



POPULATION RÉFÉRENCE BUREAU

Mutilations génitales féminines/ Excision : Données et tendances

▶ ▶ ▶ **MISE À JOUR DE 2017**

Les mutilations génitales féminines et l'excision (MGF/E) sont des pratiques néfastes

qui se produisent dans le monde entier. Ce document présente des informations actualisées sur la prévalence et le contexte des MGF/E à l'intérieur des 29 pays pour lesquels des données représentatives et comparables sont disponibles. La prévalence des MGF/E varie grandement, allant d'environ 1% de femmes au Cameroun et en Ouganda à plus de 95% en Guinée et en Somalie, avec des variations en termes de prévalence à l'intérieur même des pays.

Les MGF/E font encourir aux femmes et aux jeunes filles des risques graves sur le plan de leur santé physique et mentale, notamment un plus grand nombre de complications à l'accouchement et un nombre accru de décès maternels. Parmi les autres conséquences de ces pratiques figurent des douleurs sévères, des hémorragies, le tétanos, des infections, l'infécondité, des kystes et des abcès, l'incontinence urinaire, et des problèmes sexuels et psychologiques.

Les MGF/E sont de plus en plus reconnues comme une question de santé et de droits humains par les gouvernements, la communauté internationale, les organisations militant pour les droits des femmes et les associations professionnelles. Les efforts entrepris à l'échelle mondiale et nationale pour mettre fin aux MGF/E ont abouti à l'instauration croissante de lois interdisant cette pratique. Ainsi, sur les 29 pays figurant dans ce document, 24 disposent de lois ou de décrets au niveau national ou infranational prohibant les MGF/E.

Les efforts visant à mettre un terme aux MGF/E ont contribué à une réduction de leur prévalence. Des estimations actualisées ont été publiées pour 16 pays depuis 2014. Dans douze d'entre eux, les MGF/E parmi les femmes âgées de 15 à 49 ans ont décliné par rapport à des enquêtes réalisées entre 2003 et 2011. Bien que cette pratique soit souvent réalisée sur des jeunes filles entre la naissance et l'âge de 15 ans, les taux de prévalence plus faibles chez les jeunes femmes suggèrent que les efforts en matière d'abandon commencent à produire des résultats. Dans un tiers des pays pour lesquels des données sont disponibles, les MGF/E sont moitié moins fréquentes parmi les femmes âgées de 15 à 19 ans que chez celles âgées de 45 à 49 ans.

Les MGF/E sont fortement associées à l'ethnicité et sont pratiquées dans bon nombre de groupes religieux, bien qu'aucune religion ne les impose. Les réseaux sociaux et les normes communautaires peuvent jouer un rôle considérable dans les décisions individuelles et familiales concernant la poursuite de cette pratique. Les jeunes filles dont les mères sont plus éduquées et celles vivant dans des zones urbaines sont moins susceptibles de subir des MGF/E. Au Cameroun, au Ghana et en Tanzanie, le taux de prévalence est multiplié par plus de deux dans les zones rurales.

Bon nombre de personnes au sein des collectivités militent pour l'abolition de cette pratique. Dans 19 pays sur 27, plus de la moitié des femmes soutiennent l'abolition des MGF/E. Bien que la question soit moins souvent posée aux hommes, dans les pays où ils sont interrogés, ces personnes soutiennent également, dans leur majorité, l'abolition de cette pratique.



POPULATION RÉFÉRENCE BUREAU

1875 Connecticut Ave., NW, Suite 520

Washington, DC 20009 USA

+1 (202) 483-1100 / popref@prb.org / www.prb.org

PRB on:   @PRBdata

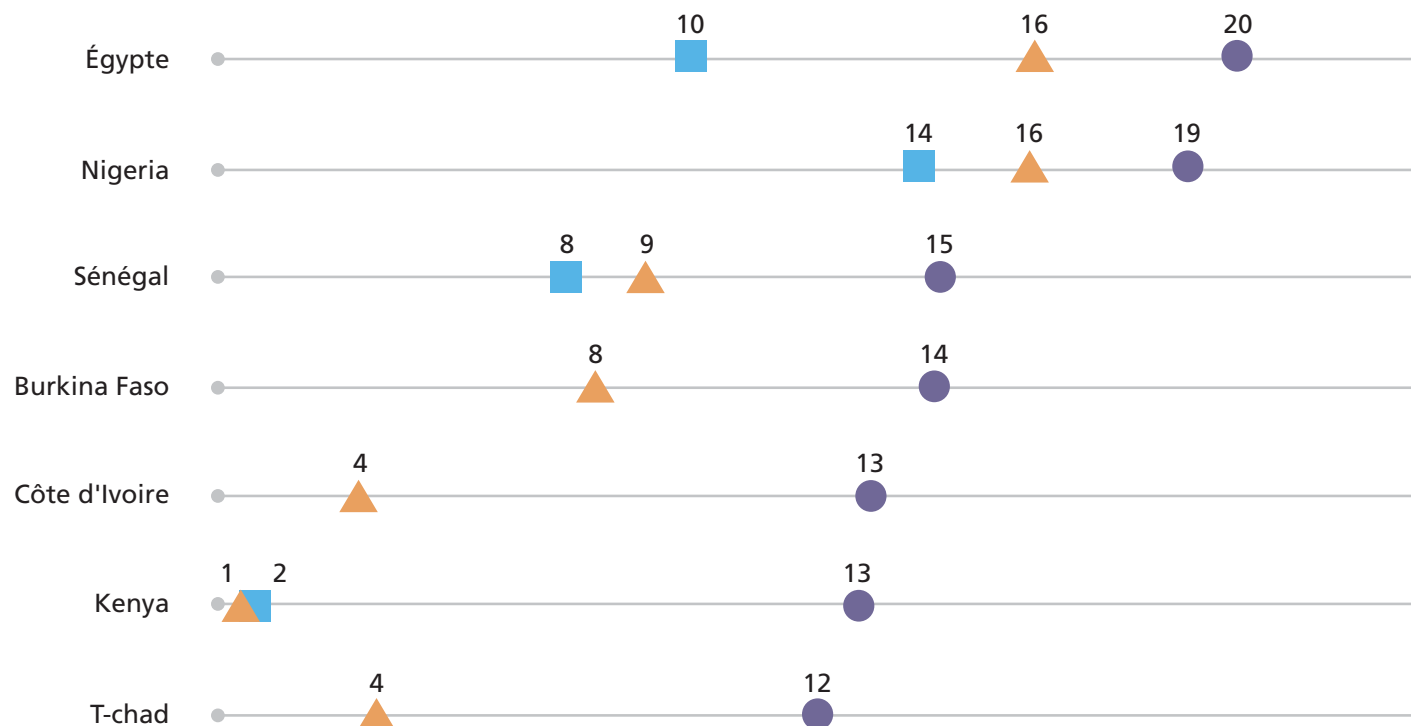
Les jeunes filles dont les mères sont éduquées sont moins susceptibles d'être excisées

Dans bon nombre de pays, les filles de femmes ayant été scolarisées sont moins susceptibles de subir des MGF/E que les filles dont les mères ne sont pas allées à l'école. Là où des données sont disponibles, la différence entre une forme quelconque de scolarisation et l'absence d'éducation semble être plus prononcée que la différence entre l'enseignement primaire et l'enseignement secondaire, ce qui laisse à penser que même un faible niveau de scolarisation pourrait protéger les jeunes filles des MGF/E.

Pourcentage de jeunes filles (0 à 14 ans) ayant subi des MGF/E

Éducation de la mère

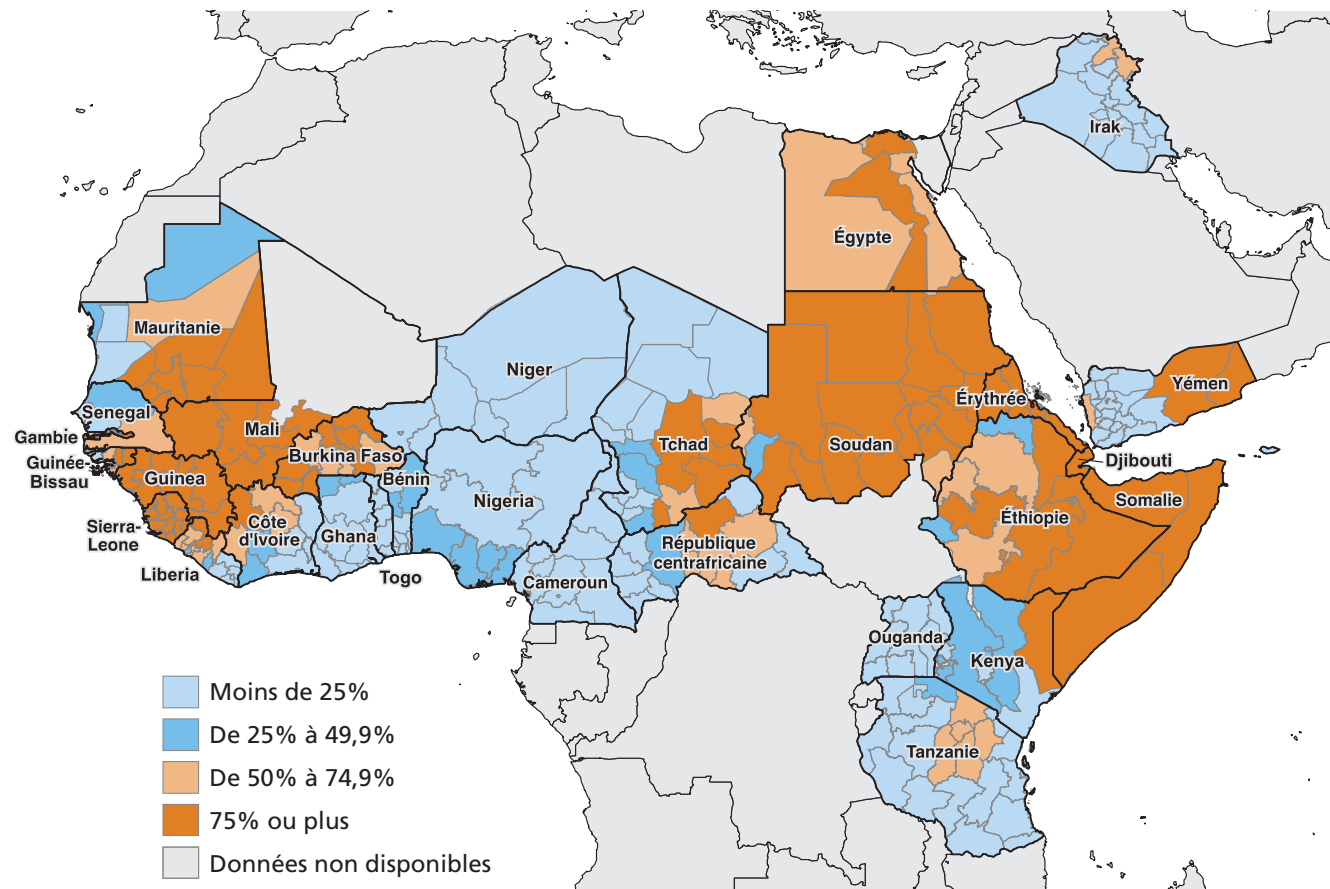
● Pas d'éducation ▲ Primaire ■ Secondaire



La prévalence des MGF/E varie à l'intérieur des pays et entre eux

Des estimations à l'échelle infranationale montrent que la prévalence des MGF/E varie presque autant à l'intérieur des pays qu'entre eux. Ainsi, la prévalence des MGF/E dans certaines régions du Yémen dépasse les 75%, tandis qu'elle se maintient à moins de 25% dans la plupart du pays. Dans certains pays, comme la Somalie et le Niger, aucune variation à l'échelle locale n'est observée.

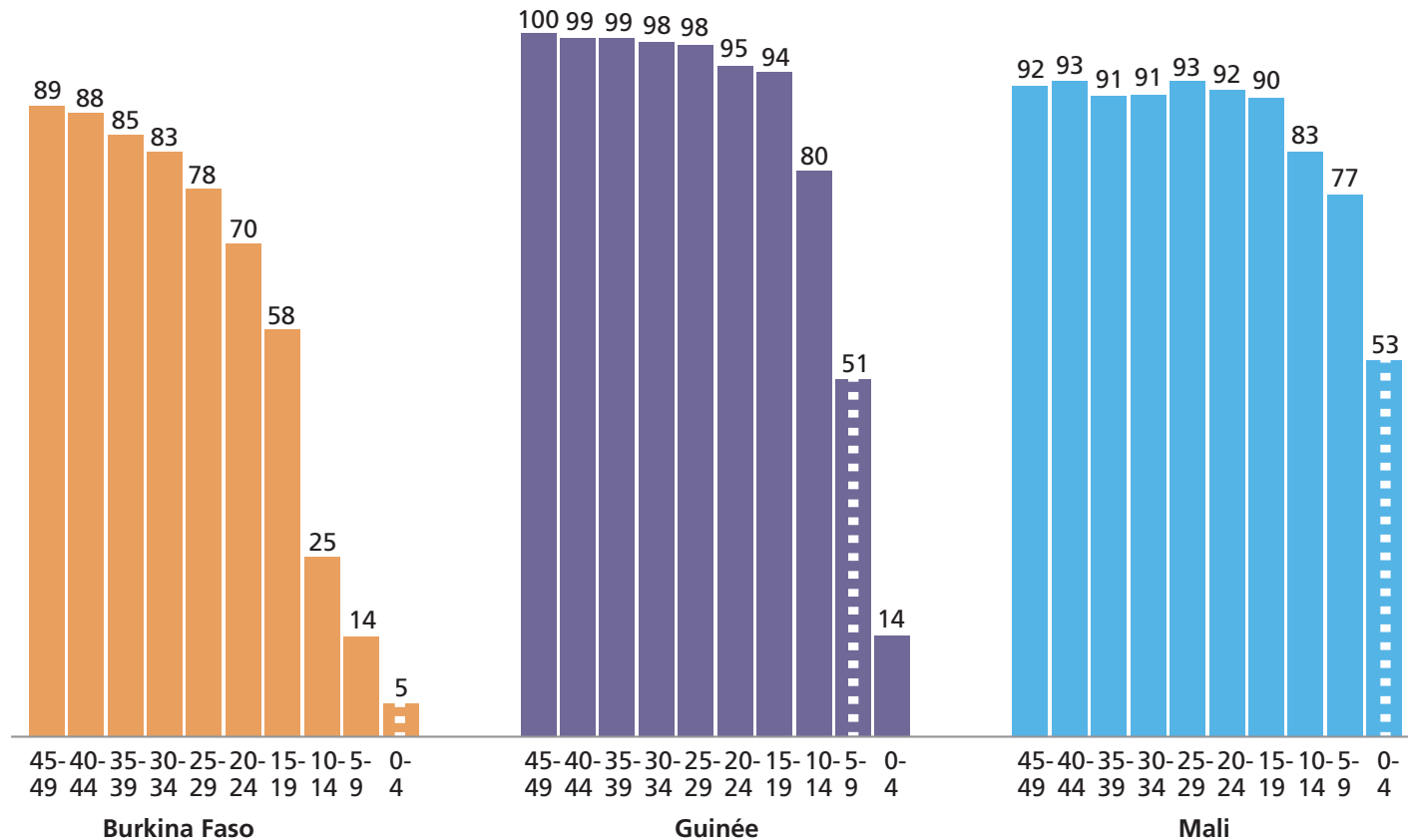
Prévalence des MGF/E chez les femmes âgées de 15 à 49 ans (%)



La prévalence des MGF/E diminue parmi les groupes d'âge les plus jeunes

Alors que près de l'ensemble des femmes de 40 ans et plus ont subi des MGF/E au Burkina Faso, au Mali et en Guinée (soit les trois pays avec la prévalence la plus élevée parmi ceux disposant de données), ce taux de prévalence a connu une baisse importante chez les femmes plus jeunes. Au Burkina Faso, où les MGF/E se produisent généralement avant l'âge de 5 ans, le faible taux de prévalence parmi les jeunes filles suggère que cette pratique commence à être délaissée.

Pourcentage de femmes et de jeunes filles (0 à 49 ans) ayant subi des MGF/E



Indique l'âge le plus fréquent auquel les femmes ont subi des MGF/E

Les données suggèrent une forte prévalence des MGF/E en Indonésie

En Indonésie, une enquête réalisée par le ministère de la Santé en 2014 a présenté des estimations très élevées de la prévalence des MGF/E. Bien que représentative à l'échelle nationale, cette enquête n'évaluait que le taux de prévalence chez les jeunes filles âgées de 0 à 11 ans. Dès lors, ces données ne peuvent être comparées à celles d'autres pays figurant dans cette publication. Cette enquête a souligné que 49% des jeunes filles âgées de moins de 12 ans avaient été obligées de subir des MGF/E, la plupart avant l'âge de six mois. Contrairement à d'autres pays, le taux de prévalence est supérieur dans les zones urbaines (57% contre 46% dans les zones rurales) et davantage marqué dans le quintile le plus riche que dans le quintile le plus pauvre (53% contre 45%). Le contexte juridique entourant les MGF/E en Indonésie a considérablement évolué au cours de la dernière décennie. En 2008, une fatwa du Conseil des oulémas indonésiens a préconisé que les jeunes musulmanes soient sujettes à des MGF/E, tout en se prononçant contre les formes les plus excessives de cette pratique. Entre 2010 et 2014, le ministère de la Santé a autorisé des professionnels de la santé à réaliser des MGF/E si la demande leur en était faite. Bien que cette réglementation ait été abrogée en 2014, l'Indonésie ne sanctionne pas les personnes perpétrant des MGF/E.

Sources: National Institute of Health Research and Development, Ministry of Health, Indonesia, Indonesia Basic Health Research, 2013. UNICEF, Female Genital Mutilation/Cutting Country Profiles: Indonesia, 2016.

Types de mutilations génitales féminines/Excision :

Les mutilations génitales féminines et l'excision (MGF/E) renvoient à un large éventail d'opérations impliquant le retrait partiel ou total de l'appareil génital féminin. L'organe génital externe chez la femme est constitué de la vulve qui comprend les grandes lèvres et petites lèvres, et du clitoris couvert de son prépuce à l'avant des orifices urinaires et vaginaux.

En 2007, l'Organisation mondiale de la santé a classé les MGF/E en quatre grandes catégories :

Type 1 ou clitoridectomie : Ablation partielle ou totale du clitoris et/ou de son 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 petites lèvres et ou les grandes lèvres avec ou sans excision du clitoris.

Type 4 ou non classé : Tout autre type de procédures nuisibles à l'appareil génital féminin à des fins non médicales, par exemple en piquant, en perçant, en incisant, en raclant et en cautérisant les organes génitaux.

Note: À l'heure actuelle, les questionnaires utilisés dans le cadre des Études démographiques et de santé et des enquêtes par grappes à indicateurs multiples ne différencient pas les Types I et II mais établissent une distinction entre les jeunes filles et les femmes ayant subi une mutilation génitale, s'il y a eu ou non une 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 sexuelles féminines : Déclaration interinstitutions (Genève : OMS, 2008) : 23.

POPULATION RÉFÉRENCE BUREAU

	Enquête/Année		Prévalence par âge (%)			Prévalence par zone géographique (%)				Loi nationale
			15 à 49 ans	15 à 19 ans	45 à 49 ans	Urbain	Rural	Région la plus élevée	Région la plus faible	
Bénin	DHS	2011-12	7,3	2,0	12,0	5,5	8,8	41,1	0,0	●
Burkina Faso	DHS	2010	75,8	57,7	89,3	68,7	78,4	89,5	54,8	●
Cameroun	DHS	2004	1,4	0,4	2,4	0,9	2,1	5,4	0,0	○
République centrafricaine	MICS	2010	24,2	17,9	33,8	18,1	28,7	76,6	3,3	●
Tchad	DHS	2014-15	38,4	31,8	39,4	40,1	37,9	96,1	0,7	●
Côte d'Ivoire	DHS	2011-12	38,2	31,3	46,9	37,7	38,8	79,5	12,2	●
Djibouti	MICS	2006	93,1	89,5	94,4	93,1	95,5	94,9	92,9	●
Egypte	DHS	2015	87,2	69,6	97,1	77,4	92,6	94,7	74,5	●
Érythrée	DHS	2002	88,7	78,3	95,0	86,4	90,5	97,7	81,5	●
Ethiopie	DHS	2016	65,2	47,1	–	53,9	68,4	98,5	24,2	●
Gambie	DHS	2013	74,9	76,3	75,9	71,6	79,1	96,7	47,4	●
Ghana	MICS	2011	3,8	1,5	6,4	2,5	5,3	41,1	0,4	●
Guinée	DHS	2012	96,9	94,0	99,6	96,8	97,0	100,0	87,1	●
Guinée Bissau	MICS	2014	44,9	41,9	45,2	39,8	50,1	96,3	4,5	●
Irak	MICS	2011	8,1	4,9	10,3	9,0	5,8	57,5	0,0	● ^a
Kenya	DHS	2014	21,0	11,4	40,9	13,8	25,9	97,5	0,8	●
Libéria*	DHS	2013	44,4	26,4	66,0	37,3	55,6	68,1	3,2	○
Mali	DHS	2012-13	91,4	90,3	92,1	90,5	91,8	94,7	88,4	○
Mauritanie	MICS	2011	69,4	65,9	75,2	57,2	80,5	98,9	19,9	●
Niger	DHS	2012	2,0	1,4	1,4	1,2	2,1	9,2	0,1	●
Nigeria	DHS	2013	24,8	15,3	35,8	32,3	19,3	49,0	2,9	● ^b
Ouganda	DHS	2011	1,4	1,0	1,9	1,4	1,4	4,8	0,2	●
Sénégal	DHS	2014	24,7	21,1	25,7	21,9	27,9	69,4	6,3	●
Sierra Leone	DHS	2013	89,6	74,3	97,8	80,9	94,3	97,1	74,1	○
Somalie	MICS	2006	97,9	96,7	99,1	97,1	98,4	99,2	94,4	○
Soudan	MICS	2014	86,6	81,7	91,8	85,5	87,2	97,7	45,4	● ^b
Tanzanie	DHS	2015-16	10,0	4,7	18,7	5,3	12,7	57,7	0,0	●
Togo	DHS	2013-14	4,7	1,8	10,2	3,4	5,7	17,4	0,4	●
Yémen	DHS	2013	18,5	16,4	22,8	17,1	19,2	84,7	0,3	●

POPULATION RÉFÉRENCE BUREAU

	Types de MGF/E (%)				Praticien (%)			Si cette pratique doit être abolie (%)		Loi nationale
	Incision, pas d'ablation	Ablation de chair	Suture	Non déterminé	Réalisation traditionnelle	Réalisation médicale	Autre/ Inconnu	Femmes	Hommes	
Bénin	5,6	68,9	12,5	13,1	97,4	0,2	2,4	92,2	88,8	●
Burkina Faso	16,6	76,8	1,2	5,4	97,2	0,2	2,6	89,9	86,9	●
Cameroun	3,7	84,8	4,6	6,9	92,9	4,4	2,7	84,1	84,6	○
République centrafricaine	19,8	70,2	7,0	3,3	95,2	1,9	2,9	75,2	–	●
Tchad	39,2	42,5	9,4	8,8	94,9	0,9	4,2	45,1	–	●
Côte d'Ivoire	4,7	71,1	8,7	15,6	94,9	0,3	4,8	81,5	82,1	●
Djibouti	24,9	6,4	67,2	1,5	93,8	5,5	0,6	51,0	–	●
Egypte	–	–	–	–	56,0	42,4	1,5	37,5	27,9	●
Érythrée	46,0	4,1	38,6	11,3	92,2	0,6	7,2	48,7	–	●
Ethiopie	2,7	79,2	6,5	11,6	–	–	–	–	–	●
Gambie	0,2	85,2	–	14,6	96,9	0,3	2,8	33,4	–	●
Ghana	5,3	73,7	7,9	13,2	88,6	1,0	10,4	94,2	–	●
Guinée	5,5	84,1	7,5	2,9	81,1	15,4	3,6	21,2	38,0	●
Guinée Bissau	0,8	86,8	6,0	6,5	–	–	–	81,4	–	●
Irak	–	–	–	–	34,7	6,5	58,8	87,7	–	● ^a
Kenya	1,6	87,2	9,3	1,9	83,3	14,8	1,9	92,5	88,8	●
Libéria*	–	–	–	–	–	–	–	–	–	○
Mali	14,6	48,9	10,6	25,9	90,9	0,7	8,4	18,3	11,9	○
Mauritanie	3,5	68,6	–	28,0	90,2	1,5	8,4	52,8	–	●
Niger	7,2	78,4	6,3	8,1	95,9	0,0	4,0	82,4	90,6	●
Nigeria	5,8	62,6	5,3	26,3	79,5	12,7	7,9	64,3	62,1	● ^b
Ouganda	–	–	–	–	–	–	–	82,6	–	●
Sénégal	14,2	50,5	12,1	23,2	100,0	–	–	80,7	79,2	●
Sierra Leone	0,5	75,2	9,0	15,3	95,0	0,8	4,2	22,7	40,3	○
Somalie	1,3	15,2	79,3	4,2	–	–	–	32,8	–	○
Soudan	2,2	16,3	77,0	4,5	–	–	–	52,8	–	● ^b
Tanzanie	3,2	81,1	6,6	9,1	–	–	–	95,0	–	●
Togo	12,2	62,6	15,4	9,8	94,8	0,4	4,8	94,7	95,6	●
Yémen	7,0	89,7	–	3,3	92,8	2,9	4,3	75,4	–	●

Définitions et remarques

*Au Liberia, il n'a été demandé qu'aux jeunes filles et aux femmes ayant entendu parler de la société Sande si elles étaient membres. Cette démarche nous a permis d'obtenir des informations indirectes sur les MGF/E dans la mesure où ces pratiques sont réalisées durant le rite d'initiation à cette société.

Le terme « **réalisation médicale** » fait référence aux MGF/E effectuées par un professionnel de santé, notamment un médecin, une infirmière ou une sage-femme.

Le terme « **réalisation traditionnelle** » renvoie aux MGF/E réalisées par des tradithérapeutes, notamment des spécialistes locaux connus comme pratiquant des circoncisions, des accoucheuses traditionnelles et des femmes plus âgées sans désignation particulière.

La catégorie Autre/Inconnu regroupe les parents et amis.

Loi/décret à l'échelle nationale : ● = Lois ou décrets liés à la pratique des MGF/E. ○ = Pas de lois ou de décrets.

— Données non disponibles.

^a Région du Kurdistan uniquement.

^b Limité à certains États.

Sources

ICF International, Études démographiques et de santé (EDS).

UNICEF, "Female Genital Mutilation/Cutting Country Profiles: 2016."

UNICEF, Enquêtes par grappes à indicateurs multiples (MICS).

Remerciements

Auteurs : Elizabeth Leahy Madsen et Kristin Bietsch. Nous tenons à remercier plus particulièrement Chaitra Shenoy, Joan Kraft, Michal Avni et Charlotte Feldman-Jacobs pour leur contribution et leur assistance, ainsi que Heidi Worley et Prographics pour leur travail rédactionnel et d'infographie. Photographie de couverture : Pep Bonet/Noor Images.

Cette publication a été produite par le biais du projet PACE avec le soutien de l'Agence américaine pour le développement international (USAID) dans le cadre de l'accord de coopération AID-OAA-A-16-00002.

Le PRB est responsable du contenu de cette publication qui ne reflète pas nécessairement les opinions de l'USAID ou du gouvernement américain.

© 2017 Population Référence Bureau. Tous droits réservés.