



P O P U L A T I O N R E F E R E N C E B U R E A U

Mutilation génitale féminine /excision : Données et tendances

Mutilation génitale féminine /excision : Données et tendances

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

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

La mutilation génitale féminine ou l'excision présente des risques physiques et mentaux graves pour les femmes et les fillettes, en particulier, pour celles ayant subi des formes extrêmes de la procédure (voir l'encadré 2 pour une liste des types d'excision pratiqués). Selon une étude effectuée en 2006 par l'OMS, la pratique de la mutilation génitale féminine peut être associée à une augmentation des complications à l'accouchement et même du nombre de décès maternels. Les autres effets secondaires relevés incluent notamment des douleurs violentes, des hémorragies, le tétanos, l'infection, la stérilité, des kystes et des abcès, l'incontinence et des problèmes d'ordre sexuel et psychologique.

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

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

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

Encadré 1 Décodage des termes : mutilation, ablation ou circoncision ?

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

L'expression « circoncision féminine » était couramment utilisée pendant de nombreuses années pour décrire cette pratique ; cependant, ce terme a pour l'essentiel été abandonné en raison de l'analogie suggérée à la circoncision masculine. Diverses communautés continuent cependant à se servir de cette expression parce qu'elle représente une traduction littérale de la terminologie employée dans leur propre langue. La mutilation génitale féminine et l'ablation représentent une procédure beaucoup plus nocive et invasive que la circoncision masculine. La mutilation génitale féminine est souvent perçue comme une méthode permettant de décourager les rapports sexuels avant le mariage et de préserver la virginité préuptiale. L'expression « mutilation génitale féminine » est celle qu'emploient le plus souvent les défenseurs des droits de la femme et de la santé féminine qui cherchent à mettre en évidence les dommages causés par cette procédure. Vers le milieu des années 1990, de nombreuses organisations ont décidé de se servir de l'expression plus neutre d'« excision féminine », craignant que l'expression « mutilation génitale féminine », plus négative et péjorative, soit moins propice à la discussion et à une collaboration en faveur de l'abandon de cette pratique. L'Agence des États-Unis pour le Développement international emploie de nos jours l'expression « mutilation génitale féminine/excision » (MGF/E).

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

Encadré 2 Types de mutilation génitale féminine/excision

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

En 2007, l'Organisation mondiale de la santé a classé les mutilations

génitales féminines en quatre grandes catégories :

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

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

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

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

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

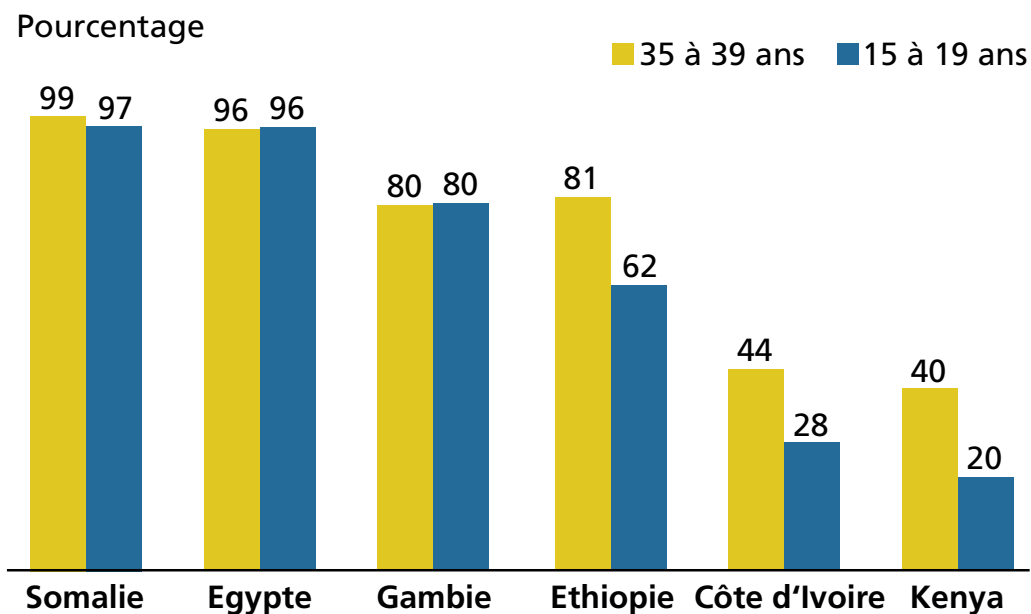
Note : Les questionnaires utilisés à l'heure actuelle pour les Enquêtes démographiques et de santé ne font pas la distinction entre les

mutilations génitales féminines de types I et II, mais distinguent entre les femmes et les jeunes filles ayant subi une mutilation génitale, s'il y a eu ou non ablation des tissus, et s'il y a eu ou non obturation des tissus par suture.

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

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

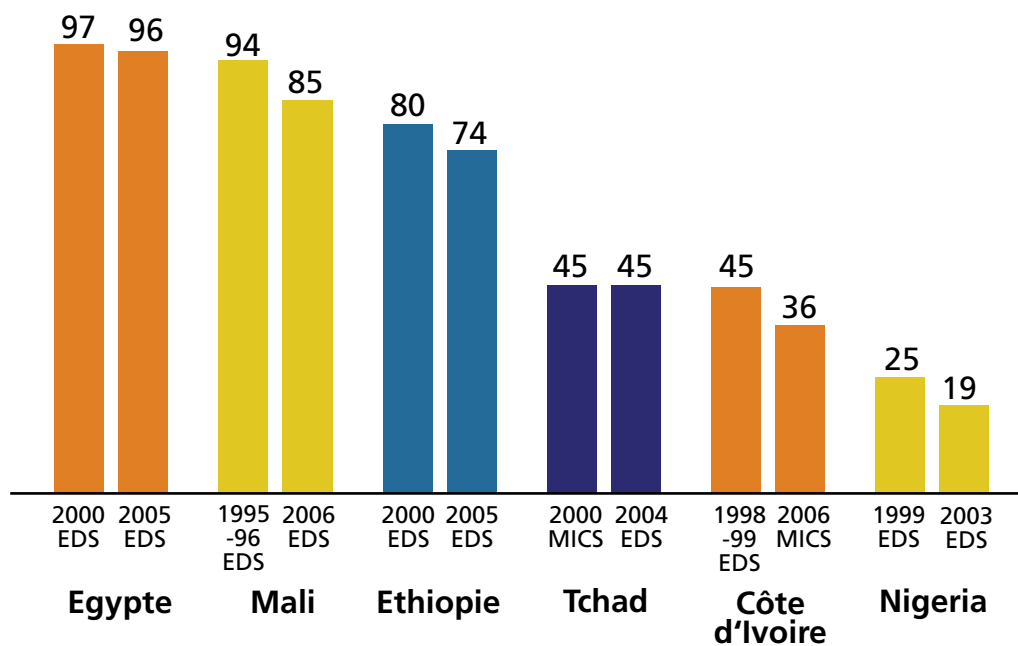
Bien qu'il n'existe dans certains pays qu'une différence minimale entre les taux de prévalence enregistrés chez les femmes plus âgées (35 à 39 ans) et plus jeunes (15 à 19 ans), dans d'autres — notamment l'Éthiopie, la Côte d'Ivoire et le Kenya — la différence est beaucoup plus marquée. Il peut s'agir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



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

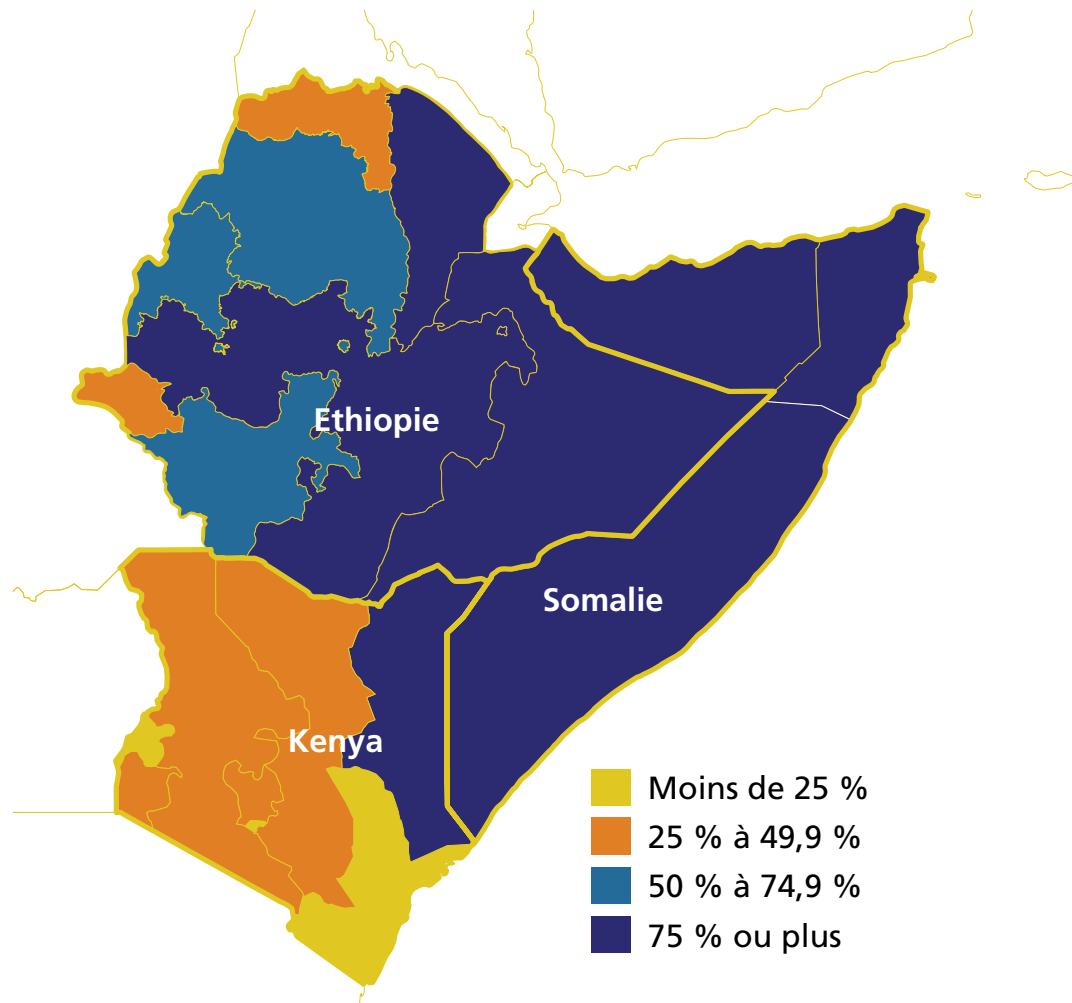
Au cours des 10 dernières années, une tendance à la baisse des pourcentages de femmes subissant cette pratique dans certains pays semble indiquer une renonciation graduelle à la mutilation génitale féminine, bien que, dans d'autres pays, l'on n'ait enregistré jusqu'à présent que peu — voire pas — de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

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



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

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



	Source des données		Prévalence par âge (%)		
			15-49	15-19	35-39
Bénin	EDS	2006	12,9	7,9	16,3
Burkina Faso	EDS	2003	76,6	65,0	81,6
Cameroun	EDS	2004	1,4	0,4	1,2
Côte d'Ivoire	MICS	2006	36,4	28,0	43,8
Djibouti	MICS	2006	93,1	—	—
Égypte	EDS	2005	95,8	96,4	95,9
Érythrée	EDS	2002	88,7	78,3	92,6
Éthiopie	EDS	2005	74,3	62,1	81,2
Gambie	MICS	2005/06	78,3	79,9	79,5
Ghana	MICS	2006	3,8	1,4	5,7
Guinée	EDS	2005	95,6	89,3	98,6
Guinée-Bissau	MICS	2006	44,5	43,5	48,6
Kenya	EDS	2003	32,2	20,3	39,7
Mali	EDS	2006	85,2	84,7	84,9
Mauritanie	EDS	2000/01	71,3	65,9	71,7
Niger	EDS	2006	2,2	1,9	2,9
Nigeria	EDS	2003	19,0	12,9	22,2
Ouganda	EDS	2006	0,6	0,5	0,8
Rép. Centrafricaine	MICS	2000	35,9	27,2	43,3
Sénégal	EDS	2005	28,2	24,8	30,5
Sierra Leone	MICS	2006	94,0	81,1	97,5
Somalie	MICS	2006	97,9	96,7	98,9
Soudan (Nord)	MICS	2000	90,0	85,5	91,5
Tanzanie	EDS	2004/05	14,6	9,1	16,0
Tchad	EDS	2004	44,9	43,4	46,2
Togo	MICS	2006	5,8	1,3	9,4
Yémen	PAPFAM	2003	38,2	—	—

	Prévalence par zone géographique (%)			
	zone urbaine	zone rurale	région à plus faible prévalence	région à plus forte prévalence
Bénin	9,3	15,4	0,1	58,8
Burkina Faso	75,1	77,0	44,4	89,6
Cameroun	0,9	2,1	0,0	5,4
Côte d'Ivoire	33,9	38,9	12,6	88,0
Djibouti	93,1	95,5	—	—
Égypte	92,2	98,3	71,5	98,0
Érythrée	86,4	90,5	81,5	97,7
Éthiopie	68,5	75,5	27,1	97,3
Gambie	72,2	82,8	44,8	99,0
Ghana	1,7	5,7	0,5	56,1
Guinée	93,9	96,4	86,4	99,8
Guinée-Bissau	39,0	48,2	28,7	92,7
Kenya	21,3	35,8	4,1	98,8
Mali	80,9	87,4	0,9	98,3
Mauritanie	64,8	76,8	53,6	97,2
Niger	2,1	2,3	0,1	12,0
Nigeria	28,3	14,0	0,4	56,9
Ouganda	0,2	0,7	0,1	2,4
Rép. Centrafricaine	29,2	40,9	—	—
Sénégal	21,7	34,4	1,8	93,8
Sierra Leone	86,4	97,0	80,8	97,0
Somalie	97,1	98,4	94,4	99,2
Soudan (Nord)	91,7	88,3	—	—
Tanzanie	7,2	17,6	0,8	57,6
Tchad	47,0	44,4	3,5	92,2
Togo	4,1	7,3	1,0	22,7
Yémen	33,1	40,7	—	—

	Types de MGF/E (%)		
	incision, pas d'ablation	ablation	suturage
Bénin	0,6 ^a	97,5 ^a	3,9 ^{a, c}
Burkina Faso	1,2	90,8	2,0
Cameroun	4,0	85,0	5,0
Côte d'Ivoire	6,1	80,0	5,7
Djibouti	24,9	6,4	67,2
Égypte	—	—	—
Érythrée	46,0	4,1	38,6
Éthiopie	—	—	6,1
Gambie	—	—	—
Ghana	—	—	—
Guinée	1,7	86,4	9,3
Guinée-Bissau	0,8	91,7	3,2
Kenya	—	—	—
Mali	3,0	75,8	10,2
Mauritanie	5,4	75,3	—
Niger	0,8 ^{a, c}	90,5 ^{a, c}	13,3 ^{a, c}
Nigeria	2,0	43,5	3,9
Ouganda	—	—	—
Rép. Centrafricaine	—	—	—
Sénégal	0,2	82,7	11,9
Sierra Leone	—	—	—
Somalie	1,3	15,2	79,3
Soudan (Nord)	21,5	1,7	74,1
Tanzanie	1,9	91,3	2,0
Tchad	19,4	74,7	2,4
Togo	7,7	85,7	1,7
Yémen	—	—	—

	Intervention traditionnelle (%)	Intervention médicale (%)	Législation nationale
Bénin	99,0	0,6	●
Burkina Faso	88,6	0,2	●
Cameroun	89,0	4,0	◐
Côte d'Ivoire	95,2 ^c	0,5 ^c	●
Djibouti	—	—	●
Égypte	24,1 ^b	74,5 ^b	●
Érythrée	94,5	0,6	●
Éthiopie	—	—	●
Gambie	—	—	◐
Ghana	—	—	●
Guinée	88,7	10,0	●
Guinée-Bissau	—	—	◐
Kenya	—	—	●
Mali	91,7	2,5	◐
Mauritanie	70,9	1,1	●
Niger	97,0	0,5	●
Nigeria	59,0 ^c	12,6 ^c	◐
Ouganda	—	—	◐
Rép. Centrafricaine	—	—	●
Sénégal	92,5	0,6	●
Sierra Leone	—	—	◐
Somalie	—	—	◐
Soudan (Nord)	78,0 ^b	18,1 ^b	◐
Tanzanie	89,1 ^c	2,0 ^c	●
Tchad	94,2	2,7	◐
Togo	—	—	●
Yémen	—	—	◐

Définitions et notes

Intervention médicale : Mutilation génitale féminine effectuée par un professionnel de la santé, par ex. un médecin, une infirmière ou une sage-femme.

Intervention traditionnelle : Mutilation génitale féminine effectuée par un praticien traditionnel, par ex. les spécialistes locaux procédant aux excisions, les accoucheuses traditionnelles et les femmes plus âgées sans autre titre particulier.

Législation nationale : ■ = Lois interdisant expressément la mutilation génitale féminine ; □ = Pas de lois ;

● = Pas de lois spécifiques, mais existence de dispositions générales du code pénal ayant été appliquées à la mutilation génitale féminine ou susceptibles de l'être.

— Données non disponibles

^a Le total (tous types de mutilations génitales féminines) excède 100 % en raison de la multiplicité des réponses données

^b Expérience des filles

^c Calculs spéciaux par les services du PRB

Sources

Sources d'enquêtes principales : Enquêtes démographiques et de santé (EDS) ; Enquêtes en grappe à indicateur multiple (MICS), UNICEF ; Projet panarabe pour la santé familiale (PAPFAM - Project for Family Health).

Autres sources :

Center for Reproductive Rights, *Female Genital Mutilation (FGM): Legal Prohibitions Worldwide* (New York, NY : 2008).

Inter-African Committee on Traditional Practices, *International, Regional and Legal Instruments for the Protection of Women and Girls against FGM*, consulté en ligne à l'adresse suivante : www.iac-ciaf.com/legalprotection.htm le 2 mai 2008.

Union interparlementaire, *Législation et autres textes de droit interne*, consulté en ligne à l'adresse suivante : www.ipu.org/wmn-e/fgm-prov-b.htm le 2 mai 2008.

Population Reference Bureau, *Abandonner la mutilation génitale féminine/excision : Informations du monde entier*, un CD-ROM (Washington, DC : PRB, 2005).

UNICEF, *Female Genital Mutilation/Cutting: A Statistical Exploration* (novembre 2005).

Women's United Nations Report Network, *FGM Legislation for 25 African Countries—Female Genital Mutilation*, consulté en ligne à l'adresse suivante : http://wunrn.com/news/2006/11_06_06/111206_fgm_legislation.htm le 2 mai 2008.

Organisation mondiale de la santé, *Éliminer les mutilations génitales féminines : Déclaration interinstitutions* (Genève : OMS, 2008).

Organisation mondiale de la santé, *Mutilations génitales féminines, Aide-mémoire no 241* (Genève : OMS, mai 2008).

P. Stanley Yoder et Shane Khan, *Numbers of Women Circumcised in Africa : The Production of a Total* (Calverton, MD : ORC Macro, mars 2008).

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

Remerciements

Auteurs : Charlotte Feldman-Jacobs et Donna Clifton

Nous remercions tout particulièrement Ellen Carnevale, Jay Gribble, Sarah Harbison, Sandra Jordan, Toshiko Kaneda, Richard Skolnik et Rhonda Smith.

Maquette : Theresa Kilcourse.

Production : Michelle Corbett.

Traduction : Pascale Ledeur-Kraus

Révision : Pascale De Souza

Coordination : Sara Adkins-Blanch

Photo de couverture : Pep Bonet/Panos Pictures

Le financement de la présente publication a été fourni par l'Agence des États-Unis pour le Développement international, au titre du Projet BRIDGE (Accord de coopération GPO-A-00-03-00004-00). Le contenu de la présente publication est de la seule responsabilité du Population Reference Bureau et ne reflète pas nécessairement les opinions de l'USAID ou du gouvernement des États-Unis.



USAID
DU PEUPLE AMERICAIN

BRIDGE

PRB

Pour commander des exemplaires de la présente publication, veuillez contacter le PRB, 1875 Connecticut Ave., NW, Suite 520, Washington, DC 20009-5728
tél. 202-483-1100 ; fax 202-328-3937 ; courriel : prborders@prb.org ; www.prb.org.

© 2008 Population Reference Bureau. Tous droits réservés.