



# Mutilation génitale féminine/excision : Données et tendances

► ► ► **RÉVISION 2010**

**Selon les estimations, entre 100 et 140 millions de femmes et de jeunes filles** du monde ont subi une mutilation génitale ou une excision et chaque année, plus de 3 millions de filles courent le risque de subir cette pratique sur le seul continent africain.

La mutilation génitale féminine ou l'excision est généralement pratiquée sur des fillettes âgées de 4 à 12 ans, bien que certaines cultures la pratiquent dans les premiers jours suivant la naissance ou juste avant le mariage. Auparavant, la procédure était effectuée par les exciseurs traditionnels, mais une nouvelle tendance décourage cette approche dans certains pays où ce sont de plus en plus souvent des professionnels de la santé qui effectuent désormais cette procédure.

La mutilation génitale féminine ou l'excision présente des risques physiques et mentaux graves pour les femmes et les fillettes, en particulier, pour celles ayant subi des formes extrêmes de la procédure (voir l'encadré 2 pour une liste des types d'excision pratiqués). Selon une étude effectuée en 2006 par l'OMS, la pratique de la mutilation génitale féminine peut être associée à une augmentation des complications

à l'accouchement et même du nombre de décès maternels. Les autres effets secondaires relevés incluent notamment des douleurs violentes, des hémorragies, le tétanos, l'infection, la stérilité, des kystes et des abcès, l'incontinence et des problèmes d'ordre sexuel et psychologique.

La mutilation génitale féminine ou l'excision est pratiquée dans au moins 28 pays africains et quelques pays d'Asie et du Proche-Orient. Les 27 pays en développement inclus dans le tableau sont les seuls pour lesquels l'on dispose à ce stade de données collectées de manière systématique. La mutilation génitale féminine est pratiquée à tous les niveaux d'éducation et dans toutes les couches sociales, et au sein de nombreux groupes religieux (musulman, chrétien et animiste), bien qu'aucune religion ne les impose. Les taux de prévalence varient de manière considérable d'un pays à l'autre (de quelque 98 % en Somalie à moins de 1 % en Ouganda) et même à l'intérieur des pays.

Depuis le début des années 1990, la question de la mutilation génitale féminine et de l'excision est reconnue comme étant une question de santé et de droits de la personne par un nombre croissant de gouvernements africains, par la communauté internationale, par les organisations féminines et par les associations professionnelles. Les efforts déployés tant au niveau national qu'au niveau mondial pour mettre un terme à cette pratique ont appuyé l'adoption de législation ciblant les exciseurs, les professionnels de la santé et les familles qui perpétuent cette pratique, mais la volonté politique et la mise en application demeurent problématiques.

Certaines des données recueillies au cours des dernières années sont encourageantes pour ceux qui œuvrent en faveur de l'abandon des mutilations génitales féminines et de l'excision féminine dans la mesure où elles reflètent des niveaux plus faibles de cette pratique chez les femmes âgées de 15 à 19 ans.

## Encadré 1

### Décodage des termes : mutilation, ablation ou circoncision ?

La mutilation génitale féminine/l'excision, que l'on appelle aussi la circoncision féminine, l'excision génitale féminine et la mutilation génitale féminine, recouvre toutes les interventions incluant l'ablation ou l'altération des organes génitaux féminins pour des raisons sociales et non médicales.

L'expression « circoncision féminine » était couramment utilisée pendant de nombreuses années pour décrire cette pratique ; cependant, ce terme a pour l'essentiel été abandonné en raison de l'analogie suggérée à la circoncision masculine. Diverses communautés continuent cependant à se servir de cette expression parce qu'elle représente une traduction littérale de la terminologie employée dans leur propre langue. La mutilation génitale féminine et l'ablation représentent une procédure beaucoup plus nocive et invasive que la circoncision masculine. La mutilation génitale féminine est souvent perçue comme une méthode permettant de décourager les rapports sexuels avant le mariage et de

préserver la virginité prénuptiale.

L'expression « mutilation génitale féminine » est celle qu'emploient le plus souvent les défenseurs des droits de la femme et de la santé féminine qui cherchent à mettre en évidence les dommages causés par cette procédure.

Vers le milieu des années 1990, de nombreuses organisations ont décidé de se servir de l'expression plus neutre d'« excision féminine », craignant que l'expression « mutilation génitale féminine », plus négative et péjorative, soit moins propice à la discussion et à une collaboration en faveur de l'abandon de cette pratique. L'Agence des Etats-Unis pour le Développement international emploie de nos jours l'expression « mutilation génitale féminine/excision » (MGF/E).

Sources : Anika Rahman et Nahid Toubia, *Female Genital Mutilation: A Guide to Laws and Policies Worldwide* (Londres et New York : Zed Books, 2000) : 4 ; et *Abandonner la mutilation génitale féminine/excision : Informations du monde entier* (Washington, DC : PRB, 2005).

## Encadré 2

### Types de mutilation génitale féminine/excision

La mutilation génitale féminine et l'excision recouvrent l'ensemble des interventions incluant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme. L'appareil génital féminin externe inclut la vulve qui comprend les grandes et petites lèvres, ainsi que le clitoris couvert de son prépuce à l'avant des orifices urinaires et vaginaux.

En 2007, l'Organisation mondiale de la santé a classé les mutilations génitales féminines en quatre grandes catégories :

**Type 1 ou clitoridectomie :** Ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du prépuce.

**Type 2 ou excision :** Ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres.

**Type 3 ou infibulation :** Rétrécissement de l'orifice vaginal par la création d'une fermeture réalisée en coupant et en repositionnant les

lèvres intérieures et parfois extérieures, avec ou sans ablation du clitoris.

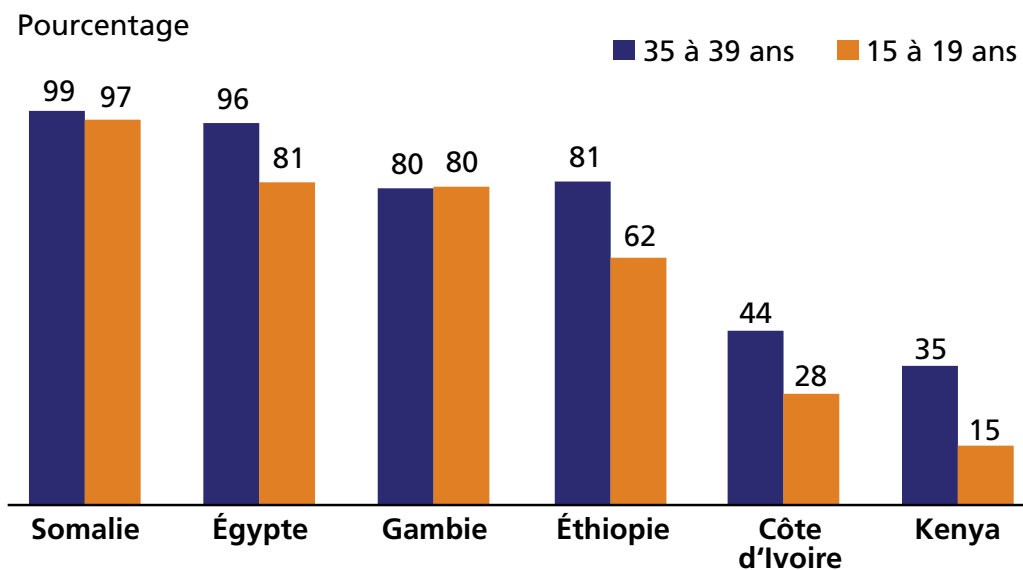
**Type 4 ou non classé :** Toute autre procédure néfaste au niveau des organes génitaux de la femme à des fins non médicales, par exemple, piquer, percer, inciser, racler et cautériser les organes génitaux.

Note : Les questionnaires utilisés à l'heure actuelle pour les Enquêtes démographiques et de santé ne font pas la distinction entre les mutilations génitales féminines de types I et II, mais distinguent entre les femmes et les jeunes filles ayant subi une mutilation génitale, s'il y a eu ou non ablation des tissus, et s'il y a eu ou non obturation des tissus par suture.

Source : Organisation mondiale de la santé, *Éliminer les mutilations génitales féminines : Déclaration interinstitutions*, OHCHR, ONUSIDA, PNUD, UNECA, UNESCO, FNUAP, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, OMS (Genève : OMS, 2008) : 23.

### Prévalence de la mutilation génitale féminine et de l'excision parmi les populations de femmes plus jeunes et plus âgées

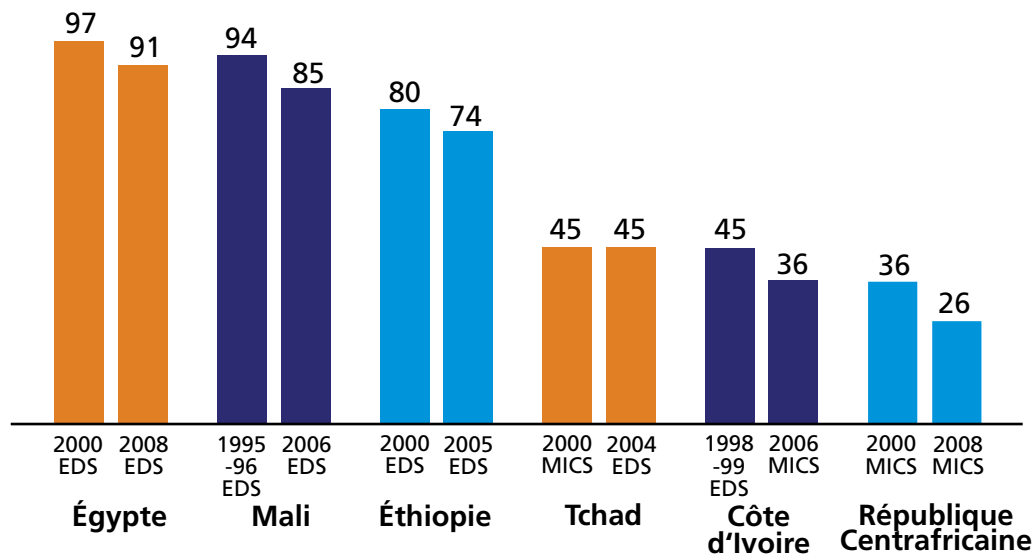
Bien qu'il n'existe dans certains pays qu'une différence minimale entre les taux de prévalence enregistrés chez les femmes plus âgées (35 à 39 ans) et plus jeunes (15 à 19 ans), dans d'autres — notamment l'Éthiopie, la Côte d'Ivoire et le Kenya — la différence est beaucoup plus marquée. Il peut s'agir d'une indication de l'abandon progressif de cette pratique.



## Tendances de la prévalence de la mutilation génitale féminine et de l'excision

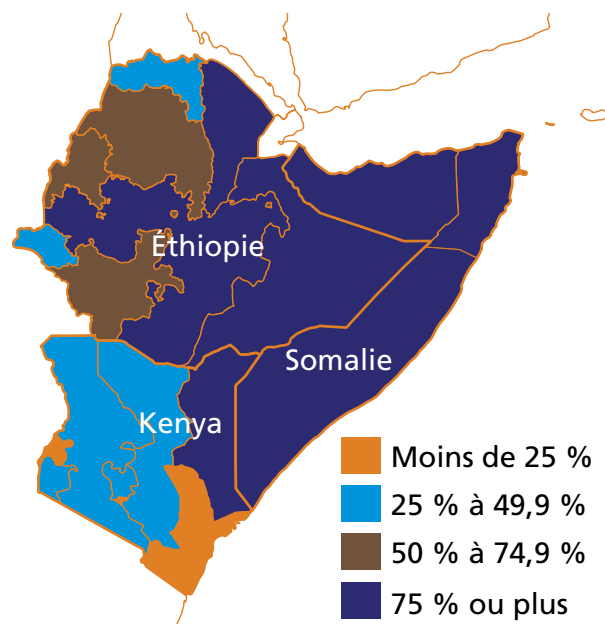
Au cours des 10 dernières années, une tendance à la baisse des pourcentages de femmes subissant cette pratique dans certains pays semble indiquer une renonciation graduelle à la mutilation génitale féminine, bien que, dans d'autres pays, l'on n'ait enregistré jusqu'à présent que peu — voire pas — de changement notable.

Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans, par année d'enquête



## Variations au sein d'un pays et d'un pays à un autre

Le seul examen des taux nationaux de prévalence peut dissimuler des variations d'une région à l'autre au sein d'un même pays. La mutilation génitale féminine est fréquemment le reflet de l'ethnicité ou des interactions sociales entre les communautés de part et d'autre des frontières nationales.



## Mutilation génitale féminine/excision : Données et tendances

	Source des données		Prévalence par âge (%)		
			15-49	15-19	35-39
Bénin	EDS	2006	12,9	7,9	16,3
Burkina Faso	MICS	2006	72,5	59,7	79,8
Cameroun	EDS	2004	1,4	0,4	1,2
Côte d'Ivoire	MICS	2006	36,4	28,0	43,8
Djibouti	MICS	2006	93,1	—	—
Égypte	EDS	2008	91,1	80,7	96,4
Érythrée	EDS	2002	88,7	78,3	92,6
Éthiopie	EDS	2005	74,3	62,1	81,2
Gambie	MICS	2005/06	78,3	79,9	79,5
Ghana	MICS	2006	3,8	1,4	5,7
Guinée	EDS	2005	95,6	89,3	98,6
Guinée-Bissau	MICS	2006	44,5	43,5	48,6
Kenya	EDS	2008-09 <sup>c</sup>	27,1	14,6	35,1
Libéria	EDS	2007	58,2	35,9	66,7
Mali	EDS	2006	85,2	84,7	84,9
Mauritanie	MICS	2007	72,2	68,0	75,4
Niger	EDS	2006	2,2	1,9	2,9
Nigeria	EDS	2008 <sup>d</sup>	29,6	21,7	33,9
Ouganda	EDS	2006	0,6	0,5	0,8
Rép. Centrafricaine	MICS	2008	25,7	18,7	29,8
Sénégal	EDS	2005	28,2	24,8	30,5
Sierra Leone	MICS	2006	94,0	81,1	97,5
Somalie	MICS	2006	97,9	96,7	98,9
Tanzanie	EDS	2004/05	14,6	9,1	16,0
Tchad	EDS	2004	44,9	43,4	46,2
Togo	MICS	2006	5,8	1,3	9,4
Yémen	PAPFAM	2003	38,2	—	—

## Mutilation génitale féminine/excision : Données et tendances

	Source des données		Prévalence par zone géographique (%)			
			Zone urbaine	Zone rurale	Région à plus faible prévalence	Région à plus forte prévalence
Bénin	EDS	2006	9,3	15,4	0,1	58,8
Burkina Faso	MICS	2006	76,0	71,2	—	—
Cameroun	EDS	2004	0,9	2,1	0,0	5,4
Côte d'Ivoire	MICS	2006	33,9	38,9	12,6	88,0
Djibouti	MICS	2006	93,1	95,5	—	—
Égypte	EDS	2008	85,1	95,5	66,3	92,9
Érythrée	EDS	2002	86,4	90,5	81,5	97,7
Éthiopie	EDS	2005	68,5	75,5	27,1	97,3
Gambie	MICS	2005/06	72,2	82,8	44,8	99,0
Ghana	MICS	2006	1,7	5,7	0,5	56,1
Guinée	EDS	2005	93,9	96,4	86,4	99,8
Guinée-Bissau	MICS	2006	39,0	48,2	28,7	92,7
Kenya	EDS	2008-09 <sup>c</sup>	16,5	30,6	0,8	97,5
Libéria	EDS	2007	39,5	72,0	0,9	86,6
Mali	EDS	2006	80,9	87,4	0,9	98,3
Mauritanie	MICS	2007	59,7	84,1	26,6	98,1
Niger	EDS	2006	2,1	2,3	0,1	12,0
Nigeria	EDS	2008 <sup>d</sup>	36,8	25,6	2,7	53,4
Ouganda	EDS	2006	0,2	0,7	0,1	2,4
Rép. Centrafricaine	MICS	2008	20,9	29,3	5,5	76,9
Sénégal	EDS	2005	21,7	34,4	1,8	93,8
Sierra Leone	MICS	2006	86,4	97,0	80,8	97,0
Somalie	MICS	2006	97,1	98,4	94,4	99,2
Tanzanie	EDS	2004/05	7,2	17,6	0,8	57,6
Tchad	EDS	2004	47,0	44,4	3,5	92,2
Togo	MICS	2006	4,1	7,3	1,0	22,7
Yémen	PAPFAM	2003	33,1	40,7	—	—

## Mutilation génitale féminine/excision : Données et tendances

	Source des données		Types de MGF/E (%)		
			Incision, pas d'ablation	Ablation	Suturage
Bénin	EDS	2006	0,6 <sup>a</sup>	97,5 <sup>a</sup>	3,9 <sup>a, b</sup>
Burkina Faso	MICS	2006	0,7	89,5	3,8
Cameroun	EDS	2004	4,0	85,0	5,0
Côte d'Ivoire	MICS	2006	6,1	80,0	5,7
Djibouti	MICS	2006	24,9	6,4	67,2
Égypte	EDS	2008	—	—	—
Érythrée	EDS	2002	46,0	4,1	38,6
Éthiopie	EDS	2005	—	—	6,1
Gambie	MICS	2005/06	—	—	—
Ghana	MICS	2006	—	—	—
Guinée	EDS	2005	1,7	86,4	9,3
Guinée-Bissau	MICS	2006	0,8	91,7	3,2
Kenya	EDS	2008-09 <sup>c</sup>	—	—	—
Libéria	EDS	2007	—	—	—
Mali	EDS	2006	3,0	75,8	10,2
Mauritanie	MICS	2007	—	73,9	3,2
Niger	EDS	2006	0,8 <sup>a, b</sup>	90,5 <sup>a, b</sup>	13,3 <sup>a, b</sup>
Nigeria	EDS	2008 <sup>d</sup>	3,0	45,4	5,3
Ouganda	EDS	2006	—	—	—
Rép. Centrafricaine	MICS	2008	—	92,4	3,3
Sénégal	EDS	2005	0,2	82,7	11,9
Sierra Leone	MICS	2006	—	—	—
Somalie	MICS	2006	1,3	15,2	79,3
Tanzanie	EDS	2004/05	1,9	91,3	2,0
Tchad	EDS	2004	19,4	74,7	2,4
Togo	MICS	2006	7,7	85,7	1,7
Yémen	PAPFAM	2003	—	—	—

## Mutilation génitale féminine/excision : Données et tendances

	Source des données		Intervention traditionnelle (%)	Intervention médicale (%)	Législation nationale
Bénin	EDS	2006	99,0	0,6	●
Burkina Faso	MICS	2006	—	—	●
Cameroun	EDS	2004	89,0	4,0	◐
Côte d'Ivoire	MICS	2006	95,2 <sup>b</sup>	0,5 <sup>b</sup>	●
Djibouti	MICS	2006	—	—	●
Égypte	EDS	2008	66,3	31,9	●
Érythrée	EDS	2002	94,5	0,6	●
Éthiopie	EDS	2005	—	—	●
Gambie	MICS	2005/06	—	—	○
Ghana	MICS	2006	—	—	●
Guinée	EDS	2005	88,7	10,0	●
Guinée-Bissau	MICS	2006	—	—	◐
Kenya	EDS	2008-09 <sup>c</sup>	—	—	●
Libéria	EDS	2007	—	—	○
Mali	EDS	2006	91,7	2,5	◐
Mauritanie	MICS	2007	—	—	●
Niger	EDS	2006	97,0	0,5	●
Nigeria	EDS	2008 <sup>d</sup>	73,6	8,9	○
Ouganda	EDS	2006	—	—	●
Rép. Centrafricaine	MICS	2008	—	—	●
Sénégal	EDS	2005	92,5	0,6	●
Sierra Leone	MICS	2006	—	—	○
Somalie	MICS	2006	—	—	○
Tanzanie	EDS	2004/05	89,1 <sup>b</sup>	2,0 <sup>b</sup>	●
Tchad	EDS	2004	94,2	2,7	◐
Togo	MICS	2006	—	—	●
Yémen	PAPFAM	2003	—	—	○

## Définitions et notes

**Intervention Médicale** signifie une MGF/E faite par un professionnel de la santé, y compris les docteurs, infirmières et sages-femmes.

**Intervention Traditionnelle** signifie une MGF/E faite par un prestataire traditionnel, y compris les spécialistes locaux qui font des circoncisions, les aides traditionnelles à l'accouchement et les femmes plus âgées sans fonction spécifique.

**Lois Nationales :** ● = Lois qui interdisent plus spécifiquement la pratique de la MGF/E ; ○ = Pas de lois ; ◐ = Il n'existe pas de lois spécifiques mais des remarques générales dans les codes de criminalité ont été ou peuvent être appliquées à la MGF/E.

— Données non disponibles.

<sup>a</sup> Un Total pour les types de MGF/E dépasse les 100 pour cent à cause de réponses multiples.

<sup>b</sup> Tabulations spéciales par le personnel de PRB.

<sup>c</sup> Rapport préliminaire.

<sup>d</sup> Les données de MGF/E tirées de l'Enquête Démographique et de Santé de 2008 devraient être utilisées avec précaution car la définition de la MGF/E n'était pas utilisée de façon consistante par les intervieweurs dans toutes les régions.

## Sources

**Principales sources d'enquête :** Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) ; Enquêtes de Multiples Indicateurs en Grappe (MICS), UNICEF ; et Projet Pan-Arabe pour la Santé de la Famille (PAPFAM).

### Autres sources :

Centre pour les Droits de la Reproduction, *Mutilation Génitale Féminine (MGF) ; Interdictions Légales de par le Monde* (New York, NY : 2008).

Comité Inter-Africain sur les Pratiques Traditionnelles, *Instruments Internationaux, Régionaux et Légaux pour la Protection des Femmes et Filles contre la MGF*, consulté en ligne à [www.iac-ciaf.net](http://www.iac-ciaf.net) le 6 janvier 2010.

Union Inter-Parlementaire, *Législation et Autres Provisions Nationales*, consulté en ligne à [www.ipu.org/wmn-e/fgm-prov-b.htm](http://www.ipu.org/wmn-e/fgm-prov-b.htm) le 8 janvier 2010.

Population Reference Bureau, *L'Abandon de la Mutilation Génitale Féminine/Excision Informations du Monde Entier*, CD-ROM (Washington, DC : PRB, 2005).

UNICEF, *Mutilation Génitale Féminine/Excision : Exploration Statistique* (Novembre 2005).

Réseau de Rapports des Nations-Unies, *Législation MGF de 25 pays africains — Mutilation Génitale Féminine*, consulté en ligne à [http://wunrn.com/news/2006/11\\_06\\_06/11206\\_fgm\\_legislation.htm](http://wunrn.com/news/2006/11_06_06/11206_fgm_legislation.htm), le 8 janvier 2010.

Organisation Mondiale de la Santé, *Éliminer la Mutilation Génitale Féminine : Une déclaration inter-agences* (Genève : OMS, 2008).

Organisation Mondiale de la Santé, *Mutilation Génitale Féminine*, Fiche de Données No. 241 (Genève : OMS, mai 2008).  
P. Stanley Yoder et Shane Khan, *Numbers of Women Circumcised in Africa: The Production of a Total* (Calverton, MD : ORC Macro, mars 2008).

P. Stanley Yoder, N. Abderrahim, et A. Zhuzhuni, "Female Genital Cutting in the Demographic and Health Surveys: A Critical and Comparative Analysis," *DHS Comparative Reports No. 7* (Calverton, MD : ORC Macro, septembre 2004).

## Remerciements

Auteurs : Charlotte Feldman-Jacobs et Donna Clifton

Remerciements spécifiques à Ellen Carnevale, Jay Gribble, Sarah Harbison, Sandra Jordan, Toshiko Kaneda, Mary Mederios Kent, Kelvin Pollard, Richard Skolnik et Rhonda Smith.

Photo de couverture : Pep Bonet/Noor Images

Le financement pour cette publication a été fourni par l'Agence des États-Unis pour le Développement International, sous l'égide du Projet BRIDGE (Accord de Coopération GPO-A-00-03-00004-00). Les contenus sont de la responsabilité du Population Reference Bureau et ne reflètent pas forcément les points de vue d'USAID ou du Gouvernement des États-Unis.



**USAID**  
DU PEUPLE AMÉRICAIN

**BRIDGE**



Pour commander des exemplaires de la présente publication, veuillez contacter le Population Reference Bureau, 1875 Connecticut Ave., NW, Suite 520, Washington, DC 20009-5728

tél. 202-483-1100 ; fax 202-328-3937 ; courriel : [prborders@prb.org](mailto:prborders@prb.org) ; [www.prb.org](http://www.prb.org).

© 2010 Population Reference Bureau. Tous droits réservés.