal et en Somalie.

2.2 Prévalence et distribution géographique

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 (UNICEF 2016).

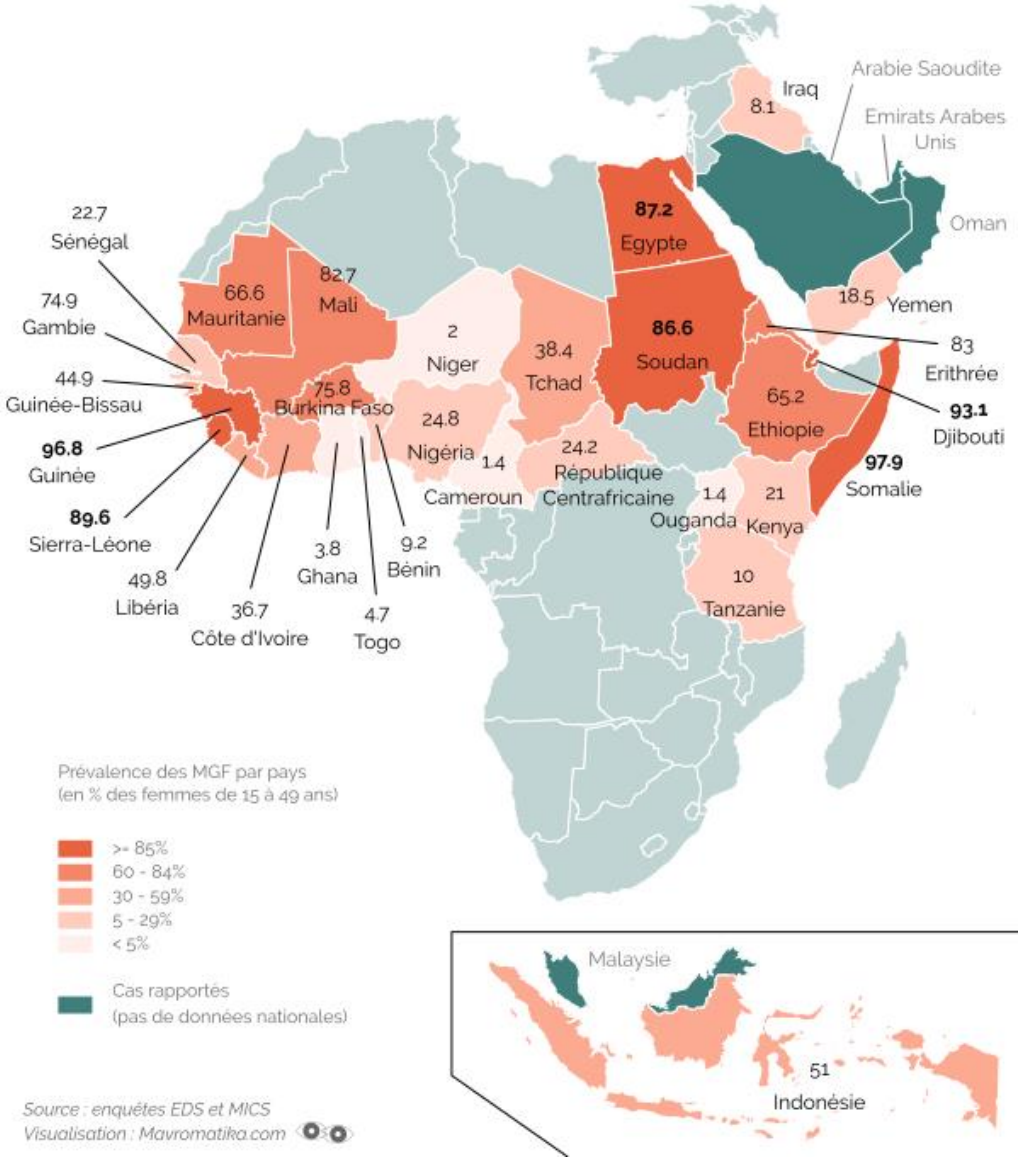
Ces pratiques sont également présentes à un degré moindre dans d'autres parties du monde (Amérique Latine) mais on ignore le nombre exact de filles et de femmes concernées faute d'études nationales. On connait cependant désormais l'ampleur de cette pratique en Indonésie puisqu'une étude récente a montré que dans ce pays, 51% des filles de moins de 12 ans ont subi une forme de mutilation génitale (NIRHD 2013)

Dans tous ces pays, 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, ainsi que la réponse des pouvoirs publics (campagne de sensibilisation, loi, …).

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). La loi peut être appliquée pour une excision faite à l'étranger si les auteurs des faits résident en Belgique. Des associations spécialisées dans la prévention des MGF font également un travail de sensibilisation auprès des communautés concernées.

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 et de répondre à une demande croissante de chirurgie réparatrice.

Figure 1. Répartition géographique et prévalence des mutilations génitales féminines de type 1,2 et 3 en Afrique et au Moyen-Orient, 2016 (sources EDS et MICS - annexe)



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. Selon le dernier rapport de l'Unicef, dans la moitié des pays disposant de données nationales, la majorité des filles sont excisées avant l'âge de 5 ans (UNICEF 2016). En Egypte, en République centrafricaine, en Somalie et au Tchad, au moins 80% des filles sont excisées entre 5 et 14 ans. Au Yémen, 84% des filles sont excisées dans la première semaine après la naissance (MOPHP 2015).

Au Sénégal, l'excision est l'affaire de femmes appartenant à la caste des forgerons (les « forgeronnes »). Ailleurs, 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 n'a pas de rôle actif et n'évoque pas l'intervention. Par contre, 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. L'enfant est maintenue par des proches. On se sert d'instruments tranchants : 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 l'enfant 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 82% des excisions chez les filles entre 0 et 18 ans sont pratiquées par du personnel médical selon l'enquête démographique et de santé de 2014. Suite au décès d'une fillette de 11 ans lors d'une excision pratiquée par un médecin en juin 2007, un décret ministériel promulgué en juillet 2007 interdit la pratique de l'excision dans les structures sanitaires publiques et privées en Egypte. Ce décret a malheureusement été peu suivi et la pratique médicalisée de l'excision continue. En juin 2013, c'est une autre fillette de 13 ans qui est morte suite à son excision dans une clinique. L'affaire a de nouveau fait beaucoup de tapage médiatique pour ensuite retomber dans l'oubli et la médicalisation continue en Egypte. 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 avant le mariage, pour que la fille reste sage et sérieuse. 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
- Risque de transmission du VIH.

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 (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), ratifiée par la Belgique en mars 2016 et qui a servit de cadre à l'actuel plan d'action national de lutte contre toutes les formes de violence basée sur le genre (2015-2019). Le Parlement européen vient de voter le 7 février 2018 une résolution sur la tolérance zéro à l'égard des mutilations génitales féminines (2017/2936(RSP)) qui insiste sur la nécessité de collecter des données sur la prévalence en Europe (art 16.) (Parleement Européen 2018).

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 1er avril 2001)

§1er. 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. Sera puni de la même peine quiconque aura incité à la pratique de toute forme de mutilation des organes génitaux d'une personne de sexe féminin

ou aura, directement ou indirectement, par écrit ou verbalement fait, fait faire, publié, distribué ou diffusé de la publicité en faveur d'une telle pratique.

Il a fait l'objet d'un amendement en 2014 pour punir l'incitation à la pratique de l'excision.

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 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 si 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)
- Chartre 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 (ratifiée en 2016)

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 des 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 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, les médecins des services PMI ont observé une nette diminution des cas d'excision chez les enfants en dessous de six ans. 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 voisin 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).

3.2 Impact de la migration sur l'excision

La migration a 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 entraîne souvent une prise de conscience des conséquences de l'excision mais conduit aussi à des contradictions complexes entre les injonctions normatives du contexte d'origine et du contexte d'arrivée. 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 confirme 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). L'étude Men Speak Out sur la perception des hommes migrants menées dans trois pays européens (Belgique, Hollande et Royaume-Uni) confirme l'impact positif de la migration : plus les hommes avaient séjourné longtemps en Europe, moins ils étaient favorables à la pratique. Par contre, ceux qui invoquaient la religion comme raison pour exciser étaient plus reluctant à changer leur perception sur la pratique et à vouloir l'abandonner (O'Neill 2017 et al).

3.3 Professionnels de santé démunis 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 l'ont faite, dont 7 ont pratiqué une ré-infibulation totale (Leye 2008).

C'est pourquoi le SPF Santé publique s'est engagé depuis 2012 dans la formation dans les hôpitaux auprès des équipes des maternités (prise en charge pendant l'accouchement) et des travel clinics (prévention avant les départs en vacances). Une centaine de sages-femmes relais ont également été formées dans les grands hôpitaux du pays afin de servir de lien entre les femmes concernées, l'équipe soignante et les associations spécialisées pour une meilleure coordination de l'accompagnement. Des guidelines pour les professionnels ont été élaborées et diffusées.

La Belgique s'est doté en 2014 de deux centres accrédités par l'INAMI/RIZIV à l'hôpital St-Pierre à Bruxelles et l'UZ à Gand qui offrent un accompagnement multidisciplinaire aux filles et femmes excisées : soins médicaux, psychologiques, sexologiques et reconstruction du clitoris pour celles qui le désirent (possible seulement à partir de 18 ans).

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

Des études de prévalence ont déjà été menées en France, en Suisse, en Angleterre et Pays de Galle, en Irlande, en Italie, aux Pays Bas, en Hongrie et en Allemagne (Andro 2007, Thierfelder 2003, Dorkenoo et al. 2007, Akidwa 2013, Fondazione L'Albero della Vita 2011, Colombo 2010, Degani 2009, Exterkate 2013, Kőszeghy 2012, Integra 2017).

Le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR) a publié 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 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.

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 n'a pas pu se mettre en pratique.

Ces données de prévalences observées n'étant pas pour l'instant disponibles nous avons décidé d'appliquer les prévalences DHS et MICS 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).

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). EIGE développe depuis 2015 une méthode standardisée d'estimations des filles à risque en Europe (EIGE 2015a, EIGE 2015b) et propose d'appliquer un facteur d'acculturation compris entre 0 et 1 (0 correspondrait à un risque nul, c'est-à-dire que toutes les filles sont protégées de la pratique et 1 ou toutes les filles seraient excisées). Le problème est d'évaluer l'impact de la migration sur le risque d'excision avec une valeur chiffrée qui serait valable pour toutes les filles nées dans le pays d'accueil, mais la variation est grande entre les différentes communautés et même au sein d'une même communauté. Il a été proposé d'estimer ce facteur d'acculturation via une étude qualitative

(focux group) mais pour que cela soit valide, il faudrait le faire en profondeur pour chaque communauté dans chaque pays (ce qui demande des moyens et du temps). Dans la dernière étude EIGE publiée en 2018, les chercheurs n'ont pu faire que quatre focus group par pays et il n'a pas été possible d'aboutir à une valeur validée entre 0 et 1 pour les filles de la seconde génération (EIGE 2018). De plus dans la méthodologie, il est proposé de prendre l'âge médian à l'excision dans la formule d'estimation de la prévalence des filles à risque, mais dans un contexte de migration, l'âge à l'excision n'est pas identique à celui du pays d'origine. Des parents excisent leurs filles juste avant de migrer sachant que c'est interdit en Europe ou inversement ont pu protéger leur fille au-delà de l'âge médian et migrent en Europe pour demander l'asile de peur de ne pas pouvoir protéger leur fille plus longtemps. Au niveau du pays d'accueil, des parents peuvent organiser une excision pour toutes les filles de la famille à des âges différentes si l'opportunité existe (présence d'une exciseuse dans le pays d'accueil ou voyage en famille dans le pays d'origine).

5 Objectifs

5.1 Objectif général

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

5.2 Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques 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.

5.3 Promoteur et chercheurs

Cette étude répond aux recommandations de la résolution du 7 février 2018 du Parlement Européen sur les mutilations génitales féminines (article 16) (Parlement européen 2018) sur le sujet et a été menée à la demande de l'Institut pour l'égalité des femmes et de hommes et du Ministère fédéral de la santé publique par le GAMS Belgique avec le soutien d'un comité d'accompagnement (CGRA, Fedasil, IEFH, K&G, MDM, ONE, SPF Santé publique).

6 Méthodologie

6.1 Déroulement de l'étude

La recherche a été confiée au GAMS Belgique avec le soutien d'un comité d'accompagnement. Le comité a travaillé via échanges emails et s'est réuni trois fois (le 5 septembre 2017, le 12 janvier et le 19 février 2018) pour la validation de la méthodologie et des résultats.

Les chercheurs principaux étaient Dominique Dubourg et Fabienne Richard du GAMS Belgique.

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

- Valentine Audate, Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides (CGRA)

- Nicolas Belkacemi, Institut pour l'égalité des femmes et des hommes (IEFH)
- Rita Eggermont, Kind & Gezin (K&G)
- Martine Hendrickx, Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile, Fedasil
- Stéphane Heymans, Médecins du Monde Belgique (MDM
- Samuel Ndamè, Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE)
- Hans Verrept, SPF Santé publique, Sécurité de la Chaine alimentaire et Environnement

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 – décembre 2017	Récolte des données ONE, K&G, Fedasil (Office des étrangers), Statistics Belgium, Médecins du Monde Réunion du comité d'accompagnement le 5 septembre 2017
Décembre 2017-février 2018	Analyse des données Résultats préliminaires Validation par le comité d'accompagnement le 19 février 2018
Mars 2018	Rédaction du rapport final (version courte) Traduction (FR/NL)
Avril-mai 2018	Rédaction du rapport final (version courte et longue) Traduction (FR/NL)

6.3 Sources de données

La première de ces sources est constituée de la base de données fournie par la **Direction générale Statistique – Statistics Belgium** du SPF Economie, P.M.E., Classes moyennes et énergie (données du registre national).

Les données de naissances ont été obtenues de **l'Office de la Naissance et de l'Enfance** (ONE) pour la Fédération Wallonie-Bruxelles et de ***Kind & Gezin*** pour la Communauté flamande.

Ces données ont été complétées par les informations fournies par l'Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile (Fedasil) sur les populations féminines qui ont demandé l'asile en Belgique et sur les filles et femmes, non demandeuses d'asile, hébergées dans le réseau d'accueil au 31 décembre 2016 et par les données fournies par Médecin du Monde Belgique (MDM) sur les populations féminines en situation irrégulière qui ont bénéficié de soins dans une des antennes de MDM au cours de l'année 2016.

Les prévalences générales et par tranche d'âges des excisions ont été colligées à partir des plus récentes **Enquêtes démographie et de santé** (DHS) et **Enquêtes par grappes à indicateurs multiple**s (MICS) publiées à la date du 26 décembre 2017 sur les sites officiels http://www.measuredhs.com et http://www.childinfo.org/mics4_surveys.html (voir le tableau en annexe).

Cette nouvelle étude utilise la même méthodologie que les études publiées en 2010 et en 2014. Cependant les données utilisées sont plus complètes et précises sur quatre points :

Le premier changement concerne l'inclusion de l'Indonésie comme pays où l'excision est pratiquée. La pratique de l'excision en Indonésie 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 2013, une étude a été réalisée par le Ministère de la santé indonésien qui a publié les données de prévalence des MGF en Indonésie pour l'année 2013 (NIHRD 2013). 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.

Une seconde amélioration concerne les données sur femmes en situation irrégulière qui ne sont pas enregistrés dans les registres de population et ne sont pas accueillies dans le réseau Fedasil. Les données sur ces femmes ont été fournies par Médecin du Monde et ne sont sans doute pas exhaustive car il est fort probable que toutes les femmes sans papier ne fréquentent pas les services de cette 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 sans-papiers).

Le troisième changement concerne la 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 hypothèses différentes sur les filles à risque ou déjà excisées en fonction de leur âge à l'arrivée en Belgique.

La dernière modification est la prise en compte du nombre de filles protégées par la Belgique via l'octroi d'une protection internationale (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.

6.4 Description des données

6.4.1 Base de données Statistics Belgium

Ces données concernent la population féminine résidant sur le territoire belge au 31 décembre 2016 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
- Pays de naissance
- Pays d'origine
- Age au 31 décembre 2016
- Age à l'arrivée
- Province de résidence au 31 décembre 2016.

Les données provenant de Statistics Belgium concernent 50 464 femmes et filles dont 48 529 sont nées dans un pays où l'on pratique les MGF et 1 935 sont nées en dehors de ces pays. Parmi les femmes et filles nées dans un pays où se pratique l'excision, 3 392 sont arrivées en Belgique avant l'âge de 5 ans, 3 533 sont arrivées en Belgique entre 5 et 9 ans, 3 574 sont arrivées en Belgique entre 10 et 14 ans et 38 030 sont arrivées à 15 ans ou plus. Afin d'éviter les doublons, nous avons exclu les données relatives aux naissances (entre 1998 et 2016) 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 2012, 35 426 femmes originaires d'un pays où se pratique l'excision étaient enregistrées dans le Registre de population. Elles sont désormais 50 464 (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'Indonésie (1 633 femmes qui représentent 3% de cette population et comptent pour 11% dans l'augmentation de celle-ci) mais aussi par l'inscription de femmes venant notamment de Guinée, du Cameroun, d'Irak et de Somalie, au Registre de population (8 066 nouvelles inscrites). Les femmes originaires de ces quatre pays et de l'Indonésie comptent pour 64% dans l'augmentation de la population féminine concernée entre 2012 et 2016.

Tableau 1. Répartition de la population féminine par nationalité d'origine ou actuelle selon la région de résidence au 31 décembre 2016 (données Statistics Belgium)

	Région de résidence				Augmentation par rapport à 2012
Nationalité d'origine ou actuelle	**Bruxelles-Capitale**	**Flandre**	**Wallonie**	**Total**	
Benin	225	128	268	621	128
Burkina	256	190	307	753	180
Cameroun	2 752	2 192	4 382	9 326	2 329
Centreafrique	67	44	89	200	53
Cote d'Ivoire	743	527	1 338	2 608	546
Djibouti	333	86	212	631	214
Egypte	341	754	137	1 232	307
Erythree	13	176	12	201	173
Ethiopie	263	1 164	332	1 759	412
Gambie	19	249	24	292	82
Ghana	575	3612	343	4530	701
Guinée	3 531	1 476	1 667	6674	2 642
Guinee Bissau	60	23	20	103	17
Indonésie	201	1 259	173	1 633	1 633
Iraq	623	3 679	1 041	5 343	2 092
Kenya	90	631	80	801	187
Liberia	77	225	22	324	22
Mali	144	160	167	471	87
Mauritanie	264	126	146	536	135
Niger	308	134	253	695	131
Nigeria	366	2 334	211	2 911	411
Ouganda	52	251	32	335	103
Senegal	822	796	723	2 341	625
Sierra Leone	139	471	27	637	144
Somalie	358	1 320	409	2 087	1 003
Soudan	82	270	48	400	75
Tanzanie	51	166	34	251	68
Tchad	115	43	76	234	32
Togo	681	603	1 164	2 448	467
Yemen	21	45	21	87	39
Total	**13 572**	**23 134**	**13 758**	**50 464**	**15 038**

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. Entre 1998 et 2016, 17 397 filles dont la mère est originaire d'un pays où se pratique l'excision sont nées en Belgique. Ces données, classées par pays d'origine de la mère, 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. Les données sont présentées par tranche d'âge pour les filles de 0-17 ans et séparément pour les filles de 18 ans car dans les analyes une attention particulière sera portée sur les filles mineures d'âge.

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 1998-2016)

Pays d'origine de la mère	Tranches d'âge					Total
	0-4	5-9	10-14	15-17	18	
Bénin	88	48	18	5	1	160
Burkina Faso	86	69	23	5	2	185
Cameroun	1 345	813	372	73	22	2 625
Centrafrique	14	15	8	5	2	44
Côte d'Ivoire	337	232	97	23	6	695
Djibouti	84	56	18	0	0	158
Egypte	203	153	93	22	3	474
Erythrée	71	7	7	2	0	87
Ethiopie	140	106	27	17	3	293
Gambie	46	41	19	5	1	112
Ghana	794	667	349	90	20	1 920
Guinée	1 533	839	320	47	5	2 744
Guinée-Bissau	8	6	2	1	0	17
Indonésie	105	103	90	0	0	298
Iraq	825	350	174	22	0	1 371
Kenya	98	57	38	15	4	212
Libéria	43	43	40	17	1	144
Mali	74	56	26	12	3	171
Mauritanie	74	68	45	35	14	236
Niger	198	185	86	74	26	569
Nigéria	722	518	377	88	13	1 718
Ouganda	37	24	15	4	1	81
Sénégal	328	238	133	35	3	737
Sierra Leone	119	87	80	24	4	314
Somalie	388	197	134	53	6	778
Soudan	80	55	42	6	0	183
Tanzanie	59	29	17	5	5	115
Tchad	42	31	23	5	1	102
Togo	350	274	148	31	17	820
Yemen	19	11	4	0	0	34
Total	**8 310**	**5 378**	**2 825**	**721**	**163**	**17 397**

6.4.3 Données de Fedasil

Les données de l'Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile (Fedasil) sur les populations féminines qui ont demandé l'asile en Belgique et sur les filles et femmes, non demandeuses d'asile, hébergées dans le réseau d'accueil au 31 décembre 2016.

Pour notre étude, nous n'avons pris en considération que les filles nées en dehors de la Belgique, car les enfants nés en Belgique sont enregistrés par l'ONE ou Kind & Gezin.

Alors qu'entre 2007 et 2012, on avait observé une importante augmentation du nombre de demandeuses d'asile, ce n'est plus le cas entre 2012 (2 233 demandes) et 2016 (2 444 demandes). Les pays pour lesquels on observe une augmentation sont l'Iraq (3,8 fois plus de demandes) et la Somalie (2,5 fois plus de demande). Le nombre de demandes de femmes originaires de Guinée a lui diminué de moitié alors qu'entre 2007 et 2012, les demandes d'asile par des femmes guinéennes avaient très fortment augmentées.

Tableau 3. Population féminine originaire d'un pays où l'excision est pratiquée dans le réseau d'accueil par nationalité actuelle. (Source : Fedasil, 2016)

Pays d'origine	Nombre de femmes
Bénin	10
Burkina Faso	25
Cameroun	94
Centrafrique	4
Côte d'Ivoire	44
Djibouti	58
Egypte	20
Erythrée	76
Ethiopie	40
Gambie	2
Ghana	1
Guinée	332
Guinée-Bissau	2
Indonésie	0
Iraq	999
Kenya	3
Libéria	3
Mali	22
Mauritanie	37
Niger	23
Nigéria	48
Ouganda	6
Sénégal	45
Sierra Leone	8
Somalie	473
Soudan	24
Tanzanie	0
Tchad	7
Togo	28
Yemen	10
Total	**2 444**

6.4.4 Données de Médecins du Monde

Ces données concernent les femmes en situation irrégulière qui ont bénéficié de soins dans une des antennes de Médecins du Monde Belgique. Ces données ne sont sans doute pas exhaustive car il est fort probable que toutes les femmes en situation irrégulière ne fréquentent pas les services de cette 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 sans-papiers).

Tableau 4. Population féminine originaire d'un pays où l'excision est pratiquée qui ont fréquenté les antennes de Médecins du Monde par nationalité actuelle. (Source : Médecins du Monde, 2016)

Pays d'origine	Nombre de femmes
Bénin	4
Burkina Faso	2
Cameroun	48
Centrafrique	0
Côte d'Ivoire	8
Djibouti	0
Egypte	1
Erythrée	6
Ethiopie	8
Gambie	3
Ghana	13
Guinée	27
Guinée-Bissau	1
Indonésie	0
Iraq	56
Kenya	4
Libéria	0
Mali	2
Mauritanie	0
Niger	2
Nigéria	51
Ouganda	2
Sénégal	16
Sierra Leone	6
Somalie	8
Soudan	0
Tanzanie	1
Tchad	0
Togo	2
Yemen	0
Total	271

6.4.5 Données du CGRA

Pour la première fois, les données des filles bénéficiant d'une protection internationale sur base des MGF a été récolté dans le cadre de cette étude.

Les données ont été récoltées le 29/09/2017.

A cette date, 1803 filles bénéficiaient d'une protection internationale sur base des MGF (soit déjà pratiquée, soit à risque de l'être) :

- 100 filles étaient déjà excisées
- 1703 étaient intactes:
  - 694 nées dans un pays qui pratiquent les MGF (440 arrivées avant 5 ans, 206 arrivées entre 5 et 9 ans, 48 à 10 ans ou plus)
  - 975 nées en Belgique
  - 34 nées dans un pays qui ne pratiquent pas les MGF

6.4.6 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 26 décembre 2016. Les deux sources principales d'information sont les Enquêtes démographique et de santé (DHS) et les Enquêtes par grappes à indicateurs multiples (MICS.).

Depuis l'étude réalisée en 2013, 21 nouvelles enquêtes (8 MICS, 12 DHS et une Enquête Population et Santé) ont été réalisées. Ces enquêtes ont permis d'avoir des données de prévalence plus récente (pour les années 2012 à 2016) pour 21 pays. Il reste trois pays pour lesquelles les données sont anciennes, le Cameroun (2004), Djibouti (2006) et la Somalie (2006).

Les prévalences par âge rapportée dans ces différentes enquêtes sont présentées en annexe.

Tableau 5. Prévalence des mutilations génitales féminines par pays (prévalence générale)

Pays	Prévalence générale	Source
Bénin	9,2	MICS 2014
Burkina Faso	75,8	DHS 2010
Cameroun	1,4	DHS 2004
Centrafrique	24,2	MICS 2010
Côte d'Ivoire	36,7	MICS 2016
Djibouti	93,1	MICS 2006
Egypte	87,2	HIS 2015
Erithrée	83	Population and Health Survey 2010
Ethiopie	65,2	DHS 2016
Gambie	74,9	DHS 2013
Ghana	3,8	MICS 2011
Guinée	96,8	MICS 2016
Guinée-Bissau	44,9	MICS 2014
Indonésie	51	Basic Health Research Survey 2013
Iraq	8,1	MICS 2011
Kenya	21	DHS 2014
Libéria	49,8	DHS 2013 (members of the secret society)
Mali	82,7	MICS 2015

Mauritanie	66,6	MICS 2015
Niger	2	DHS 2012
Nigéria	24,8	DHS 2013
Ouganda	1,4	DHS 2011
Sénégal	22,7	DHS 2016
Sierra Leone	89,6	DHS 2013
Somalie	97,9	MICS 2006
Soudan	86,6	MICS 2014
Tanzanie	10	DHS 2015-2016
Tchad	38,4	DHS 2014-2015
Togo	4,7	DHS 2013-2014
Yémen	18,5	DHS 2013

Sources : études DHS/MICS disponibles au 26 décembre 2017

Les prévalences par âge ont été appliquées comme suit étant donné que les DHS et MICS ne fournissent les prévalences par tranche d'âges de 5 ans entre 0 et 14 ans que pour 19 pays

- 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

Les prévalences par âge pour l'étude du Libéria n'étant pas disponible, nous avons utilisé comme proxy des prévalences par âge, la proportion par âge de la population féminine appartenant aux sociétés secrètes. En effet, dans ce pays, l'excision ne se pratique qu'au sein de ces sociétés secrètes (Sande bush society).

Pour l'Indonésie, nous ne disposons que la prévalence des filles de moins de 12 ans, cette prévalence a été appliquée à toutes les tranches d'âge.

Pour le Soudan, nous avons pris en considération les prévalences par âge publiées par la MICS 2014. 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.

6.4.7 Base de données finale

La base de données finale contient 70 576 femmes (50 464 su fichier Statistics Belgium, 17 397 du fichier ONE et K&G , 2 444 du fichier Fedasil et 271 du fichier de Médecins du Monde).

Tableau 6. Constitution du fichier final de la population féminine d'étude

Source des données	Statut	Pays de naissance	Age à l'arrivée en Belgique			Total
			< 5 ans	5 - 9 ans	10 ans et +	
Registre National	Femmes et filles inscrites au Registre national de population en 2016	Pays FGM	3 392	3 533	41 604	48 529
		Hors pays FGM				1 935
ONE - Kind & Gezin	Filles nées d'une mère originaire d'un des pays où se pratique l'excision entre 1998 et 2016	Belgique				17 397
Fedasil	Filles et femmes qui ont demandé l'asile en Belgique ou qui sans être demandeuses d'asil, sont hébergées dans le réseau d'accueil en 2016	Pays FGM				2 444
Médecins du Monde	Filles et femmes en situation irrégulière qui ont bénéficié de soins dans une des antennes de Médecins du Monde Belgique au cours de l'année 2016	Pays FGM				271
Total						**70 576**

Pour l'étude des naissances à risque au chapitre 0 (accouchement à risque pour la mère) nous utiliserons les données concernant l'ensemble des naissances en Belgique (16 513 filles et 16 875 garçons) de mères originaires d'un pays où se pratique l'excision, enregistrées à l'ONE et K&G pour la période 2002-2012.

6.5 Hypothèses de calcul

Le comité scientifique a étudié les différentes méthodologies utilisées dans les études de prévalence faites en Europe afin de choisir l'approche la plus adaptée pour estimer le nombre de filles et femmes probablement déjà excisées ou à risque de subir une mutilation génitale. Nous avons décidé de poser différentes hypothèses en fonction du lieu de naissance, de l'âge à l'arrivée en Belgique (nouvelle donnée) et du statut de protection internationale pour MGF (nouvelle donnée). Pour les filles et femmes nées dans un pays où l'on pratique l'excision et arrivées après 15 ans, on peut appliquer avec un degré de certitude relativement important les prévalences par tranche d'âge des études MICS et EDS. Pour les filles nées dans un pays où l'on pratique l'excision et arrivées avant 15 ans on fera deux hypothèses en fonction de leur âge à l'arrivée, avant 5 ans ou entre 5 et 9 ans. Ces âges ont été choisis en se référant aux âges médians auxquels se pratiquent l'excision dans les pays d'origine : dans 12 pays cet âge est inférieur à 5 ans, dans 12 pays il varie entre 7 et 9 ans et dans 6 pays il varie de 10 à 14 ans.[1,2]

- **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 l'asile pour bénéficier d'une protection.

[1] L'âge médian n'est pas connu pour l'Indonésie, mais l'étude Indonésienne de 2013 a montré que ¾ des filles excisées l'ont été avant l'âge de 6 mois.

[2] Ces 6 pays avec un âge médian à l'excision variant de 10 à 14 ans sont : la République Centre-Africaine (prévalence des FGM chez les 15-19 ans de 18 % et 0,4 % de notre population d'étude) ; l'Egypte (prévalence 81 % et 2 % de notre population) ; le Kenya (prévalence 15 % et 1 % de notre population) ; le Libéria (prévalence 52 % et 1 % de notre population) ; la Sierra Leone (prévalence 70 % et 1 % de notre population) ; le Togo (prévalence 1 % et 5 % de notre population).

Toutes les filles et femmes nées en Belgique ou dans un autre pays où l'excision n'est pas une pratique connue sont intactes.

- **Dans l'hypothèse moyenne,** toutes les femmes et filles nées dans un pays où se pratiquent les mutilations génitales féminines et **arrivées en Belgique à 5 ans ou plus** sont (très probablement) déjà excisées ou infibulées dans la même proportion que la tranche des 15-19 ans de leur pays d'origine quand elles arrivent en Belgique sauf celles qui ont obtenu l'asile pour bénéficier d'une protection après l'âge de 5 ans.

  Les filles et femmes nées dans un pays où l'on pratique l'excision et arrivées en Belgique **avant l'âge de 5 ans** sont intactes.

  Toutes les filles et femmes nées en Belgique ou dans un autre pays où l'excision n'est pas une pratique connue sont intactes.

- **Dans l'hypothèse basse** toutes les femmes et filles 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 la tranche des 15-19 ans de leur pays d'origine quand elles arrivent en Belgique sauf celles qui ont obtenu l'asile pour bénéficier d'une protection après l'âge de 10 ans.

  Les femmes et filles nées dans un pays où l'on pratique l'excision et arrivées avant l'âge de 10 ans sont intactes.

  Toutes les filles et femmes nées en Belgique ou dans un autre pays où l'excision n'est pas une pratique connue sont intactes.

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 (22,7%) 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 22,7%.

Les auteurs de l'étude ont tenu compte des différents biais et limites méthodologiques connus (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[3]). C'est dans ce but d'évaluer les besoins en matière de prévention que ce groupe a fait l'objet d'une attention particulière.

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. Par contre l'étude prend en compte pour la première fois, le nombre d'enfants bénéficiant d'une protection internationale via le statut de réfugié ou protection subsidiaire, ce qui est une première dans les études de prévalence des mutilations génitales féminines au niveau européen.

Les données concernant les femmes en situation irrégulière fournies par Médecins du Monde ne sont sans doute pas exhaustive, toutes les femmes en situation irrégulière n'ayant sans doute pas fréquenté une antenne de cette association en 2016. Il est également possible que certaines des femmes enregistrées par cette association figurent dans une des autres bases de données utilisées même si les femmes enregistrées au Registre national ou accueillies par le réseau Fedasil ont accès aux services de santé classiques sur tout le territoire belge.

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.[4] Nous n'avons pas pu disposer des données pour l'Indonésie de 1998 à 2001.

[3] PMS : centres psycho-médico-sociaux, PSE : promotion de la santé à l'école, CLB : Centra voor leerlingenbegeleiding

[4] La population étrangère résidant en Belgique et provenant d'un pays où l'excision se pratique n'est que de 4% 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

Dans un premier temps nous évaluerons selon les trois hypothèses décrites plus haut le nombre de femmes et de filles concernées par l'excision qui vivaient en Belgique au 31 décembre 2016. Nous étudierons l'évolution de l'augementation des populations concernées depuis 2012 et comment ces populations sont réparties sur le territoire belge.

Dans un second temps nous évaluerons le nombre de femmes et de filles concernées par l'excision selon les 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).

8.1 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.

Parmi ces filles et femmes, 48 529 sont inscrites au registre national et sont nées dans un pays où se pratique l'excision (3 392 sont arrivées en Belgique avant l'âge de 5 ans, 3 533 sont arrivées en Belgique entre 5 et 9 ans, 3 574 sont arrivées en Belgique entre 10 et 14 ans et 38 030 sont arrivées à 15 ans ou plus), 1 935 sont inscrites au registre national et sont nées dans un pays où l'on ne pratique pas l'excision, 2 444 sont accueillies dans le réseau Fedasil , 271 fréquentent les services de Médecins du Monde et 17 397 filles de 0-18 ans sont nées en Belgique et enregistrées par l'ONE et Kind & Gezin (seconde génération).

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 7. 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	Femmes et filles inscrites au Registre national de population en 2016	Pays FGM	1 039	1105	15 229	17 373
	Femmes et filles inscrites au Registre national de population en 2016 et bénéficiant de la protection internationale sur base du risque de MGF	Pays FGM	440	206	48	694
	Femmes et filles inscrites au Registre national de population en 2016	Hors pays FGM				712
ONE - Kind & Gezin	Filles nées d'une mère originaire d'un des pays où se pratique l'excision entre 1998 et 2016	Belgique				5 897
Fedasil	Filles et femmes qui ont demandé l'asile en Belgique ou qui sans être demandeuses d'asile, sont hébergées dans le réseau d'accueil en 2016	Pays FGM				1 155
Médecins du Monde	Filles et femmes en situation irrégulière qui ont bénéficié de soins dans une des antennes de Médecins du Monde Belgique au cours de l'année 2016	Pays FGM				86
Total						**25 917**

Dans **l'hypothèse haute**, 18 614 filles et femmes nées dans un pays où se pratiquent l'excision sont déjà excisées. Les 6 609 filles et femmes nées en Belgique ou dans un pays où ne se pratique pas l'excision sont intactes auxquelles s'ajoutent les 694 filles nées dans un pays où se pratique l'excision et bénéficiant d'une protection internationale sur base de risque de MGF soit 7 303 au total.

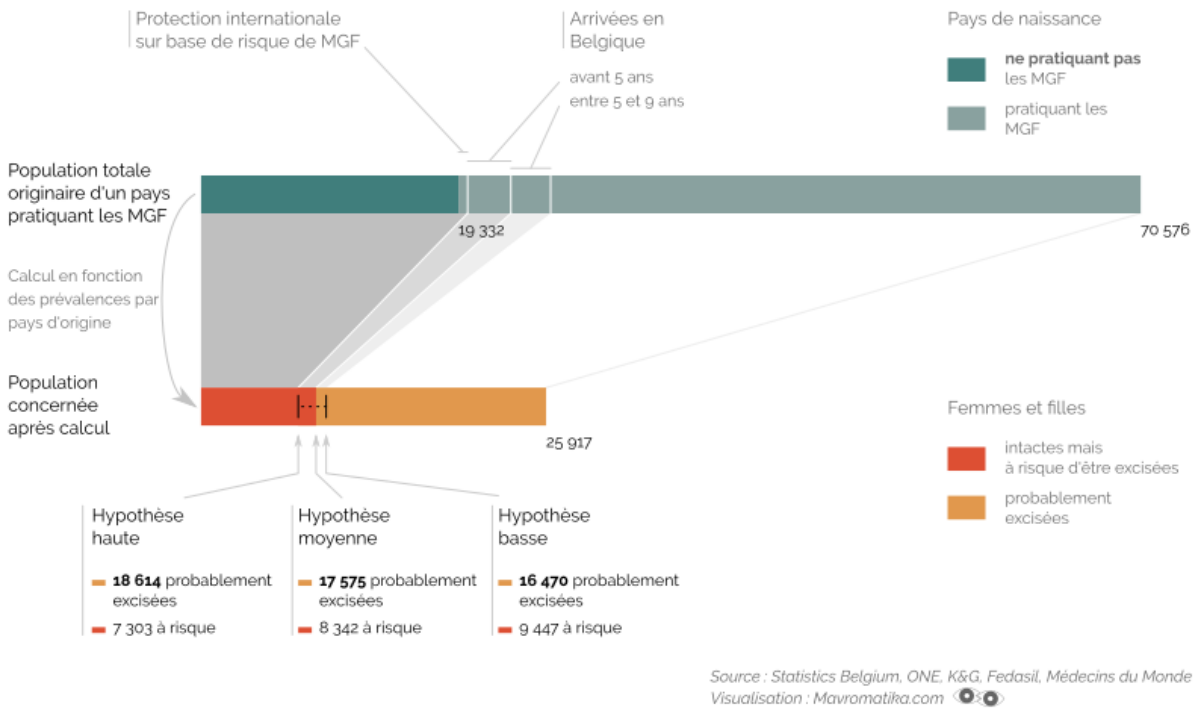
Dans **l'hypothèse moyenne**, 17 575 filles et femmes nées dans un pays où se pratique l'excision et arrivées en Belgique à 5 ans ou plus sont déjà excisées.

Les 8 088 femmes et filles arrivées avant 5 ans, nées en Belgique ou dans un pays où ne se pratique pas l'excision sont intactes auxquelles s'ajoutent les 254 filles nées dans un pays où se pratique l'excision, arrivées après 5 ans et bénéficiant d'une protection internationale sur base de risque de MGF soit 8342 au total.

Dans **l'hypothèse basse**, 16 470 filles et femmes nées dans un pays où se pratique l'excision et arrivées en Belgique à 10 ans ou plus sont déjà excisées. Les 9 399 femmes et filles arrivées avant 10 ans, nées en Belgique ou dans un pays où ne se pratique pas l'excision ainsi que les 48 filles arrivées à 10 ans ou plus bénéficiant d'une protection internationale sur base de risque de MGF sont intactes soit 9447 au total

Les filles de moins de 15 ans intactes restent cependant toujours à risque de subir une mutilation génitale féminine si un travail de prévention et d'information n'est pas réalisé auprès des parents.

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, Kind & Gezin, Fedasil, Médecins du Monde)



Pour ce qui concerne les 712 filles et femmes nées en dehors d'un pays où se pratique l'excision (et pas en Belgique), l'hypothèse qu'elles sont intactes doit être nuancée. La loi pénalisant l'excision en Belgique ayant été promulguée en 2001, on peut avec un bon degré de certitude considérer que les 85 filles nées après 2001 sont intactes. Pour les 627 autres femmes, nées avant cette loi et / ou dans des pays où n'existent pas de loi de ce type, on peut,

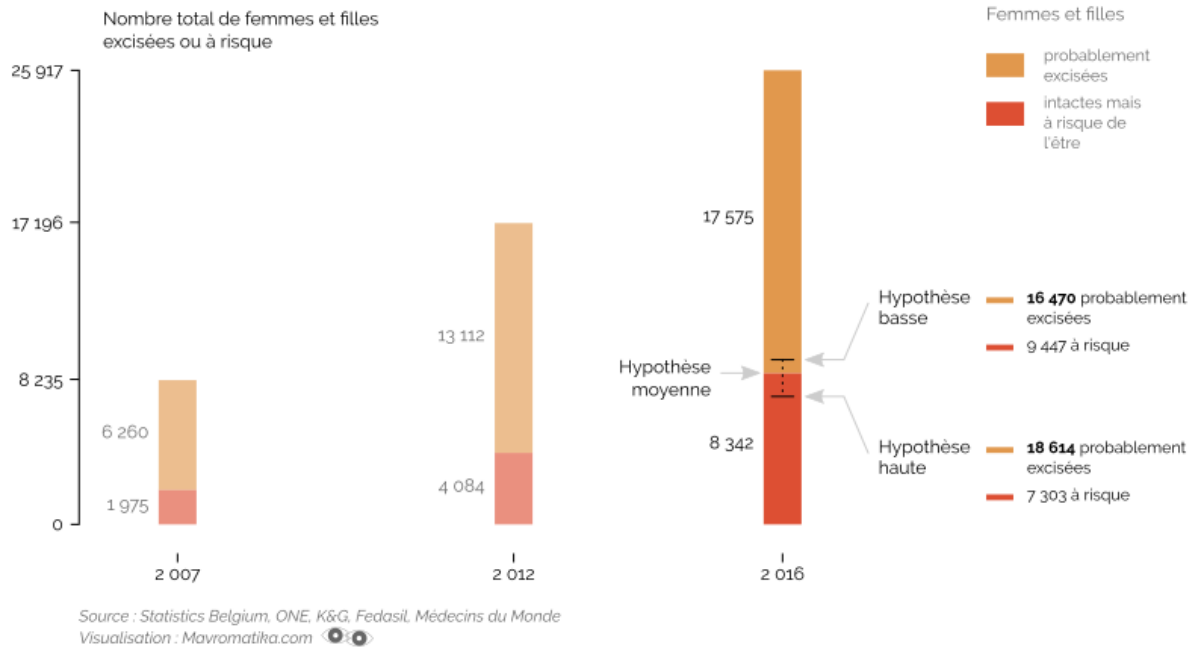
comme l'on fait Andro et *al.* dans une étude réalisée en France en 2007-2009 (Andro 2009), émettre l'hypothèse que 28 % (176 femmes) d'entre elles ont sans doute été excisées[5] et que les autres (451 femmes) ne sont plus à risque et pourraient sans doute être exclues du total des femmes concernées par la problématique des mutilations génitales féminines.

8.1.1 Le nombre de filles et de femmes originaires de ces pays et le nombre d'enfants qu'elles ont mis au monde a-t-il augmenté ?

En 2007, on estimait, dans une hypothèse haute à 6 260 le nombre de files 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 femmes et filles sont déjà probablement excisées et que 8 342 femmes et filles sont intactes.

Figure 3. Evolution entre 2007 et 2016 du nombre de filles et femmes déjà excisées ou à risque de l'être vivant en Belgique (source Statistics Belgium, ONE, Kind & Gezin, Fedasil, Médecins du Monde)



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

[5] Selon une étude française de Andro et *al*. 28 % des filles nées en France avant le durcissement au début des années 90 de la pénalisation de la pratique, ont été excisées alors qu'elles résidaient en France. Cette proportion tombe à 0,5 % pour les filles nées en France après 1990 (Andro 2009).

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 demandeuses d'asile concernées par l'excision a diminué par rapport à 2012 (1 298 filles et femmes en 2012 contre 1 155 en 2016) et l'on remarque un changement dans les pays d'origine les plus représentés dans le réseau d'accueil entre 2012 et 2016. Le nombre de femmes et filles à risque demandeuses d'asile a diminué de moitié pour les femmes venant de Guinée 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 des équipes du réseau d'accueil.

8.1.2 Qui sont ces femmes et où vivent-elles ?

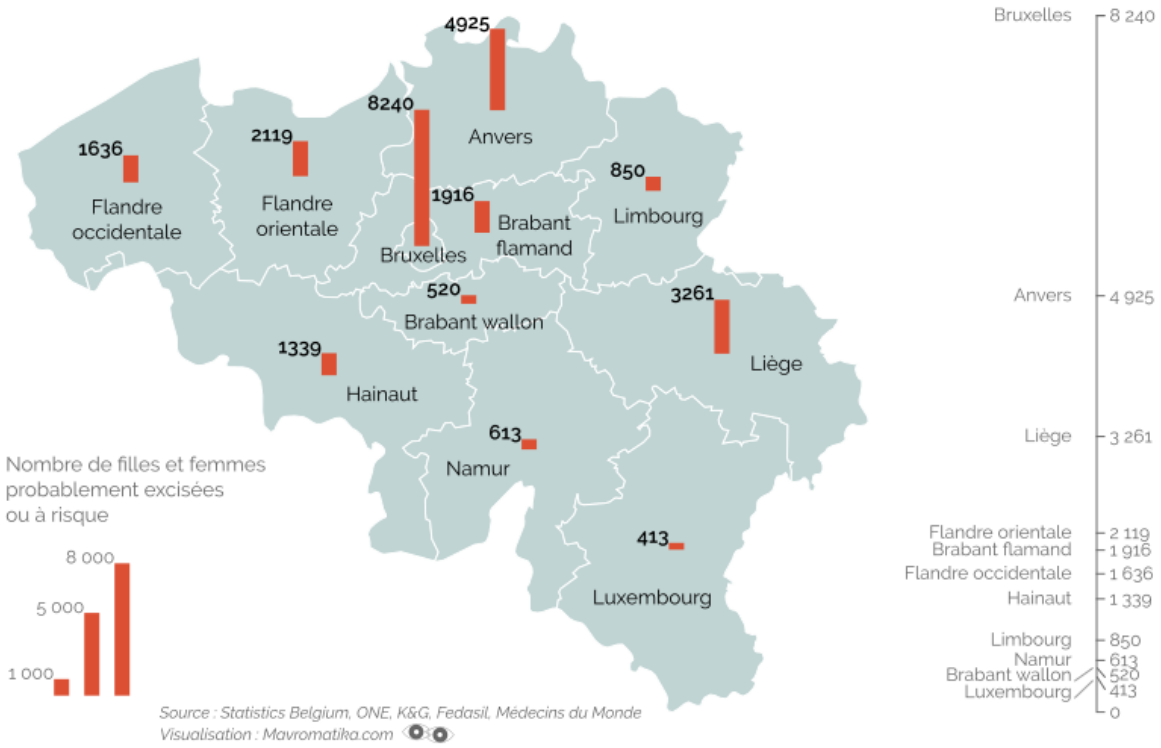
Le Tableau 8 et la carte qui suit montrent la répartition par province des femmes et filles concernées par l'excision. Ce tableau a été.élaboré à partir des données de Statistics Belgium, de Fedasil, de l'ONE et de Kind & Gezin. Dans ce tableau ne figurent pas les 86 femmes sans-papiers.

Tableau 8. Population féminine totale et population féminine excisée ou à risque d'excision par province au 31 décembre 2016 (Source : Statistics Belgium, ONE, K&G, Fedasil)

	Registre national				ONE et K&G	Fedasil	Total
	Age à l'arrivée						
Province	**< 5 ans**	**5 - 9 ans**	**10 ans et +**	**Nées hors pays FGM**			
Antwerpen	189	175	2 896	141	1 414	131	4 945
Vlaams Brabant	108	102	1 137	78	432	68	1 924
West-Vlaanderen	89	96	973	32	363	86	1 639
Oost-Vlaanderen	127	100	1 293	54	475	80	2 129
Limburg	55	35	453	20	215	75	852
Brabant wallon	28	22	265	28	106	71	520
Hainaut	109	73	765	32	251	108	1 339
Liège	254	224	1 873	52	711	147	3 262
Luxembourg	25	13	155	4	79	137	412
Namur	39	24	281	15	123	131	613
Bruxelles-capitale	456	447	5 186	258	1 728	121	8 196
Total	**1 479**	**1 311**	**15 277**	**712**	**5 897**	**1 155**	**25 831**

Note : Les 102 filles de 15-18 à risque d'excision qui résident en Région flamande pour lesquels nous ne disposons pas de l'information quant à la province de résidence ont été réparties dans les provinces ad hoc en fonction des proportion 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 4. Population féminine très probablement excisée ou à risque de l'être par province au 31 décembre 2016 (Sources : Statistics Belgium, ONE, K&G, Fedasil)



Dans les trois régions, cinq pays sont présents dans les 10 nationalités d'origine les plus concernées, il s'agit de la Guinée, de la Somalie, de l'Egypte, de l'Ethiopie et de la Côte d'Ivoire. Ces pays se retrouvent dans la liste car de nombreuses femmes originaires de ces pays vivent en Belgique (Côte d'Ivoire) ou parce que la prévalence est très élevée dans le pays d'origine (Ethiopie, Somalie et Egypte) ou pour ces deux raisons combinées (Guinée).

Tableau 9. Nombre de femmes très probablement excisées ou à risque pour les dix nationalités d'origine les plus concernées par région, Belgique, 2016

Flandre		Wallonie		Bruxelles		Fedasil		Belgique	
Nationalité d'origine	Nbre	Nationalité d'origine	Nbre	Nationalité d'origine	Nbre	Nationalité d'origine	Nbre	Nationalité d'origine	Nbre
Guinée	2 197	Guinée	2 314	Guinée	4 527	Somalie	464	Guinée	9 382
Somalie	1 797	Côte d'Ivoire	591	Somalie	435	Guinée	318	Somalie	3 269
Egypte	936	Somalie	565	Djibouti	380	Iraq	72	Egypte	1 445
Nigéria	897	Burkina Faso	281	Egypte	342	Erythrée	63	Ethiopie	1 277
Ethiopie	839	Djibouti	239	Côte d'Ivoire	335	Djibouti	56	Côte d'Ivoire	1 205
Indonésie	769	Ethiopie	201	Sénégal	237	Ethiopie	27	Nigéria	1 129
Sierra Leone	597	Sénégal	200	Burkina Faso	234	Mauritanie	24	Indonésie	985
Soudan	344	Mali	175	Mauritanie	232	Soudan	20	Sierra Leone	822
Iraq	343	Egypte	149	Ethiopie	205	Burkina Faso	19	Djibouti	786
Côte d'Ivoire	261	Mauritanie	120	Sierra Leone	178	Mali	18	Burkina Faso	729
Total 10 1er pays	8 979	Total 10 1er pays	4 835	Total 10 1er pays	7 104	Total 10 1er pays	1 082	Total 10 1er pays	21 029
Total général	11 049	Total général	5 552	Total général	8 075	Total général	1 155	Total général	25 917
% 10 1er pays	81%	% 10 1er pays	87%	% 10 1er pays	88%	% 10 1er pays	94%	% 10 1er pays	81%

Note : Non inclus pour les données par province les 86 femmes qui fréquentent les services de Médecins du Monde

8.1.3 Les hypothèses par région

Si on applique pour chaque région du pays les hypothèses haute,moyenne et basse on obtient les répartitions présentées dans les tableaux ci-dessous.

Tableau 10. Répartition par région 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 et statut / Région	Age à l'arrivée en Belgique				Age à l'arrivée en Belgique				Age à l'arrivée en Belgique			
	Bruxelles				Wallonie				Flandre			
	<5	5-9	10+	total	<5	5-9	10+	total	<5	5-9	10+	total
Registre national Nées pays FGM	266	401	5 170	5 837	286	265	3 322	3 873	487	440	6 737	7 663
Registre national Nées pays FGM avec une protection internationale sur base du risque de MGF	190	46	16	252	169	92	18	279	81	68	14	163
Registre national Nées hors pays FGM				258				130				324
ONE, K&G Nées en Belgique				1 728				1 270				2 899
Fedasil Nées pays FGM				203				567				385
MDM Nées pays FGM												0
Total				8 278				6 119				11 434

Tableau 11. Nombre de filles et femmes déjà excisées ou intactes par région et selon les différentes hypothèses, Belgique, 2016

Région		
Flandre	**Déjà excisées**	**Intactes**
Hypothese haute	8 048	3 386
Hypothese moyenne	7 561	3 873
Hypothese basse	7 122	4 313
Wallonie		
Hypothese haute	4 440	1 679
Hypothese moyenne	4 154	1 965
Hypothese basse	3 889	2 230
Bruxelles		
Hypothese haute	6 040	2 238
Hypothese moyenne	5 774	2 504
Hypothese basse	5 374	2 904

8.2 Quels sont les services concernés et pour quelle population ?

8.2.1 Services de la petite enfance (ONE et K&G) – les 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[6]), 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 Statistics Belgium (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 (8 310 filles) ont été complétées par les données de Statistics Belgium pour les filles de moins de 5 ans qui ne sont pas nées en Belgique (627 filles) et par les données fournies par Fedasil (262 filles de moins de 5 ans, demandeuses d'asiles ou hébergées par le réseau d'accueil en Belgique) et par Médecins du Monde (11 filles).

Parmi les 627 filles du fichier Statistics Belgium nées en dehors de la Belgique, 560 sont nées dans un pays où l'excision est pratiquée, 67 sont nées dans un pays d'Europe et 18 dans un pays du Proche du Moyen Orient, d'Asie ou aux Etats-Unis.

Au total, il y avait en 2016 en Belgique 9 210 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 peux estimer qu'en 2016, en Belgique, un total de 3 262 petites filles de moins de cinq ans, pour la plupart nées en Belgique (91%), étaient à risque de subir une mutilation génitale féminine. Les enfants nés dans un pays où se pratique l'excision repésentent 9% de ces petites filles à risque. Parmi ces 3 262 filles, 461 ont obtenu une protection internationale sur base d'un risque de MGF et bénéficie d'un examen annuel des organes génitaux externes jusqu'à l'obtention de la nationalité belge.

[6] 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 12. 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 2016 (Sources : ONE, K&G, Statistics Belgium, Fedasil, Médecins du Monde)

Pays d'origine	Prévalence < 5 ans	Flandre	Wallonie	Bruxelles-capitale	Médecins du Monde	Total
Bénin	2,4	1	1	1	0	2
Burkina Faso	57,7	17	24	13	0	54
Cameroun	0,4	2	3	1	0	6
Centrafrique	17,9	1	1	0	0	3
Côte d'Ivoire	27,4	30	50	18	0	98
Djibouti	89,5	16	22	43	0	81
Egypte	69,6	130	22	24	0	175
Erythrée	68,8	60	5	3	0	67
Ethiopie	47,1	62	10	10	0	82
Gambie	76,3	29	3	4	0	36
Ghana	1,5	11	1	1	0	12
Guinée	94,5	511	496	565	0	1 572
Guinée-Bissau	41,9	3	0	0	0	3
Indonésie	51	45	9	6	0	60
Iraq	4,9	40	12	4	0	57
Kenya	11,4	9	1	1	0	12
Libéria	31,1	11	1	2	0	13
Mali	83,1	29	21	15	0	65
Mauritanie	62,5	18	18	19	0	54
Niger	1,4	1	1	1	0	3
Nigéria	15,3	97	5	12	0	114
Ouganda	1	0	0	0	0	0
Sénégal	20,6	33	21	21	0	75
Sierra Leone	74,3	72	4	14	0	90
Somalie	96,7	301	97	27	0	425
Soudan	81,7	58	9	7	0	74
Tanzanie	4,7	2	1	0	0	3
Tchad	31,8	3	6	6	0	15
Togo	1,8	2	3	1	0	7
Yemen	16,4	2	1	0	0	3
Total		**1 596**	**846**	**819**	**1**	**3 262**

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

8.2.2 Les services de promotions de la santé à l'école (les 5-19 ans)

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 utilisons ici les données de Statistics Belgium (8 698) pour les filles nées en en dehors de la Belgique entre 1998 et 2016, les filles de plus de 18 ans et les filles nées entre 1998 et 2001 dont la mère est originaire d'Indonésie, les données combinées de l'ONE et de K&G (9 087 filles) pour les filles nées en Belgique entre 1998 et 2016, les données de Fedasil (578 filles)

pour les filles demandeuses d'asile ou hébergées par le réseau d'accueil en 2016 et les données de Médecins du Monde (26 filles) pour les filles en situation irrégulière.

Le Tableau 13 compile les estimations de filles de 5-19 ans peut-être déjà excisées ou à risque de l'être, à partir des données de ces population féminines, soit un total de 18 389 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 ont peut estimer que 6 547 filles et adolescentes sont peut-être déjà excisées ou à risque de subir une excision. Parmi ces filles, 1 242 ont obtenu une protection internationale sur base d'un risque de MGF

Parmi ces 6 547 filles, 45,1%, soit 2 953 filles sont nées en Belgique et 2%, soit 134 filles dans un pays où l'on ne pratique pas l'excision. Ces filles sont à risque de subir une mutilation.

Les filles demandeuses d'asile ou hébergées par le réseau d'accueil (215 filles) et celles du réseau de Médecins du Monde (5 filles) représentent respectivement 3,3 et 0,1% de cette population. Ces filles sont peut-être déjà excisée ou à risque de l'être.

Tableau 13. 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 2016 (Sources : ONE, K&G, Statistics Belgium, Fedasil, Médecins du Monde)

Pays d'origine	Prévalence 5-19 ans	Flandre	Wallonie	Bruxelles-capitale	Médecins du Monde	Total
Bénin	2,4	1	1	1	0	4
Burkina Faso	57,7	40	43	30	0	114
Cameroun	0,4	3	4	3	0	10
Centrafrique	17,9	4	3	3	0	10
Côte d'Ivoire	27,4	48	102	59	0	210
Djibouti	89,5	31	71	80	0	182
Egypte	69,6	227	32	57	0	316
Erythrée	68,8	55	10	11	0	76
Ethiopie	47,1	234	89	24	0	347
Gambie	76,3	76	5	8	0	88
Ghana	1,5	22	1	3	0	26
Guinée	94,5	593	713	1 461	1	2 768
Guinée-Bissau	41,9	1	5	3	0	8
Indonésie	51	122	17	11	0	150
Iraq	4,9	66	27	16	1	110
Kenya	11,4	18	2	3	0	23
Libéria	31,1	36	2	9	0	46
Mali	83,1	47	56	42	0	145
Mauritanie	62,5	66	38	73	0	177
Niger	1,4	2	2	3	0	7
Nigéria	15,3	152	8	27	1	189
Ouganda	1	1	0	0	0	1
Sénégal	20,6	65	36	53	0	153
Sierra Leone	74,3	181	7	53	0	241
Somalie	96,7	591	227	138	3	959
Soudan	81,7	87	19	29	0	135
Tanzanie	4,7	3	1	0	0	4
Tchad	31,8	3	8	16	0	28
Togo	1,8	4	7	5	0	15
Yemen	16,4	3	1	2	0	6
Total		2 785	1 534	2 222	5	6 547

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

8.2.3 Les services d'aide à la jeunesse – mineures d'âge à risque d'être excisée

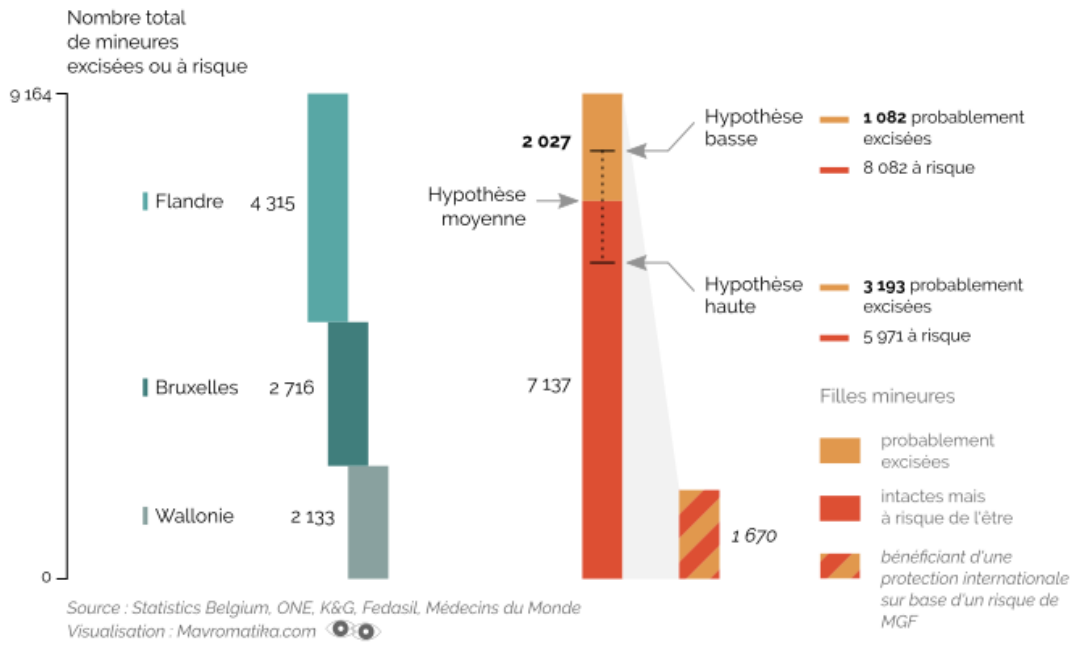
Les filles mineures d'âge constitue un groupe spécifique D'autres services sont également particulièrement concernés par ces populations à risque. Ce sont les **services d'aide à la jeunesse** dont le public cible sont les filles et adolescentes de moins de 18 ans.

Pour les **services d'aide à la jeunesse**, le public cible sont les 25 795 mineures d'âge qui ont la nationalité d'un pays où se pratique l'excision ou dont la mère est originaire d'un de ces pays qui résidaient en Belgique au 31 décembre 2016. Si on applique à ces populations la prévalence de l'excision à 15-19 ans dans chacun des pays, on peut estimer que **9 164 filles de 0 à 17 ans** sont à risque d'excision ou on peut-être déjà été excisées avant leur arrivée en Belgique, mais 1 670 de ces files ont obtenu une protection internationale sur base d'un risque de MGF . Parmi ces filles, 4 315 vivent en Flandre, 2 133 en Wallonie et 2 716 à Bruxelles.

Le risque d'avoir été excisée dépend bien sûr de l'âge à l'arrivée et est moindre pour les filles arrivées avant 5 ans que pour celles arrivées entre 5 et 9 ans. Selon les hypothèses haute, moyenne ou basse, respectivement 3 193, 2 027 ou 1 082 mineures d'âge seraient déjà excisées et 5 971, 7 137 et 8 082 seraient intactes. Pour les 272 filles accueillies par le réseau Fedasil ou qui fréquentent les antennes de Médecins du Monde l'âge à l'arrivée n'est pas connu et nous avons fait l'hypothèse qu'elles étaient déjà excisées.

Ces 5 971 filles intactes nées dans un pays où ne se pratique pas l'excision sont toujours à risque de subir une excision par exemple lors d'un retour dans le pays d'origine pendant les vacances.

Figure 5: Nombre total de mineures ayant subi une mutilation génitale féminine ou à risque, Belgique, 2016



Avoir cette estimation pour les mineures d'âge est très important pour les services d'aide à la jeunesse qui peuvent intervenir dans des situations à risque (départ en vacances dans le pays d'origine) où il est parfois nécessaire de conclure un programme d'aide consenti avec les

parents de filles mineures quand l'évaluation des risques montre un risque élevé (voir échelle de risque développé par le réseau des Stratégies Concertées de lutte contre les MGF[7]).

Les premiers bilans de santé des enfants primo-arrivantes issues des pays où se pratiquent les MGF devraient également permettre de connaitre le statut d'excision afin de répondre au mieux à leur besoin (besoin de protection ou besoin de soins physiques ou psychologiques).

8.2.4 Le commissariat général aux réfugiés et apatrides (CGRA) – mineures d'âge demandeuses d'asile

Une partie des filles de moins de 18 ans sont particulièrement protégées du risque d'être excisées car elles ont bénéficié du statut de réfugié en invoquant un risque de mutilation génitale féminine. Cette procédure particulière du CGRA implique un examen médical vérifiant que la petite fille est intacte avant la reconnaissance du statut de réfugié ainsi que l'obligation d'envoyer chaque année un certificat médical prouvant que la fille n'a subi aucune mutilation génitale jusqu'à l'obtention de la nationalité belge. En 2016, 694 filles nées dans un pays où se pratique l'excision et 1 009 nées en Belgique ou dans un pays où l'on ne pratique pas l'excision (461 de 0-4 ans, 763 de 5-9 ans, 367 10-14 ans, 107 de 15-19 ans et 5 dont l'âge n'est pas connu), bénéficient de cette protection. Les premiers cas de protection internationale sur base des MGF remontent à 2002.

8.2.5. 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 (0,9% des naissances chez les femmes de nationalité étrangère et 0,8% des naissances chez les mères de nationalité belge en 2014)[8.]

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

Selon les données de Statistics Belgium, 36 308 femmes de 20 à 49 ans originaires d'un pays où se pratique l'excision (1 310 nées dans un pays où l'on ne pratique pas l'excision et 34 998 nées dans un pays où l'on pratique l'excision). A ces chiffres il faut ajouter les estimations faites à partir des données fournies par Fedasil (1 479 femmes) et Médecins du Monde (212 femmes). En appliquant les prévalences observées à chaque tranche d'âges dans les pays d'origine, on peut estimer que de ces 14 391 femmes sont probablement excisées. Parmi ces femmes, 83,6% sont nées dans un pays où l'on pratique l'excision et arrivées en Belgique après l'âge de 15 ans, 6,9 % sont nées dans un pays où l'on pratique l'excision et arrivées en Belgique avant l'âge de 15 ans et 3,5% sont nées en Belgique ou dans un pays où l'on ne pratique pas l'excision. Les femmes demandeuses d'asile ou hébergées par le réseau d'accueil représentent 5,4% de ces femmes à risque.

---

[7] http://www.strategiesconcertees-mgf.be/wp-content/uploads/MGF-tryptique_final_RTP.pdf)

[8] Source : Naissances selon l'âge et la nationalité de la mère, Statistics Belgium, 2014. https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/naissances-et-fecondite#figures

Tableau 14. Population féminine (20-49 ans) probablement excisée par tranche d'âges et par région au 31 décembre 2016 (Sources : Statistics Belgium, Fedasil, Médecins du Monde)

Pays d'origine	Flandre	Wallonie	Bruxelles-capitale	Médecins du Monde	Total
Bénin	12	23	19	0	55
Burkina Faso	125	204	156	1	486
Cameroun	28	56	36	1	120
Centrafrique	9	18	13	0	39
Côte d'Ivoire	171	407	233	3	814
Djibouti	69	152	211	0	432
Egypte	512	74	193	1	780
Erythrée	89	33	5	5	132
Ethiopie	513	105	135	6	758
Gambie	143	15	12	2	173
Ghana	116	9	16	0	142
Guinée	1 134	1 219	2 477	20	4 850
Guinée-Bissau	9	6	21	0	37
Indonésie	458	63	71	0	593
Iraq	223	70	35	3	331
Kenya	129	17	17	1	165
Libéria	98	9	29	0	136
Mali	114	93	87	1	295
Mauritanie	74	74	127	0	275
Niger	2	4	5	0	12
Nigéria	606	53	85	13	757
Ouganda	3	0	1	0	4
Sénégal	146	135	144	3	428
Sierra Leone	326	27	103	6	461
Somalie	969	397	255	5	1 626
Soudan	189	31	53	0	272
Tanzanie	15	3	5	0	23
Tchad	15	24	32	0	71
Togo	28	54	33	0	114
Yemen	7	3	2	0	12
Total	6 332	3 377	4 611	72	14 391

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

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.

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[9].

[9] 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)».

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 2002 à 2016, les naissances de filles et de garçons dont les mères ont une nationalité d'origine correspondant à un pays où se pratique l'excision.

Le nombre de femmes très probablement excisées qui ont accouché en Belgique est en augmentation. En 2016 ce sont 1 419 enfants qui sont nées de femmes probablement excisées et qui ont peut-être eu besoin d'une prise en charge spécifique. Parmi ces femmes, 264 sont susceptibles d'avoir subi la forme la plus grave de l'excision qui consiste à fermer le vagin.

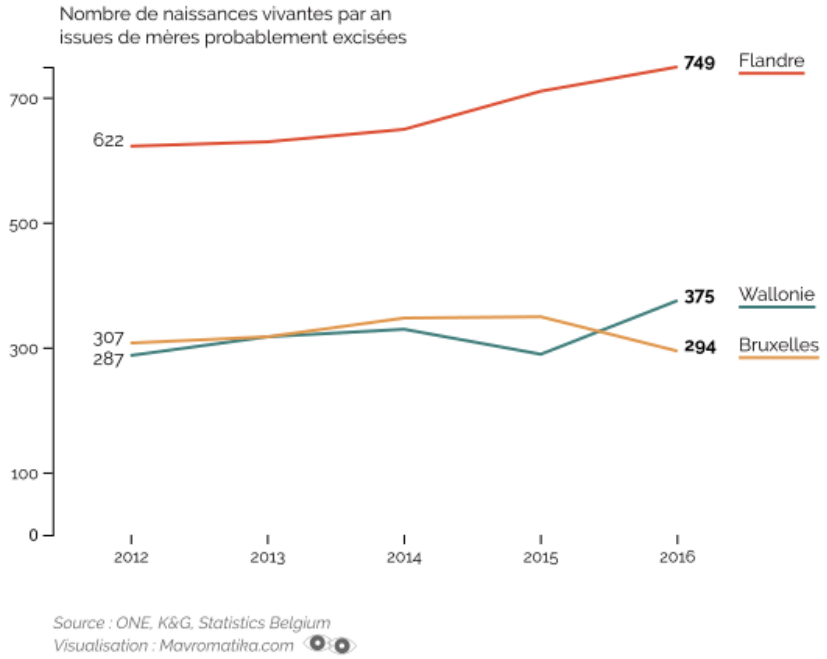
Cette augmentation du nombre de naissances est du à l'augmentation du nombre de migrantes en âge de procréer. Près de 70% de ces naissances concernent cinq pays : la Guinée, la Somalie, le Nigéria, l'Egypte et la Côte d'Ivoire avec respectivement 42%, 14%, 5%, 4% et 4% des naissances en 2016.

Tableau 15. Nombre de naissances vivantes de mères probablement excisées vivant en Belgique entre 2002 et 2016 par année et région de résidence (Sources : ONE et K&G)

Année	Flandre	Wallonie	Bruxelles-capitale	Total
2002	160	37	99	296
2003	206	27	159	393
2004	256	51	167	474
2005	235	22	186	443
2006	275	69	191	536
2007	320	71	214	606
2008	332	108	213	653
2009	382	150	252	784
2010	440	194	292	926
2011	485	275	287	1 047
2012	622	287	307	1 215
2013	629	317	317	1 262
2014	649	329	347	1 325
2015	710	289	349	1 347
2016	749	375	294	1 419
Total	**6 451**	**2 602**	**3 675**	**12 727**

Pour évaluer ces naissances à risque nous avons utilisé la prévalence moyenne dans la population du pays d'origine (données DHS et MICQ) car nous ne possédons pas la désagrégation de ces naissances par âge de la mère à la naissance. Le nombre de femmes probablement excisées qui accouchent en Belgique est en constante augmentation depuis 2002. L'augmentation est un plus importante en Wallonie et en Flandre par rapport à Bruxelles. C'est en Wallonie que l'augmentation est la plus marquée, ce qui s'explique par une augmentation plus importante des populations féminines migrantes qui résidaient en Wallonie en 2016 par rapport à 2012 (+34% en Wallonie et +31% en Flandre), notament de femmes de nationalité guinéenne, égyptienne et ivoirienne.

Figure 6: Evolution entre 2012 et 2016 des naissances vivantes (filles et garçons) issues de mères probablement excisées (sources K&G et ONE)



8.2.6. 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)

En 2016, il y avait en Belgique 4 978 femmes de 50 + originaires de ces pays (dont 125 étaient des demandeuses d'asile et 22 des femmes en situation irrégulière). En appliquant la prévalence des MGF dans le pays d'origine, on estime que, vivaient en Belgique en 2016, 1 717 femmes âgées de 50 ans qui avaient probablement subit une mutilation génitale féminines, la majorité de ces femmes (91%) sont nées dans un pays où se pratiquent l'excision et arrivées en Belgique après l'âge de 15 ans.

Près d'un quart de ces femmes sont originaires de pays du nord-est de l'Afrique (Djibouti, Erithrée, Somalie et Soudan) où la prévalence de l'infibulation est élevée.

Tableau 16. Femmes de 50 ans et plus probablement excisées par région de résidence au 31 décembre 2016 (Source : Statistics Belgium, Fedasil, Médecins du Monde)

Pays d'origine	Prévalence (%)	Flandre	Wallonie	Bruxelles-capitale	Médecins du Monde	Total
Bénin	18,1	2	7	7	0	15
Burkina Faso	89,3	14	24	36	1	75
Cameroun	2,4	3	8	6	0	17
Centrafrique	33,8	2	4	5	0	11
Côte d'Ivoire	41,5	13	42	29	0	83
Djibouti	94,4	8	22	61	0	92
Egypte	97,1	72	28	73	0	173
Erythrée	93,1	3	1	0	0	4
Ethiopie	75,3	41	8	41	0	90
Gambie	75,9	10	1	2	0	12
Ghana	6,4	33	7	10	0	50
Guinée	98,7	34	47	106	5	191
Guinée-Bissau	45,2	0	2	5	0	7
Indonésie	51	143	15	24	0	183
Iraq	10,3	46	13	14	0	75
Kenya	40,9	21	2	5	0	29
Libéria	72,4	16	4	13	0	33
Mali	83,9	16	14	16	1	47
Mauritanie	72,5	4	5	16	0	25
Niger	1,4	0	0	0	0	0
Nigéria	35,8	44	5	20	0	69
Ouganda	1,9	1	0	0	0	1
Sénégal	26	19	14	21	1	55
Sierra Leone	97,8	19	1	11	0	30
Somalie	99,1	123	66	70	0	260
Soudan	91,8	22	5	15	0	41
Tanzanie	18,7	3	1	2	0	6
Tchad	39,4	3	3	8	0	13
Togo	10,2	5	12	11	0	28
Yemen	22,8	1	1	1	0	3
Total		**721**	**362**	**626**	**8**	**1 717**

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.

9 Synthèse des résultats

Nous pouvons synthétiser les résultats dans le Tableau 17. La combinaison des différents sources de données : Statistics Belgium, ONE, K&G, Fedasil et Médecins du Monde a permis de réaliser une estimation plus complète que celle faite en 2012.

Tableau 17. Population féminine déjà excisée ou à risque de l'être par catégorie d'âge et lieu de naissance au 31 décembre 2016

Population au 31 décembre 2016 à risque d'excision ou déjà excisée	Nombre	Statut	Qualité de l'estimation
Filles de moins de 5 ans	3 262 – 210 nées dans un pays où on pratique l'excision – 90 demandeuses d'asile – 1 en situation irrégulière	Probablement déjà excisées	ONE & K&G pour les filles nées en Belgique Statistics Belgium pour les filles nées en dehors de la Belgique Fedasil pour les filles nées en dehors de la Belgique et pas encore inscrites au registre national (demandeuses d'asile) Médecins du Monde pour les sans-papiers
	– 2 961 nées en Belgique ou dans un pays où on ne pratique pas l'excision	À risque d'être excisées	
Filles de 5 à 19 ans	6 547 – 3 239 nées dans un pays où on pratique l'excision – 215 demandeuses d'asile – 5 en situation irrégulière	Probablement déjà excisées	Pour les 5 à 18 ans : ONE & K&G pour les filles nées en Belgique et Statistics Belgium pour les filles nées en dehors de la Belgique Pour les 19 ans : Statistics Belgium seulement Fedasil pour les filles nées en dehors de la Belgique et pas encore inscrites au registre national (demandeuses d'asile) Médecins du Monde pour les sans-papiers
	– 3 088 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 Europe ou lors d'un séjour dans le pays d'origine	
Femmes de 20 à 49 ans	14 391 – 13 029 nées dans un pays où on pratique l'excision – 782 demandeuses d'asile – 72 en situation irrégulière	Très probablement déjà excisées	Statistics Belgium Fedasil pour les filles nées en dehors de la Belgique et pas encore inscrites au registre national (demandeuses d'asile) Médecins du Monde pour les sans-papiers
	– 508 nées en Belgique ou dans un pays où on ne pratique pas l'excision	Déjà excisées ou à risque de l'être	
Femmes de plus de 50 ans	1 717 – 1 589 nées dans un pays où on pratique l'excision – 68 demandeuses d'asile – 8 en situation irrégulière	Très probablement déjà excisées	Statistics Belgium Fedasil pour les filles nées en dehors de la Belgique et pas encore inscrites au registre national (demandeuses d'asile) Médecins du Monde pour les sans-papiers
	– 52 nées en Belgique ou dans un pays où on ne pratique pas l'excision	Peut-être déjà excisées en Europe ou lors d'un séjour dans le pays d'origine	
Total	25 917 – 18 067 nées dans un pays où on pratique l'excision – 1 155 demandeuses d'asile – 86 en situation irrégulière	Probablement déjà excisées	
	– 6 609 nées en Belgique ou dans un pays où on ne pratique pas l'excision	A risque d'être excisées ou peut-être déjà excisées	

En résumé, nous estimons selon l'hypothès moyenne que 17 575 filles et femmes nées dans un pays où se pratique l'excision et résidant sur le territoire belge sont très probablement déjà excisées, que 8 342 filles et femmes nées en Belgique sont à risque d'être excisées (certaines ont peut-être déjà été excisées soit en Europe soit lors d'un séjour dans le pays d'origine par exemple pour les vacances). A ces filles et femmes, il faut ajouter les 1 155 demandeuses d'asile (dont 96 petites filles de moins de 5 ans) et 86 femmes en situation irrégulière 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 ainsi que des associations qui viennent en aide aux sans-papiers.

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 une importante augmentation du nombre de filles et femmes très probablement excisées ou à risque d'excision vivant en Belgique.

En 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. 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, on observe une augmentation de 32% du nombre de femmes très probablement déjà excisées et une augmentation de 37% du nombre de filles à risque. Parmi les 8 342 filles et femmes à risque d'excision, 508 ont entre 20 et 49 ans et 52 ont plus de 50 ans et pourraient être considérées comme probablement déjà excisées.
Pour les femmes très probablement déjà excisées, cette augmentation s'explique par l'ajout de l'Indonésie (13% de l'augmentation), et par l'arrivée de primo-arrivantes (1ère génération) de Guinée (36% d'augmentation) et de Somalie (20% d'augmentation). Les autres pays d'origine de primo-arrivantes sont les pays de la corne de l'Afrique (Djibouti, Egypte, Ethiopie et Erythrée), la Côte d'Ivoire et l'Irak (environ 3% de l'augmentation pour chacun des pays). Pour les filles à risque, l'augmentation est principalement due aux naissances (2ème génération) de mères d'origine guinéenne (52%), Somalienne (12%) ainsi qu'à la prise en considération des filles nées de mères indonésienne (8,5% d'augmentation). Les autres pays concernés par l'augmentation des naissances sont aussi ceux de la corne de l'Afrique, ainsi que le Soudan, la Côte d'Ivoire et la Sierra Leone (environ 3% de l'augmentation pour chacun des pays).
Une partie des filles de moins de 18 ans sont cependant particulièrement protégée du risque d'être excisée car elles ont bénéficié du statut de réfugié en invoquant un risque de mutilation. Cette procédure particulière du CGRA, implique un examen médical vérifiant que la petite fille est intacte avant la reconnaissance du statut de réfugié ainsi que l'obligation d'envoyer chaque année un certificat médical prouvant que la fille n'a subi aucune mutilation génitale jusqu'à l'obtention de la nationalité belge. En 2016, 1 703 fillettes et adolescentes (461 de 0-4 ans, 763 de 5-9 ans, 367 10-14 ans, 107 de 15-19 ans et 5 dont l'âge n'est pas connu), bénéficient de cette protection. Ce sont essentiellement des filles d'origine guinéenne (1 255 filles) qui ont obtenu ce statut entre 2011 et 2016 (1 388 filles).
Pour ce qui concerne les données de Fedasil, on constate une diminution du nombre de filles et femmes à risque de 12%. Le nombre de femmes et filles à risques demandeuses d'asile a diminué de 387 unités pour les femmes venant de Guinée et a augmenté de 275 unités pour celles venant de Somalie.

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[10] : on estime à **3 262** 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 **6 547**, les filles et adolescentes qui fréquentent les services de promotion de la santé à l'école ou les services offerts par Médecins du Monde.
Les **femmes de 20 à 49 ans** : on estime à **14 391**, 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 **1 717**, les femmes susceptibles de souffrir de complications tardives.
Les **demandeuses d'asile** : on estime à **1 155**, 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.
Les **filles et femmes en situation irrégulière** : on estime à 86 le nombre de filles et de femmes très probablement excisées qui fréquentent les services de soins de Médecins du Monde.

La distinction entre les femmes et filles excisées et celles à risque de l'être permet également de prévoir le type d'appui nécessaire : 17 575 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 8 342 filles à risque d'être excisées auront besoin d'un suivi et d'une protection en cas de retour au pays pendant les vacances. Parmi ces filles à risque, 1 703 bénéficient de la protection accordée par le CGRA car elles ont bénéficié du statut de réfugié en invoquant un risque de mutilation.

La Flandre dépasse désormais largement Bruxelles et la Région Wallonne 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. En termes de pays d'origine, la Guinée, la Somalie, l'Egypte, l'Ethiopie et la Côte d'Ivoire sont les cinq pays les plus représentés au sein de la population féminine concernée en Belgique.

Bruxelles-Capitale (8 075 filles et femmes déjà excisées ou à risque de l'être), la province d'Anvers (4 815) et la province de Liège (3 114) restent les zones géographiques qui accueillent le plus de filles et femmes concernées comme dans les deux précédentes études, mais le nombre de femmes et filles concernées a fortement augmenté en West Vlaanderen (786 femmes et filles en 2012 et 1 541 en 2016) et le nombre de cas est également supérieur à 1 000 en Vlaams Brabant (1 856) et Oost Vlaanderen (2 049) et dans le Hainaut (1 231).

Les six pays les plus représentées parmi la population féminine excisée ou à risque de l'être sont la Guinée, la Somalie, l'Egypte, l'Ethiopie, la Côte d'Ivoire et le Nigéria. Ces pays se retrouvent en tête car de nombreuses femmes originaires de ces pays vivent en Belgique (Côte d'Ivoire) ou parce que la prévalence est très élevée dans le pays d'origine (Ethiopie, Somalie et Egypte) 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.

[10] K&G (0 à 3 ans), CLB (3 à 6 ans)

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 1 400 femmes très probablement excisées qui accouchent chaque année en Belgique (1 419 en 2016) 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 2012 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.

En matière de **prévention** :

- Le travail de sensibilisation des communautés soutenue depuis plusieurs années en communauté française devrait aussi être réalisée en communauté flamande via le soutien des associations spécialisées dans la prévention via un travail communautaire. En particulier la mise à disposition de deux animatrices communautaires du GAMS Belgique dans les consultations ONE pourrait être répliqués auprès de K&G afin d'assurer une sensibilisation des parents lors des consultations.
- La formation des professionnels (ONE, K&G, PSE, CLB, SAJ, 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 connaitre 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 connaitre le contexte de la pratique.

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 Prénatales 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 mutilzioni genital 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"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, Ndame 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.

Dubourg D et 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.

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. Vilnius, 2013

European Institute for Gender Equality (a), Estimation of girls at risk of female genital mutilation in the European Union - Report. Vilnius, 2015.

European Institute for Gender Equality (b), Estimation of girls at risk of female genital mutilation in the European Union – Step by step guide. Vilnius, 2015

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: URL:http://news.bbc.co.uk/2/hi/africa/2299845.stm [cited 2014 Jan 30], 4 October 2002.

Integra. Eine empirische Studie zu weiblicher Genitalverstümmelung in Deutschland, Freiburg 2017.

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, Carlbom 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.

Kőszeghy 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. 2 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.

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.

NIHRD. 2013 Basic Health Research (RISKESDAS). s.l. : National Institute of Health Research and Development, Ministry of Health (Indonesia), 2013.

O'Neill S., Dubourg D., Florquin S., Bos M., Zewolde S., Richard F. «Men have a role to play but they don't play it»: A mixed methods study exploring men's involvement in Female Genital Mutilation in Belgium, the Netherlands and the United Kingdom. Men Speak Out Project, Brussels, 2017.

Parlement Européen 2018. Résolution du Parlement européen du 7 février 2018 sur la tolérance zéro à l'égard des mutilations génitales féminines (2017/2936(RSP)) http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P8-TA-2018-0033+0+DOC+XML+V0//FR

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 Children's Fund. Female Genital Mutilation/Cutting: A global concern. New York : UNICEF, 2016.

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.

Annexe

Prévalence générale et par tranche d'âges dans les pays où se pratique l'excision (données au 26 décembre 2017)

Pays	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Source	Prévalence générale
Bénin	2,4	6,3	9,7	11,5	13,1	12,4	18,1	MICS 2014	9,2
Burkina Faso	57,7	69,8	77,5	82,8	85,2	88,2	89,3	DHS 2010	75,8
Cameroun	0,4	2,5	1,6	1,1	1,2	1,8	2,4	DHS 2004	1,4
Central African Rep.	17,9	22,1	24,5	25,5	28,4	29,9	33,8	MICS 2010	24,2
Côte d'Ivoire	27,4	33,6	40	40,8	40	42,9	41,5	MICS 2016	36,7
Djibouti	89,5	93,7	93,3	95,9	94,7	93,1	94,4	MICS 2006	93,1
Egypte	69,6	81,6	89,2	92,6	95,4	94,9	97,1	HIS 2015	87,2
Erithrée	68,8	79,1	84,9	88,4	90,4	93	93,1	Population and health survey 2010	83
Ethiopie	47,1	58,6	67,6	75,8	75,3	75,3	75,3	DHS 2016	65,2
Gambie	76,3	74,1	73,5	73,9	76,8	74,9	75,9	DHS 2013	74,9
Ghana	1,5	1,8	3	4,4	5,5	6,6	6,4	MICS 2011	3,8
Guinée	94,5	96,5	97,3	97,3	96,6	99,1	98,7	MICS 2016	96,8
Guinée-Bissau	41,9	45,9	47,7	46,7	40,5	47,5	45,2	MICS 2014	44,9
Indonésie								Basic Health Research Survey 2013	51
Iraq	4,9	7,5	9,1	9,1	9,7	9,4	10,3	MICS 2011	8,1
Kenya	11,4	14,7	18	22,9	27,8	32,1	40,9	DHS 2014	21
Libéria	31,1	39,8	50,1	60,3	60,3	63,3	72,4	DHS 2013 member of secret society	49,8
Mali	83,1	82,7	82,9	81	82,1	84,1	83,9	MICS 2015	82,7
Mauritanie	62,5	64,1	67,9	65,5	69,1	71,5	72,5	MICS 2015	66,6
Niger	1,4	2,1	1,9	1,7	3	2,3	1,4	DHS 2012	2
Nigéria	15,3	21,7	22,9	27,4	30,4	33	35,8	DHS 2013	24,8
Ouganda	1	0,8	1,9	2,1	1,3	1,7	1,9	DHS 2011	1,4
Sénégal	20,6	22,6	22,5	23,3	25	22,2	26	DHS continue 2016	22,7
Sierra-Léone	74,3	87,5	93,2	95,8	97,5	97,4	97,8	DHS 2013	89,6
Somalie	96,7	97,9	97,9	98,8	98,9	97,9	99,1	MICS 2006	97,9
Soudan	81,7	85,7	87,6	88	86,6	91,4	91,8	MICS 2014	86,6
Tanzanie	4,7	7,3	8,1	12,8	13,4	15,4	18,7	DHS 2015-2016	10
Tchad	31,8	38,1	41,5	40,7	40,4	42,2	39,4	DHS 2014-2015	38,4
Togo	1,8	2,2	3,8	4,9	6,5	8,6	10,2	DHS 2013-2014	4,7
Yemen	16,4	16,8	16,4	20,5	23,1	22,1	22,8	DHS 2013	18,5