

Perspectives démographiques sur les mutilations génitales féminines



Table des matières

1.	Introduction	6
2.	Panorama démographique des pays dans lesquels les MGF sont pratiquées	10
2.1	Des populations jeunes	12
2.2	Des taux de fécondité élevés	15
2.3	Des taux de mortalité élevés	18
2.4	Urbanisation et migrations	20
2.5	Mutilations génitales féminines et autres formes de violence à l'égard des filles et des femmes	22
3.	Niveaux et tendances	26
3.1	Estimations mondiales et prévalence dans les pays	27
3.2	Tendances : la pratique évolue-t-elle ?	30
3.3	Études de cas : tendances et disparités au Burkina-Faso et en Guinée	33
4.	Prévisions	40
5.	Conclusion et perspectives d'avenir	50

Avant-propos

Les mutilations génitales féminines (MGF) désignent la pratique consistant à enlever partiellement ou totalement les organes génitaux externes féminins pour des raisons non médicales. Cette pratique constitue une violation des droits fondamentaux des femmes et des filles et entraîne des complications graves, voire mortelles.

En 2012, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté la résolution 67/146 sur l'intensification de l'action mondiale visant à éliminer les mutilations génitales féminines, réaffirmée par la résolution 69/150 adoptée en 2014. Toujours en 2014, le Conseil des droits de l'homme a adopté la résolution 27/22 sur l'intensification de l'action mondiale et l'échange de bonnes pratiques aux fins de l'élimination des mutilations génitales féminines. Ces engagements des États membres des Nations Unies reflètent l'attention sans précédent accordée à cette pratique et l'intensification des efforts visant à l'éliminer. Un consensus se dégage à l'échelle internationale : les mutilations génitales féminines doivent prendre fin.

Les décideurs et les défenseurs de l'abandon des MGF doivent pouvoir s'appuyer sur des données précises et actualisées afin de tirer parti de l'élan actuel, d'élaborer des interventions efficaces et de veiller au respect des engagements pris par les États membres des Nations Unies.

Ils doivent notamment disposer impérativement de données sur les taux actuels de prévalence des MGF et de projections des tendances en la matière, ainsi que d'informations exactes et à jour sur les changements démographiques (notamment l'urbanisation et son impact sur l'évolution de la pratique au sein des populations concernées). Le suivi des taux de réduction et des progrès en termes de changement est nécessaire pour étayer les interventions en cours ou à venir, et pour identifier et localiser les plus efficaces d'entre elles.

Le présent rapport, le premier du genre que publie le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), étudie les MGF au travers du prisme des dynamiques de populations et du dividende démographique en s'appuyant sur les données et les faits les plus récents. Il fournit des informations quantitatives qui permettent l'élaboration de programmes basés sur des données d'observation, tout en délimitant les implications financières pour les États membres et les donateurs internationaux. Le recueil de données d'observation permettant de définir la population cible et d'orienter les actions autour des zones d'impact maximum représente un apport précieux pour élaborer des interventions et formuler des politiques.

L'UNFPA réaffirme son engagement à travailler avec les États membres, la société civile, les organismes des Nations Unies et les autres parties prenantes pour accélérer l'élimination des mutilations génitales féminines dans le monde. Protéger les filles garantit leur santé et leurs droits sexuels et reproductifs et leur permet de réaliser tout leur potentiel.



Benoit Kalasa
Directeur, Division technique, UNFPA



1

Introduction

Au niveau international, on s'accorde désormais à considérer les mutilations génitales féminines comme une forme extrême de violation des droits des femmes et des filles et comme une menace pour leur santé et leur intégrité. En 2012, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté la toute première résolution condamnant les mutilations génitales féminines (67/146), et a appelé à intensifier l'action mondiale pour éliminer cette pratique.

L'Assemblée générale y réaffirme que les MGF sont « une pratique néfaste qui constitue une grave menace pour la santé des femmes et des filles, notamment sur les plans psychologique, sexuel et procréatif, et peut accroître leur vulnérabilité face au VIH et avoir des conséquences obstétricales et prénatales néfastes, voire mortelles, pour la mère et le nouveau-né, et que l'abandon de cette pratique nocive ne peut résulter que d'un mouvement général associant toutes les parties prenantes, publiques et privées de la société, y compris les filles, les garçons, les femmes et les hommes »¹.

L'Assemblée générale se montre profondément préoccupée par la persistance des MGF, tout en soulignant l'engagement croissant de la communauté internationale à abandonner cette pratique. Cependant, le manque de ressources a limité la portée et le rythme des programmes visant à éliminer les mutilations génitales féminines.

Les MGF sont une pratique culturelle profondément enracinée qui a des répercussions dévastatrices pour les jeunes filles et les femmes sur le plan médical, social, émotionnel, juridique et économique. Les mutilations génitales féminines désignent toutes les interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toute autre mutilation des organes génitaux féminins pratiquées à des fins non thérapeutiques². Elles concernent principalement 29 pays en Afrique et au Moyen-Orient mais n'en sont pas moins un problème de dimension mondiale. En effet, les MGF sont également pratiquées dans certains pays d'Asie, dont l'Inde, l'Indonésie, l'Iraq et le Pakistan³, ainsi qu'en Amérique du Sud et au sein des communautés immigrées en Europe occidentale, en Amérique du Nord, en Australie et en Nouvelle-Zélande. En 2009, le Parlement européen estimait que dans l'Union européenne, environ 500 000 femmes vivaient en subissant les conséquences des MGF, tandis que 180 000 femmes et filles risquaient de subir de telles mutilations chaque année⁴.

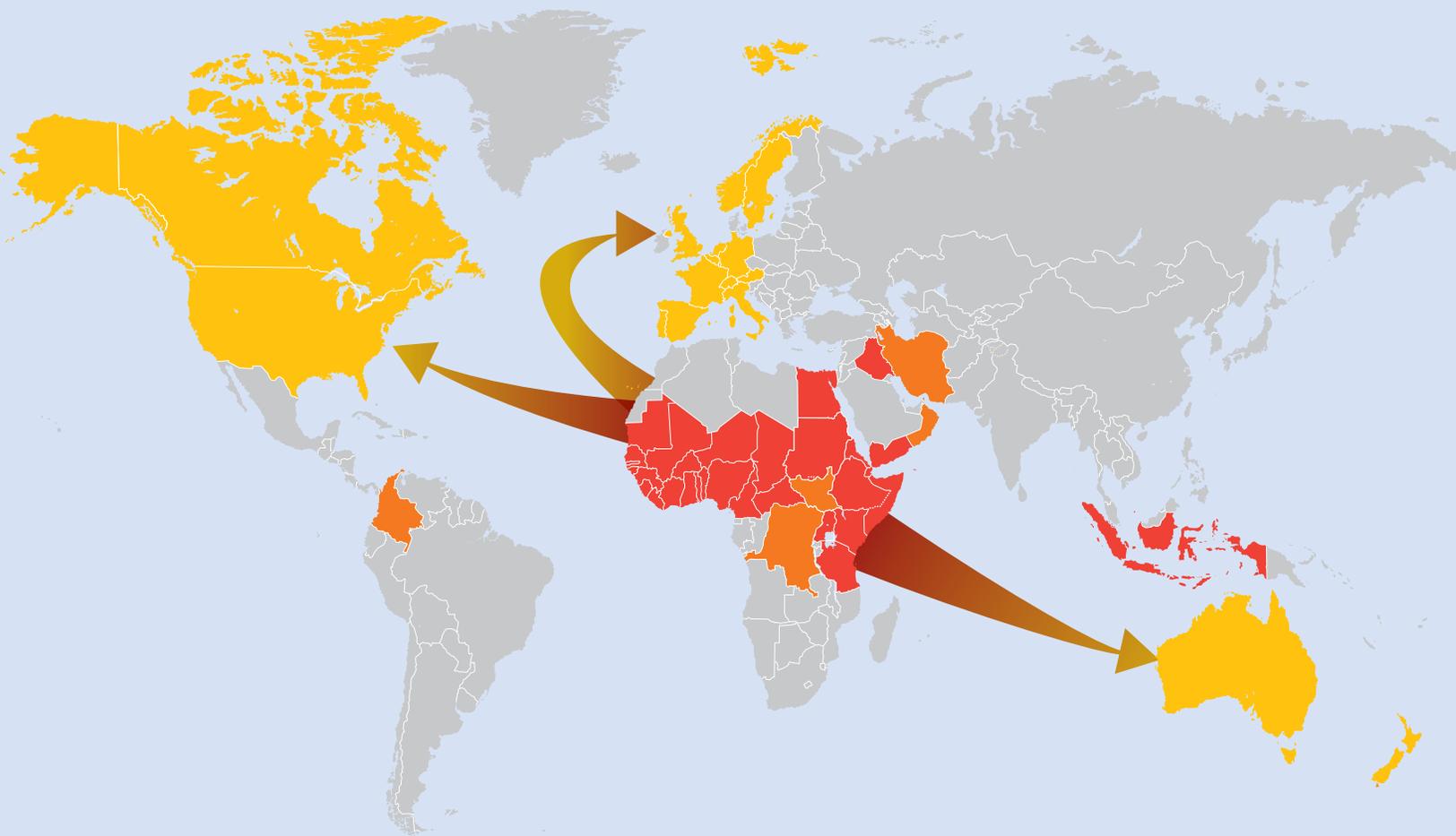
¹ Résolution 67/146 de l'Assemblée générale des Nations Unies sur l'intensification de l'action mondiale visant à éliminer les mutilations génitales féminines, 5 mars 2003. Voir : http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/67/146&referer=/english/&Lang=F (consulté le 24 avril 2014).

² Les Mutilations sexuelles féminines : déclaration commune OMS/UNICEF/UNFPA, 1997, réitérée en 2008. Genève, OMS.

³ Ending Female Genital Mutilation/Cutting: Lessons from a decade of progress, 2013. Washington DC, Population Reference Bureau.

⁴ Résolution du Parlement européen du 24 mars 2009 sur la lutte contre les mutilations sexuelles féminines pratiquées dans l'UE.

Les mutilations génitales féminines sont pratiquées dans toutes les régions du monde



- Pays pour lesquels les données sur les MGF ont été recueillies au moyen d'enquêtes auprès des ménages
- Pays dans lesquels des MGF ont été signalées
- Pays dans lesquels des MGF ont été signalées au sein des communautés immigrées

Source : analyse de l'UNFPA sur la base d'EDS et de MICS conduites entre 2002 et 2014, et Organisation mondiale de la Santé, 1997, Les Mutilations sexuelles féminines : déclaration commune OMS/UNICEF/UNFPA.

Ce rapport étudie les principales caractéristiques des mutilations génitales féminines dans 27 pays africains, deux pays arabes et un pays asiatique. Il vise en premier lieu à représenter de manière simple les niveaux actuels de cette pratique et leurs disparités, en fonction de caractéristiques d'ordre contextuel et de tendances observées ces 10-15 dernières années. L'analyse des dynamiques démographiques passées, actuelles et projetées permet d'identifier des scénarios possibles pour l'élimination de cette pratique.

Les données relatives aux MGF sont recueillies par l'intermédiaire d'enquêtes démographiques et de santé (EDS)⁵ depuis 1990 (une cinquantaine d'enquêtes ont été menées dans 25 pays au sein desquels les MGF sont répandues) et, depuis 2000, au moyen d'enquêtes par grappes à indicateurs multiples (MICS)⁶, dont plus de 30 ont été conduites dans 18 pays au sein desquels les MGF sont pratiquées. Des données fiables sont

désormais disponibles pour tous les pays africains où cette pratique est répandue, ainsi que pour l'Iraq et le Yémen. Aucune information statistique n'est pour l'heure disponible concernant les pays dans lesquels les MGF sont un phénomène récemment identifié, tels que la Colombie et l'Inde.

La première partie de ce rapport fournit des informations générales et décrit les actions visant à éliminer les MGF. La seconde partie examine les principales caractéristiques démographiques de pays dans lesquels la prévalence des MGF se concentre. La troisième partie étudie les niveaux actuels, les tendances et les disparités, sur la base des statistiques les plus récentes relatives aux MGF, en mettant l'accent sur les lacunes des analyses existantes. La quatrième partie présente les projections actuelles en termes d'efforts à fournir pour éliminer les MGF et fournit une nouvelle perspective en intégrant une analyse des dynamiques démographiques.

⁵ ICF International établit des enquêtes démographiques et de santé, financées par l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), avec des contributions d'autres organismes comme l'UNICEF, l'UNFPA, l'OMS et l'ONUSIDA. Ces enquêtes auprès des ménages fournissent des données sur un large éventail d'indicateurs relatifs à la population, à la santé et à la nutrition.

⁶ Les MICS sont des enquêtes conduites auprès des ménages dans le cadre des programmes de l'UNICEF afin de fournir des données sur la situation des enfants et des femmes, dont la précision statistique permet des comparaisons internationales.



2

Panorama démographique
des pays dans lesquels
les MGF sont pratiquées

Les pays dans lesquels les MGF sont répandues partagent certaines caractéristiques démographiques. Ils ont tous des populations jeunes et des taux de fécondité et de mortalité infantile et maternelle élevés. Ces caractéristiques expliquent la complexité de la pratique des MGF, autant qu'elles reflètent ses conséquences, et rendent plus difficile son élimination.

2.1. Des populations jeunes

Les facteurs qui permettent de déterminer le nombre total de filles victimes de MGF sont la prévalence/l'intensité de la pratique et le nombre total de filles risquant de subir ces mutilations au cours de leur vie, qui dépend de la pyramide des âges. La forme de la pyramide des âges est importante compte tenu du fait que les MGF sont pratiquées principalement sur des filles de moins de 15 ans⁷. La taille et la structure de la population varient en fonction des tendances passées et actuelles de la fécondité, de la mortalité et des migrations. La majorité des 30 pays dans lesquels les MGF sont répandues font partie du groupe des pays les moins avancés (22 au total)⁸. Les huit autres pays sont le Cameroun, la Côte d'Ivoire, l'Égypte, le Ghana, l'Indonésie, l'Iraq, le Kenya et le Nigéria. Ces pays ont connu une croissance démographique plus rapide entre 1950 et 2010, et cette tendance va se prolonger du fait du dynamisme de la population et de taux de fécondité élevés. La population des pays les moins avancés devrait dépasser 1,8 milliard d'habitants en 2050⁹.

Dans la plupart des pays où les MGF sont répandues, la proportion des jeunes adolescents et des enfants (0 à 14 ans) est très importante. Exception faite de l'Indonésie, les 30 pays pratiquant les MGF et pour lesquels des données sont disponibles se caractérisent par une forte croissance démographique et une pyramide des âges dont la base est très large, avec au moins 30 % des femmes âgées de moins de 15 ans. En comparaison, dans un pays comme le Viet Nam où les MGF ne sont pas pratiquées, seules 22 % des femmes sont âgées de moins de 15 ans. Au Niger, en Ouganda et au Tchad, la proportion de femmes âgées de moins de 15 ans atteignait quasiment 50 % en 2015 (voir le tableau 2.1 et la figure 2.1).

⁷ Organisation mondiale de la Santé, 2014, *Aide-mémoire N° 241 - Mutilations sexuelles féminines*, 2014. Genève, OMS. Voir www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/fr/ (consulté le 25 avril 2014).

⁸ Les Nations Unies classent comme PMA les pays dont le revenu national brut est bas, l'indice du capital humain faible et l'indice de vulnérabilité économique élevé.

⁹ Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population, 2013, *World Population Prospects: The 2012 Revision. 2013. World Population Prospects: The 2012 Revision*.

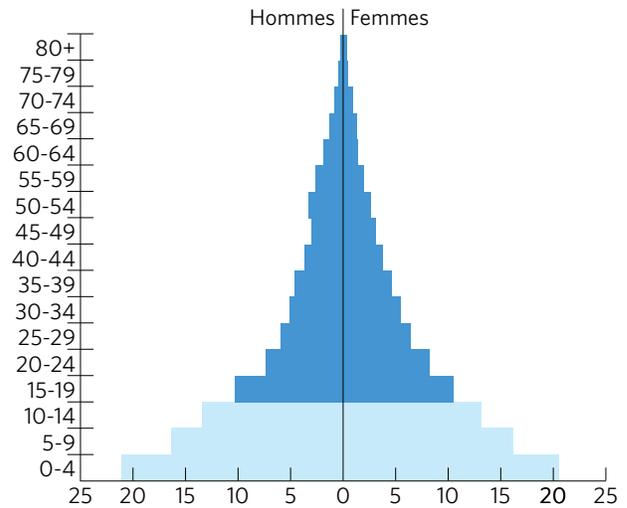
Tableau 2.1. Nombre et pourcentage de filles de moins de 15 ans dans les pays où les MGF sont répandues

PAYS DANS LESQUELS LES MGF SONT RÉPANDUES	NOMBRE DE FILLES DE MOINS DE 15 ANS en milliers	POURCENTAGE DE FILLES DE MOINS DE 15 ANS par rapport à la population totale
PYRAMIDE DES ÂGES TRÈS JEUNE (PLUS DE 45 % DES FEMMES ÂGÉES DE MOINS DE 15 ANS)		
Niger	4 723	49,5
Ouganda	9 557	47,7
Tchad	3 230	47,6
Mali	3 790	47
Somalie	2 581	46,2
PYRAMIDE DES ÂGES JEUNE (ENTRE 35 % ET 45 % DES FEMMES ÂGÉES DE MOINS DE 15 ANS)		
Gambie	446	44,8
République-Unie de Tanzanie	11 593	44,4
Nigéria	39 730	44,1
Burkina Faso	3 961	44
Cameroun	4 939	42,2
Érythrée	1 419	42,1
Sénégal	3 202	42
Libéria	933	41,8
Bénin	2 270	41,6
Côte d'Ivoire	4 338	41,5
Guinée	2 560	41,5
Kenya	9 714	41,5
Éthiopie	20 259	41
Togo	1 489	41
Guinée-Bissau	367	40,8
Sierra Leone	1 292	40,6
Soudan	7 905	40
Mauritanie	796	39,3
République centrafricaine	945	38,7
Yémen	4 891	38,6
Iraq	6 819	38,5
Ghana	5 022	37
PYRAMIDE DES ÂGES RELATIVEMENT JEUNE (MOINS DE 35 % DES FEMMES ÂGÉES DE MOINS DE 15 ANS)		
Djibouti	149	33,3
Égypte	12 770	30,3
Indonésie	34 935	27,5

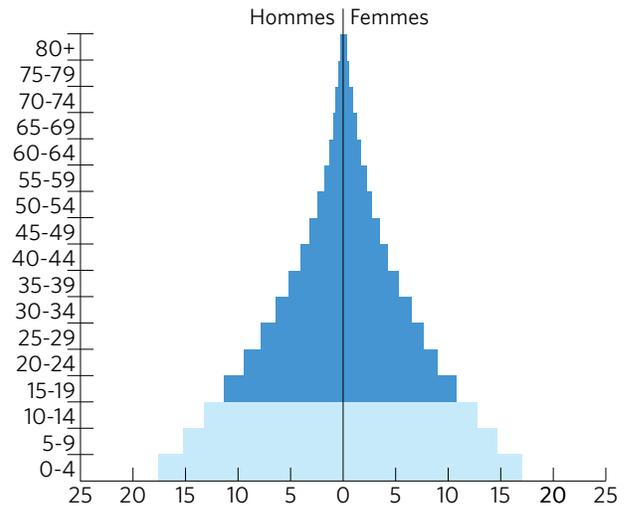
Source : Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population, 2013, *World Population Prospects: The 2012 Revision*.

Figure 2.1. Pyramides des âges des pays dans lesquels les MGF sont répandues et comparaison avec la pyramide des âges d'un pays dans lequel les MGF ne sont pas pratiquées, 2015

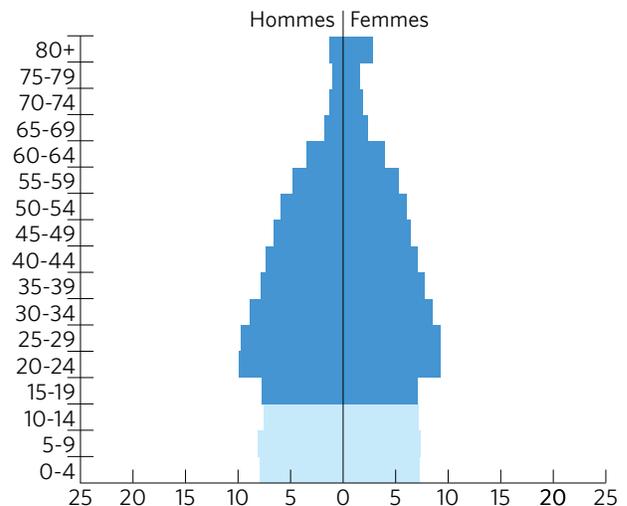
A. Pyramide des âges à base très large (population très jeune) : l'exemple du Niger



B. Pyramide des âges à base large/relativement large (population jeune/relativement jeune) : l'exemple du Burkina Faso



C. Pyramide des âges d'un pays dans lequel les MGF ne sont pas pratiquées : l'exemple du Viet Nam



Source : Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population, 2013, *World Population Prospects: The 2012 Revision*.

2.2. Des taux de fécondité élevés

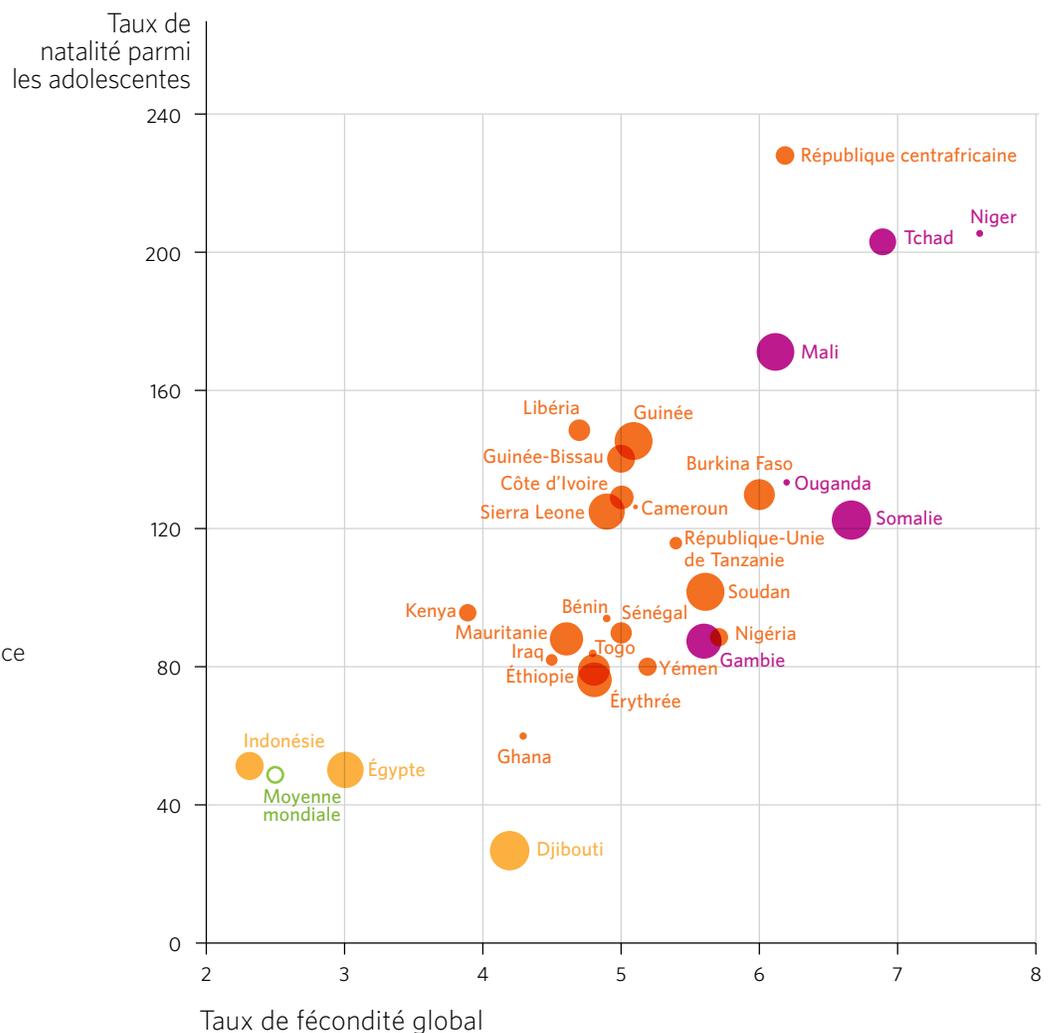
Outre une population jeune, les pays dans lesquels les MGF sont répandues ont un taux de fécondité élevé. À l'échelle mondiale, sur la période 2010-2015, le taux de fécondité total était de 2,5 enfants par femme âgée de 15 à 49 ans, et le taux de natalité parmi les adolescentes de 49 naissances vivantes pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans¹⁰. Les 30 pays dans lesquels les MGF sont répandues ont tous un taux de fécondité supérieur à 4 enfants par femme âgée de 15 à 49 ans (sauf l'Égypte

et l'Indonésie, qui ont un taux de fécondité respectif de 3 et 2,3) et un taux de natalité parmi les adolescentes supérieur à 70 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans (sauf Djibouti, l'Égypte, le Ghana et l'Indonésie). Parmi ces pays, le Niger possède le taux de fécondité le plus élevé (7,6 enfants par femme âgée de 15 à 49 ans) et la République centrafricaine le taux de natalité parmi les adolescentes le plus élevé (229 naissances vivantes pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans).

Figure 2.2.
Prévalence des MGF parmi les filles âgées de 15 à 19 ans en fonction des taux de natalité parmi les adolescentes et du taux de fécondité global, 2002-2014

- Moyenne mondiale
- Pays à faible croissance démographique
- Pays à forte croissance démographique
- Pays à très forte croissance démographique

Taille des points : taux de prévalence des mutilations génitales féminines parmi les filles âgées de 15 à 19 ans par rapport au taux moyen à l'échelle mondiale



Source : EDS, MICS et autres enquêtes nationales

¹⁰ Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population, 2013, *World Fertility Patterns 2013*.

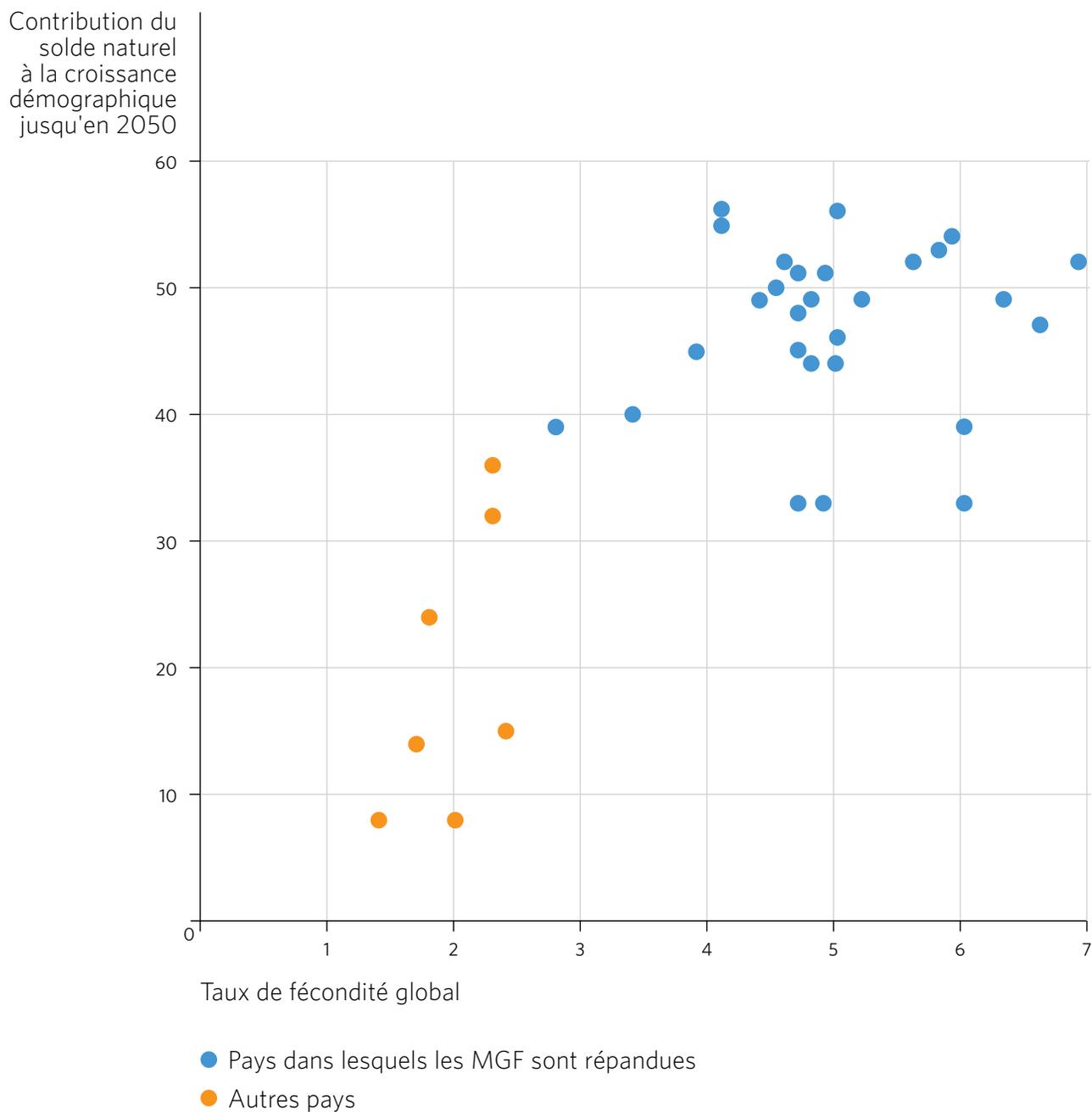
Les différents taux de prévalence des MGF parmi les filles âgées de 15 à 49 ans sont représentés en fonction des niveaux de fécondité du pays (taux de natalité parmi les adolescentes et taux de fécondité global, figure 2.2). La répartition des points montre que les pays qui connaissent une très forte croissance démographique ont en général un taux de fécondité global et un taux de natalité parmi les adolescentes très élevés (respectivement compris approximativement entre 5,6 et 7,6 enfants par femme âgée de 15 à 49 ans et entre 88 et 206 naissances vivantes pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans). Bien que les pays dans lesquels les MGF sont répandues présentent un taux de fécondité global et un taux de natalité parmi les adolescentes plus élevés que la moyenne mondiale, il n'existe pas de corrélation positive évidente entre la prévalence des MGF et ces deux taux. Cela indique que cette pratique n'est pas directement liée aux taux de fécondité et de natalité parmi les adolescentes, mais à d'autres facteurs.

Parmi les pays dans lesquels les MGF sont répandues, ceux dont le taux de fécondité est élevé comptent une population relativement jeune (voir la dynamique démographique, figure 2.3). Ces pays connaissent une croissance démographique plus importante du fait de la base très large de leur pyramide des âges. Au Sénégal, par exemple, le solde naturel lié à une pyramide des âges très large à la base contribue à hauteur de 56 % au futur accroissement de la population, et à hauteur de 67 % lorsque ce facteur est associé aux effets de la fécondité

élevée. Les deux facteurs contribuent quasiment à la totalité de la croissance future. À l'inverse, en Thaïlande et aux États-Unis, où les taux de fécondité sont égaux ou inférieurs au taux de remplacement, le solde naturel ne représente que 8 % de la croissance future de la population.

Il est possible de contrer l'impact d'une dynamique démographique résultant d'une population très jeune (pyramide des âges à base très large). Par exemple, la croissance démographique peut être ralentie en retardant l'âge moyen auquel les femmes ont leur premier enfant et en espaçant davantage les naissances. Cependant, la plupart des femmes qui ont subi des MGF ne sont pas en mesure de choisir d'avoir ou non des relations sexuelles et à quel moment, ni de décider quand et avec qui se marier ou encore de retarder leur première grossesse. Du fait de la pression sociale, mais aussi pour être reconnues en tant que mères dans la société et obtenir une sécurité économique, ces femmes ont également tendance à avoir des grossesses peu espacées. Retarder l'âge de la première grossesse contribue pourtant à réduire la fécondité et la croissance de la population et à augmenter le bien-être des femmes et la qualité de la vie de famille. Il convient donc d'élaborer des politiques et des interventions complètes visant non seulement à lutter contre la pratique des MGF, mais aussi à éliminer les mariages précoces et les mariages d'enfants, à retarder la première grossesse et à espacer les naissances.

Figure 2.3. Répartition des pays en fonction des taux de fécondité actuels (2010-2015) et de la contribution du solde naturel à la croissance de la population jusqu'en 2050



Source : outil de décomposition de la croissance future de la population.
 Voir : www.dataforall.org/dashboard/unfpa/decomposition.



2.3. Des taux de mortalité élevés

Des taux de mortalité élevés sont la troisième caractéristique démographique observée parmi les pays dans lesquels les MGF sont répandues. Selon des projections des Nations Unies de 2013¹¹, le taux de mortalité maternelle dans 27 des 30 pays dans lesquels les MGF sont répandues est supérieur¹² au taux moyen global de mortalité maternelle¹³, qui s'établit à 210 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. On observe la même tendance pour les taux de mortalité infantile¹⁴. Selon des projections réalisées en 2013 par le Groupe interorganisations des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité juvénile¹⁵, le taux de mortalité infantile dans les pays au sein desquels les MGF sont répandues est considérablement plus élevé que la moyenne mondiale (exception faite de l'Égypte, de l'Indonésie et de l'Iraq). La figure 2.4 montre la répartition des pays dans lesquels les MGF sont répandues en fonction de leurs taux respectifs de mortalité infantile et maternelle. On observe que la majorité de ces pays connaissent une forte croissance démographique et un taux de mortalité élevé.

¹¹ Projections réalisées par le Groupe interorganisations des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité maternelle auquel participent l'OMS, l'UNFPA, l'UNICEF, la Banque mondiale et la Division de la population des Nations Unies.

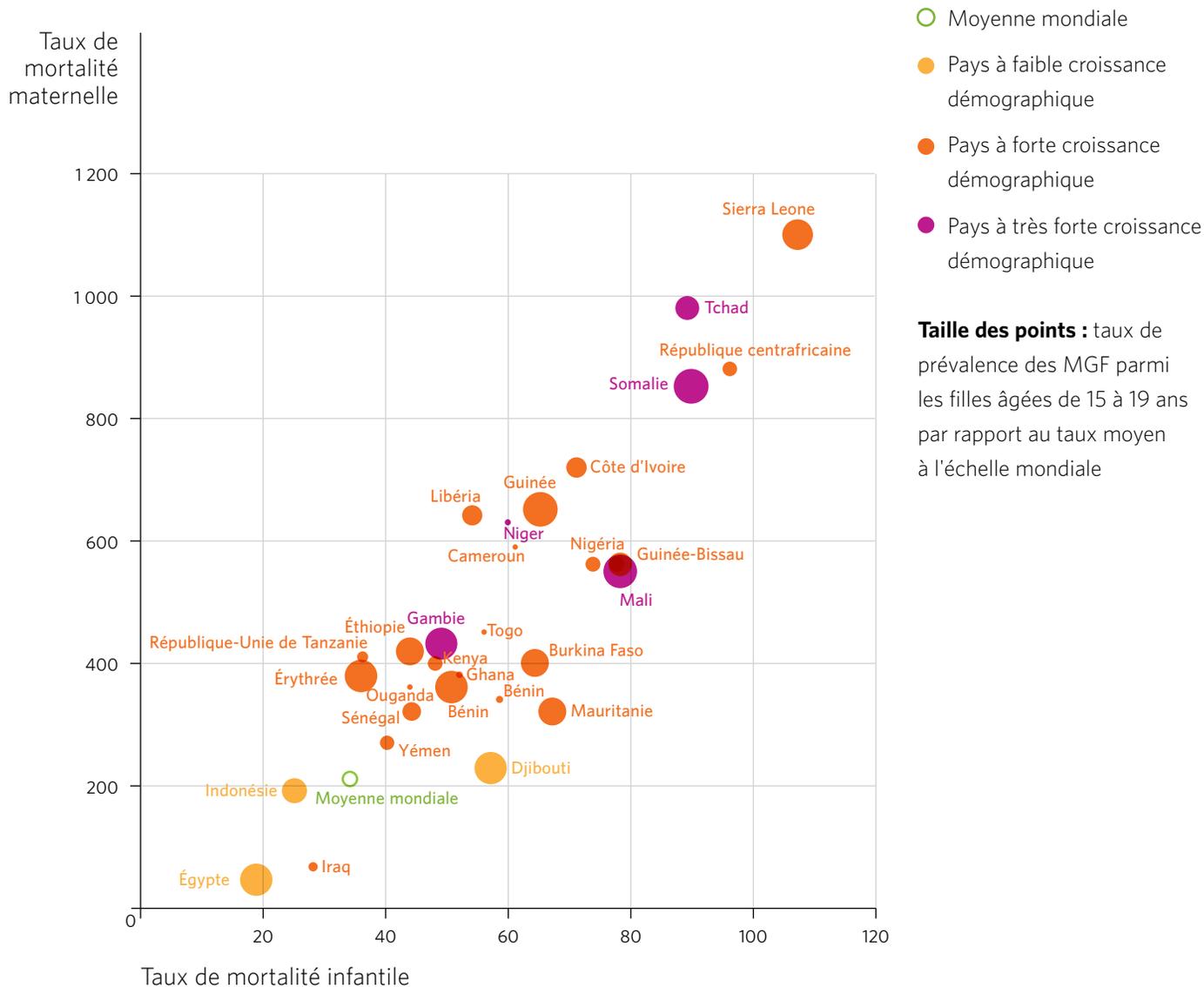
¹² Excepté pour l'Égypte et Djibouti, dont le taux de mortalité maternelle est inférieur à la moyenne mondiale. OMS, UNICEF, UNFPA, Banque mondiale et Division de la population des Nations Unies, 2014, *Trends in maternal mortality: 1990 to 2013*, Genève, OMS.

¹³ Le taux de mortalité maternelle est défini comme le nombre de décès de mères (survenant pendant la grossesse ou l'accouchement) pour 100 000 naissances vivantes.

¹⁴ Le taux de mortalité infantile est le nombre d'enfants morts avant l'âge d'un an pour 1 000 naissances vivantes au cours d'une année donnée.

¹⁵ UNICEF, OMS, Banque mondiale et Division de la population des Nations Unies, 2013. *Levels and Trends in Child Mortality Report 2013*, New York, UNICEF.

Figure 2.4. Taux de mortalité maternelle, taux de mortalité infantile et prévalence des MGF parmi les filles âgées de 15 à 49 ans dans les pays où la pratique est répandue



Remarques : taux de mortalité maternelle et infantile pour l'année 2013 ; taux de prévalence des MGF observés sur la période 2002-2013.

Source : EDS, MICS et autres enquêtes nationales ; OMS, UNICEF, UNFPA, Banque mondiale et Division de la population des Nations Unies, 2014, *Trends in maternal mortality: 1990 to 2013*, Genève, OMS ; UNICEF, OMS, Banque mondiale et Division de la population des Nations Unies, 2014, *Levels and Trends in Child Mortality Report*, New York, UNICEF.

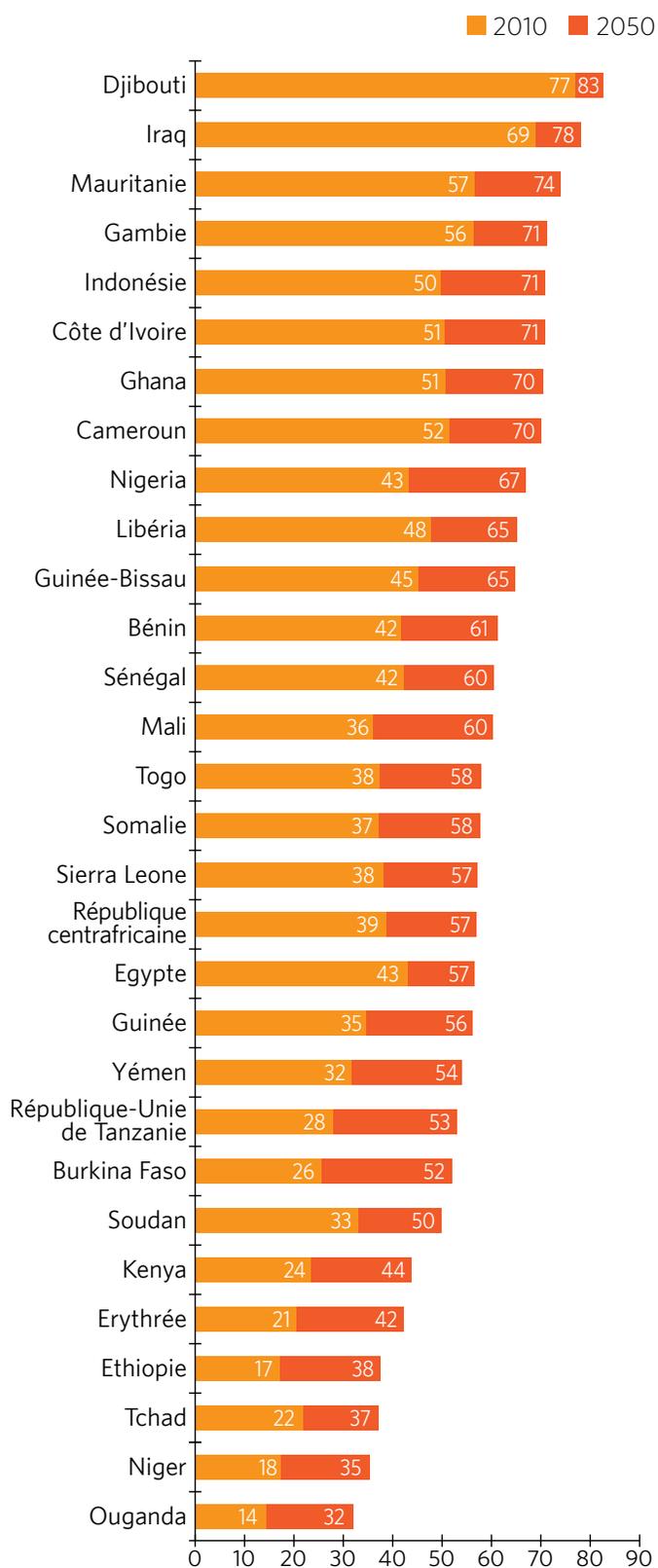
2.4. Urbanisation et migrations

En 2015, plus de la moitié de la population mondiale vit dans des zones urbaines. D'après la Division de la population des Nations Unies, 66 % de la population mondiale sera urbaine d'ici 2050¹⁶. Bien que l'urbanisation soit un phénomène universel, on note des disparités géographiques entre l'Amérique du Sud, très urbanisée, l'Asie, où les citadins représentent près de la moitié de la population, et l'Afrique subsaharienne, où environ un tiers de la population vit dans des zones urbaines. Dans les pays faiblement urbanisés, le taux d'urbanisation peut encore atteindre un niveau élevé ; là où elle est faible, la croissance urbaine peut donc s'accélérer à l'avenir.

La plupart des 30 pays dans lesquels les MGF sont répandues figurent parmi les moins urbanisés au sein de leurs régions respectives ; dans 22 d'entre eux, moins de la moitié de la population vit dans des zones urbaines (voir la figure 2.5). Il s'agit là d'un élément primordial, car la prévalence des MGF est plus élevée dans les zones rurales. Avec une forte prévalence des MGF en zones urbaines, le Nigéria fait figure d'exception. L'appartenance ethnique est un facteur d'explication possible¹⁷.

Source : Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population, 2014, *World Urbanization Prospects: The 2014 Revision*.

Figure 2.5. Pourcentage de la population urbaine dans les pays au sein desquels les MGF sont répandues, 2010 et 2050



À l'échelle mondiale, et plus particulièrement en Afrique, l'urbanisation est alimentée par un flux constant de migrants en provenance des zones rurales. L'accès à des opportunités plus nombreuses et plus intéressantes est le principal moteur de ces migrations, les migrants recherchant notamment un meilleur accès aux services de base (par ex., eau et assainissement, éducation, santé) et de meilleures opportunités d'emploi et de revenu. L'abandon des MGF est à ranger dans les effets positifs de l'urbanisation, car les familles, et particulièrement les femmes, bénéficient d'un meilleur accès à l'éducation et à des services qui favorisent l'évolution des normes et des comportements sur lesquels reposent traditionnellement les MGF. La difficulté consiste à trouver le moyen de tirer profit de l'urbanisation pour avancer sur la voie de l'élimination des MGF. Dans le contexte particulier des dynamiques urbaines et rurales, les politiques et les interventions visant à éliminer les MGF peuvent acquérir une pertinence, une efficacité, une efficience et un impact maximums.

Entre 2010 et 2050, la part de la population vivant dans des zones urbaines augmentera de près de 60 % dans les pays au sein desquels les MGF sont répandues. Dans huit d'entre eux, cette augmentation devrait atteindre ou dépasser 70 % : Yémen (70 %), Kenya (86 %), République-Unie de Tanzanie (89 %), Niger (101 %), Burkina-Faso (103 %), Érythrée (104 %), Éthiopie (117 %) et Ouganda (121 %). Les migrations de populations rurales vers les zones urbaines pourraient

entraîner plusieurs changements, dont une hausse de la prévalence des MGF en milieu urbain sous l'effet de l'arrivée de groupes ethniques pratiquant les mutilations génitales féminines, comme cela a été observé au Sénégal.

La communauté internationale reconnaît de plus en plus que les 232 millions de migrants dans le monde sont confrontés à une situation précaire¹⁸, et que protéger et faire respecter leurs droits fondamentaux est un impératif. Les migrations internationales ont entraîné une hausse du nombre de filles et de femmes vivant dans les pays occidentaux qui ont subi, ou risquent de subir, des MGF. Auparavant inexistantes, cette pratique et ses conséquences néfastes sont ainsi apparues en Europe, en Amérique du Nord, en Australie et en Nouvelle-Zélande. Les communautés originaires de pays dans lesquels les MGF sont pratiquées continuent souvent de soutenir cette pratique après avoir émigré, ce qui montre à quel point cette convention sociale est solidement enracinée. Les MGF étant étroitement liées à la culture, elles en deviennent un enjeu d'intégration, et non plus seulement une question de santé et de droits fondamentaux. Cependant, il existe peu de données sur la prévalence des MGF dans les pays où s'installent des communautés attachées à cette pratique. Dans ce contexte, l'étendue de cette pratique ne peut être mesurée, la plupart du temps, qu'en extrapolant un nombre limité de cas avérés. Les stratégies visant à lutter contre les MGF doivent donc être adaptées au contexte spécifique des migrations¹⁹.

¹⁶ Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population, 2014, *World Urbanization Prospects: The 2014 Revision*.

¹⁷ A. A. Abiodun, B. A. Oyejola et O. Job., 2011, *Female Circumcision in Nigeria, Prevalence and Attitudes*, CENTREPOINT JOURNAL (science edition), 17(2).

¹⁸ Déclaration du Secrétaire général des Nations Unies du 15 décembre 2014.

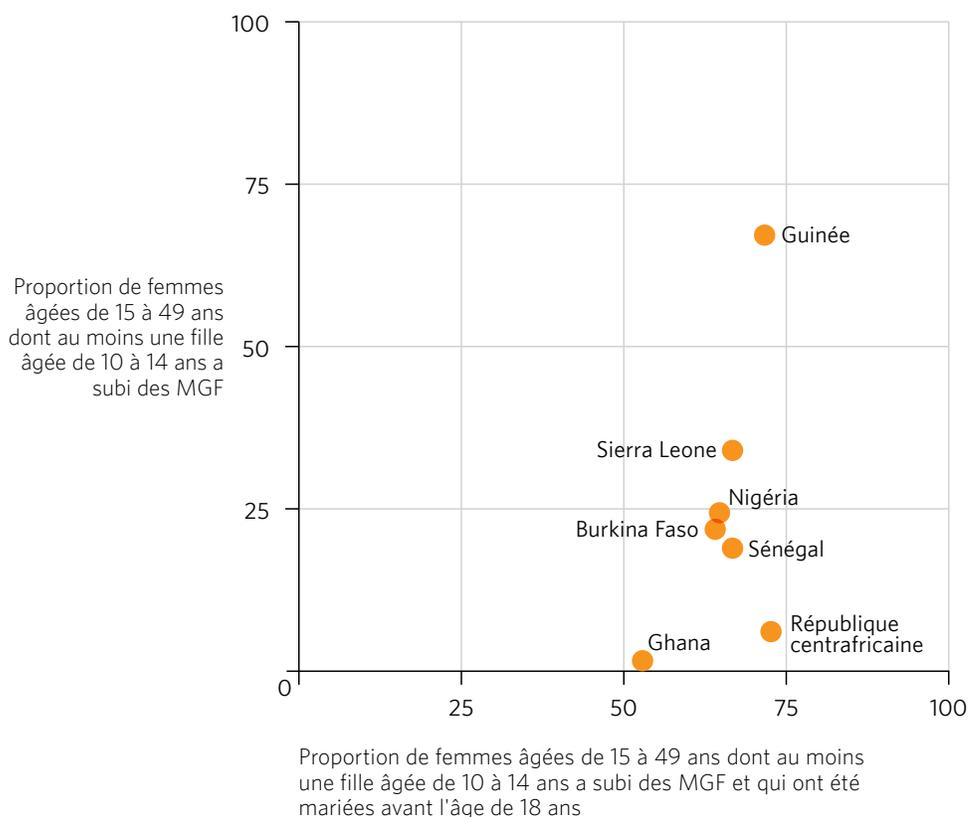
¹⁹ Organisation internationale pour les migrations, *Supporting the Abandonment of Female Genital Mutilation in the Context of Migration*.

2.5. Mutilations génitales féminines et autres formes de violence à l'égard des filles et des femmes

Les MGF et le mariage d'enfants sont des formes de violence ayant des conséquences néfastes pour les filles et les femmes. En outre, ces pratiques perpétuent l'inégalité entre les sexes. Les filles et les femmes qui subissent ces pratiques à différents moments de leur vie sont exposées à différents degrés de vulnérabilité et à de multiples violations de leurs droits fondamentaux. Cette partie examine les données d'observation disponibles afin de déterminer si les femmes qui ont subi d'autres formes de violence sont plus susceptibles de faire exciser leurs filles. Les données portent sur des femmes ayant des filles âgées de 10 à 14 ans dans neuf pays où la majorité des MGF sont pratiquées avant l'âge de 10 ans.

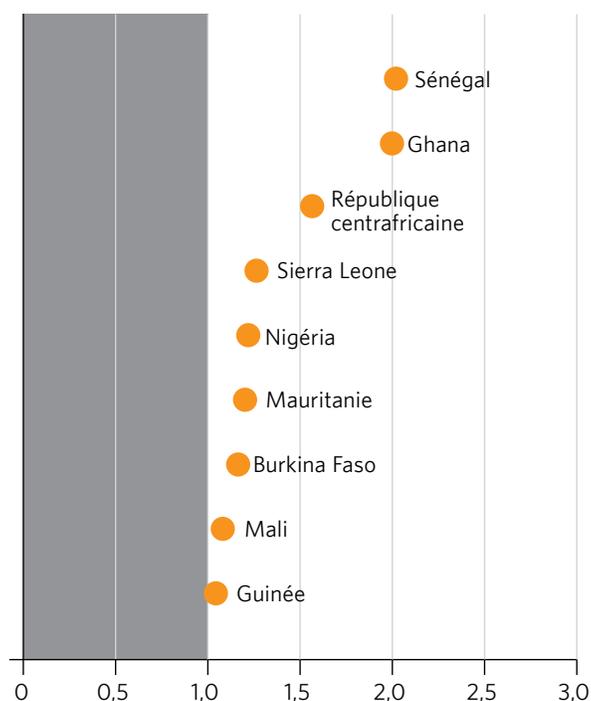
La figure 2.6 montre une corrélation positive, chez les femmes âgées de 15 à 49 ans et mères d'au moins une fille âgée de 10 à 14 ans dans les pays sélectionnés, entre le fait, pour les mères, d'avoir été mariées enfants et la probabilité qu'elles fassent exciser leurs propres filles. En d'autres termes, les mères qui ont été mariées de manière précoce tendent à soumettre leurs filles aux MGF. Cette tendance est tout à fait manifeste lorsque l'on compare le Ghana avec le Sénégal ou le Nigéria. En Guinée et au Nigéria, on observe qu'un pourcentage plus élevé de mères ayant été mariées avant l'âge de 18 ans correspond à un pourcentage plus élevé de mères qui font exciser au moins l'une de leurs filles.

Figure 2.6.
Proportion de femmes dont au moins une fille a subi des mutilations génitales féminines et proportion de femmes qui ont été mariées avant l'âge de 18 ans parmi les femmes ayant au moins une fille âgée de 10 à 14 ans.



Cette hypothèse est confirmée par la figure 2.7 représentant le ratio²⁰ de la proportion de mères mariées avant l'âge de 18 ans qui ont fait exciser au moins une de leurs filles par rapport à la proportion de mères mariées à l'âge de 18 ans ou plus tard qui ont fait exciser au moins une de leurs filles. Dans les neuf pays étudiés, les mères qui ont été mariées avant l'âge de 18 ans sont plus susceptibles de faire exciser au moins l'une de leurs filles que les femmes mariées après l'âge de 18 ans.

Figure 2.7. Ratio de la proportion de mères mariées avant l'âge de 18 ans qui ont fait exciser au moins une de leurs filles par rapport à la proportion de mères mariées à l'âge 18 ans ou plus tard qui ont fait exciser au moins une de leurs filles



Les mères qui ont été mariées avant l'âge de 18 ans sont plus susceptibles de faire exciser leurs filles

Source : analyse de l'UNFPA à partir d'EDS et de MICS.

²⁰ Un ratio supérieur à 1 signifie que l'appartenance au groupe sélectionné/exposé (c.-à-d. le groupe des femmes mariées avant 18 ans) augmente la probabilité ou le risque d'aboutir au résultat (c.-à-d. faire exciser l'une de ses filles).

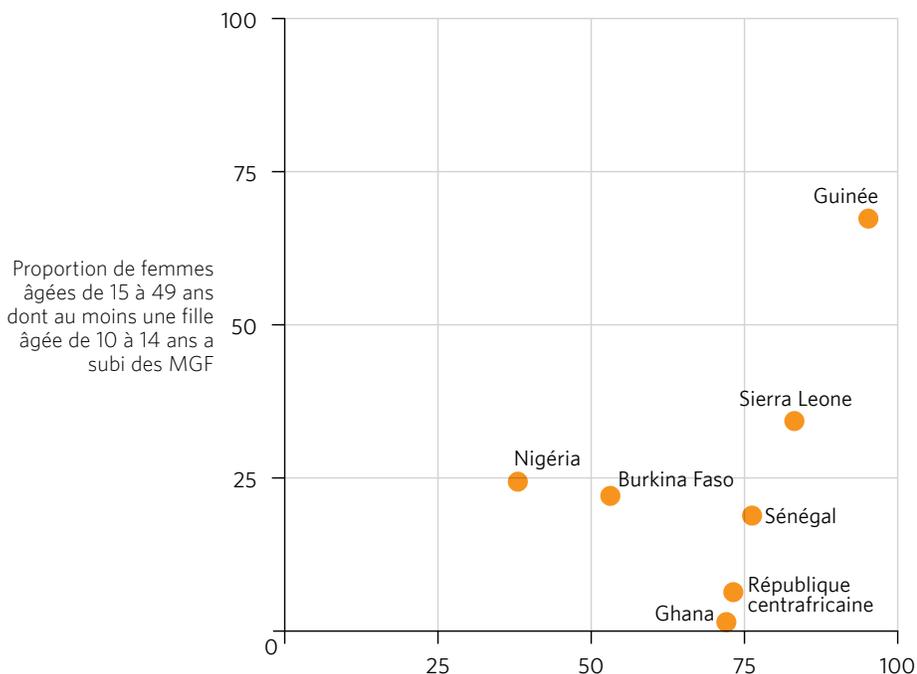
La violence domestique existe dans toutes les sociétés, à tous les niveaux. Il s'agit d'une manifestation de l'inégalité entre les sexes et d'une violation grave des droits fondamentaux. Les figures 2.8 et 2.9 mettent en relation les attitudes des femmes vis-à-vis de la violence domestique (selon qu'elles acceptent ou rejettent les violences subies par les femmes) et la proportion de femmes dont au moins une des filles a subi des MGF.

La figure 2.8 indique que les femmes pour qui il existe au moins une circonstance dans laquelle la violence domestique est justifiée sont plus susceptibles de faire subir des MGF à leurs filles que les femmes pour qui la violence domestique est absolument inacceptable. À ce titre, la comparaison entre le Burkina-Faso et la Guinée ou entre le Ghana et le Sénégal fait ressortir que plus la proportion de femmes pour qui il existe au moins une circonstance dans laquelle la violence domestique est justifiée est élevée, plus le nombre de mères déclarant qu'au moins une de leurs filles a subi des MGF est élevé.

La figure 2.9 représente le ratio de la proportion de mères pour qui la violence domestique est parfois justifiée qui ont fait exciser au moins une de leurs filles par rapport à la proportion de mères pour qui la violence domestique est inacceptable qui ont fait exciser au moins une de leurs filles. Au Burkina-Faso, en Mauritanie, au Nigéria, au Sénégal et en Sierra Leone, les femmes qui pensent que la violence domestique peut se justifier sont plus susceptibles de faire subir des MGF à leurs filles que celles pour qui la violence domestique est inacceptable²¹. La République centrafricaine a un ratio inférieur à 1 et le Ghana a un ratio élevé, mais les calculs ont été affectés par des incertitudes sur les estimations de la prévalence des MGF. Comme nous le verrons dans la prochaine partie, la prévalence des MGF est en réalité relativement faible au Ghana (moins de 2 %).

Les filles qui se marient avant l'âge de 18 ans ont moins de chance de terminer leur scolarité et sont plus susceptibles de subir des violences domestiques, de souffrir de complications lors de l'accouchement et de voir leur développement entravé par les inégalités. En revanche, les femmes autonomisées contribuent à la santé et la

Figure 2.8. Proportion de femmes dont au moins une fille a subi des mutilations génitales féminines et proportion de femmes pour qui il existe au moins une circonstance dans laquelle la violence domestique est justifiée parmi les femmes ayant au moins une fille âgée de 10 à 14 ans



Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans dont au moins une fille âgée de 10 à 14 ans a subi des MGF et pour qui il existe au moins une circonstance dans laquelle la violence domestique est justifiée

productivité de familles et de communautés entières, et améliorent les perspectives de la génération suivante.

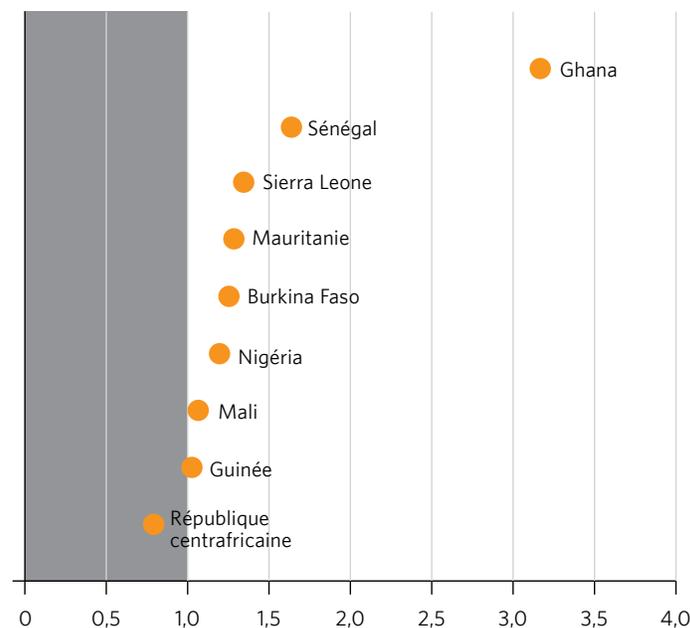
L'efficacité des politiques de développement passe par la lutte contre les discriminations et les inégalités persistantes. Les efforts pour éliminer les MGF doivent être menés dans le cadre plus large de politiques et d'interventions visant à lutter de manière globale contre toutes les pratiques néfastes et toutes les formes de violence à l'égard des filles et des femmes.

Tout nouvel effort pour conceptualiser et contextualiser la pratique des MGF doit prendre en compte les caractéristiques sociodémographiques (fécondité, mortalité, migrations et violence basée sur le genre) que nous avons brièvement analysées, et veiller à prendre en considération les schémas spécifiques à chaque pays. En général, les filles et les femmes qui ont subi des mutilations génitales féminines ont de nombreux enfants. Elles courent, ainsi que leurs enfants, un risque plus grand de mourir lors de l'accouchement et d'être victimes de violence domestique. Tous ces facteurs

ont des implications directes et indirectes en termes de lutte contre les MGF. La compréhension du profil démographique d'un pays permet d'appréhender de manière globale le contexte dans lequel les MGF sont pratiquées et de tirer des conclusions pertinentes pour affiner les programmes.

À des fins de plaidoyer et de programmation, il peut être important de souligner que les interventions destinées à favoriser l'abandon des MGF peuvent permettre d'agir de manière positive sur certains indicateurs sociodémographiques. Par exemple, lutter efficacement contre les MGF conduit à améliorer le bien-être général des filles et des femmes et à renforcer leur statut au sein de la famille et de la communauté. Cela peut permettre de corriger les inégalités entre les sexes et encourager un processus de changement social global et durable. Les programmes conçus pour lutter contre d'autres formes de violence et contre les inégalités entre les sexes (par ex., le mariage d'enfants) doivent également intégrer systématiquement la lutte contre les MGF afin de promouvoir des changements positifs.

Figure 2.9. Ratio de la proportion de mères pour qui la violence domestique est parfois justifiée qui ont fait exciser au moins une de leurs filles par rapport à la proportion de mères pour qui la violence domestique est inacceptable qui ont fait exciser au moins une de leurs filles



Les mères pour qui il existe au moins une circonstance dans laquelle la violence domestique est justifiée sont plus susceptibles de faire exciser leurs filles

Source : analyse de l'UNFPA à partir d'EDS et de MICS.

²¹ Un ratio supérieur à 1 signifie que l'appartenance au groupe sélectionné/exposé (c.-à-d. le groupe des femmes pour qui la violence domestique peut se justifier) augmente la probabilité ou le risque d'aboutir au résultat (c.-à-d. faire exciser leurs filles).

3



Niveaux et tendances

3.1. Estimations mondiales et prévalences nationales

D'après certaines estimations, à l'heure actuelle, 130 millions de filles et de femmes ont subi une MGF dans les 29 pays disposant de données issues d'enquêtes auprès des ménages²². D'autres sources avancent un chiffre proche de 87 millions de femmes et de filles âgées de 15 ans et plus dans 27 pays africains et au Yémen²³, ou de 100 millions à 140 millions de femmes et de filles à l'échelle mondiale²⁴. Le nombre réel reste inconnu, principalement en raison du manque de données fiables sur les filles de moins de 15 ans, sur les femmes et les filles dans les États arabes, en Asie et en Amérique latine, et sur les communautés d'immigrants qui perpétuent la pratique en Europe, en Amérique du Nord et en Australie.

Le principal indicateur pour mesurer la prévalence des MGF est le pourcentage de filles âgées de 15 à 19 ans qui déclarent en avoir subi une forme quelconque. Cet indicateur est utilisé pour trois raisons. Tout d'abord, il est plus complet car presque toutes les filles sont excisées avant leur quinzième année. Par la suite, le risque de l'être diminue sensiblement. Les indicateurs s'intéressant aux filles de moins de 15 ans ne reflètent que leur situation à un moment donné. On risque, par conséquent, de sous-estimer la prévalence réelle des MGF car ces filles peuvent être soumises à cette pratique par la suite. Deuxièmement, cet indicateur se rapproche le plus de l'incidence des MGF (nouveaux cas) et se concentre sur les filles qui viennent d'en être victimes.

Pour sa part, l'indicateur couramment utilisé, qui mesure le pourcentage de femmes et de filles en âge de procréer (15 à 49 ans) ayant subi une forme quelconque de MGF, fournit une vue d'ensemble sans pour autant représenter les changements récents. En effet, les femmes âgées de 20 à 24 ans ont subi une MGF au moins cinq ans avant l'enquête ; cet écart est susceptible d'être encore plus prononcé pour les femmes âgées de 25 ans et plus. Les programmes visant l'abandon de ces pratiques n'auront donc aucune influence sur le sort des femmes plus âgées. La troisième raison tient à la disponibilité des données. Toutes les enquêtes menées auprès des ménages permettent de calculer la prévalence des MGF pour la tranche d'âge de 15 à 19 ans.

Selon les données les plus récentes, la prévalence des MGF varie considérablement d'un pays à l'autre (voir le tableau 3.1 et la carte 3.1). La Somalie arrive en tête (97 %), suivie de la Guinée (94 %) et du Mali (90 %). Le Cameroun (0,4 %), le Niger (1 %) et l'Ouganda (1 %) affichent la prévalence la plus faible. Les pays sont divisés en trois groupes selon que la prévalence des MGF y est forte, moyenne ou faible. Au niveau national, le degré de variation est moins accentué dans les pays à forte prévalence et plus important dans ceux où elle est faible.

²² UNICEF, 2014, « *Female Genital Mutilation/Cutting: What might the future hold?* » New York.

²³ Yoder P. S., Wang S. et Johansen E., 2013, « *Estimates of Female Genital Mutilation/Cutting in 27 African Countries and Yemen* », *Studies in Family Planning* 44 (2) : p. 189-204.

²⁴ Population Reference Bureau, 2014, « *Female Genital Mutilation/Cutting: Data and Trends* ».

Tableau 3.1. Pourcentage de filles âgées de 15 à 19 ans subissant une forme quelconque de MGF, par pays, données les plus récentes, 2002-2014

PRÉVALENCE DES MGF PAR PAYS	POURCENTAGE DE FILLES ÂGÉES DE 15 À 19 ANS SUBISSANT UNE FORME QUELCONQUE DE MGF	SOURCE DE DONNÉES
PAYS À FORTE PRÉVALENCE (PLUS DE 60 %)		
Somalie	96,7	MICS 2006
Guinée	94	EDS 2012
Mali	90,3	EDS 2013
Djibouti	89,5	MICS 2006
Soudan	84	SHHS 2010
Égypte	81	EDS 2008
Érythrée	78,3	EDS 2002
Gambie	76,3	EDS 2013
Sierra Leone	74,3	EDS 2013
Mauritanie	65,9	MICS 2011
Éthiopie	62,1	EDS 2005
PAYS À PRÉVALENCE MOYENNE (20 - 60 %)		
Burkina Faso	58	EDS 2010
Indonésie*	51	RISKESDAS 2013
Guinée-Bissau	48,4	MICS 2010
Tchad	41	MICS 2010
Côte d'Ivoire	31	EDS 2011-2012
Libéria**	26,4	EDS 2013
Sénégal	21,1	EDS 2014
PAYS À FAIBLE PRÉVALENCE (MOINS DE 20 %)		
République centrafricaine	18	MICS 2010
Yémen	16,4	EDS 2013
Nigéria	15,3	EDS 2013
Kenya	11,4	EDS 2014
République-Unie de Tanzanie	7	EDS 2010
Iraq	4,9	MICS 2011
Bénin	2	EDS 2011-2012
Togo	1,8	EDS 2014
Ghana	1,5	MICS 2011
Niger	1,4	EDS 2012
Ouganda	1	EDS 2011
Cameroun	0,4	EDS 2004

3.2. Tendances : la pratique évolue-t-elle ?

Un nombre croissant de pays ont réalisé une ou plusieurs enquêtes auprès des ménages comprenant un module sur les MGF, ce qui facilite l'analyse des tendances. Cette analyse peut revêtir de multiples formes. Une des méthodes les plus courantes consiste à se baser sur plusieurs enquêtes nationales et à comparer les données sur la prévalence des MGF chez une tranche d'âge déterminée. Une autre option est de comparer la prévalence des MGF par tranche d'âge de cinq ans au sein d'une même enquête. Par exemple, si l'on compare la prévalence chez les filles âgées de 15 à 19 ans et chez les femmes de 45 à 49 ans, on peut observer une tendance à la hausse ou à la baisse. Si le critère est l'âge au moment des MGF, on peut comparer les données sur la prévalence chez les filles âgées respectivement de 15 à 19 ans et de moins de 15 ans (0 à 4 ans, 5 à 9 ans et 10 à 14 ans) issues d'une même enquête. Ce type de comparaison doit être assorti d'un ajustement pour les filles de moins de 15 ans qui courent le risque de subir une MGF et chez qui la prévalence risque d'être sous-estimée.

Le présent rapport analyse les tendances en comparant la prévalence des MGF chez les filles âgées de 15 à 19 ans à un intervalle de cinq ans (aux alentours de 2007

et de 2012) dans un même pays. La figure 3.1 suggère que sur les 23 pays ayant réalisé deux enquêtes auprès des ménages consécutives, 16 affichent un recul de la prévalence chez les filles âgées de 15 à 19 ans. Parmi les pays à forte prévalence, l'Égypte a enregistré la réduction la plus rapide, passant de 96 % en 2005 à 81 % en 2008, soit un recul de 16 %. Fait surprenant, on constate une augmentation dans deux pays à forte prévalence, à savoir la Guinée et le Mali. En effet, le taux de prévalence en Guinée est passé de 89 % en 2005 à 94 % en 2012.

Les pays à prévalence moyenne et faible présentent des résultats variables. Le Libéria affiche le recul le plus important, de 36 % en 2007 à 26 % en 2013, soit une réduction de 26 %. Le Sénégal suit avec une baisse de 12 %, passant de 24 % en 2010 à 21 % en 2014. À l'inverse, la Côte d'Ivoire enregistre une légère hausse, de 28 % en 2006 à 31 % en 2012, et la Guinée-Bissau de 44 % à 48 %, soit un bond de 11 %.

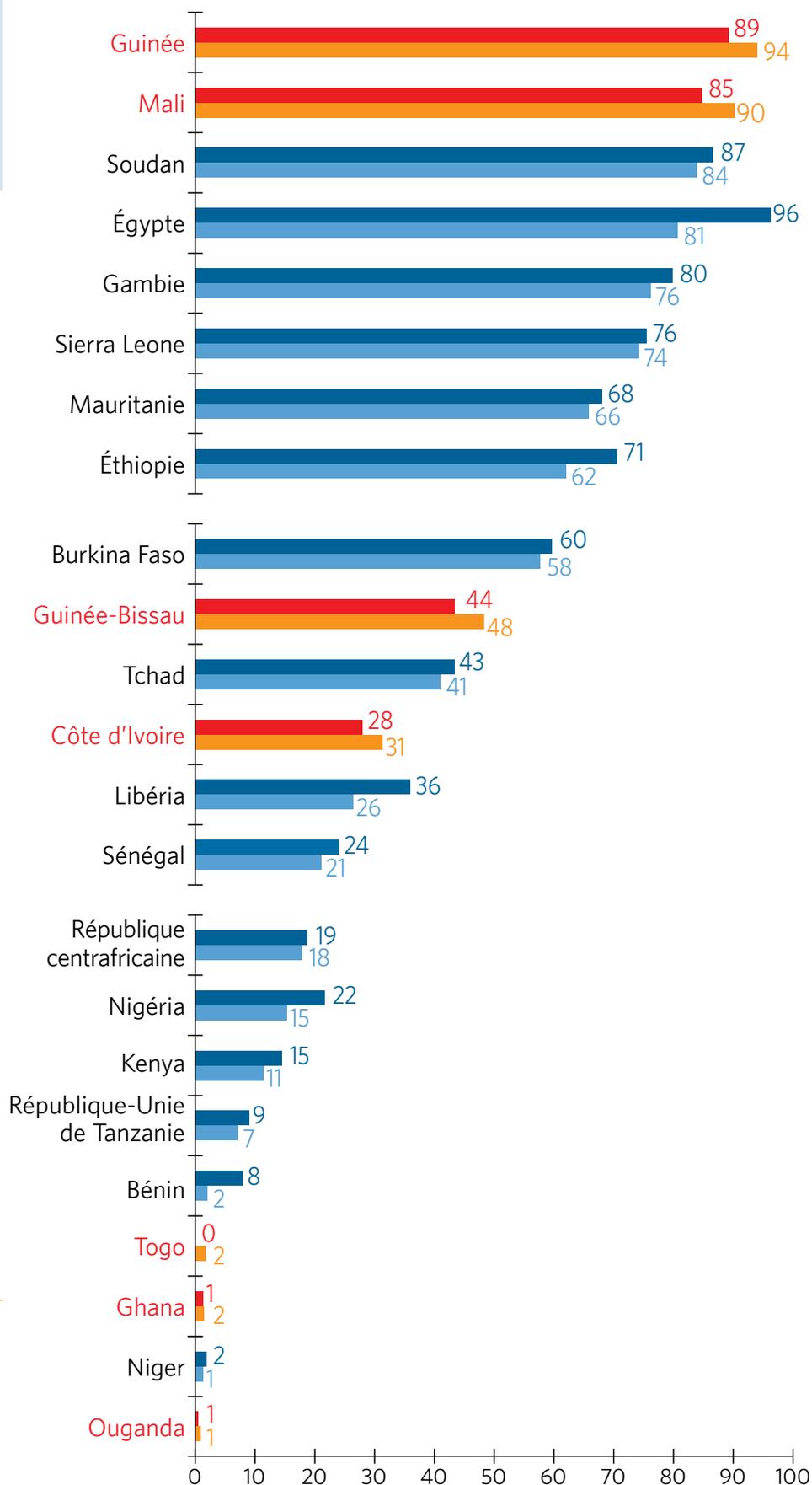
Parmi les pays à faible prévalence, le Bénin enregistre le recul le plus net (75 %), de 8 % en 2006 à 2 % en 2012. Le taux de prévalence au Kenya est passé de 20 % en 2003 à 15 % en 2008, soit une baisse de 28 %.

Tableau 3.2. Des données sur les MGF sont disponibles pour 30 pays dans lesquels cette pratique est répandue, après 2000

Égypte	EDS 2014	EDS 2008	EDS 2005	EDS 2003	EDS 2000
Nigéria	EDS 2013	MICS 2011	EDS 2008	MICS 2007	EDS 2003
Mali	EDS 2013	MICS 2010	EDS 2006	EDS 2001	
Sénégal	EDS 2014	EDS 2012	EDS 2010	EDS 2005	
Sierra Leone	EDS 2013	MICS 2010	EDS 2008	MICS 2005	
Bénin	EDS 2012	EDS 2006	EDS 2001		
Burkina Faso	EDS 2010	MICS 2006	EDS 2003		
République centrafricaine	EDS 2010	MICS 2006	MICS 2000		
Tchad	EDS 2010	EDS 2004	MICS 2000		
Gambie	EDS 2013	MICS 2010	MICS 2005		
Ghana	MICS 2011	MICS 2006	EDS 2003		
Kenya	EDS 2014	EDS 2008	EDS 2003		
Mauritanie	MICS 2011	MICS 2007	EDS 2000		
Soudan	SHHS 2010	SHHS 2006	MICS 2000		
Togo	EDS 2014	MICS 2010	MICS 2006		
Côte d'Ivoire	EDS 2012	MICS 2006			
Éthiopie	EDS 2005	EDS 2000			
Guinée	EDS 2012	EDS 2005			
Guinée-Bissau	MICS 2010	MICS 2006			
Libéria	EDS 2013	EDS 2007			
Niger	EDS 2012	EDS 2006			
République-Unie de Tanzanie	EDS 2010	EDS 2004			
Ouganda	EDS 2011	EDS 2006			
Cameroun	EDS 2004				
Djibouti	MICS 2006				
Érythrée	EDS 2002				
Indonésie	RISKESDAS 2013				
Iraq	MICS 2011				
Somalie	MICS 2006				
Yémen	EDS 2013				

Source : analyse de l'UNFPA d'après les données issues des EDS et MICS.

Figure 3.1. Baisse et hausse des MGF d'après le pourcentage de filles âgées de 15 à 19 ans qui en ont subi une forme quelconque, 2007-2012



■ Vers 2007
 ■ Vers 2012

Remarque : les données sur l'Éthiopie sont issues des EDS menées en 2000 et 2005, car aucun module n'était consacré aux MGF dans l'EDS de 2010.

Sources : EDS, MICS et autres enquêtes nationales.

3.3. Études de cas : tendances et disparités au Burkina Faso et en Guinée

Cette partie est consacrée aux tendances spécifiques observées au Burkina Faso et en Guinée.

L'analyse de l'évolution la plus récente en matière de prévalence des MGF en Guinée est fondée sur les données fournies par les mères de jeunes filles de moins de 15 ans en tenant compte du fait que celles-ci risquent toujours d'être excisées. La tranche d'âge de 10 à 14 ans a été sélectionnée, car elle est moins susceptible de faire l'objet de données censurées, comme c'est le cas pour les filles plus jeunes, et qu'elle affiche souvent des données définitives.

Pour calculer la prévalence ajustée, on analyse l'âge auquel les filles sont excisées et les tendances en la matière. En Guinée, on n'observe aucune tendance liée à l'âge des filles au moment de l'excision. Le tableau 3.2 présente la prévalence des MGF chez les filles et les femmes de

5 à 49 ans par tranche de cinq ans, en fonction de leur âge au moment de l'excision. Chez les filles âgées de 15 à 19 ans, 23 % ont subi une MGF avant leur cinquième année, 44 % entre 5 et 9 ans, 27 % entre 10 et 14 ans, et 1 % à 15 ans ou plus, soit une prévalence totale de 94 %. Une comparaison est établie avec les filles de 10 à 14 ans, dont 12 % ont subi la pratique avant leur cinquième année, 54 % entre 5 et 9 ans, et 14 % entre 10 et 14 ans. Si l'on tient compte de la proportion de filles de 15 à 19 ans et de 10 à 14 ans ayant été excisées entre la naissance et l'âge de 4 ans, et de celles qui ont entre 15 et 19 ans et entre 10 et 14 ans et qui ont subi la pratique alors qu'elles avaient entre 5 et 9 ans, on peut avancer qu'environ 6 % des filles âgées de 10 à 14 ans risquent d'être excisées avant leur quinzième année. D'après le tableau 3.2, parmi les filles de 15 ans qui n'ont pas été excisées, environ 1 % risque de l'être. C'est ainsi que l'on aboutit à une prévalence ajustée de 86 % chez les filles de 10 à 14 ans.

Tableau 3.2. Pourcentage de filles et de femmes ayant subi une MGF en Guinée par tranche de cinq ans et par âge au moment de l'excision

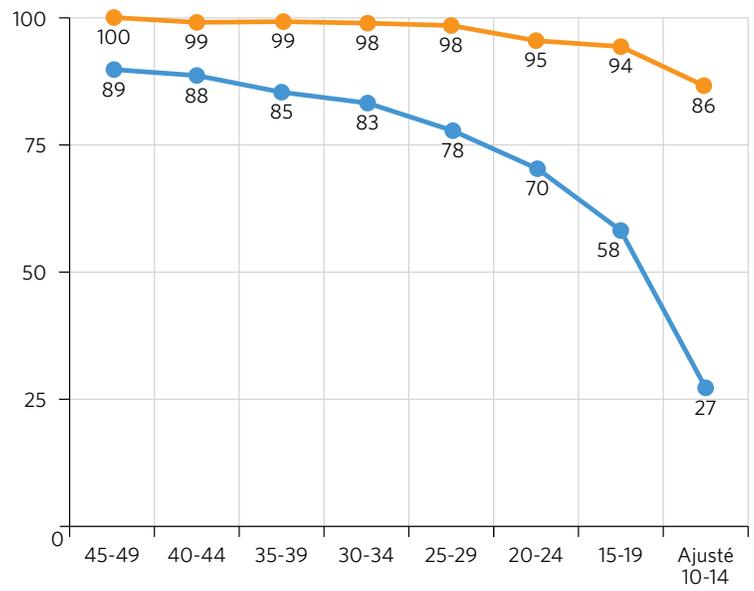
TRANCHE D'ÂGE	EXCISÉES DE 0 À 4 ANS	EXCISÉES DE 5 À 9 ANS	EXCISÉES DE 10 À 14 ANS	EXCISÉES À 15 ANS ET +	PRÉVALENCE DE FILLES ET DE FEMMES QUI N'ONT PAS SUBI DE MGF	PRÉVALENCE DES MGF
5 - 9	17,9	32,6			49,4	50,6
10 - 14	11,6	54,3	14,1		19,9	80,1
10 - 14 prévalence ajustée *	11,6	54,3	19,6	0,8	13,7	86,3
15 - 19	22,5	43,5	26,8	1,1	6,0	94,0
20 - 24	24,2	41,8	26,5	2,4	5,1	94,9
25 - 29	25,9	40,3	29,4	2,4	2,1	97,9
30 - 34	25,3	36,5	34,6	1,9	1,7	98,3
35 - 39	23,0	35,4	38,0	2,4	1,2	98,8
40 - 44	22,4	38,7	34,7	3,0	1,2	98,8
45 - 49	23,8	37,3	33,6	4,9	0,4	99,6

Sources : EDS, MICS et autres enquêtes nationales.

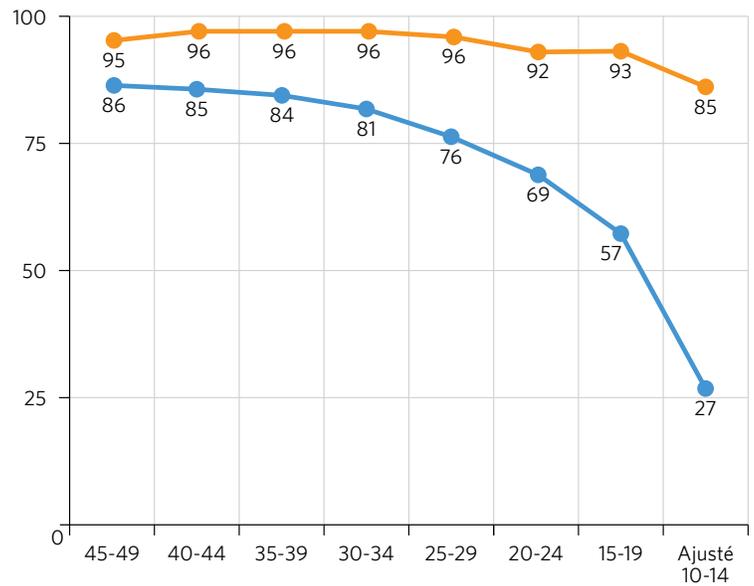
* Les taux de prévalence chez les filles de 10 à 14 ans doivent être ajustés pour tenir compte du fait qu'elles courent encore le risque d'être excisées avant d'avoir 15 ans (valeur sous-estimée), voire après avoir atteint cet âge (aucune donnée sur les excisions chez les filles de 15 ans et plus n'est disponible).

Figure 3.2. Pourcentage de filles et de femmes ayant subi une MGF, par tranche d'âge, à n'importe quel âge, avant l'âge de 15 ans et avant l'âge de 10 ans

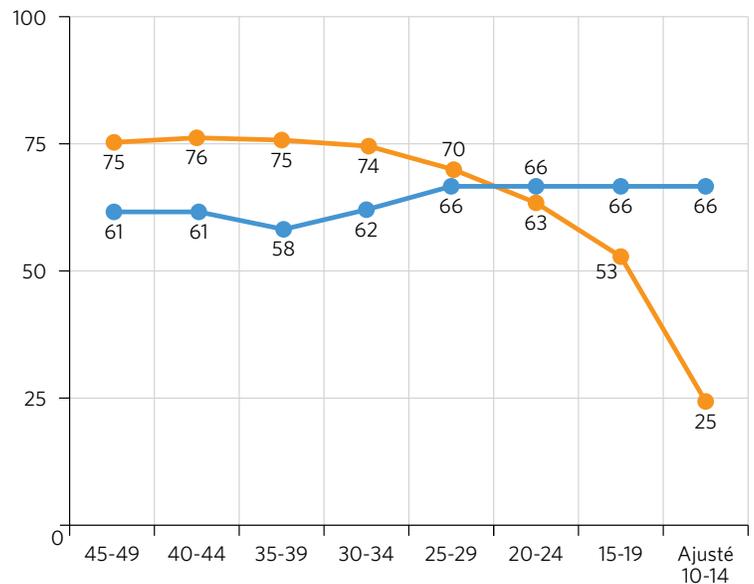
A.
Excision à tout âge



B.
Excision avant l'âge de 15 ans



C.
Excision avant l'âge de 10 ans



- Guinée
- Burkina Faso

Sources : analyse de l'UNFPA d'après les données issues des EDS. EDS de 2010 au Burkina Faso et EDS de 2012 en Guinée.

Les figures 3.2 a, b et c montrent le pourcentage de filles et de femmes qui ont subi une MGF par tranche d'âge de cinq ans au Burkina Faso et en Guinée. La figure 3.2a résume la prévalence des MGF à un moment quelconque de la vie des filles. La figure 3.2b comprend les excisions réalisées avant l'âge de 15 ans, et la figure 3.2c avant l'âge de 10 ans. Réunies, les figures fournissent un nouvel aperçu des tendances les plus récentes en matière de prévalence des MGF dans ces deux pays. Si la tendance en Guinée demeure globalement inchangée, et si les MGF sont une pratique quasi universelle chez les femmes de 45 à 49 ans, un faible pourcentage de filles âgées de 15 à 19 ans ont été épargnées. Le Burkina Faso a enregistré un déclin de la prévalence des MGF ces dix dernières années.

Si la prévalence ajustée permet de minimiser le risque de sous-estimation due à la censure, des incertitudes demeurent cependant quant à la communication de fausses informations sur l'âge des filles au moment de l'excision, et à la réticence des mères à dévoiler si elles-mêmes ou leurs filles ont été mutilées, car elles savent que des campagnes prônent l'abandon des MGF et que des lois interdisent cette pratique.

La prévalence des MGF peut varier sensiblement en fonction de l'ethnie et de la religion, mais certaines tendances en matière de prévalence globale sont constantes dans certains pays. La figure 3.3 présente les tendances chez les filles âgées de 15 à 19 ans par ethnie et par religion, au Burkina Faso et en Guinée, d'après trois EDS consécutives²⁵.

En Guinée, la prévalence des MGF chez les femmes des ethnies peul, soussou, kissi et malinké demeurait supérieure à 90 % entre 2000 et 2012, alors qu'elle reculait chez les femmes guerzé de 70 % à 38 % pendant la même période. Au Burkina Faso, trois groupes ethniques (Bobo/Dioula/Sénoufo, Mossi, et autres) sur cinq affichaient un déclin de la pratique entre 1999 et 2010. Le recul a été particulièrement rapide chez les femmes bobo/dioula/sénoufo, le taux de prévalence ayant chuté de 78 % à 58 %. À l'inverse, une tendance constante à la hausse est observée chez les femmes fulfuldé/peules ; le taux de prévalence s'élevait à 60 % en 1999, puis a atteint 64 % en 2003 et 78 % en 2010. Les directeurs de programme et les décideurs doivent accorder une attention particulière à ces groupes qui affichent une prévalence plus élevée et croissante.

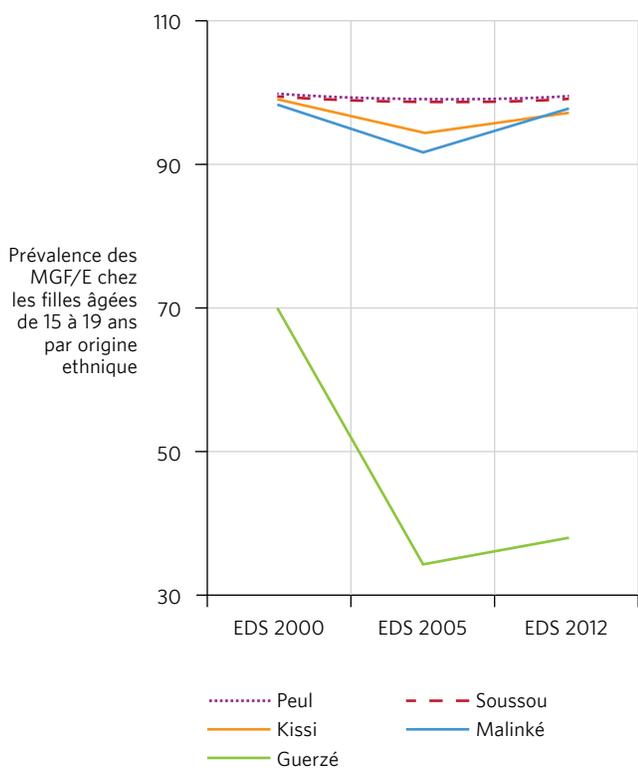
Dans les deux pays, la prévalence est nettement plus importante chez les femmes musulmanes que chez celles appartenant à d'autres groupes (chrétien, catholique, animiste et sans religion). Ces dix dernières années, la prévalence chez les femmes musulmanes n'a pratiquement pas évolué. En revanche, elle a diminué chez les femmes chrétiennes et catholiques.

²⁵ Certaines estimations sont fondées sur un nombre réduit d'observations et peuvent par conséquent être affectées par des erreurs d'échantillonnage qui, ajoutées aux erreurs non dues à l'échantillonnage, sont susceptibles de compromettre la pertinence des différences observées entre les groupes. Ces différences doivent être analysées avec précaution pour continuer d'identifier les pratiques culturelles sous-jacentes.

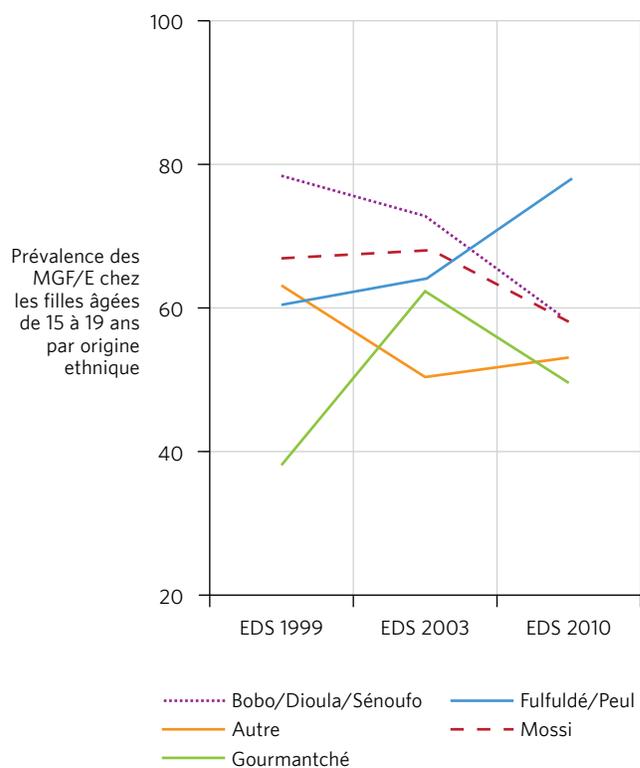


Figure 3.3. Tendances de la prévalence des MGF chez les filles âgées de 15 à 19 ans, par groupe ethnique et religieux

A. Guinée, par groupe ethnique

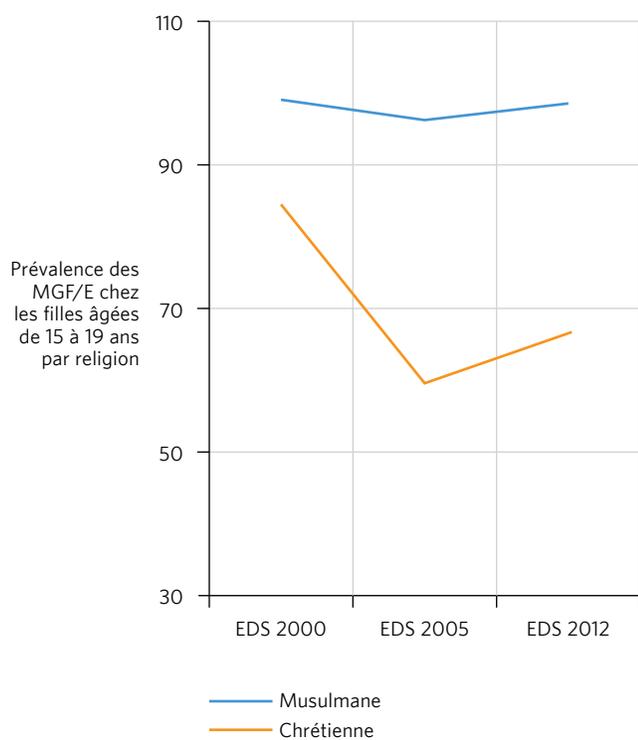


B. Burkina Faso, par groupe ethnique

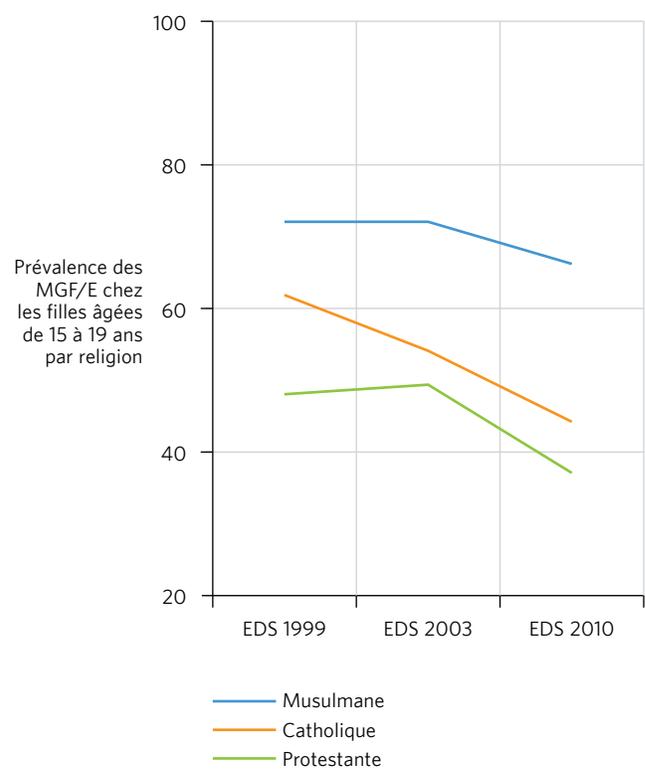




C. Guinée, par religion



D. Burkina Faso, par religion



Remarque : en raison du nombre insuffisant de cas, les groupes traditionnel, animiste et sans religion n'ont pas été inclus.

Source : analyse de l'UNFPA d'après les données issues des EDS.

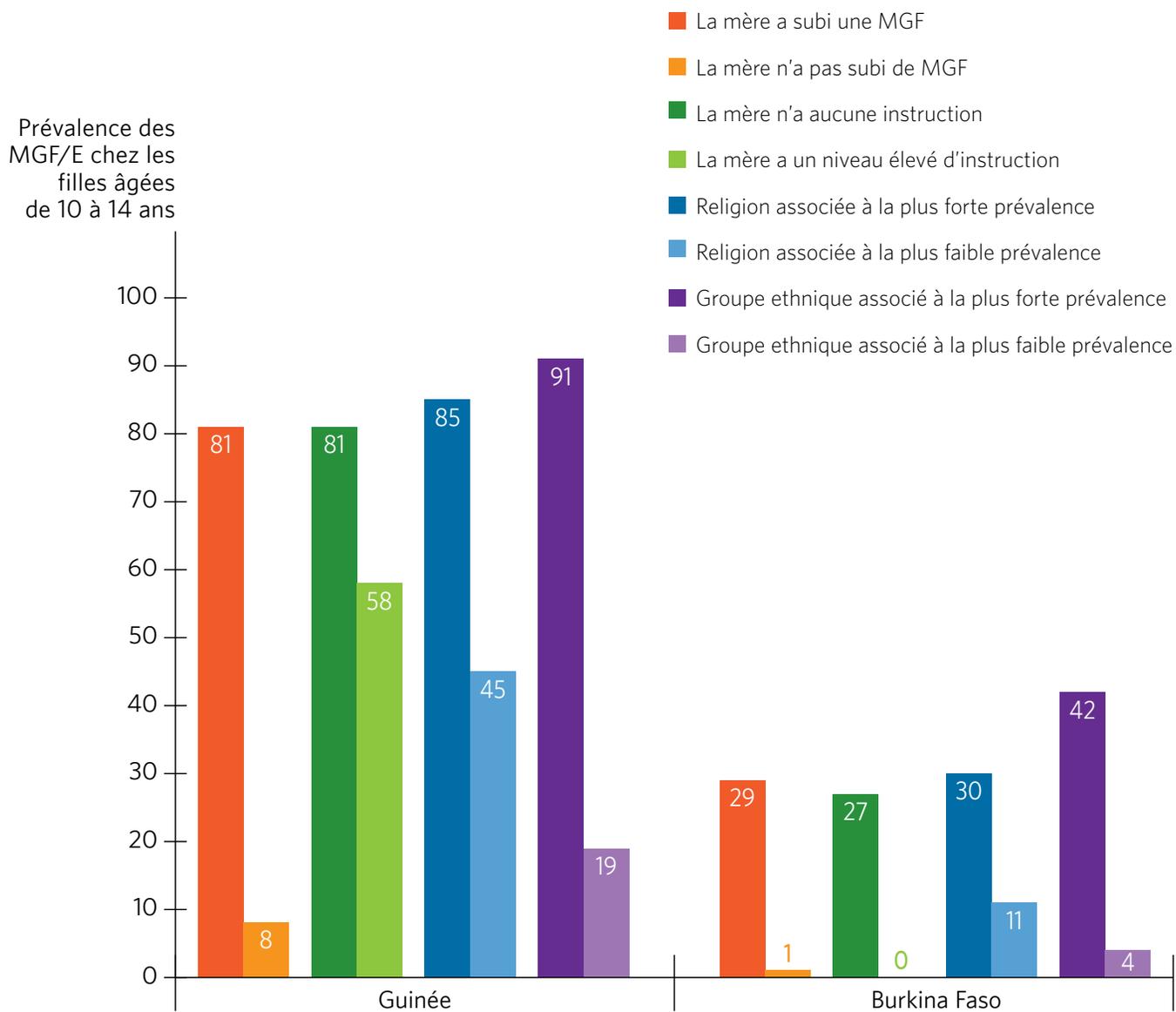
L'analyse de la prévalence des MGF chez les jeunes filles âgées de 10 à 14 ans à partir d'un échantillon de 13 caractéristiques sociodémographiques des mères ou des ménages permet d'avoir un aperçu plus complet des disparités dans ce domaine. Par exemple : 1) la mère a subi une MGF, 2) indice de richesse, 3) niveau d'instruction le plus élevé de la mère, 4) niveau d'instruction de l'époux/du partenaire, 5) la mère travaille pour la famille, pour d'autres ou à son compte, 6) lieu de résidence, 7) religion, 8) appartenance ethnique, 9) alphabétisation, 10) la mère a entendu parler de la fistule, 11) grossesse d'adolescente, 12) conviction que la MGF est prescrite par la religion, et 13) opinion favorable à la poursuite ou à l'abandon des MGF. La comparaison des résultats par groupe permet d'identifier les caractéristiques les plus importantes (voir figure 3.4) :

- 1) la mère a subi une MGF
- 2) niveau d'instruction le plus élevé de la mère
- 3) religion
- 4) appartenance ethnique

Le fait qu'une mère ait subi ou pas une MGF détermine grandement le sort de ses filles. En Guinée, les mères excisées sont dix fois plus susceptibles de soumettre leurs filles à la pratique, une tendance que l'on retrouve au Burkina Faso. Le niveau d'instruction de la mère constitue également un facteur clé. Au Burkina Faso, 27 % des filles dont la mère n'a reçu aucune instruction ont été excisées contre 0 % des filles dont la mère a un niveau d'instruction plus élevé.

Les deux études de cas montrent une nouvelle fois que la pratique des MGF est liée à des paramètres socioculturels très précis. Ces disparités entre et au sein des pays soulignent qu'il faut prêter attention aux différents facteurs susceptibles d'être responsables des MGF et mieux les cibler.

Figure 3.4. Prévalence des MGF chez les filles âgées de 10 à 14 ans, par caractéristique sociodémographique



Sources : analyse de l'UNFPA d'après les données issues des EDS. EDS de 2012 en Guinée et EDS de 2010 au Burkina Faso.



4

Prévisions

Ces vingt dernières années, des efforts significatifs ont été déployés pour éliminer les MGF à l'échelle locale, régionale et internationale. Cependant, dans 17 pays²⁶ mettant en œuvre des programmes intensifs de lutte contre les MGF, environ 12 millions de filles âgées de 15 à 19 ans ont subi cette pratique en 2012²⁷. Si la prévalence y demeure inchangée, d'ici 2020, 15 millions de filles nées entre 2000 et 2005 seront mutilées.

La figure 4.1 présente les estimations de la prévalence chez les filles âgées de 15 à 19 ans d'après les données les plus récentes, et le taux annuel de réduction d'après des enquêtes consécutives réalisées dans 24 pays disposant de données sur les tendances. L'analyse des tendances historiques permet de générer le taux annuel de réduction (TAR)²⁸ de 2007 à 2012. Les pays présentant le TAR le plus élevé sont le Bénin (23 %), le Nigéria (7 %) et l'Égypte (6 %). À l'extrémité inverse, on observe des taux négatifs indiquant une hausse de la prévalence, comme en Guinée-Bissau (- 2,1 %), au Mali (- 0,9 %) et en Guinée (- 0,7 %). Un examen des aspects méthodologiques, comme l'échantillonnage, est cependant nécessaire pour confirmer ces hausses²⁹.

Il est possible que les interventions de programme spécifiques mises en œuvre par des pays comme le Niger, affichant un TAR de 5 %, le Kenya (4 %), le Sénégal (3 %) et le Burkina Faso (1 %) aient entraîné des changements de comportement et une réduction des MGF. Citons, entre autres, un programme d'autonomisation communautaire abordant les MGF comme une violation des droits fondamentaux au Sénégal, la volonté politique et l'application de la législation interdisant les MGF au Burkina Faso, et des programmes d'éducation sur les conséquences néfastes des MGF dans les églises au Kenya. Les organisations de la société civile et les médias ont également contribué à la vaste diffusion des effets néfastes des MGF dans ces trois pays.

²⁶ Ces 17 pays sont couverts par la deuxième phase du Programme conjoint UNFPA-UNICEF sur les MGF/E.

²⁷ La deuxième phase s'étend de 2014 à 2017. Ces 17 pays ont été sélectionnés car leurs politiques et leurs interventions de programme font l'objet de données plus complètes.

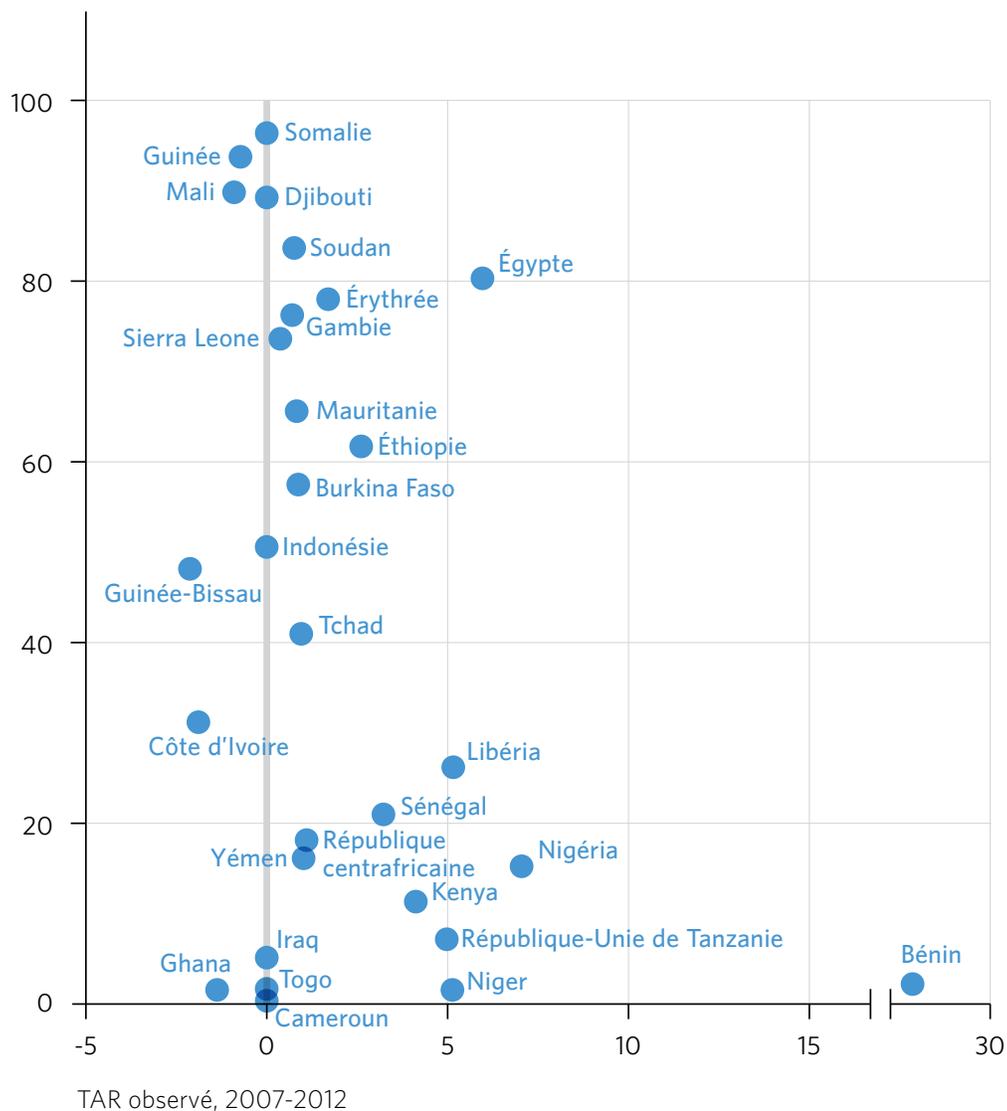
²⁸ On estime que la prévalence est exponentielle à l'instar du « taux d'intérêt composé » en termes financiers. Si l'on entend qu'une année t est dotée d'une prévalence X_t et d'un taux annuel de

réduction constant $r\%$, la prévalence de l'année suivante est X_{t+1} , soit le calcul suivant : $X_{t+1} = X_t * (1 - r\%)$.

²⁹ Un éventuel aspect méthodologique à prendre en compte est l'inclusion d'une question permettant de savoir si la personne interrogée a été excisée ou pas. Yoder P. S., Abderrahim N. et Zhuzhuni A., 2004, *Female Genital Cutting in the Demographic and Health Surveys: A Critical and Comparative Analysis*, DHS Comparative Reports No 7. Calverton, Maryland, ORC Macro.

Figure 4.1. Pourcentage de filles âgées de 15 à 19 ans ayant subi une forme quelconque de MGF, d'après les données les plus récentes, et taux annuel de réduction de la prévalence observé entre 2007 et 2012

Prévalence des MGF/E
chez les filles âgées de
15 à 19 ans, 2012
(en %)



Remarques : les TAR des pays où des enquêtes successives n'ont pas été menées (Cameroun, Djibouti, Iraq, Libéria et Somalie) affichent une valeur nulle (0). Il en va de même pour l'Ouganda et le Togo, où la prévalence est extrêmement faible et où l'évolution est susceptible d'être insignifiante. Le taux de l'Érythrée est basé sur les taux moyens des pays voisins (l'Éthiopie et le Soudan). La prévalence en Ouganda étant extrêmement faible et l'évolution sans doute insignifiante, elle ne fait l'objet d'aucune donnée.

Source : analyse de l'UNFPA d'après des enquêtes nationales, dont des EDS et des MICS.

Plusieurs pays ont commencé à œuvrer à l'abandon des MGF il y a plus d'une décennie. Au fil des ans, ils ont réussi à créer un environnement politique favorable, une réponse institutionnelle, une approche multisectorielle coordonnée et une législation interdisant les MGF, tandis que des organisations de la société civile ont mis en œuvre des interventions communautaires structurées. Tous ces éléments sont des facteurs essentiels pour concrétiser l'abandon des MGF assez rapidement³⁰.

Parmi ces 17 pays, environ sept peuvent accélérer la tendance s'ils disposent de ressources suffisantes. Cinq d'entre eux – Burkina Faso, Éthiopie, Kenya, Sénégal et Soudan – affichent un taux annuel de réduction positif, allant de 4,1 % à 0,8 %. Dans tous les cas, les objectifs nationaux d'ici 2020 ont été calculés à partir des prévisions basées sur les estimations nationales de la prévalence les plus récentes. Une réduction de 40 % est envisagée pour sept pays ayant la capacité d'accélérer l'élimination des MGF entre 2012 et 2020 ; 15 % à Djibouti, en Égypte, en Guinée-Bissau, en Mauritanie et au Mali ; 10 % en Gambie, en Guinée, au Nigéria et en Somalie ; et 5 % au Yémen (tableau 4.1)³¹. Au Nigéria et au Yémen, les efforts ciblant l'abandon des MGF sont pour la plupart le fait d'organisations de la société civile, mais une action complète et organisée est nécessaire³².

Tableau 4.1. Objectifs en matière d'abandon des MGF dans une sélection de pays d'ici 2020

GROUPES DE PAYS	OBJECTIF DE RÉDUCTION AUX ALENTOURS DE 2010 ³³ ET 2020, EN %
GROUPE 1	
Burkina Faso	40
Érythrée	40
Éthiopie	40
Kenya	40
Sénégal	40
Soudan	40
Ouganda	40
GROUPE 2	
Djibouti	15
Égypte	15
Gambie	10
Guinée	10
Guinée-Bissau	15
Mali	15
Mauritanie	15
Somalie	10
GROUPE 3	
Nigéria	10
Yémen	5

³⁰ « Rapport de synthèse de la phase I 2008-2013 du Programme conjoint UNFPA-UNICEF sur les mutilations génitales féminines/l'excision », 2014.

³¹ La deuxième phase du Programme conjoint UNFPA-UNICEF sur les MGF/E (2014-2017) adopte une approche basée sur des groupes de pays étayée par une série de critères et de scénarios envisageables. Un scénario suggère que l'abandon des MGF connaîtra une accélération différente au sein des groupes.

« UNFPA-UNICEF Joint Programme on the Abandonment of Female Genital Mutilation/Cutting: Accelerating Change, Funding Proposal for a Phase II, 2014 ».

³² HCDH, OMS, ONUSIDA, PNUD, UNCEA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF et UNIFEM. « Éliminer les mutilations sexuelles féminines. Déclaration interstitutions », 2008.

³³ Les enquêtes de référence sont les dernières EDS et MICS menées aux alentours de 2012.

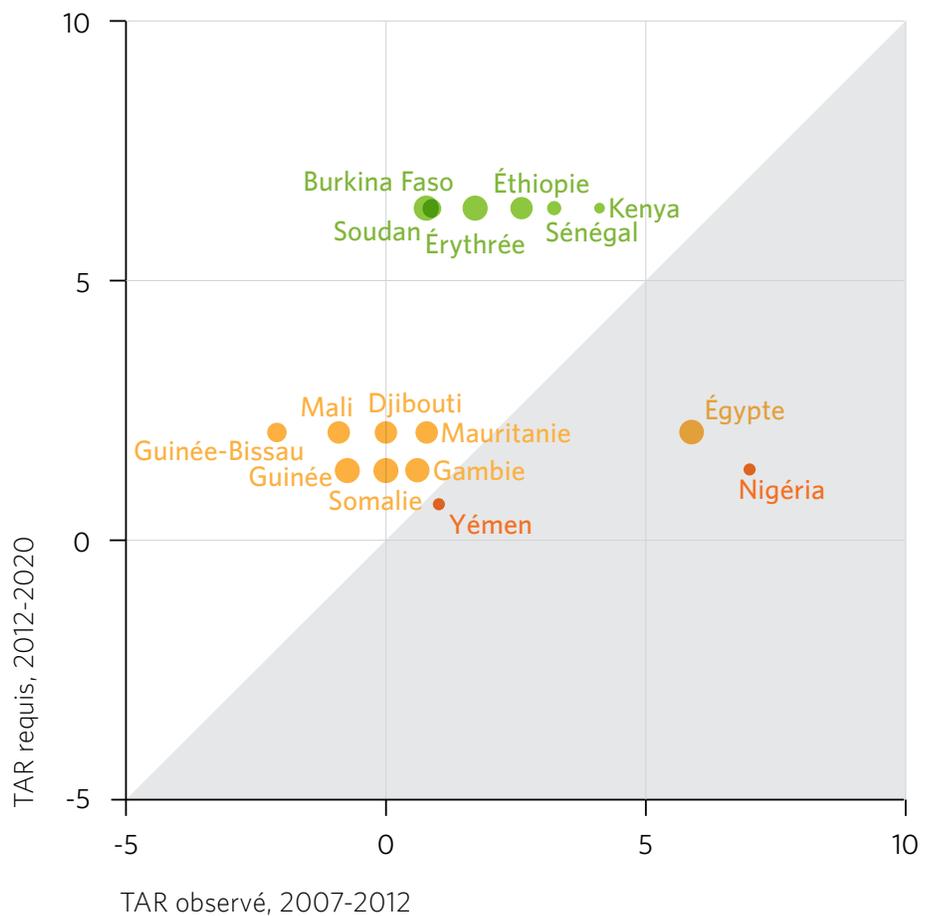
L'un des aspects uniques de l'analyse présentée dans le présent document est le calcul du TAR historique pour 17 pays cibles et la comparaison avec le TAR requis pour que ces pays atteignent les objectifs de réduction d'ici 2020. La figure 4.2 compare les TAR historiques entre 2007 et 2012 et les TAR requis entre 2012 et 2020 pour chaque pays. Les pays situés dans la zone ombrée sont plus à même d'atteindre les objectifs, car l'évolution de leur TAR affiche une réduction plus rapide par rapport aux taux requis.

Ces pays sont l'Égypte (groupe 2), le Nigéria (groupe 3) et le Yémen (groupe 3). La plupart des pays du groupe 1 ont un taux historique nettement plus faible que le taux requis. Ils doivent par conséquent redoubler d'efforts. Pour cela, ils doivent réaliser une analyse des stratégies et des interventions actuelles et déterminer les zones prioritaires. Ils peuvent en outre être amenés à équilibrer les interventions de programme, en particulier entre le plaidoyer national privilégiant les aspects politiques et juridiques, et la sensibilisation communautaire axée sur le changement des normes sociales.

Figure 4.2. TAR affichés entre 2007 et 2012 et TAR requis entre 2012 et 2020, en fonction des objectifs nationaux

- Pays du groupe 1
- Pays du groupe 2
- Pays du groupe 3

Taille des points : prévalence des MGF/E parmi les filles âgées de 15 à 19 ans



Remarque : la prévalence en Ouganda étant extrêmement faible et l'évolution susceptible d'être insignifiante, elle ne fait l'objet d'aucune donnée.

Le nombre de filles âgées de 15 à 19 ans susceptibles de subir une MGF en 2020 a été calculé en tenant compte de la taille de la population, de la prévalence actuelle des MGF et des objectifs nationaux pour deux scénarios : 1) la tendance actuelle se confirme et 2) les pays atteignent leur objectif. Les deux estimations indiquent le nombre de filles susceptibles d'être protégées contre les MGF (tableau 4.2). Plus de 70 % d'entre elles vivraient dans trois pays : l'Éthiopie (1,6 million), le Soudan (0,8 million) et l'Égypte (0,5 million).

Dans les pays fortement peuplés tels que l'Égypte, l'Éthiopie et le Nigéria, la prévalence des MGF chez les filles âgées de 15 à 19 ans est respectivement de 80,7 %, de 62,1 % et de 15,3 %, et le TAR historique de 5,9 %, de 2,6 % et jusqu'à 7 %. La réalisation des objectifs de réduction de 40 % en Éthiopie, de 15 % en Égypte et de 5 % au Nigéria - calculés en fonction du taux de réduction annuel respectif de 6,4 %, de 2 % et de 1,3 % - permettrait d'épargner 1,6 million de filles en Éthiopie, 0,5 million en Égypte et 165 000 au Nigéria. Dans les pays moins peuplés tels que la Guinée-Bissau, le même type d'analyse révèle une prévalence des MGF de 48,4 % chez les filles âgées de 15 à 19 ans. Le TAR historique de - 2,1 % suggère une hausse de la prévalence ces dernières années. L'objectif de la Guinée-Bissau est de 15 %, soit un taux de réduction annuel de 2 % dans l'ensemble du pays. S'il est atteint, 8 000 filles échapperont aux MGF d'ici 2020.

En raison des limites propres aux données, les prévisions s'appuient sur des estimations. C'est ainsi que le nombre de filles subissant des MGF entre 2010 et 2020 a été déterminé d'après les estimations du nombre total de filles excisées âgées de 15 à 19 ans en 2020. Ces filles, nées entre 2000 et 2005, auront entre 15 et 19 ans en 2020, et subiront des MGF à un moment ou à un autre d'après les taux constatés lors de la dernière enquête menée auprès des ménages. Une hypothèse a été émise selon laquelle la prévalence des MGF actuelle demeurera inchangée jusqu'en 2020. Le nombre de filles échappant aux MGF en 2020 peut être surestimé dans le scénario de « statu quo » (figure 4.3) si la prévalence à cette époque diffère du taux actuel signalé par les enquêtes auprès des ménages.

Si tous les pays atteignent leurs objectifs d'ici 2020, le nombre de filles nées entre 2000 et 2005 victimes de MGF diminuera jusqu'à 11 millions. En d'autres termes, un total de 4 millions de filles échapperaient aux MGF (figure 4.3).

Les prévisions étayent avec force la nécessité de redoubler les efforts visant à accélérer l'élimination des MGF, et fournissent une base quantitative pour les investissements financiers et en faveur des programmes à l'heure actuelle et à l'avenir. Par exemple, l'Éthiopie, où 1,6 million de filles peuvent être protégées, peut nécessiter un soutien plus intensif qu'un pays comme Djibouti, ciblant 6 000 filles.

Figure 4.3. Estimation du nombre de filles âgées de 15 à 19 ans qui subiront une MGF d'après un scénario de statu quo et un scénario basé sur les objectifs nationaux pour 2020

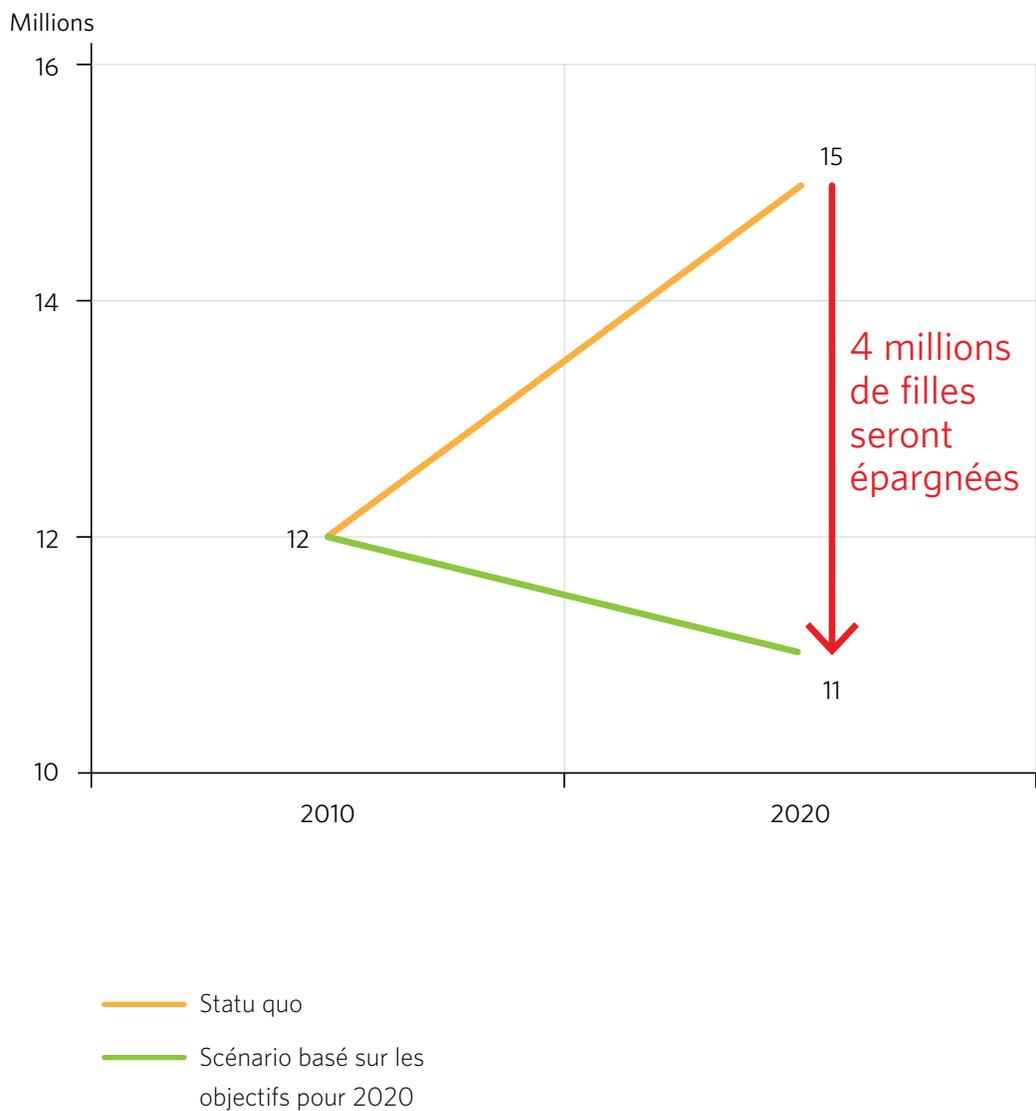


Tableau 4.2. Estimation de la prévalence des MGF chez les filles âgées de 15 à 19 ans et du nombre de filles protégées, et objectifs nationaux, 2020

GROUPE DE PAYS/ PROGRAMME CONJOINT SUR LES MGF	ANNÉE/ SOURCE	PRÉVALENCE CHEZ LES FILLES ÂGÉES DE 15 À 19 ANS, DONNÉES LES PLUS RÉCENTES (en %)	TAR HISTORIQUE 2007-2012
GROUPE 1			
Burkina Faso	EDS 2010	58	0,9
Éthiopie	EDS 2005	62	2,6
Kenya	EDS 2014	11	4,1
Sénégal	EDS 2014	21	3,2
Soudan*	SHHS 2010	84	0,8
Ouganda	EDS 2011	1	-
Érythrée	EDS 2002	78	1,7
GROUPE 2			
Égypte	EDS 2008	81	5,9
Gambie	EDS 2013	76	0,6
Guinée	EDS 2012	94	- 0,7
Guinée-Bissau	MICS 2010	48	- 2,1
Mali	EDS 2013	90	- 0,9
Mauritanie	MICS 2011	66	0,8
Djibouti	MICS 2006	90	0
Somalie	MICS 2006	97	0
GROUPE 3			
Nigéria	EDS 2013	15	7,0
Yémen	EDS 2013	16	1,0
TOTAL			

Scénario : réduction de 40 % dans les pays les plus touchés ; réduction de 15 % à Djibouti, en Égypte, en Guinée-Bissau, en Mauritanie et au Mali ; réduction de 10 % dans d'autres pays émergents et au Nigéria ; statu quo dans de nouveaux pays (Yémen), d'ici 2020

NOMBRE DE FILLES ÂGÉES DE 15 À 19 ANS AYANT SUBI DES MGF EN 2012 (EN MILLIER)	ESTIMATION DU NOMBRE DE FILLES ÂGÉES DE 15 À 19 ANS SUBISSANT DES MGF SI LA TENDANCE ACTUELLE SE POURSUIT EN 2020 (EN MILLIER)	ESTIMATION DE LA PRÉVALENCE CHEZ LES FILLES ÂGÉES DE 15 À 19 ANS EN 2020 (en %)	ESTIMATION DU NOMBRE DE FILLES ÂGÉES DE 15 À 19 ANS SUBISSANT DES MGF EN 2020 (EN MILLIER)	ESTIMATION DU NOMBRE DE FILLES ÂGÉES DE 15 À 19 ANS PROTÉGÉES EN 2020 (EN MILLIER)
480	645	35	387	258
3 019	3 930	37	2 358	1 572
245	323	7	194	129
149	191	13	115	76
1 573	1 993	50	1 196	797
19	26	1	16	11
238	314	47	188	125
2 974	3 141	69	2 670	471
68	94	69	85	9
543	693	85	624	69
41	51	41	43	8
642	906	77	770	136
122	154	56	131	23
42	39	76	33	6
488	676	87	608	68
1 222	1 645	14	1 481	165
231	252	16	240	13
12 096	15 073		11 138	3 935

Remarques : Djibouti, l'Érythrée, la Somalie et le Yémen n'ayant qu'un point de donnée, il est impossible de calculer le TAR. Le TAR de l'Éthiopie est déterminé en fonction des TAR moyens des pays voisins (l'Éthiopie et le Soudan) ; il est estimé que les TAR de Djibouti, de la Somalie et du Yémen sont égaux à 0.

Source : analyse de l'UNFPA d'après les données issues des EDS et MICS.



5

Conclusion
et perspectives
d'avenir

L'égalité entre les sexes, l'autonomisation des femmes et la réalisation de leurs droits sont des éléments fondamentaux pour le bien-être des femmes, de leurs familles et de leurs communautés, mais aussi pour le développement durable.

Les violations des droits fondamentaux des femmes et des filles incluent des pratiques néfastes, comme le mariage d'enfants, le mariage forcé et les MGF, l'absence de droits et le manque de soins de santé en matière de procréation, ainsi que les inégalités de l'accès à l'éducation, à l'emploi, à des postes d'encadrement et aux processus de prise de décisions. Le programme de développement durable pour l'après-2015 reconnaît l'importance de l'égalité entre les sexes, comme principe en soi et dans la perspective de la réalisation des objectifs de développement durable³⁴. L'absence de contrôle des filles et des femmes sur leur propre corps et les violations de leur santé et de leurs droits sexuels et reproductifs constituent l'un des obstacles majeurs à l'égalité entre les sexes.

Il existe des arguments convaincants concernant la nécessité de continuer à accélérer et à intensifier l'abandon de pratiques néfastes comme les MGF. Si les interventions des divers programmes et les ressources financières demeurent à leur niveau ou sont réduites, plus de 15,2 millions de filles subiront des MGF d'ici à 2020. C'est un chiffre effrayant. Cependant, si les 17 pays cibles atteignent leurs objectifs, ce sont 4 millions de filles qui échapperont aux MGF.

Les données fournies dans ce rapport constituent des informations quantitatives fiables susceptibles d'éclairer les choix de soutien financier et programmatique, et de guider les gouvernements et les donateurs internationaux. Disposer de données pour définir les populations cibles et pour orienter les actions vers les zones d'impact maximum renforcera les interventions visant à lutter contre les MGF et, à terme, à les éliminer.

En outre, se fixer des objectifs quantitatifs permet également de déterminer l'efficacité des interventions en termes de coût.

La lutte contre les MGF ne peut être menée de manière isolée. Les femmes que la pression sociale empêche de prendre des décisions concernant leur santé et leurs droits reproductifs se sentiront à leur tour pressées de faire subir à leurs filles une pratique ancestrale dont la pertinence du point de vue culturel et rituel est forte. L'analyse des MGF du point de vue démographique montre qu'il s'agit d'une pratique qui intervient dans des conditions socioculturelles spécifiques (par ex., lieu de résidence, statut reproductif, santé reproductive). Les interventions visant à favoriser l'abandon des MGF doivent prendre en considération les inégalités entre les sexes et la façon dont elles se traduisent (par ex., fécondité élevée, maintien d'une population très jeune).

Les études de cas portant sur le Burkina-Faso et la Guinée montrent que le profil de la mère (niveau d'éducation, ayant subi ou pas des MGF, religion, origine ethnique) fournit des informations précieuses pour déterminer quelles sont les filles ou les femmes qui subissent des MGF et le milieu dans lequel elles vivent. Ces informations sont corroborées par d'autres études montrant que l'origine ethnique et religieuse joue un rôle déterminant.

Les analyses présentées ici reflètent également l'importance des données pour comprendre le contexte dans lequel les programmes de lutte contre les MGF opèrent, en particulier ceux qui ciblent les communautés locales.

³⁴ « Sustainable Development Knowledge Platform—Technical Support Team Issues Brief: Gender Equality and Women's Empowerment. »
Voir : http://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/2396TST%20Issues%20Brief%20GEWE_FINAL.pdf.

Par exemple, à Djibouti, où la population urbaine croît rapidement, il convient de cibler les programmes de prévention dans les villes. Un pays très rural comme la Guinée-Bissau, où seuls quelques groupes ethniques pratiquent les MGF, devra adopter une approche différente, ciblant l'application de la loi interdisant les MGF et la sensibilisation communautaire.

Environ 130 millions de filles et de femmes ont subi des MGF dans les pays pour lesquels des données sont disponibles. Au cours des cinq dernières années, la prévalence a diminué grâce à des efforts ciblés, dont le renforcement des capacités et de l'encadrement pour les programmes visant à éliminer les MGF et une plus grande appropriation au plan national, les partenariats et la coordination entre les différents acteurs au plan national et communautaire, et l'intégration d'approches, de stratégies et d'initiatives programmatiques dans les interventions nationales. Ces efforts se fondent sur une approche basée sur les droits fondamentaux et tenant compte des spécificités culturelles, et visent de manière systématique à changer le statut des filles et des femmes ayant subi des/victimes de MGF.

Ils s'appuient sur de nombreux éléments essentiels liés à l'achèvement de l'égalité entre les sexes. Les programmes de santé reproductive contribuent à améliorer le statut des femmes. Un meilleur accès des filles à l'éducation a de nombreux effets positifs, dont la réduction de la fécondité et le report de la première grossesse. Protégées juridiquement, et soutenues par des actions de plaidoyer au niveau communautaire, les femmes sont mieux à même de défendre leurs droits. Les initiatives communautaires sur la santé reproductive et le genre ont permis d'approfondir les connaissances et ont débouché sur des solutions pour réduire la violence à l'égard des femmes, y compris les MGF.

L'égalité entre les sexes a un effet de catalyseur sur la réalisation d'un développement humain progressiste et inclusif, la bonne gouvernance, la consolidation de la paix et les dynamiques harmonieuses entre les populations humaines et leurs environnements, autant d'éléments qui sont au cœur du développement durable et des droits fondamentaux³⁵.

³⁵Ibid.

UNFPA

Réaliser un monde où chaque grossesse est désirée chaque accouchement est sans danger et et le potentiel de chaque jeune est accompli

Remerciements

Ce rapport a été réalisé par la Division technique de l'UNFPA. Il a été rédigé par Mengjia Liang (suivi et évaluation), Edilberto Loaiza (conseiller principal pour le suivi et l'évaluation), Nafissatou J. Diop (conseillère principale et coordonnatrice du Programme conjoint UNFPA-UNICEF sur les mutilations génitales féminines/l'excision) et Berhanu Legesse (représentant assistant en Éthiopie et chargé des questions de genre). Le rapport a été édité par Gretchen Luchsinger et mis en page par Mary Marques.

L'UNFPA tient à souligner le travail de l'Alliance globale contre les mutilations génitales féminines pour les données prévisionnelles sur les MGF que l'organisation fournit. Nous remercions tout particulièrement nos collègues qui travaillent pour le Programme conjoint UNFPA-UNICEF sur les mutilations génitales féminines/l'excision, le principal programme d'élimination des MGF dans le monde, ainsi que Gretchen Kail (assistante pour la recherche) et Katherine Radke (analyste de programme) pour leurs contributions et leurs commentaires précieux. L'UNFPA souhaite également remercier les nombreux gouvernements, ministères, organismes régionaux et organisations de la société civile pour leur contribution précieuse sous forme de soutien, d'expertise et de données.

Nous tenons à exprimer notre gratitude à Luis Mora (chef du service Genre, Droits de la personne et Culture) et à Ann Pawliczko (Conseillère supérieure et officier en charge de la branche Population et Développement) pour leur leadership et leur soutien.

Enfin, nous remercions tout spécialement Benoit Kalasa (directeur de la Division technique), Bruce B. Campbell (coordonnateur mondial pour les données de la plate-forme de développement) et Mona Kaidbey (directrice adjointe de la Division technique) pour avoir soutenu la publication de ce rapport.

.Crédits photo

Couverture : © Jerome Sessini/Magnum Photos

Page 5 : © Nancy Durrell McKenna

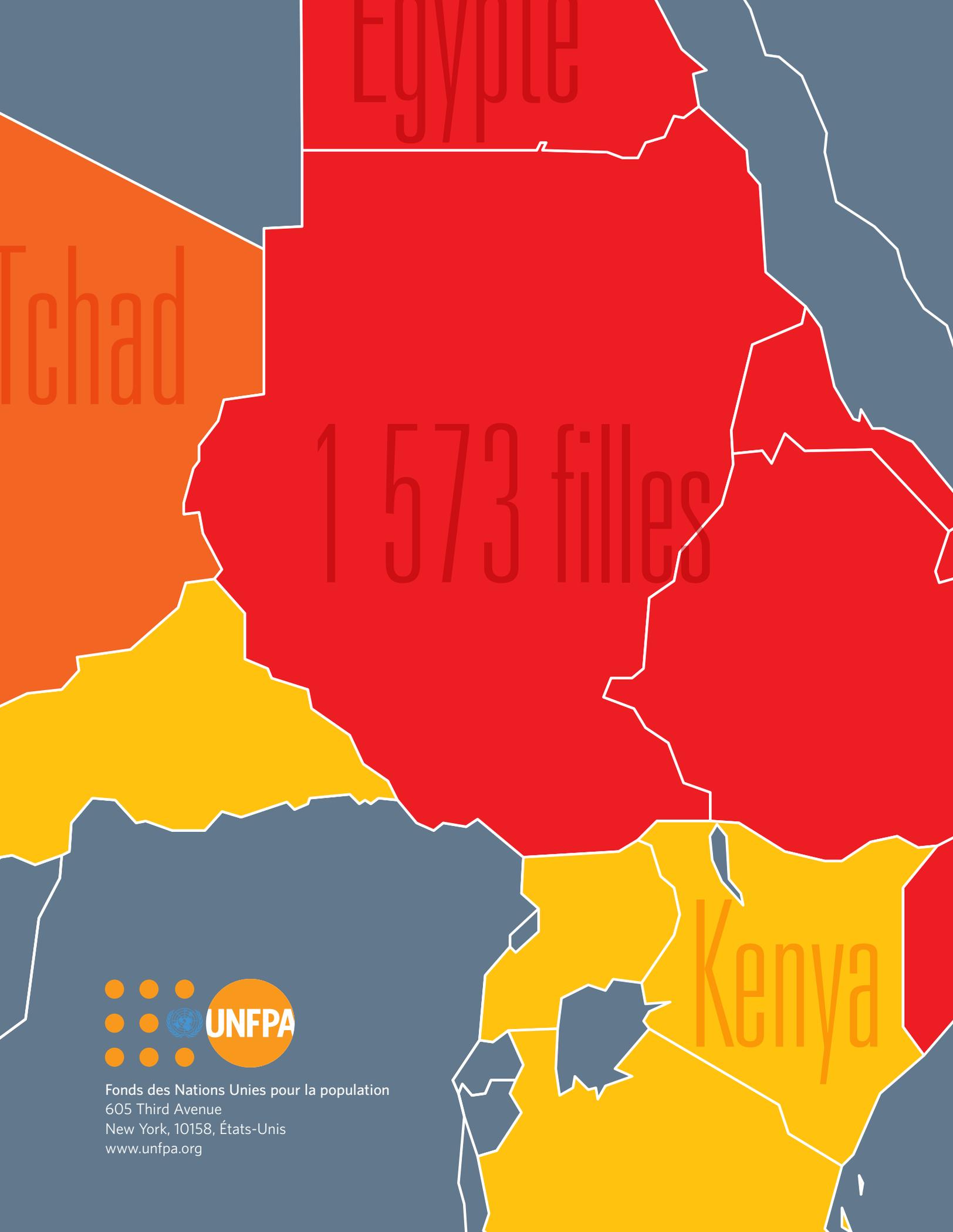
Page 10 : © UNFPA/Sven Torfinn

Page 18 : © Nancy Durrell McKenna

Page 36 : © Nancy Durrell McKenna

Page 40 : © Sheila McKinnon

Page 50 : © Sheila McKinnon



Egypte

Tchad

1 573 filles

Kenya



Fonds des Nations Unies pour la population
605 Third Avenue
New York, 10158, États-Unis
www.unfpa.org