Mutilations génitales féminines/excision :

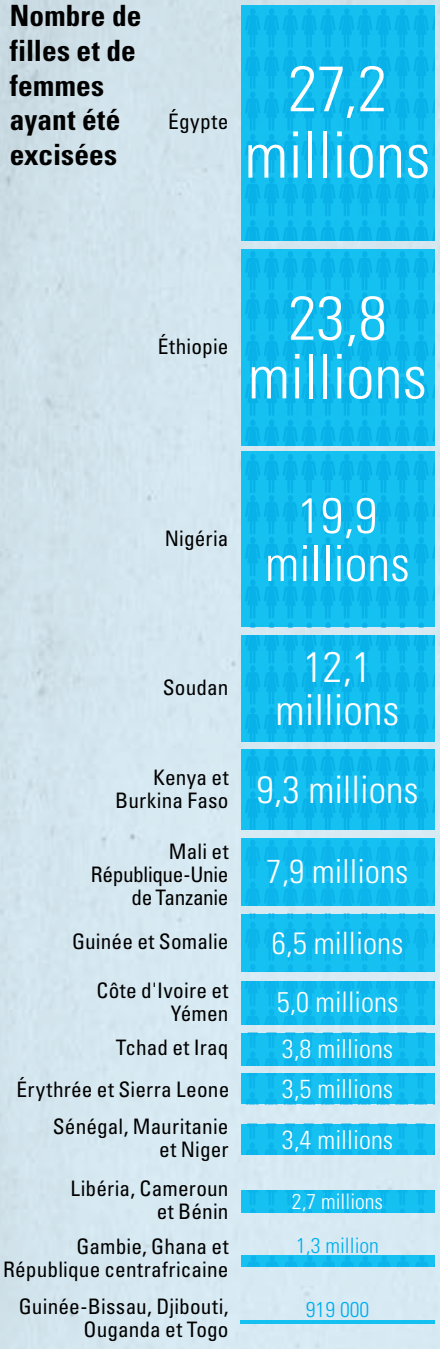
Bilan statistique et examen des dynamiques du changement

unissons-nous
pour les enfants

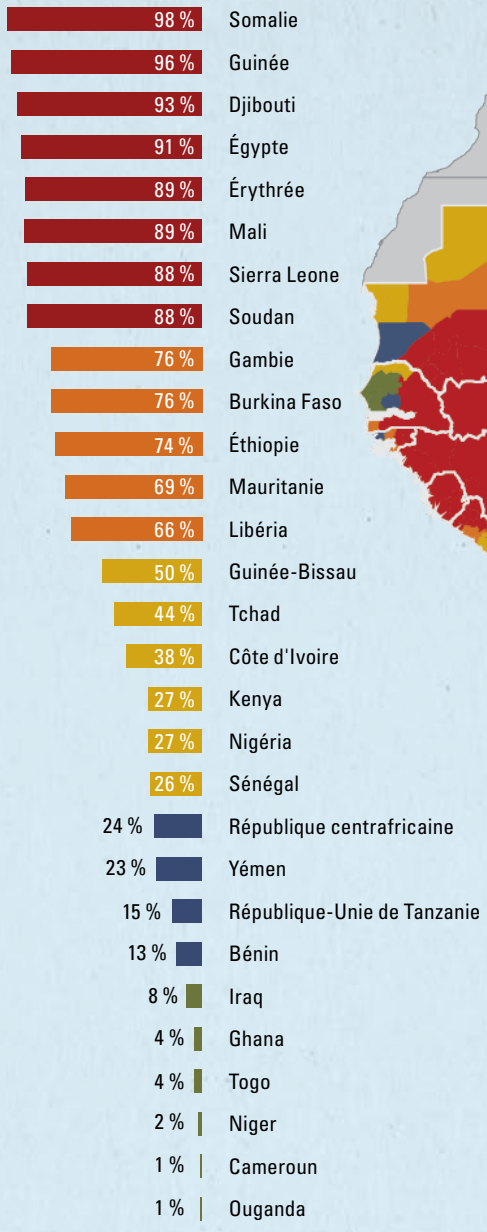
unicef

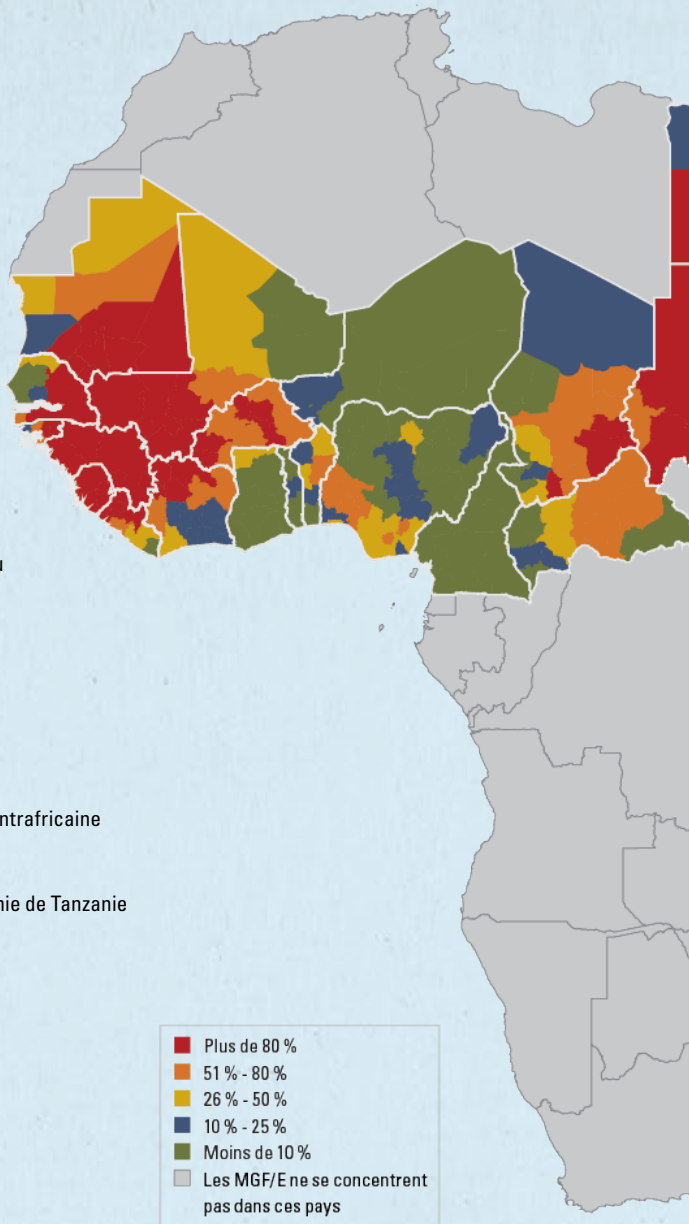
Plus de **125** millions de fille

Nombre de filles et de femmes ayant été excisées



La pratique des MGF/E est concentrée dans une poignée de pays allant d avec des écarts profonds entre les pourcentages de filles et de femmes exc





SOMALIE
63 % des filles excisées ont été suturées après la procédure.

GUINÉE
19 % des femmes pensent qu'il faut mettre fin aux MGF/E, contre 42 % des hommes.

DJIBOUTI
62 % des filles excisées l'ont été entre 5 et 9 ans.

ÉGYPTE
77 % des filles excisées l'ont été par un professionnel de la santé.

ÉRYTHRÉE
60 % des femmes considèrent les MGF/E comme une obligation religieuse.

MALI
58 % des filles excisées ont une mère qui s'oppose à ces pratiques.

SIERRA LEONE
51 % des couples sont en désaccord sur la question des MGF/E.

SOUDAN
Les femmes sans instruction sont quatre fois plus susceptibles d'être favorables aux MGF/E que les femmes ayant un niveau d'éducation secondaire ou supérieur.

CÔTE D'IVOIRE
41 % des filles et des femmes Gour (Voltaïques) soutiennent les MGF/E, contre 3 % des femmes Akan.

KENYA
59 % des femmes excisées ne voient aucun avantage à cette pratique.

NIGÉRIA
35 % des hommes et 31 % des femmes indiquent ne pas connaître l'opinion du sexe opposé concernant les MGF/E.

SÉNÉGAL
La prévalence des MGF/E chez les Wolof varie entre 0 % à Diourbel et 35 % à Matam.

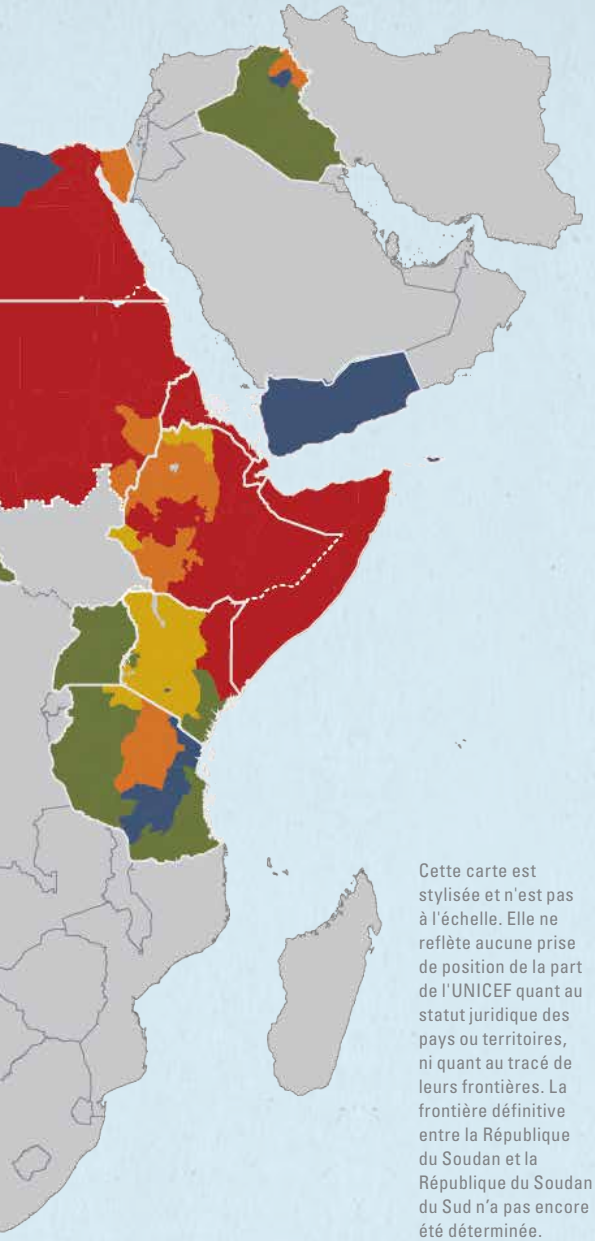
RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE
52 % des filles excisées l'ont été entre l'âge de 10 et 14 ans.

YÉMEN
Dans 97 % des cas, les filles ont été excisées chez elles, à l'aide d'un rasoir ou d'une lame tranchante pour 75 % d'entre elles.

RÉPUBLIQUE-UNIE DE TANZANIE
Les femmes de 45 à 49 ans sont environ trois fois plus susceptibles d'avoir subi des mutilations génitales que les jeunes femmes de 15 à 19 ans.

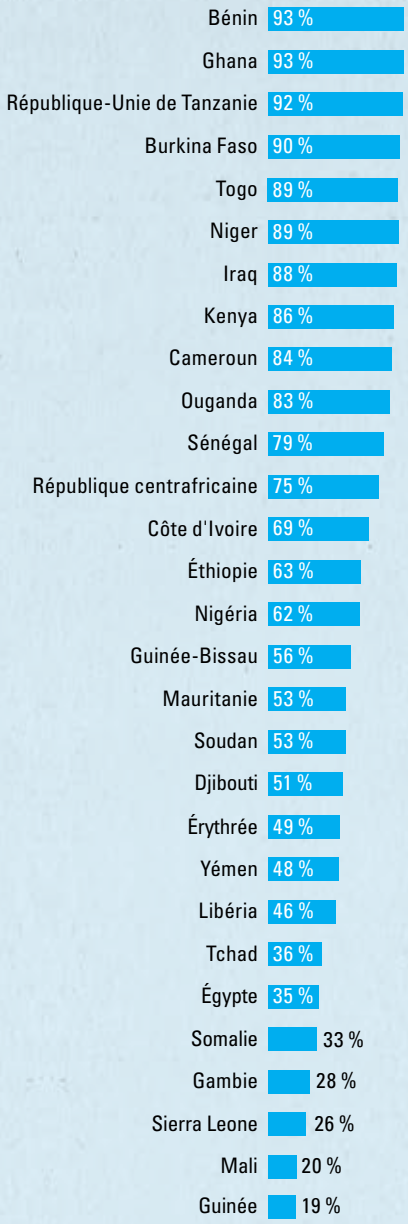
es et de femmes dans **29** pays

e la côte atlantique à la Corne de l'Afrique, cisées, tant au sein des pays qu'entre les pays



Cette carte est stylisée et n'est pas à l'échelle. Elle ne reflète aucune prise de position de la part de l'UNICEF quant au statut juridique des pays ou territoires, ni quant au tracé de leurs frontières. La frontière définitive entre la République du Soudan et la République du Soudan du Sud n'a pas encore été déterminée.

Dans la plupart des pays où l'excision est pratiquée, la majorité des femmes estiment qu'il faut y mettre un terme.



QUAND ?

Dans la moitié des pays, la majorité des filles sont excisées **avant l'âge de cinq ans**. La plupart des excisions ont lieu entre cinq et quatorze ans dans les autres pays.

COMMENT ?

Dans une majorité de pays, la plupart des filles ont subi une excision avec **ablation des tissus.**

PAR QUI ?

Dans quasiment tous les pays où se concentrent les MGF/E, la plupart des excisions sont réalisées par **des praticien(ne)s traditionnel(le)s.**

POURQUOI ?

La reconnaissance sociale est l'une des raisons les plus fréquemment citées pour justifier la poursuite de ces pratiques.

GAMBIE
82 % des femmes excisées soutiennent les MGF/E, contre 5 % des femmes non excisées.

BURKINA FASO
76 % des femmes sont excisées, mais seules 9 % d'entre elles sont favorables aux MGF/E.

ÉTHIOPIE
41 % des femmes sans instruction sont favorables aux MGF/E, contre 5 % des femmes ayant un niveau d'éducation secondaire ou supérieur.

MAURITANIE
En moyenne, les filles sont excisées à l'âge d'un mois.

LIBÉRIA
Les filles et les femmes des ménages les plus pauvres sont deux fois plus susceptibles d'avoir été excisées que celles des ménages les plus riches.

GUINÉE-BISSAU
18 % des filles excisées l'ont été après l'âge de 15 ans.

TCHAD
27 % des hommes pensent que les MGF/E sont imposées par la religion.

BÉNIN
72 % des filles et des femmes Peul sont excisées, contre 0 % des filles et des femmes Aja ou Fon.

IRAQ
Les MGF/E sont concentrées dans les régions d'Erbil et de Sulaymaniyah.

GHANA
Dans la région où la prévalence est la plus élevée le (Nord-Ouest), 60 % des femmes de 45 à 49 ans ont subi des MGF/E, contre 16 % des jeunes femmes de 15 à 19 ans.

TOGO
21 % des femmes musulmanes sont excisées, contre 1 % des chrétiennes.

NIGER
55 % des femmes chrétiennes sont excisées, contre 2 % des musulmanes.

CAMEROUN
85 % des hommes pensent qu'il faut mettre un terme aux MGF/E.

OUGANDA
9 % des femmes sont favorables aux MGF/E, malgré une prévalence nationale de seulement 1 %.

Éléments clés →

© Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), juillet 2013

ISBN : 978-92-806-4703-7

La reproduction de toute partie de cette publication est sujette à autorisation. Celle-ci est gratuite pour les organisations éducatives ou à but non lucratif. Les autres devront s'acquitter d'une somme modique.

Pour toute demande ou toute information relative à ce rapport, veuillez écrire à l'adresse suivante :

UNICEF
Section des statistiques et du suivi
Division des politiques et de la stratégie
3 United Nations Plaza
New York, NY 10017, États-Unis
Tél. : +1 (212) 326 7000
Courriel : childinfo@unicef.org

L'UNICEF a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Pour toutes données ultérieures à la mise sous presse, consultez le site : <www.childinfo.org>.

Mention de la source :
Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Mutilations génitales féminines/excision : Bilan statistique et examen des dynamiques du changement*, UNICEF, New York, 2013.

Mutilations génitales féminines/excision :

Bilan statistique et examen des dynamiques du changement

Remerciements

Ce rapport a été produit au siège de l'UNICEF par la Section des statistiques et du suivi, Division des politiques et de la stratégie, avec la contribution de la Section de la protection de l'enfance, Division des programmes.

La préparation de ce rapport a été lancée, supervisée et coordonnée par Claudia Cappa, sous la direction de Tessa Wardlaw. Claudia Cappa et Bettina Shell-Duncan (Université de Washington) ont assuré l'analyse des données, l'interprétation des résultats et la rédaction du rapport. Francesca Moneti a contribué à la rédaction de ce rapport, portant un regard critique sur ses fondements théoriques et son impact sur les programmes. Ivana Bjelic, Yadigar Coskun et Zhuzhi Moore (consultante indépendante) ont pris part au traitement et à la compilation des données. Colleen Murray et Nicole Petrowski ont participé à la préparation des tableaux et données statistiques, à la révision de ce rapport et à la vérification des informations fournies, avec l'aide de Khin Wityee Oo. Nicole Petrowski a également contribué à la production du rapport. La Section des publications et les bureaux de pays de l'UNICEF au Burkina Faso, en Égypte , au Kenya et au Sénégal ont également assuré la vérification des informations. Cody Donahue a donné son avis sur les éléments relatifs aux programmes et le rapport en général. Sarah Lantz (consultante indépendante) a compilé des informations visant à orienter les premières phases d'élaboration du rapport.

Heli Bathija (OMS), Maria Gabriella De Vita (consultante indépendante), Nafissatou Diop (UNFPA), Claudia Garcia-Moreno (OMS), Ellen Gruenbaum (Université Purdue), Ylva Hernlund (consultante indépendante), Elise B. Johansen (anciennement membre de l'OMS), Gerry Mackie (Université de Californie, San Diego) et Stanley P. Yoder (ICF International) ont formulé des idées et des commentaires précieux sur les versions intermédiaires.

Ce rapport a été révisé par Lois Jensen, relu par Matt Schlecht et Carol Holmes, et mis en page par Big Yellow Taxi, Inc.

Il a été financé par les ressources de base de l'UNICEF et par une contribution généreuse de l'Union européenne.

Un groupe de femmes assiste à un atelier de sensibilisation sur les MGF/E soutenu par l'UNICEF à Bamako, au Mali.

© UNICEF/MLIA2012-00877/Bindra

Avant-propos

L'adoption par consensus de la résolution de l'Assemblée générale des Nations Unies sur *l'intensification de l'action mondiale visant à éliminer les mutilations génitales féminines* en décembre 2012 témoigne de l'engagement croissant de tous les pays en faveur de l'abandon de ces pratiques néfastes. Les données recueillies ont joué un rôle crucial dans la mise en pratique de cette résolution et continueront à influencer l'action mondiale visant à éliminer les MGF/E.

Les données concernant les mutilations génitales féminines/l'excision (MGF/E) sont essentielles à bien des égards : elles permettent non seulement de comprendre l'ampleur de ces pratiques, mais également de savoir comment elles évoluent et dans quels pays et régions. Elles nous permettent d'identifier les dynamiques sociales qui perpétuent les MGF/E et celles qui contribuent à leur déclin. Ces connaissances sont indispensables pour permettre l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi efficace de politiques et programmes visant l'abandon de ces pratiques.

Le recueil et l'analyse des données sont un aspect essentiel de la mission de l'UNICEF, qui consiste à aider les États et la société civile à améliorer la vie des enfants et à protéger leurs droits. Ce rapport intitulé *Mutilations génitales féminines/excision : aperçu statistique et étude de la dynamique des changements* favorise à plusieurs titres une meilleure compréhension de ces pratiques. Il examine un nombre inégalé d'enquêtes représentatives de la situation nationale dans l'ensemble des 29 pays où se concentrent ces pratiques, notamment 17 enquêtes menées au cours des trois dernières années. Il comprend des données inédites sur les filles de moins de 15 ans, offrant un aperçu des dynamiques les plus récentes liées aux MGF/E, tout en présentant des estimations sur la prévalence de ces pratiques et le soutien dont elles bénéficient au niveau national et au sein de groupes de population spécifiques. Ce rapport se caractérise par le fait qu'il examine les données à travers le prisme des normes sociales et évalue leur impact sur les pratiques.

Une fillette porte une affiche en faveur de la campagne Saleema lors d'une réunion communautaire dans le village d'El Khatmia, État de Gedaref, au Soudan. El Khatmia est l'un des cinq villages de l'État de Gedaref ayant accepté d'abandonner les MGF/E. La campagne Saleema encourage les communautés à parler de ces pratiques. *« Saleema »* est un mot arabe et un prénom féminin traditionnel qui signifie « pure », « intacte ». Il a des connotations positives et des centaines de chefs religieux encouragent les parents à laisser chaque fille grandir selon ce principe.

© UNICEF/NYHQ2009-1490/Holt

En travaillant avec de multiples partenaires, notamment le Programme conjoint UNFPA-UNICEF sur les mutilations génitales féminines/excision : accélérer le changement, nous avons découvert comment exploiter les dynamiques sociales pour aider les communautés à mieux protéger leurs filles. Nous avons constaté que des informations fiables sur les dangers liés aux MGF/E, ainsi que la remise en question ou l'abandon de ces pratiques par d'autres communautés pouvaient déclencher ou renforcer un processus de changement positif. Nous avons observé comment la parole d'individus et de groupes ayant eux-mêmes abandonné ces pratiques pouvait alimenter d'autres effets positifs. Nous avons également vu que les filles elles-mêmes pouvaient jouer un rôle majeur. En nous appuyant sur ces expériences, nous avons apporté un soutien accru aux communautés en organisant des discussions sur les MGF/E aux niveaux local et national. L'abandon des MGF/E ne repose pas sur une critique de la culture locale, mais sur la volonté de respecter les valeurs positives fondamentales qui sous-

© UNICEF/NYHQ2009-2259/Holt

Meaza Garedu, 14 ans, pose devant son école secondaire dans la ville d'Imdibir, district de Cheha, région des nations, nationalités et peuples du Sud, en Éthiopie. Meaza a été excisée lorsqu'elle avait 10 ans et milite à présent contre ces pratiques. « Dans mon village, il y a une fille plus jeune que moi qui a échappé à l'excision parce que j'ai abordé le sujet avec ses parents », explique Meaza. « Je leur ai dit à quel point l'opération m'avait fait souffrir, qu'elle m'avait traumatisée et m'avait conduite à ne plus faire confiance à mes propres parents. Ils ont décidé qu'ils ne voulaient pas faire subir cela à leur fille ».

tendent la tradition et la religion, notamment le fait de ne pas porter atteinte à autrui. Si elle est basée sur ces principes, l'action en faveur de l'abandon des MGF/E contribue plus largement à la lutte contre la violence faite aux femmes et aux enfants et à la défense de l'égalité entre les sexes.

L'UNICEF a publié sa première étude statistique sur les MGF/E en 2005, contribuant à faire connaître l'ampleur et la perpétuation de ces pratiques. Le présent rapport met en lumière l'évolution de ces pratiques et les progrès réalisés depuis la publication du précédent rapport, il y a 8 ans. Les analyses présentées ci-après montrent que les dynamiques sociales favorisant l'élimination de l'excision peuvent exister même dans les pays où cette pratique est très répandue. Elles nous renseignent également sur la manière d'exploiter ces dynamiques. Ce rapport démontre clairement la nécessité d'investissements et de programmes supplémentaires dans certains pays où les changements semblent minimes ou inexistants.

Si les tendances actuelles se poursuivent, près de 30 millions de filles risquent d'être excisées au cours des 10 prochaines années. L'UNICEF continuera à s'engager auprès des États et de la société civile, ainsi que d'autres partenaires, pour faire progresser l'action visant à éliminer les MGF/E dans le monde. Si, au cours des 10 prochaines années, nous exploitons ensemble la somme d'informations dont nous disposons, nous obtiendrons des avancées majeures. Nous pouvons offrir une vie meilleure et des perspectives prometteuses à des millions de filles et de femmes, ainsi qu'à leurs familles et leurs communautés.

Geeta Rao Gupta
Directrice générale adjointe de l'UNICEF

Table des matières

1. Vue d'ensemble
- Une nouvelle référence mondiale
- L'importance des données

2. Les MGF/E du point de vue des droits de l'homme
- Terminologie et définitions
- Une violation des droits de l'homme
- Législation nationale

3. Dynamiques sociales liées aux MGF/E
- La pratique des MGF/E en tant que norme sociale
- Processus de transformation des normes sociales
- Évaluation des MGF/E à travers le prisme des normes sociales
- Variables socio-économiques

4. Dans quelle mesure ces pratiques sont-elles répandues ?
- Les chiffres mondiaux
- Prévalence nationale
- Prévalence infranationale
- MGF/E et origine ethnique
- MGF/E et autres caractéristiques sociodémographiques

5. Quand et comment les MGF/E sont-elles pratiquées ?
- Praticien(ne)s
- Circonstances et instruments utilisés
- Type de MGF/E pratiquées
- Âge au moment de l'excision

6. Quelles sont les attitudes les plus courantes face aux MGF/E ?
- Ce que pensent les filles et les femmes
- Ce que pensent les garçons et les hommes
- Variations en fonction de l'origine ethnique et d'autres caractéristiques sociodémographiques
- Comparaison des attitudes selon le sexe
- Attitudes au sein des couples
- Arguments en faveur de ces pratiques
- Rôle de la religion dans la poursuite des MGF/E

7. Quelle est la relation entre l'expérience vécue, les attitudes et les comportements dans le domaine des MGF/E ?
- Attitudes des filles et des femmes issues de communautés pratiquantes
- Relation entre les attitudes et les comportements

8. La pratique des MGF/E évolue-t-elle ?
- Suivi des changements
- Évolution des attitudes
- Évolution de la prévalence
- Évolution des circonstances

9. Perspectives
- Principales conclusions
- Implications pour la programmation
- Étapes suivantes

Références

Annexe

Tableaux statistiques

1. Vue d'ensemble

© UNICEF/NYHQ2009-1477/Holt

Ce rapport offre un bilan statistique complet des mutilations génitales féminines/excision (MGF/E) dans les 29 pays où elles se concentrent. L'analyse des données reflète les points de vue actuels sur les MGF/E, en se basant sur les éléments politiques, programmatiques et théoriques les plus récents. Ce rapport vise à offrir une connaissance approfondie des MGF/E pouvant être appliquée à l'élaboration de politiques et de programmes, l'objectif ultime étant l'abandon de ces pratiques.

Au cours des dernières décennies, l'action contre les MGF/E s'est intensifiée avec le soutien de nombreux partenaires, notamment des gouvernements, des institutions internationales, des organisations non gouvernementales et de la société civile, des groupes religieux, ainsi que des communautés locales *(voir Accélération de l'action contre les MGF/E : quatre pays, neuf décennies, page 10)*. Cette action a contribué à faire évoluer la perception de ces pratiques et des dynamiques sociales qui conduisent à leur abandon, et a à son tour tiré parti de cette évolution. Les nouvelles perspectives en la matière influencent la conception des politiques et des programmes dans les pays où les MGF/E sont pratiquées de-

puis de nombreuses générations, mais aussi dans les régions où elles sont relativement récentes et liées à l'immigration. Le nombre croissant d'engagements publics visant à y mettre fin et l'abandon effectif de ces pratiques par certains groupes de population dans divers pays indiquent qu'il est possible de les faire disparaître. Ces mouvements locaux ont quant à eux favorisé des engagements internationaux visant à éliminer les MGF/E dans le monde.

Une nouvelle référence mondiale

L'adoption par l'Assemblée générale des Nations Unies de la Résolution sur *l'Intensification de l'action mondiale visant à éliminer les mutilations génitales féminines* le 20 décembre 2012 a marqué une étape importante dans l'action mondiale pour mettre fin à ces pratiques[1]. Cette résolution témoigne de la volonté politique de la communauté internationale d'éliminer les MGF/E. Elle établit également une position unifiée sur la manière de progresser, en s'appuyant sur des décennies d'expérience et sur une déclaration interinstitutions de 2008 sur l'élimination de ces pratiques impliquant 10 organisations des Nations Unies[2]. Cette résolution souligne qu'un certain nombre de pays utilisent « une approche coordonnée commune encourageant un changement social positif aux niveaux local, national, régional et international »[3] et semblent aller dans le sens de l'élimination de ces pratiques. Elle exhorte ainsi les États « à adopter une approche globale, respectueuse des différences culturelles et systématique qui intègre une composante sociale et soit fondée sur les principes relatifs aux droits de l'homme et à l'égalité des sexes »[4]. Elle engage également les États « à élaborer des méthodes et des normes uniformes en matière de collecte de données sur toutes les formes de discrimination et de violence contre les filles, en particulier celles pour lesquelles les informations sont insuffisantes, comme les mutilations génitales féminines, et à créer des indicateurs supplémentaires pour mesurer efficacement les progrès réalisés dans l'élimination de cette pratique »[5].

L'importance des données

Dans de nombreux pays, la collecte et l'analyse systématiques des données sur les MGF/E sont des démarches relativement nouvelles. En 1979 et dans les éditions ultérieures du *Rapport Hosken* (jusqu'en 1994), Fran Hosken a été l'une des premières à évaluer la prévalence des MGF/E pays par pays[6]. En l'absence de données à grande échelle représentatives de la situation nationale, elle a cependant dû s'appuyer sur des comptes-rendus anecdotiques.

Au cours des deux dernières décennies, deux types d'enquêtes auprès des ménages ont permis d'obtenir des données fiables sur les MGF/E : les études démographiques et de santé (EDS) financées par l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) et les enquêtes par grappes à indicateurs multiples (MICS) financées par le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) *(voir l'encadré 1.1)*. Les données issues de ces deux sources permettent d'évaluer avec précision la prévalence des MGF/E et d'orienter l'affectation stratégique des ressources et la planification des interventions, mais également de suivre les progrès accomplis dans l'élimination de ces pratiques.

Ce rapport s'appuie sur les données de plus de 70 enquêtes représentatives de la situation nationale sur une période de 20 ans. Il constitue le recueil le plus complet de statistiques et d'analyses sur les MGF/E à ce jour *(voir le tableau 1.1)*. Il examine toutes les données disponibles extraites d'enquêtes démographiques et de santé (EDS) et d'enquêtes par grappes à indicateurs multiples (MICS), ainsi que d'autres données représentatives de la situation nationale contenant des informations sur les MGF/E. Il analyse les différences de prévalence en fonction de caractéristiques sociales, économiques, démographiques et autres. Ce rapport met en évidence des tendances par pays, en s'appuyant sur deux études antérieures issues de données EDS[7] et sur le rapport de l'UNICEF intitulé *Les mutilations génitales féminines : analyse statistique*. Publié en 2005, ce document se penchait sur la situation de 20 pays[8]. Le présent rapport couvre les 29 pays d'Afrique et du Moyen-Orient où se concentrent ces pratiques. Il inclut pour la première fois des statistiques issues de pays pour lesquels on ne disposait jusqu'ici pas de données d'enquêtes représentatives. Il s'agit également de la première publication intégrant de nouvelles données recueillies auprès de filles de moins de 15 ans, ce qui permet de cerner les dynamiques les plus récentes concernant ces pratiques. Cette analyse se distingue par la place qu'elle accorde aux normes sociales. Ses conclusions devraient contribuer à l'élaboration de politiques et programmes visant à promouvoir l'élimination des MGF/E et d'autres pratiques néfastes pour les filles et les femmes.

Encadré 1.1 : évolution de la collecte de données concernant les MGF/E

Les données représentatives de la situation nationale concernant les MGF/E proviennent essentiellement de deux sources : les enquêtes démographiques et de santé (EDS) et les enquêtes par grappes à indicateurs multiples (MICS)[9].

Depuis 1984, le soutien technique d'ICF International (anciennement Macro International) et le financement de l'USAID ont permis de réaliser des EDS quasiment tous les cinq ans. Ces enquêtes couvrent toute une série de questions démographiques et sanitaires, notamment en Afrique, en Asie et en Amérique latine. Elles permettent d'obtenir des données relativement comparables sur la fertilité, la planification familiale, la santé infantile, la morbidité, la mortalité et le VIH/sida. L'enquête menée en 1989-1990 dans le nord de l'ancien Soudan contenait pour la première fois un module sur les MGF/E. Modifié au fil des ans, ce module figure aujourd'hui dans les EDS de 23 pays.

Le programme d'enquêtes par grappes à indicateurs multiples (MICS) mis en place par l'UNICEF a pour objectif d'aider les pays à suivre la situation des femmes et des enfants. Les campagnes menées quasiment tous les cinq ans depuis 1995 ont généré plus de 200 enquêtes dans près de 130 pays. Le premier module sur les MGF/E figurait dans l'enquête menée en 2000 en République centrafricaine, au Soudan et au Tchad. Les deux dernières séries de MICS (menées principalement en 2005-2006, puis en 2009-2011) ont permis d'obtenir des données récentes dans 16 pays, notamment sept pays pour lesquels on ne disposait auparavant d'aucune donnée (Djibouti, la Gambie, la Guinée-Bissau, l'Iraq, la Sierra Leone, la Somalie et le Togo).

Au cours des 10 dernières années, l'UNICEF et ICF International ont collaboré étroitement pour uniformiser les questions relatives aux MGF/E dans les différentes enquêtes (EDS et MICS). Presque toutes les enquêtes demandent aux femmes en âge de procréer si elles sont excisées, à quel âge elles ont subi cette intervention et qui l'a pratiquée. Si une femme a des filles, on lui pose les mêmes questions à leur sujet. La plupart des enquêtes contiennent des questions supplémentaires sur les attitudes des femmes envers les MGF/E, notamment sur la justification de ces pratiques et sur leur volonté d'y mettre un terme ou non. De nombreuses enquêtes sollicitent également l'opinion des hommes, cherchant à savoir s'ils sont informés sur les MGF/E et à connaître leur point de vue sur ces pratiques. Un certain nombre de pays, notamment l'Égypte, l'Érythrée et le Soudan, ont mené des campagnes médiatiques de grande envergure visant à lutter contre ces pratiques. L'ajout de questions spécifiques a permis de renforcer la visibilité de ces campagnes au niveau communautaire. Certaines questions interrogeaient même les participants sur leur connaissance de la législation nationale interdisant les MGF/E. Au total, les différentes enquêtes ont permis de poser plus de 200 questions. La liste complète est disponible en annexe à la page 126.

Tableau 1.1 : données sur les MGF/E disponibles dans les 29 pays où se concentrent ces pratiques

Sources des données sur les MGF/E incluses dans ce rapport.

Bénin	EDS 2001, EDS 2006
Burkina Faso	EDS 1998-1999, EDS 2003, MICS 2006, EDS/MICS 2010
Cameroun	EDS 2004
Côte d'Ivoire	EDS 1994, EDS 1998-1999, MICS 2006, EDS 2012
Djibouti	MICS 2006
Égypte	EDS 1995, EDS 2000, EDS 2003, EDS 2005, EDS 2008
Érythrée	EDS 1995, EDS 2002
Éthiopie	EDS 2000, EDS 2005
Gambie	MICS 2005-2006, MICS 2010
Ghana	EDS 2003, MICS 2006, MICS 2011
Guinée	EDS 1999, EDS 2005
Guinée-Bissau	MICS 2006, MICS/Enquête sur la santé reproductive (RHS) 2010
Iraq	MICS 2011
Kenya	EDS 1998, EDS 2003, EDS 2008-2009
Libéria	EDS 2007
Mali	EDS 1995-1996, EDS 2001, EDS 2006, MICS 2010
Mauritanie	EDS 2000-2001, MICS 2007, MICS 2011
Niger	EDS 1998, EDS/MICS 2006
Nigéria	EDS 1999, EDS 2003, MICS 2007, EDS 2008, MICS 2011
Ouganda	EDS 2006, EDS 2011
République centrafricaine	EDS 1994-1995, MICS 2000, MICS 2006, MICS 2010
République-Unie de Tanzanie	EDS 1996, EDS 2004-2005, EDS 2010
Sénégal	EDS 2005, EDS/MICS 2010-2011
Sierra Leone	MICS 2005, EDS 2008, MICS 2010
Somalie	MICS 2006
Soudan	EDS 1989-1990, MICS 2000, Enquête sur la santé des ménages au Soudan (SHHS) 2006, SHHS 2010
Tchad	MICS 2000, EDS 2004, MICS 2010
Togo	MICS 2006, MICS 2010
Yémen	EDS 1997

Remarques : au moment de la rédaction de ce rapport, les données finales des enquêtes concernant le Bénin (EDS 2011-2012), la Guinée (EDS 2012) et le Niger (EDS/MICS 2012) n'étaient pas disponibles. Les données relatives aux MGF/E sont donc antérieures pour ces pays : 2005 pour la Guinée et 2006 pour le Bénin et le Niger. Les données relatives à la Côte d'Ivoire (EDS 2012) étant préliminaires, elles ont été utilisées uniquement pour rendre compte de la prévalence des MGF/E chez les femmes âgées de 15 à 49 ans. Pour tous les autres indicateurs, les données proviennent d'enquêtes antérieures. Les EDS menées au Burkina Faso (2010), au Niger (2006, 2012) et au Sénégal (2010-2011) comprenaient quelques modules MICS, mais ne faisaient pas partie du programme mondial d'enquêtes par grappes à indicateurs multiples. En Somalie, l'enquête MICS menée séparément dans la région Nord-Est (également appelée Puntland) et au Somaliland en 2011 contenait des questions relatives aux MGF/E. Les données correspondantes ne sont pas utilisées dans ce rapport, car elles sont préliminaires et ne permettent pas de dresser un bilan national. Au Soudan, les données concernant les MGF/E ont été recueillies uniquement dans la partie nord du Soudan, avant que la République du Soudan du Sud ne se sépare de la République du Soudan en juillet 2011. L'enquête sur la santé des ménages (SHHS) a été menée en 2006 et 2010 par le Gouvernement d'union nationale et le gouvernement du Soudan du Sud, avec le soutien technique du programme mondial d'enquêtes par grappes à indicateurs multiples.

2. Les MGF/E du point de vue des droits de l'homme

© UNICEF/NYHQ2009-1099/Furrer

La plupart des types de MGF/E impliquent l'excision et l'ablation d'une partie des organes génitaux féminins. Tandis que les programmes de lutte contre les MGF/E étaient initialement axés sur les risques pour la santé, la Conférence mondiale sur les droits de l'homme organisée à Vienne a redéfini ces pratiques comme une violation des droits de l'homme. La plupart des pays ont ensuite adopté une législation nationale visant à interdire ces pratiques et à accélérer leur élimination.

Terminologie et définitions

Les mutilations génitales féminines, également connues sous le nom d'« ablation génitale féminine » ou « excision », 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 pratiquée à des fins non thérapeutiques »[10]. La terminologie utilisée pour décrire ces pratiques peut avoir des connotations offensantes et fait donc l'objet d'un débat incessant.

De nombreux commentateurs ont tout d'abord utilisé le terme « circoncision féminine ». Dans

certaines sociétés, les mutilations génitales font en effet partie des rites d'initiation pour les hommes comme pour les femmes. Différentes langues africaines utilisent en réalité le même terme pour désigner l'excision et la circoncision masculine. Depuis les années 1970, certains militants s'opposent néanmoins à l'utilisation de ce terme, arguant qu'il suggère à tort que l'excision est comparable à la circoncision masculine. Pour souligner la nature spécifique de l'excision et créer une distinction linguistique, la plupart préfèrent le terme « mutilations génitales féminines » et son abréviation.

Le terme « mutilations génitales féminines » a été adopté en 1990 par le Comité interafricain sur les pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants. En 1991, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a recommandé son utilisation au sein des Nations Unies[11]. Certains estiment cependant que ce terme est une forme de jugement ou de condamnation de pratiques communautaires ancestrales[12]. Pour mieux tenir compte des différences culturelles, les chercheurs et différentes agences internationales de développement utilisent plus volontiers le terme « ablations génitales féminines » ou AGF. En 1999, le Rapporteur spécial des Nations Unies sur les pratiques traditionnelles appelait à agir « avec tact et patience » et mettait en garde contre les dangers de « diabolisation de certaines cultures sous couvert de dénonciation de pratiques nocives portant atteinte aux femmes et aux fillettes »[13]. L'UNICEF et le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) utilisent actuellement un terme hybride, « mutilations génitales féminines/excision » ou MGF/E. Ce terme transmet la notion de « mutilation » au niveau politique et souligne que ces pratiques constituent une violation des droits des filles et des femmes. Dans le même temps, il reconnaît l'importance d'utiliser une terminologie respectueuse des communautés pratiquantes[14].

En réalité, tous ces termes recouvrent un large éventail de pratiques exercées à l'encontre des filles et des femmes, généralement avant l'âge de 15 ans et le plus souvent au cours de la petite enfance. La typologie élaborée par l'OMS en 1995 et mise à jour en 2007 fournit des descriptions anatomiques plus précises[15].

Type I : ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du prépuce clitoridien. Dans les ouvrages médicaux, cette forme de MGF/E est également appelée « clitoridectomie ». Certaines communautés pratiquantes utilisent également le terme *sunna*, qui signifie « tradition » ou « devoir » en arabe.

Type II : ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres. La définition de 2007 de l'OMS reconnaît que si cette forme d'excision est plus étendue que le type I, la méthode utilisée et le degré de mutilation varient considérablement. En anglais, ce type d'ablation est souvent qualifié d'« excision », mais il est important de souligner qu'en français, le terme « excision » fait généralement référence à toutes les formes de MGF/E.

Type III : rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par l'ablation et l'accolement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres, avec ou sans excision du clitoris. Dans la plupart des cas, les bords des lèvres excisées sont ensuite suturés. Cette intervention est connue sous le nom d'« infibulation ». Les lèvres suturées recouvrent presque entièrement le méat urinaire et l'orifice vaginal, qui doit être rouvert pour permettre les rapports sexuels et l'accouchement. Cette intervention est connue sous le nom de « désinfibulation ». Dans certains cas, elle est suivie d'une réinfibulation.

Type IV : toutes les autres interventions nocives pratiquées sur les organes génitaux féminins à des fins non thérapeutiques, telles que la ponction, le percement, l'incision, la scarification et la cautérisation. La ponction (ou entaille) implique une perte de sang, mais aucune ablation des tissus ni aucune altération durable des organes génitaux externes. Cette intervention est parfois appelée « circoncision symbolique ». Certaines communautés la décrivent comme une forme traditionnelle de MGF/E[16]. Même si la circoncision symbolique reste extrêmement controversée, elle apparaît comme une alternative à des formes d'excision plus sévères en Afrique et dans d'autres régions du monde où les MGF/E sont pratiquées[17].

Si cette typologie offre une description anatomique précise des différentes pratiques, elle est sans doute plus utile dans le cadre d'observations cliniques que d'enquêtes basées sur les déclarations des participants. P. Stanley Yoder et ses collègues expliquent que « chaque société a sa propre manière de nommer et de classifier les différents types d'excision. Ces catégories, connues des membres de la communauté, ne correspondent pas forcément à la dénomination de l'OMS. Il n'est pas simple d'établir une équivalence entre les catégories définies localement et la typologie proposée par l'OMS »[18]. La plupart des femmes ne connaissent pas les interventions spécifiques qu'elles ont subies. Dans de nombreuses régions, il est en outre culturellement inapproprié de poser des questions détaillées sur de tels sujets ou de montrer des illustrations[19].

Une violation des droits de l'homme

Les campagnes internationales et autres actions visant à éliminer les MGF/E étaient initialement axées sur les conséquences sanitaires néfastes de ces pratiques. Au début des années 1990, cette approche a commencé à évoluer pour différentes raisons : principalement parce que les campagnes n'entraînaient aucune réduction significative de la prévalence, mais également parce que la mise en avant d'arguments relatifs à la santé avait pu involontairement contribuer à la « médicalisation » de ces pratiques, de plus en plus souvent réalisées par des professionnels de santé[20]. C'est à cette époque que les MGF/E ont été redéfinies comme une violation des droits de l'homme :

> *La Conférence mondiale sur les droits de l'homme organisée à Vienne en 1993 a été un événement important marqué par deux évolutions majeures. Premièrement, les « mutilations génitales féminines » ont été classifiées comme une forme de violence à l'égard des femmes (VEF). Deuxièmement, la question des VEF a pour la première fois été intégrée dans le champ du droit international des droits de l'homme*[21].

La reconnaissance des MGF/E comme une violation des droits de l'homme dans le cadre du droit international a fait l'objet d'un débat incessant jusqu'au milieu des années 1990. Bien qu'aucun instrument international des droits de l'homme ne fasse spécifiquement référence à ces pratiques[22], l'article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme indique que « toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé et son bien-être ». Il permet de faire valoir que les MGF/E constituent une violation du droit à la santé et à l'intégrité physique[23].

Le fait de considérer les MGF/E comme une forme de violence à l'égard des femmes permet d'invoquer la Convention des Nations Unies sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW)[24]. De même, si ces pratiques sont définies comme une forme de torture, elles rentrent dans le champ de compétence de la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants[25]. Dans la mesure où les MGF/E sont considérées comme des pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants et où elles concernent le plus souvent des mineures, elles vont également à l'encontre de la Convention relative aux droits de l'enfant (CDE)[26]. Les traités régionaux les plus récents font spécifiquement référence aux MGF/E, notamment le Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits de la femme en Afrique, également connu sous le nom de « Protocole de Maputo », qui a été adopté en 2003 et est entré en vigueur en 2005[27].

Tous les pays sont signataires d'une partie ou de la totalité des traités régionaux ou internationaux applicables aux MGF/E. Ils doivent donc rendre compte régulièrement à leurs organes conventionnels respectifs[28]. Si la législation nationale prend généralement le pas sur ces mandats en termes de protection des civils par la loi, les normes internationales permettent d'obtenir un consensus et de reconnaître l'importance d'éliminer les MGF/E et d'élaborer des législations nationales pertinentes.

Législation nationale

Vingt-six pays d'Afrique et du Moyen-Orient ont déjà interdit les MGF/E par la loi ou par un décret constitutionnel. Deux d'entre eux (l'Afrique du Sud et la Zambie) ne font pas partie des 29 pays où se concentrent ces pratiques *(voir le tableau 2.1)*. À l'exception de la Guinée et de la République centrafricaine, où les MGF/E sont interdites depuis le milieu des années 1960, la promulgation de lois ou la révision du code pénal pour interdire ces pratiques est un processus relativement récent en Afrique. Sur d'autres continents, 33 pays ont également adopté une législation interdisant les MGF/E, essentiellement pour protéger les enfants originaires de pays pratiquants[29].

Le champ d'application de ces législations varie. En Mauritanie, par exemple, la loi se contente d'interdire ces pratiques aux établissements de santé publics et au personnel de santé[30]. En Mauritanie, en République-Unie de Tanzanie et dans certains pays non africains, notamment au Canada et aux États-Unis, la loi protège uniquement les mineures. Toutefois, la plupart des pays d'Afrique ont adopté des lois interdisant les MGF/E à tout âge. Au Burkina Faso, des amendes peuvent être infligées non seulement aux praticiens, mais également à toute personne ayant eu connaissance de l'intervention et ne l'ayant pas signalée[31]. En 2011, le Kenya a élargi l'interdiction de 2001 aux femmes adultes et a adopté une clause d'extraterritorialité s'appliquant aux ressortissants kenyans qui pratiqueraient des MGF/E en dehors des frontières du pays[32]. Il est établi que plusieurs pays africains, notamment le Burkina Faso et l'Égypte, ont procédé a des arrestations ou engagé des poursuites suite à des MGF/E[33].

L'idée selon laquelle les lois sont l'un des instruments que les gouvernements doivent utiliser pour soutenir le mouvement social en faveur de l'élimination des MGF/E l'emporte largement sur le débat concernant l'efficacité de la législation. Un rapport

de l'UNICEF sur les réformes législatives et les MGF/E souligne que ces réformes doivent prendre en compte le degré de soutien social dont bénéficient ces pratiques[34]. Dans les régions où certains segments des populations pratiquantes conviennent que les filles et les femmes ne doivent pas être excisées, le cadre institutionnel peut jouer un rôle important et favoriser un changement social en vue de l'abandon de ces pratiques[35]. En revanche, dans les communautés où les MGF/E bénéficient d'un large soutien, l'enjeu consiste à élaborer des stratégies de réforme législative complétant les actions menées dans la sphère sociale et contribuant à l'abandon collectif de ces pratiques.

À moins que la législation ne s'accompagne de mesures visant à influencer les attentes et les traditions culturelles, elle tend à être inefficace, ne parvenant pas à prendre en compte le contexte social de ces pratiques[36]. Néanmoins, la législation peut bouleverser le status quo traditionnel en légitimant de nouveaux comportements[37]. Les actions des programmes permettent d'affiner les réformes législatives, notamment d'adapter les stratégies à l'évolution du soutien social dont bénéficient les MGF/E[38].

Tableau 2.1 Vingt-quatre des 29 pays où se concentrent ces pratiques ont adopté des décrets ou des lois concernant les MGF/E

Bénin	2003
Burkina Faso	1996
Côte d'Ivoire	1998
Djibouti	1995, 2009*
Égypte	2008
Érythrée	2007
Éthiopie	2004
Ghana	1994, 2007*
Guinée	1965, 2000*
Guinée-Bissau	2011
Iraq (région du Kurdistan)	2011
Kenya	2001, 2011*
Mauritanie	2005
Niger	2003
Nigéria (certains États)	1999-2006
Ouganda	2010
République centrafricaine	1966, 1996*
République-Unie de Tanzanie	1998
Sénégal	1999
Somalie	2012
Soudan (certains États)	2008–2009
Tchad	2003
Togo	1998
Yémen	2001

Remarques : dans certains pays d'Afrique, notamment au Kenya et au Soudan, les MGF/E ont été interdites pendant la période coloniale. Ce tableau répertorie uniquement les lois adoptées par les États africains indépendants, sans faire état des lois antérieures.

* Les dates les plus récentes correspondent à des modifications apportées à la loi d'origine ou à de nouvelles lois.

ACCÉLÉRATION DE L'ACTION CONTRE LES MGF/E:

quatre pays, neuf décennies

Égypte (E) | Burkina Faso (BF) | Kenya (K) | Sénégal (S)

DES ANNÉES 1920 AUX ANNÉES 1950

Années 1920 (E) : L'action contre les MGF/E repose essentiellement sur des initiatives individuelles. Le soutien des organisations reconnues de la société civile et du gouvernement reste extrêmement limité. La première campagne connue remonte aux années 1920. La Société médicale égyptienne publie alors une déclaration soulignant l'impact négatif des MGF/E sur la santé des femmes et reçoit le soutien du ministère de la Santé, de la presse et d'érudits religieux.

1926-1958 (K) : Dès 1929 et pendant plusieurs années, des missionnaires britanniques protestants militent contre les MGF/E et se heurtent à la résistance farouche du peuple kikuyu, principal groupe ethnique du Kenya. De 1926 à 1956, le gouvernement colonial promulgue des lois visant à réduire l'impact de ces pratiques. Le Parlement commande une étude sur les MGF/E en 1945. Du fait de l'opposition et des conséquences politiques qui en découlent, il est forcé d'abroger toutes les décisions relatives aux MGF/E en 1958.

1957-1958 (E) : *Hawaa*, magazine féminin de premier plan, publie une série d'articles déconseillant aux mères de forcer leurs filles à subir des MGF/E. Dans l'un de ces articles, on peut lire que « l'islam n'encourage pas l'excision et ne la recommande pas ».

1959 (E) : Le décret n° 7 du ministère de la Santé dispose qu'aucun centre ou hôpital public ne doit pratiquer des MGF/E. Il contribue ainsi involontairement à la médicalisation de ces pratiques en dehors des hôpitaux publics.

ANNÉES 1970

Années 1970 (S) : Les programmes gouvernementaux commencent à promouvoir l'abandon des MGF/E. Au niveau local, les organisations non gouvernementales (ONG) et les associations de femmes sensibilisent l'opinion publique aux MGF/E dans le cadre d'un mouvement visant à améliorer la condition des femmes.

1975 (BF) : À l'occasion de la première Journée internationale de la femme, les principaux médias diffusent pour la première fois des informations sur les conséquences néfastes de ces pratiques.

1977 (K) : L'évêque du diocèse de Mount Kenya East déclare que les MGF/E sont dangereuses sur le plan médical et appelle les chrétiens à ne pas revenir à des pratiques n'ayant plus lieu d'être.

ANNÉES 1980

1981 (E) : L'Égypte ratifie la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW).

1982 (K) : Le président Moi condamne publiquement la pratique des MGF/E dans le district de Baringo et continue à défendre publiquement l'abandon de ces pratiques au cours des années 1980 et 1990. Cette même année le Directeur des services médicaux demande au gouvernement et aux hôpitaux de mission de ne plus pratiquer de MGF/E.

1983 (BF) : Quatre mois après être arrivé au pouvoir suite à un coup d'État populaire, le président Thomas Sankara rencontre des membres de Terre des Hommes pour discuter des MGF/E. Il s'agit de la première réunion de ce type avec un président en exercice au Burkina Faso.

1984 (K) : Le Kenya ratifie la CEDAW.

1984 (S) : Le Comité sénégalais sur les pratiques traditionnelles ayant effet sur la santé de la mère et de l'enfant (COSEPRAT) est créé. Un groupe d'ONG

ÉTAPES MONDIALES CLÉS

1979 : Les MGF/E figurent pour la première fois à l'ordre du jour international du Séminaire de l'OMS sur les pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants, également connu sous le nom de Séminaire de Khartoum. L'UNICEF publie sa première déclaration sur les MGF/E.

1979 : Le *Rapport Hosken* est publié. Il contient les toutes premières estimations de la prévalence des MGF/E par pays.

1979 : L'Assemblée générale des Nations Unies adopte la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW), qui reconnaît explicitement les pratiques préjudiciables aux femmes, notamment les MGF/E, comme une violation des droits de l'homme.

1989 : L'Assemblée générale des Nations Unies adopte la Convention relative aux droits de l'enfant (CDE), qui comprend des dispositions visant à protéger les enfants contre les pratiques néfastes.

africaines se réunit à Dakar pour discuter des MGF/E et permet la création du Comité interafricain sur les pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants (CIAF). Depuis lors, le CIAF a mis en place 28 comités nationaux en Afrique et 15 antennes nationales dans d'autres régions du monde.

1985 (S) : Le Sénégal ratifie la CEDAW.

1985 (BF) : À l'occasion de la Semaine nationale de la femme, des groupes de femmes se mobilisent pour la première fois pour demander une législation claire contre les MGF/E.

1987 (BF) : Le Burkina Faso ratifie la CEDAW.

ANNÉES 1990

1990 (BF) : Le Burkina Faso ratifie la Convention sur les droits de l'enfant (CDE). Le Comité national de lutte contre la pratique de l'excision (CNLPE) est créé.

1990 (E) : L'Égypte ratifie la CDE.

1990 (K) : Le Kenya ratifie la CDE. Le Comité national kenyan sur les pratiques traditionnelles est créé. Au cours des décennies suivantes, l'organisation Maendeleo Ya Wanawake (MYWO), association nationale de femmes, devient l'un des groupes les plus actifs dans la lutte contre les MGF/E au Kenya.

1990 (S) : Le Sénégal ratifie la CDE.

1991 (BF) : Une nouvelle constitution est adoptée, reconnaissant le droit à l'intégrité physique et à la santé.

1991 (E) : La ville de Deir al-Barsha (Haute-Égypte) condamne publiquement les MGF/E par le biais d'une déclaration publique locale, avec le soutien de l'Organisation évangélique copte.

1994 (E) : La Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) et ses retombées permettent de renforcer la coordination et l'efficacité de la lutte contre les MGF/E en Égypte. Une équipe spéciale de lutte contre les MGF/E regroupant près de 60 organisations locales est créée au niveau national. Le ministère de la Santé publie un décret limitant la pratique des MGF/E aux seuls médecins des hôpitaux publics.

1995 (E) : Le décret de 1994 est abrogé au mois d'octobre, les défenseurs des droits des femmes y voyant une reconnaissance tacite de ces pratiques. Seuls les hôpitaux publics ont l'interdiction de pratiquer des MGF/E. Grâce à l'intervention de la nouvelle équipe spéciale auprès du ministère de la Santé, la troisième EDS égyptienne comprend pour la première fois des questions sur les MGF/E.

1995 (S) : En partenariat avec l'UNICEF, Tostan met en place un programme d'éducation aux droits de l'homme et à la santé dans les villages proches de Thiès.

1996 (BF) : La loi n° 043/96/ADP interdit les MGF/E sur l'ensemble du territoire national.

1996 (K) : L'organisation Maendeleo Ya Wanawake et PATH organisent la première « excision par les mots ». Destiné aux adolescentes, ce rite de passage d'un nouveau genre mobilise 30 familles du village de Gatunga, à proximité du mont Kenya.

1996-1997 (E) : Le ministère de la Santé publie un nouveau décret interdisant la pratique des MGF/E dans les hôpitaux, qu'ils soient publics ou privés, sauf pour des raisons thérapeutiques. Ayant déclenché les foudres des groupes radicaux, ce décret est abrogé en juin 1997. Il est ensuite examiné et rétabli par la Cour administrative supérieure égyptienne en décembre 1997.

1997 (S) : Le président Abdou Diouf condamne ouvertement les MGF/E lors d'une conférence internationale sur les droits de l'homme organisée à Dakar. La première déclaration publique contre les MGF/E a lieu dans le village de Malicounda Bambara, suite aux nombreuses actions de sensibilisation de Tostan. Cette déclaration suscite une vive réaction au niveau national. Quelques mois plus tard, elle est suivie par la première déclaration coordonnée intervillageoise.

1998 (K) : La troisième EDS menée au Kenya comprend pour la première fois des questions sur les MGF/E.

1998-1999 (BF) : La deuxième EDS menée au Burkina Faso comprend pour la première fois des questions sur les MGF/E.

1999 (K) : Le ministère de la Santé lance un plan d'action national en vue de l'élimination

1990 : L'Organisation de l'unité africaine (désormais Union africaine) adopte la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant, qui entre en vigueur en 1999. Cette Charte appelle les États à prendre des mesures appropriées pour éliminer les pratiques sociales et culturelles néfastes.

1990 : La recommandation générale n° 14 de la CEDAW détaille des dispositions spécifiques sur les MGF/E.

1993 : La Conférence mondiale sur les droits de l'homme organisée à Vienne reconnaît les MGF/E comme une violation des droits de l'homme.

1995 : Le programme d'action de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes de Pékin demande l'élimination des pratiques culturelles néfastes, en faisant spécifiquement référence aux MGF/E.

1997 : L'OMS, l'UNICEF et l'UNFPA publient une déclaration conjointe contre les MGF/E.

des MGF/E (1999-2019).

1999 (S) : Sous l'impulsion du Groupe des femmes parlementaires, l'Assemblée nationale adopte la loi n° 99-05 interdisant les MGF/E.

ANNÉES 2000

2000 (E) : La sixième EDS égyptienne examine à nouveau les MGF/E et comprend des questions sur l'accès à l'information dans ce domaine.

2000 (S) : Le gouvernement lance le premier plan d'action national en vue de l'abandon des MGF/E (2001-2005) et s'engage à éliminer ces pratiques d'ici 2015.

Années 2000 (BF) : L'ONG locale Mwangaza Action expérimente l'approche Tostan, sous le contrôle du Conseil de population.

Années 2000 (K) : Le pays teste différentes approches visant à promouvoir l'abandon des MGF/E (résidences protégées pour filles, éducation communautaire, rites de passage alternatifs, dialogue entre les générations, etc.).

2001 (K) : Le ministère de la Santé publie une directive interdisant aux établissements de santé de pratiquer des MGF/E. Le Parlement adopte la loi n° 8 sur les enfants. L'article 14 de cette loi érige la pratique des MGF/E sur les filles âgées de moins de 18 ans en infraction pénale et fixe une peine de 12 mois d'emprisonnement et/ou 600 $ d'amende.

2001 (BF) : Le 18 mai devient la Journée nationale de lutte contre les MGF/E. Les activités visant à éliminer les MGF/E sont intégrées dans le budget national.

2003 (BF) : La troisième EDS menée au Burkina Faso comprend pour la première fois des questions sur les avantages supposés des MGF/E et sur les problèmes de santé qu'elles peuvent entraîner.

2003 (E) : La Conférence internationale du Caire aboutit à la Déclaration du Caire sur l'élimination des mutilations génitales féminines. Le Conseil national pour l'enfance et la maternité met en œuvre le modèle des villages exempts de MGF. La septième EDS préliminaire menée en Égypte comprend à nouveau des questions sur les MGF/E.

2003 (K) : La quatrième EDS menée au Kenya permet pour la deuxième fois de recueillir des données sur les MGF/E.

2004 (K) : Un grand événement public est organisé pour célébrer l'acceptation de 2 000 filles non excisées en tant que membres à part entière de la communauté kisii.

2004 (S) : Le film d'Ousmane Sembène intitulé *Moolaadé* met en scène le processus d'abandon des MGF/E au sein d'une communauté et suscite de nombreuses réactions.

2005 (BF) : La loi n° 049/2005/AN sur la santé procréative interdit les pratiques néfastes.

2005 (E) : La huitième EDS menée en Égypte permet pour la première fois de recueillir des données sur la prévalence des MGF/E chez les filles de moins de 18 ans.

2005 (S) : La cinquième EDS sénégalaise est la première enquête nationale auprès des ménages qui permet de recueillir des données sur les MGF/E.

2006 (BF) : La première MICS burkinabée comprend des questions sur les MGF/E.

2006-2007 (E) : Le décret n° 271 du ministère de la Santé interdit à toute personne, y compris aux professionnels de santé, de pratiquer des MGF/E dans les cliniques et hôpitaux publics ou privés. Le Grand Mufti Ali Gomaa émet une fatwa (édit religieux) condamnant les MGF/E. L'Académie de recherches islamiques d'Al-Azhar publie une déclaration expliquant que ces pratiques ne trouvent leur origine ni dans la charia (loi islamique) ni dans aucune de ses dispositions partielles.

2007 (S) : Le 10e anniversaire de la déclaration de Malicounda Bambara contre les MGF/E donne lieu à un sommet organisé à Thiès en vue de l'élaboration d'un nouveau plan d'action communautaire.

2008 (E) : Le Parlement accepte d'ériger la pratique des MGF/E en infraction pénale, imposant une peine maximale de deux ans d'emprisonnement et une amende pouvant aller jusqu'à 1 000 $. La neuvième EDS égyptienne permet de mettre à jour les informations relatives aux MGF/E et d'interroger pour la première fois les hommes sur leurs attitudes envers ces pratiques.

2002 : Dans le cadre de sa résolution sur les *pratiques traditionnelles ou coutumières affectant la santé des femmes et des filles*, l'Assemblée générale des Nations Unies appelle les États à adopter des mesures nationales visant à interdire les pratiques telles que les MGF/E.

2003 : La première Journée internationale de la tolérance zéro à l'égard des mutilations génitales féminines est célébrée le 6 février.

2005 : Le Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits de la femme en Afrique, mieux connu sous le nom de Protocole de Maputo, entre en vigueur. Il appelle les États à prendre des mesures pour éliminer les MGF/E et les autres pratiques traditionnelles préjudiciables aux femmes.

2007-2010 : La Commission des Nations Unies de la condition de la femme adopte des résolutions visant à mettre fin aux MGF/E en 2007, 2008 et 2010.

2008 (K) : Le ministère kenyan du Genre, des Enfants et du Développement social lance un plan d'action national en vue d'accélérer l'abandon des MGF/E (2008-2012). D'ici la fin de l'année, des dizaines de milliers de personnes assistent aux 52 événements publics organisés par les Kisii dans le cadre du projet Fulda-Mosocho afin de promouvoir l'abandon des MGF/E.

2008 (S) : Le gouvernement évalue le plan d'action national en vue de l'élimination des MGF/E et élabore un deuxième plan pour la période 2010-2015. Le Sénégal organise une réunion sous-régionale avec la Gambie, la Guinée, la Guinée-Bissau, le Mali et la Mauritanie afin de permettre le partage des expériences et la mise en place de mécanismes coordonnés visant à accélérer l'abandon des MGF/E.

2008-2009 (K) : La cinquième EDS menée au Kenya cherche pour la première fois à savoir si les personnes interrogées pensent que les MGF/E sont prescrites par la religion. En août 2009, le Conseil suprême des sages amerus (Njuri Ncheke) condamne les MGF/E et décide de faire payer une amende à toute personne les pratiquant dans le district de Meru (Province orientale)

2009 (BF) : Le président du Burkina Faso exprime publiquement son opposition aux MGF/E et appelle tous les chefs religieux et traditionnels à s'engager activement dans la lutte contre ces pratiques. Le gouvernement adopte un plan d'action national en vue de l'élimination des MGF/E (2009-2013). Mwangaza Action étend sa campagne Yam Wékré à 104 villages suite à une évaluation considérant qu'il s'agissait d'une approche intégrée prometteuse.

ANNÉES 2010

2010 (BF) : La première EDS/MICS conjointe menée au Burkina Faso permet de mettre à jour les informations relatives aux MGF/E et de recueillir pour la première fois des données de prévalence chez les filles de moins de 15 ans.

2010-2011 (S) : La première EDS/MICS conjointe menée au Sénégal permet de mettre à jour les informations relatives aux MGF/E au niveau national et de recueillir pour la première fois des données de prévalence chez les filles de moins de 10 ans. Dakar accueille une conférence parlementaire de la sous-région ouest-africaine sur les MGF/E, organisée en collaboration avec l'organisation internationale No Peace without Justice.

2011 (BF) : Les habitants de 104 villages des régions de Boussouma, Kaya, Zorgho et Méguet s'engagent collectivement et publiquement à abandonner les MGF/E.

2011 (K) : La loi d'interdiction des MGF/E de 2011 complète et élargit la loi sur les enfants de 2001, érigeant les MGF/E en infraction pénale. Le gouvernement met à jour le plan d'action national sur les MGF/E en conséquence. Les Conseils des sages pokots et camus s'engagent publiquement contre les MGF/E au sein de leurs communautés, qui représentent plus d'un demi-million de personnes.

2012 (BF) : Ziniaré, un village du Plateau Central, accueille la déclaration publique de 25 villages suite aux activités communautaires de changement social mises en place par GASCODE (Groupe d'appui en santé, communication et développement). Selon les estimations du ministère de la Justice, 813 personnes (praticiens et parents de filles excisées) auraient été condamnées pour atteinte à la loi contre les MGF/E depuis 2005.

2012 (E) : Certains parlementaires tentent d'abroger la loi interdisant les MGF/E. Le Conseil national de population et les groupes de défense des droits condamnent fermement cette manœuvre. La Communauté égyptienne de gynécologie et d'obstétrique publie une déclaration publique, cosignée par 500 médecins, soulignant son opposition aux tentatives d'abrogation. Le Programme conjoint de l'UNICEF et de l'Union européenne sur les MGF/E arrive à son terme. Depuis sa mise en place en 2008, 17 772 familles de filles risquant d'être excisées se sont engagées à abandonner les MGF/E.

2012 (S) : Entre la déclaration de Malicounda Bambara en 1997 et fin 2011, environ 5 315 communautés sénégalaises se sont publiquement engagées à abandonner les MGF/E. Le Programme conjoint de l'UNICEF et de l'Union européenne arrive également à son terme au Sénégal.

2008 : Dix organismes des Nations Unies signent la *Déclaration interinstitutions sur l'élimination des mutilations génitales féminines.*

2008 : L'UNFPA et l'UNICEF lancent un programme mondial de grande envergure sur les MGF/E. Le Burkina Faso, l'Égypte, le Kenya et le Sénégal sont parmi les premiers à y participer.

2011 : L'observation générale n° 13 du Comité des droits de l'enfant indique qu'il faut protéger les enfants contre les pratiques néfastes, y compris les MGF/E.

2012 : Le 20 décembre, l'Assemblée générale des Nations Unies adopte la première résolution appelant les États à intensifier leur action en vue d'éliminer les MGF/E.

2013 : Le Comité africain d'experts sur les droits et le bien-être de l'enfant décide d'organiser la 23e Journée de l'enfant africain, célébrée chaque année le 16 juin, autour du thème « Éliminer les pratiques sociales et culturelles néfastes affectant les enfants : notre responsabilité collective ».

3. Dynamiques sociales liées aux MGF/E

© UNICEF/NYHQ2009-2266/Holt

Pendant des décennies, les MGF/E ont été considérées comme une règle de conduite coutumière, souvent appelée « norme sociale ». Au cours des 10 dernières années, la compréhension du fonctionnement des normes sociales a énormément progressé. Dans le domaine des MGF/E, ceci permet d'envisager autrement les forces sociales qui perpétuent ces pratiques et de mieux les combattre.

La pratique des MGF/E en tant que norme sociale

Les actions menées dans le cadre des politiques et programmes, ainsi que les progrès réalisés dans la théorie des sciences sociales, ont permis de mieux comprendre le fonctionnement et l'évolution des normes sociales *(voir l'encadré 3.1)*[39]. Selon la définition formulée par Cristina Bicchieri[40], spécialiste des sciences sociales, la pratique des MGF/E peut être considérée comme une norme sociale dans un contexte spécifique, si elle répond à certains critères. Premièrement, les individus sont conscients de cette règle de conduite et savent qu'elle s'applique à eux. Deuxièmement, les individus préfèrent s'y plier parce

que : a) ils estiment qu'une fraction suffisamment importante de leur groupe social va pratiquer l'excision et b) ils pensent qu'une fraction suffisamment importante de leur groupe social s'attend à ce qu'ils fassent exciser leurs filles et pourrait les sanctionner s'ils ne le faisaient pas *(voir la figure 3.1)*. Pour schématiser, le groupe social (appelé « groupe de référence » en langage technique) comprend les personnes qui comptent pour un individu. Dans le domaine des MGF/E, il peut s'agir de personnes appartenant au même groupe ethnique ou partagent la même confession si ces pratiques sont liées à l'origine ethnique ou à la religion.

En termes de programmation, il est important de savoir si les MGF/E constituent une norme

Encadré 3.1 : perspective des normes sociales - Théorie, stratégie et pratique

Depuis 2003, l'UNICEF a redoublé d'efforts pour mettre fin aux MGF/E, entreprenant différentes activités visant à promouvoir une approche étayée par des données probantes dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation d'interventions spécifiques[41]. Cette agence des Nations Unies a collaboré avec le milieu universitaire, élaborant une théorie novatrice sur les comportements et le changement social. En 2005, le Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF a publié un rapport concret intitulé *Changer une convention sociale néfaste : la pratique de l'excision/mutilation génitale féminine*[42], qui s'appuie sur la théorie des sciences sociales pour expliquer le maintien des MGF/E. Ce rapport identifie également les composantes de programmation nécessaires pour promouvoir l'abandon de ces pratiques. Une note technique publiée en 2008 fournit des éléments de réflexion supplémentaires[43]. Menée dans plusieurs pays, l'étude intitulée *La dynamique du changement social : vers l'abandon de l'excision/mutilation génitale féminine dans cinq pays africains* envisage les MGF/E en tant que norme sociale et examine les dynamiques sociales pouvant conduire à leur abandon en Égypte, en Éthiopie, au Kenya, au Sénégal et au Soudan[44].

Les grandes déclarations de principes des Nations Unies et de leurs partenaires, notamment la déclaration interinstitutions sur les MGF[45], reflètent la reconnaissance croissante de l'utilité d'une perspective axée sur les normes sociales dans le domaine des MGF/E. Dès 2009, la note du Secrétaire général à l'Assemblée générale des Nations Unies intitulée *Les petites filles* soulignait le rôle des normes sociales dans le domaine des MGF/E :

« Il est désormais largement reconnu que [les MGF/E] fonctionnent comme une convention ou une norme sociale auto-imposée. Dans les sociétés où elles sont pratiquées, il s'agit d'une règle comportementale socialement respectée. Les familles et les individus soutiennent cette pratique, car ils pensent que leur groupe et/ou leur société la leur commande. L'abandon de cette pratique nécessite un processus de changement social qui se traduit par de nouvelles attentes à l'égard des familles »[46].

La perspective des normes sociales a été utilisée et affinée dans le cadre de programmes nationaux et internationaux visant à lutter contre les MGF/E et à promouvoir l'égalité des sexes. Elle est au centre d'une approche innovante mise au point par l'UNICEF dans le cadre d'un programme mené en collaboration avec l'Union européenne (2008-2012)[47], qui a contribué à faire reculer ces pratiques néfastes dans cinq pays d'Afrique et un pays d'Asie du Sud. Cette perspective se trouve également au cœur du programme-cadre du Programme conjoint UNFPA-UNICEF sur les mutilations génitales féminines/l'excision : accélérer le changement (2008-2013). Actuellement mis en œuvre dans 15 pays d'Afrique, ce programme devrait se poursuivre par une deuxième phase de 2014 à 2017[48]. Une évaluation externe de la première phase du programme était en cours au moment de la rédaction de ce rapport. Les résultats préliminaires issus de quatre pays indiquent que la perspective des normes sociales a contribué à orienter l'approche globale du programme, qui comprend toute une série de stratégies interdépendantes propices à l'élimination des MGF/E[49].

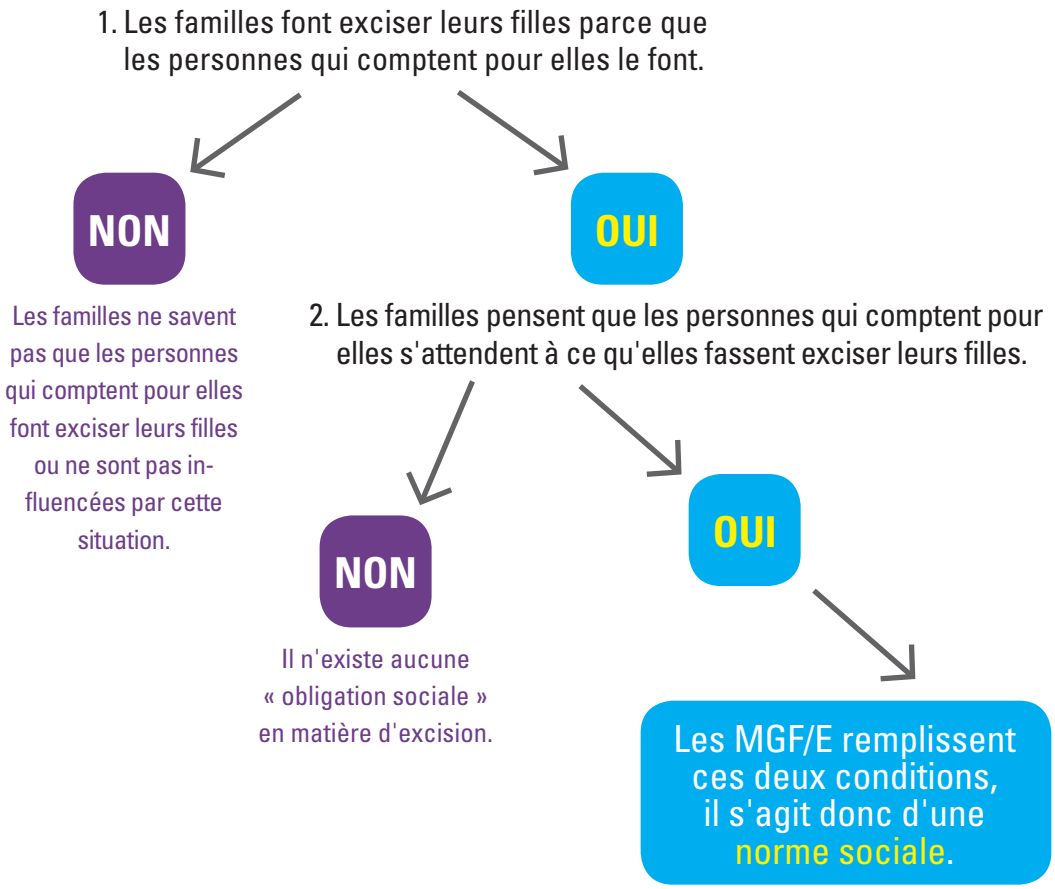
sociale. Dans ce cas, il est en effet difficile pour des familles isolées de ne pas s'y conformer. Ces pratiques sont perçues comme une obligation sociale qui, si elle n'est pas respectée, pourrait avoir des conséquences telles que l'exclusion sociale, la critique, les moqueries, la stigmatisation ou l'incapacité pour les filles de trouver un mari. À l'inverse, les familles ont tendance à ne pas exciser leurs filles si elles sont convaincues que suffisamment d'autres familles ne pratiquent pas l'excision ou sont prêtes à y mettre un terme.

Il est depuis longtemps admis que différents facteurs influencent le comportement des individus. Dans le cas des MGF/E, il peut s'agir de croyances ou de connaissances sur différents aspects, par exemple le fait que ces pratiques seraient néfastes, ce qui est exact[50], ou le fait qu'elles seraient imposées par la religion, ce qui est inexact[51]. La perspective des normes sociales révèle que la perception d'autrui influence également le comportement des individus. Cette perspective enrichit la compréhension des MGF/E et offre un autre point de vue sur les mécanismes régulant ces pratiques.

D'autres mécanismes conditionnent également les comportements, notamment les normes juridiques, qui peuvent interdire ces pratiques, et les normes morales, qui imposent aux parents de faire ce qu'il y a de mieux pour leurs filles *(voir*

Figure 3.1 : un comportement est considéré comme une norme sociale s'il répond à certains critères

Contexte : groupe social dans lequel les MGF/E sont pratiquées



Source : adapté de Cristina Bicchieri et Gerry Mackie, formation de l'UNICEF-Université de Pennsylvanie sur les progrès en matière de sciences sociales, 2012.

Tableau 3.1 : les normes sociales, juridiques et morales exercent toutes une influence sur les comportements individuels

Mécanismes régulant le comportement des individus

	Normes juridiques (définies par l'État)	**Normes sociales (mises en place par les groupes sociaux)**	**Normes morales (notion personnelle du bien et du mal)**
Incitations et récompenses liées au respect des normes	Respect de la loi	Reconnaissance sociale	Satisfaction personnelle, « bonne conscience »
Sanctions liées au non respect des normes	Sanctions juridiques (citation à comparaître, amende ou incarcération)	Désapprobation sociale (moqueries, humiliations, stigmatisation ou exclusion)	Culpabilité, « mauvaise conscience »

Source : adapté de Mockus, A., « Co-existence as Harmonization of Law, Morality and Culture », *Prospects*, vol. 32, n° 1, 2002, p. 19-37.

le tableau 3.1). Ces normes peuvent aller dans le même sens, se renforçant l'une l'autre, ou être en totale contradiction. Les analyses menées dans le cadre des politiques et programmes visant à éliminer les MGF/E doivent prendre en compte ces trois types de normes, ainsi que leurs interactions. Elles doivent donc examiner les relations entre les normes morales et sociales, entre les normes sociales et juridiques, entre les normes sociales et les droits de l'homme, mais également la manière dont ces relations peuvent être exploitées pour améliorer la vie des enfants, de leurs familles et des communautés dans leur ensemble. Les pouvoirs publics peuvent par exemple promulguer une loi interdisant les MGF/E dans l'espoir de décourager ces pratiques. Il faut cependant reconnaître que lorsque les MGF/E constituent une norme sociale, la crainte de l'exclusion sociale en cas de non respect de ces pratiques peut l'emporter sur la menace d'une amende ou d'une peine d'emprisonnement. Si les individus continuent de voir d'autres personnes pratiquer l'excision et de croire que leurs semblables s'attendent à ce qu'ils fassent de même, la loi peut ne pas être suffisamment dissuasive pour mettre fin à ces pratiques. À l'inverse, la loi peut permettre de renforcer la légitimité de l'action des groupes qui ont abandonné les MGF/E et convaincre d'autres personnes de faire de même.

Processus de transformation des normes sociales

Les expériences menées sur le terrain [52] ont montré que, lorsque des groupes de population se prononcent en faveur de l'abandon des MGF/E, cela résulte d'un processus collectif impliquant l'accès à de nouvelles informations et l'ouverture à de possibles alternatives, des débats[53] au sein du groupe social, une diffusion organisée et des déclarations publiques ou d'autres manifestations en faveur d'une nouvelle règle sociale[54]. Ce constat est conforme au cadre théorique prédominant : pour qu'une norme sociale change au sein d'une communauté ou d'un groupe social, les attentes sociales doivent évoluer. La publication d'Innocenti intitulée *La dynamique du changement social* décrit le déroulement classique de ce processus au sein d'une communauté :

> *« L'abandon de l'E/MGF commence normalement par un premier groupe d'individus qui mettent en marche une dynamique de changement. Ce groupe, prêt à abandonner la pratique, essayera donc de convaincre les autres de l'abandonner. Les membres de cette masse critique font connaître aux autres, à travers leurs réseaux sociaux, leur*

intention d'abandonner la pratique - un processus qui se nomme « diffusion organisée » - jusqu'à ce qu'une portion suffisamment importante de la communauté où se nouent les mariages soit prête à abandonner l'E/MGF, moment qui, dans ce texte, est décrit par le terme « point de basculement ». Après ce point, l'abandon devient stable, car il modifie de façon permanente les attentes sociales. Les membres de la communauté ne seront plus censés exciser leurs filles et seront sanctionnés et récompensés en conséquence.

Mais pour que l'abandon ait lieu, il est essentiel que les personnes sachent que les autres abandonneront la pratique et qu'elles en soient sûres. Les attentes sociales évolueront si les personnes ont la garantie que les autres s'engagent à l'abandon. Une occasion d'affirmation publique de l'engagement à abandonner la pratique est donc nécessaire afin que chaque individu soit sûr que les autres membres de la communauté sont prêts à abandonner la pratique. Pour que l'alternative consistant à ne pas pratiquer l'excision devienne réelle, les nouvelles attitudes et le désir de changer doivent être explicites et publics. Cela ouvre la voie aux changements de comportement et à un abandon stable. Les familles peuvent maintenir leur statut social et éviter de nuire à leurs filles, tout en maintenant leur éligibilité au mariage »[55].

En situation réelle, ce processus n'est pas forcément linéaire et certaines étapes peuvent se chevaucher et se renforcer. Les manifestations publiques d'un groupe de communautés en faveur de l'abandon des MGF/E peuvent par exemple influencer les débats dans d'autres communautés où l'excision est encore pratiquée. De même, le processus de changement peut être facilité si les communautés pratiquantes sont en contact avec des communautés non pratiquantes, avec lesquelles elles ont certaines affinités telles qu'une religion commune. En l'absence de tels liens, la communauté pratiquante peut être amenée à penser qu'il s'agit d'une règle universelle et qu'il n'y a aucune raison de la remettre en cause.

Figure 3.2 : l'évaluation des attentes, du taux de prévalence et des attitudes envers les MGF/E peut éclairer les dynamiques sociales liées à ces pratiques

Principaux paramètres permettant d'analyser les normes sociales

Évaluation des MGF/E à travers le prisme des normes sociales

Pour bien comprendre les dynamiques sociales qui favorisent la perpétuation ou l'abandon des MGF/E dans un contexte spécifique, il faut recueillir et analyser des données sur différents aspects connexes *(voir la figure 3.2)*, notamment l'ampleur de ces pratiques (prévalence), les préférences individuelles en la matière (attitudes), l'observance perçue chez autrui (attentes empiriques)[56] et l'obligation sociale perçue par les individus (attentes normatives).[57] Ce dernier point consiste à savoir si les individus pensent qu'eux-mêmes ou leurs filles pourraient faire l'objet d'une quelconque forme de sanction sociale (moqueries, humiliations, critique, stigmatisation ou exclusion, par exemple) s'ils ne se pliaient pas à cette pratique[58].

Comme le montrent les chapitres ci-après, le grand nombre de données disponibles sur la prévalence des MGF/E et les attitudes envers ces pratiques permet d'entreprendre une analyse approfondie de l'écart qui peut exister entre les opinions favorables à l'excision et les comportements. Entre autres choses, ce rapport cherche à savoir si les opinions affichées au sein d'un groupe spécifique correspondent au nombre de filles excisées ou risquant de l'être au sein de cette communauté. Il s'appuie également sur des données qui nous renseignent, de manière directe ou indirecte, sur les attentes sociales (empiriques et normatives).

Attentes sociales

L'identification des MGF/E en tant que norme sociale implique qu'elles sont interdépendantes, c'est-à-dire que le comportement des individus et des familles est influencé par le comportement des autres. Plus précisément, il est influencé par *les perceptions ou les attentes* des individus et des familles concernant les actions et les pensées d'autrui, qu'elles se traduisent ou non dans les faits. Les relations de pouvoir jouent également un rôle. Ce n'est pas seulement ce qui est dit ou fait qui compte, mais également qui le dit ou le fait. Par exemple, une prise de position ferme en faveur de l'abandon des MGF/E pourra avoir davantage d'impact sur les attentes sociales si elle est formulée par un chef religieux influent plutôt que par un adolescent de la communauté. De même, s'il apparaît que les professionnels de santé pratiquent et soutiennent les MGF/E, ceci peut renforcer leur légitimité et l'idée selon laquelle elles doivent perdurer.

Certaines questions des EDS et des MICS fournissent des informations permettant d'éclairer les attentes sociales. Par exemple, *« Les femmes sont-elles excisées dans cette région/communauté ? »* permet de savoir comment la personne interrogée perçoit le comportement d'autrui (attentes empiriques). *La question « Est-ce que quelqu'un vous pousse (ou vous a poussée) à faire exciser votre fille ? »* donne des indices sur les attentes normatives de la personne interrogée, c'est-à-dire sur la manière dont elle perçoit les attentes d'autrui.

Les données issues des EDS et des MICS ne permettent pas de déterminer avec certitude l'existence d'attentes sociales dans le domaine des MGF/E, ni leur ampleur ou leur évolution dans le temps. Elles fournissent cependant des données importantes permettant d'éclairer les politiques et programmes. Ce rapport a donc pour objectif de regrouper un maximum de données existantes sur les attentes empiriques et normatives. Il cherche par exemple à savoir si les femmes pensent que les hommes soutiennent les MGF/E. Cette information est essentielle, car le fait de croire que les hommes soutiennent ces pratiques peut inciter les femmes à faire exciser leurs filles. Il est également intéressant de savoir si les personnes interrogées considèrent que la reconnaissance sociale justifie la perpétuation de ces pratiques.

Groupes de référence

Les normes sociales sont liées à des comportements et à des groupes sociaux spécifiques. Les MGF/E peuvent donc fonctionner comme une norme sociale dans un groupe de population, mais pas dans un autre. Il est indispensable de comprendre cette distinction pour pouvoir élaborer des programmes efficaces. Ce rapport examine le niveau de prévalence des MGF/E et le soutien apporté à ces pratiques dans des zones géographiques spécifiques et au sein de groupes de population de même origine ethnique ou partageant d'autres caractéristiques socio-économiques. Lorsque cette analyse est basée sur des données ventilées au niveau infranational, à l'intérieur des frontières nationales et au-delà, elle suggère comment les forces sociales peuvent être exploitées au sein des groupes de référence et entre les différents groupes.

Prévalence, attitudes et ignorance pluraliste

Comme indiqué précédemment, dans le domaine des MGF/E, le comportement des individus est influencé par le comportement d'autrui. Il est donc difficile pour des personnes ou des familles isolées d'abandonner ces pratiques. Dans ce contexte, il est fort probable que des personnes ou des familles soient personnellement opposées à ces pratiques, mais se sentent obligées

de suivre le groupe. Cet état de fait rappelle qu'il ne suffit pas de faire évoluer les attitudes individuelles pour aboutir à l'abandon des MGF/E à grande échelle. Les familles doivent être convaincues que suffisamment de personnes soutiennent (ou du moins tolèrent) l'abandon de l'excision pour pouvoir y renoncer.

L'analyse de l'écart entre la prévalence des MGF/E et le soutien apporté à ces pratiques permet de savoir si elles sont perçues comme une obligation sociale. Dans certains cas, les familles peuvent ainsi être favorables aux MGF/E et les pratiquer. Dans d'autres, elles peuvent pratiquer les MGF/E sans pour autant y être favorables. L'évolution de cet écart au fil du temps indique l'ampleur du changement social en cours, même s'il ne suffit pas à inciter de larges groupes de familles à abandonner l'excision.

L'écart entre le soutien apporté aux MGF/E et leur prévalence laisse également entendre que les attitudes de chaque famille restent dans la sphère privée, sans être connues de la plupart des autres familles. Si tel est le cas, de nombreuses familles préfèrent peut-être, en réalité, ne pas faire exciser leurs filles. En voyant d'autres familles exciser leurs filles, elles supposent cependant que les familles en question soutiennent cette pratique et décident de faire de même pour éviter toute désapprobation sociale. Si l'on pousse cette réflexion à l'extrême, tous les membres d'une communauté pourraient être personnellement opposés aux MGF/E, mais croire que les autres y sont favorables du fait qu'ils la perpétuent. Ce phénomène, appelé « ignorance pluraliste »[59], peut générer un cercle vicieux masquant durablement les véritables préférences. Il peut donc s'agir de l'une des réalités sociales soutenant la persistance de ces pratiques.

L'ignorance pluraliste résulte d'un manque de communication entre les membres d'un groupe social sur les croyances, attitudes et préférences personnelles qui s'écartent ou vont à l'encontre des normes sociales en vigueur. Elle s'oppose à la « connaissance commune »[60], que l'on peut stimuler en facilitant l'accès à l'information et le dialogue au sein des communautés, dans les médias et dans le cadre d'événements nationaux réunissant différents groupes sociaux.

Les travaux de Sara Johnsdotter sur les Somaliens vivant en Suède[61] illustrent parfaitement le phénomène de l'ignorance pluraliste. Les entretiens menés auprès des femmes ont montré que celles-ci sont convaincues que les hommes étaient favorables à l'infibulation, tandis que les entretiens menés auprès de ces derniers révélaient qu'ils étaient en réalité farouchement opposés à cette pratique. L'absence de communication entre les femmes et les hommes somaliens sur ce sujet sensible génère une mauvaise connaissance des préférences de l'autre sexe.

Ce rapport étudie des données sur les attitudes envers les MGF/E, ainsi que le lien entre la prévalence des MGF/E chez les filles et l'opinion favorable de leurs mères sur ces pratiques, ce qui permet de mieux comprendre l'ignorance pluraliste, ainsi que l'influence de la pression sociale sur leur perpétuation.

Variables socio-économiques

Les variables socio-économiques, notamment le niveau d'éducation et le niveau de revenus, font partie des facteurs associés à l'évolution des MGF/E dans le temps. Elles indiquent également si les communautés sont exposées à des facteurs susceptibles de contribuer à l'évolution des normes sociales (informations sur les risques liés aux MGF/E, communication avec les communautés ne pratiquant pas ou plus l'excision, possibilité de discuter des MGF/E avec différents groupes sociaux, etc.). Pour confirmer cette hypothèse, il est utile de savoir s'il existe la même relation entre un niveau d'éducation élevé et une faible prévalence des MGF/E dans les zones géographiques où le niveau de prévalence diffère.

Au sein des pays ou des groupes ethniques à prévalence élevée et où l'accès aux informations favorisant la remise en cause des MGF/E reste limité, on peut s'attendre à ce que le lien entre le niveau d'éducation et la prévalence des MGF/E soit moins évident. Si tel est le cas, ce n'est peut-être pas l'éducation en soi qui influence l'évolution des comportements, mais l'accès à de nouvelles informations et l'ouverture à de possibles alternatives, ainsi que les échanges avec les réseaux sociaux, qui sont eux-mêmes associés à un niveau d'éducation plus élevé.

Il en va de même en ce qui concerne le niveau de revenus des ménages et le lieu de résidence (zone urbaine/rurale). Le faible taux de prévalence des MGF/E au sein des populations urbaines aisées s'explique sans doute par le fait que les ménages les plus riches et les personnes vivant en zone urbaine ont accès à un plus grand nombre de réseaux sociaux. Dans la même logique, les programmes visant à encourager l'abandon des MGF/E peuvent s'employer spécifiquement à exposer ces sujets au grand jour et à renforcer la visibilité des communautés ayant mis un terme à ces pratiques. Ces questions et hypothèses sont étudiées plus en détail dans les chapitres ci-après.

Remarque concernant la terminologie

Le terme « mutilations génitales féminines/excision » et son abréviation sont privilégiés tout au long de ce rapport. D'autres termes tels que « ablation génitale féminine » ou « excision » sont parfois utilisés. Ils permettent de refléter la terminologie initialement utilisée dans les questionnaires et de faciliter la lecture. Comme indiqué dans le chapitre 2, ces termes ont cependant une signification différente et font référence à différents types de pratiques.

Remarque concernant les données

Comme indiqué dans le chapitre 1, la disponibilité des données varie d'un pays à l'autre. Dans certains cas, la dernière enquête contenant des données comparables et représentatives de la situation nationale date de 1997. Dans d'autres cas, elle est beaucoup plus récente (2012). Les données font état de la situation au moment de l'enquête et ne reflètent pas forcément les conditions actuelles.

Les analyses incluses dans les chapitres ci-après sont basées sur les données de l'enquête la plus récente pour chaque pays. Lorsque la source la plus récente ne contient pas les données nécessaires, ces analyses sont basées sur des enquêtes antérieures. Les dates mentionnées dans la source des figures, cartes et tableaux indiquent la période pendant laquelle les enquêtes ont été menées. Pour chaque pays, les données se rapportent à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée. Les chapitres ci-après reprennent les informations essentielles. Les données complètes sont disponibles dans les tableaux statistiques, à partir de la page 174.

© UNICEF/NYHQ2009-1095/Furrer

4. Dans quelle mesure ces pratiques sont-elles répandues ?

© UNICEF/NYHQ2005-2229/Getachew

Les mutilations génitales féminines/l'excision existent sous différentes formes depuis plusieurs siècles. Nous disposons depuis peu de données fiables sur les 29 pays où se concentrent ces pratiques. C'est donc avec plus d'assurance que nous pouvons répondre à certaines questions fondamentales : Quel est le nombre de filles et de femmes excisées ? Dans quelles régions ces pratiques sont-elles le plus présentes ? Quelles sont les variations au sein des pays et entre les différents groupes de population ?

Les chiffres mondiaux

Plus de 125 millions de filles et de femmes actuellement en vie ont subi des MGF/E dans les 29 pays d'Afrique et du Moyen-Orient où se concentrent ces pratiques[62]. Près d'un cinquième d'entre elles vivent en Égypte. Étant donné que certains groupes minoritaires et certaines communautés d'immigrants perpétuent ces pratiques dans d'autres pays, notamment en Europe et en Amérique du Nord, le nombre total de filles et de femmes excisées est sans doute légèrement plus élevé au niveau mondial *(voir l'encadré 4.1)*. Il est cependant impossible de connaître

Encadré 4.1 : évaluation de la prévalence des MGF/E au sein des communautés d'immigrants en Amérique du Nord et en Europe

Bien qu'il n'existe aucune donnée représentative de la situation nationale dans des pays tels que la Colombie, la Jordanie, Oman, l'Arabie saoudite ou certaines régions d'Indonésie et de Malaisie, des signes indiquent que les MGF/E y sont pratiquées[63]. Ces pratiques sont également présentes dans certaines régions d'Europe et d'Amérique du Nord, qui accueillent depuis des décennies des migrants issus de pays où l'excision des filles est une tradition ancestrale[64]. Soucieux de proposer une prise en charge médicale adéquate aux femmes excisées et des services sociaux visant à éviter que leurs filles subissent le même sort, les pouvoirs publics s'intéressent de plus en plus à l'ampleur réelle de ce phénomène au sein des communautés d'immigrants.

Pour certains pays d'accueil, la prévalence des MGF/E est estimée en fonction du nombre de femmes ayant immigré au-delà d'un certain âge (15 ou 18 ans) et de la prévalence nationale de ces pratiques dans leur pays d'origine. On calcule le nombre de filles risquant d'être excisées en rapportant la prévalence nationale des MGF/E au nombre de filles immigrées issues de ces mêmes pays. Il s'agit d'une estimation du nombre maximal de femmes ayant subi cette intervention ou de filles risquant d'être excisées. Ces chiffres sont problématiques pour différentes raisons.

Premièrement, toutes les femmes qui émigrent ne courent pas le même risque, en particulier si elles sont originaires de pays où la prévalence des MGF/E est faible ou modérée. Les données présentées dans ce chapitre mettent en évidence les écarts de prévalence en fonction de facteurs tels que l'origine ethnique, le lieu de résidence (zone urbaine/rurale), le niveau d'éducation ou le niveau de revenus, qui sont souvent liés à la probabilité d'émigration. La connaissance de l'origine ethnique des femmes et l'évaluation de la prévalence des MGF/E au sein de chaque groupe ethnique permettrait d'améliorer nettement les estimations.

Deuxièmement, l'utilisation des taux de prévalence nationale pour évaluer le nombre de filles risquant d'être excisées conduit à surestimer le risque réel pour les filles issues de pays où l'on observe une baisse de la prévalence des MGF/E. L'utilisation des données de prévalence chez les filles âgées de 15 à 19 ans dans le pays d'origine peut améliorer la fiabilité des estimations[65].

Enfin, certaines études montrent que les parents abandonnent rapidement l'idée de faire exciser leurs filles au sein de certaines communautés d'immigrants[66]. Il serait très intéressant de savoir au bout de combien de temps et pour quelles raisons les immigrants se détournent de ces pratiques.

les chiffres exacts, car il existe très peu de données fiables sur l'ampleur du phénomène au sein de ces groupes de population.

Prévalence nationale

Le pourcentage de filles et de femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) ayant subi des MGF/E est le premier indicateur qui permet d'évaluer l'ampleur de ces pratiques dans un pays spécifique *(voir l'encadré 4.2).* Cet indicateur reflète les informations fournies par les filles et les femmes elles-mêmes. Dans les 29 pays où se concentrent les MGF/E, presque toutes les filles sont excisées avant l'âge de 15 ans. On considère donc que les données relatives à la prévalence chez les filles et des femmes de 15 à 49 ans reflètent leur situation définitive[67] en matière de MGF/E.

Le deuxième indicateur consiste à mesurer la prévalence nationale de l'excision chez les filles âgées de 0 à 14 ans, selon les informations fournies par leurs mères. Les données relatives à la prévalence chez les filles reflètent leur situation actuelle, et non pas leur situation définitive. En effet, il est possible que certaines d'entre elles n'aient pas atteint l'âge traditionnel de l'excision au moment de l'enquête. Ces fillettes ne sont pas excisées, mais risquent encore de l'être. Les statistiques concernant les filles âgées de moins de 15 ans doivent donc être interprétées

Encadré 4.2 : indicateurs permettant de mesurer la prévalence des MGF/E - Informations auto-déclarées par les filles et les femmes

Le premier indicateur permettant d'évaluer la prévalence de ces pratiques est le pourcentage de filles et de femmes excisées en âge de procréer (15 à 49 ans)[68]. Ces informations sont fournies par les filles et les femmes elles-mêmes, lorsqu'elles répondent à la question *« Êtes-vous excisée ? »* ou à des variantes telles que *« Avez-vous été excisée ? »*, *« Avez-vous déjà été excisée ? »*, *« Vos organes génitaux ont-il déjà fait l'objet d'une ablation ? »* ou *« A-t-on coupé vos organes génitaux externes ? »*. Les enquêtes menées au Libéria et en Sierra Leone font figure d'exception. Les questions ont dû être modifiées pour éliminer toute référence directe aux MGF/E, ce sujet étant particulièrement sensible. On a donc demandé aux personnes interrogées si elles avaient été initiées à une société secrète féminine telle que les sociétés Bondo ou Sande au Sierra Leone (MICS 2005, EDS 2008) ou Sande au Libéria (EDS 2007), et par qui, ce qui a permis d'obtenir des informations indirectes sur les MGF/E, qui sont pratiquées lors des rites initiatiques de ces sociétés.

La plupart des enquêtes ont été menées auprès de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans, sauf en Égypte (EDS 1995, 2000, 2003 et 2005), au Soudan (EDS 1989-1990) et au Yémen (EDS 1997), où l'échantillon interrogé se limite aux filles et aux femmes de 15 à 49 ans ayant été mariées au moins une fois.

Les informations auto-déclarées sur les MGF/E doivent être traitées avec précaution pour différentes raisons. Premièrement, les femmes peuvent avoir des réticences à admettre qu'elles ont subi cette intervention, compte tenu de la sensibilité du sujet ou du caractère illégal de cette pratique[69]. Ensuite, elles peuvent ignorer leur situation ou l'étendue des mutilations qu'elles ont subies, en particulier si les MGF/E ont été pratiquées à un âge précoce. Plusieurs études ont tenté de déterminer la fiabilité des informations auto-déclarées relatives aux MGF/E en les vérifiant par des examens cliniques. Ces travaux de recherche ont examiné deux aspects des informations auto-déclarées : 1) la fiabilité des informations auto-déclarées par les femmes sur le fait qu'elles soient ou non excisées et 2) la fiabilité des informations auto-déclarées sur le type de MGF/E pratiquées.

Les études ayant comparé les informations auto-déclarées avec les signes cliniques d'excision font état de taux de concordance variables. Tandis qu'une étude menée au Soudan conclut à une adéquation parfaite entre les examens cliniques et les informations auto-déclarées par les femmes[70], d'autres font état de degrés de divergence variables. Linda Morison et ses collègues mettent en évidence un écart de 3 % en Gambie[71], tandis que des études menées en République-Unie de Tanzanie et au Nigéria font état d'un écart de plus de 20 %[72]. Les entailles n'entraînent généralement aucune altération visible des organes génitaux externes, ce qui peut expliquer en partie les différences entre les informations auto-déclarées et les observations cliniques. Une étude longitudinale menée au Ghana a donné l'occasion unique d'évaluer la cohérence des informations auto-déclarées par les femmes au cours d'enquêtes successives[73]. Les données obtenues ont montré qu'un grand nombre d'adolescentes niaient avoir été excisées, revenant ainsi sur leurs déclarations initiales. Les auteurs ont conclu que ces fluctuations étaient dues aux initiatives de lutte contre les MGF/E et à l'adoption d'une loi interdisant ces pratiques. Dans une présentation détaillée des considérations méthodologiques concernant l'évaluation des MGF/E, Ian Askew souligne la nécessité de prendre en compte le contexte dans lequel les questions sont posées. Selon ses propres termes : « Si les MGF sont répandues, socialement acceptables et qu'aucune initiative connue n'incite les individus à remettre en cause l'acceptabilité et la légalité de ces pratiques, [...] les informations auto-déclarées ont de grandes chances d'être valides. S'il existe, au contraire, des raisons pouvant dissuader les personnes interrogées d'admettre qu'elles sont excisées, [...] il faut traiter les informations auto-déclarées avec précaution et chercher un moyen de valider les résultats »[74]. Tout en tenant compte de cette mise en garde, il existe suffisamment d'éléments prouvant que les données d'enquête basées sur les déclarations des femmes fournissent dans l'ensemble des informations fiables pouvant être utilisées pour calculer la prévalence des MGF/E[75].

Encadré 4.3 : indicateurs permettant de mesurer la prévalence des MGF/E - Informations fournies par les mères

Le deuxième indicateur permettant d'évaluer la prévalence des MGF/E consiste à enquêter sur les filles de femmes en âge de procréer (15 à 49 ans). Dans les enquêtes menées jusqu'en 1999, on demandait aux femmes qui avaient au moins une fille si leur fille aînée était excisée, quel âge elle avait au moment de l'excision, quel type de MGF/E avaient été pratiquées et par qui. Si leur fille aînée n'était pas excisée, les femmes devaient indiquer si elles avaient l'intention de faire pratiquer cette intervention. Cette approche a été utilisée dans le cadre d'enquêtes menées au Soudan (EDS 1989-1990), en Érythrée (EDS 1995), au Mali (EDS 1995-1996), en République-Unie de Tanzanie (EDS 1996), au Niger (EDS 1998), au Kenya (EDS 1998), en Côte d'Ivoire (EDS 1998-1999), au Burkina Faso (EDS 1998-1999) et au Nigéria (EDS 1999).

À partir de 1999, au lieu de s'intéresser uniquement aux filles aînées, les EDS ont commencé à demander aux femmes si l'une de leurs filles était excisée. On demandait à celles qui avaient répondu par la négative si elles avaient l'intention de faire exciser l'une de leurs filles et à celles qui avaient répondu par l'affirmative d'indiquer le nombre de filles qu'elles avaient fait exciser. Ces femmes devaient ensuite répondre à des questions sur l'intervention la plus récente (âge au moment de l'excision, type de MGF/E pratiquées et personne ayant pratiqué l'intervention).

Les données d'enquête sur la situation d'une seule fille ne permettent pas d'évaluer la prévalence des MGF/E chez les filles de moins de 15 ans. Pour pallier cette insuffisance, les MICS et EDS de 2010 ont adopté une nouvelle méthodologie standard de collecte d'informations sur les MGF/E. Le nouveau module interroge les filles et les femmes âgées de 15 à 49 ans sur la situation de toutes leurs filles de moins de 15 ans, ce qui permet d'obtenir des estimations de prévalence chez les filles âgées de 0 à 14 ans. Dans la mesure où les filles appartenant à ce groupe d'âge sont récemment excisées ou risquent de l'être prochainement, les données recueillies permettent d'évaluer l'impact des récentes actions en faveur de l'abandon des MGF/E.

Les informations relatives à la situation des filles sont généralement considérées comme plus fiables que les informations auto-déclarées par les femmes, du fait que l'excision est relativement récente et que les mères ont vraisemblablement pris part à cet événement[76]. Pourtant, même ces données doivent être interprétées avec une certaine prudence. Dans les pays où les MGF/E ont fait l'objet de campagnes ou de mesures juridiques d'interdiction, les mères peuvent hésiter à divulguer la situation réelle de leurs filles, par peur des conséquences.

Le point essentiel à retenir est que les données de prévalence chez les filles âgées de 0 à 14 ans reflètent leur situation actuelle, et non pas la prévalence définitive au sein de ce groupe d'âge. Il est possible que certaines filles non excisées n'aient pas atteint l'âge traditionnel de l'excision et qu'elles risquent encore d'être soumises à cette procédure. Ces cas peuvent être décrits comme des observations censurées. Dans la mesure où l'âge au moment de l'excision varie selon les régions, le degré de censure varie en conséquence. Il faut garder cette information à l'esprit lorsque l'on compare la prévalence des MGF/E entre les groupes les plus jeunes.

Le degré de censure détermine également si l'on peut utiliser les données de prévalence chez les filles âgées de 0 à 14 ans pour identifier des évolutions récentes. Les données sont parfois ajustées en fonction du nombre de filles déjà excisées et des informations sur les intentions des mères concernant l'excision de leurs filles recueillies dans le cadre de certaines enquêtes. La fiabilité de cette méthode est cependant compromise par le fait que les mères sont rarement les seules à décider et ne parviennent pas toujours à faire entendre leur voix dans le domaine des MGF/E. De plus, au fur et à mesure que leurs filles se rapprochent de l'âge auquel l'excision est traditionnellement pratiquée, les mères peuvent succomber à la pression sociale et se plier à ce qu'elles pensent que les autres attendent d'elles. Pour ajuster la prévalence chez les filles âgées de 0 à 14 ans, mieux vaut utiliser les informations relatives à l'âge au moment de l'excision, comme l'indique l'encadré 8.6, page 100.

avec d'extrêmes précautions *(voir l'encadré 4.3)*.

Prévalence chez les filles et les femmes âgées de 15 à 49 ans

Les données les plus récentes montrent d'importantes variations entre les pays. Si les MGF/E sont quasi généralisées en Somalie[77], en Guinée, à Djibouti et en Égypte, où le taux de prévalence dépasse 90 %, elles affectent seulement 1 % des filles et des femmes au Cameroun et en Ouganda *(voir la carte 4.1)*. La prévalence nationale des MGF/E chez les filles et les femmes âgées de 15 à 49 ans permet de diviser les pays en cinq groupes *(voir l'encadré 4.4)*.

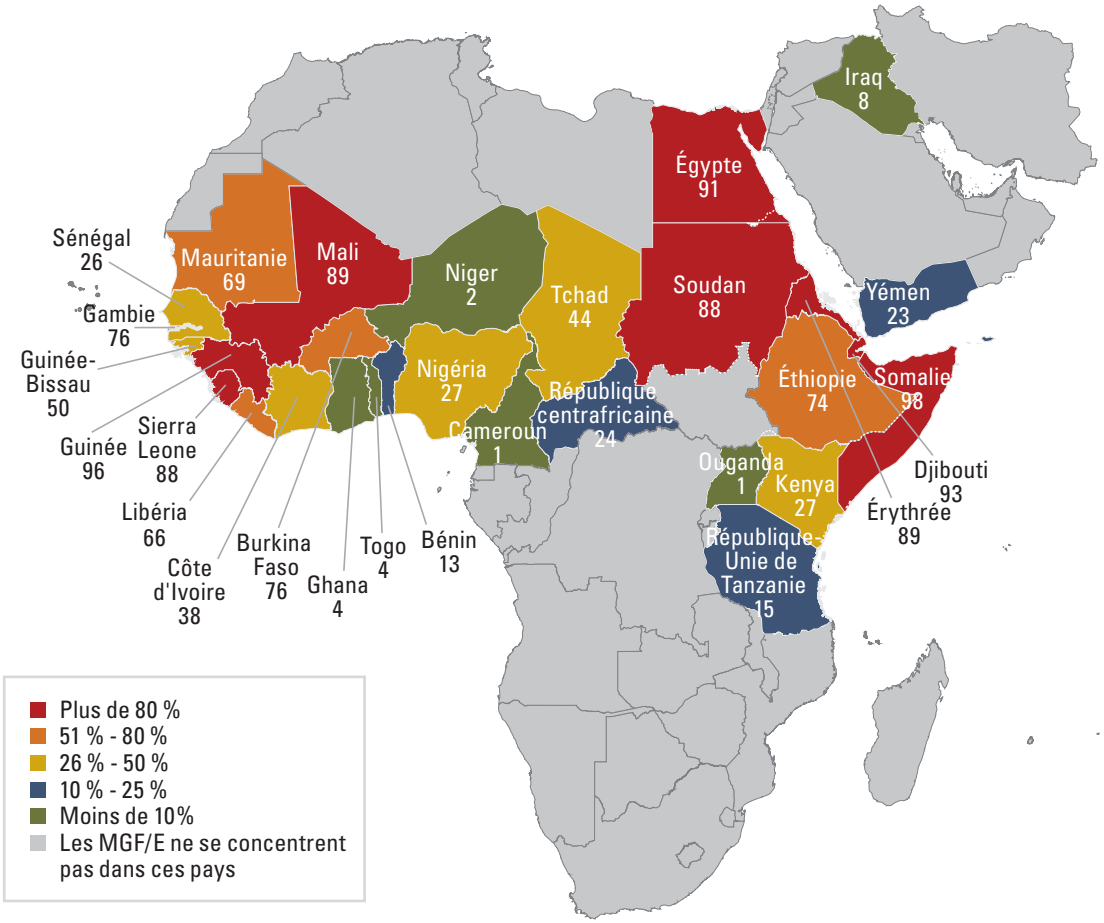
Prévalence chez les filles âgées de 0 à 14 ans

La figure 4.1 indique le pourcentage de filles âgées de 0 à 14 ans ayant subi des MGF/E, selon les informations fournies par leurs mères, dans un sous-groupe de 12 pays disposant de données complètes[78]. La prévalence de ces pratiques chez les filles varie de moins de 1 % au Togo à plus de 50 % en Mauritanie et en Gambie[79]. Ces chiffres ne tiennent pas compte des fillettes qui ne sont pas encore excisées en raison de leur jeune âge, mais qui risquent fort de l'être le moment venu.

Les groupes de population qui pratiquent les MGF/E le font souvent depuis des générations. Ceux qui ne l'ont jamais fait n'adoptent généralement pas ces pratiques. Le risque qu'une fille soit excisée augmente donc de manière significative si sa propre mère a subi des MGF/E. Comme le montre la figure 4.2, les filles dont les mères sont excisées sont bien plus exposées à cette pratique que les filles dont les mères ne sont pas excisées.

Carte 4.1 : la pratique des MGF/E est concentrée dans une poignée de pays allant de la côte atlantique à la Corne de l'Afrique

Pourcentage de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant subi des MGF/E, par pays



Remarques : cette carte est stylisée et n'est pas à l'échelle. Elle ne reflète aucune prise de position de la part de l'UNICEF quant au statut juridique des pays ou territoires, ni quant au tracé de leurs frontières. Au Libéria, on a demandé aux filles et aux femmes qui avaient entendu parler de la société Sande si elles en faisaient partie. Cette question a permis d'obtenir indirectement des informations sur les MGF/E, qui sont pratiquées pendant l'initiation à cette société, comme l'explique l'encadré 4.2. Les données pour le Yémen se rapportent aux filles et aux femmes ayant été mariées au moins une fois. La frontière définitive entre la République du Soudan et la République du Soudan du Sud n'a pas encore été déterminée.
Sources : EDS, MICS et SHHS, 1997-2012.

Encadré 4.4 : regroupement des pays par taux de prévalence chez les filles et les femmes âgées de 15 à 49 ans

Groupe 1 : pays à très forte prévalence. Huit pays dans lesquels plus de 80 % des filles et des femmes en âge de procréer sont excisées : la Somalie (98 %), la Guinée (96 %), Djibouti (93 %), l'Égypte (91 %), l'Érythrée (89 %), le Mali (89 %), la Sierra Leone (88 %) et le Soudan (88 %).

Groupe 2 : pays à prévalence modérément élevée. Cinq pays dans lesquels la prévalence des MGF/E est comprise entre 51 et 80 % : la Gambie (76 %), le Burkina Faso (76 %), l'Éthiopie (74 %), la Mauritanie (69 %) et le Libéria (66 %).

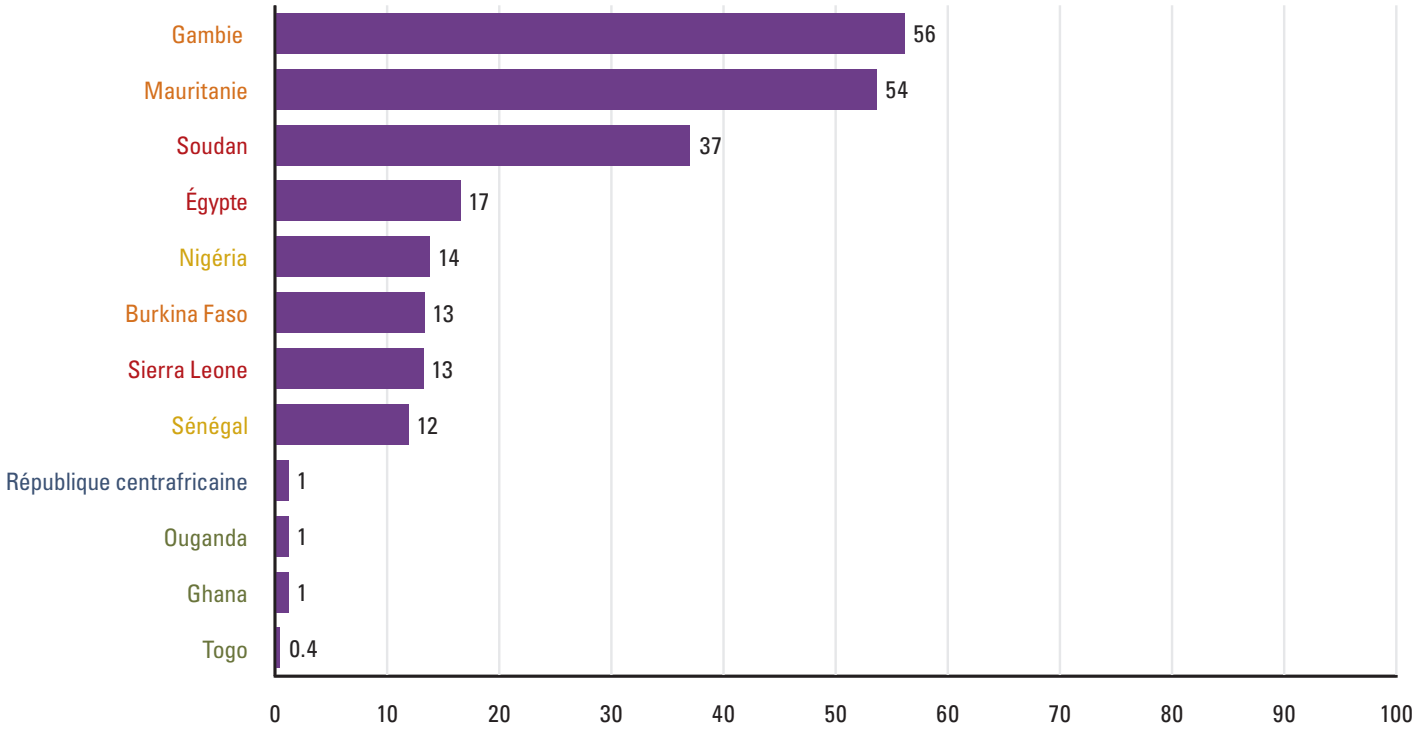
Groupe 3 : pays à prévalence modérée. Six pays dans lesquels la prévalence des MGF/E est comprise entre 26 et 50 % : la Guinée-Bissau (50 %), le Tchad (44 %), la Côte d'Ivoire (38 %), le Kenya (27 %), le Nigéria (27 %) et le Sénégal (26 %).

Groupe 4 : pays à faible prévalence. Quatre pays dans lesquels la prévalence des MGF/E est comprise entre 10 et 25 % : la République centrafricaine (24 %), le Yémen (23 %), la République-Unie de Tanzanie (15 %) et le Bénin (13 %).

Groupe 5 : pays à très faible prévalence. Six pays dans lesquels moins de 10 % des filles et des femmes sont excisées : l'Iraq (8 %), le Ghana (4 %), le Togo (4 %), le Niger (2 %), le Cameroun (1 %) et l'Ouganda (1 %).

Figure 4.1 : les niveaux de prévalence des MGF/E ne tiennent pas compte des filles qui n'ont pas encore été excisées en raison de leur jeune âge

Pourcentage de filles âgées de 0 à 14 ans ayant subi des MGF/E (selon les informations fournies par leurs mères)



Remarques : les données pour le Sénégal se rapportent aux filles âgées de 0 à 9 ans ayant subi des MGF/E. Les données pour l'Égypte ont été recalculées pour les filles âgées de 0 à 14 ans. Pour plus d'informations sur les estimations présentées dans ce schéma, voir la note 79. Les couleurs utilisées pour les noms de pays correspondent à leurs groupes de prévalence, tels qu'ils sont décrits dans l'encadré 4.4 ci-dessus.
Sources : EDS, MICS et SHHS, 2008-2011.

Prévalence infranationale

Si la prévalence des MGF/E au niveau national est une donnée importante, elle masque souvent des différences entre les régions d'un même pays. Ces différences sont généralement plus importantes dans les pays où la prévalence nationale est plus faible. Ce constat tend à prouver que des facteurs communs à des groupes de population spécifiques influencent la présence ou l'absence de ces pratiques dans différentes régions d'un même pays.

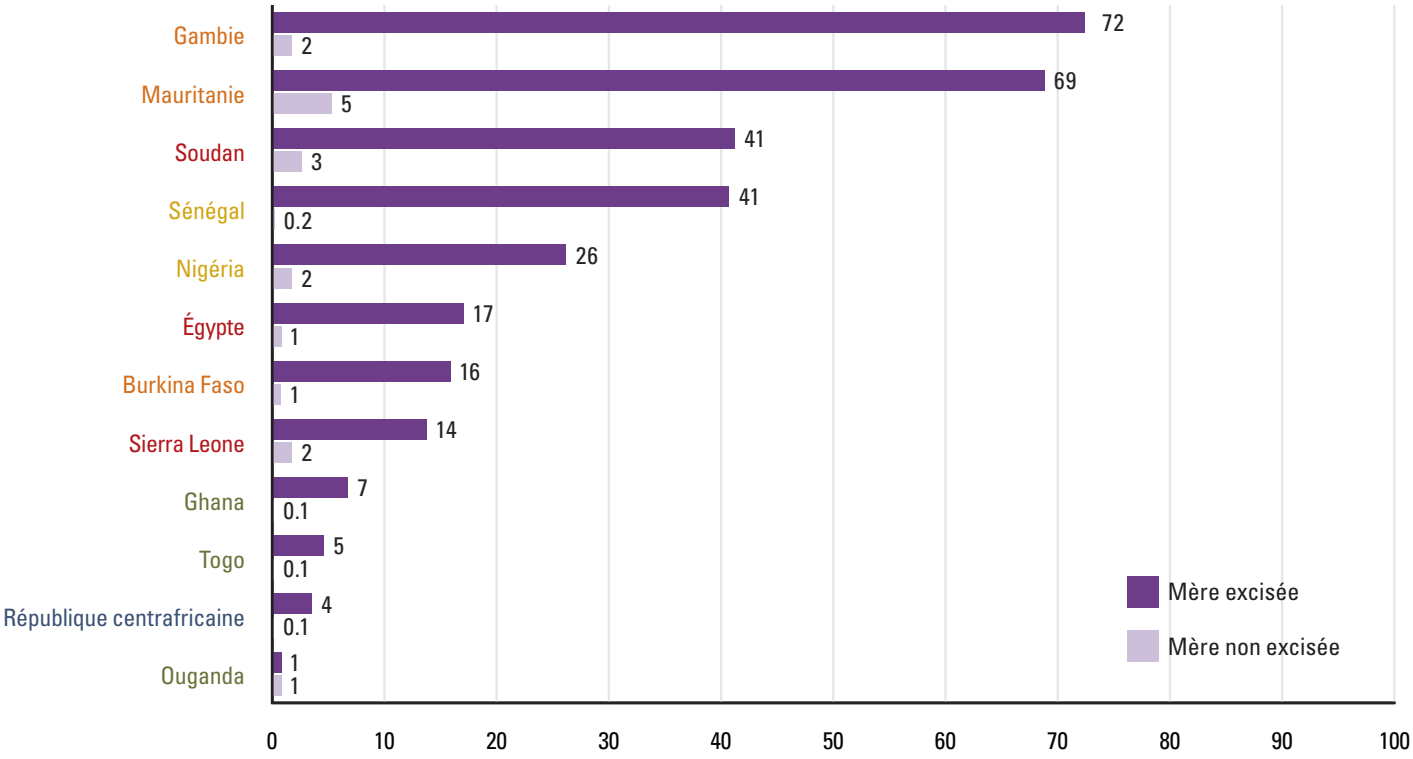
Dans les pays où la pratique de l'excision est quasiment universelle (**Groupe 1**), il n'existe aucun écart de prévalence significatif entre les régions. En Guinée, par exemple, la prévalence est élevée dans tout le pays. Elle atteint même 94 % ou plus dans quatre des cinq régions du pays *(voir la carte 4.2)*.

Selon un schéma similaire à celui du Groupe 1, les écarts de prévalence sont également faibles dans les pays où la prévalence des MGF/E est modérément élevée (**Groupe 2**). Une analyse des données infranationales indique cependant que, même dans les pays où la prévalence nationale tend à être élevée, il existe des régions où les MGF/E sont beaucoup moins répandues. Les données issues du Burkina Faso illustrent parfaitement ce phénomène. La carte 4.3 montre que la prévalence des MGF/E est comprise entre 55 % dans la région Centre-Ouest et 90 % dans la région Centre-Est.

Les pays où la prévalence des MGF/E est modérée (**Groupe 3**) présentent des variations importantes d'une région à l'autre. Par exemple, les données issues du Sénégal montrent que 26 % des filles et des femmes âgées de 15 à 49 ans sont excisées. Au niveau régional, la prévalence des MGF/E est comprise entre 1 % dans la région de Diourbel (où la prévalence est la plus faible) et 92 % dans la région de Kédougou (où la prévalence est la plus élevée) *(voir la*

Figure 4.2 : les risques pour une fille de subir des MGF/E sont plus élevés si sa mère est excisée

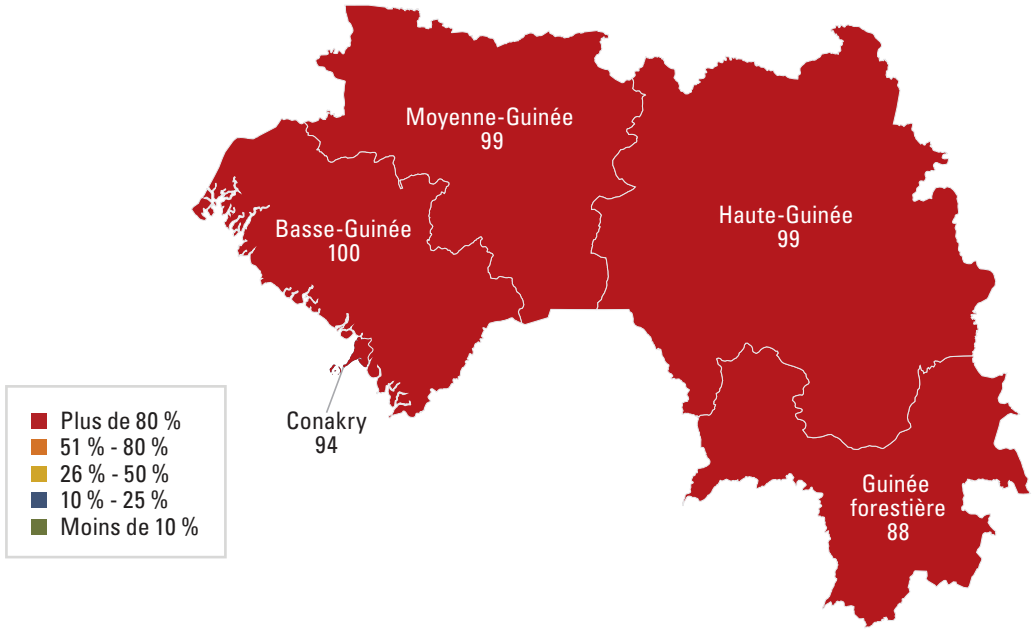
Pourcentage de filles âgées de 0 à 14 ans ayant subi des MGF/E (selon les informations fournies par leurs mères), en fonction de la situation de leurs mères



Remarques : les données pour le Sénégal se rapportent aux filles âgées de 0 à 9 ans ayant subi des MGF/E. Les données pour l'Égypte ont été recalculées pour les filles âgées de 0 à 14 ans. Pour plus d'informations sur les estimations présentées dans ce schéma, voir la note 79. Les couleurs utilisées pour les noms de pays correspondent à leurs groupes de prévalence, tels qu'ils sont décrits dans l'encadré 4.4, page 27.
Sources : EDS, MICS et SHHS, 2008-2011.

Carte 4.2 : la prévalence des MGF/E atteint 94 % ou plus dans quatre des cinq régions de la Guinée, pays à très forte prévalence

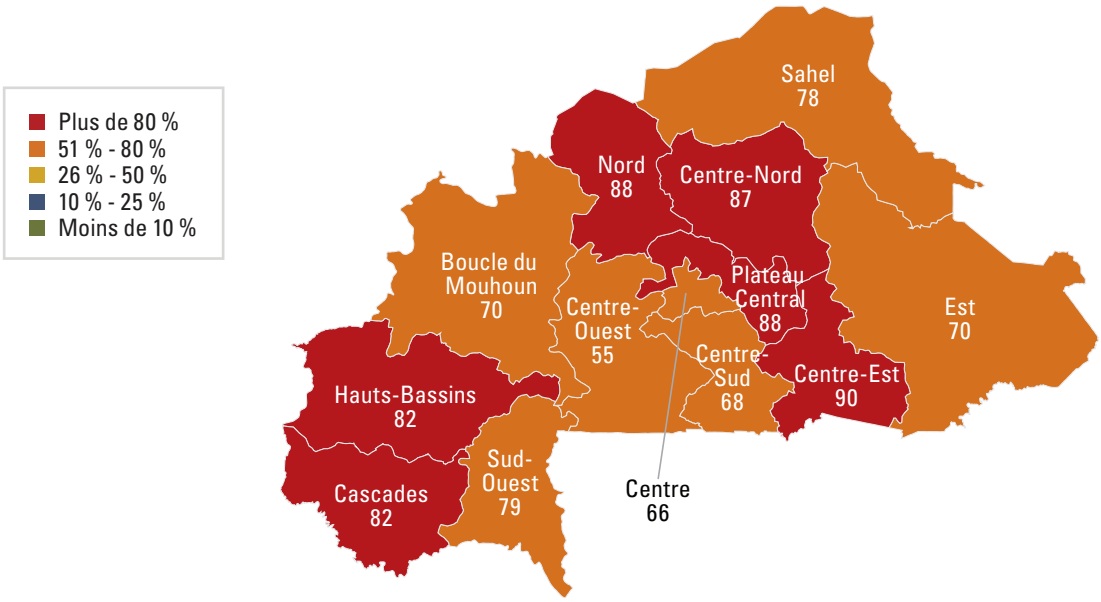
Pourcentage de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant subi des MGF/E en Guinée, par région



Remarques : cette carte est stylisée et n'est pas à l'échelle. Elle ne reflète aucune prise de position de la part de l'UNICEF quant au statut juridique des pays ou territoires, ni quant au tracé de leurs frontières.
Source : EDS 2005.

Carte 4.3 : la prévalence des MGF/E est comprise entre 55 et 90 % dans les régions du Burkina Faso, pays à prévalence modérément élevée

Pourcentage de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant subi des MGF/E au Burkina Faso, par région



Remarques : cette carte est stylisée et n'est pas à l'échelle. Elle ne reflète aucune prise de position de la part de l'UNICEF quant au statut juridique des pays ou territoires, ni quant au tracé de leurs frontières.
Source : EDS/MICS 2010.

carte 4.4). Il semblerait donc que ces pratiques se limitent à certaines communautés concentrées dans des régions spécifiques du pays.

Les pays où la prévalence des MGF/E est faible (**Groupe 4)** présentent également des variations importantes d'une région à l'autre. Les données pour la République-Unie de Tanzanie, par exemple, montrent que ces pratiques se concentrent principalement dans les régions du centre du pays *(voir la carte 4.5)*.

Dans les pays où la prévalence nationale des MGF/E est très faible (**Groupe 5**), ces pratiques se concentrent dans quelques zones géographiques spécifiques. Par exemple, les données issues d'Iraq montrent que les MGF/E sont pratiquées uniquement dans quelques régions du nord, notamment Erbil et Sulaymaniyah, où la majorité des filles et des femmes sont excisées *(voir la carte 4.6)*. Ces pratiques sont quasiment inexistantes dans les autres régions du pays.

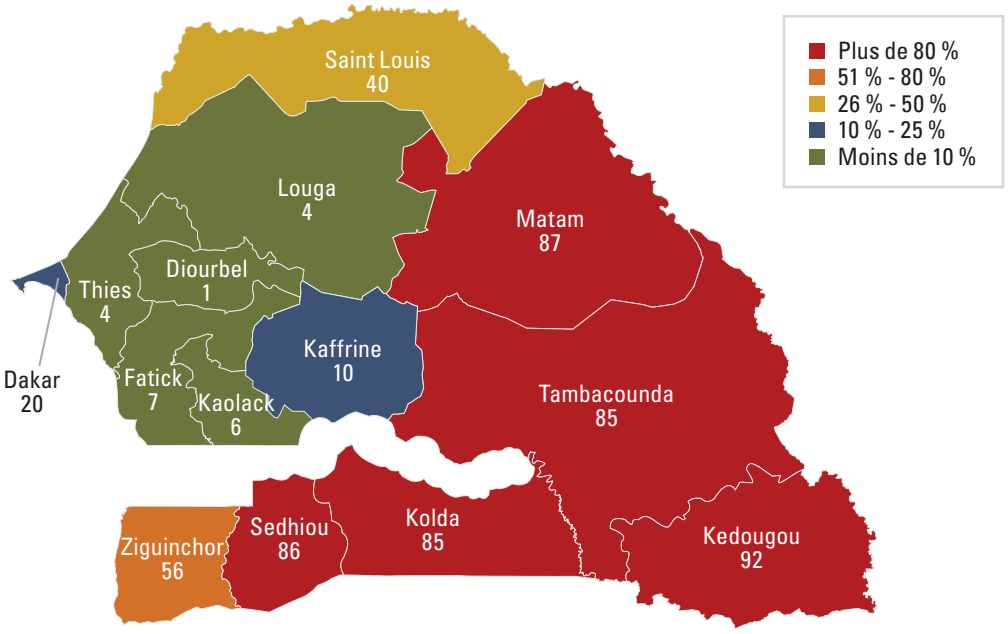
Lorsqu'on regroupe les données de prévalence infranationale des MGF/E pour l'ensemble des pays, des tendances régionales et transfrontalières apparaissent. Comme le montre la carte 4.7, les groupes de population qui pratiquent l'excision sont répartis plus ou moins régulièrement le long d'une zone s'étendant du Sénégal (à l'ouest) à la corne de l'Afrique (à l'est). Les régions à forte prévalence correspondent à l'emplacement d'anciens empires, notamment la Nubie, le Royaume de Kush et l'Empire de Méroé sur le territoire actuel du Soudan et de l'Égypte, et l'Empire du Mali en Afrique de l'Ouest. Plusieurs chercheurs ont tenté de faire le lien entre la répartition actuelle de ces pratiques, leur lieu d'origine et leur diffusion[80]. Gerry Mackie, par exemple, a élaboré la théorie d'une source unique, situant l'origine des MGF/E dans la cité antique de Méroé, où l'infibulation était pratiquée sur fond d'extrême inégalité des ressources. L'excision des filles et des femmes permettait aux hommes riches et polygames de s'assurer de la fidélité de leurs épouses et de la paternité de leurs enfants[81]. Mackie suppose que cette pratique s'est ensuite étendue à d'autres couches sociales, en suivant les routes de la traite des femmes. D'autres chercheurs privilégient une double origine, partant du principe que l'infibulation a fusionné avec des pratiques préexistantes associées aux rites d'initiation des hommes et des femmes en s'écartant de sa zone d'origine[82].

MGF/E et origine ethnique

La composition ethnique de la population permet de mieux comprendre les écarts de prévalence des MGF/E entre les

Carte 4.4 : les écarts de prévalence des MGF/E sont considérables au Sénégal, pays à prévalence modérée

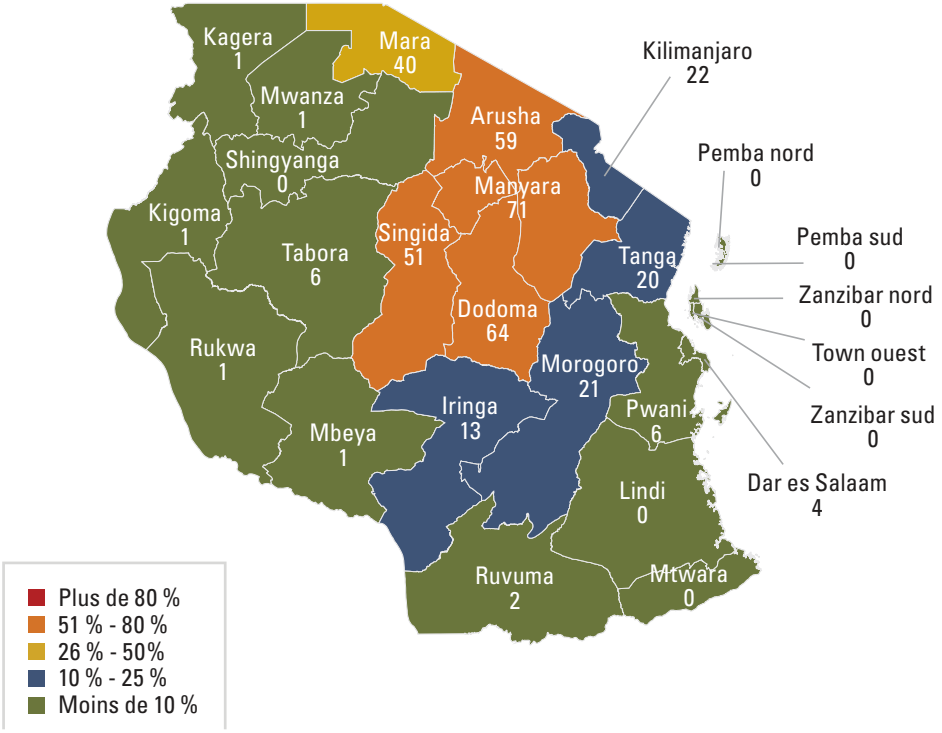
Pourcentage de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant subi des MGF/E au Sénégal, par région



Remarques : cette carte est stylisée et n'est pas à l'échelle. Elle ne reflète aucune prise de position de la part de l'UNICEF quant au statut juridique des pays ou territoires, ni quant au tracé de leurs frontières.
Source : EDS/MICS 2010-2011.

Carte 4.5 : la prévalence des MGF/E est modérément élevée dans quatre régions de la République-Unie de Tanzanie, pays à faible prévalence

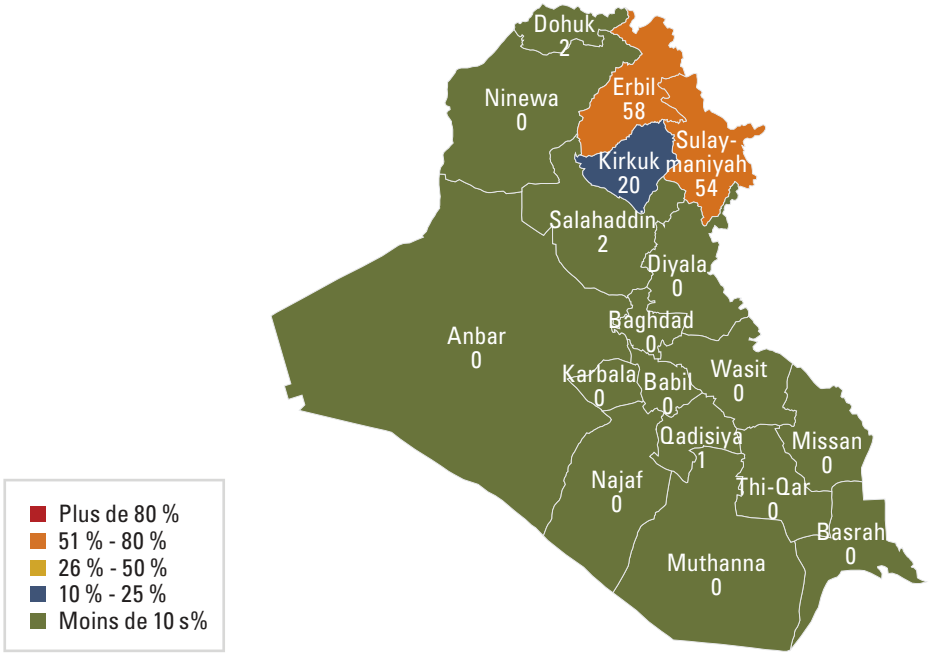
Pourcentage de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant subi des MGF/E en République-Unie de Tanzanie, par région



Remarques : cette carte est stylisée et n'est pas à l'échelle. Elle ne reflète aucune prise de position de la part de l'UNICEF quant au statut juridique des pays ou territoires, ni quant au tracé de leurs frontières.
Source : EDS 2010.

Carte 4.6 : en Iraq, pays à très faible prévalence, la pratique de l'excision se concentre dans quelques régions du nord

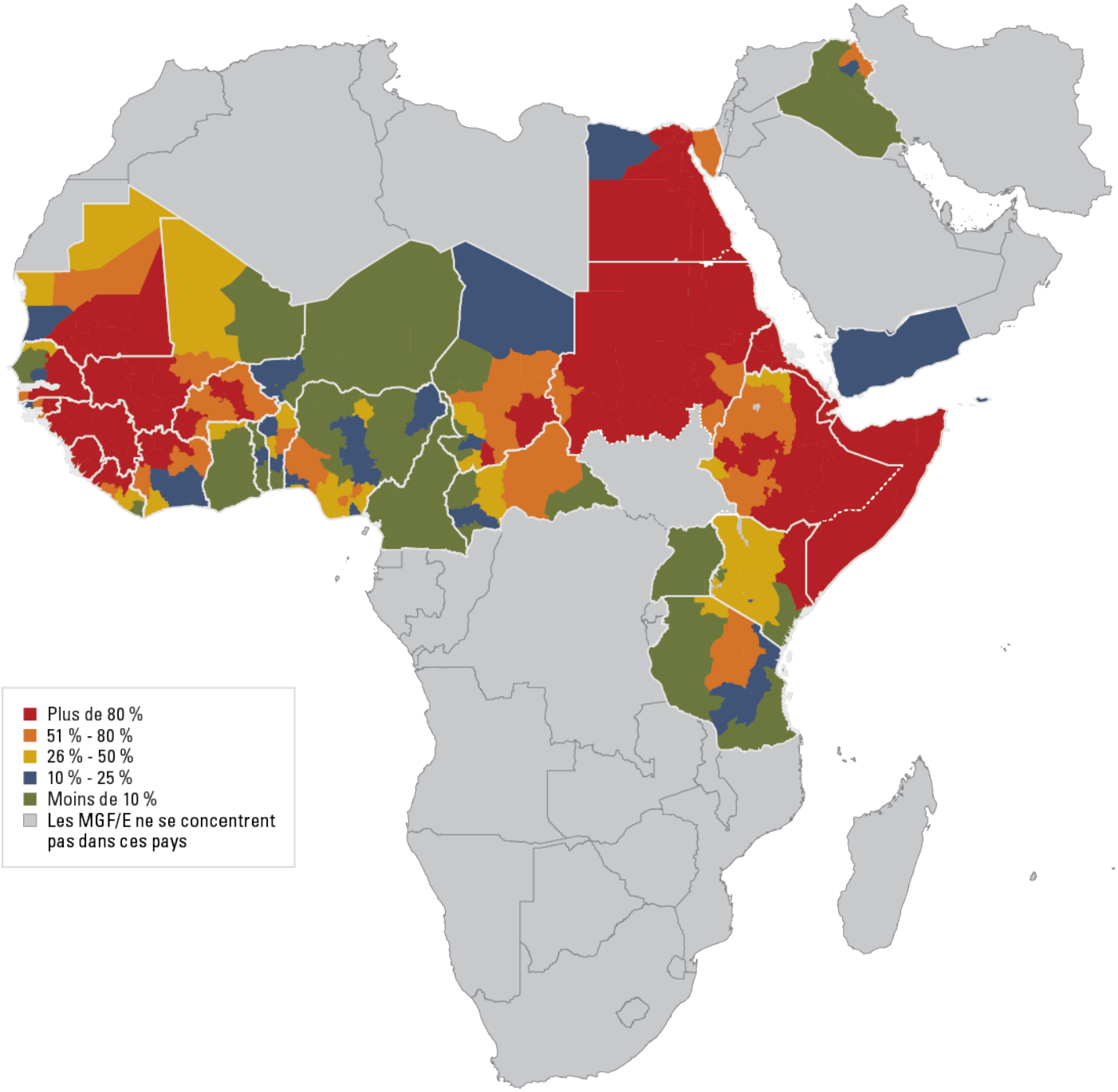
Pourcentage de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant subi des MGF/E en Iraq, par région



Remarques : cette carte est stylisée et n'est pas à l'échelle. Elle ne reflète aucune prise de position de la part de l'UNICEF quant au statut juridique des pays ou territoires, ni quant au tracé de leurs frontières.
Source : MICS 2011.

Carte 4.7 : des taux de prévalence similaires apparaissent au-delà des frontières nationales

Pourcentage de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant subi des MGF/E, par régions dans différents pays



Remarques : cette carte est stylisée et n'est pas à l'échelle. Elle ne reflète aucune prise de position de la part de l'UNICEF quant au statut juridique des pays ou territoires, ni quant au tracé de leurs frontières. Les données infranationales issues du Yémen ne sont pas représentées, en raison des différences entre les régions identifiées par l'EDS et par le logiciel utilisé pour créer cette carte. Le tracé exact de la frontière entre la République du Soudan et la République du Soudan du Sud n'est pas encore défini avec précision.
Sources : EDS, MICS et SHHS, 1997-2011.

régions. Les données issues du Bénin illustrent parfaitement ce phénomène. Le tableau 4.1 montre que la prévalence des MGF/E est plus élevée dans les régions de Borgou (59 %), Alibori (48 %), Donga (48 %) et Atakora (18 %). Ces régions sont peuplées par les Baribas, les Yoas, les Lokpas et les Peuls, des groupes ethniques qui présentent des taux de prévalence parmi les plus élevés au Bénin.

Dans de nombreuses régions, la signification et la force des MGF/E sont étroitement liées à l'identité ethnique. Ce lien soulève une question fondamentale : quel est le rôle de l'origine ethnique dans le maintien des MGF/E ? Lorsqu'il existe un lien étroit entre les MGF/E et l'origine ethnique, des attentes réciproques peuvent favoriser le maintien de ces pratiques. Dans ce cas, l'origine ethnique peut nous renseigner sur des normes partagées concernant l'aptitude au mariage, la retenue sexuelle, le statut de personne ou d'autres valeurs communes. Par exemple, dans la corne de l'Afrique, dans certains pays d'Afrique du Nord et dans d'autres régions, les MGF/E symbolisent des valeurs communes liées à l'honneur et à la pudeur. Dans de nombreuses sociétés d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique de l'Est, les MGF/E jouent un rôle déterminant dans la définition du statut de personne, car elles font partie des rites de passage à l'âge adulte. Fuambai Ahmadu, anthropologue américaine originaire de Sierra Leone, affirme que si elle avait refusé de se plier aux rites d'initiation à la société secrète féminine, qui se traduisent par une excision, sa famille élargie l'aurait reléguée au statut d'enfant pour le restant de sa vie[83]. Même dans les régions où le lien entre les MGF/E et les rites d'initiation s'est affaibli, ces pratiques demeurent un important marqueur physique d'appartenance. Elles sont étroitement liées à des valeurs partagées telles que la retenue sexuelle ou le respect des anciens[84].

Les classifications ethniques sont loin d'être statiques et souvent trop complexes pour être résumées par de simples mesures. Par conséquent, les données issues des enquêtes ne permettent pas toujours d'identifier l'origine ethnique. Les processus constants de migration, de brassage ethnique et de changement social, économique et politique, peuvent faire

Tableau 4.1 : le taux de prévalence dans une zone géographique peut s'expliquer par la présence de certains groupes ethniques

Pourcentage de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant subi des MGF/E au Bénin, par région et par origine ethnique

Région	Pourcentage de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant subi des MGF/E
Alibori	48
Atakora	18
Atlantique	1
Borgou	59
Collines	11
Couffo	0,1
Donga	48
Littoral	2
Mono	0,1
Ouémé	1
Plateau	3
Zou	0,3

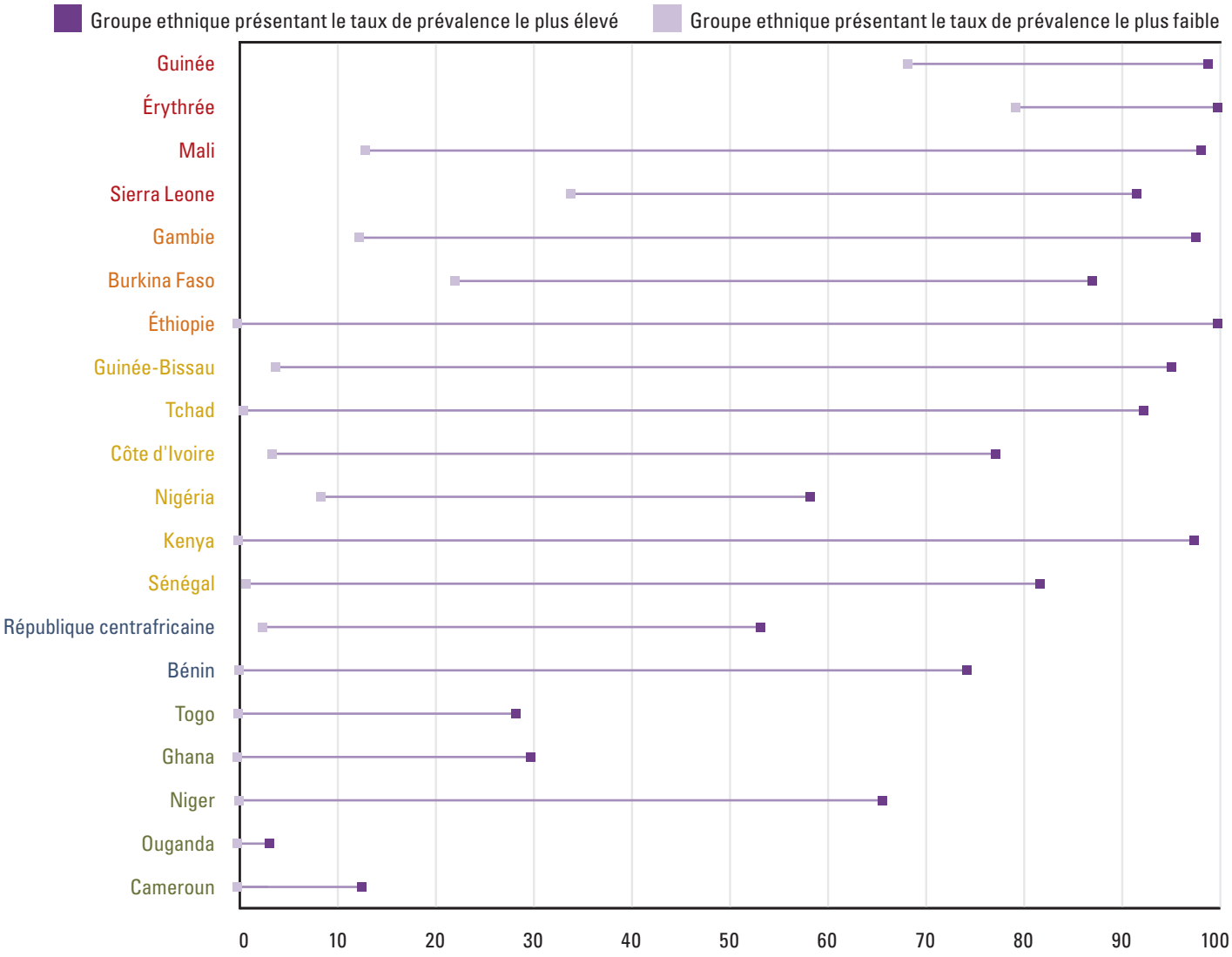
Groupe ethnique	Pourcentage de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant subi des MGF/E
Aja	0,2
Autre	24
Autres nationalités	12
Bariba	74
Betammaribe	4
Dendi	16
Fon	0,2
Peul	72
Yoa et Lokpa	53
Yoruba	10

Source : EDS 2006.

évoluer la définition de l'origine ethnique, voire contribuer à la diffusion des MGF/E. Par exemple, dans la société de classes du Soudan, Ellen Gruenbaum estime que les MGF/E peuvent être un important marqueur d'appartenance à un groupe ethnique privilégié, ce qui a parfois contribué à la diffusion de ces pratiques au sein de groupes plus défavorisés, dans le cadre d'une stratégie d'assimilation[85]. Il est par ailleurs difficile d'étudier l'identité ethnique du fait que certains groupes ethniques sont composés de sous-groupes n'ayant pas la même approche de l'excision. Il est d'autant plus difficile de définir l'identité ethnique que, dans certains pays, le mariage interethnique est de plus en plus courant et accepté[86]. De ce fait, il n'existe pas toujours de frontière claire et stable entre les groupes ethniques pratiquants et non pratiquants.

Figure 4.3 : le taux de prévalence des MGF/E varie de manière significative entre les groupes ethniques

Pourcentage de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant subi des MGF/E au sein des groupes ethniques présentant la plus forte et la plus faible prévalence



Remarques : seules les catégories comportant 25 cas non pondérés ou plus sont représentées. Les données pour la Côte d'Ivoire (groupe ethnique présentant la plus forte prévalence), l'Érythrée (groupe ethnique présentant la plus faible prévalence) et l'Éthiopie (groupes ethniques présentant la plus forte et la plus faible prévalence) sont basées sur 25 à 49 cas non pondérés. Les données pour la Guinée-Bissau sont issues de la MICS 2006 et celles concernant le Nigéria sont issues de l'EDS 2008, car il n'existe aucune donnée plus récente sur l'origine ethnique. Les couleurs utilisées pour les noms de pays correspondent à leurs groupes de prévalence, tels qu'ils sont décrits dans l'encadré 4.4, page 27.
Sources : EDS et MICS, 2002-2011.

Les données de la figure 4.3 mettent en évidence la variabilité du taux de MGF/E en fonction de l'origine ethnique, en opposant les groupes à plus forte et à plus faible prévalence dans chaque pays[87]. Dans tous les cas, la prévalence varie de manière substantielle. Dans les deux pays à plus forte prévalence qui disposent de données sur l'origine ethnique, la Guinée et l'Érythrée, la prévalence des MGF/E est globalement élevée, mais l'écart entre les groupes à plus forte et à plus faible prévalence reste important. Tout comme le taux de prévalence varie en fonction des zones géographiques, il semblerait que le facteur relationnel entre en ligne de compte et que des facteurs sociaux ou autres favorisent le maintien de ces pratiques au sein du groupe ethnique.

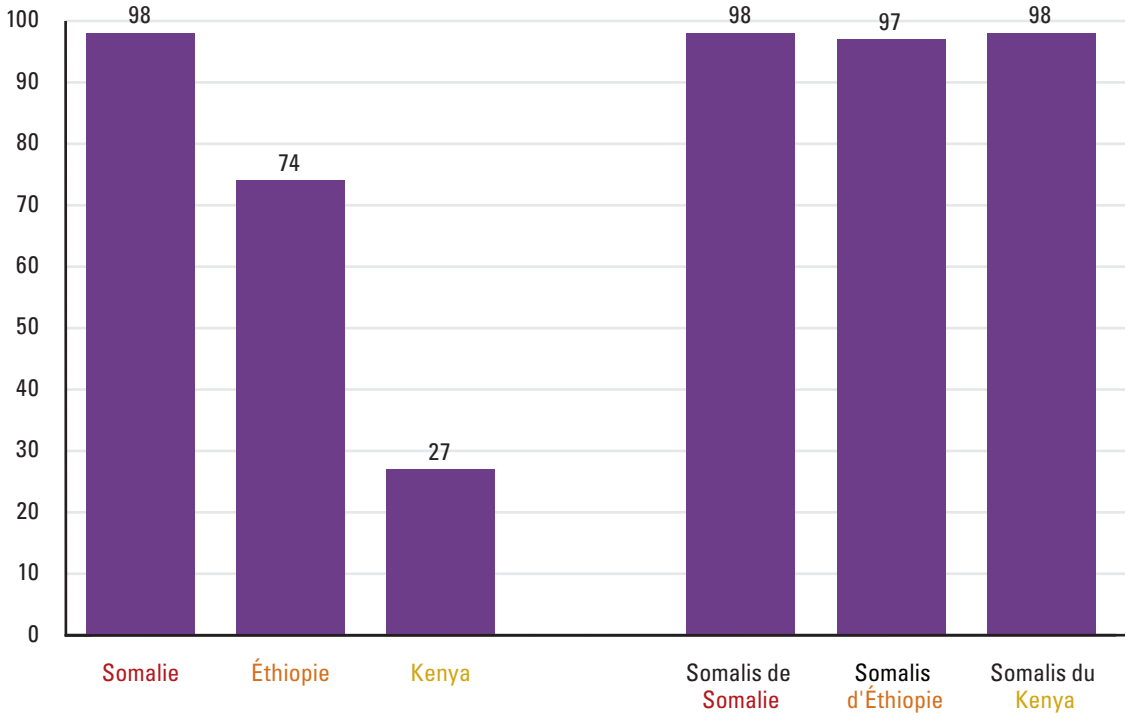
Bien souvent, les membres d'un groupe ethnique donné respectent les mêmes normes sociales, notamment en matière d'excision, quel que soit l'endroit où ils vivent. En réalité, les frontières nationales séparent souvent des groupes ethniques qui partagent les mêmes attentes sociales en matière d'excision. En Somalie, par exemple, où il existe relativement peu de variations liées à l'origine ethnique, la pratique de l'excision est quasiment universelle. La prévalence des MGF/E chez les Somalis vivant en Éthiopie et au Kenya est plus proche de la prévalence nationale en Somalie que dans ces pays voisins *(voir la figure 4.4)*.

L'inverse peut également se produire. Dans certains cas, les membres d'un groupe ethnique donné ont tendance à suivre différentes normes sociales, notamment en matière d'excision, en fonction de l'endroit où ils vivent. Les Peuls (également appelés Poulars, Fulas, Foulanis ou Foulbés) forment un groupe ethnique disséminé dans plusieurs pays, principalement en Afrique de l'Ouest. La figure 4.5 fait apparaître des taux de prévalence très différents en fonction du pays de résidence.

Si ces conclusions peuvent paraître paradoxales, elles s'expliquent par les attentes sociales qui s'exercent sur les membres d'un groupe ethnique. Par exemple, lorsque les membres d'un groupe ethnique à forte prévalence se trouvent dans une zone à faible prévalence, ils voient moins de personnes pratiquer l'excision et ressentent moins la nécessité de se plier à cette pratique. Ceci peut aboutir à un taux de prévalence inférieur

Figure 4.4 : la prévalence chez les Somalis est élevée, quel que soit leur pays de résidence

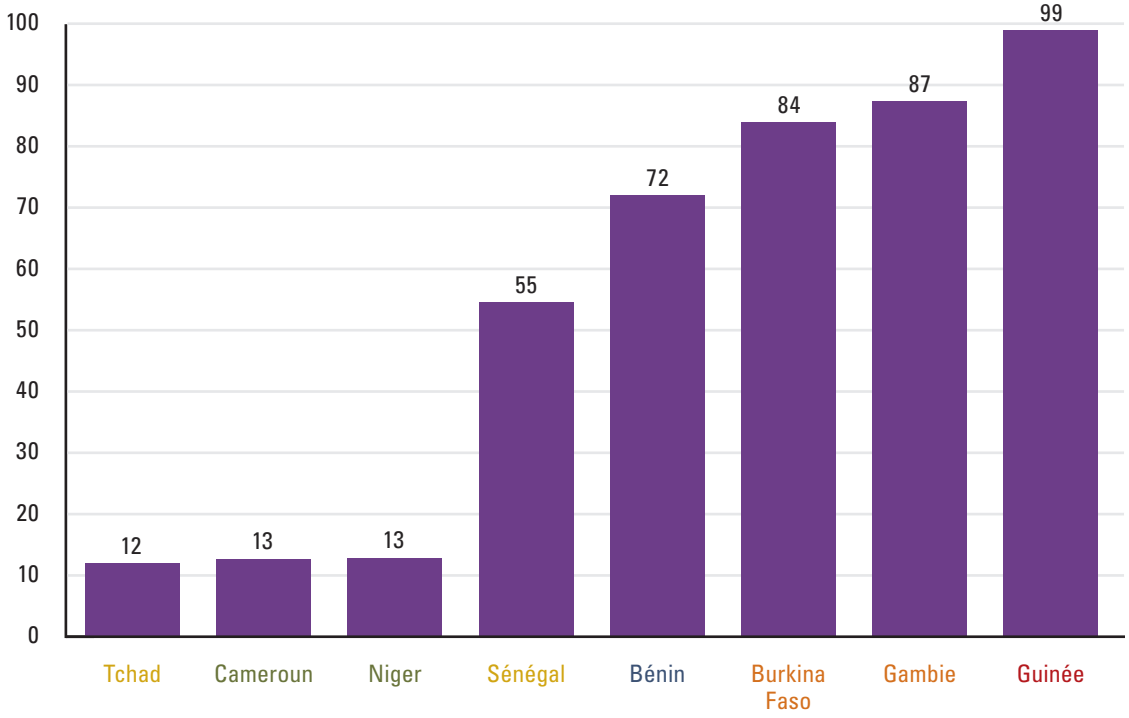
Pourcentage de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant subi des MGF/E en Somalie, en Éthiopie et au Kenya, et parmi les Somalis vivant dans ces trois pays



Remarque : les couleurs utilisées pour les noms de pays correspondent à leurs groupes de prévalence, tels qu'ils sont décrits dans l'encadré 4.4, page 27.
Sources : EDS et MICS, 2005-2009.

Figure 4.5 : la prévalence des MGF/E peut varier entre les membres du même groupe ethnique, en fonction de leur pays de résidence

Pourcentage de filles et de femmes peules âgées de 15 à 49 ans ayant subi des MGF/E, dans différents pays



Remarques : les données concernent les Fulfudes/Peuls au Burkina Faso, les Arabes Choa/Peuls/Maoussas/Kanouris au Cameroun et les Fulas/Tukulors/Lorobos en Gambie. Les couleurs utilisées pour les noms de pays correspondent à leurs groupes de prévalence, tels qu'ils sont décrits dans l'encadré 4.4, page 27.
Sources : EDS et MICS, 2005-2011.

à celui du groupe ethnique dans son ensemble. L'inverse est également vrai : les groupes à faible prévalence peuvent se sentir contraints de pratiquer l'excision dans les régions où elle est répandue. Les données pour le Sénégal illustrent parfaitement ce phénomène *(voir le tableau 4.2)*. Si la prévalence nationale des MGF/E chez les Wolofs est extrêmement faible, les femmes de cette ethnie sont plus ou moins exposées à ces pratiques selon l'endroit où elles vivent : de 0 % dans la région de Diourbel (où les MGF/E sont quasiment inexistantes dans l'ensemble) à 35 % dans la région de Matam (où la prévalence est élevée). De même, la prévalence des MGF/E chez les Peuls est comprise entre 2 % dans la région de Diourbel et 95 % dans les régions de Kédougou et Sédhiou.

MGF/E et autres caractéristiques sociodémographiques

Dans différents contextes, il apparaît que les MGF/E sont liées à d'autres facteurs tels que le lieu de résidence (zone urbaine/rurale), le statut économique ou l'éducation. Si certains liens peuvent exister, il faut les interpréter avec précaution, en tenant compte de l'influence parallèle de l'origine ethnique et d'autres variables. De plus, certaines caractéristiques peuvent se recouper. Les femmes plus instruites, par exemple, ont également plus de chances de vivre en zone urbaine ou au sein de ménages aisés. Néanmoins, cette analyse est un bon point de départ pour savoir si les caractéristiques sociodémographiques sont liées aux normes sociales qui sous-tendent les MGF/E.

Lieu de résidence (zone urbaine/rurale)

On suppose souvent que les MGF/E sont plus présentes dans les zones rurales que dans les zones urbaines, car les communautés rurales fonctionnent souvent en cercle restreint et présentent une diversité culturelle limitée. Dans les communautés quasiment totalement favorables à la perpétuation des MGF/E, il peut être difficile d'échapper aux sanctions sociales liées aux normes qui sont à l'origine de ces pratiques. Les zones urbaines, en revanche, se caractérisent souvent par une plus grande diversité culturelle. Les individus sont plus susceptibles de côtoyer différents groupes de référence, que ce soit au travail, à l'école, sur leur lieu de culte ou chez eux. Lorsque les groupes pratiquants se mêlent aux groupes non pratiquants, les habitants des villes ont plus de chances d'être

Tableau 4.2 : les femmes wolofs et peules sont exposées différemment aux MGF/E, en fonction de la région du Sénégal dans laquelle elles vivent

Pourcentage de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant subi des MGF/E au Sénégal, par région et pour différents groupes ethniques

	Wolofs	Peuls	Prévalence totale des MGF/E
Dakar	0,2	33	20
Ziguinchor	(6)	76	55
Diourbel	0	2	1
Saint-Louis	4	67	40
Tambacounda	17	93	85
Kaolack	0,4	13	6
Thies	0,3	10	4
Louga	0	12	4
Fatick	1	16	7
Kolda	30	92	85
Matam	35	91	87
Kaffrine	1	45	10
Kedougou	*	95	92
Sedhiou	*	95	86
Prévalence totale des MGF/E	1	55	26

Remarques : les astérisques signalent des chiffres basés sur moins de 25 cas non pondérés, qui ont été supprimés. Les données entre parenthèses sont basées sur 25 à 49 cas non pondérés.
Source : EDS/MICS 2010-2011.

en contact avec des filles et des femmes non excisées qui ne souffrent d'aucune sanction négative telle que l'ostracisme. De plus, le fait d'appartenir à plusieurs réseaux sociaux peut réduire l'impact du réseau social d'origine, dont les membres partagent des attentes normatives en faveur de la perpétuation des MGF/E. L'interaction constante avec les membres d'autres réseaux sociaux ne partageant pas ces attentes peut contribuer à faire évoluer les mentalités dans ce domaine.

Il serait inexact de penser qu'il existe un lien direct entre les MGF/E et le lieu de résidence, celui-ci n'étant pas forcément le même au moment de l'excision. Il est possible, par exemple, qu'une femme migre après avoir été excisée. Pour établir un lien potentiel, il est préférable d'examiner la prévalence des MGF/E chez les fillettes, qui sont moins susceptibles de changer de lieu de résidence que les filles et les femmes en âge de procréer. La figure 4.6 compare la prévalence des MGF/E chez les filles vivant en zone rurale et les filles vivant en zone urbaine. Dans certains pays, notamment au Kenya, la prévalence des MGF/E est quatre fois plus élevée dans les zones rurales.

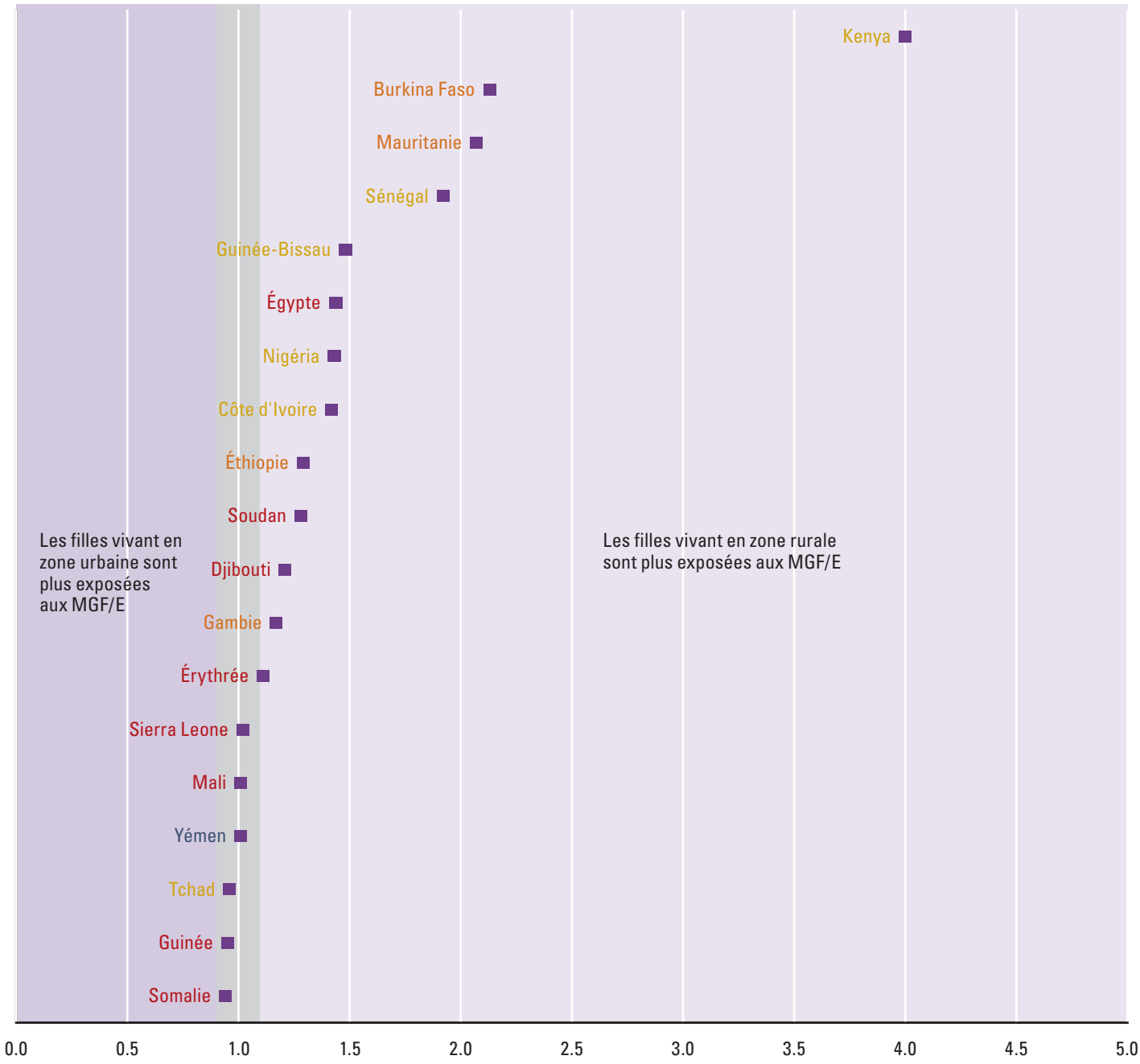
Richesse des ménages

Selon la théorie de la modernisation, l'amélioration du statut économique aurait un impact social majeur, en particulier pour les femmes, et permettrait notamment une diminution des MGF/E. Le développement économique s'accompagne généralement d'une augmentation des échanges commerciaux et des migrations. Il peut en outre affaiblir les structures familiales traditionnelles et permettre aux femmes d'accéder au marché du travail, modifiant ainsi leur rôle socio-économique ainsi que leur dépendance vis-à-vis des MGF/E pour garantir leur avenir par le biais du mariage[88]. Si le développement économique a pour effet de réduire le nombre de familles pratiquant les MGF/E, on peut s'attendre à ce que ces pratiques soient moins répandues chez les filles issues de ménages aisés.

Il est possible de ventiler les données relatives à la prévalence en fonction de la richesse des ménages[89]. Pour ce faire, on utilise un indice de richesse basé sur les actifs des ménages (postes de télévision, voitures, etc.), ainsi que sur leurs condi-

Figure 4.6 : même s'il est impossible d'établir un lien de cause à effet, les MGF/E semblent plus répandues dans les zones rurales

Rapport entre le pourcentage de filles ayant subi des MGF/E et vivant en zone rurale et le pourcentage de filles ayant subi des MGF/E et vivant en zone urbaine (selon les informations fournies par leurs mères)



Remarques : un rapport de 1,0 (0,95 à 1,04, dans la bande grise) indique que la prévalence des MGF/E est équivalente dans les deux groupes. Un point situé à droite de la bande grise indique que les filles vivant en zone rurale sont plus exposées aux MGF/E, tandis qu'un point situé à gauche de cette bande indique que les filles vivant en zone urbaine sont plus concernées par cette intervention. Les pays à très faible prévalence (Bénin, Cameroun, Ghana, Iraq, Niger, Ouganda, République centrafricaine, République-Unie de Tanzanie et Togo) ne sont pas représentés, car les données présentent un certain degré d'incertitude. Les données pour l' Égyptese rapportent à toutes les filles excisées âgées de 0 à 14 ans. Les données pour le Sénégal se rapportent à toutes les filles âgées de 0 à 9 ans ayant subi des MGF/E. Les données pour le Yémen se rapportent aux filles et aux femmes de 15 à 49 ans ayant été mariées au moins une fois et ayant au moins une fille excisée. Les données pour le Burkina Faso, la Gambie, la Mauritanie, le Nigéria, la Sierra Leone et le Soudan se rapportent à toutes les filles excisées âgées de 0 à 14 ans. Les données pour tous les autres pays se rapportent à la fille la plus récemment excisée de mère âgée de 15 à 49 ans ayant au moins une fille excisée. Pour plus d'informations sur les estimations présentées dans ce schéma, voir la note 79. Les couleurs utilisées pour les noms de pays correspondent à leurs groupes de prévalence, tels qu'ils sont décrits dans l'encadré 4.4, page 27.
Sources : EDS, MICS et SHHS, 1997-2011.

tions de vie matérielles (services d'assainissement, accès à l'eau potable, caractéristiques du domicile, etc.). Chaque élément se voit attribuer une pondération et le classement des individus dépend du score total du ménage dans lequel ils vivent. L'indice de richesse des ménages divise la population en quintiles (cinquièmes), allant des plus pauvres aux plus riches. Cette mesure permet de savoir si la prévalence des MGF/E varie entre les secteurs les plus riches et les plus pauvres de la société. Il est cependant difficile d'interpréter ces résultats, car l'indice de richesse peut être celui du domicile conjugal, du domicile parental ou d'un autre lieu de résidence. Les décisions concernant les MGF/E sont majoritairement prises au sein du domicile parental. Pour connaître l'impact de la richesse des ménages sur la pratique de l'excision, il est donc préférable d'examiner la prévalence des MGF/E chez les filles (selon les informations fournies par leurs mères). Dans la plupart des cas, le taux de prévalence est plus faible au sein des ménages relativement plus aisés *(voir la figure 4.7)*. Il semblerait donc que l'amélioration du statut économique entraîne effectivement une diminution de ces pratiques.

Comme pour les autres caractéristiques socio-économiques, ces conclusions impliquent quelques réserves. Le lien entre la pratique de l'excision et la richesse des ménages peut être en partie dû au fait que les ménages les plus aisés ont tendance à être mieux informés sur les MGF/E et à côtoyer plus de personnes ne pratiquant pas l'excision.

Éducation

On pense souvent que l'éducation a un impact sur les MGF/E. Le lien présumé entre la pratique de l'excision et le niveau d'éducation des filles et des femmes est le suivant : les femmes instruites seraient moins enclines à faire exciser leurs filles. On peut supposer qu'à l'école, les filles tissent des liens sociaux avec des pairs et des enseignants s'opposant à cette pratique. Elles s'identifient alors à un groupe de référence dans lequel les personnes qui ne pratiquent pas l'excision ne s'exposent à aucune sanction normative. Les structures éducatives peuvent également favoriser le débat et offrir un environnement social propice à l'émergence d'idées nouvelles. Les femmes instruites sont souvent plus exposées aux programmes d'intervention, aux messages médiatiques et au discours international dénonçant les MGF/E, ce qui peut les détourner de ces pratiques.

Les mutilations génitales sont généralement pratiquées bien avant que les filles ne terminent leurs études[90]. Leur niveau d'éducation n'a donc aucune influence sur le fait qu'elles soient ou non excisées. De plus, les filles ne participent généralement pas à la prise de décision concernant leur propre excision. Pour analyser le lien entre le niveau d'éducation et la pratique de l'excision, il est donc préférable de se concentrer sur les décisions auxquelles les femmes sont susceptibles de participer, à savoir l'excision de leurs filles.

© UNICEF/NYHQ2010-1836/Noorani

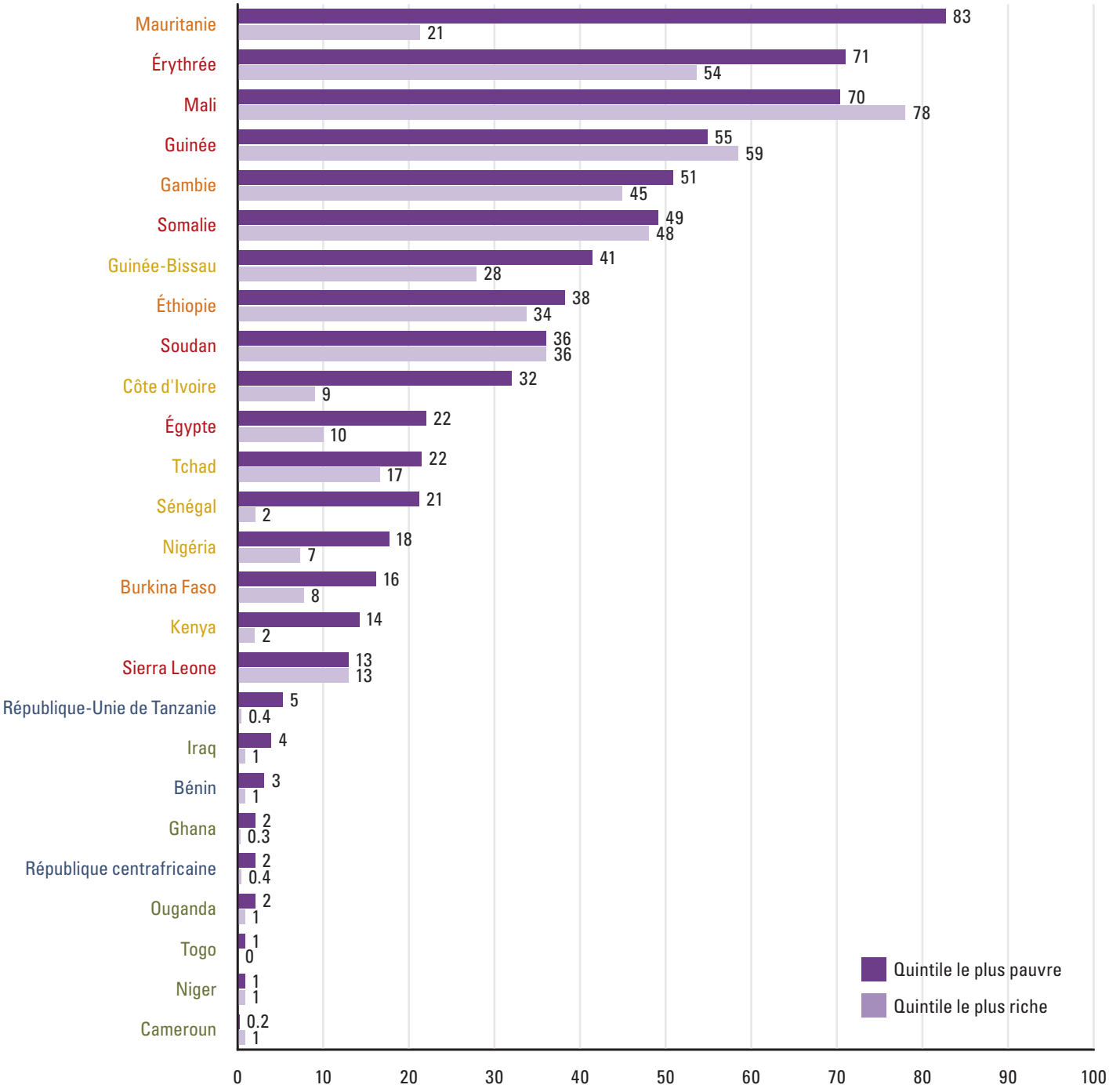
Boke, 12 ans, se tient à l'entrée de la maison qu'elle partage avec son mari et sa belle-mère à Rebu, un village du district de Tarime, dans la région de Mara, en République-Unie de Tanzanie. Boke a été excisée il y a quelques mois.

Pour savoir si les femmes plus instruites sont effectivement moins enclines à faire exciser leurs filles, on examine la prévalence des MGF/E chez les filles en fonction du niveau d'éducation de leurs mères. Les femmes plus instruites étant plus susceptibles d'être jeunes, aisées, de vivre en zone urbaine et d'avoir des filles plus jeunes, il faut interpréter les résultats obtenus avec précaution, car d'autres facteurs peuvent entrer en ligne de compte.

Que ce soit dans les pays à faible ou à forte prévalence, il apparaît que la prévalence des MGF/E est généralement plus élevée chez les filles de femmes non instruites et qu'elle a tendance à diminuer de manière significative lorsque le niveau d'éducation de la mère augmente *(voir la figure 4.8)*. Même lorsque les femmes ont peu d'occasions d'échanger avec des personnes issues de groupes ne pratiquant pas l'excision, l'éducation semble donc jouer un rôle majeur en faisant évoluer les attentes normatives dans le domaine des MGF/E et en favorisant l'abandon de ces pratiques.

Figure 4.7 : dans la plupart des pays, la prévalence des MGF/E est plus faible chez les filles issues des ménages les plus aisés

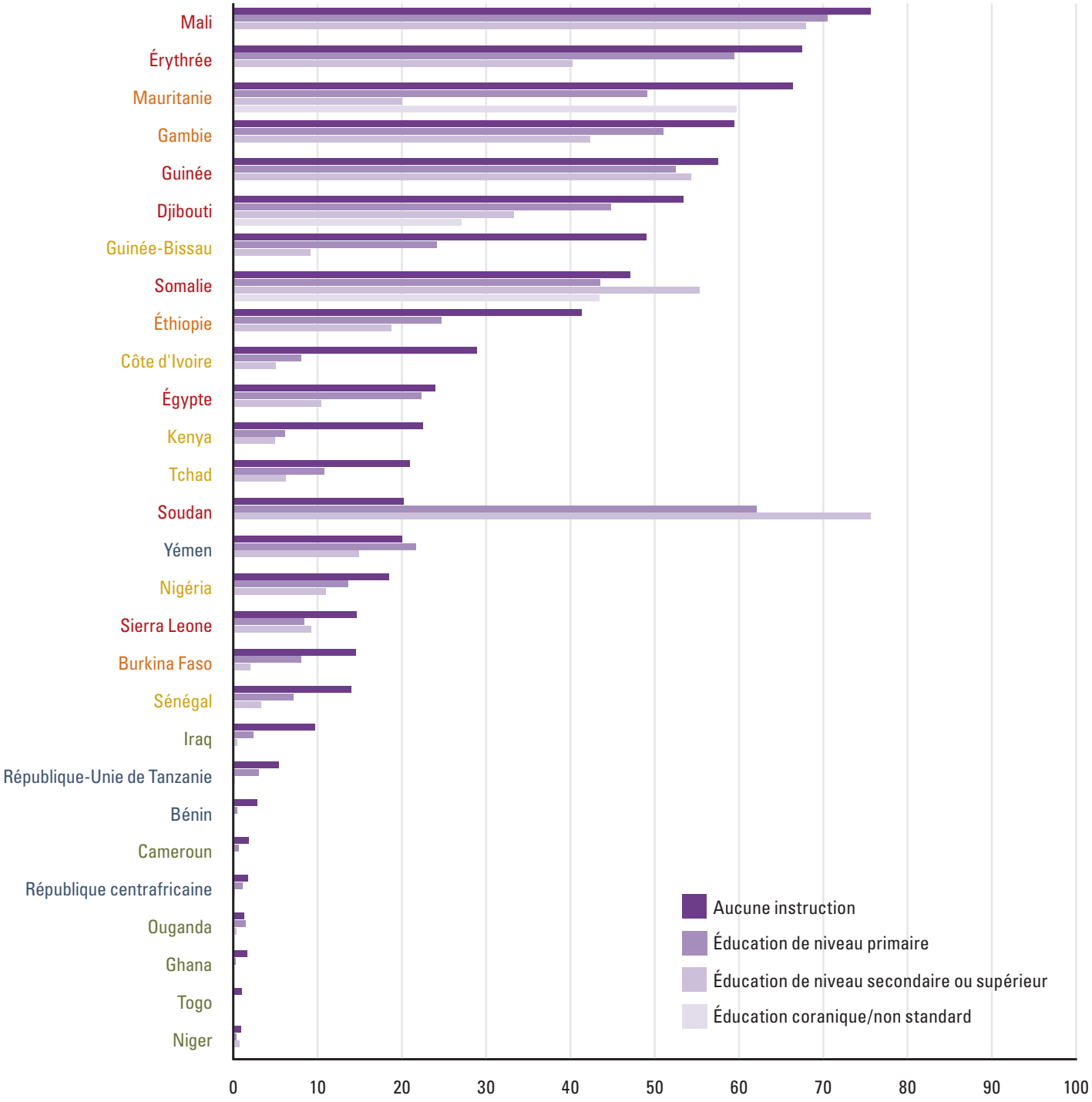
Pourcentage de filles ayant subi des MGF/E (selon les informations fournies par leurs mères), au sein du quintile le plus pauvre et du quintile le plus riche



Remarques : Les données pour l'Égypte se rapportent à toutes les filles excisées âgées de 0 à 14 ans. Les données pour le Sénégal se rapportent à toutes les filles âgées de 0 à 9 ans ayant subi des MGF/E. Les données pour l'Iraq se rapportent à toutes les filles et les femmes de 15 à 49 ans ayant été mariées au moins une fois et ayant au moins une fille excisée. Les données pour le Burkina Faso, la Gambie, le Ghana, la Mauritanie, le Nigéria, l'Ouganda, la République centrafricaine, la Sierra Leone, le Soudan et le Togo se rapportent à toutes les filles excisées âgées de 0 à 14 ans. Les données pour tous les autres pays se réfèrent à la fille la plus récemment excisée de mère âgée de 15 à 49 ans ayant au moins une fille excisée. Pour plus d'informations sur les estimations présentées dans ce schéma, voir la note 79. Les couleurs utilisées pour les noms de pays correspondent à leurs groupes de prévalence, tels qu'ils sont décrits dans l'encadré 4.4, page 27.
Sources : EDS, MICS et SHHS, 1997-2011.

Figure 4.8 : les filles de femmes non instruites sont beaucoup plus exposées aux MGF/E, sauf au Soudan et en Somalie

Pourcentage de filles ayant subi des MGF/E (selon les informations fournies par leurs mères), en fonction du niveau d'éducation des mères



Remarques : pour l'Égypte, les données concernent toutes les filles excisées âgées de 0 à 14 ans. Les données pour le Sénégal se rapportent à toutes les filles âgées de 0 à 9 ans ayant subi des MGF/E. Les données pour l'Iraq et le Yémen se rapportent à toutes les filles et les femmes de 15 à 49 ans ayant été mariées au moins une fois et ayant au moins une fille excisée. Les données pour le Burkina Faso, la Gambie, le Ghana, la Mauritanie, le Nigéria, l'Ouganda, la République centrafricaine, la Sierra Leone, le Soudan et le Togo se rapportent àtoutes les filles excisées âgées de 0 à 14 ans. Les données pour tous les autres pays se réfèrent à la fille la plus récemment excisée de mère âgée de 15 à 49 ans ayant au moins une fille excisée. Pour plus d'informations sur les estimations présentées dans ce schéma, voir la note 79. Les couleurs utilisées pour les noms de pays correspondent à leurs groupes de prévalence, tels qu'ils sont décrits dans l'encadré 4.4, page 27.
Sources : EDS, MICS et SHHS, 1997-2011.

5. Quand et comment les MGF/E sont-elles pratiquées ?

© UNICEF/NYHQ2009-1475/Holt

De nombreuses publications indiquent que l'âge au moment de l'excision et le type de MGF/E pratiquées varient d'un pays et d'un groupe de population à l'autre. Différentes enquêtes ont permis de recueillir des informations sur le type de MGF/E pratiquées, les personnes pratiquant ces interventions et l'âge au moment de l'excision. Que nous indiquent-elles sur les circonstances entourant ces pratiques ?

Praticien(ne)s

Quasiment toutes les enquêtes portant sur les MGF/E recueillent des informations sur la personne ayant pratiqué l'intervention[91]. Dans ces enquêtes, les exciseurs sont divisés en deux catégories : les praticien(ne)s traditionnel(le)s (exciseuses traditionnelles, accoucheuses traditionnelles et, souvent, femmes plus âgées) et le personnel de santé (médecins, personnel infirmier, sages-femmes professionnelles ou autres agents de santé professionnels). Le personnel de santé est naturellement plus susceptible de pratiquer les MGF/E dans les pays ou régions bénéficiant d'une couverture médicale. On peut également supposer que les familles qui s'adressent au

Encadré 5.1 : évaluation des conséquences des MGF/E sur la santé

De nombreuses publications font état des conséquences sanitaires néfastes des MGF/E à court et à long terme. Parmi les complications immédiates figurent les hémorragies, les cicatrisations lentes ou incomplètes et les infections[92]. Les conséquences à long terme sont plus difficiles à identifier, mais peuvent inclure des lésions au niveau des organes adjacents, des problèmes de stérilité, des infections récurrentes du tractus urinaire, la formation de kystes dermoïdes, voire le décès de la personne excisée[93]. Des complications peuvent également survenir lors de l'accouchement, entraînant un recours plus fréquent aux césariennes et des saignements abondants.

Pendant des années, les meilleures informations disponibles sur la fréquence des conséquences sanitaires des MGF/E ont été issues d'enquêtes de grande envergure menées auprès de la population. C'est dans cet esprit que les premières EDS ont interrogé les femmes sur les complications sanitaires liées aux MGF/E. Plusieurs facteurs limitent cependant les conclusions qui peuvent être tirées des informations auto-déclarées par les femmes. Premièrement, les informations rétrospectives auto-déclarées sont biaisées du fait qu'elles concernent uniquement les femmes qui ont survécu aux MGF/E. Par ailleurs, les femmes peuvent être dans l'impossibilité de se souvenir de cette expérience, notamment de ses conséquences sanitaires néfastes, si l'intervention a été pratiquée dans leur petite enfance[94]. C'est pourquoi de nombreuses enquêtes s'intéressent également aux conséquences sanitaires des MGF/E chez les filles de ces femmes. Les femmes doivent indiquer si leurs filles ont souffert de symptômes tels que des saignements abondants, des difficultés à uriner, des gonflements ou des douleurs suite à l'excision. Même si cette méthode limite les erreurs de mémoire et le biais de sélection, l'interprétation des données reste problématique. On demande aux femmes de déterminer si les MGF/E sont à l'origine de certains problèmes de santé, qui peuvent être liés à d'autres facteurs[95]. En outre, les femmes n'associent pas forcément ces problèmes de santé aux MGF/E et peuvent les attribuer à d'autres causes.

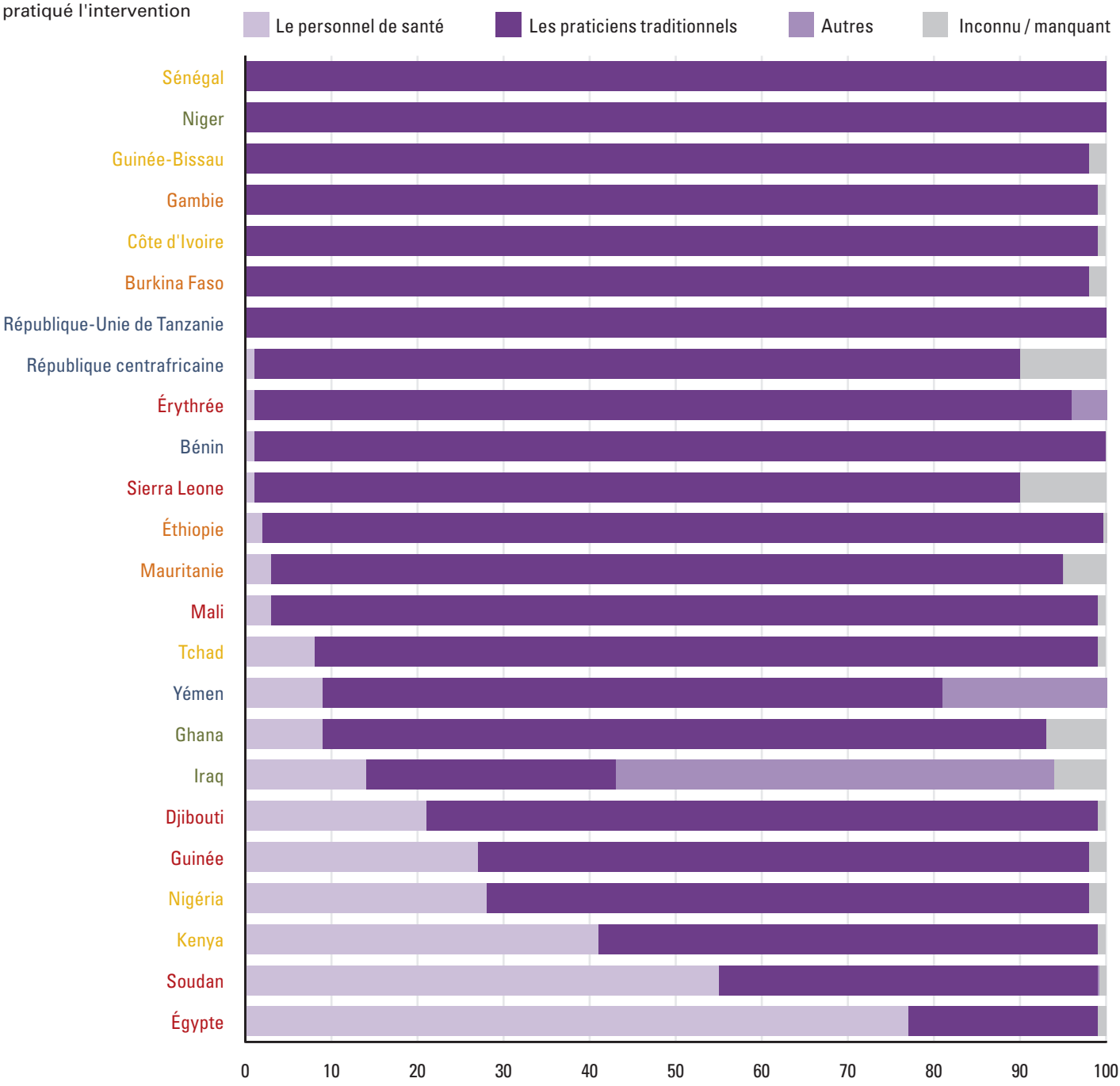
Dans les groupes à forte prévalence, certaines conséquences courantes peuvent être considérées comme « normales » et ne pas être attribuées aux MGF/E. Le fait de demander aux femmes de déterminer si certains problèmes de santé sont anormaux ou excessifs introduit également une certaine ambiguïté[96]. Par exemple, Hanny Lightfoot-Klein a rencontré une femme qui mettait jusqu'à 15 minutes pour vider sa vessie et qui considérait que cette situation était normale[97]. Au sein des communautés où toutes les femmes sont infibulées, ceci n'est pas forcément perçu et signalé comme une « difficulté à uriner ». Pour toutes ces raisons, demander des informations directement aux femmes est de moins en moins considéré comme une méthode adaptée permettant d'obtenir des données fiables sur les risques sanitaires liés aux MGF/E. Plusieurs enquêtes en milieu hospitalier[98] et études épidémiologiques[99] ont permis d'obtenir une meilleure vision des dimensions sanitaires de ces pratiques néfastes.

personnel de santé espèrent ainsi éviter certains risques sanitaires associés à ces pratiques *(voir l'encadré 5.1)*.

La figure 5.1 illustre le pourcentage de filles ayant subi des Pas de césure, en fonction de la personne ayant pratiqué l'intervention (selon les enquêtes les plus récentes). Dans la plupart des pays, les MGF/E sont généralement pratiquées par des praticien(ne)s traditionnel(le)s, plus précisément par des exciseuses traditionnelles. En revanche, dans certains pays tels que l'Égypte, le Soudan ou le Kenya, cette intervention est souvent pratiquée par des professionnels de santé. Ce phénomène est particulièrement marqué en Égypte, où les mères indiquent que trois filles sur quatre (77 % des cas) ont été excisées par un professionnel de santé. En Égypte, il s'agit généralement d'un médecin. Cette situation est unique en son genre. Dans la plupart des pays où le personnel de santé participe de manière significative aux MGF/E, ce sont le personnel infirmier, les sages-femmes ou d'autres agents de santé formés qui pratiquent l'excision *(voir la figure 5.2)*.

Figure 5.1 : dans quasiment tous les pays étudiés, les praticien(ne)s traditionnel(le)s se chargent des MGF/E

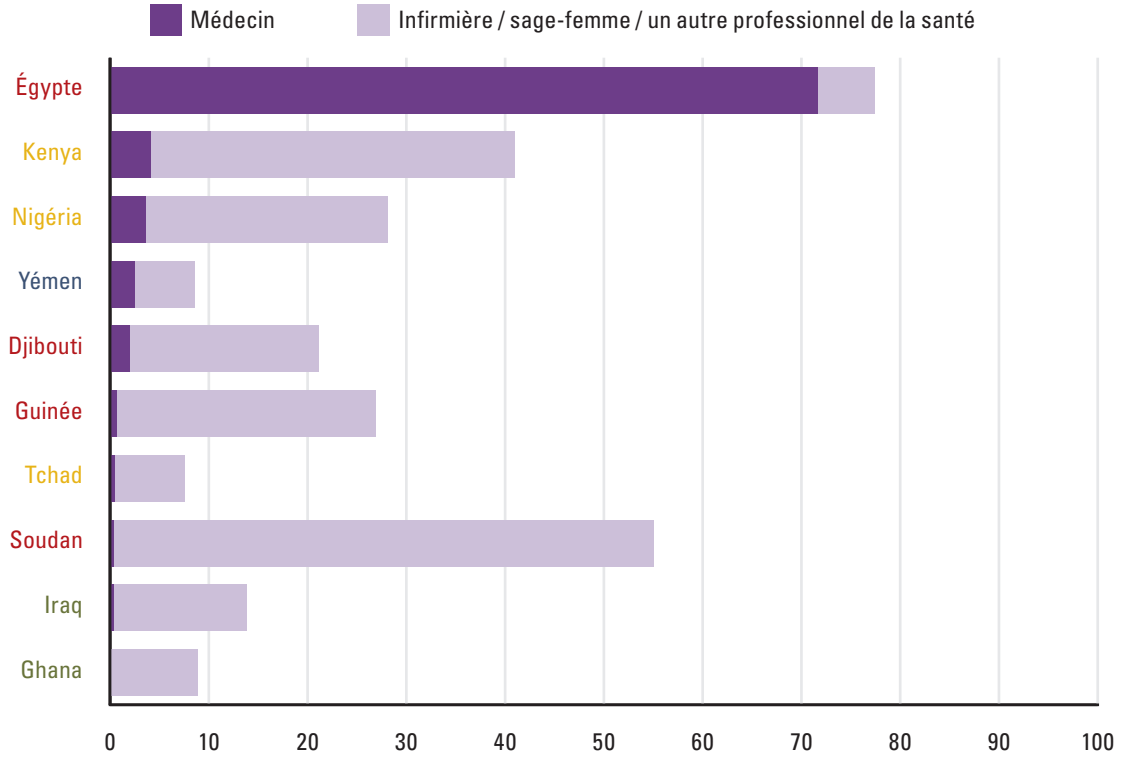
Répartition (en %) des filles ayant subi des MGF/E (selon les informations fourniers par leurs mères), en fonction de la personne ayant pratiqué l'intervention



Remarques : le terme « personnel de santé » fait référence aux médecins, au personnel infirmier, aux sages-femmes et aux autres agents de santé. Le terme « praticien(ne)s traditionnel(le)s » désigne les exciseuses traditionnelles, les accoucheuses traditionnelles, les sages-femmes traditionnelles et les autres types de praticien(ne)s traditionnel(le)s. En Égypte, les praticien(ne)s traditionnel(le)s comprennent également les dayas, ghagarias et barbiers. Au Yémen, les praticien(ne)s traditionnel(le)s désignent également *les dayas* et *les barbiers, et la catégorie « autres » désigne les catégories « autres » et « grand-mère/membre de la famille ».* Les données pour l'Égypte se rapportent à toutes les filles excisées âgées de 0 à 17 ans. Pour l'Iraq, la catégorie « autres praticien(ne)s traditionnel(le)s » désigne la catégorie « grand-mère/accoucheuse traditionnelle (non qualifiée) » et la catégorie « autres » désigne les catégories « autres » et « famille/ami(e) ». Les données pour le Sénégal se rapportent à toutes les filles excisées âgées de 0 à 9 ans. Les données pour l'Iraq et le Yémen se rapportent à toutes les filles et les femmes de 15 à 49 ans ayant été mariées au moins une fois et ayant au moins une fille excisée. Les données pour le Burkina Faso, la Gambie, le Ghana, la Mauritanie, le Nigéria, la République centrafricaine, la Sierra Leone et le Soudan se rapportent à toutes les filles excisées âgées de 0 à 14 ans. Les données pour tous les autres pays se réfèrent à la fille la plus récemment excisée de mère âgée de 15 à 49 ans ayant au moins une fille excisée. Les données pour le Cameroun et le Togo ne sont pas présentées, car elles sont basées sur moins de 25 cas non pondérés. Les couleurs utilisées pour les noms de pays correspondent à leurs groupes de prévalence, tels qu'ils sont décrits dans l'encadré 4.4, page 27.
Sources : EDS, MICS et SHHS, 1997-2011.

Figure 5.2 : en Égypte, les médecins pratiquent plus de MGF/E que les autres agents de santé

Pourcentage de filles ayant subi des MGF/E (selon les informations fourniers par leurs mères), en fonction de l'agent de santé ayant pratiqué l'intervention



Remarques : cette figure représente uniquement les pays où au moins 5 % des filles sont excisées par un professionnel de santé. Les données pour l'Égypte se rapportent à toutes les filles excisées âgées de 0 à 17 ans. Les données pour le Nigéria et le Soudan se rapportent à toutes les filles excisées âgées de 0 à 14 ans. Les données pour l'Iraq et le Yémen se rapportent à toutes les filles et les femmes de 15 à 49 ans ayant été mariées au moins une fois et ayant au moins une fille excisée. Les données pour tous les autres pays se réfèrent à la fille la plus récemment excisée de mère âgée de 15 à 49 ans ayant au moins une fille excisée. Les chiffres ayant été arrondis, les données présentées dans ce schéma diffèrent légèrement de celles qui apparaissent dans la figure 5.1. Les couleurs utilisées pour les noms de pays correspondent à leurs groupes de prévalence, tels qu'ils sont décrits dans l'encadré 4.4, page 27.
Sources : EDS, MICS et SHHS, 1997-2011.

Circonstances et instruments utilisés

Certaines enquêtes plus anciennes interrogent les mères sur d'autres aspects de l'excision de leurs filles, notamment le lieu de l'intervention, l'instrument utilisé et l'anesthésie pratiquée, le cas échéant. En ce qui concerne le lieu, la plupart des mères indiquent que la procédure a été menée à domicile *(voir le tableau 5.1)*. En Égypte, environ un tiers des interventions ont eu lieu dans le cabinet d'un médecin, à l'hôpital ou dans une clinique. Cependant, si l'on compare ce chiffre avec la proportion de filles excisées par un agent de santé (61 % en 2000), on constate que près de la moitié des interventions pratiquées par un agent de santé l'ont été en dehors de tout établissement de santé, plus précisément à domicile. Dans la plupart des cas, en Égypte, l'excision a été pratiquée à l'aide d'une lame ou d'un rasoir et une fille sur quatre n'a bénéficié d'aucune anesthésie. Il est logique de penser que cette proportion est bien plus élevée dans les pays où l'excision est essentiellement pratiquée par des exciseuses traditionnelles.

Type de MGF/E pratiquées

Le tableau 5.2 montre les différents types de MGF/E subies par les filles[100]. Dans la plupart des pays disposant de données, les mères indiquent généralement que leurs filles ont subi une excision avec ablation des tissus. Plus d'une fille sur cinq a subi la forme de MGF/E la plus invasive (suture des organes génitaux) en Somalie, en Érythrée, au Niger, à Djibouti et au Sénégal. Dans au moins 10 % des cas en Sierra Leone, en Mauritanie et au Mali, le type de MGF/E n'a pu être identifié, ce qui peut s'expliquer par l'existence de formes ne correspondant à aucune des catégories répertoriées dans le questionnaire *(voir l'encadré 5.2)*.

Les données relatives aux filles montrent éga-

Tableau 5.1 : la plupart des MGF/E sont pratiquées à domicile, à l'aide d'une lame ou d'un rasoir

Répartition (en %) des filles ayant subi des MGF/E (selon les informations fourniers par leurs mères), en fonction du lieu de l'intervention, de l'instrument utilisé et de l'anesthésie pratiquée, le cas échéant

	Égypte	Kenya	Yémen
Lieu de l'intervention			
À domicile	65	46	97
Clinique/cabinet privé	28	n/d	3
Clinique/hôpital public	5	n/d	n/d
Domicile d'un parent/voisin	2	18	n/d
Échoppe de barbier	0	n/d	n/d
Domicile du praticien	n/d	26	n/d
Autre	n/d	9	n/d
Données inconnues/manquantes	0	2	0,1
Instrument utilisé			
Lame/rasoir	40	74	75
Scalpel	39	7	1
Ciseaux	5	n/d	21
Données inconnues/manquantes	16	9	3
Autre	n/d	3	0,3
Couteau	n/d	8	n/d
Anesthésie			
Locale	60	n/d	n/d
Générale	13	n/d	n/d
Aucune	25	n/d	n/d
Données inconnues/manquantes	2	n/d	n/d

Remarques : n/d = données non disponibles. Les données pour l'Égypte se rapportent à la fille la plus récemment excisée de mère âgée de 15 à 49 ans ayant au moins une fille excisée ; les informations relatives au lieu de l'intervention sont issues de l'EDS 2000, tandis que les informations relatives à l'instrument et à l'anesthésie sont issues de l'EDS 1995. Les données pour le Kenya se rapportent à la fille aînée de mère âgée de 15 à 49 ans ayant au moins une fille excisée. Les données pour le Yémen se rapportent aux filles et aux femmes de 15 à 49 ans ayant été mariées au moins une fois et ayant au moins une fille excisée. Les chiffres ayant été arrondis, les données présentées dans ce tableau ne donnent pas toujours un total de 100 %. Les couleurs utilisées pour les noms de pays correspondent à leurs groupes de prévalence, tels qu'ils sont décrits dans l'encadré 4.4, page 27.
Sources : EDS 1995-2000.

lement que le type d'intervention pratiquée est lié à l'origine ethnique. En Érythrée, par exemple, toutes les filles d'origine Hedarib ont subi une ablation occlusive, contre 2 % des filles tigréennes *(voir le tableau 5.3)*.

Âge au moment de l'excision

Les données relatives à l'âge au moment de l'excision permettent de comprendre à quelle période les filles sont le plus exposées. Les EDS et les MICS permettent de recueillir des informations régulières sur l'âge des femmes interrogées et de leurs filles au moment de l'excision[101]. Comme pour toutes les questions liées aux circonstances entourant les MGF/E, le biais de mémoire et la précision des données sur l'âge peuvent poser problème *(voir l'encadré 5.3)*.

La figure 5.3 illustre la répartition en pourcentage

Tableau 5.2 : la plupart des filles excisées ont subi une ablation des tissus

Répartition (en %) des filles ayant subi des MGF/E (selon les informations fourniers par leurs mères), en fonction du type d'intervention

Pays	Type de MGF/E			
	Excision sans ablation des tissus/entaille	Excision avec ablation des tissus	Ablation occlusive	Type non déterminé/ incertain/inconnu
Bénin	2	95	2	1
Burkina Faso	n/d	n/d	1	n/d
République centrafricaine	24	61	6	9
Tchad	9	81	8	2
Côte d'Ivoire	7	82	6	5
Djibouti	15	53	30	3
Égypte	n/d	n/d	2	1
Érythrée	52	6	38	4
Éthiopie	n/d	n/d	4	n/d
Gambie	0	86	12	1
Ghana	8	68	17	7
Guinée	2	85	10	2
Guinée-Bissau	0	88	10	2
Kenya	3	79	17	1
Mali	16	71	3	11
Mauritanie	6	80	n/d	14
Niger	0	63	35	2
Nigéria	16	69	6	9
Sénégal	n/d	n/d	21	n/d
Sierra Leone	1	70	12	17
Somalie	5	25	63	7
République-Unie de Tanzanie	1	98	2	n/d

Remarques : n/d = données non disponibles. Les données pour le Sénégal se rapportent à toutes les filles excisées âgées de 0 à 9 ans. Les données pour le Burkina Faso, la Gambie, le Ghana, la Mauritanie, le Nigéria, la République centrafricaine et la Sierra Leone se rapportent à toutes les filles excisées âgées de 0 à 14 ans. Les données pour tous les autres pays se réfèrent à la fille la plus récemment excisée de mère âgée de 15 à 49 ans ayant au moins une fille excisée. Les enquêtes menées au Burkina Faso, en Égypte, en Éthiopie et au Sénégal opèrent seulement une distinction entre l'infibulation et les autres formes de MGF/E. Aucune question n'a porté sur le type de MGF/E dans les plus récentes enquêtes en Égypte (2000, 2003, 2005 et 2008). Les données pour le Cameroun et le Togo ne sont pas présentées, car elles sont basées sur moins de 25 cas non pondérés. Les chiffres ayant été arrondis, les données présentées dans ce tableau ne donnent pas toujours un total de 100 %. Les couleurs utilisées pour les noms de pays correspondent à leurs groupes de prévalence, tels qu'ils sont décrits dans l'encadré 4.4, page 27.
Sources : EDS et MICS, 1995-2011.

des filles excisées, selon leur âge au moment de l'excision. L'âge auquel une forte proportion de filles subissent des MGF/E varie considérablement d'un pays à l'autre. Au moins 80 % des filles excisées l'ont été entre l'âge de 5 et 14 ans en Somalie, en Égypte, au Tchad et en République centrafricaine, tandis que plus de 80 % des filles excisées l'ont été avant leur cinquième anniversaire dans des pays tels que le Nigéria, le Mali, l'Érythrée, le Ghana ou la Mauritanie. Près de 18 % des filles excisées l'ont été après l'âge de 15 ans en Guinée-Bissau, tandis que 46 % des filles ont été excisées après l'âge de 9 ans au Kenya. Dans l'ensemble, on observe des schémas similaires chez les filles âgées de 15 à 19 ans *(voir les tableaux statistiques)*.

Encadré 5.2 : stratégies utilisées pour recueillir des informations sur le type de MGF/E pratiquées

Les MICS et les EDS ont utilisé différentes méthodes pour connaître le type d'excision pratiquée. Il y a quelques années, de nombreuses EDS classaient les MGF/E en trois catégories : *clitoridectomie, excision* et *infibulation*. Néanmoins, ces catégories ne correspondaient pas toujours à la terminologie locale utilisée pour décrire les différents types de MGF/E. Les personnes interrogées avaient donc des difficultés à les différencier clairement. Pour pallier ce problème, l'EDS menée en 1998 au Niger a demandé aux personnes interrogées d'utiliser leurs propres mots pour désigner ces pratiques. Un spécialiste local a ensuite été chargé de les regrouper dans les catégories couramment utilisées : *clitoridectomie, excision, infibulation* et *autre*. La validité de cette approche reste cependant controversée, car les personnes interrogées ont utilisé plus de 50 termes différents pour décrire ces pratiques. Il est par ailleurs difficile de savoir si les personnes interrogées comprennent bien les questions portant sur les principaux types de MGF/E. Les études ayant comparé les informations auto-déclarées avec les signes cliniques d'excision font également état de taux de concordance variables, les femmes ayant tendance à sous-estimer plutôt qu'à surestimer l'étendue des mutilations subies[102].

Les MICS et EDS les plus récentes classent les types de MGF/E en quatre grandes catégories : 1) *excision sans ablation des tissus*, 2) *excision avec ablation des tissus*, 3) *ablation occlusive* et 4) *type non déterminé/incertain/inconnu*. Ces catégories ne correspondent pas exactement à la typologie de l'OMS. *L'excision sans ablation des tissus* désigne une pratique connue sous le nom de ponction ou d'entaille, ce qui correspond actuellement au type IV. *L'excision avec ablation des tissus* correspond à la fois au type I (clitoridectomie) et au type II (excision). Enfin, *l'ablation occlusive* correspond au type III (infibulation).

Tableau 5.3 : le type de MGF/E pratiquées est lié à l'origine ethnique

Répartition (en %) des filles ayant subi des MGF/E en Érythrée (selon les informations fourniers par leurs mères), en fonction du type d'intervention et de l'origine ethnique

Groupe ethnique	Excision sans ablation des tissus/entaille	Excision avec ablation des tissus	Ablation occlusive	Type non déterminé/incertain/inconnu
Afar	3	0,3	96	0,4
Bilen	10	2	88	1
Hedarib	0	0	100	0
Kunama	63	6	31	0
Nara	2	5	92	1
Saho	11	3	83	2
Tigré	20	5	75	1
Tigréens	83	8	2	7

Remarques : ce tableau répertorie uniquement les groupes ethniques comptant au moins 25 cas non pondérés. Les chiffres ayant été arrondis, les données présentées dans ce tableau ne donnent pas toujours un total de 100 %.
Source : EDS 2002.

Encadré 5.3 : enjeux liés à la précision des données sur l'âge au moment de l'excision

La plupart des enquêtes interrogent les femmes sur leur âge et sur l'âge de leurs filles (le cas échéant) au moment de l'excision. Si ces réponses nous aident à mieux comprendre cette pratique, elles doivent cependant être interprétées avec précaution.

Les données fournies peuvent être imprécises et entachées d'un biais de mémoire si les femmes ont subi des MGF/E lorsqu'elles étaient très jeunes. Cela est particulièrement vrai chez les femmes âgées de 45 à 49 ans, en raison du délai séparant l'événement de l'enquête.

La précision reste un enjeu majeur, puisque les âges se terminant par zéro ou cinq (par exemple, 5, 10 ou 15 ans) sont surreprésentés. Les informations fournies par les mères sont souvent plus fiables que les informations auto-déclarées, même si des erreurs de mémoire et des difficultés liées à la détermination de l'âge restent possibles. De plus, si l'on suppose que les filles et les femmes âgées de 15 à 49 ans ont dépassé l'âge de l'excision, les données concernant les filles subissent un degré de censure variable (certaines filles non excisées peuvent l'être ultérieurement). La censure introduit une distorsion en ce qui concerne l'âge au moment de l'excision, le type d'intervention pratiquée et la personne ayant pratiqué l'intervention. Les filles excisées plus tôt ont en effet tendance à être surreprésentées au sein de l'échantillon. Ceci est particulièrement vrai lorsque l'on s'appuie sur les données relatives aux filles âgées de 0 à 14 ans pour étudier les circonstances entourant les MGF/E.

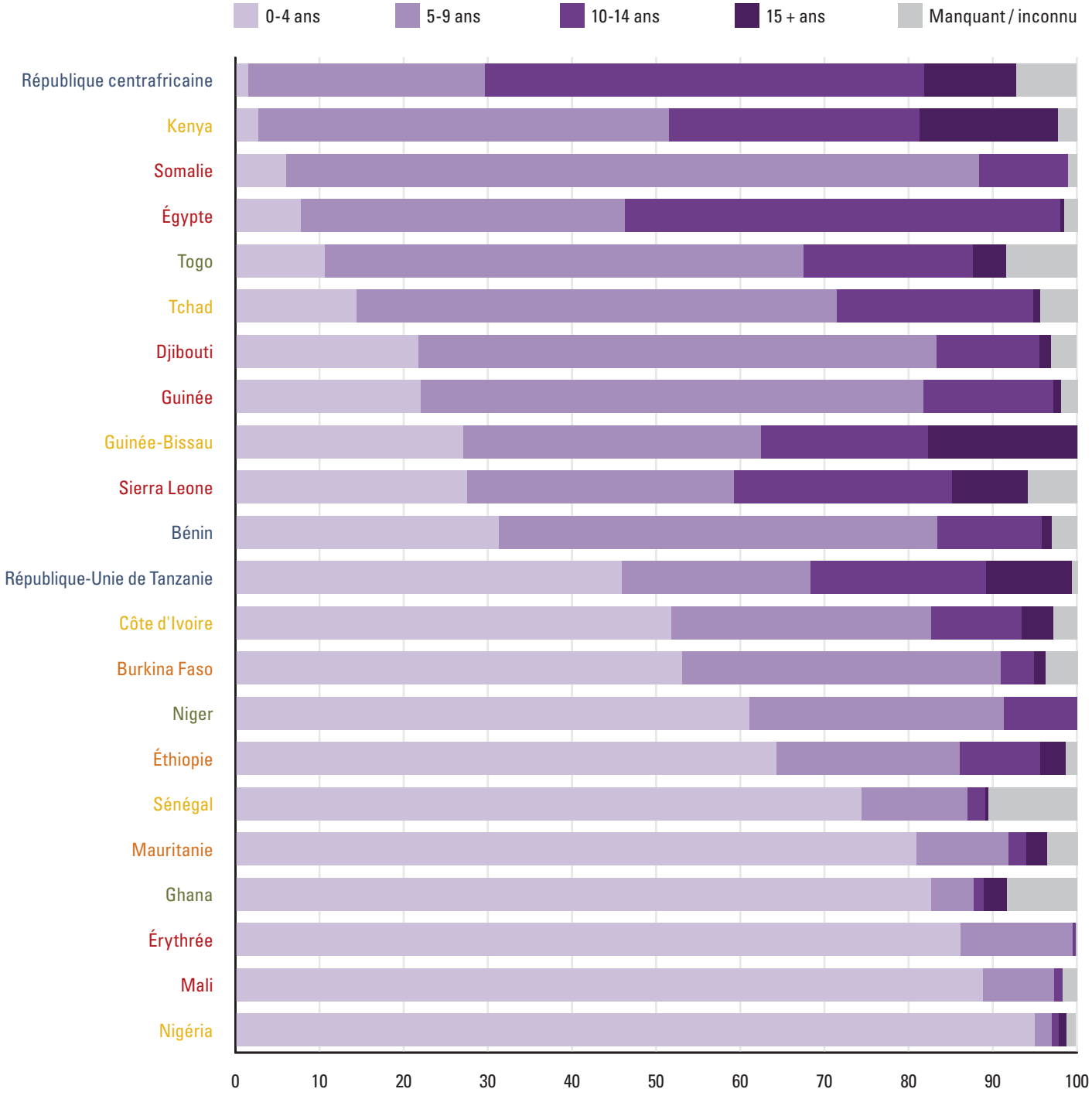
Pour atténuer l'impact du biais de mémoire et de la censure, mieux vaut se baser sur les données concernant les filles âgées de 15 à 19 ans ou sur la proportion de filles et de femmes de 15 à 49 ans ayant au moins une fille excisée. Au lieu de s'intéresser uniquement aux filles âgées de 0 à 14 ans, les informations fournies par les mères à propos de leur fille la plus récemment excisée permettent d'obtenir un plus large échantillon de filles de tous âges, réduisant ainsi la censure.

© UNICEF/NYHQ2005-1563/Pirozzi

Mona Omar est une travailleuse sociale. Elle présente une affiche d'information sur les MGF/E lors d'une réunion de Better Life Association for Comprehensive Development, organisation soutenue par l'UNICEF, dans le village d'Al Shorafa, dans le gouvernorat de Minya, Haute-Égypte. L'image représente une jeune fille en larmes que sa mère entraîne de force dans une clinique pour être excisée, alors que le médecin lui-même semble opposé à cette pratique. Le titre est le suivant : « D'un point de vue médical, l'excision est particulièrement néfaste ». Cette affiche a été créée dans le cadre de la campagne nationale de lutte contre les MGF/E, en collaboration avec certaines agences des Nations Unies. L'UNICEF contribue à faire connaître les dangers liés aux MGF/E au sein des établissements de santé, des ONG locales et d'autres groupes de la société civile dans tout le pays.

Figure 5.3 : dans la moitié des pays disposant de données, la majorité des filles sont excisées avant l'âge de cinq ans

Répartition (en %) des filles ayant subi des MGF/E (selon les informations fourniers par leurs mères), par âge auquel l'excision a été pratiquée



Remarques : les données pour le Cameroun ne sont pas présentées, car elles sont basées sur moins de 25 cas non pondérés. Les données issues du Ghana et du Togo sont basées sur 25 à 49 cas non pondérés. Les données pour l'Égypte se rapportent aux filles âgées de 0 à 17 ans. Les données pour tous les autres pays se réfèrent à la fille la plus récemment excisée de mère âgée de 15 à 49 ans ayant au moins une fille excisée. Les données pour le Burkina Faso, le Ghana, la Mauritanie, le Nigéria, la République centrafricaine, le Sénégal, la Sierra Leone et le Togo sont issues d'enquêtes antérieures portant sur la fille la plus récemment excisée de mère âgée de 15 à 49 ans ayant au moins une fille excisée (pour plus d'informations sur le choix de cet indicateur, voir l'encadré 5.3 page 49). Les chiffres ayant été arrondis, les données présentées dans ce tableau ne donnent pas toujours un total de 100 %. Les couleurs utilisées pour les noms de pays correspondent à leurs groupes de prévalence, tels qu'ils sont décrits dans l'encadré 4.4, page 27.
Sources : EDS et MICS, 2000-2010.

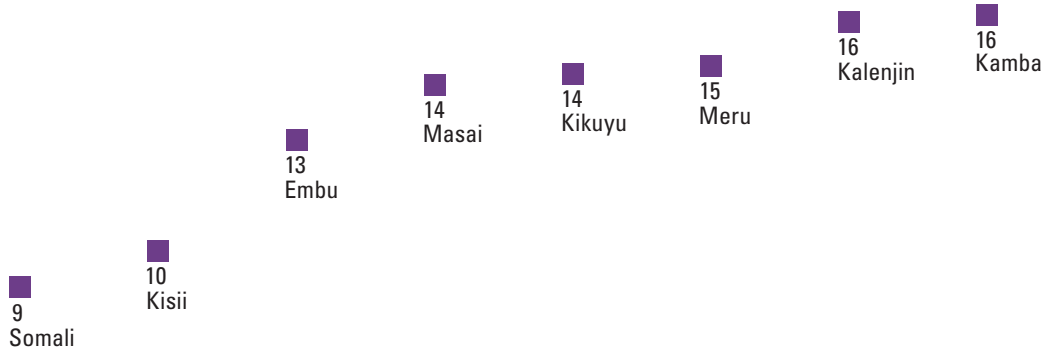
© UNICEF/NYHQ2009-2272/Holt

Asiya Abud, 22 ans, est enceinte de son cinquième enfant. Elle pose dans la maison qu'elle partage avec 20 autres personnes dans le district d'Amibara, région de l'Afar, en Éthiopie. L'UNICEF et ses partenaires interviennent dans tout le district pour informer les communautés et les encourager à envisager l'abandon des MGF/E, qui entraînent souvent de graves problèmes de santé pendant la grossesse.

L'âge au moment de l'excision varie également de manière significative entre les groupes ethniques d'un même pays. Par exemple, les données issues du Kenya montrent que l'âge moyen au moment de l'excision chez les filles et les femmes âgées de 15 à 49 ans est compris entre 9 ans pour les Somalies et 16 ans pour les Kambas et les Kalenjines *(voir la figure 5.4)*. En Guinée, 6 % des filles du peuple Toma ont été excisées avant l'âge de 5 ans, contre 39 % des filles d'origine Malinké *(données non illustrées)*.

Figure 5.4 : au Kenya, l'âge moyen au moment de l'excision varie entre 9 et 16 ans d'un groupe ethnique à l'autre

Âge moyen au moment de l'excision chez les filles et les femmes âgées de 15 à 49 ans au Kenya, en fonction de l'origine ethnique



Remarque : ce schéma représente uniquement les groupes ethniques comptant au moins 25 cas non pondérés et les filles et les femmes dont l'âge au moment de l'excision est connu.
Source : EDS 2008-2009.

6. Quelles sont les attitudes les plus courantes face aux MGF/E ?

© UNICEF/NYHQ2012-2159/LeMoyne

Dans les pays où se concentrent les MGF/E, il est possible de se servir des attitudes des populations (pratiquantes ou non) pour promouvoir l'élimination de ces pratiques. Pour ce faire, il est essentiel de connaître l'opinion de chacun. Le soutien apporté à ces pratiques varie-t-il en fonction du contexte socio-économique ? Les hommes et les femmes partagent-ils les mêmes opinions ? Quels sont les avantages associés aux MGF/E et les raisons pour lesquelles les hommes et les femmes sont favorables à ces pratiques ?

Ce que pensent les filles et les femmes

Les attitudes des filles et des femmes envers les MGF/E varient sensiblement d'un pays à l'autre (*voir la figure 6.1*). Les MGF/E bénéficient d'un soutien important au Mali, en Guinée, en Sierra Leone, en Somalie[103], en Gambie et en Égypte, où plus de la moitié des femmes sont favorables à ces pratiques. Pourtant, dans la plupart des pays où se concentrent les MGF/E (19 sur 29), la majorité des filles et des femmes estiment que ces pratiques doivent cesser. Les données montrent

Encadré 6.1 : évaluation du soutien dont bénéficient les MGF/E

Depuis 1989, les modules des MICS et des EDS portant sur les MGF/E cherchent à savoir si les personnes interrogées sont favorables ou hostiles à ces pratiques. Les enquêtes les plus récentes demandent par exemple : *« Pensez-vous que ces pratiques doivent se poursuivre ? »* ou *« Doivent-elles cesser ? »*. S'ensuivent des réponses précodées telles que *« Elles doivent se poursuivre » ou « Elles doivent cesser »* et des réponses ambivalentes telles que *« Cela dépend »* ou *« Je ne suis pas sûr(e) ».* Dans ce domaine comme dans d'autres, la méthode de questionnement a évolué au fil du temps. Les premières enquêtes s'intéressaient plutôt aux attitudes. Elles cherchaient non seulement à savoir si les personnes interrogées étaient favorables aux MGF/E, mais également à connaître les raisons de leur choix, leurs éventuels changements d'opinion et les avantages ou inconvénients qu'elles associaient à ces pratiques.

Les réponses apportées aux questions permettent de connaître l'opinion d'une personne à un moment donné, dans le cadre d'une enquête formelle. Suite aux nombreuses campagnes menées contre les MGF/E, il est possible que certaines personnes se disent favorables à l'abandon de ces pratiques pour donner ce qu'elles estiment être la « bonne » réponse et non pas leur véritable opinion. Par ailleurs, même une réponse sincère à un moment donné ne tient pas compte du fait que l'opinion d'une personne peut évoluer face à de nouvelles informations ou à l'opinion d'autrui. À propos du Sénégal et de la Gambie, Hernlund et Shell-Duncan écrivent par exemple que « les personnes qui participent aux MGF dans cette région doivent faire face à un large éventail de réalités. Qu'ils soient totalement favorables ou fermement opposés à ces pratiques, les individus et les communautés peuvent changer d'opinion au fil du temps, voire revenir en arrière »[104]. Les auteurs ajoutent que « dans ce domaine, la formation de l'opinion d'une personne correspond plutôt à un positionnement constant vis-à-vis de l'évolution des besoins et des réalités, c'est-à-dire des contingences qui affectent la prise de décisions »[105].

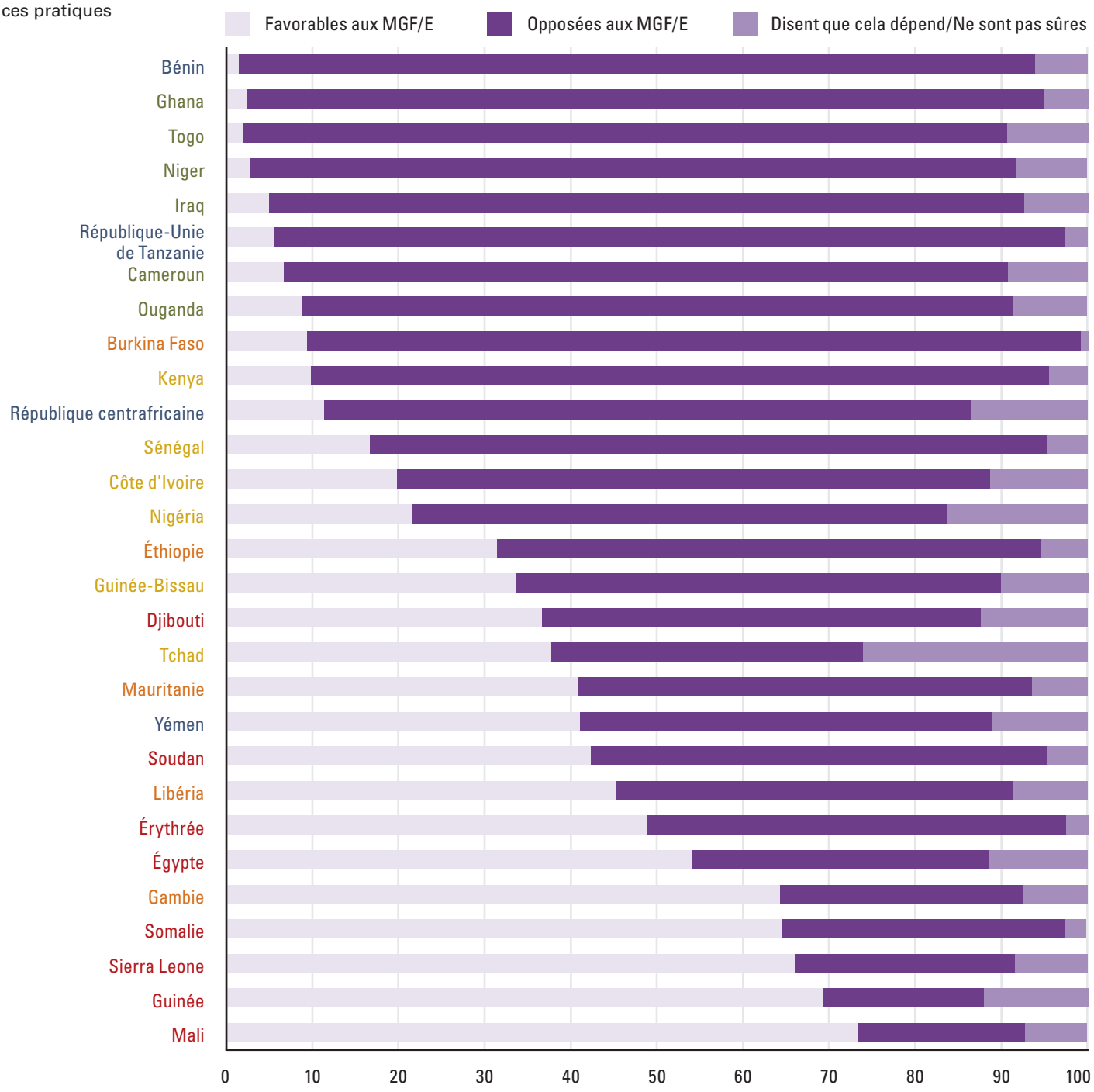
également que 1 à 26 % des filles et des femmes interrogées ont des sentiments partagés sur le sujet, qu'elles n'ont pas une opinion tranchée ou qu'elles préfèrent ne pas l'exprimer. Il est utile de rappeler que les informations relatives aux pas de césure reflètent la réalité au moment de la collecte de données *(voir l'encadré 6.1)*. Cette remarque concerne tout particulièrement les données relatives aux attitudes, car l'opinion des personnes interrogées a pu évoluer.

La figure 6.2 compare la prévalence nationale des MGF/E chez les de filles et des femmes âgées de 15 à 49 ans avec le pourcentage de femmes favorables à ces pratiques. Ceci permet de savoir si les attitudes varient en fonction de la prévalence des MGF/E dans une société donnée. Sans surprise, la majorité des filles et des femmes sont favorables à ces pratiques dans des pays à forte prévalence tels que le Mali, la Guinée, la Sierra Leone, la Somalie, la Gambie ou l'Égypte. Dans presque tous les pays, le pourcentage de femmes soutenant les MGF/E est cependant bien plus faible que le pourcentage de filles et de femmes excisées, même dans les pays où les MGF/E sont généralisées. Cet écart est particulièrement marqué au Burkina Faso, où 76 % des filles et des femmes sont excisées, mais seulement 9 % sont favorables aux MGF/E. On observe également d'importantes différences entre la prévalence et le soutien apporté à ces pratiques à Djibouti, au Soudan, en Éthiopie, en Érythrée, en Égypte et en Somalie. Par ailleurs, dans des pays tels que le Yémen, l'Ouganda ou le Cameroun, le soutien apporté à ces pratiques est en réalité plus élevé que la prévalence, ce qui suggère que les femmes tolèrent les MGF/E, qu'elles les pratiquent ou non.

Lorsque l'on compare les données par groupe d'âge (filles âgées de 15 à 19 ans et femmes âgées de 45 à 49 ans), les opinions affichées sont identiques dans près de la moitié des pays disposant de

Figure 6.1 : dans la plupart des pays où sont pratiquées les MGF/E, la majorité des filles et des femmes pensent que ces pratiques doivent cesser

Répartition (en %) des filles et des femmes âgées de 15 à 49 ans ayant entendu parler des MGF/E, en fonction de leurs attitudes envers ces pratiques

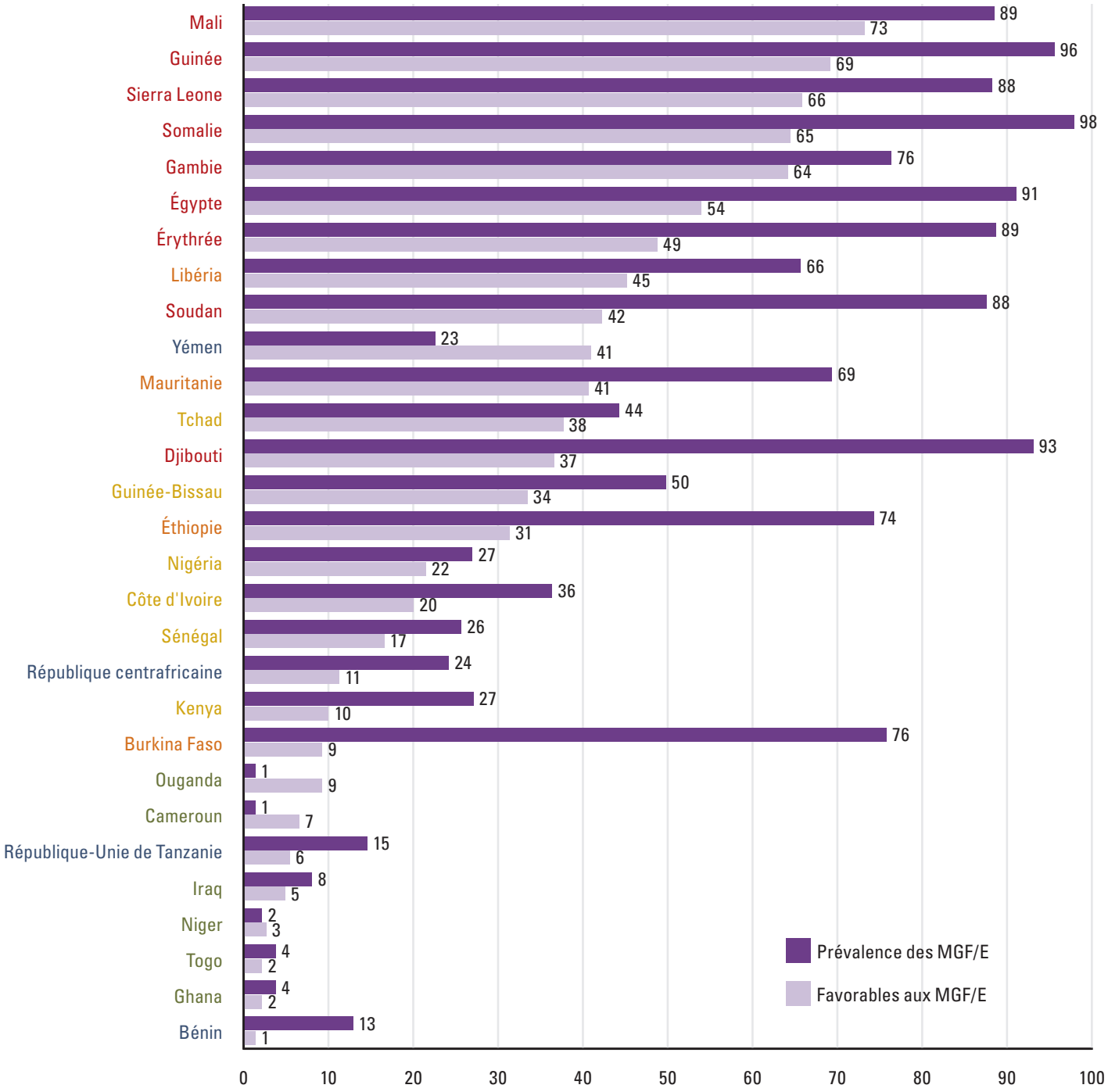


Remarques : la catégorie ayant répondu « Je ne suis pas sûre » ou « Cela dépend » comprend également les femmes dont les données sont manquantes. Au Libéria, seules les filles et les femmes excisées ont été interrogées sur leurs attitudes face aux MGF/E ; dans la mesure où les filles et les femmes issues des communautés pratiquantes sont plus enclines à soutenir ces pratiques, le niveau d'appui dans ce pays figurant dans l'EDS 2007 est plus élevé qu'on n'aurait pu le prévoir si on avait demandé leur opinion à toutes les filles et toutes les femmes. Les données issues des MICS pour le Ghana (2011), le Nigéria (2011) et la Sierra Leone (2010) n'ont pas été utilisées, car elles concernent uniquement les attitudes des filles et des femmes ayant au moins une fille ; les données présentées sont issues d'enquêtes antérieures (2006-2008) pour ces trois pays. Les chiffres ayant été arrondis, les données présentées dans ce schéma ne donnent pas toujours un total de 100 %. Les couleurs utilisées pour les noms de pays correspondent à leurs groupes de prévalence, tels qu'ils sont décrits dans l'encadré 4.4, page 27.

Sources : EDS, MICS et SHHS, 1997-2011.

Figure 6.2 : même dans les pays où la pratique des MGF/E est quasiment universelle, le niveau de soutien apporté par les filles et les femmes est inférieur au taux de prévalence

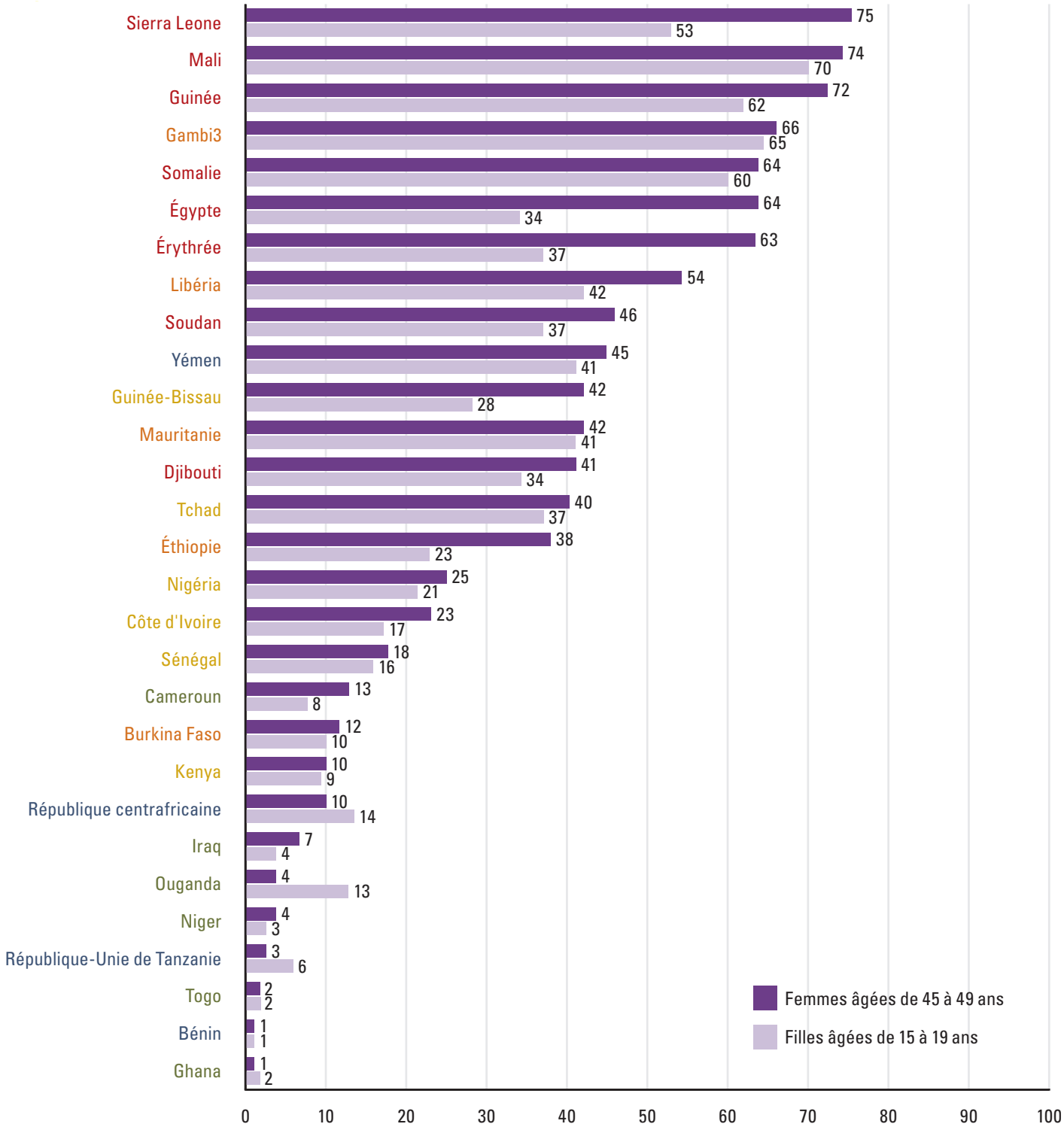
Pourcentage de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant subi des MGF/E et pourcentage de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant entendu parler des MGF/E et soutenant ces pratiques



Remarques : au Libéria, seules les filles et les femmes excisées ont été interrogées sur leurs attitudes face aux MGF/E ; dans la mesure où les filles et les femmes issues des communautés pratiquantes sont plus enclines à soutenir ces pratiques, le niveau d'appui dans ce pays figurant dans l'EDS 2007 est plus élevé qu'on n'aurait pu le prévoir si on avait demandé leur opinion à toutes les femmes. Les données issues des MICS pour le Ghana (2011), le Nigéria (2011) et la Sierra Leone (2010) n'ont pas été utilisées, car elles concernent uniquement les attitudes des filles et des femmes ayant au moins une fille ; les données présentées sont issues d'enquêtes antérieures (2006-2008) pour ces trois pays. Les couleurs utilisées pour les noms de pays correspondent à leurs groupes de prévalence, tels qu'ils sont décrits dans l'encadré 4.4, page 27.
Sources : EDS, MICS et SHHS, 1997-2011.

Figure 6.3 : en Égypte et en Érythrée, les filles sont bien moins favorables aux MGF/E que les femmes plus âgées

Pourcentage de filles âgées de 15 à 19 ans et de femmes âgées de 45 à 49 ans ayant entendu parler des MGF/E et soutenant ces pratiques



Remarques : les données issues des MICS pour le Ghana (2011), le Nigéria (2011) et la Sierra Leone (2010) n'ont pas été utilisées, car elles concernent uniquement les attitudes des filles et des femmes ayant au moins une fille ; les données présentées sont issues d'enquêtes antérieures (2006-2008) pour ces trois pays. Les couleurs utilisées pour les noms de pays correspondent à leurs groupes de prévalence, tels qu'ils sont décrits dans l'encadré 4.4, page 27.

Sources : EDS, MICS et SHHS, 1997-2011.

données. Néanmoins, lorsqu'il existe une différence, la tendance est claire : à quelques exceptions près, les femmes plus âgées sont plus nombreuses à souhaiter que les MGF/E se poursuivent (*voir la figure 6.3*). On observe des différences frappantes entre les groupes dans des pays tels que l'Égypte ou l'Érythrée.

Ce que pensent les garçons et les hommes

Seuls 16 des 29 pays où se concentrent les MGF/E disposent d'informations sur les attitudes des garçons et des hommes envers ces pratiques[106]. De plus, ces informations ne sont pas toujours issues de la dernière enquête portant sur les attitudes des femmes. Les données concernant les garçons et les hommes sont donc généralement moins à jour que celles concernant les filles et les femmes et ne rendent pas forcément compte des changements d'attitude récents.

Les données les plus récentes montrent que le niveau de soutien apporté à ces pratiques par les hommes varie sensiblement d'un pays à l'autre (*voir la figure 6.4*), comme c'est le cas pour les femmes. Dans quatre pays à forte prévalence (la Mauritanie, le Mali, l'Égypte et la Guinée), la majorité des hommes indiquent qu'ils sont favorables aux MGF/E. En revanche, dans neuf pays, la plupart d'entre eux sont hostiles à ces pratiques. Si la prévalence des MGF/E est relativement faible dans la plupart de ces pays, la liste comprend également le Burkina Faso et le Soudan, où ces pratiques sont répandues.

Lorsque l'on compare les données par âge, on observe des différences frappantes entre les groupes en Égypte et en Érythrée. Dans ces pays, les hommes âgés de 45 à 49 ans sont quasiment deux fois plus nombreux que les garçons âgés de 15 à 19 ans à souhaiter que les MGF/E se poursuivent (*données non illustrées*). Comme le montre la figure 6.3, la conclusion est la même pour les filles et les femmes de ces pays. On observe également d'importants écarts entre les groupes d'âge en Côte d'Ivoire, où 33 % des hommes âgés de 45 à 49 ans sont favorables à ces pratiques, contre 14 % des garçons âgés de 15 à 19 ans.

Les données montrent également que dans la majorité des pays, les garçons sont plus nombreux à indiquer qu'ils ne savent pas si les MGF/E doivent se poursuivre, qu'ils ne sont pas sûrs ou que cela dépend. Cet écart est particulièrement marqué en Égypte, où 37 % des garçons âgés de 15 à 19 ans ne sont pas sûrs ou disent que cela dépend, contre 7 % des hommes âgés de 45 à 49 ans ; on observe la même tendance chez les filles et les femmes de ce pays (*données non illustrées*).

Variations en fonction de l'origine ethnique et d'autres caractéristiques sociodémographiques

Étant donné que la prévalence des MGF/E varie de manière significative en fonction de l'origine ethnique et dans une certaine mesure en fonction d'autres caractéristiques sociodémographiques (comme l'explique le chapitre 4), il est raisonnable de penser qu'il existe également une relation étroite entre ces variables et le soutien apporté à ces pratiques.

Origine ethnique

La figure 6.5 illustre le pourcentage de filles et de femmes favorables aux MGF/E au sein des groupes ethniques où ces pratiques bénéficient du plus fort et du plus faible soutien[107]. Cette comparaison montre clairement que le soutien apporté aux MGF/E par les femmes varie sensiblement entre les groupes ethniques de nombreux pays, même si ces écarts ne sont pas aussi marqués qu'en ce qui concerne le taux de prévalence.

Le soutien apporté aux MGF/E par les garçons et les hommes varie également de manière assez significative entre les groupes ethniques d'un certain nombre de pays (*données non illustrées*). Ces résultats montrent que l'origine ethnique est un important marqueur d'appartenance à un groupe partageant les mêmes attentes normatives en la matière, que ce soit pour les hommes ou pour les femmes.

Richesse des ménages

La figure 6.6 illustre le soutien apporté aux MGF/E par les filles et les femmes issues du quintile le plus pauvre et le plus riche[108]. Comme le prévoit la théorie de la modernisation, l'augmentation du niveau de vie entraîne une diminution du soutien apporté à ces pratiques dans tous les pays.

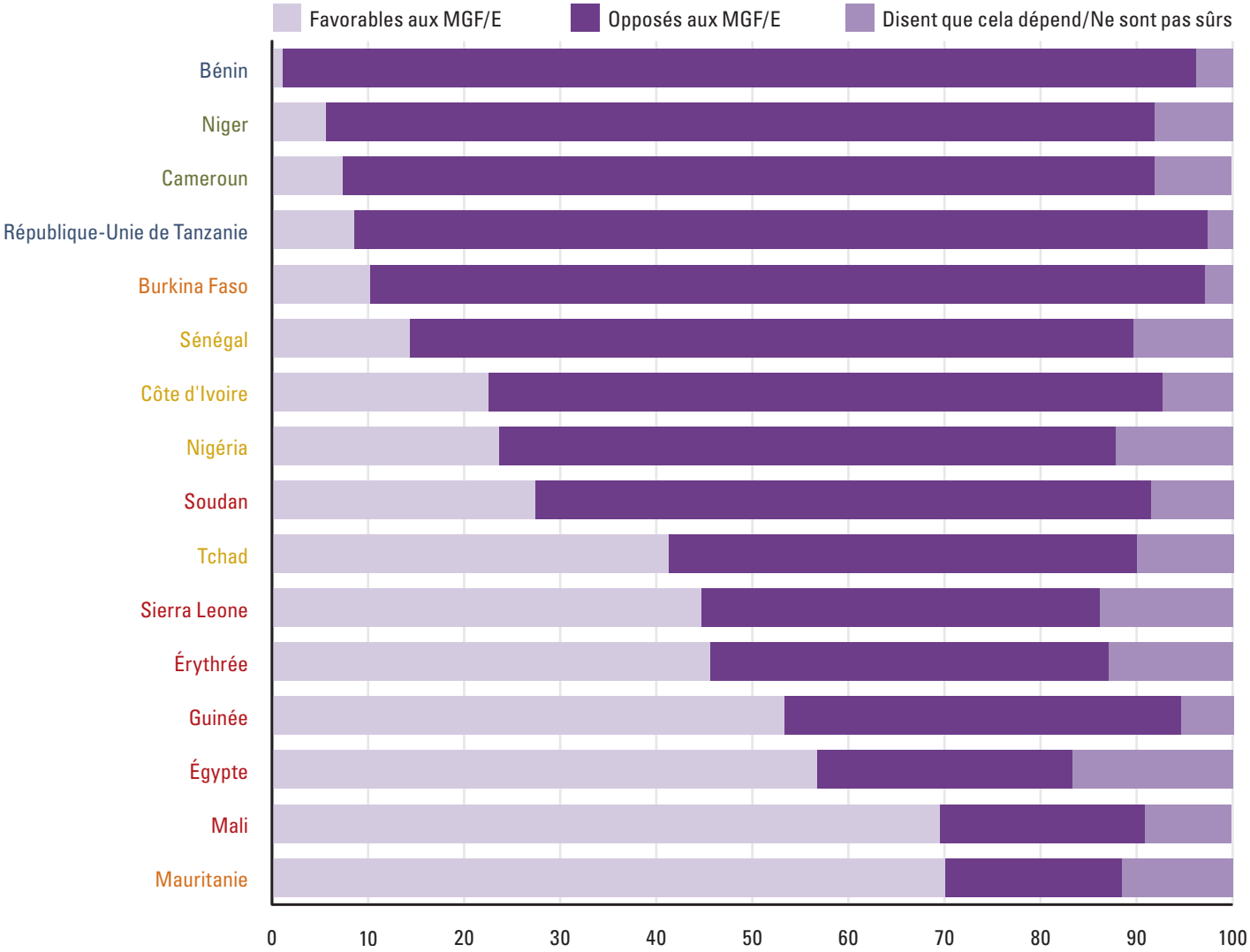
Le soutien apporté aux MGF/E par les hommes suit le même schéma que chez les femmes, même si l'écart entre le soutien apporté par les hommes les plus aisés et les plus pauvres est bien moins prononcé que l'écart observé chez les femmes (*données non illustrées*).

Éducation

La figure 6.7 illustre le soutien apporté aux MGF/E par les femmes en fonction de leur niveau d'éducation. Le soutien

Figure 6.4 : dans la plupart des pays où sont pratiquées les MGF/E, la majorité des garçons et des hommes pensent que ces pratiques doivent cesser

Répartition (en %) des garçons et des hommes âgés de 15 à 49 ans (ou 59 ans, voir remarque) ayant entendu parler des MGF/E, en fonction de leurs attitudes envers ces pratiques



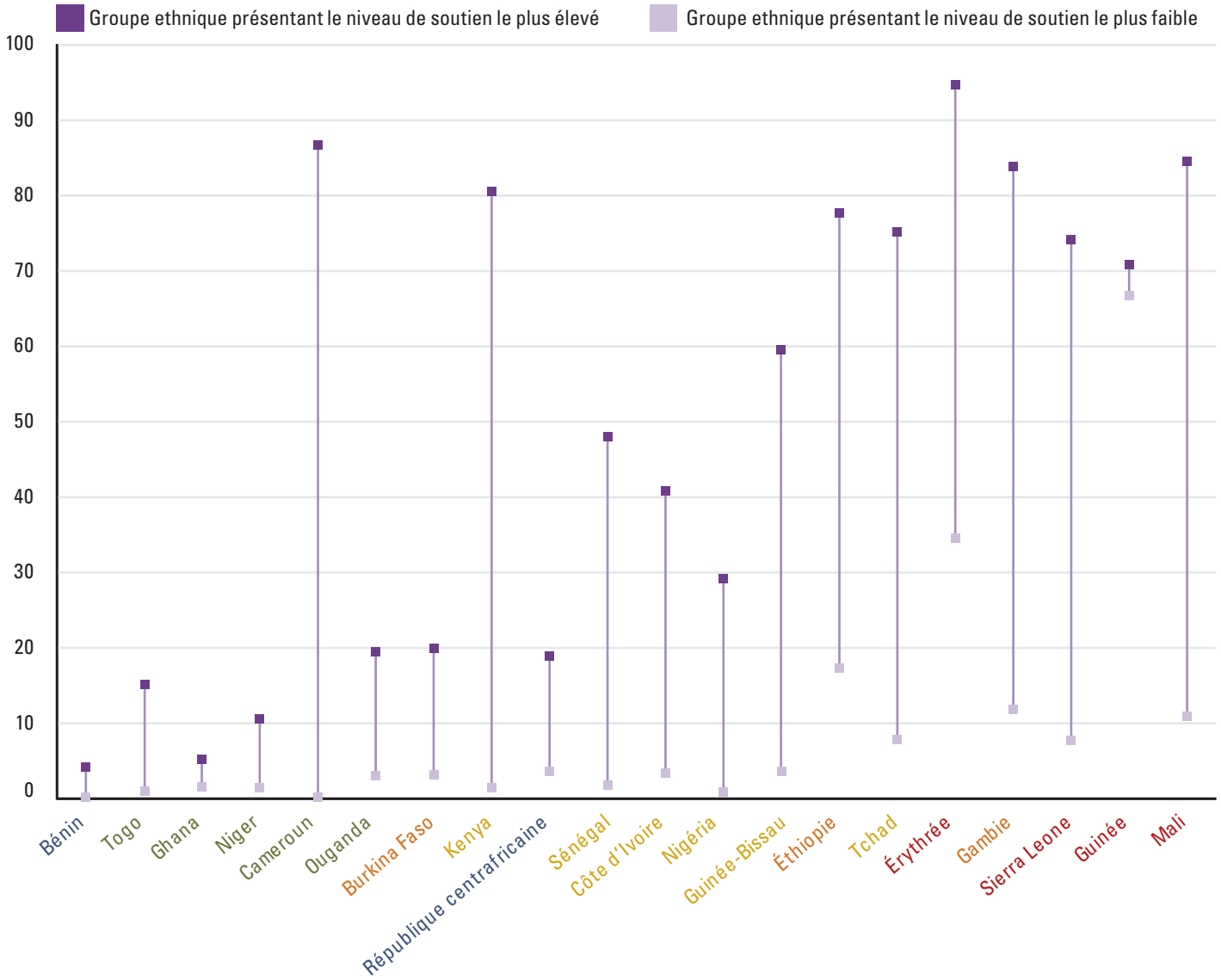
Remarques : la catégorie ayant répondu « Je ne suis pas sûr » ou « Cela dépend » comprend également les garçons et les hommes pour lesquels il n'existe aucune donnée. Les données pour le Bénin, le Burkina Faso, le Cameroun, l'Égypte, la République-Unie de Tanzanie, la Sierra Leone et le Soudan se rapportent aux garçons et aux hommes âgés de 15 à 49 ans. Les données de tous les autres pays se réfèrent aux hommes âgés de 15 à 59 ans. Les chiffres ayant été arrondis, les données présentées dans ce schéma ne donnent pas toujours un total de 100 %. Les couleurs utilisées pour les noms de pays correspondent à leurs groupes de prévalence, tels qu'ils sont décrits dans l'encadré 4.4, page 27.
Sources : EDS, MICS et SHHS, 1995-2010.

apporté à ces pratiques diminue progressivement lorsque le niveau d'éducation augmente. L'écart entre le soutien apporté aux MGF/E par les femmes non instruites et les femmes ayant suivi un enseignement secondaire est supérieur à 30 points dans huit pays : l'Érythrée, le Soudan, la Guinée-Bissau, la Sierra Leone, l'Éthiopie, le Kenya, la Guinée et la Mauritanie.

Le soutien apporté aux MGF/E par les hommes ayant différents niveaux d'éducation suit le même schéma que chez les femmes (*données non illustrées*). Comparativement aux hommes ayant suivi un enseignement secondaire ou supérieur, les hommes non instruits sont plus nombreux à souhaiter que les MGF/E se poursuivent, sauf au Niger et au

Figure 6.5 : le soutien apporté aux MGF/E par les filles et les femmes varie sensiblement entre les groupes ethniques d'un même pays

Parmi les filles et les femmes âgées de 15 à 49 ans ayant entendu parler des MGF/E, pourcentage soutenant ces pratiques au sein des deux groupes ethniques où ces pratiques bénéficient du plus fort et du plus faible soutien



Remarques : seules les catégories comptant 25 cas non pondérés ou plus sont représentées. Pour le Cameroun, les données (concernant le groupe ethnique où les MGF/E bénéficient du plus faible soutien) sont basées sur 25 à 49 cas non pondérés. Les données concernant la Guinée-Bissau sont issues de la MICS 2006, car il n'existe aucune donnée plus récente sur l'origine ethnique. Les données issues des MICS pour le Ghana (2011), le Nigéria (2011) et la Sierra Leone (2010) n'ont pas été utilisées, car elles concernent uniquement les attitudes des femmes ayant au moins une fille ; les données présentées sont issues d'enquêtes antérieures (2006-2008) pour ces trois pays. Les couleurs utilisées pour les noms de pays correspondent à leurs groupes de prévalence, tels qu'ils sont décrits dans l'encadré 4.4, page 27.
Sources : EDS et MICS, 2002-2011.

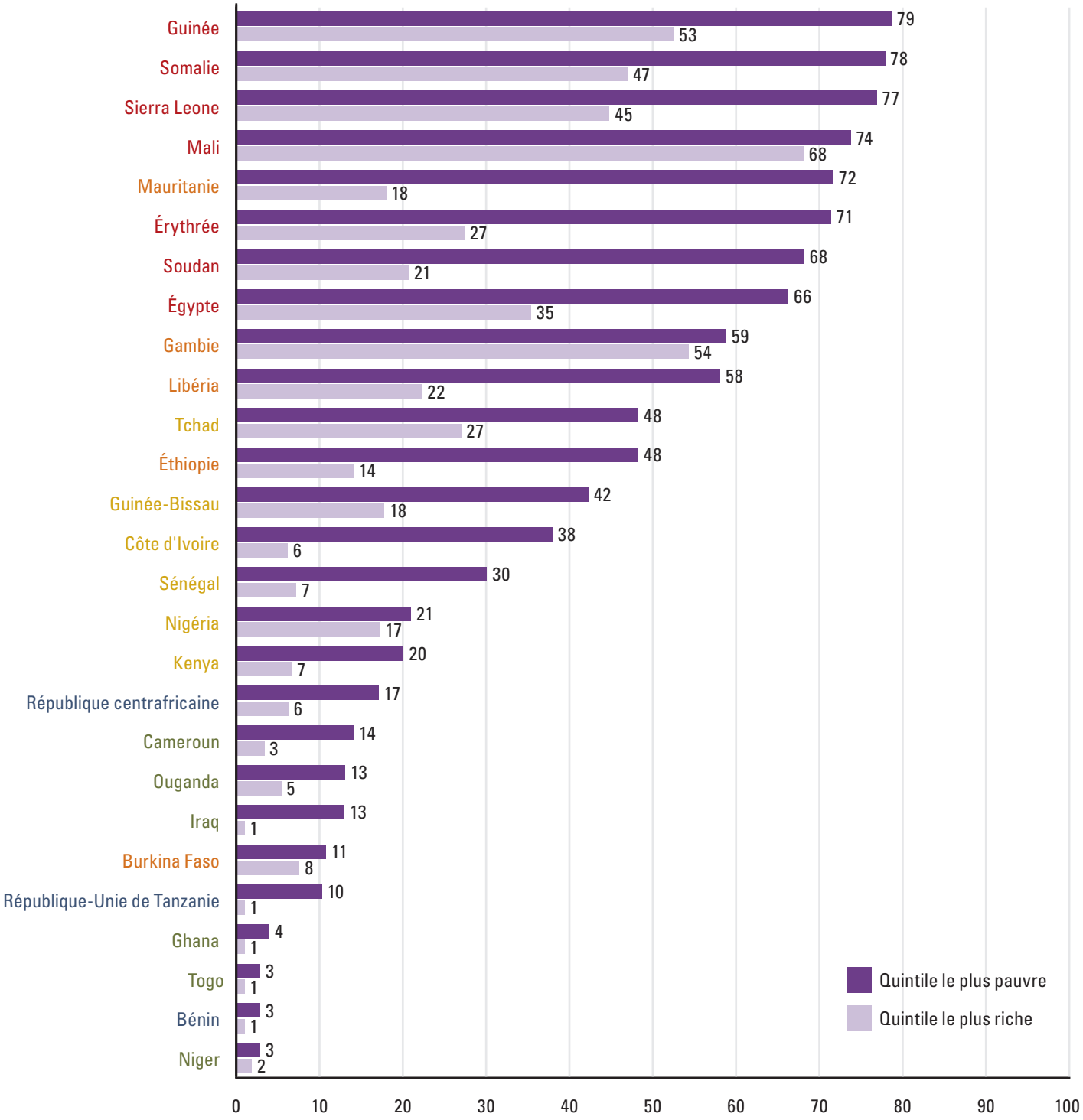
Nigéria. Les hommes et les femmes plus instruits étant plus susceptibles d'être jeunes, aisés et de vivre en zone urbaine, des analyses à variables multiples peuvent permettre de mieux comprendre le lien entre le soutien apporté aux MGF/E et l'éducation.

Comparaison des attitudes selon le sexe

Au fil des décennies, certains ont considéré les MGF/E comme l'expression d'un contrôle patriarcal sur les femmes, sous-entendant ainsi que les hommes en seraient d'ardents défenseurs. Il

Figure 6.6 : les filles et les femmes issues des ménages les plus pauvres sont plus favorables aux MGF/E que les femmes celles issues des ménages les plus aisés

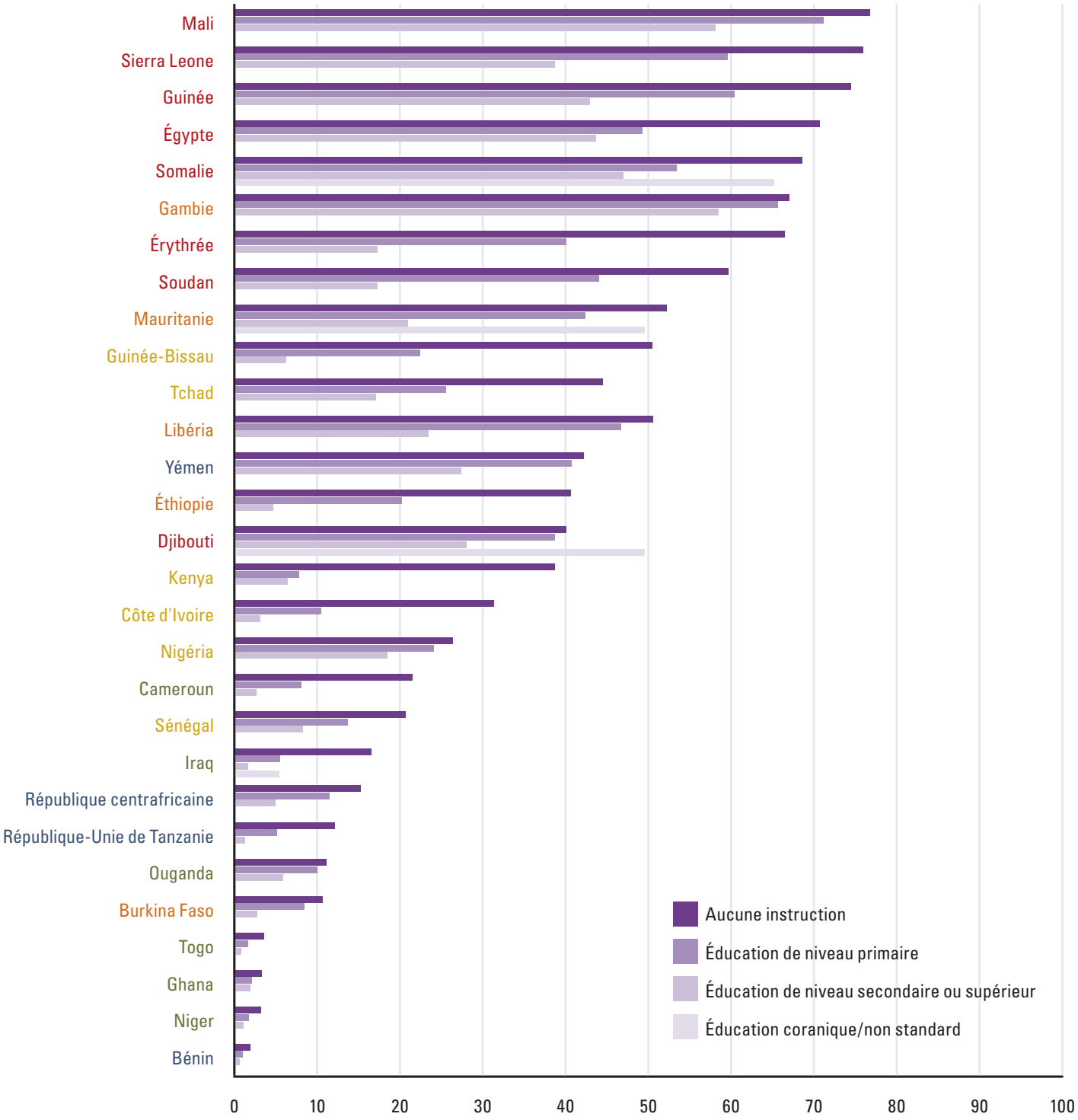
Parmi les filles et les femmes âgées de 15 à 49 ans ayant entendu parler des MGF/E, pourcentage soutenant ces pratiques au sein du quintile le plus pauvre et du quintile le plus riche



Remarques : les données issues des MICS pour le Ghana (2011), le Nigéria (2011) et la Sierra Leone (2010) n'ont pas été utilisées, car elles concernent uniquement les attitudes des filles et des femmes ayant au moins une fille ; les données présentées sont issues d'enquêtes antérieures (2006-2008) pour ces trois pays. Les couleurs utilisées pour les noms de pays correspondent à leurs groupes de prévalence, tels qu'ils sont décrits dans l'encadré 4.4, page 27.
Sources : EDS, MICS et SHHS, 2002-2011.

Figure 6.7 : les filles et les femmes non instruites se montrent bien plus favorables aux MGF/E

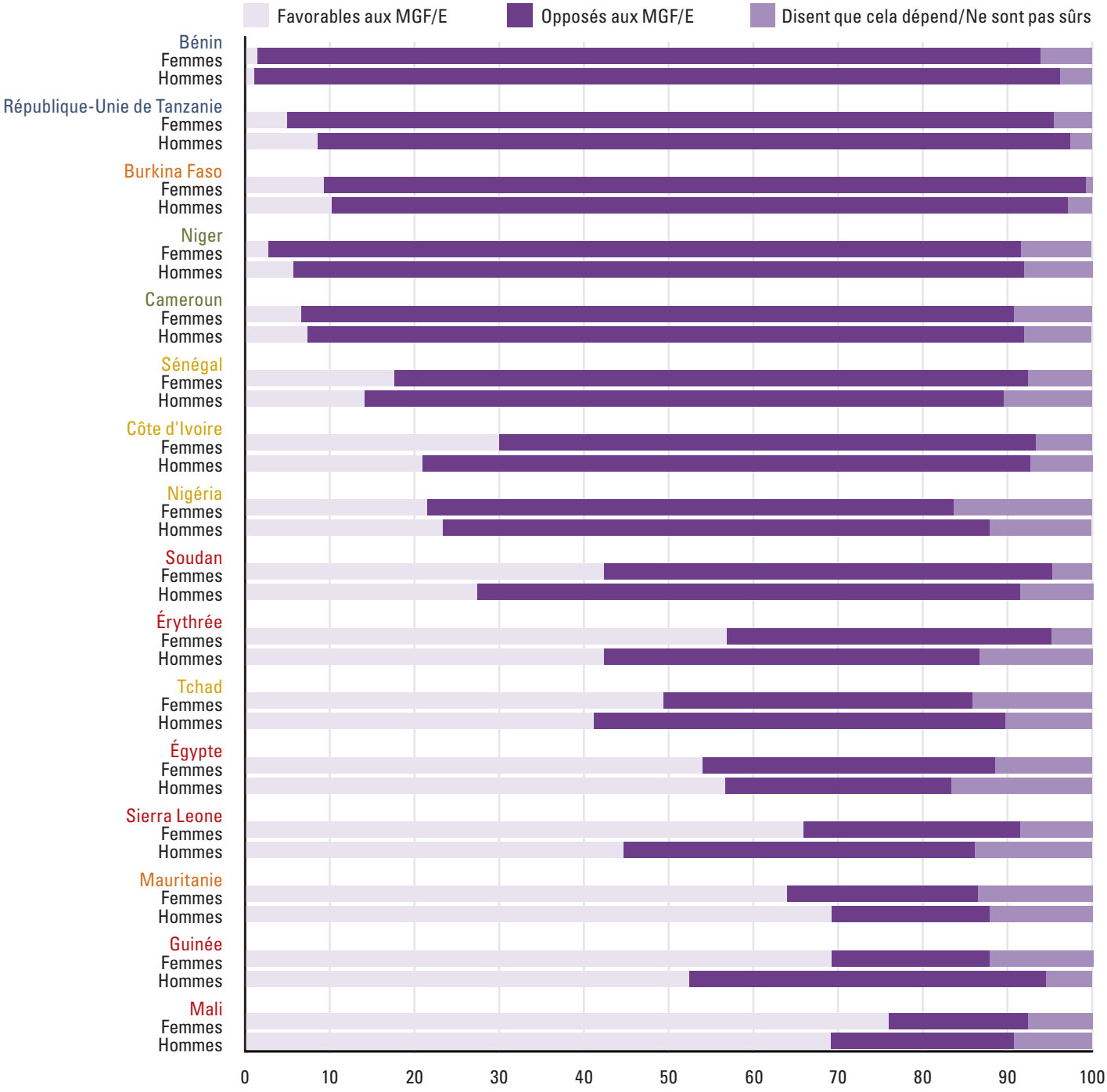
Parmi les filles et les femmes âgées de 15 à 49 ans ayant entendu parler des MGF/E, pourcentage soutenant ces pratiques, en fonction de leur niveau d'éducation



Remarques : les données issues des MICS pour le Ghana (2011), le Nigéria (2011) et la Sierra Leone (2010) n'ont pas été utilisées, car elles concernent uniquement les attitudes des filles et des femmes ayant au moins une fille ; les données présentées sont issues d'enquêtes antérieures (2006-2008) pour ces trois pays. Les couleurs utilisées pour les noms de pays correspondent à leurs groupes de prévalence, tels qu'ils sont décrits dans l'encadré 4.4, page 27.
Sources : EDS, MICS et SHHS, 1997-2011.

Figure 6.8 : dans des pays tels que la Guinée, la Sierra Leone ou le Tchad, bien plus d'hommes que de femmes souhaitent mettre un terme aux MGF/E

Répartition (en %) des filles et des femmes âgées de 15 à 49 ans et des garçons et des hommes âgés de 15 à 49 ans ayant entendu parler des MGF/E, en fonction de leurs attitudes envers ces pratiques



Remarques : la catégorie ayant répondu « Je ne suis pas sûr(e) » ou « Cela dépend » comprend également les garçons et les hommes et les filles et les femmes dont les données sont manquantes. Les données relatives aux filles et aux femmes présentées dans ce schéma diffèrent de celles qui apparaissent dans la figure 6.1 pour le Tchad, la Côte d'Ivoire, l'Érythrée, le Mali, la Mauritanie, le Sénégal et la République-Unie de Tanzanie, en raison de l'absence de données comparables sur les hommes dans les enquêtes les plus récentes. Afin de maintenir une base de comparaison avec les femmes, les données relatives aux hommes ont été recalculées de manière à refléter le niveau de soutien chez les garçons et les hommes âgés de 15 à 49 ans ; elles peuvent donc différer de celles qui apparaissent dans la figure 6.4. Les chiffres ayant été arrondis, les données présentées dans ce schéma ne donnent pas toujours un total de 100 %. Les couleurs utilisées pour les noms de pays correspondent à leurs groupes de prévalence, tels qu'ils sont décrits dans l'encadré 4.4, page 27.

Sources : EDS, MICS et SHHS, 1998-2010.

semble que ce ne soit pas le cas. La figure 6.8 compare les attitudes des hommes et des femmes envers les MGF/E, en se basant sur les données des mêmes enquêtes. Dans la plupart des pays étudiés, les hommes et les femmes apportent le même niveau de soutien aux MGF/E. En Guinée, en Sierra Leone et au Tchad, bien plus d'hommes que de femmes souhaitent mettre un terme aux MGF/E, tandis que l'Égypte et la Mauritanie connaissent la situation inverse. En Érythrée, il existe d'importantes différences entre les proportions d'hommes et de femmes faisant état de leur incertitude ; les hommes sont quasiment trois fois moins nombreux que les femmes à exprimer une opinion tranchée. Ces résultats montrent que les hommes peuvent, dans certains contextes, être d'importants agents de changement. Ceci laisse entendre que les discussions concernant les MGF/E ne doivent pas se limiter aux femmes, mais inclure l'ensemble des communautés, y compris les hommes, en particulier dans les régions où ceux-ci participent au processus décisionnel.

Certaines enquêtes ont demandé aux femmes si elles pensaient que les hommes étaient favorables ou hostiles à ces pratiques. Les hommes ont dû répondre à une question similaire sur les attitudes des femmes. Les réponses à ces questions permettent de savoir si les hommes et les femmes connaissent bien les attitudes de l'autre sexe envers les MGF/E. Les données suggèrent que ce n'est pas le cas. Dans tous les pays disposant de données, les femmes sous-estiment systématiquement la proportion d'hommes souhaitant mettre un terme aux MGF/E (*voir la figure 6.9*).

Certaines enquêtes ont également demandé aux hommes et aux femmes s'ils connaissaient l'opinion de l'autre sexe. Une forte proportion de personnes, notamment des femmes, ont admis qu'elles ne savaient pas ce que l'autre sexe pensait des MGF/E, en particulier en Égypte et au Nigéria (*voir la figure 6.10*). Ces résultats sont significatifs pour les programmes. Les activités visant à informer les femmes sur la véritable opinion des hommes à propos des MGF/E pourraient favoriser l'abandon de ces pratiques.

Attitudes au sein des couples

Dans le cadre d'une étude sur l'évolution des comportements menée au Sénégal et en Gambie, Bettina Shell-Duncan et ses collègues ont découvert que les hommes se montraient plus favorables à l'abandon des MGF/E que les femmes[109]. Ils ont également constaté que lorsque les hommes participaient à la prise de décisions, leurs filles avaient plus de chances de ne pas être excisées. Ce constat prouve une nouvelle fois que les hommes peuvent jouer un rôle important dans le processus décisionnel aboutissant à l'abandon des MGF/E. De ce fait, il est intéressant d'examiner le degré de concordance ou de discordance au sein des couples *(voir le tableau 6.1)*. Les données montrent que, dans plusieurs pays, un grand nombre de couples sont en désaccord, tandis qu'au Mali et en Mauritanie, la majorité des couples sont favorables aux MGF/E[110].

Au vu de ces résultats, il est intéressant de savoir si les maris et les femmes abordent la question des MGF/E et connaissent l'opinion de leur conjoint quant à ces pratiques. Des enquêtes menées en Érythrée (EDS 1995, EDS 2002), au Nigéria (EDS 1999), au Soudan (MICS 2000) et au Yémen (EDS 1997) ont tenté de répondre à ces questions en demandant aux femmes mariées si elles avaient déjà parlé de ces pratiques avec leur mari (Soudan et Yémen) et si elles connaissaient l'opinion de leur mari (Érythrée, Nigéria, Soudan et Yémen).

Les résultats montrent qu'une forte proportion de femmes mariées ne connaissent pas l'opinion de leur mari sur les MGF/E. En Érythrée (EDS 2002), par exemple, 22 % des femmes mariées indiquent qu'elles ne savent pas ce que pense leur conjoint. Près d'une femme sur cinq ayant au moins une fille excisée ne connaît pas l'attitude de son mari envers ces pratiques. Cette situation est encore plus répandue au Yémen, où 45 % des femmes indiquent qu'elles ne connaissent pas l'opinion de leur conjoint sur les MGF/E. Ces données suggèrent que de nombreux couples ne considèrent pas les MGF/E comme un sujet de discussion convenable entre mari et femme. Les hommes peuvent hésiter à aborder le sujet, qui est généralement considéré comme une « affaire de femmes ». Pour le Soudan, par exemple, les données (MICS 2000) indiquent que deux tiers des filles et des femmes ayant été mariées au moins une fois n'ont jamais parlé des MGF/E avec leur mari. Un dialogue ouvert sur la question pourrait donc réduire l'ignorance et contribuer à remettre en question les attentes sociales prédominantes dans le domaine des MGF/E.

Arguments en faveur de ces pratiques

Dans un certain nombre de pays, on a demandé aux hommes et aux femmes d'indiquer les avantages qu'ils associaient aux MGF/E. Ces données permettent essentiellement de connaître les arguments les plus répandus en faveur des MGF/E. Les réponses ont été précodées de différentes manières, la liste de raisons la plus courante étant : *« propreté/hygiène »*, *« reconnaissance sociale »*, *« amélioration des perspectives de mariage »*, *« préservation de la virginité »*, *« plaisir sexuel renforcé pour l'homme »* et *« obligation religieuse »*. Des formules alternatives et des catégories supplémentaires ont été utilisées dans certains pays. En Gambie

Figure 6.9 : les filles et les femmes sous-estiment la proportion de garçons et d'hommes souhaitant mettre un terme aux MGF/E

Pourcentage de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans pensant que les garçons et les hommes souhaitent mettre un terme aux MGF/E et pourcentage de garçons et d'hommes âgés de 15 à 49 ans ayant entendu parler des MGF/E et estimant que ces pratiques doivent cesser

Remarques : les données relatives aux garçons et aux hommes présentées dans ce schéma diffèrent de celles qui apparaissent dans la figure 6.4 pour le Burkina Faso, le Nigéria, la Guinée et le Mali. Afin de maintenir une base de comparaison avec les femmes, les données relatives aux garçons et aux hommes ont été recalculées de manière à refléter le niveau de soutien chez les garçons et les hommes âgés de 15 à 49 ans. En outre, les données relatives aux hommes présentées dans ce schéma sont issues d'enquêtes antérieures comprenant également des données sur le pourcentage de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans pensant ou non que les hommes souhaitent mettre un terme aux MGF/E. Les couleurs utilisées pour les noms de pays correspondent à leurs groupes de prévalence, tels qu'ils sont décrits dans l'encadré 4.4, page 27.
Sources : EDS et EDS/MICS, 2003-2008.

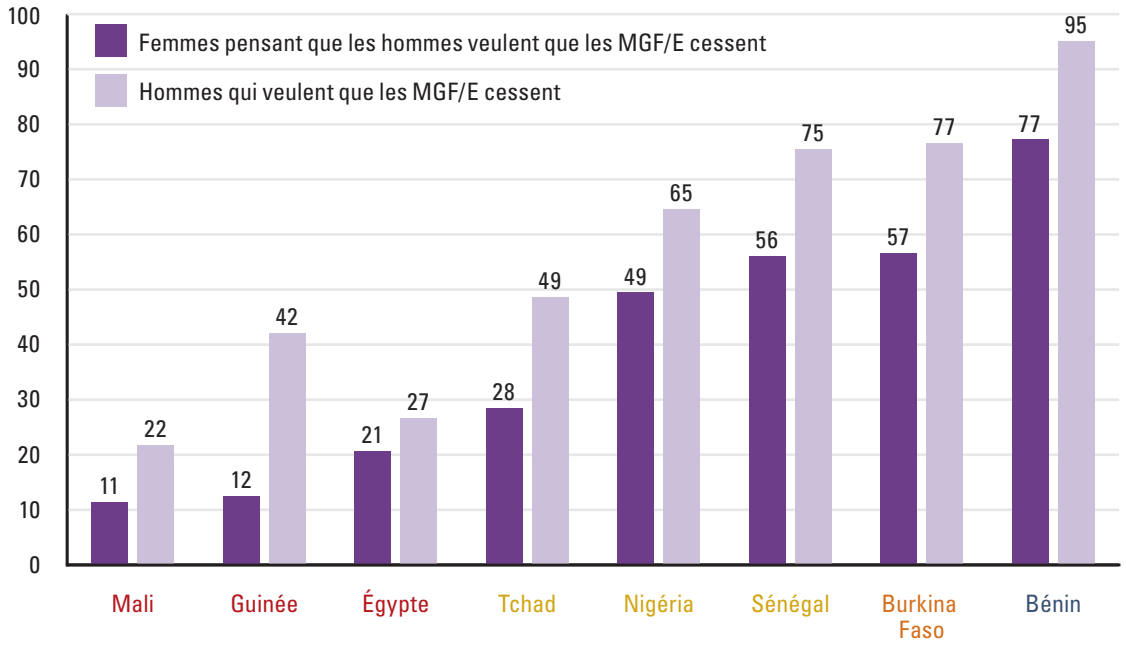


Figure 6.10 : une forte proportion d'hommes et de femmes ignore ce que l'autre sexe pense des MGF/E

Pourcentage de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans et pourcentage de garçons et d'hommes âgés de 15 à 49 ans (ou 59 ans, voir remarque) indiquant ne pas connaître l'opinion de l'autre sexe quant aux MGF/E

Remarques : les données pour le Burkina Faso, la Guinée, le Mali, le Nigéria, le Sénégal et le Tchad se rapportent aux garçons et aux hommes âgés de 15 à 59 ans. Les données pour le Bénin et l'Égypte se rapportent aux garçons et aux hommes âgés de 15 à 49 ans. Les couleurs utilisées pour les noms de pays correspondent à leurs groupes de prévalence, tels qu'ils sont décrits dans l'encadré 4.4, page 27.
Sources : EDS et EDS/MICS, 2003-2008.

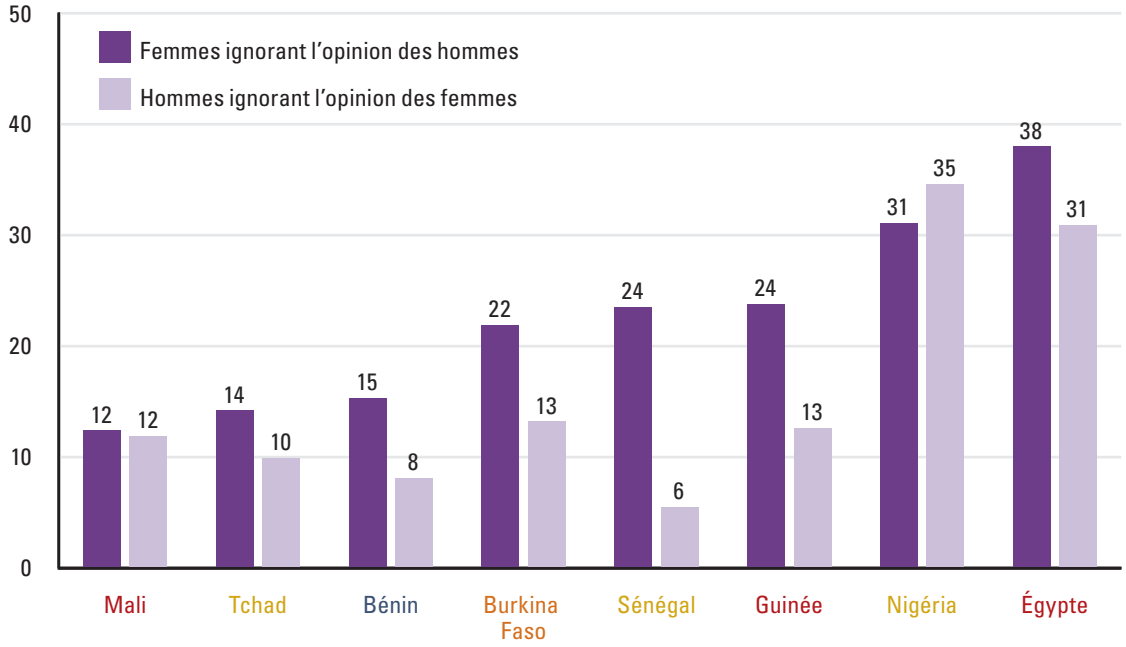


Tableau 6.1 : dans plusieurs pays, une forte proportion de couples ne partagent pas la même opinion sur les MGF/E

Au sein des couples qui vivent ensemble, pourcentage de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans pourcentage et de garçons et d'hommes âgés de 15 à 49 ans (ou 59 ans, voir remarque) ayant entendu parler des MGF/E, selon qu'ils partagent ou non la même opinion sur les MGF/E

Pays	Couple favorable aux MGF/E	Couple hostile aux MGF/E	Couple indécis	Couple en désaccord
Bénin	0	88	1	11
Burkina Faso	2	77	0	21
Cameroun	4	64	2	30
Côte d'Ivoire	20	43	1	36
Guinée	46	7	1	46
Mali	60	5	1	34
Mauritanie	56	8	1	35
Niger	1	76	0	21
Nigéria	10	40	2	46
République-Unie de Tanzanie	1	81	0	18
Sénégal	10	58	1	30
Sierra Leone	37	10	1	51
Tchad	32	23	1	42

Remarques : les données pour le Bénin, le Burkina Faso, le Cameroun, la République-Unie de Tanzanie et la Sierra Leone se rapportent aux garçons et aux hommes âgés de 15 à 49 ans.Les données pour tous les autres pays se rapportent aux garçons et aux hommes âgés de 15 à 59 ans. Les chiffres ayant été arrondis, les données présentées dans ce schéma ne donnent pas toujours un total de 100 %. Les couleurs utilisées pour les noms de pays correspondent à leurs groupes de prévalence, tels qu'ils sont décrits dans l'encadré 4.4, page 27.
Sources : EDS et EDS/MICS, 1998-2010.

(MICS 2010) l'un des choix de réponse était par exemple « l'estime de soi ». Les personnes interrogées avaient la possibilité de sélectionner plusieurs arguments. Les enquêtes les plus récentes ne font généralement pas référence aux avantages associés aux MGF/E. Dans quelques pays, les données relatives aux arguments en faveur des MGF/E sont donc moins à jour que d'autres informations sur ces pratiques.

Quels enseignements pouvons-nous tirer de ces réponses ? Les récits ethnographiques nous apprennent que les MGF/E peuvent avoir différentes significations étroitement liées, complexes et variées, qui agissent généralement en synergie (*voir l'encadré 6.2*). Ces significations peuvent varier d'un individu à l'autre et au fil du temps. Il est important de comprendre en quoi ces dimensions influencent les opinions et les réflexions, et de savoir

si les messages transmis par les campagnes permettent de contrer les arguments généralement avancés en faveur de ces pratiques. Une évaluation ethnographique rapide vaut mieux qu'un questionnaire précodé pour comprendre ces points de vue.

C'est pourquoi les modules standard des EDS portant sur les MGF/E ne cherchent plus à savoir pourquoi les personnes interrogées sont favorables aux MGF/E, ni à connaître les avantages qu'elles associent à ces pratiques ; ils se contentent à présent de demander si ces pratiques sont imposées par la religion. Les données disponibles permettent pourtant de mieux comprendre certains facteurs qui alimentent le soutien accordé à ces pratiques.

Les arguments les plus fréquemment avancés par les femmes et par les hommes sont respectivement répertoriés dans les tableaux 6.2 et 6.3. Les femmes sélectionnent avant tout la reconnaissance sociale dans la liste préétablie. Cet état de fait rappelle que les décisions des individus concernant les MGF/E sont motivées par des attentes empiriques issues de l'observation du comportement des membres de leur groupe de référence *(voir l'encadré 6.3)*, mais également par des attentes normatives laissant entrevoir la possibilité de sanctions positives ou négatives. Dans de nombreuses familles sénégalaises et gambiennes, les MGF/E sont ainsi considérées comme un élément crucial pour apprendre aux filles à respecter leurs aînées et à se comporter avec vertu, ce qui les rend dignes d'intégrer les réseaux sociaux de leurs aînées[111]. Au sein des familles élargies, on s'attend généralement à ce que les mères, les tantes et les grands-mères appliquent les idées prédominantes sur les responsabilités parentales[112].

Selon Mackie, l'aptitude au mariage est avancée comme le facteur clé expliquant l'émergence et la propagation des MGF/E[113]. Une fois établies, les MGF/E s'intègrent dans le contexte culturel plus large et s'associent à d'autres pratiques et valeurs culturelles qui peuvent fluctuer au fil du temps. Si le lien avec l'aptitude au mariage s'affaiblit progressivement, d'autres dimensions sociales peuvent contribuer au maintien de ces pratiques. L'aptitude au mariage n'est donc pas nécessairement le seul, ni même le principal argument en faveur des MGF/E[120]. Sauf en Érythrée, relativement peu de femmes invoquent les perspectives de mariage pour justifier

Encadré 6.2 : différentes croyances et dimensions associées aux MGF/E

De nombreux observateurs soulignent que les MGF/E sont généralement intégrées dans un contexte culturel plus large et associées à d'autres pratiques et dimensions, et que les différentes croyances associées varient d'une région à l'autre. En règle générale, ces croyances sont inextricablement liées à la poursuite des MGF/E. Beaucoup diraient qu'il faut en tenir compte pour élaborer des politiques locales cohérentes et des programmes efficaces[114]. Il est généralement admis que « les arguments avancés pour justifier l'E/MGF sont nombreux et, dans leur contexte spécifique, convaincants. S'ils peuvent varier selon les communautés, ils présentent cependant un tronc commun : l'E/MGF garantit une position sociale, la possibilité de se marier, la chasteté, la santé, la beauté, ainsi que l'honneur de la famille »[115].

Mackie et LeJeune expliquent que les conditions ayant favorisé l'émergence des MGF/E et des croyances associées n'ont pas besoin de rester figées[116]. À propos des Mandingues en Guinée-Bissau, Michelle Johnson cite un récit ethnographique des années 1940 qui suggère que les MGF/E pratiquées au cours des générations précédentes étaient liées à l'aptitude au mariage[117]. Des dizaines d'années plus tard, elle estime que ce n'est plus le cas et que ces pratiques sont plutôt associées au statut de personne et à l'identité religieuse[118]. Mackie et LeJeune mettent en avant la nécessité d'identifier toutes les croyances qui favorisent le maintien des MGF/E et de fournir des informations crédibles, provenant de sources fiables, qui soient adaptées au contexte local et à la signification locale de ces pratiques[119].

Encadré 6.3 : soutien présumé aux MGF/E

Les individus peuvent supposer que les autres familles sont favorables aux MGF/E si elles continuent à pratiquer l'excision sans déclencher aucune objection. Dans le cadre d'enquêtes menées dans sept pays (le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, l'Érythrée, le Mali, le Niger, le Nigéria et la République-Unie de Tanzanie), on a demandé aux femmes ayant au moins une fille excisée si quelqu'un s'était opposé à l'intervention. Les données issues de l'EDS menée en 2002 en Érythrée (dernière enquête comprenant cette question) montrent que 95 % des femmes ont répondu par la négative, ce qui laisse à penser que l'excision est largement acceptée. Il est cependant important de noter qu'une personne qui ne s'oppose pas activement aux MGF/E ne soutient pas nécessairement ces pratiques.

Tableau 6.2 : pour les filles et les femmes, le principal avantage des MGF/E est la reconnaissance sociale

Parmi les filles et les femmes âgées de 15 à 49 ans ayant entendu parler des MGF/E, pourcentage trouvant des avantages spécifiques à cette intervention

Pays	Aucun avantage	Propreté/ hygiène	Reconnaissance sociale	Amélioration des perspectives de mariage	Préservation de la virginité	Plaisir sexuel renforcé pour l'homme	Obligation religieuse	Autre	Sans opinion
Bénin	55	0	8	1	2	1	1	1	34
Burkina Faso	52	6	24	3	4	0,4	3	2	n/d
Cameroun	50	0	1	1	4	0,4	2	2	40
Érythrée	29	13	42	25	4	n/d	18	3	n/d
Gambie	28	n/d	n/d	n/d	19	n/d	n/d	6	14
Guinée	10	13	64	5	6	3	32	3	n/d
Kenya	81	3	8	3	5	1	2	51	n/d
Mali	17	22	37	10	12	7	24	16	n/d
Mauritanie	21	19	35	4	31	2	29	9	n/d
Niger	76	1	9	2	4	2	1	8	n/d
Nigéria	58	6	8	8	11	5	2	3	8
Sénégal	49	6	19	3	14	1	7	19	n/d
Sierra Leone	25	22	55	19	9	1	5	13	n/d
Tchad	37	5	31	8	7	2	23	4	n/d

Remarques : n/d = non demandé. Les personnes interrogées avaient la possibilité de sélectionner plusieurs réponses. Ce tableau répertorie uniquement les choix de réponse les plus courants. La catégorie « préservation de la virginité » comprend également des réponses telles que *« Préserve la virginité/évite les relations sexuelles avant le mariage »*, *« Préservation de la virginité/ prévention de l'immoralité »* ou *« Réduit le désir sexuel »*. La catégorie « obligation religieuse » comprend également des réponses telles que *« Nécessité religieuse »*, *« Approbation religieuse »* ou *« Obtenir une approbation religieuse »*. Les couleurs utilisées pour les noms de pays correspondent à leurs groupes de prévalence, tels qu'ils sont décrits dans l'encadré 4.4, page 27.
Sources : EDS et MICS, 2000-2010.

l'excision. En Mauritanie, en Gambie, au Sénégal et au Nigéria, les femmes font souvent référence à la préservation de la virginité, qui peut être indirectement liée aux perspectives de mariage dans certaines régions.

Dans la plupart des pays, les hommes avancent les mêmes arguments que les femmes pour justifier l'excision, invoquant principalement la reconnaissance sociale et la préservation de la virginité (*voir le tableau 6.3*).

On peut ventiler les données relatives aux avantages associés aux MGF/E en fonction de la situation des femmes dans un certain nombre de pays. Il n'est pourtant pas judicieux de comparer les opinions des femmes excisées avec celles qui ne le sont pas, ces dernières étant plus susceptibles de ne trouver aucun avantage à l'excision. Néanmoins, l'étude des avantages que les femmes excisées associent aux MGF/E aboutit à une conclusion surprenante : ces femmes sont étonnamment nombreuses à considérer que cette intervention ne présente aucun avantage (*voir la figure 6.11*). La situation est particulièrement frappante au Kenya, où plus de la moitié des femmes excisées ne trouvent aucun avantage à cette pratique.

Tableau 6.3 : les garçons et les hommes trouvent les mêmes avantages que les femmes

Parmi les garçons et les hommes âgés de 15 à 49 ans (ou 59 ans, voir remarque) ayant entendu parler des MGF/E, pourcentage trouvant des avantages spécifiques à cette intervention

Pays	Aucun avantage	Propreté/ hygiène	Reconnaissance sociale	Amélioration des perspectives de mariage	Préservation de la virginité	Plaisir sexuel renforcé pour l'homme	Obligation religieuse	Autre	Sans opinion
Bénin	72	0,4	3	1	2	1	0,4	2	21
Burkina Faso	69	4	10	2	5	1	5	1	n/d
Cameroun	70	0,3	4	2	6	2	2	4	9
Guinée	40	8	39	7	12	2	25	2	n/d
Mali	23	14	19	5	22	5	24	19	n/d
Mauritanie	21	13	29	9	25	2	41	10	n/d
Niger	69	3	7	1	7	4	1	12	n/d
Nigéria	52	4	6	6	17	7	3	4	n/d
Sénégal	58	4	10	2	8	2	5	21	n/d
Sierra Leone	36	24	42	18	8	4	3	13	n/d
Tchad	42	8	19	5	15	3	12	7	n/d

Remarques : n/d = non demandé. Les personnes interrogées avaient la possibilité de sélectionner plusieurs réponses. Ce tableau répertorie uniquement les choix de réponse les plus courants. La catégorie « préservation de la virginité » comprend également des réponses telles que *« Préserve la virginité/évite les relations sexuelles avant le mariage »* ou *« Réduit le désir sexuel »*. La catégorie « obligation religieuse » comprend également des réponses telles que *« Nécessité religieuse »*, *« Approbation religieuse »* ou *« Obtenir une approbation religieuse »*. Les données pour le Bénin et le Cameroun se rapportent aux garçons et aux hommes âgés de 15 à 49 ans. Les données pour tous les autres pays se rapportent aux garçons et aux hommes âgés de 15 à 59 ans. Les couleurs utilisées pour les noms de pays correspondent à leurs groupes de prévalence, tels qu'ils sont décrits dans l'encadré 4.4, page 27.
Sources : EDS et EDS/MICS, 2000-2008.

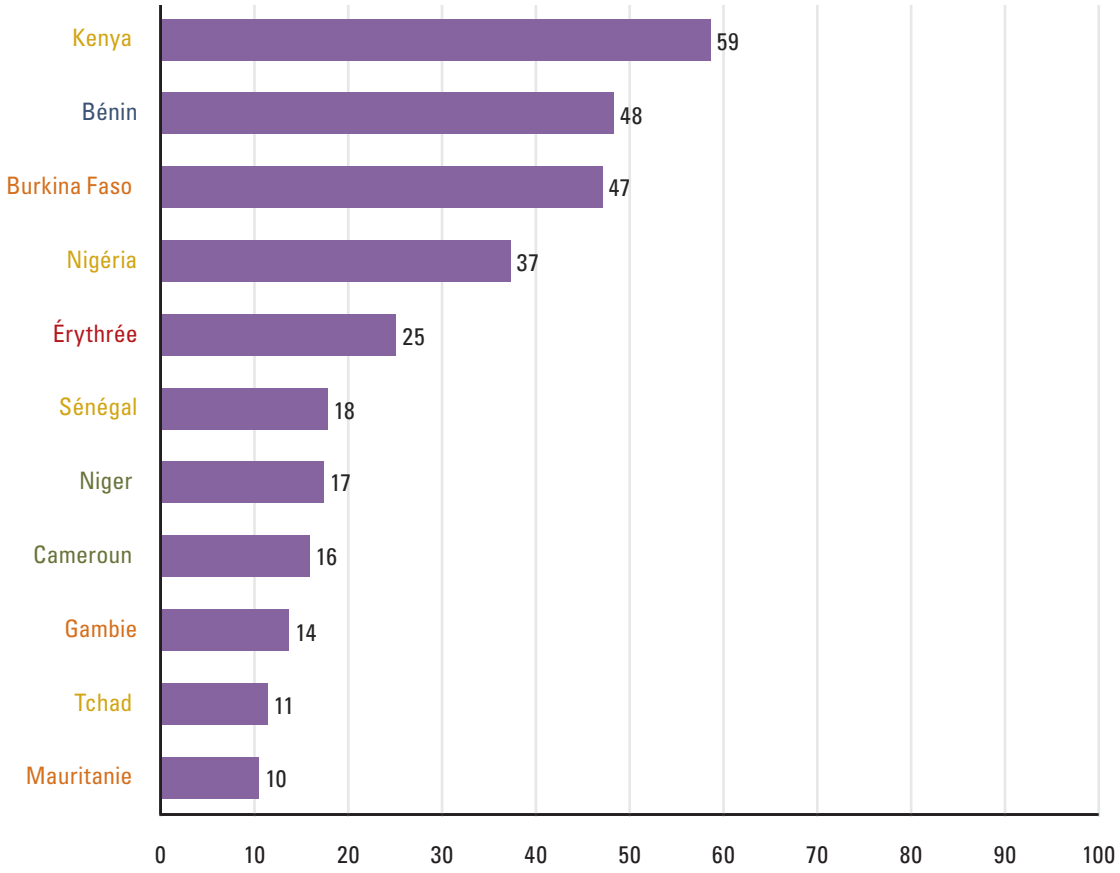
Rôle de la religion dans la poursuite des MGF/E

On considère souvent que les MGF/E sont d'une manière ou l'autre liées à l'islam, ce qui n'est pas vraiment surprenant du fait de la prévalence de ces pratiques au sein de nombreux groupes musulmans africains. Cependant, tous les groupes islamiques ne pratiquent pas l'excision et de nombreux autres groupes la pratiquent. Gruenbaum souligne que les fidèles des trois grandes religions monothéistes (christianisme, judaïsme et islam) « ont à un moment ou à un autre pratiqué l'excision et considéré que cette pratique était prescrite ou du moins autorisée par Dieu »[121].

Bien que les MGF/E soient antérieures à la naissance de l'islam et du christianisme et qu'elles ne soient pas dictées par les textes religieux, le fait qu'elles soient assimilées à une obligation religieuse contribue à la poursuite de ces pratiques dans un certain nombre de régions. Comme le montre la section précédente et comme le confirment les études ethnographiques, les MGF/E sont largement perçues comme une obligation religieuse dans certaines régions[122]. Comme le montrent les tableaux 6.2 et 6.3, dans des pays tels que la Guinée, le Mali ou la Mauritanie, une forte proportion de femmes et d'hommes considèrent que les MGF/E sont imposées par leur religion. Cette approche est souvent étroitement liée à la notion de *« propreté/hygiène »*, certaines communautés musulmanes en étant venues à considérer les MGF/E comme un rite de purification permettant aux femmes de prier décemment[123]. D'autres données issues des MICS et des EDS viennent confirmer

Figure 6.11 : au Kenya, au Bénin, au Burkina Faso et au Nigéria, plus d'une femme ayant subi des MGF/E sur trois n'y trouve aucun avantage

Pourcentage de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant subi des MGF/E et ne trouvant aucun avantage à cette intervention



Remarque : les couleurs utilisées pour les noms de pays correspondent à leurs groupes de prévalence, tels qu'ils sont décrits dans l'encadré 4.4, page 27.
Sources : EDS et MICS, 2000-2010.

© UNICEF/NYHQ2009-0837/Parker

Sadjo « Kobaie » Nyabaly renonce à la pratique de l'excision au cours d'un événement organisé dans le village de Darsilameh pour célébrer la fin des MGF/E et du mariage précoce dans 24 communautés de l'est de l'Upper River en Gambie. Mme Nyabaly, exciseuse traditionnelle de son village, a hérité ce rôle de sa grand-mère. Elle y a finalement renoncé grâce au programme pour l'autonomisation et le développement des communautés soutenu par le gouvernement, l'ONG Tostan et l'UNICEF. Après avoir témoigné des souffrances et des décès liés aux MGF/E, Mme Nyabaly a déclaré : « La seule chose que je puisse faire pour racheter mes actions passées, c'est devenir militante et demander à toutes les femmes de s'unir pour mettre fin à ces pratiques ».

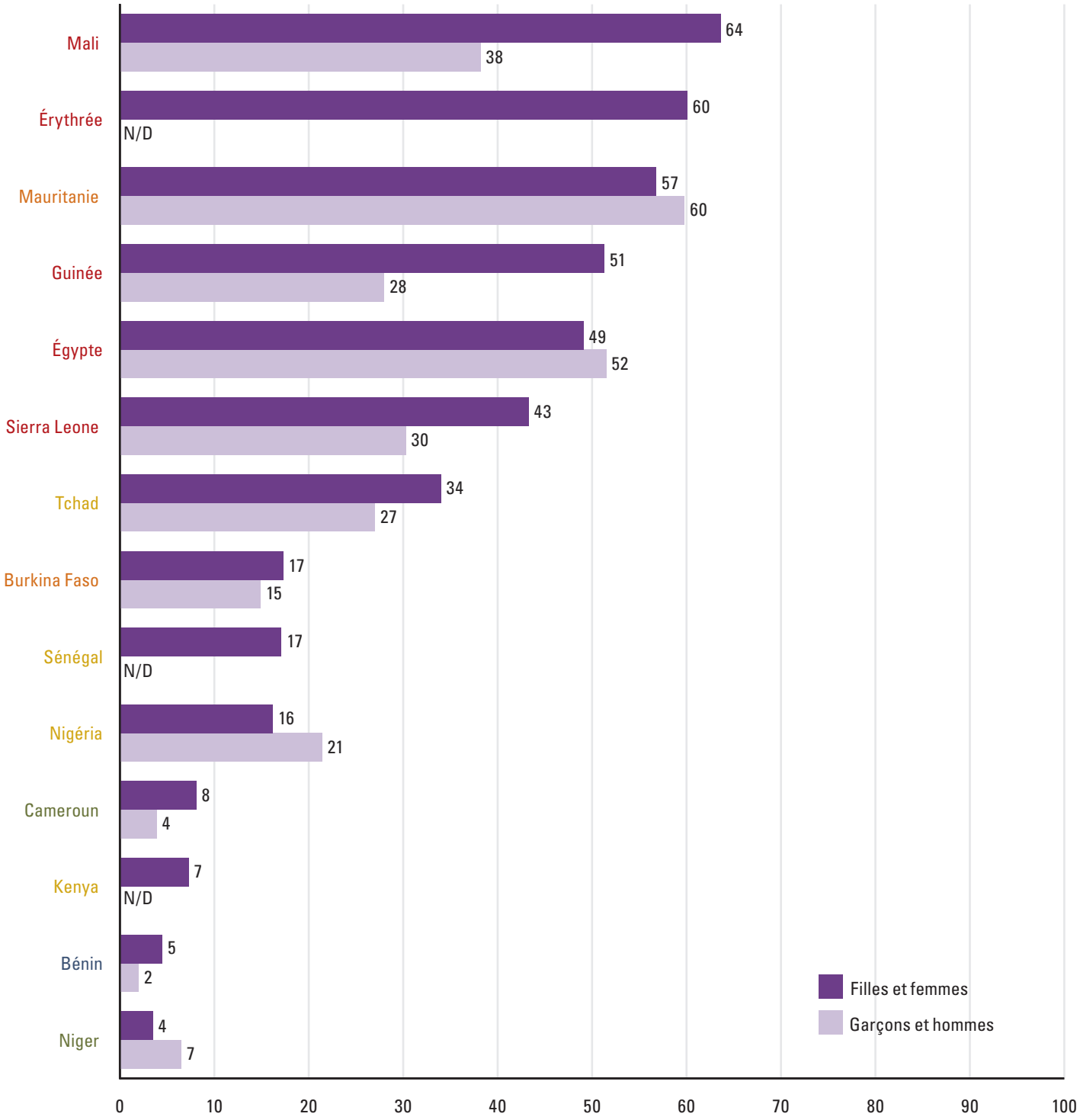
l'importance de la religion. Certaines enquêtes ont spécifiquement cherché à savoir si les personnes interrogées considéraient les MGF/E comme une obligation religieuse. Les résultats de la figure 6.12 montrent qu'un fort pourcentage a répondu par l'affirmative. Au Mali, par exemple, près de deux tiers des femmes et 38 % des hommes considèrent les MGF/E comme une obligation religieuse.

Les érudits et les militants ont déployé des efforts considérables pour démontrer l'absence de référence à ces pratiques dans les Écritures. En Égypte, par exemple, la plus ferme condamnation des MGF/E dans l'islam reste à ce jour la fatwa (édit religieux) émise en 2007 par l'Académie de recherches islamiques d'Al-Azhar, qui explique que ces pratiques ne trouvent leur origine ni dans la charia (loi islamique) ni dans aucune de ses dispositions partielles, qu'elles sont intolérables et qu'elles doivent être abandonnées. Plusieurs fatwas régionales et nationales ont suivi, sur la base de la déclaration originale[124]. Au Soudan, une campagne nationale cherche à promouvoir une association positive entre l'islam et *« saleema »*, un terme identifié et largement mis en avant pour décrire les filles vivant heureuses, en bonne santé et non excisées, telle qu'elles ont été créées par Dieu[125]. Au Sénégal, les chefs religieux ont joué un rôle important en évoquant publiquement ces pratiques, en confirmant qu'elles n'étaient dictées ni par l'islam ni par le Coran et qu'elles portaient atteinte à la dignité des femmes[126]. Cependant, dans la mesure où les convictions religieuses coexistent souvent avec d'autres normes sociales relatives aux MGF/E, l'absence d'obligation écrite n'amoindrit pas forcément les motivations religieuses de ces pratiques. Janice Boddy a ainsi découvert qu'au Soudan « la religion et la tradition ne sont pas seulement corrélées : elles forment une seule et même entité »[127].De même, à propos des Mandingues en Guinée-Bissau, Michelle Johnson décrit une correspondance absolue entre les MGF/E, l'identité ethnique et l'identité islamique. Elle indique également que ces pratiques sont généralement considérées comme un gage de pureté rituelle indispensable à la prière et comme un marqueur d'appartenance à la communauté islamique[128].

Des études menées auprès des Mandingues et des Somalis ayant immigré en Europe ont montré que le fait de côtoyer une communauté islamique plus large, ne pratiquant généralement pas l'excision, poussait de nombreuses personnes à s'interroger sur le lien entre tradition et religion, à adopter une position neutre ou à s'opposer à la poursuite de cette pratique[129]. Les communautés mandingues ayant immigré au Portugal pratiquent peu l'excision. Elles n'assimilent apparemment pas cette pratique

Figure 6.12 : dans 4 pays sur 14, plus de la moitié des femmes considèrent les MGF/E comme une obligation religieuse

Pourcentage de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans et pourcentage de garçons et d'hommes âgés de 15 à 49 ans (ou 59 ans, voir remarque) ayant entendu parler des MGF/E et considérant ces pratiques comme une obligation religieuse



Remarques : N/D = données non disponibles. Les données pour le Bénin, le Burkina Faso, le Cameroun, l'Égypte, le Nigéria et la Sierra Leone se rapportent aux garçons et aux hommes âgés de 15 à 49 ans. Les données pour tous les autres pays se rapportent aux garçons et aux hommes âgés de 15 à 59 ans. Les couleurs utilisées pour les noms de pays correspondent à leurs groupes de prévalence, tels qu'ils sont décrits dans l'encadré 4.4, page 27.

Sources : EDS et MICS, 2000-2011.

© UNICEF/NYHQ2009-1500/Holt

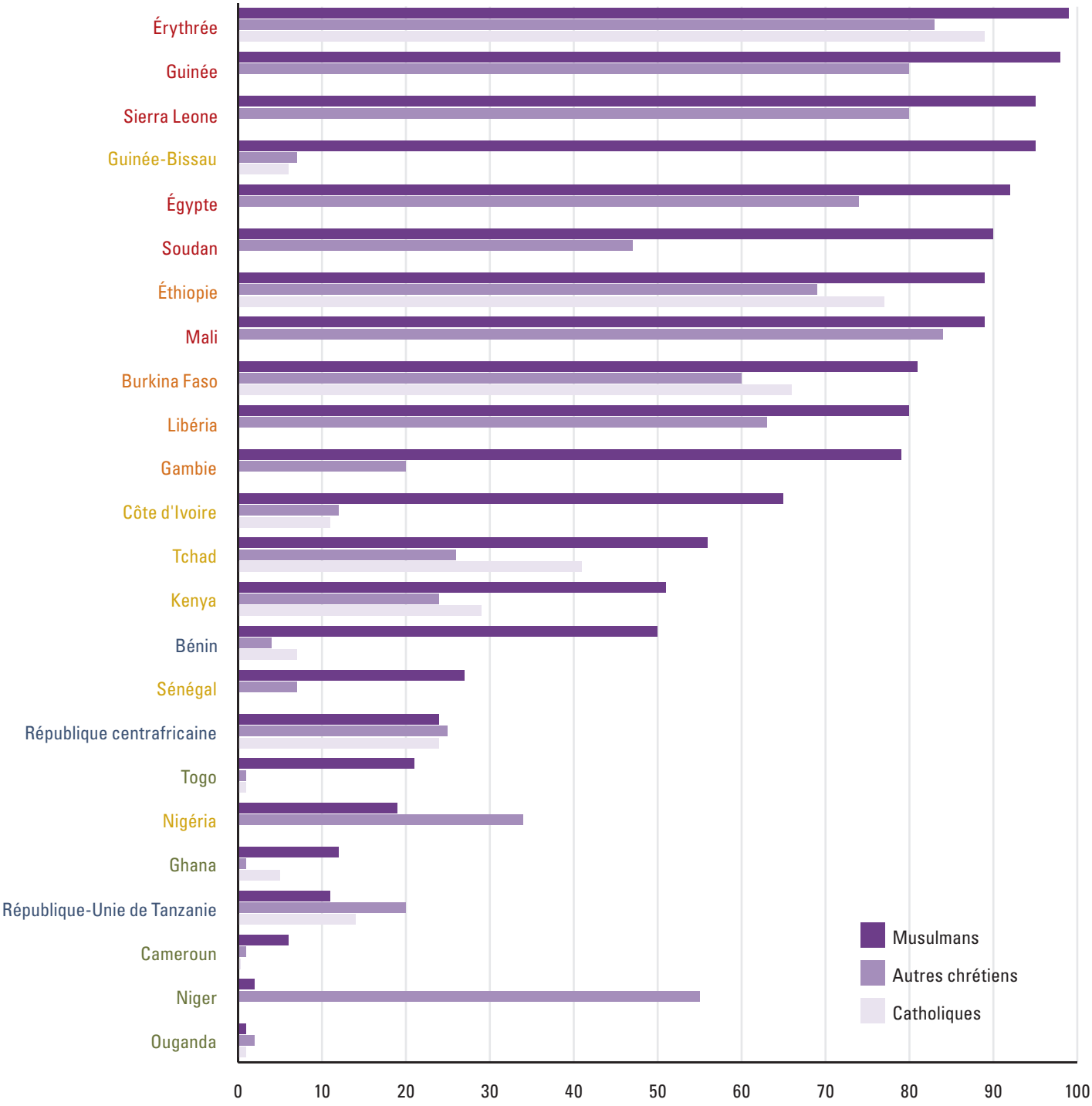
Des filles chantent pour accueillir les représentants de l'UNICEF venus assister à une réunion communautaire dans le village de Sufi Al Bashir, dans l'État de Kassala, au Soudan. Les MGF/E sont encore très répandues dans le village.

à une exigence religieuse. On peut supposer que leurs croyances ont évolué au contact de l'islam « moderne », tel qu'il est interprété et pratiqué hors d'Afrique. Johnson décrit comment cette situation a conduit de nombreuses personnes à faire la distinction entre religion et culture, contribuant dans certains cas à remettre en cause la pratique de l'excision[130]. Cet exemple illustre le processus par lequel la remise en cause des pratiques et des normes sociales attribuées à la religion peut entraîner une évolution des mentalités. Les chefs religieux ont activement combattu les MGF/E à certaines époques et dans certaines régions. Le fait de faciliter le dialogue avec la communauté religieuse au sens large pourrait contribuer au processus d'abandon, en particulier si les chefs religieux peuvent réellement rappeler l'absence d'argument théologique en faveur des MGF/E.

Sans surprise, les données disponibles montrent que le lien entre la religion et les MGF/E varie sensiblement entre les pays[131]. La figure 6.13 présente des données relatives à la prévalence chez les filles et les femmes âgées de 15 à 49 ans en fonction de leur religion. Les catégories diffèrent d'une enquête à l'autre, en fonction des religions présentes dans chaque pays, ce qui complique parfois les comparaisons. Cette analyse examine les différences et les similitudes entre les femmes appartenant à trois grands groupes religieux : les musulmans, les catholiques et les autres chrétiens (y compris protestants et orthodoxes). La prévalence des MGF/E est plus élevée chez les femmes musulmanes dans de nombreux pays. Ces pratiques sont cependant présentes au sein des communautés catholiques et des autres communautés chrétiennes. Dans certains pays à religion dominante, comme c'est le cas pour le Soudan avec l'islam, la pratique de l'excision au sein des autres communautés religieuses a peu d'influence sur la prévalence totale. Les écarts de prévalence en fonction de la religion montrent clairement que l'excision concerne tous les groupes religieux dans les pays où elle est pratiquée. Les chefs religieux devront probablement s'intéresser davantage aux MGF/E afin de promouvoir l'évolution de ces pratiques au sein de leurs communautés.

Figure 6.13 : si la majorité des femmes excisées est musulmane, d'autres groupes religieux pratiquent également les MGF/E

Pourcentage de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant subi des MGF/E, en fonction de leur religion



Remarques : pour différentes enquêtes, les données ont été réanalysées, puis ventilées entre trois principaux groupes religieux. Les données relatives à la prévalence des MGF/E dans d'autres religions, notamment « traditionnelle » et « animiste », ne sont pas présentées dans ce schéma, car elles ne sont disponibles que pour un petit nombre de pays. En Éthiopie, la catégorie « autres chrétiens » comprend les orthodoxes, qui représentent la majorité de la population (49 % des hommes et des femmes interrogés) ; la prévalence des MGF/E chez les seules filles et femmes orthodoxes atteint 68 %. Les données relatives à la Sierra Leone sont issues de l'EDS 2008. Les données relatives à la République-Unie de Tanzanie sont issues de l'EDS 2004-2005, car il n'existe aucune donnée plus récente sur la religion. Les données relatives au Soudan sont issues de l'EDS 1989-1990, car il n'existe aucune donnée plus récente sur la religion. Les couleurs utilisées pour les noms de pays correspondent à leurs groupes de prévalence, tels qu'ils sont décrits dans l'encadré 4.4, page 27.
Sources : EDS et MICS, 1989-2011.

7. Quelle est la relation entre l'expérience vécue, les attitudes et

© UNICEF/KENA2011-00046/Nesbitt

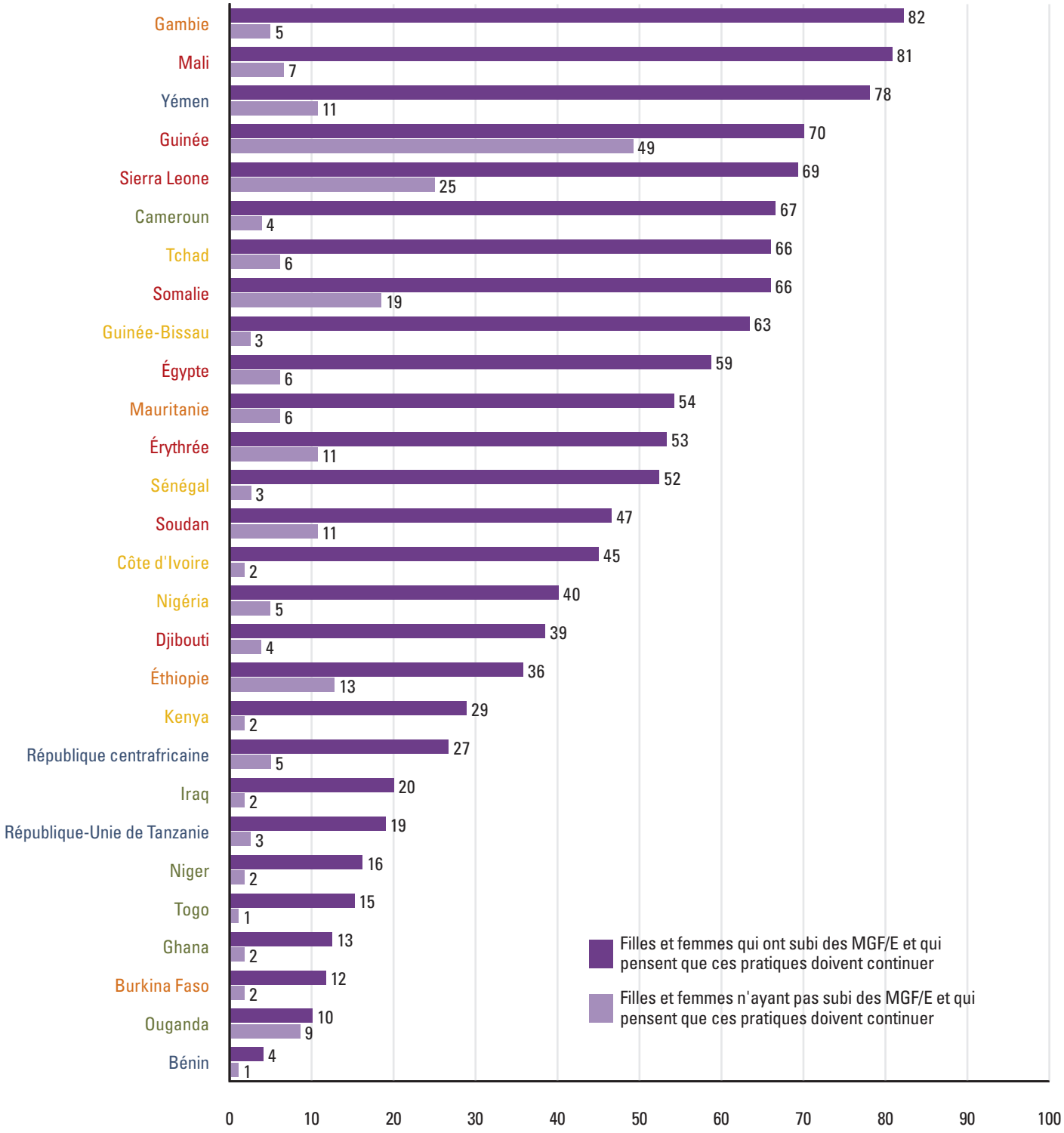
Dans de nombreux pays, y compris ceux où les MGF/E sont généralisées, une forte proportion d'hommes et de femmes ne soutiennent pas ces pratiques, mais hésitent à s'opposer aux normes sociales. Quelle est la relation entre l'expérience vécue et les attitudes dans le domaine des MGF/E ? Plus précisément, quelle est l'opinion des femmes et des filles issues de communautés pratiquantes sur l'excision ? Dans quelle mesure les décisions qu'elles prennent pour leurs filles reflètent-elles leurs opinions déclarées ?

Attitudes des filles et des femmes issues de communautés pratiquantes

Les résultats présentés dans le chapitre 6 reflètent l'opinion des filles et des femmes sur les MGF/E, qu'elles soient ou non excisées et qu'elles vivent ou non dans une communauté pratiquante. Au vu des attentes sociales liées aux MGF/E dans de nombreuses régions, il est légitime de penser que les filles et les femmes excisées soutiennent plus fortement ces pratiques. En d'autres termes, les femmes issues de communautés pratiquantes sont plus susceptibles que les autres de soutenir ces pratiques.

Figure 7.1 : les filles et les femmes excisées sont plus susceptibles de soutenir les MGF/E

Pourcentage de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant entendu parler des MGF/E et soutenant ces pratiques, selon qu'elles sont ou non excisées



Remarques : au Libéria, seules les filles et les femmes excisées ont été interrogées sur leurs attitudes envers les MGF/E ; les données relatives à ce pays ne sont donc pas présentées dans ce schéma. Les données issues des MICS pour le Ghana (2011), le Nigéria (2011) et la Sierra Leone (2010) n'ont pas été utilisées, car elles concernent uniquement les attitudes des femmes ayant au moins une fille ; les données présentées sont issues d'enquêtes antérieures (2006-2008) pour ces trois pays. Les couleurs utilisées pour les noms de pays correspondent à leurs groupes de prévalence, tels qu'ils sont décrits dans l'encadré 4.4, page 27.

Sources : EDS, MICS et SHHS, 1997-2011.

Une femme et sa fille assistent à une réunion communautaire portant sur l'abandon collectif des MGF/E dans le village d'Ardel Al Hajar, dans l'État de Kassala, au Soudan. Les femmes de la communauté se rencontrent régulièrement pour discuter des questions liées à leur santé.

© UNICEF/NYHQ2009-1484/Holt

Les données viennent confirmer cette hypothèse : les filles et les femmes excisées sont plus susceptibles de soutenir les MGF/E que celles n'ayant pas subi ces pratiques *(voir la figure 7.1)*. En Gambie, par exemple, 82 % des filles et des femmes ayant subi des MGF/E soutiennent ces pratiques, contre 5 % des filles et des femmes non excisées. Il n'est pas facile de savoir comment interpréter le soutien apporté aux MGF/E par les femmes non excisées. Il est possible que cela reflète leur tolérance envers les traditions perpétuées par autrui. Des recherches supplémentaires doivent être menées pour confirmer cette hypothèse.

Les données issues de certains pays indiquent qu'une forte proportion de filles et de femmes excisées souhaitent mettre un terme aux MGF/E (*voir la figure 7.2*). Dans 11 pays sur 29, la majorité des filles et des femmes excisées est hostile à ces pratiques. Il s'agit essentiellement de pays à prévalence faible ou modérée comme le Kenya, l'Iraq, la République-Unie de Tanzanie, le Togo ou le Ghana. Ce phénomène s'explique peut-être par le fait que les femmes excisées vivant dans des pays à prévalence faible ou modérée ont plus d'occasions d'échanger avec des personnes qui ne pratiquent pas l'excision et ne subissent aucune répercussion négative liée à ce choix. Le Burkina Faso, pays à prévalence modérément élevée, fait figure d'exception puisque 87 % des filles et des femmes excisées souhaitent mettre un terme aux MGF/E.

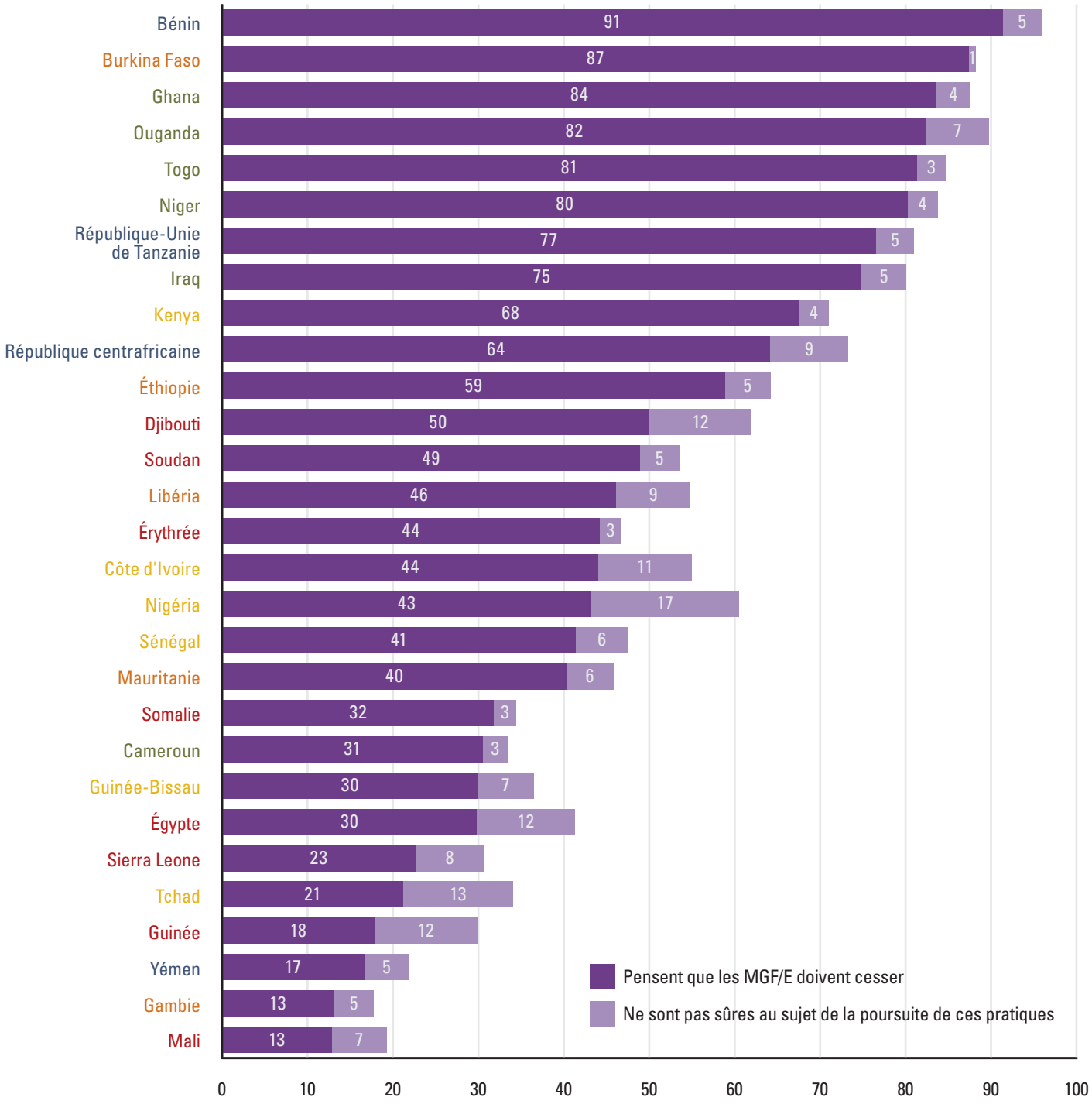
Le fait de comparer la situation des femmes avec leurs opinions déclarées permet d'évaluer le degré global de soutien dont bénéficient les MGF/E au sein des communautés pratiquantes. Lors de l'interprétation de ces résultats, il faut garder à l'esprit que la plupart des filles et des femmes excisées âgées de 15 à 49 ans ont subi l'intervention bien des années auparavant, tandis que les réponses qu'elles donnent reflètent leur opinion actuelle. De plus, il est probable qu'elles aient eu peu d'influence sur la décision concernant leur propre excision. Enfin, les opinions qu'elles expriment ne reflètent pas nécessairement leur capacité à agir selon leurs convictions. Pour toutes ces raisons, il est plus judicieux de comparer les opinions des filles et des femmes avec la situation de leurs filles. Cette approche permet de mieux discerner si les attitudes sont en réelle adéquation avec les comportements.

Relation entre les attitudes et les comportements

Pour savoir si les normes sociales favorisent le maintien des MGF/E, il faut examiner les correspondances et les divergences entre les opinions déclarées des individus et leurs comportements réels. Les individus qui souhaitent mettre un terme aux MGF/E peuvent hésiter à agir selon leurs convictions s'ils s'attendent à être récompensés pour le respect de ces pratiques ou sanctionnés en cas de non-respect. Les personnes et les familles isolées qui choisissent de ne plus pratiquer l'excision mettent en jeu la reconnaissance sociale de leurs filles et le statut social de leur famille. De plus, les préférences d'un individu peuvent être faussées par d'autres personnes, souvent des membres de sa famille, qui souhaitent se conformer aux attentes sociales et éviter tout revers social ou sanction négative.

Figure 7.2 : de nombreuses filles et femmes ayant subi des MGF/E souhaitent mettre un terme à ces pratiques

Parmi les filles et les femmes excisées âgées de 15 à 49 ans, pourcentage s'opposant à ces pratiques ou indiquant qu'elles ne sont pas sûres/que cela dépend



Remarques : la catégorie ayant répondu « Je ne suis pas sûre » comprend également les filles et les femmes ayant répondu « Cela dépend » et celles pour lesquelles il n'existe aucune donnée. Les données issues des MICS pour le Ghana (2011), le Nigéria (2011) et la Sierra Leone (2010) n'ont pas été utilisées, car on manque d'information sur les filles et les femmes qui n'ont pas de filles vivantes; les données présentées sont issues d'enquêtes antérieures (2006-2008) pour ces trois pays. Les couleurs utilisées pour les noms de pays correspondent à leurs groupes de prévalence, tels qu'ils sont décrits dans l'encadré 4.4, page 27.

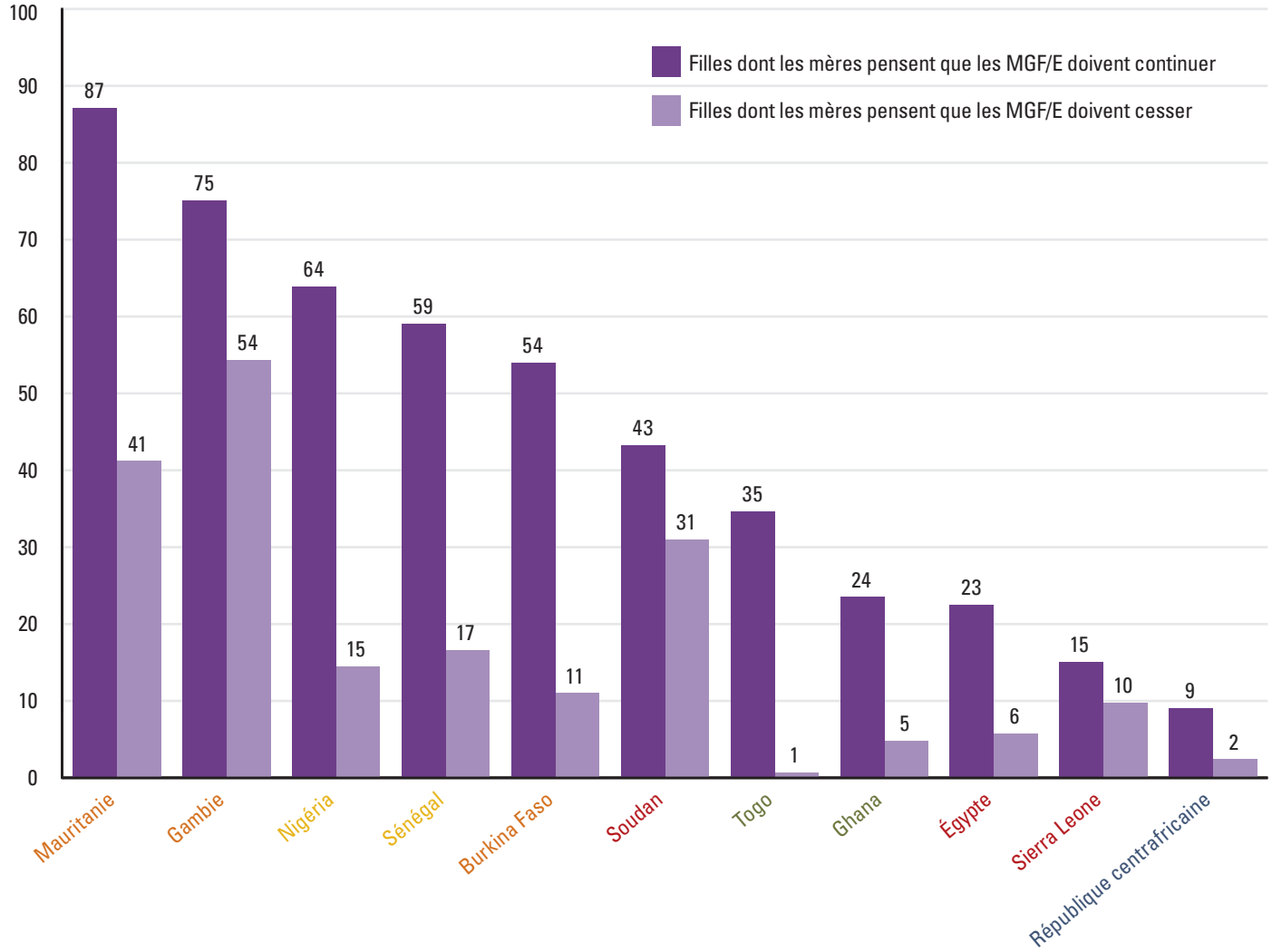
Sources : EDS, MICS et SHHS, 1997-2011.

Les données relatives aux attitudes des mères et à la situation de leurs filles permettent de comparer la prévalence de l'excision chez les filles de femmes excisées favorables aux MGF/E d'une part et hostiles à ces pratiques d'autre part. Cette analyse permet de savoir si les attitudes se traduisent par des comportements. Les figures 7.3A et 7.3B présentent les résultats issus de deux méthodes de collecte de données différentes (et non comparables), comme l'explique l'encadré 4.3[132]. Sans surprise, les filles dont la mère est favorable à la perpétuation de ces pratiques risquent beaucoup plus d'être touchées. Il faut cependant souligner que les mères de nombreuses filles excisées sont hostiles à ces pratiques.

De nombreuses filles excisées ont des mères qui s'opposent à cette pratique

Figure 7.3A

Parmi les filles de mères excisées, pourcentage de filles âgées de 0 à 14 ans ayant subi des MGF/E (selon les informations fournies par leurs mères), en fonction des attitudes de leurs mères envers ces pratiques

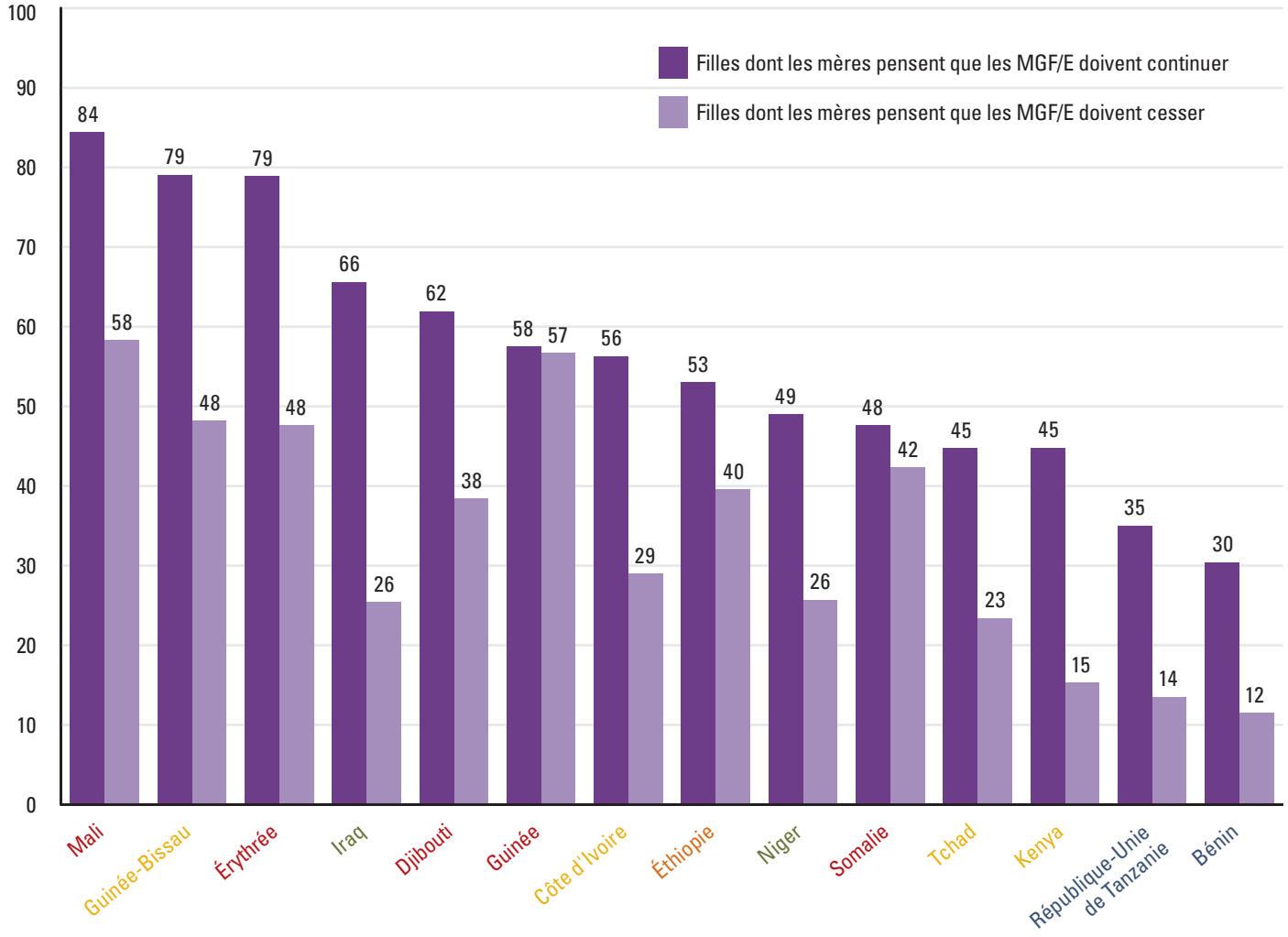


Remarques : les données pour l'Égypte ont été recalculées pour les filles âgées de 0 à 14 ans. Les données pour le Sénégal se rapportent aux filles âgées de 0 à 9 ans. Les données pour l'Ouganda ne sont pas présentées, car elles sont basées sur moins de 25 cas non pondérés. Pour le Ghana et le Togo, les données relatives aux filles dont la mère est favorable aux MGF/E sont basées sur 25 à 49 cas non pondérés. Les couleurs utilisées pour les noms de pays correspondent à leurs groupes de prévalence, tels qu'ils sont décrits dans l'encadré 4.4, page 27.
Sources : EDS, MICS et SHHS, 2008-2011.

Comment peut-on interpréter cet écart entre les attitudes et les comportements ? Il est possible que certaines mères aient changé d'opinion depuis l'excision de leurs filles ou qu'elles se soient pliées à cette pratique en dépit leurs convictions personnelles, du fait de pressions exercées par autrui et de leur inquiétude quant aux récompenses et aux sanctions sociales. L'existence de telles pressions est confirmée dans le chapitre 6, qui indique que la reconnaissance sociale est l'argument le plus fréquemment avancé pour justifier ces pratiques. Il est également possible que les femmes hostiles aux MGF/E ignorent que d'autres personnes souhaitent également mettre un terme à ces pratiques. Il en résulte un phénomène d'ignorance pluraliste (décrit dans le chapitre 3), qui conduit les individus à penser à tort que les autres ne partagent pas leur opinion (*voir l'encadré 7.1*). Dans une telle situation, le fait de susciter le débat au sein d'un groupe pratiquant peut soutenir et accélérer l'abandon des MGF/E.

Figure 7.3B

Pourcentage de mères excisées âgées de 15 à 49 ans ayant au moins une fille excisée, en fonction de leurs attitudes envers ces pratiques



Remarques : les données de la figure 7.3A reflètent la méthode la plus récente permettant de recueillir des données sur la prévalence des MGF/E chez toutes les filles âgées de 0 à 14 ans, tandis que les données de la figure 7.3B concernent les mères excisées ayant au moins une fille excisée, comme l'explique l'encadré 4.3. L'utilisation de méthodes différentes empêche toute comparaison directe entre les deux schémas. Les données concernant le Cameroun ne sont pas présentées, car elles sont basées sur moins de 25 cas non pondérés. Pour le Niger, les données relatives aux filles dont la mère est favorable aux MGF/E sont basées sur 25 à 49 cas non pondérés. Les couleurs utilisées pour les noms de pays correspondent à leurs groupes de prévalence, tels qu'ils sont décrits dans l'encadré 4.4, page 27.
Sources : EDS et MICS, 2002-2011.

Encadré 7.1 : comment peut-on expliquer l'écart entre les attitudes et les comportements ?

Plusieurs chercheurs ont montré qu'il était illusoire d'établir un lien direct entre l'information, l'intention et le changement de comportement, soulignant plutôt l'influence des interactions sociales et du contexte social entourant la prise de décisions[133]. Lorsque les individus reçoivent de nouvelles informations sur une pratique normative, ils peuvent commencer à s'interroger sur sa valeur. Pourtant, une simple propension au changement ne suffit pas forcément à modifier les comportements lorsque des attentes sociales réciproques favorisent le maintien d'une pratique. Ceci explique en partie pourquoi la prévalence des MGF/E est souvent bien plus élevée que le soutien affiché à ces pratiques.

L'hypothèse d'attentes sociales réciproques n'est pas toujours fondée. Les psychologues soulignent que les individus s'informent sur les préférences des autres en observant leur comportement[134] ; ils ont rarement accès aux pensées et sentiments intimes des autres personnes. Même lorsque ces attitudes personnelles changent, les autres ne s'en rendent pas forcément compte et peuvent avoir une perception totalement erronée. Comme l'indique le chapitre 3, ce phénomène est appelé « ignorance pluraliste ». Lorsque les individus pensent à tort que leurs nouvelles préférences ne sont pas partagées par autrui, ils peuvent adopter une position conservatrice. Dans ce cas, le changement de préférence ne s'accompagne pas d'un changement de comportement, ce qui fait que la pratique se maintient bien après l'érosion du soutien personnel des individus à celle-ci.

Il est important de prendre en compte le degré d'ignorance pluraliste au sein d'une communauté spécifique lors de l'élaboration d'un programme. En règle générale, lorsqu'une norme sociale est en place depuis un certain temps, les individus ont tendance à surestimer le soutien dont elle bénéficie. Un niveau d'ignorance pluraliste élevé est le résultat d'un dialogue insuffisant sur une norme dont on suppose qu'elle bénéficie d'un large soutien. Si les connaissances et l'expérience peuvent modifier les préférences d'un individu, cette information doit être transmise dans des espaces protégés, où les individus se sentent libres d'exprimer leur point de vue. De plus, les données relatives aux préférences peuvent mettre en évidence l'évolution des attentes au sein d'une communauté. La création de circuits de communication et de partage de l'information permet de générer des connaissances communes et de modifier les attentes sociales réciproques. Les expériences visant à dissiper l'ignorance pluraliste montrent en effet que cette approche peut entraîner une évolution rapide des comportements[135].

Les décisions concernant les MGF/E sont souvent prises par un groupe, ce qui peut également expliquer l'écart entre les attitudes personnelles et les comportements[136]. La taille et la composition de ce groupe peuvent évoluer au fil du temps et chacun de ses membres ne bénéficie pas forcément du même pouvoir de persuasion. Les rapports de force ont donc une importance capitale. Les différents décideurs peuvent également être influencés par les membres de leurs réseaux sociaux, qui sont susceptibles de changer au fil du temps. Hernlund et Shell-Duncan soulignent que la formation de l'opinion d'une personne est liée à la fluctuation des relations, contextes et expériences, que les auteurs appellent « contingences »[137]. L'analyse des dynamiques sociales liées aux MGF/E doit donc être sensible à l'évolution des conditions locales et des rapports de force entre les décideurs.

Modèles de changement de comportement

De nombreux modèles de « réceptivité au changement » ont été mis au point pour mieux appréhender le changement de comportement. Ils partent du principe que les individus sont en mesure d'agir selon leurs intentions. Le modèle des « étapes du changement » élaboré dans le secteur de la psychologie de la santé pour aider les personnes à arrêter de fumer a ainsi été appliqué à un large éventail de comportements, notamment la toxicomanie, le changement d'alimentation, la promotion de l'exercice physique et la sexualité à moindre risque[138]. Ce modèle affirme que les individus passent par une succession d'étapes communes au cours du processus de changement de comportement : 1) *précontemplation* - la personne n'envisage pas de changer de comportement dans un avenir proche ; 2) *contemplation* - la personne envisage de changer de comportement, mais ne prend pas encore d'engagement ferme en ce sens ; 3) *préparation* - la personne s'engage à changer de comportement dans un délai de 30 jours, mais n'agit pas encore ; 4) *action* - la personne change véritablement de comportement ; 5) *maintien* - le changement de comportement perdure pendant six mois[139]. La terminologie utilisée dans ce modèle, ainsi que dans un modèle comparable élaboré par Everett Rogers[140], peut s'appliquer aux MGF/E[141]. Shell-Duncan et Hernlund ont adopté ce modèle pour prendre en compte l'influence des normes sociales[142].Considérant que le comportement réel ou souhaité d'un individu n'est pas indépendant, mais influencé par autrui, les auteurs identifient cinq catégories de réceptivité au changement dans le domaine des MGF/E : 1) *partisans convaincus* - individus favorables à la continuation des MGF/E, qui ont fait ou feront exciser leurs filles ; 2) *partisans réticents* - individus favorable à l'abandon des MGF/E, qui ont fait ou feront cependant exciser leurs filles ; 3) *attentistes* - individus indécis, qui remettent en cause ces pratiques ; 4) *partisans réticents de l'abandon* - individus favorable à la continuation des MGF/E, qui ne feront cependant pas exciser leurs filles ; 5) *partisans convaincus de l'abandon* - individus favorable à l'abandon des MGF/E, qui ne feront pas exciser leurs filles (*voir la figure 7.4*)[143].

Les questions portant sur le soutien apporté aux MGF/E et sur la situation des filles permettent de classer les mères en cinq catégories. Les opinions exprimées par les mères (*« Je souhaite que les MGF/E se poursuivent », « Je ne suis pas sûre », « Cela dépend » ou « Je souhaite que soit mis un terme aux MGF/E »*) permettent de déterminer leurs attitudes envers les MGF/E. Le fait qu'une mère ait fait exciser ou ait l'intention de faire exciser l'une de ses filles permet de déterminer son comportement. Les « partisanes » sont les femmes qui indiquent qu'elles ont fait ou feront exciser leur fille. Les femmes qui répondent *« Je ne sais pas »* à cette question sont considérées comme « indécises ».

Figure 7.4 : cinq catégories permettent de décrire la réceptivité au changement

Dimensions de la réceptivité au changement dans le domaine des MGF/E

Comportement	Attitudes		
	Favorable à la continuation des MGF/E	Indécis	Favorable à l'abandon des MGF/E
Partisan des MGF/E	**Partisan convaincu**		**Partisan réticent**
Indécis		**Attentiste**	
Partisan de l'abandon des MGF/E	**Partisan réticent de l'abandon**		**Partisan convaincu de l'abandon**

Source : adapté de Shell-Duncan, B. et Hernlund, Y., « Are there "Stages of Change" in the Practice of Female Genital Cutting? Qualitative research findings from Senegal and the Gambia », *African Journal of Reproductive Health*, vol. 10, n° 2, 2006, p. 57-71.

© UNICEF/NYHQ2009-1467/Holt

Hela Bakri, 31 ans, pose avec sa fille de 15 ans, Neshwa Sa'ad, dans sa maison du quartier d'Abu Si'id à Omdurman, une ville de l'État de Khartoum, au Soudan. Hela a quitté l'école à l'âge de 10 ans, peu de temps après avoir été excisée. Elle a envoyé ses trois filles à l'école primaire et met de l'argent de côté pour que Neshwa puisse suivre des études secondaires. « Je veux que Neshwa aille aussi loin que possible, car je n'ai pas eu cette chance », déclare Hela. Quelques années plus tôt, Neshwa a été excisée contre la volonté d'Hela. « Je n'ai pas eu le choix... Je n'ai pas participé aux festivités qui ont suivi, car je n'étais pas d'accord avec cette décision ». Hela espère pouvoir éviter l'excision à ses deux plus jeunes filles.

Les femmes qui ont une fille non excisée et qui n'ont pas l'intention de la faire exciser sont classées dans la catégorie « partisans de l'abandon ».

Comme l'explique le chapitre 4, certaines filles non excisées risquent de l'être au moment où elles atteindront l'âge traditionnel de l'excision. Dans certaines enquêtes, si les femmes indiquent que leur fille n'est pas excisée, on leur demande si elles ont l'intention de lui faire subir cette intervention. La fiabilité de cette méthode est compromise par le fait que les mères sont rarement les seules à décider et ne peuvent pas toujours agir selon leurs intentions. De plus, au fur et à mesure que leurs filles se rapprochent de l'âge traditionnel de l'excision, les mères peuvent céder à la pression sociale et se plier à ce qu'elles pensent que les autres attendent d'elles. Enfin, lorsque la législation interdisant les MGF/E est connue, les personnes interrogées peuvent être moins disposées à faire état de leur intention de faire exciser leurs filles. C'est pourquoi les informations relatives aux intentions ne permettent pas d'évaluer avec certitude la prévalence future. Si les données relatives à la situation des filles ne sont pas associées aux intentions déclarées, une forte proportion de mères risque cependant d'être classée par erreur dans la catégorie des partisans

de l'abandon, du simple fait que leurs filles n'ont pas encore atteint l'âge traditionnel de l'excision.

Dans 16 des 29 pays où se concentrent les MGF/E, 33 enquêtes ont permis de recueillir des informations sur les intentions. Dans les pays où la majorité des filles est excisée avant l'âge d'un an, les mères n'ont pas été interrogées sur leurs intentions, l'excision ayant généralement déjà été pratiquée. Dans des pays comme l'Égypte, où cette intervention est généralement pratiquée à l'adolescence, il est indispensable de connaître les intentions des mères pour évaluer le pourcentage de filles risquant d'être excisées. Le tableau 7.1 indique, pour plusieurs pays, le pourcentage de filles et de femmes excisées âgées de 15 à 49 ans pouvant être classées dans chaque catégorie de réceptivité au changement, en fonction de la situation de leurs filles et de leurs intentions déclarées. Il apparaît que la plupart des mères sont des partisanes convaincues au Mali, en Guinée, en Sierra Leone, en Égypte, en Mauritanie et au Soudan. En revanche, en République-Unie de Tanzanie et au Kenya, la plupart des mères ont volontairement abandonné les MGF/E, ce qui semble indiquer un changement durable. En République-Unie de Tanzanie, 12 % des femmes sont des partisanes réticentes, ce qui laisse à penser que les normes sociales empêchent encore certaines femmes d'abandonner les MGF/E. La proportion de femmes figurant dans la catégorie « attentistes » est faible dans tous les pays. Ceci suggère que la période d'ambivalence est courte et donc rarement identifiée par les enquêtes transversales. La seule exception est le Nigéria, où 13 % des femmes envisagent l'abandon de ces pratiques. Une fois encore, lors de l'interprétation de ces résultats, il faut garder à l'esprit les limites des intentions auto-déclarées par les mères d'exciser leurs filles.

Tableau 7.1 : la répartition des femmes entre les différentes catégories de réceptivité au changement nous renseigne sur la stabilité de ces pratiques

Parmi les filles et les femmes excisées âgées de 15 à 49 ans, pourcentage pouvant être classé dans chaque catégorie de réceptivité au changement (en fonction de la situation de leurs filles et de leurs intentions), dans plusieurs pays disposant de données.

Pays	Partisane convaincue	Partisane réticente	Attentiste	Partisane réticente de l'abandon	Partisane convaincue de l'abandon
Égypte	64	3	8	3	22
Guinée	74	11	11	*	3
Kenya	21	13	*	5	58
Mali	83	7	6	1	3
Mauritanie	55	40	5	*	*
Nigéria	37	14	13	5	30
Sierra Leone	73	11	7	1	8
Soudan	55	18	5	0	22
République-Unie de Tanzanie	16	12	(4)	(2)	66

Remarques : les astérisques signalent des chiffres basés sur moins de 25 cas non pondérés, qui ont été supprimés. Les données entre parenthèses sont basées sur 25 à 49 cas non pondérés. Les données pour la Mauritanie et le Soudan se rapportent à toutes les filles excisées âgées de 0 à 14 ans. Les données pour l'Égypte se rapportent à toutes les filles excisées âgées de 0 à 17 ans. Les données pour tous les autres pays se rapportent à la fille la plus récemment excisée de mère âgée de 15 à 49 ans ayant au moins une fille excisée. Les couleurs utilisées pour les noms de pays correspondent à leurs groupes de prévalence, tels qu'ils sont décrits dans l'encadré 4.4, page 27.
Sources : EDS, MICS et SHHS, 2005-2011.

8. La pratique des MGF/E évolue-t-elle ?

© UNICEF/NYHQ2009-2271/Holt

Il est intéressant de savoir si l'intensification des efforts de lutte contre les MGF/E aux niveaux local, national et international, aboutit à des changements mesurables. Les questions principales sont les suivantes : les attitudes envers les MGF/E ont-elles évolué ? Ces pratiques sont-elles moins répandues ? Observe-t-on une évolution de l'âge et des conditions dans lesquelles les MGF/E sont pratiquées ?

Suivi des changements

Lorsque l'on examine les tendances liées à la pratique des MGF/E, il faut prendre en compte quatre facteurs importants :

Le laps de temps entre les enquêtes successives. Cet intervalle peut être compris entre 1 et 20 ans, en fonction du pays. Au Soudan, par exemple, la collecte régulière de données entre 1989-1990 et 2010 permet d'évaluer les changements au cours d'une longue période.

Le nombre de points de données disponibles pour chaque pays. Cet élément peut également varier et influencer l'analyse des tendances. Celles-

ci sont plus nettes lorsqu'il existe non pas deux sources de données, mais plusieurs enquêtes pour chaque pays.

L'intervalle de temps à prendre en compte lors de l'interprétation des tendances (*voir l'encadré 8.1*). En Mauritanie, par exemple, la plupart des filles sont excisées au cours du premier mois suivant leur naissance. Une enquête menée en 2011 porte donc sur les changements ayant eu lieu entre 1962 et 1996 environ.

L'ampleur des changements. On peut mesurer les changements de deux manières : en comparant la différence absolue (évolution des points de pourcentage) entre les estimations ou en examinant le pourcentage de variation entre les estimations. Par exemple, la prévalence peut chuter de 90 à 80 % en cinq ans dans un pays donné et de 20 à 10 % dans un autre. La diminution de 10 points de pourcentage observée dans les deux pays correspond à une baisse de 11 % dans le premier cas et de 50 % dans le second. Les conclusions énoncées dans ce chapitre sont basées sur ces deux mesures.

Outre ces facteurs, la manière dont les enquêtes sont conçues et mises en œuvre peut également influencer les résultats issus

Encadré 8.1 : impact des intervalles de temps sur l'interprétation des tendances liées à la prévalence des MGF/E chez les filles et les femmes âgées de 15 à 49 ans

Lorsque l'on étudie l'évolution de la prévalence des MGF/E chez les filles et les femmes en âge de procréer, il ne faut pas oublier que l'événement évoqué par les personnes interrogées s'est généralement produit bien des années auparavant. Cet intervalle de temps varie en fonction de l'âge actuel de la femme et de son âge au moment de l'excision. Il faut en tenir compte si l'on souhaite comprendre l'impact des actions visant à réduire cette pratique. Les EDS et les MICS permettent de recueillir régulièrement des informations sur l'âge au moment de l'excision et de déterminer la période pendant laquelle surviennent les changements de comportement.

Pour prendre un exemple précis : selon la MICS menée en 2011 en Mauritanie, l'âge moyen au moment de l'excision est d'un mois. Ceci implique que la plupart des filles âgées de 15 à 19 ans (groupe le plus jeune) évoquent généralement un événement qui a eu lieu 15 à 19 ans avant l'enquête, entre 1992 et 1996. De même, les filles et les femmes âgées de 45 à 49 ans (groupe interrogé le plus âgé) font référence à un événement qui a eu lieu entre 1962 et 1966. Les données recueillies auprès de ces femmes ne reflètent donc pas l'impact des récentes campagnes visant à mettre un terme aux MGF/E ; elles décrivent des événements et des changements qui se sont déroulés sur plus de trois décennies, entre 1962 et 1996.

En revanche, en Égypte (EDS 2008), l'âge moyen au moment de l'excision est d'environ 10 ans. Les femmes âgées de 49 ans évoquent donc un événement qui a eu lieu environ 39 ans plus tôt. Les filles âgées de 15 ans, quant à elles, évoquent un événement qui a eu lieu environ 5 ans plus tôt. Dans ce cas, les données recueillies auprès des filles âgées de 15 à 19 ans sont sensibles aux changements découlant des actions les plus récentes visant à décourager les MGF/E. L'enquête porte en effet sur des événements ayant eu lieu

Encadré 8.2 : mesure de l'évolution des MGF/E - Impact de la conception et de la mise en œuvre des enquêtes

Plusieurs facteurs liés à la conception et à la mise en œuvre des enquêtes peuvent influencer les estimations dans certains pays ; il faut en tenir compte lorsque l'on examine les résultats de toutes les enquêtes disponibles. Ces facteurs peuvent compromettre la comparabilité des données, notamment en cas de variation de la base d'échantillonnage, du contenu et de la structure du questionnaire ou de la terminologie utilisée pour faire référence aux MGF/E.

Les variations de la base d'échantillonnage peuvent être dues à l'exclusion d'une zone géographique, à l'altération des critères d'éligibilité ou à la modification de la fraction d'échantillonnage dans certaines régions. Il peut alors s'avérer nécessaire d'ajuster les données afin de garantir leur comparabilité. L'EDS menée en 1998 au Kenya, par exemple, ne comprenait pas la province nord-orientale. Cette région est principalement peuplée de communautés somalies, au sein desquelles les MGF/E sont quasiment universelles. Les EDS de 2003 et 2008-2009 l'ont, quant à elles, prise en compte. Cette variation de la base d'échantillonnage empêche toute comparaison directe entre les estimations des enquêtes récentes et celles de 1998. Si l'on exclut les données issues de la province nord-orientale des enquêtes de 2003 et 2008-2009, il sera possible de comparer les données de ces trois enquêtes. Il apparaît alors que la prévalence des MGF/E a chuté de 38 % en 1998 à 31 % en 2003, puis à 26 % en 2008-2009 dans plusieurs zones du pays, à l'exclusion de la province nord-orientale. Le soutien apporté à ces pratiques est quant à lui passé de 20 % en 1998 à 8 % en 2008-2009.

Au Mali, l'échantillon utilisé dans le cadre de l'EDS de 1995-1996 ne couvrait pas la région de Kidal (zone à très faible prévalence) et ne représentait pas suffisamment les régions de Tombouctou (zone à forte prévalence) et de Gao (zone à très faible prévalence). Le soutien apporté aux MGF/E atteignait 6 % en 1995-1996 dans les régions de Tombouctou/Gao et 35 % en 2001 dans les régions de Tombouctou/Gao/Kidal. Par conséquent, la prévalence globale des MGF/E et le niveau de soutien apporté à ces pratiques étaient sans doute légèrement supérieurs aux chiffres fournis par l'enquête de 1995-1996. Cet écart ne pouvant être calculé avec précision, on ne peut pas comparer directement les données de 1995-1996 avec les enquêtes ultérieures.

En Égypte, l'altération des critères d'éligibilité a modifié la base d'échantillonnage au cours d'enquêtes successives. Les EDS menées entre 1995 et 2005 ciblaient uniquement les filles et les femmes âgées de 15 à 49 ans qui avaient été mariées au moins une fois, tandis que l'EDS de 2008 portait

de cycles de collecte de données successifs (*voir l'encadré 8.2*), notamment en cas de variation de la base d'échantillonnage, du contenu et de la structure du questionnaire ou de la terminologie utilisée pour désigner les MGF/E. Comme indiqué précédemment, la méthode utilisée pour interroger les femmes sur ces pratiques, notamment sur leur propre situation, a considérablement évolué au fil des ans. Il est logique de penser que ces changements ont influencé les réponses. Si les sources ont été examinées afin de garantir la comparabilité des données au fil du temps, la prudence reste de mise lorsque l'on compare les résultats issus d'enquêtes successives.

Les différences en termes de prévalence des MGF/E et d'attitudes envers ces pratiques peuvent également provenir d'une sous-déclaration liée à l'adoption de lois érigeant les MGF/E en infraction pénale (*voir les encadrés 8.3 et 8.4*). Comme l'indique le chapitre 2 du présent rapport, la plupart des pays dans lesquels se concentrent les MGF/E ont adopté des lois interdisant ces pratiques. Dans le même temps, les campagnes de lutte contre ces pratiques, ainsi que d'autres initiatives visant à leur élimination, ont redoublé d'intensité. Il est difficile d'évaluer l'impact de ces initiatives sur les informations déclarées.

Enfin, il est important d'identifier les différences liées à de simples erreurs d'échantillonnage, qui peuvent être significatives[145]. Il faut prendre en compte l'ensemble de ces facteurs lors de l'analyse des tendances, les différences observées pouvant être liées à l'évolution des méthodes de collecte de données ou à des distorsions plutôt qu'à une véritable évolution des pratiques.

sur toutes les femmes du même groupe d'âge, qu'elles aient déjà été mariées ou non[144]. La diminution apparente de la prévalence, qui est passée de 96 % en 2005 à 91 % en 2008, est en grande partie due au fait que les MGF/E sont moins répandues chez les femmes n'ayant jamais été mariées. Lorsque l'on utilise les données de 2008 pour recalculer la prévalence chez les femmes ayant été mariées au moins une fois, le pourcentage de femmes excisées atteint 95 %.

Au Nigéria, la prévalence nationale estimée a fluctué au fil des ans, passant de 25 % en 1999 (EDS) à 19 % en 2003 (EDS), 26 % en 2007 (MICS), 30 % en 2008 (EDS), puis 27 % en 2011 (MICS). En y regardant de plus près, il apparaît que trois problèmes liés à l'échantillonnage, au contenu et à la conception des questionnaires ont affecté les données et compromis la comparabilité des résultats au fil du temps.

Premièrement, en raison d'un oubli dans le questionnaire, les femmes n'ayant jamais eu de rapports sexuels n'ont pas été interrogées sur les MGF/E dans le cadre de l'EDS de 1999. Les données relatives aux MGF/E étaient donc manquantes pour une forte proportion de femmes (16 %), dont plus de la moitié (52 %) étaient des filles âgées de 15 à 19 ans.

Le deuxième problème est lié à la sous-représentation des habitants d'une région où la prévalence est relativement élevée. Le Nigéria est divisé en six zones géopolitiques, dans lesquelles la prévalence des MGF/E varie de manière significative. Les données issues de la dernière MICS, menée en 2011, indiquent que seules 4 % des femmes âgées de 15 à 49 ans sont excisées dans la région du nord-est, contre 48 % dans la région du sud-ouest. Si l'on compare la base d'échantillonnage utilisée dans les différentes enquêtes, on constate que les filles et les femmes âgées de 15 à 49 ans vivant dans la région sud-ouest étaient nettement sous-représentées dans l'échantillon de 2003. Ceci peut expliquer la faible prévalence globale dans l'EDS de 2003 (19 %).

Le troisième problème est lié aux variations du contenu du questionnaire. L'EDS menée en 2008 au Nigéria a élargi la définition de l'excision aux scarifications *angurya* (curetage de l'orifice vaginal) et *gishiri* (incisions des parois vaginales). Ces interventions, considérées comme une forme moins radicale de MGF/E, sont relativement répandues dans l'État de Kano, situé dans la région du nord-ouest. Ce changement a entraîné une augmentation de la prévalence globale dans la région du nord-ouest, qui est passée à 20 % en 2008, contre 3 % en 2007 et 12 % en 2011. Il a également accru la prévalence globale dans le pays, qui a été évaluée à 30 % dans l'EDS de 2008. En supposant que la prévalence des MGF/E dans la région du nord-ouest atteignait environ 3 % en 2008 (comme dans la MICS de 2007), et non pas 20 %, la prévalence globale des MGF/E était moins élevée cette année-là et plus proche des taux observés en 2007 et 2011.

Évolution des attitudes

Différentes actions ont été menées, notamment des campagnes éducatives visant à faire connaître les risques liés aux MGF/E et à favoriser le débat public sur ces pratiques (*voir l'encadré 8.5*). Les personnes qui souhaitent mettre un terme aux MGF/E peuvent être appelées à convaincre les membres de leurs réseaux sociaux de se rallier à leur cause, modifiant ainsi les attentes réciproques. Ces actions ont généralement plus d'impact si elles sont menées par des personnes ayant un rôle prépondérant au sein de la communauté ou un fort pouvoir de persuasion. Après des décennies de lutte contre les MGF/E, on peut s'attendre à ce qu'un plus grand nombre de personnes s'opposent à ces pratiques. Est-ce le cas ?

Des données comparables sur les attitudes des filles et des femmes ont été recueillies à plusieurs reprises dans 20 des 29 pays où se concentrent les MGF/E. Ceci permet de comparer le soutien dont bénéficient les MGF/E à différents moments, suite aux campagnes d'information sur ces pratiques[146]. Dans six pays, des enquêtes successives ont demandé aux hommes s'ils souhaitaient que les MGF/E se poursuivent ; seuls cinq pays disposent de données comparables[147].

Évolution des attitudes chez les filles et les femmes

Les figures 8.1A à 8.1E montrent l'évolution du soutien apporté aux MGF/E par les filles et les femmes âgées de 15 à 49 ans dans cinq groupes de pays classés en fonction de leurs taux de prévalence actuels (tels qu'ils sont décrits dans l'encadré 4.4, page 27).

Encadré 8.3 : mesure de l'évolution de la prévalence des MGF/E - Impact de la sous-estimation

Comme l'illustre le cas du Mali, l'évolution de la prévalence des MGF/E peut résulter d'une sous-estimation plutôt que d'une véritable évolution de ces pratiques. Chez les filles et les femmes maliennes âgées de 15 à 49 ans, la prévalence des MGF/E a chuté de 92 % en 2001 à 85 % en 2006. Il est difficile d'expliquer cette différence, car les taux de prévalence nationale ont tendance à être stables entre les groupes d'âge, ne laissant présager aucun changement au fil du temps. Comment peut-on interpréter cette incohérence ?

La comparaison des groupes d'âge entre les enquêtes successives apporte quelques éléments de réponse. La prévalence estimée au sein des groupes d'âge est stable dans les quatre enquêtes menées au Mali. Les femmes qui avaient 20 à 24 ans en 1995-1996 avaient 25 à 29 ans en 2001, 30 à 34 ans en 2006 et environ 35 à 39 ans en 2010. On peut donc s'attendre à ce que la prévalence chez les femmes de chacun de ces groupes d'âge soit plus ou moins identique d'une enquête à l'autre. Pourtant, la prévalence des MGF/E au sein de ces groupes d'âge était de 94 % en 1995-1996 ; elle est restée stable (92 %) en 2001, puis a chuté à 84 % en 2006 pour revenir à 90 % en 2010. On observe la même tendance au sein de tous les groupes d'âge, ce qui indique que la baisse apparente de la prévalence est sans doute due à une sous-estimation des MGF/E dans l'enquête de 2006.

Les données issues du Burkina Faso rappellent que l'interdiction des MGF/E peut dissuader les personnes interrogées de divulguer leur situation réelle et celle de leurs filles. Quatre enquêtes ont été menées au Burkina Faso entre 1998 et 2010. Dans ces enquêtes, la prévalence déclarée chez les filles et les femmes âgées de 15 à 49 ans varie entre 72 et 77 %. Plutôt qu'une évolution réelle des MGF/E, ces résultats traduisent sans doute une sous-estimation dans les enquêtes de 1998-1999 et 2006, en raison de l'entrée en vigueur et de la mise en œuvre d'une loi érigeant les MGF/E en infraction pénale (adoptée en 1996) et d'une loi sur la santé procréative interdisant les pratiques néfastes (adoptée en 2005).

Une étude approfondie menée par Nafissatou J. Diop et ses collaborateurs indique que, contrairement à la plupart des autres pays africains, le Burkina Faso a rigoureusement appliqué la loi relative aux MGF/E, ce qui a donné lieu à 97 condamnations entre 1997 et 2005[148]. Cette étude met en évidence une bonne connaissance de la loi et la crainte de poursuites. Les données d'enquête disponibles confirment ce constat : dans les modules portant sur les MGF/E, 78 % des femmes indiquaient connaître la loi interdisant ces pratiques en 1998-1999 ; ce chiffre est passé à 92 % en 2006.

Un service téléphonique gratuit, SOS Excision, permet à tous les citoyens de signaler de manière anonyme les excisions prévues ou déjà pratiquées. Des équipes de sécurité sont mobilisées pour dissuader les individus de pratiquer l'excision et pour faire respecter la loi. De nombreuses autres initiatives viennent compléter ces dispositifs, notamment des messages dans les médias, des activités de proximité auprès des jeunes et des femmes, ainsi que des campagnes d'information et d'éducation. Diop et ses collaborateurs indiquent que les campagnes nationales ont produit des résultats mitigés : dans certains cas, elles ont favorisé l'abandon des MGF/E, dans d'autres elles ont poussé ces pratiques vers la clandestinité[149].

Une fois encore, la comparaison des groupes d'âge entre les enquêtes disponibles au Burkina Faso fournit des informations importantes. La prévalence estimée chez les femmes âgées de 30 à 34 ans était de 74 % dans l'enquête de 1998-1999. On devrait observer une prévalence similaire chez les femmes âgées de 35 à 39 ans en 2003. Pourtant, la prévalence déclarée cette année-là au sein de ce groupe d'âge atteignait 82 %, soit 8 points de pourcentage de plus. De même, la prévalence chez les femmes âgées de 20 à 24 ans en 2006 devrait être similaire à la prévalence chez les femmes âgées de 25 à 29 ans en 2010. Pourtant, la prévalence des MGF/E au sein de ces groupes d'âge atteignait 70 % en 2006 et 78 % en 2010. On observe la même tendance au sein de tous les groupes d'âge, ce qui laisse entendre que les augmentations de 2003 et 2010 pourraient en réalité être liées à une sous-estimation des MGF/E dans les enquêtes précédentes (1998-1999 et 2006).

Encadré 8.4 : évaluation du soutien dont bénéficient les MGF/E avant et après l'adoption d'une loi

Dans les régions où des mesures législatives interdisant les MGF/E ont été adoptées, il est raisonnable de se demander si les personnes font état de leur véritable opinion sur ces pratiques ou donnent à l'enquêteur ce qu'elles estiment être la « bonne » réponse.

Comme l'indique le chapitre 2, de nombreux pays ont mis en place des mesures législatives interdisant les MGF/E. Selon la théorie de la dissuasion, lorsqu'une loi est bien connue et que son caractère exécutoire n'est pas remis en cause, la crainte de poursuites devrait réduire le soutien dont bénéficient les MGF/E et contribuer à un recul de ces pratiques. Cependant, lorsque les normes juridiques vont à l'encontre des normes sociales, des valeurs morales ou des convictions religieuses, les réformes législatives peuvent avoir un impact limité sur l'évolution des attitudes et des pratiques. On pourrait s'attendre à ce que les conflits entre les normes juridiques et les normes sociales soient prédominants dans des pays à forte prévalence tels que le Burkina Faso[150], mais ils existent également dans des pays à plus faible prévalence tels que le Ghana[151] ou le Sénégal[152]. Dans ce cas, des mesures supplémentaires doivent être prises pour harmoniser les normes sociales et juridiques.

Des pays comme le Bénin, la Guinée, le Kenya, la Mauritanie ou le Niger disposent de données sur le niveau de soutien apporté aux MGF/E par les filles et les femmes âgées de 15 à 49 ans avant et après l'adoption de lois érigeant ces pratiques en infraction pénale. Des lois interdisant les MGF/E ont été adoptées en 2003 au Bénin[153], en 2000 en Guinée (suite à une loi initiale de 1965), en 2001 au Kenya (loi prorogée en 2011), en 2003 au Niger et en 2005 en Mauritanie. Dans tous ces pays, à l'exception de la Guinée, on observe une diminution du pourcentage de filles et de femmes favorables aux MGF/E. Les données ne permettent cependant pas de connaître l'impact de la crainte de poursuites ou d'un éventuel biais de courtoisie.

Encadré 8.5 : débat public et accès aux informations concernant les MGF/E

Les campagnes visant à mettre un terme aux MGF/E permettent le plus souvent d'ouvrir le débat sur la poursuite de ces pratiques. Hernlund évoque ce phénomène à propos de la Gambie[154] :

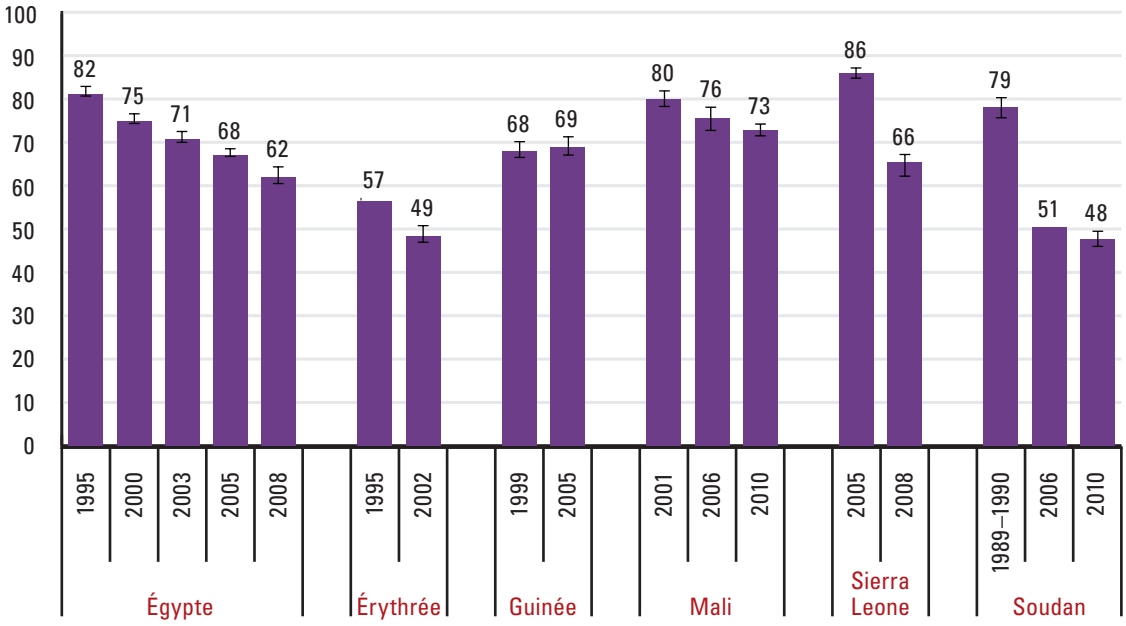
La manière dont on parle de l'excision évolue de manière rapide et spectaculaire en Gambie. Avant les années 1980, ce sujet était rarement évoqué en public ; il était considéré comme « kulloo » *(secret). Ces dernières années, cependant, les MGF ont bénéficié d'une large couverture médiatique dans les journaux, à la radio et, plus récemment, à la télévision. Les Gambiens ne sont pas seulement des consommateurs des médias internationaux : ils font l'objet de reportages et sont pleinement conscients que cette « pratique locale » est entrée dans le débat mondial. Dans les années 1980 et 1990, un dialogue de plus en plus intense a émergé entre les Gambiens qui souhaitaient mettre un terme aux "mutilations génitales féminines" et ceux qui cherchaient à préserver "l'excision" en tant que partie intégrante de leur culture.*

Quelques EDS ont demandé aux personnes interrogées si elles avaient déjà parlé des MGF/E avec quelqu'un et si elles avaient entendu ou vu quoi que ce soit à propos de ces pratiques. En Égypte, des questions de ce type ont été posées dans toutes les EDS menées entre 2000 et 2008. Les données montrent qu'en 2008, près de trois quarts des femmes avaient entendu parler des MGF/E, principalement à la télévision, contre 52 % des hommes. De plus, près de la moitié des filles et des femmes âgées de 15 à 49 ans indiquaient avoir discuté de ces pratiques avec des proches, des amies ou des voisines, contre seulement 33 % en 2000.

Dans l'ensemble, les filles et les femmes sont de moins en moins nombreuses à être favorables aux MGF/E, même dans certains pays où ces pratiques sont quasiment universelles

Figure 8.1A

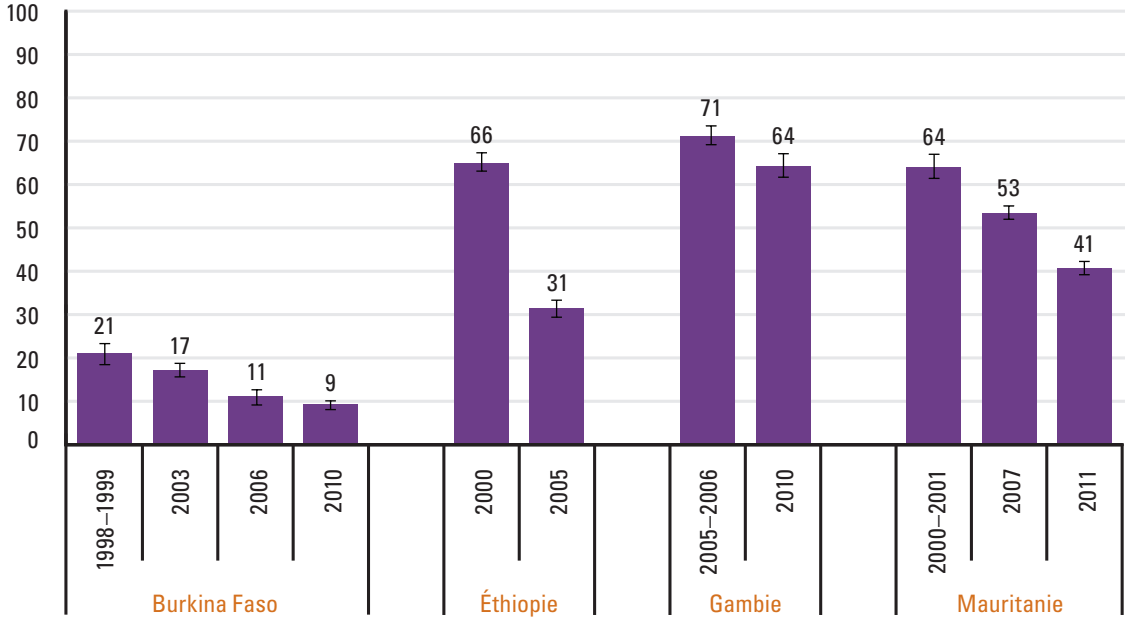
Pourcentage de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant entendu parler des MGF/E et favorables à ces pratiques dans les pays à **très forte** prévalence (plus de 80 %)



Remarques : les données pour l'Égypte et le Soudan se rapportent aux filles et aux femmes ayant été mariées au moins une fois. Les marges d'erreur pour l'Érythrée (EDS 1995) et le Soudan (SHHS 2006) n'ont pas pu être calculées en raison d'une indisponibilité des données. Pour le Mali, voir l'encadré 8.2.
Sources : EDS, MICS et SHHS, 1989-2010.

Figure 8.1B

Pourcentage de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant entendu parler des MGF/E et favorables à ces pratiques dans les pays à prévalence **modérément élevée** (entre 51 et 80 %)



Sources : EDS et MICS, 1998-2011.

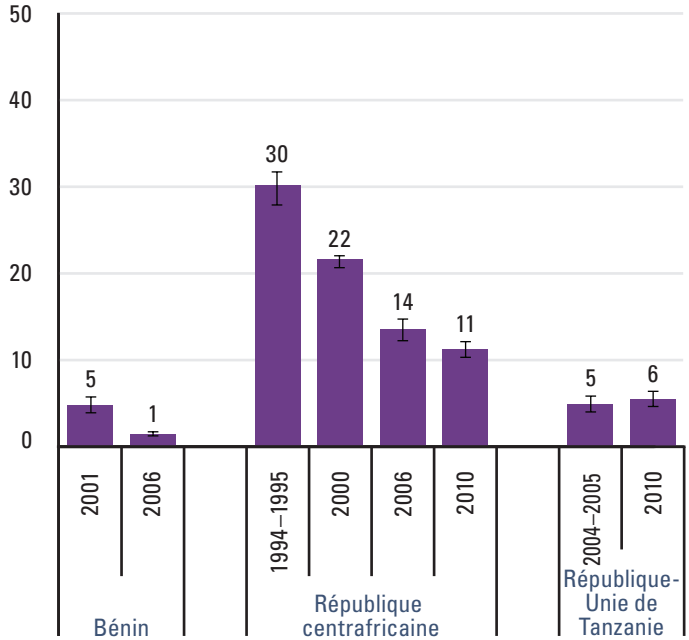
Figure 8.1C

Pourcentage de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant entendu parler des MGF/E et favorables à ces pratiques dans les pays à prévalence **modérée** (entre 26 et 50 %)

Remarque : pour le Kenya, voir l'encadré 8.2.
Sources : EDS et MICS, 1998-2011.

Figure 8.1D

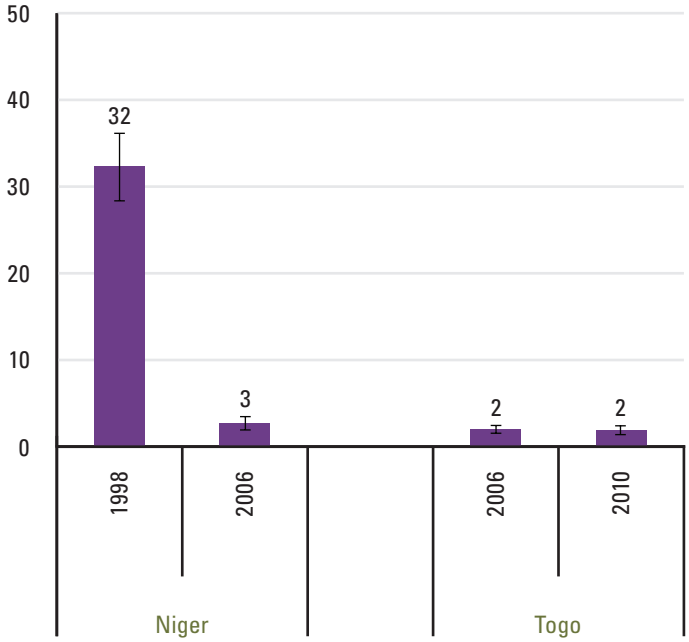
Pourcentage de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant entendu parler des MGF/E et favorables à ces pratiques dans les pays à **faible** prévalence (entre 10 et 25 %)



Sources : EDS et MICS, 1994-2010.

Figure 8.1E

Pourcentage de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant entendu parler des MGF/E et favorables à ces pratiques dans les pays à **très faible** prévalence (moins de 10 %)



Sources : EDS et MICS, 1998-2010.

Comme indiqué précédemment, les personnes qui vivent dans des pays à forte prévalence ont peu d'occasions de côtoyer des femmes et des filles non excisées. Il peut donc être difficile de transmettre des informations crédibles sur les avantages liés à l'abandon de l'excision et de convaincre les femmes de mettre un terme aux MGF/E. Comme le montrent les données, la proportion de filles et de femmes favorables aux MGF/E diminue nettement, y compris dans des pays tels que l'Égypte ou le Soudan où ces pratiques sont quasiment universelles (**Groupe 1**) (*voir la figure 8.1A*). La Guinée fait figure d'exception, puisque la proportion de filles et de femmes soutenant les MGF/E est restée stable au fil du temps.

Dans les régions où la prévalence est plus faible, les femmes ont plus d'occasions de côtoyer des femmes non excisées, ce qui leur permet de constater que celles-ci ne font l'objet d'aucune sanction sociale. Il devrait donc être plus facile de convaincre ces femmes de mettre un terme aux MGF/E. Dans ces régions, les femmes peuvent participer à des groupes de référence plus larges (à l'école, au travail ou sur leur lieu de culte), dont les membres ne partagent pas forcément leurs attentes en matière d'excision. L'opinion des femmes peut alors être influencée par l'opinion des membres de ces réseaux sociaux.

Comme le montrent les données, le pourcentage de femmes favorables aux MGF/E diminue progressivement dans quasiment tous les pays à prévalence modérément élevée ou modérée (**Groupe 2** et **Groupe 3**) (*voir les figures 8.1B et 8.1C*). La Guinée-Bissau et le Sénégal font figure d'exception.

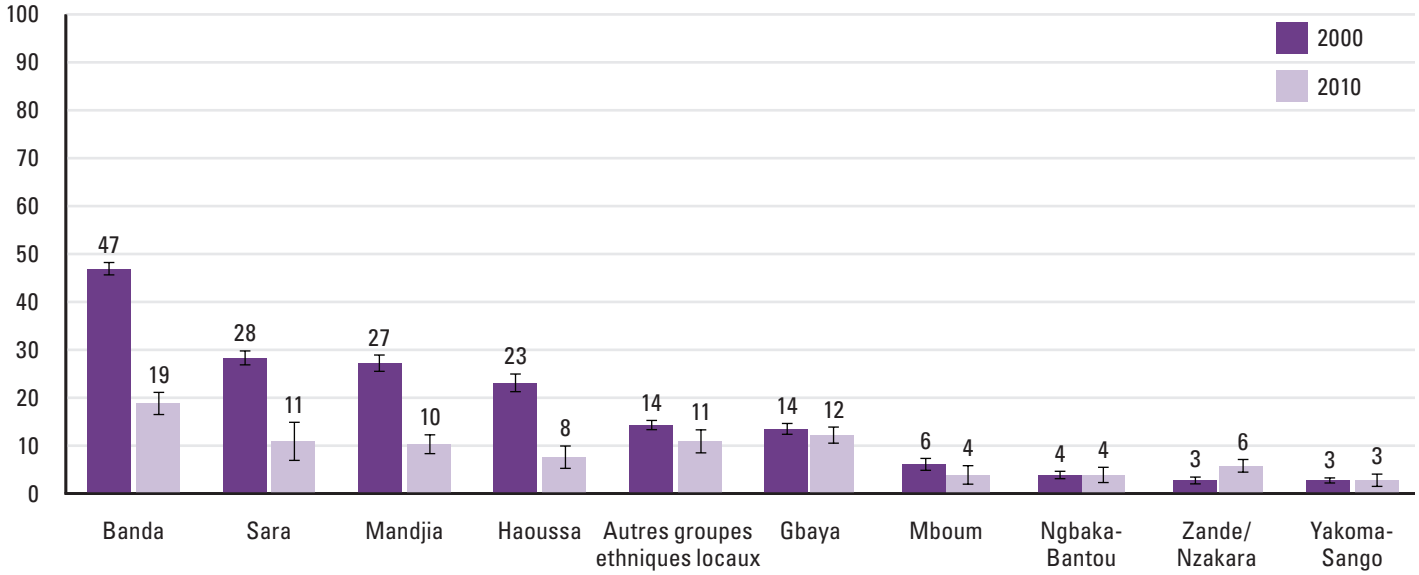
Parmi les pays à faible ou très faible prévalence (**Groupe 4** et **Groupe 5**), on observe une très forte baisse du soutien aux MGF/E en République centrafricaine et au Niger (*voir les figures 8.1D et 8.1E*). En République centrafricaine, la proportion de femmes favorables aux MGF/E est passée de 30 à 11 % en 15 ans environ. Au Niger, leur proportion a chuté de 32 à 3 % entre 1998 et 2006. Au Togo et en République-Unie de Tanzanie, on n'observe aucun changement significatif au fil du temps.

Évolution des attitudes selon l'origine ethnique

On constate que le soutien dont bénéficient les MGF/E diminue à des rythmes différents en fonction de l'origine ethnique. Les figures 8.2 et 8.3 illustrent les attitudes des filles et des femmes âgées de 15 à 49 ans en fonction de leur origine ethnique en République centrafricaine et au Burkina Faso. Ces schémas révèlent que le niveau de soutien diminue à des rythmes différents au sein des différents groupes ethniques.

Figure 8.2 : en République centrafricaine, la proportion de femmes favorables aux MGF/E a nettement diminué au sein des peuples banda, sara, mandija et haoussa

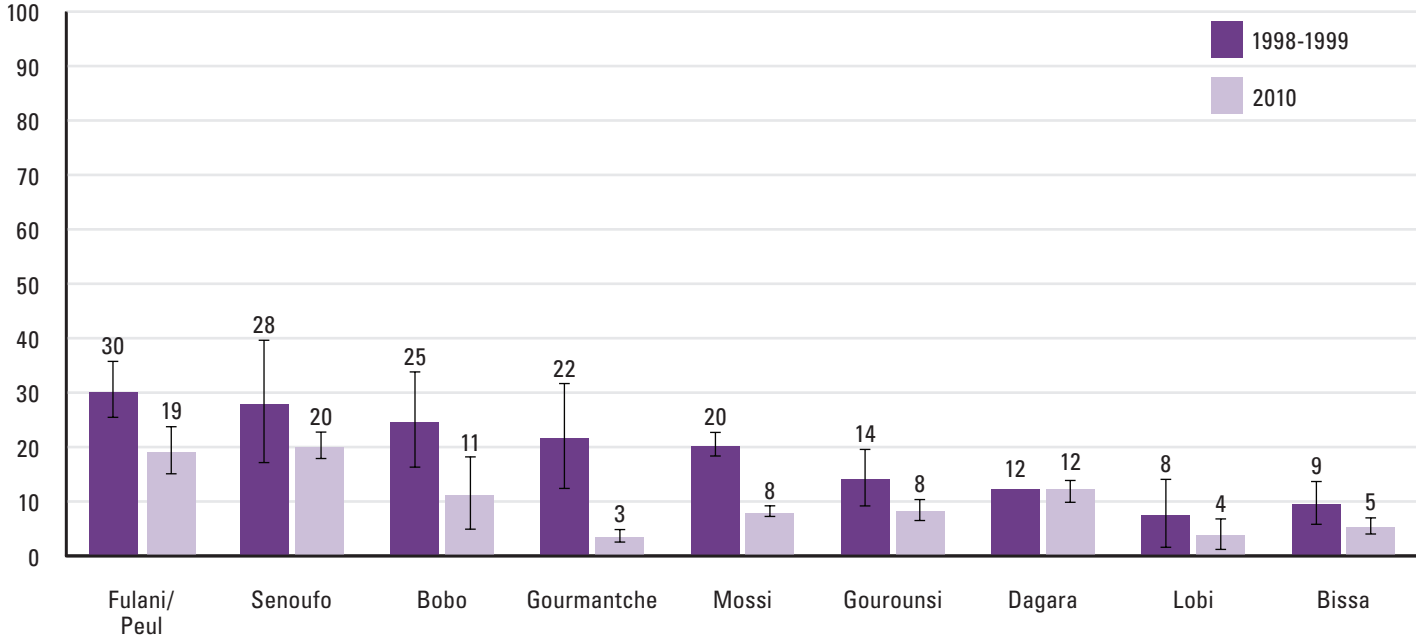
Pourcentage de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant entendu parler des MGF/E et favorables à ces pratiques en République centrafricaine, pour chaque groupe ethnique disposant de données comparables, en 2000 et 2010



Sources : MICS 2000 et 2010.

Figure 8.3 : au Burkina Faso, la proportion de femmes favorables aux MGF/E a nettement diminué au sein des peuples gourmantché et mossi

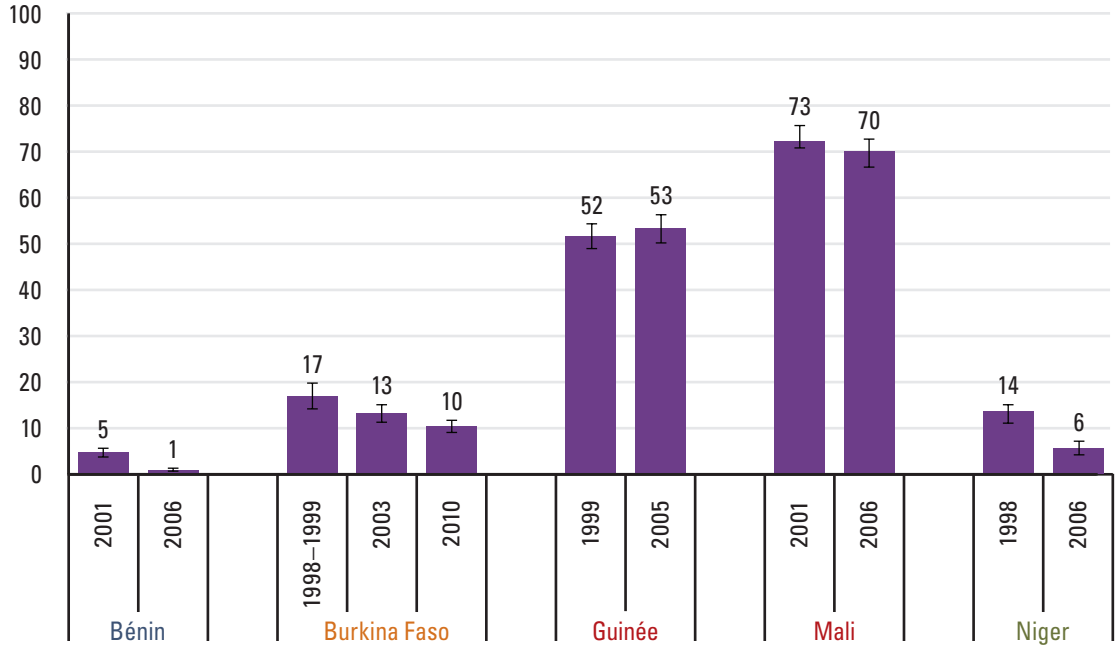
Pourcentage de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant entendu parler des MGF/E et favorables à ces pratiques au Burkina Faso, pour chaque groupe ethnique disposant de données comparables, en 1998-1999 et 2010



Sources : EDS 1998-1999 et EDS/MICS 2010.

Figure 8.4 : au Niger, au Burkina Faso et au Bénin, la proportion d'hommes favorables aux MGF/E a diminué

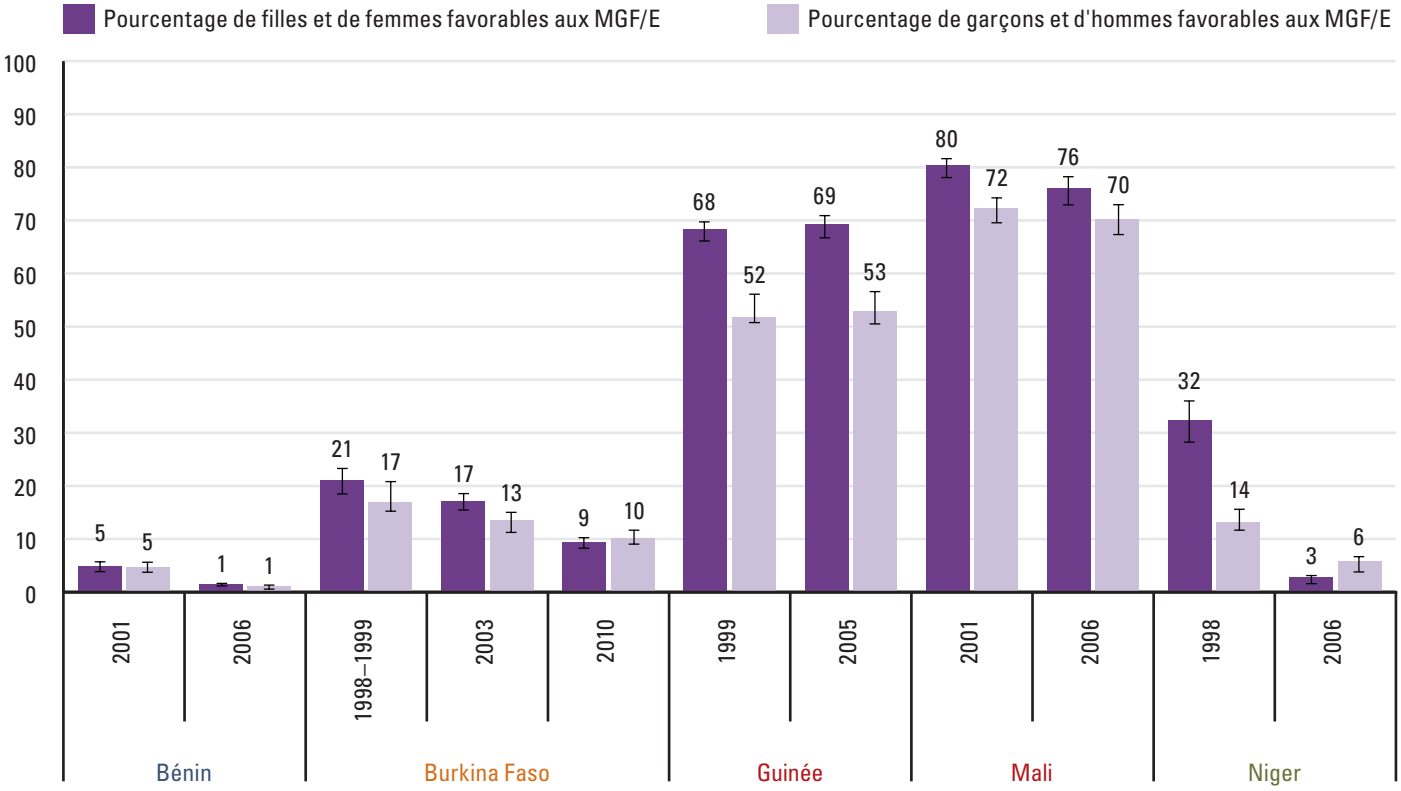
Pourcentage de garçons et d'hommes âgés de 15 à 59 ans (ou 64 ans, voir remarque) ayant entendu parler des MGF/E et favorables à ces pratiques



Remarques : les données pour le Bénin se rapportent aux garçons et aux hommes âgés de 15 à 64 ans. Les données pour le Burkina Faso, la Guinée, le Mali et le Niger se rapportent aux garçons et aux hommes âgés de 15 à 59 ans. Les couleurs utilisées pour les noms de pays correspondent à leurs groupes de prévalence, tels qu'ils sont décrits dans l'encadré 4.4, page 27.
Sources : EDS et MICS, 1998-2010.

Figure 8.5 : les attitudes évoluent de manière comparable chez les hommes et chez les femmes

Pourcentage de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans et pourcentage de garçons et d'hommes âgés de 15 à 59 ans (ou 64 ans, voir remarque) ayant entendu parler des MGF/E et favorables à ces pratiques



Remarques : les données pour le Bénin se rapportent aux garçons et aux hommes âgés de 15 à 64 ans. Les données pour le Burkina Faso, la Guinée, le Mali et le Niger se rapportent aux garçons et aux hommes âgés de 15 à 59 ans. Les couleurs utilisées pour les noms de pays correspondent à leurs groupes de prévalence, tels qu'ils sont décrits dans l'encadré 4.4, page 27.
Sources : EDS et MICS, 1998-2010.

Évolution des attitudes chez les garçons et les hommes

La figure 8.4 montre que la proportion de garçons et d'hommes favorables aux MGF/E a diminué dans trois des pays disposant de données (le Niger, le Burkina Faso et le Bénin).

Évolution des attitudes selon le sexe

Lorsque l'on compare l'évolution des attitudes selon le sexe, on observe des tendances similaires. En cas de changement des attitudes, l'évolution se fait toujours à la baisse pour les deux sexes. Elle se fait également au même rythme, sauf au Niger. Dans ce pays, la diminution du soutien est bien plus prononcée chez les femmes que chez les hommes. En Guinée, on n'observe aucun changement significatif, que ce soit pour les hommes ou pour les femmes (*voir la figure 8.5*).

Évolution des arguments en faveur des MGF/E

Dans l'ensemble, les arguments avancés par les deux sexes pour justifier les MGF/E n'ont pas évolué de manière significative au fil du temps. Les conséquences sanitaires les plus dramatiques sont cependant mieux connues.

En Égypte, toutes les EDS menées entre 1995 et 2008 ont demandé aux filles et aux femmes si elles étaient d'accord ou non avec une série d'affirmations. Deux de ces affirmations portaient sur des arguments souvent avancés pour justifier l'excision : *« Un homme préfère que son épouse soit excisée »* et *« L'excision permet d'éviter les relations extra-conjugales »*. Les autres affirmations portaient sur les problèmes de santé associés à cette pratique : *« Une femme excisée aura davantage de difficulté à accoucher »* et *« L'excision peut causer de graves*

Tableau 8.1 : en Égypte, les femmes comprennent de mieux en mieux les conséquences graves, potentiellement mortelles, des MGF/E

Pourcentage de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant été mariées au moins une fois et déclarant être d'accord avec différentes affirmations sur les MGF/E en Égypte.

	Diminution de la satisfaction sexuelle	Cause de stérilité	Tradition religieuse (importante)	Préférence masculine	Prévention de l'adultère	Risque de décès	Difficultés au moment de l'accouchement
1995	29	7	72	74	41	24	5
2000	37	8	73	67	51	29	8
2003	32	8	72	64	47	28	6
2005	n/d	n/d	n/d	61	54	32	13
2008	n/d	n/d	n/d	55	41	44	6

Remarque : n/d = non demandé.
Sources : EDS 1995-2008.

complications qui peuvent entraîner la mort ». Les enquêtes précédemment menées en Égypte comprenaient d'autres affirmations liées à certaines conséquences de ces pratiques, telles que la diminution du plaisir sexuel ou la stérilité. Les résultats montrent qu'en 2008, 44 % des femmes pensaient que les MGF/E pouvaient causer de graves complications qui pouvaient entraîner la mort, contre 24 % en 1995 (*voir le tableau 8.1*). La proportion de femmes estimant que les hommes préfèrent les femmes excisées est passée de 74 à 55 % au cours de la même période.

Évolution de la prévalence

La plus grande disponibilité de données représentatives de la situation nationale concernant les MGF/E, notamment d'enquêtes successives dans plusieurs pays, permet d'analyser l'évolution de la prévalence de différents points de vue. On peut tout d'abord comparer la prévalence à partir d'enquêtes menées dans le même pays à différents moments. On peut également examiner la prévalence des MGF/E à un moment donné, par groupes d'âge de cinq ans, chez les filles et les femmes âgées de 15 à 49 ans. On peut enfin analyser la prévalence actuelle chez les filles âgées de 15 à 19 ans et la prévalence « ajustée » chez les filles âgées de 10 à 14 ans, comme indiqué ci-après. Ces trois méthodes permettent de savoir si un changement s'est produit et à quel moment. Utilisées conjointement, elles offrent un aperçu complet de la situation.

Évolution de la prévalence chez les filles et les femmes âgées de 15 à 49 ans

Parmi les 29 pays où se concentrent les MGF/E, 23 ont fait l'objet de plusieurs enquêtes, ce qui permet de comparer la prévalence de ces pratiques à différents moments[155]. Quels changements peut-on attendre dans les pays à faible ou forte prévalence ? Comme pour les attitudes, il est probable que la diminution de la prévalence soit plus faible dans les pays à forte prévalence, en raison des contacts limités entre les groupes pratiquants et les groupes non pratiquants. De plus, si les MGF/E sont étroitement liées à l'identité de groupe d'une population minoritaire, on peut s'attendre à ce que ces pratiques soient fortement ancrées et résistantes au changement. Enfin, lorsque la population pratiquante est de taille réduite, les migrations (vers ce groupe ou à partir de ce groupe) peuvent avoir un impact considérable sur la prévalence des MGF/E.

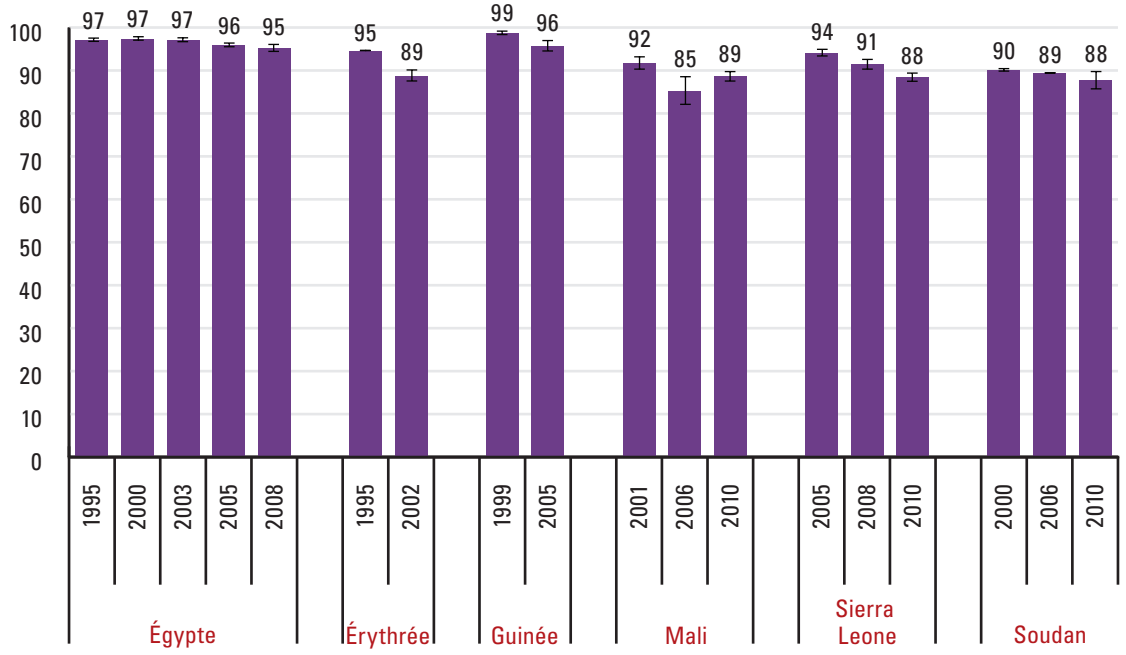
Les figures 8.6A à 8.6E illustrent la prévalence estimée des MGF/E chez les filles et les femmes âgées de 15 à 49 ans, sur la base d'enquêtes successives menées dans 23 pays disposant de données sur les tendances. Les pays sont classés en fonction de leurs taux de prévalence actuels (tels qu'ils sont décrits dans l'encadré 4.4, page 27).

La baisse la plus spectaculaire a eu lieu en République centrafricaine, où la prévalence a chuté de 43 % en 1994-1995

La comparaison des données issues d'enquêtes successives, met en évidence une baisse spectaculaire de la prévalence des MGF/E en République centrafricaine et au Kenya

Figure 8.6A

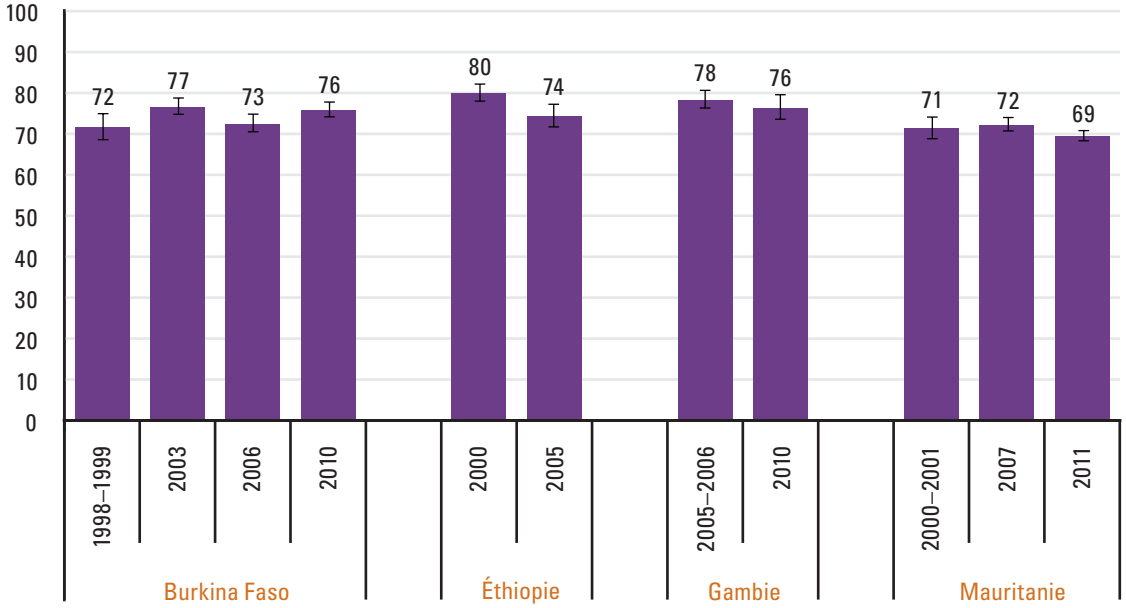
Pourcentage de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant subi des MGF/E dans les pays à **très forte** prévalence (plus de 80 %)



Remarques : les données pour l'Égypte se rapportent aux filles et aux femmes ayant été mariées au moins une fois. Pour l'Égypte et le Mali, voir les encadrés 8.2 et 8.3. Pour le Soudan, voir la note 144. Les marges d'erreur pour l'Érythrée (EDS 1995) et le Soudan (SHHS 2006) n'ont pas pu être calculées faute d'informations disponibles.
Sources : EDS, MICS et SHHS, 1995-2010.

Figure 8.6B

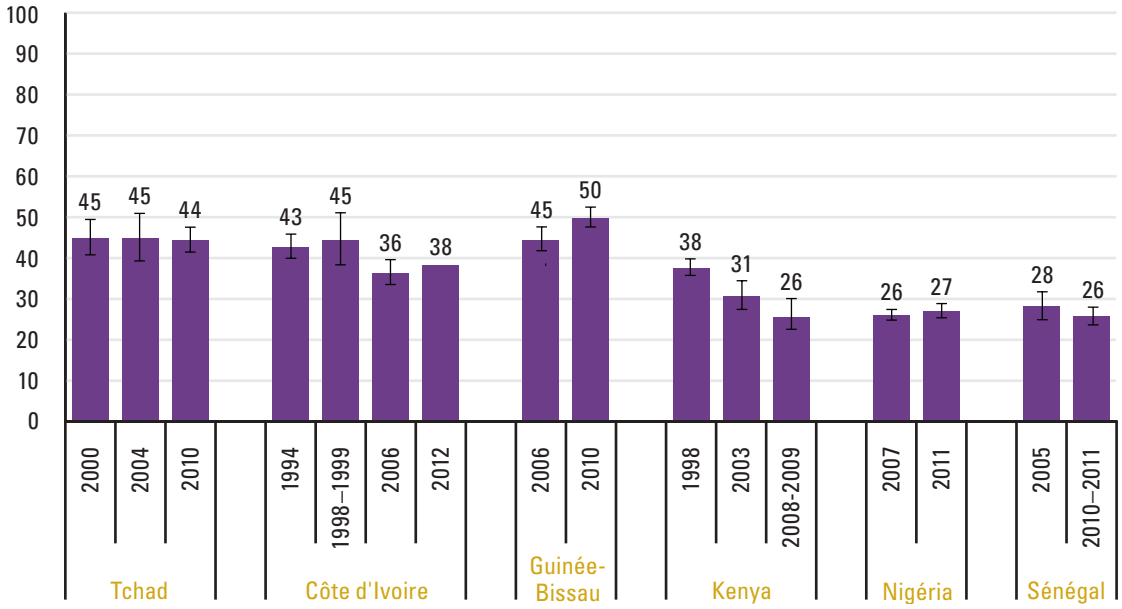
Pourcentage de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant subi des MGF/E dans les pays à prévalence **modérément élevée** (entre 51 et 80 %)



Sources : EDS et MICS, 1998-2011.

Figure 8.6C

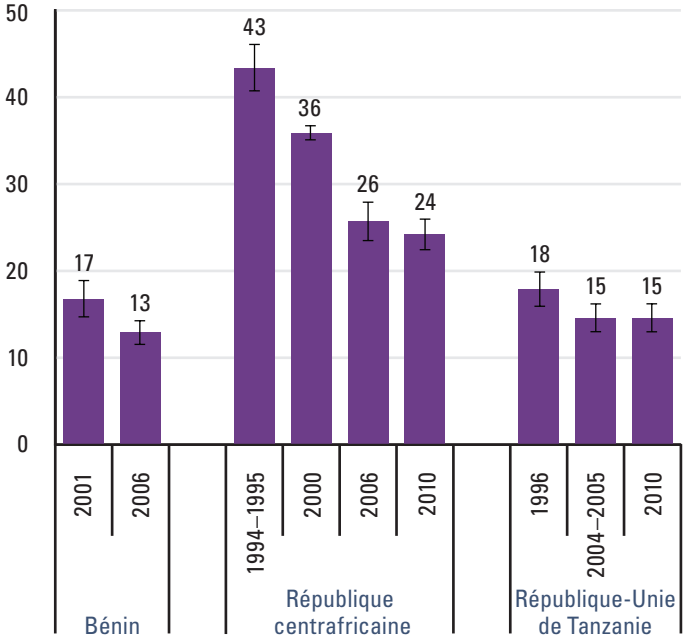
Pourcentage de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant subi des MGF/E dans les pays à prévalence **modérée** (entre 26 et 50 %)



Remarques : pour le Kenya et le Nigéria, voir l'encadré 8.2. Les marges d'erreur pour la Côte d'Ivoire (EDS 2012) n'ont pas pu être calculées faute d'informations disponibles.
Sources : EDS et MICS, 1994-2012.

Figure 8.6D

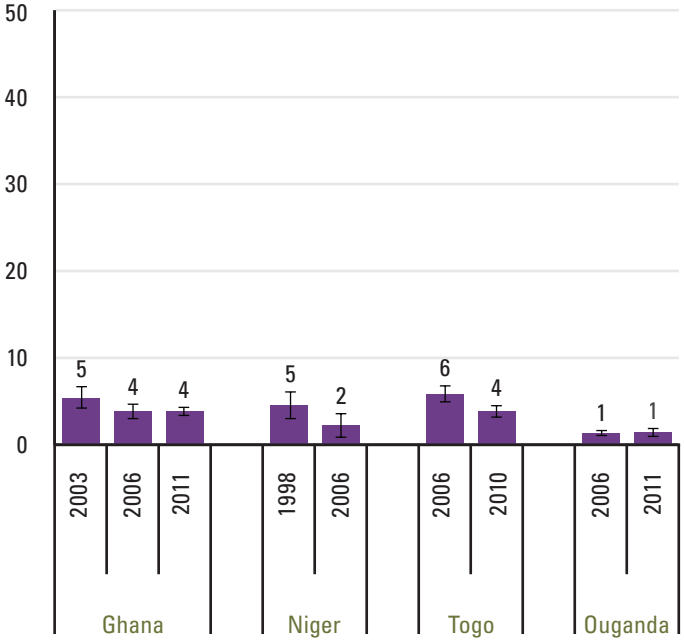
Pourcentage de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant subi des MGF/E dans les pays à **faible** prévalence (entre 10 et 25 %)



Sources : EDS et MICS, 1994-2010.

Figure 8.6E

Pourcentage de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant subi des MGF/E dans les pays à **très faible** prévalence (moins de 10 %)



Sources : EDS et MICS, 1998-2011.

© UNICEF/NYHQ2010-1831/Noorani

Sabina pose dans la maison d'une amie à Rebu, un village du district de Tarime, dans la région de Mara, en République-Unie de Tanzanie. Sabina a subi des MGF/E à l'âge de 11 ans, puis s'est mariée l'année suivante. « Je refuse que mes filles soient excisées, mais il faut que mon mari soit d'accord », déclare-t-elle.

à 24 % en 2010, ce qui correspond à une diminution de 44 % entre la fin des années 1970 et le milieu des années 1990. Au Kenya, la prévalence déclarée a diminué de 28 % entre 1998 et 2008-2009, passant de 38 % à 26 %. En revanche, la prévalence des MGF/E est restée stable dans des pays tels que l'Égypte, la Gambie, le Sénégal ou le Soudan.

Évolution de la prévalence chez les filles

Le taux de prévalence chez les cohortes les plus jeunes permet d'évaluer les progrès récemment accomplis en vue de l'élimination des MGF/E dans un pays donné. Le fait de comparer la prévalence chez les filles âgées de 15 à 19 ans dans différentes enquêtes, au lieu de s'intéresser à la totalité des filles et femmes en âge de procréer, permet de réduire l'intervalle de temps étudié. Cette méthode met l'accent sur les filles les plus récemment excisées, au lieu de les regrouper avec des femmes excisées des décennies plus tôt, ce qui permet de savoir si les MGF/E ont évolué au cours des dernières années.

Lorsque l'on examine le taux de prévalence chez les filles âgées de 15 à 19 ans dans différentes enquêtes, on observe une diminution limitée de la prévalence chez les filles et les femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) et une baisse plus marquée au sein des cohortes les plus jeunes en Érythrée et en Sierra Leone. Des signes de changement, encore timides, commencent également à apparaître au sein des cohortes les plus jeunes dans des pays comme la Guinée *(données non illustrées)*, où l'on n'observe aucun changement chez les filles et les femmes en âge de procréer.

On peut également comparer le taux de prévalence chez les filles âgées de 0 à 14 ans dans des enquêtes successives. À l'heure actuelle, ces données sont disponibles uniquement pour l'Égypte et le Soudan, où l'on n'observe aucun changement significatif (*données non illustrées*). Il faut cependant tenir compte d'un facteur important : l'âge au moment de l'excision peut évoluer au fil du temps et influencer la proportion de filles non excisées risquant de l'être ultérieurement.

Tendances générationnelles

Pour évaluer les tendances liées à la prévalence des MGF/E, il peut être utile de diviser les personnes interrogées dans le cadre d'une même enquête en groupes d'âge de cinq ans et d'examiner les changements entre les générations. Une diminution de la prévalence des MGF/E entre les femmes âgées de 45 à 49 ans et les filles âgées de 15 à 19 ans laisse entendre que ces pratiques ont reculé pendant environ trois décennies[156].

Le fait de comparer la prévalence des MGF/E entre les groupes d'âge permet également d'évaluer les changements dans des pays tels que le Cameroun, Djibouti, l'Iraq, le Libéria, la Somalie ou le Yémen, qui ne disposent pas d'enquêtes successives. Une analyse des tendances générationnelles peut mettre en évidence une évolution des pratiques qui n'apparaît pas lorsque l'on examine la prévalence estimée chez l'ensemble des filles et des femmes âgées de 15 à 49 ans dans des enquêtes successives. Par exemple, on ne peut pas s'attendre à d'importants écarts de prévalence chez les filles et les femmes âgées de 15 à 49 ans si l'on compare les estimations issues de deux enquêtes espacées de cinq ans. Dans ce cas, le taux de prévalence global dépend uniquement de l'ampleur de ces pratiques chez les filles qui « entrent » dans le groupe d'âge le plus jeune (15 à 19 ans) et les femmes qui « sortent » du groupe d'âge le plus âgé (45 à 49 ans).

Le fait de comparer la prévalence des MGF/E au sein de différents groupes d'âge permet également de savoir si la diminution observée est le résultat d'un phénomène récent ou d'une tendance plus constante et plus durable. Lors de l'interprétation de ces tendances, il faut cependant tenir compte de l'âge auquel l'excision est traditionnellement pratiquée, comme l'explique l'encadré 8.1. Dans les régions où l'excision est pratiquée dès le plus jeune âge, cette méthode ne permet pas d'identifier les changements récents, en raison de la durée de la période de latence. En d'autres termes, dans les régions où la plupart des filles sont excisées avant l'âge d'un an, les filles âgées de 15 à 19 ans évoquent un événement qui a eu lieu environ 14 à 18 ans avant l'enquête, tandis que les femmes âgées de 45 à 49 ans font référence à un événement qui s'est produit 44 à 48 ans plus tôt. Ces données ne reflètent pas les changements plus récents, que l'on peut évaluer en examinant la prévalence ajustée chez les filles âgées de 10 à 14 ans, comme l'explique l'encadré 8.6.

La figure 8.7 montre que, dans la moitié des 29 pays analysés, le taux de prévalence est nettement moins élevé chez les filles âgées de 15 à 19 ans que chez les femmes âgées de 45 à 49 ans. C'est notamment le cas en Égypte, où les enquêtes successives n'ont révélé aucune évolution de la prévalence des MGF/E chez les filles et les femmes âgées de 15 à 49 ans. Dans certains pays, la prévalence des MGF/E est nettement plus faible chez les filles âgées de 15 à 19 ans que chez les femmes âgées de 45 à 49 ans. Cette diminution est particulièrement marquée dans certains pays : au Kenya et en République-Unie de Tanzanie, par exemple, les femmes âgées de 45 à 49 ans sont environ trois fois plus susceptibles d'avoir subi des MGF/E que les filles âgées de 15 à 19 ans. Au Bénin, en République centrafricaine, en Iraq, au Libéria et au Nigéria, la prévalence de ces pratiques chez les ado-

© UNICEF/NYHQ2009-1506/Holt

Encadré 8.6 : ajustement des estimations de prévalence des MGF/E chez les filles âgées de moins de 15 ans

Pour prendre en compte le fait que les filles âgées de 0 à 14 ans qui ne sont pas excisées risquent encore de l'être au moment où elles atteindront l'âge traditionnel de l'excision, on peut ajuster les données relatives à la prévalence des MGF/E. Pour ce faire, il faut associer les données relatives aux filles déjà excisées et à celles qui risquent de l'être.

La prévalence ajustée correspond à la somme du taux actuel de prévalence des MGF/E chez les filles âgées de 10 à 14 ans et du pourcentage de filles âgées de 10 à 14 ans qui seront probablement excisées avant l'âge de 15 ans, sur la base de l'âge traditionnel au moment de l'excision. Il est préférable d'utiliser le taux de prévalence chez les filles âgées de 10 à 14 ans, car les données relatives aux filles âgées de 0 à 9 ans sont davantage susceptibles d'être censurées.

Par exemple, les données issues de l'EDS menée en 2010 au Burkina Faso montrent que 91 % des filles âgées de 15 à 19 ans qui ont déjà été excisées l'ont été avant l'âge de 10 ans ; 7 % entre 10 et 14 ans et 1 % à l'âge de 15 ans ou plus tard ; l'âge auquel cette intervention a eu lieu est inconnu dans 1 % des cas. Ces données indiquent également que 25 % des filles âgées de 10 à 14 ans ont déjà été excisées. Une analyse des tendances confirme que dans la plupart des pays, y compris au Burkina Faso, l'âge au moment de l'excision est resté relativement stable au fil du temps. On peut donc s'attendre à ce que les filles âgées de 15 à 19 ans et les filles âgées de 10 à 14 ans aient été excisées plus ou moins au même âge. Sur la base de cette hypothèse, on peut estimer qu'au Burkina Faso, environ 7 % des filles âgées de 10 à 14 ans qui ne sont pas encore excisées le seront avant l'âge de 15 ans. Ceci nous permet de connaître la proportion de filles âgées de 0 à 14 ans qui risquent encore d'être excisées, soit environ 2 %.

Si cette méthode permet de réduire le risque de sous-estimation, il faut prendre en compte un élément important : comme indiqué précédemment, les informations relatives à l'âge au moment de l'excision peuvent être imprécises, les personnes interrogées ayant parfois des difficultés à se souvenir de l'âge exact au moment de l'excision. Par conséquent, la prévalence ajustée chez les filles âgées de 10 à 14 ans doit être considérée comme une approximation, et non pas comme une estimation précise.

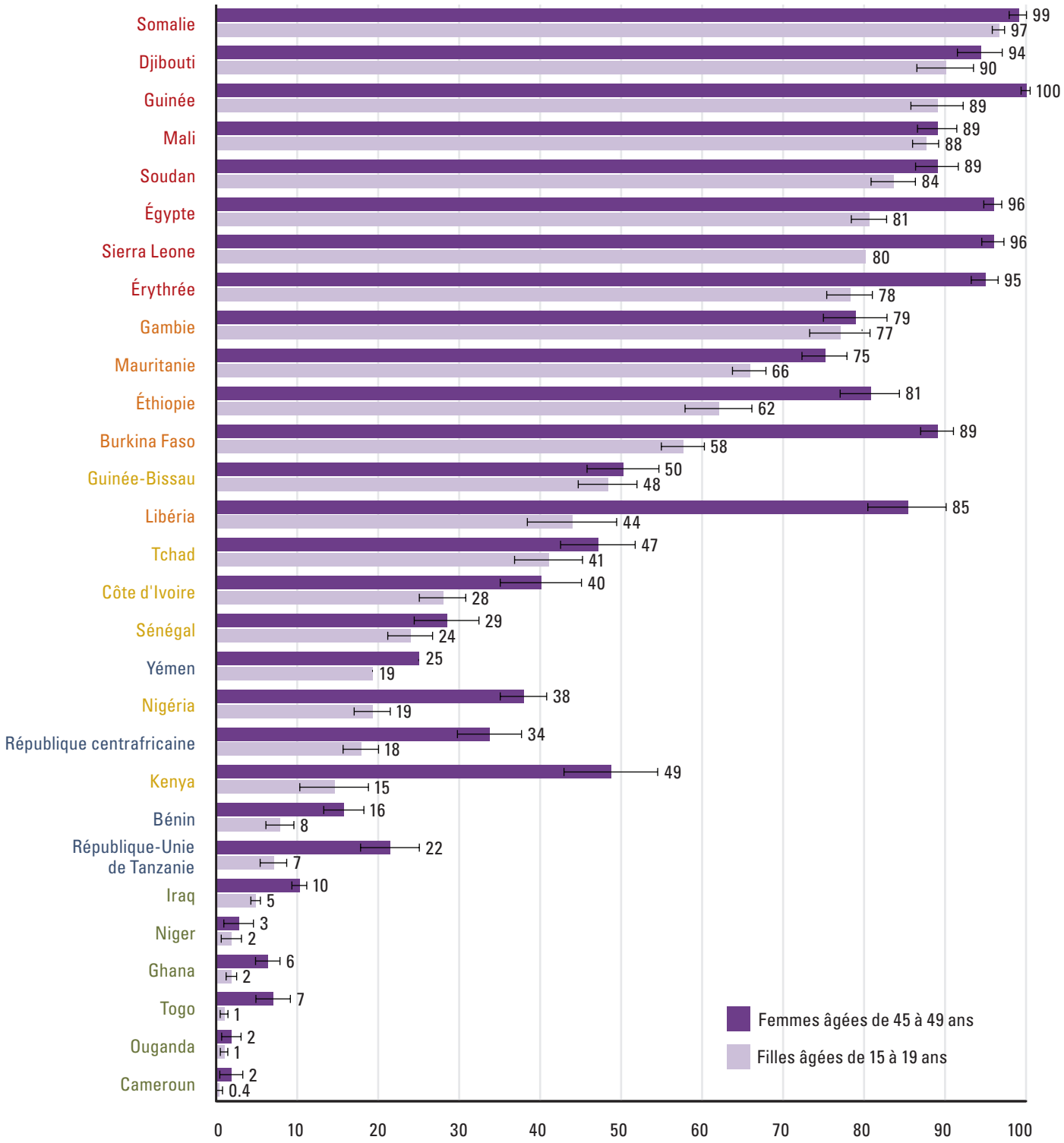
lescentes a chuté de moitié environ. En revanche, on n'observe aucun changement significatif de la prévalence des MGF/E à Djibouti, en Gambie, en Guinée-Bissau, au Mali, au Sénégal, en Somalie, au Soudan, au Tchad et au Yémen.

Les figures 8.8A à 8.8F illustrent la prévalence des MGF/E pour chaque groupe d'âge dans les 29 pays pratiquants, sur la base des données d'enquête les plus récentes. Comme dans les figures précédentes, les pays sont classés en cinq groupes, en fonction de leurs taux de prévalence actuels ; les figures 8.8A et 8.8B concernent des pays à très forte prévalence, qui sont regroupés en fonction des variations observées entre les groupes d'âge. En examinant ces figures, on constate que les changements ont commencé à différents moments selon les pays. En Égypte, par exemple, on remarque pour la première fois une baisse de la prévalence des MGF/E chez les femmes âgées de 20 à 24 ans. L'âge moyen au moment de l'excision étant d'environ 10 ans (chez les filles et les femmes âgées de 15 à 49 ans) et l'enquête ayant été menée en 2008, on peut considérer que cette tendance à la baisse a commencé dans le milieu des années 1990. En revanche, au Kenya, on observe une diminution comparable de la prévalence dans tous les groupes d'âge. Étant donné que l'âge moyen au moment de l'excision est d'environ 12 ans et que les dernières données relatives aux MGF/E datent de 2008-2009, on peut considérer que ces pratiques ont reculé régulièrement depuis les années 1970.

Pour évaluer les tendances liées à la pratique des MGF/E, on pourrait envisager de comparer le taux de prévalence chez les filles et les femmes âgées de 15 à 49 ans avec le taux de prévalence chez leurs filles (âgées de 0 à 14 ans), en utilisant les données d'une seule enquête. Les données de prévalence de ces deux groupes ne sont pourtant pas comparables, car certaines filles ne sont pas encore excisées en raison de leur jeune âge et risquent de l'être lorsqu'elles atteindront l'âge traditionnel de l'excision. La prévalence chez les filles âgées de 0 à 14 ans est

Figure 8.7 : dans la plupart des 29 pays étudiés, les MGF/E sont moins courantes chez les adolescentes que chez leurs aînées

Pourcentage de filles âgées de 15 à 19 ans et pourcentage de femmes âgées de 45 à 49 ans ayant subi des MGF/E



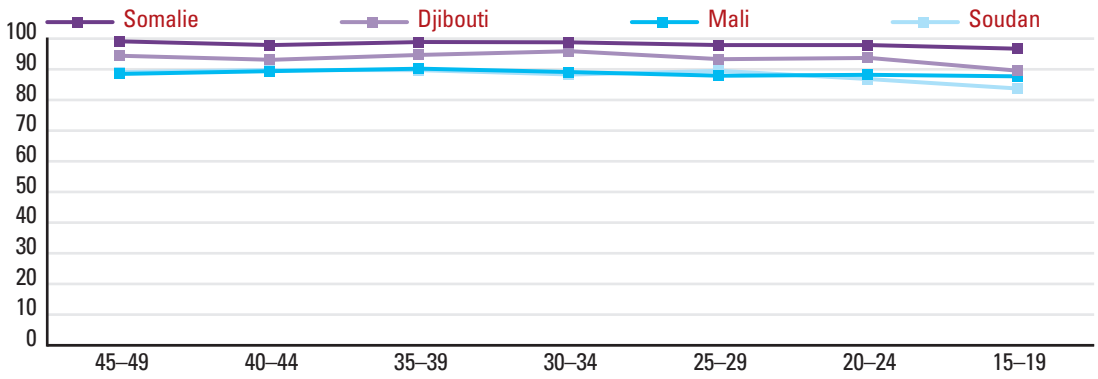
Remarques : la marge d'erreur pour la Sierra Leone n'a pas pu être calculée car la prévalence chez les filles âgées de 15 à 19 ans a été ajustée, comme l'explique la note 156. La marge d'erreur pour le Yémen n'a pas pu être calculée en raison d'une restriction de l'accès aux informations. Les couleurs utilisées pour les noms de pays correspondent à leurs groupes de prévalence, tels qu'ils sont décrits dans l'encadré 4.4, page 27.

Sources : EDS et MICS, 1997-2011.

La pratique des MGF/E semble avoir reculé à des rythmes et à des moments différents

Figure 8.8A

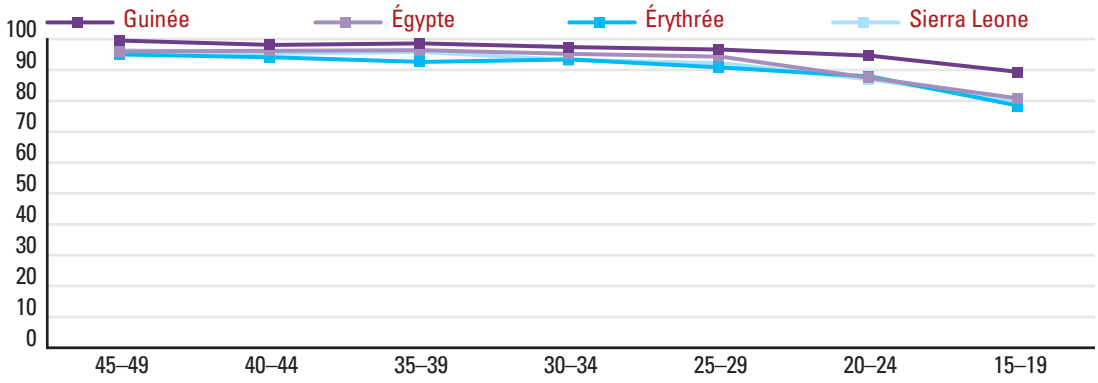
Pourcentage de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant subi des MGF/E, par groupe d'âge, dans les pays à **très forte** prévalence (plus de 80 %) où l'on n'observe **aucune variation significative** de la prévalence entre les groupes d'âge



Sources : MICS et SHHS, 2006-2010.

Figure 8.8B

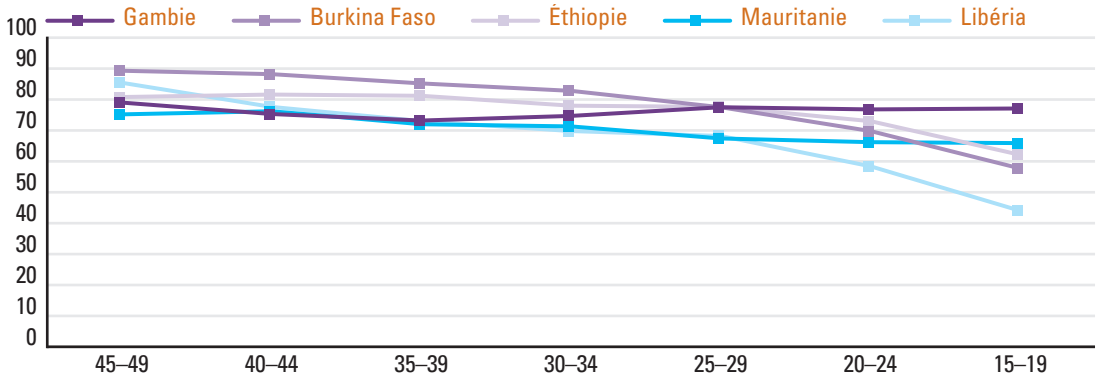
Pourcentage de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant subi des MGF/E, par groupe d'âge, dans les pays à **très forte** prévalence (plus de 80 %) où l'on observe une **variation** de la prévalence entre les groupes d'âge



Remarque : pour plus d'informations sur la prévalence chez les filles âgées de 15 à 19 ans en Sierra Leone, voir la note 156.
Sources : EDS et MICS, 2002-2010.

Figure 8.8C

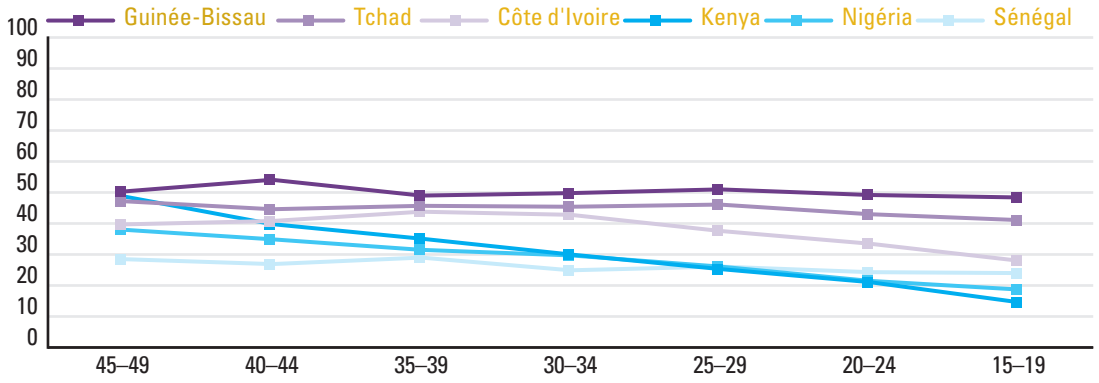
Pourcentage de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant subi des MGF/E, par groupe d'âge, dans les pays à prévalence **modérément élevée** (entre 51 et 80 %)



Sources : EDS et MICS, 2005-2011.

Figure 8.8D

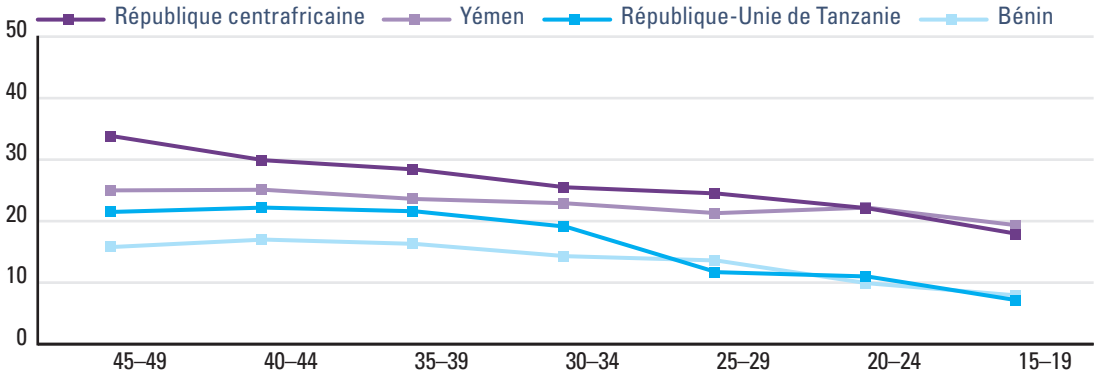
Pourcentage de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant subi des MGF/E, par groupe d'âge, dans les pays à prévalence **modérée** (entre 26 et 50 %)



Sources : EDS et MICS, 2006-2011.

Figure 8.8E

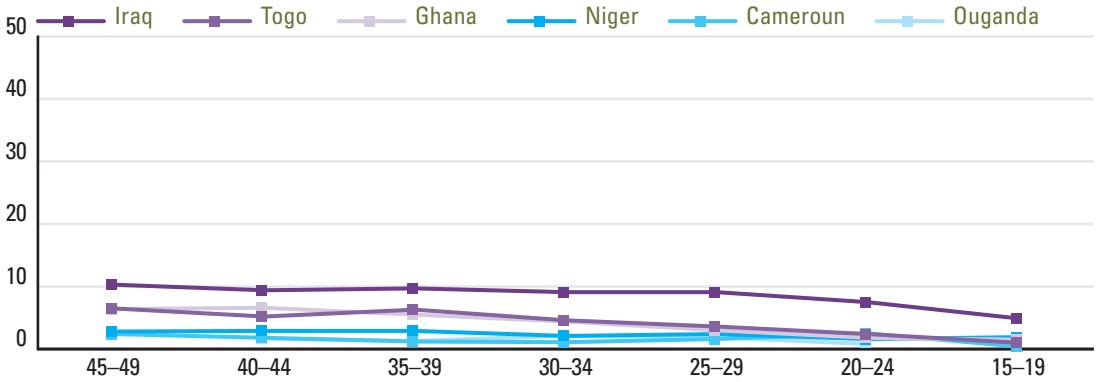
Pourcentage de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant subi des MGF/E, par groupe d'âge, dans les pays à **faible** prévalence (entre 10 et 25 %)



Sources : EDS et MICS, 1997-2010.

Figure 8.8F

Pourcentage de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant subi des MGF/E, par groupe d'âge, dans les pays à **très faible** prévalence (moins de 10 %)



Sources : EDS et MICS, 2004-2011.

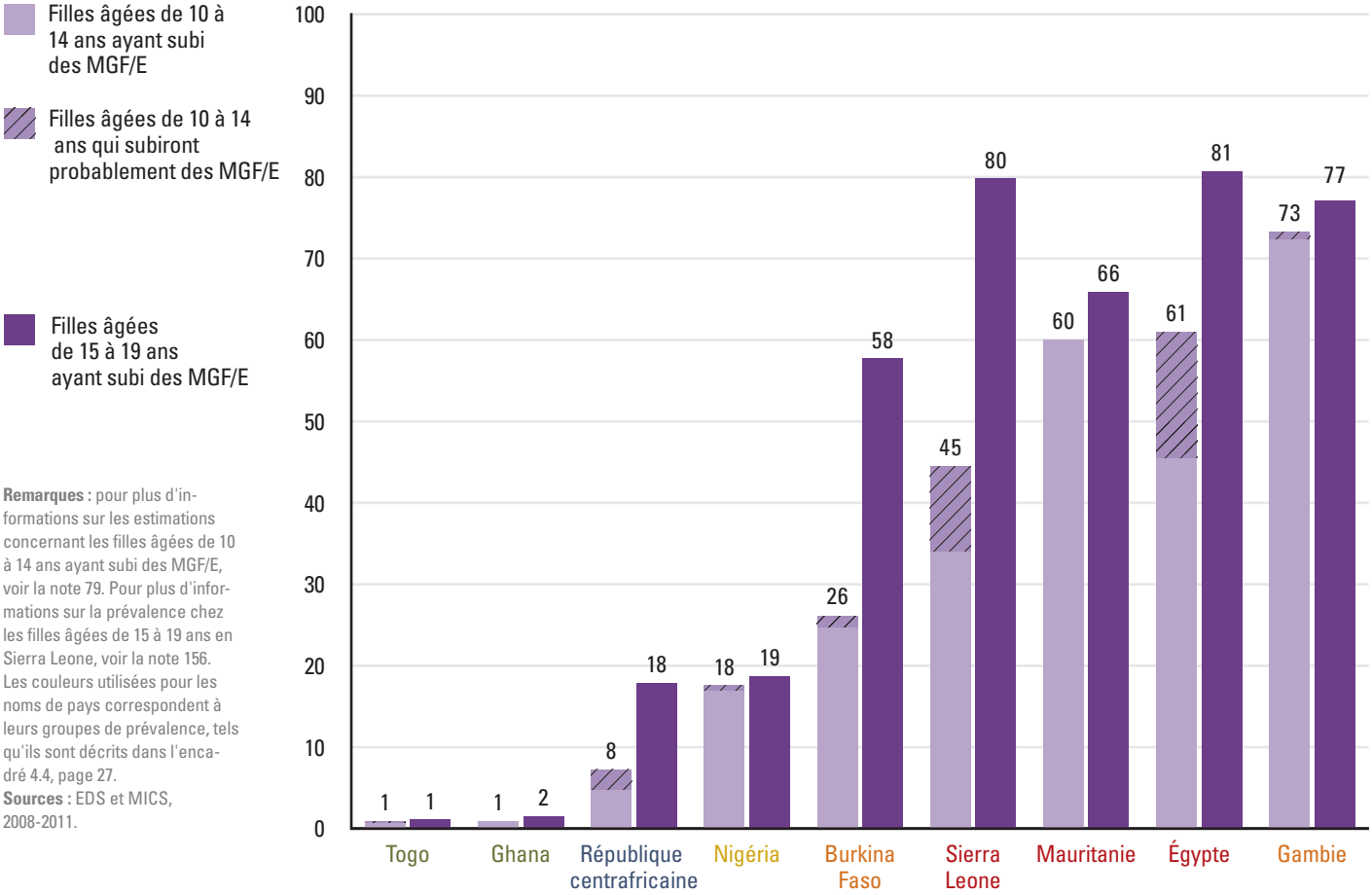
donc plus ou moins sous-estimée, en particulier dans les pays où la plupart des filles sont excisées au début de l'adolescence.

Pour obtenir une base de comparaison valable, mieux vaut examiner la prévalence ajustée chez les filles âgées de 10 à 14 ans et la prévalence chez les filles âgées de 15 à 19 ans. Les données sont ajustées pour les filles les plus jeunes, qui risquent encore d'être excisée avant l'âge de 15 ans (*voir l'encadré 8.6*).

La figure 8.9 illustre la prévalence actuelle des MGF/E chez les filles âgées de 15 à 19 ans et la prévalence ajustée chez les filles âgées de 10 à 14 ans dans neuf pays disposant de données[157]. Au Burkina Faso, la prévalence ajustée chez les filles âgées de 10 à 14 ans serait d'environ 26 %. La proportion de filles âgées de 15 à 19 ans ayant subi des MGF/E est environ deux fois plus élevée (58 %). Ce résultat laisse à penser que les MGF/E ont reculé de manière régulière et rapide au cours des dernières années. Cependant, comme le souligne l'encadré 8.3, la mise en œuvre de lois interdisant les MGF/E a donné lieu à des poursuites, notamment à l'encontre des parents ayant fait exciser leurs filles. Il est donc difficile de savoir si la tendance observée est le résultat d'une sous-estimation liée à la crainte de poursuites ou d'une véritable diminution. On observe une tendance similaire à la baisse en République centrafricaine, en Égypte et en Sierra Leone. En revanche, dans des pays comme la Gambie ou le Nigéria, la prévalence ajustée chez les filles âgées de 10 à 14 ans est quasiment identique à la prévalence chez les filles âgées de 15 à 19 ans.

Figure 8.9 : les données pour le Burkina Faso et la République centrafricaine mettent en évidence d'importants progrès en matière de réduction des MGF/E chez les filles âgées de moins de 15 ans

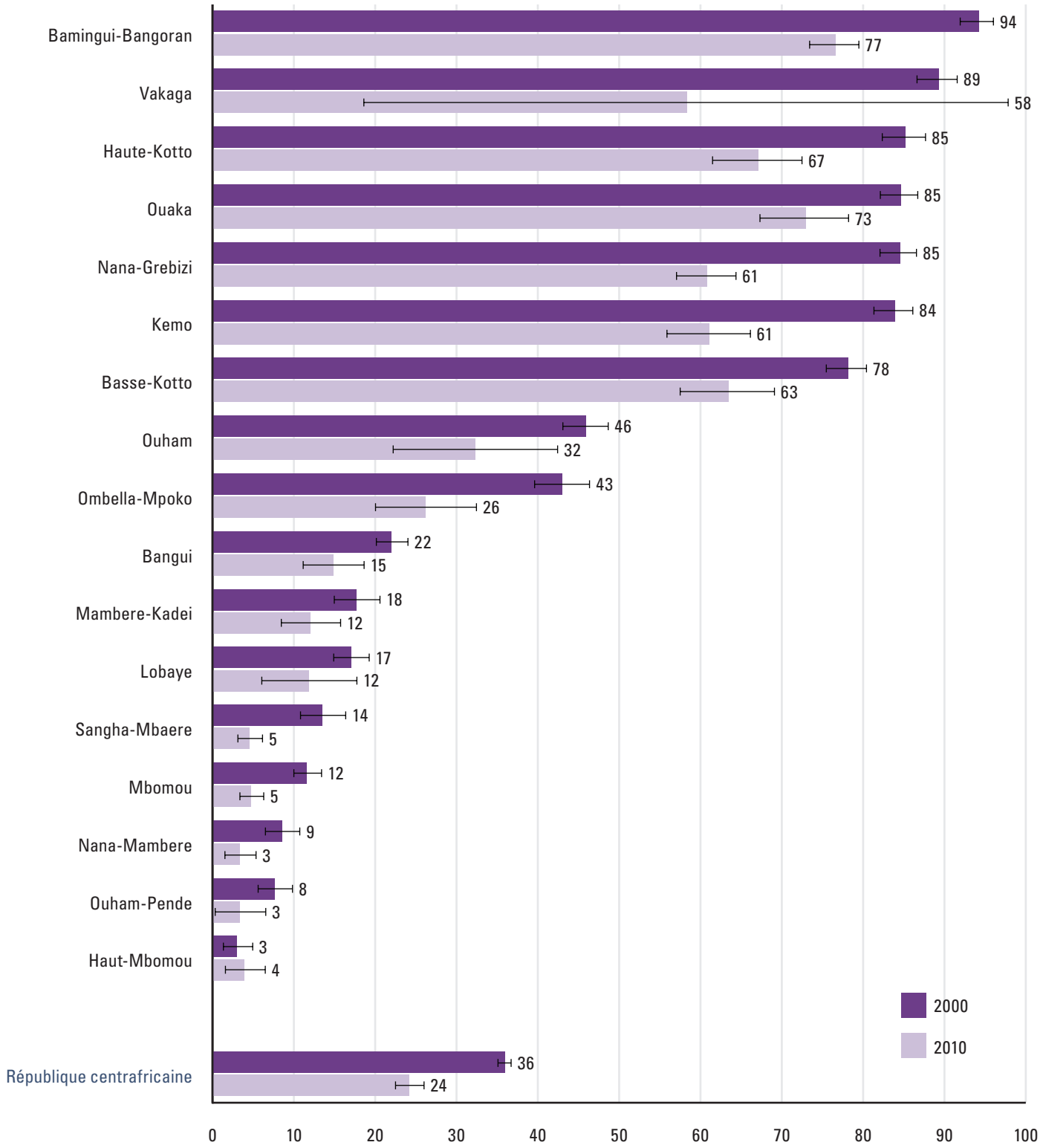
Pourcentage de filles âgées de 10 à 14 ans ayant subi des MGF/E, pourcentage de filles âgées de 10 à 14 ans susceptibles d'être excisées et pourcentage de filles âgées de 15 à 19 ans ayant subi des MGF/E



Remarques : pour plus d'informations sur les estimations concernant les filles âgées de 10 à 14 ans ayant subi des MGF/E, voir la note 79. Pour plus d'informations sur la prévalence chez les filles âgées de 15 à 19 ans en Sierra Leone, voir la note 156. Les couleurs utilisées pour les noms de pays correspondent à leurs groupes de prévalence, tels qu'ils sont décrits dans l'encadré 4.4, page 27.
Sources : EDS et MICS, 2008-2011.

Figure 8.10 : en République centrafricaine, le taux de déclin des MGF/E varie en fonction des régions

Pourcentage de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant subi des MGF/E en République centrafricaine, par région, en 2000 et 2010



Remarque : les données issues de la région de la Vakaga (MICS 2010) sont basées sur 25 à 49 cas non pondérés.
Sources : MICS 2000 et 2010.

Tendances par région et par origine ethnique

La ventilation des données par région au sein d'un même pays permet d'identifier les régions dans lesquelles la prévalence des MGF/E a diminué le plus rapidement. En République centrafricaine, par exemple, la prévalence globale des MGF/E a progressivement diminué dans la plupart des préfectures. Le taux de variation n'est cependant pas uniforme et certaines préfectures connaissent un déclin plus rapide. Lorsque l'on compare les données de prévalence par préfecture en 2000 et 2010, on constate que des changements importants ont eu lieu, que ce soit dans des préfectures à forte prévalence comme Nana-Grébizi ou à faible prévalence comme Sangha-Mbaéré (*voir la figure 8.10*).

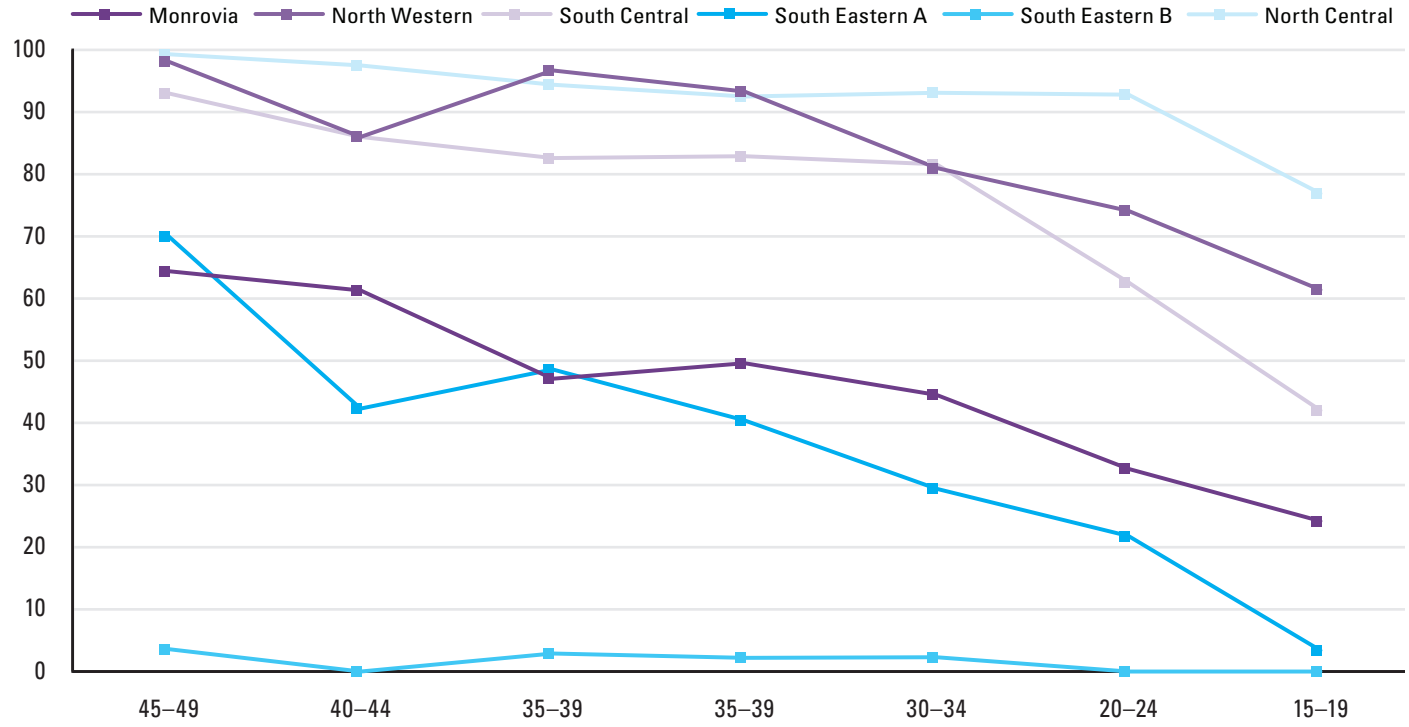
On observe également différents taux de déclin par région dans d'autres pays. Comme indiqué précédemment, on comprend mieux les éventuels changements et à quel moment ceux-ci se sont produits en observant la prévalence par groupes d'âge. Si l'abandon des MGF/E provient d'un changement coordonné chez les membres d'un réseau social, on peut s'attendre à observer des périodes de changement faible ou modéré, suivies de baisses plus significatives de la prévalence. Si la décision de mettre un terme aux MGF/E n'est pas relationnelle et qu'elle est prise par des familles isolées, on peut s'attendre à un recul constant de ces pratiques.

Les données issues du Libéria montrent que la prévalence des MGF/E chez les femmes âgées de 45 à 49 ans atteint environ 93 % à 99 % dans les régions du *centre-sud*, du *nord-ouest* et du *centre-nord*. On observe cependant différents taux de déclin dans ces trois régions. Le pourcentage de filles excisées âgées de 15 à 19 ans est compris entre 77 % dans la région du centre-nord et 42 % dans la région du *centre-sud*, où la diminution a été bien plus rapide et plus soudaine, en particulier chez les filles et les femmes âgées de 15 à 29 ans (*voir la figure 8.11*). Ceci confirme l'hypothèse selon laquelle

Figure 8.11 : au Libéria, la prévalence des MGF/E a diminué beaucoup plus rapidement dans la région centre-sud que dans la région centre-nord pendant environ trois décennies et cette tendance s'est récemment accentuée

Pourcentage de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant subi des MGF/E au Libéria, par groupe d'âge et par région

Remarque : les données issues de la région sud-est A et de la région sud-est B sont basées sur 25 à 49 cas non pondérés.
Source : EDS 2007.



les MGF/E sont relationnelles ; le changement requiert donc un certain degré de coordination.

Comme l'indique le chapitre 4, dans les pays à très faible prévalence, les MGF/E se concentrent généralement dans quelques régions. Pour évaluer les changements, mieux vaut donc examiner les régions où ces pratiques sont le plus répandues. Au Ghana, en Iraq et au Togo, la région où les MGF/E sont le plus répandues enregistre une forte baisse de la prévalence entre les femmes âgées de 45 à 49 ans et les filles âgées de 15 à 19 ans (*voir la figure 8.12*). Dans les autres pays à très faible prévalence (le Cameroun, le Niger et l'Ouganda), aucune tendance ne se dégage clairement entre les groupes d'âge des régions où la prévalence est la plus forte. Au contraire, les variations de prévalence observées sont difficiles à interpréter (*données non illustrées*). Les données issues de ces pays sont fondées sur un nombre limité d'observations, qui conduisent à de très larges marges d'erreur. C'est pourquoi il est difficile de tirer des conclusions claires concernant l'évolution éventuelle des MGF/E.

On observe également différents taux de déclin de la prévalence des MGF/E entre les groupes ethniques, ce qui tend à prouver que ces pratiques sont avant tout relationnelles. Les données issues du Kenya illustrent parfaitement ce phénomène. Les MGF/E ont considérablement reculé au sein de certains groupes ethniques, notamment les Kikuyu et les Kalenjin, mais restent quasiment universelles au sein d'autres groupes tels que les Kisii et les Somalis. La figure 8.13 montre qu'au sein des groupes ethniques ayant connu une baisse de la prévalence des MGF/E, cette diminution est relativement stable entre les groupes d'âge. Parmi les filles âgées de 15 à 19 ans, la pratique des MGF/E est désormais assez rare chez les Kambas (10 %), les Kalenjin (8 %) et les Kikuyu (4 %) ; elle a quasiment disparu chez les Meru (moins de 2 %).

Évolution des circonstances

De nombreuses études décrivent l'évolution récente de l'âge et des conditions dans lesquelles les MGF/E sont pratiquées, notamment une tendance à l'excision précoce, sans aucune célébration rituelle et par des agents de santé[158]. Quelles sont les tendances qui se dégagent des enquêtes ? Quelles sont les raisons possibles et les conséquences pratiques de ces changements ?

Figure 8.12 : au Ghana, en Iraq et au Togo, la région où les MGF/E sont le plus répandues enregistre une forte baisse de la prévalence

Pourcentage de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant subi des MGF/E au Ghana, en Iraq et au Togo, par groupe d'âge, dans la région où l'on observe la plus forte prévalence

Sources : MICS, 2010-2011.

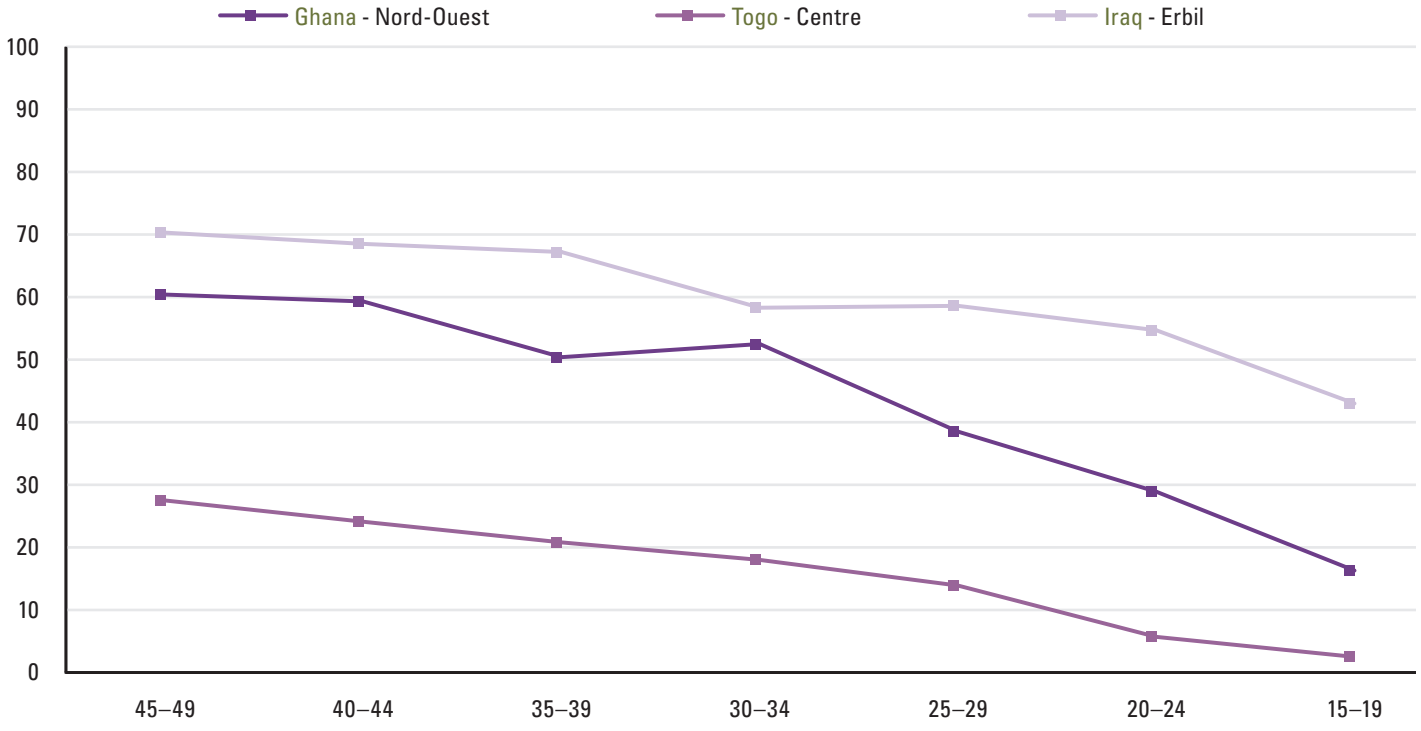
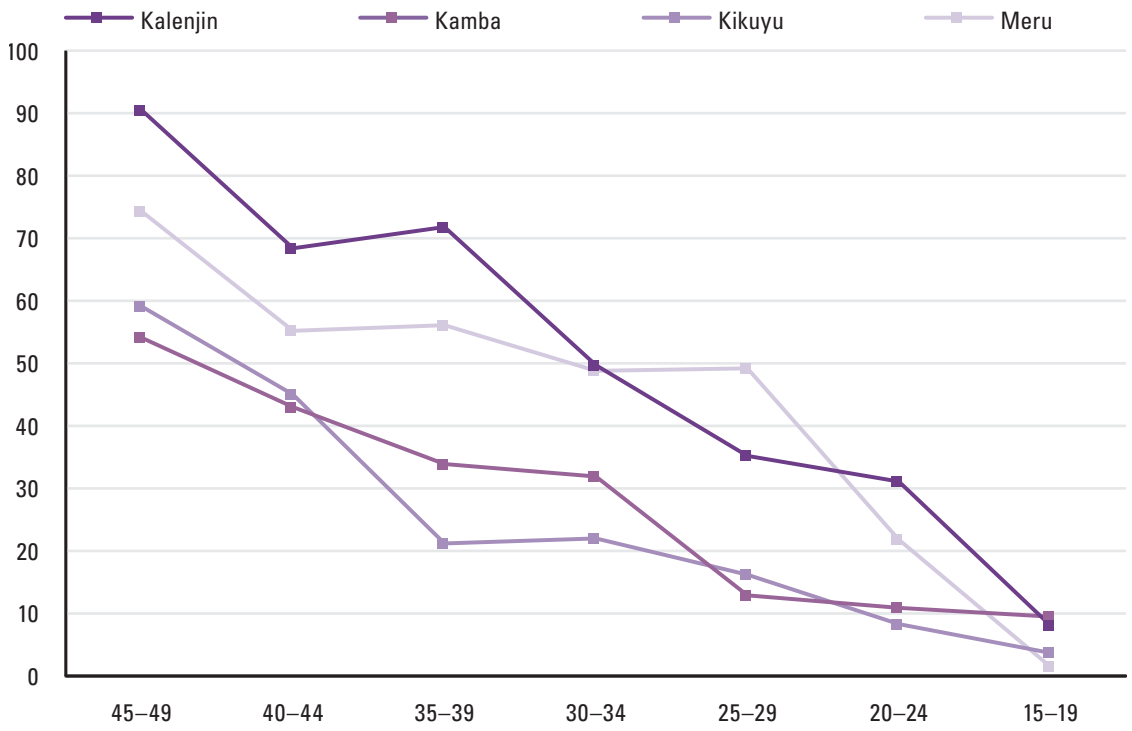


Figure 8.13 : au Kenya, en l'espace de trois générations, la pratique des MGF/E a quasiment disparu au sein de certains groupes ethniques

Pourcentage de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant subi des MGF/E au Kenya, par groupe d'âge et pour différents groupes ethniques



Remarques : les données concernant les femmes meru âgées de 40 à 44 ans et de 45 à 49 ans sont basées sur 25 à 49 cas non pondérés.
Source : EDS 2008-2009.

Les mouvements de lutte contre les MGF/E, notamment les campagnes d'information sur les dangers potentiels de ces pratiques, peuvent conduire les parents à tenter de réduire les risques pour leurs filles, notamment en faisant pratiquer l'intervention dans des environnements considérés comme « sûrs », par exemple des établissements de santé, lorsqu'ils en ont la possibilité. De même, l'adoption de lois interdisant les MGF/E et la diminution de l'acceptabilité de ces pratiques peuvent inciter les parents à agir en toute discrétion et dans l'intimité ou à faire pratiquer l'excision à un plus jeune âge et sous une forme moins radicale. Les données issues d'enquêtes successives permettent d'examiner l'évolution des circonstances entourant les MGF/E et de voir si ces hypothèses se vérifient.

Tendance à la médicalisation des MGF/E

Les données issues d'enquêtes successives permettent de savoir si les MGF/E sont plus ou moins pratiquées par des agents de santé. La « médicalisation » des MGF/E désigne le recours aux professionnels de santé plutôt qu'aux praticien(ne)s traditionnel(le)s (*voir l'encadré 8.7*)[159]. Ce terme fait parfois référence à l'utilisation d'instruments médicaux, le recours à des antibiotiques et/ou l'usage de l'anesthésie par les praticien(ne)s traditionnel(le)s[160]. Lorsque l'excision est pratiquée dans des établissements de santé, on parle également de « médicalisation »[161]. Les EDS et les MICS ont permis de recueillir des informations sur les praticien(ne)s dans tous les pays où se concentrent les MGF/E. En revanche, seules quelques études plus anciennes se sont intéressées au lieu de l'intervention (Égypte 1995 et 2000, Kenya 1998 et Yémen 1997), aux instruments utilisés (Égypte 1995, Kenya 1998, Soudan 2000 et Yémen 1997) et à l'anesthésie pratiquée, le cas échéant (Égypte 1995).

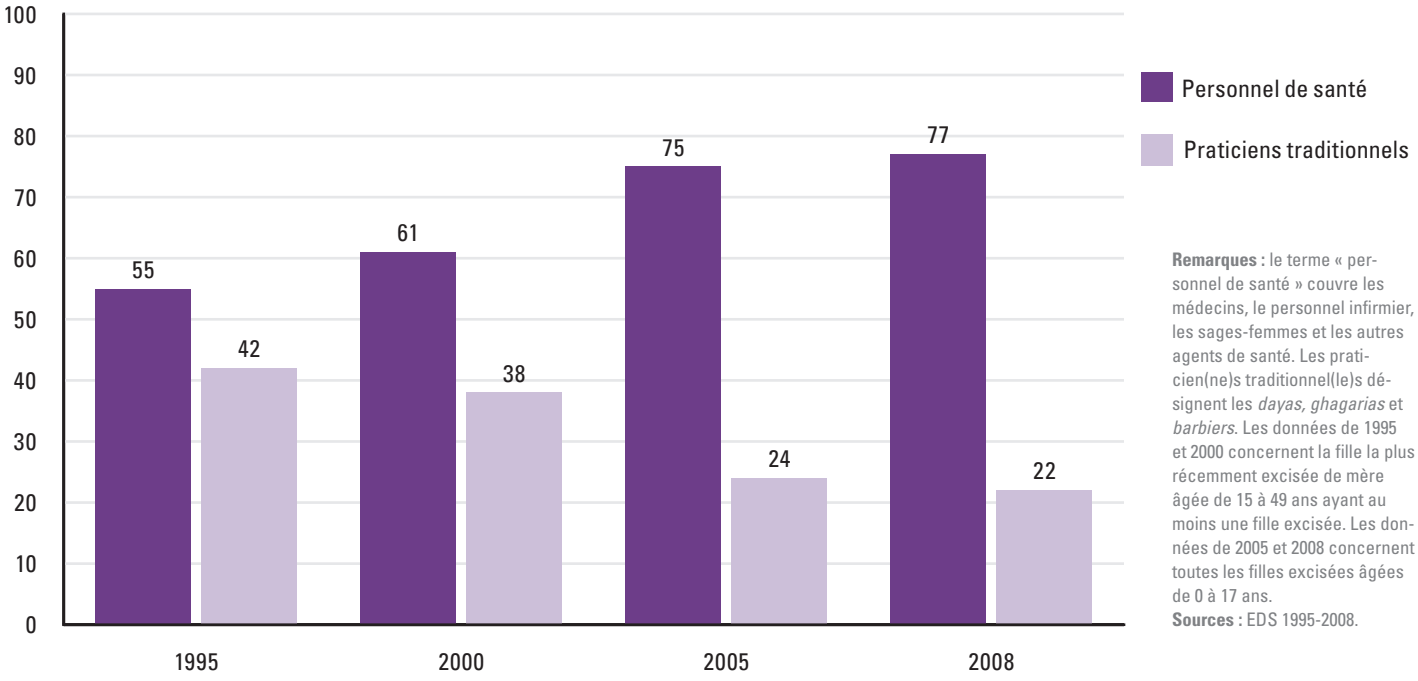
Les données disponibles sur les praticien(ne)s montrent qu'en Égypte, où le niveau de médicalisation est le plus élevé, le pourcentage de filles excisées par un(e) praticien(ne)s traditionnel(le)s a diminué progressivement, passant de 42 % en 1995 à 22 % en 2008 ; dans le même temps, la proportion de filles excisées par un agent de santé est passé de 55 % en 1995 à 77 % en 2008 (*voir la figure 8.14*). Cette tendance a eu lieu parallèlement à une période d'intérêt soutenu et de débats publics intenses sur la politique officielle de l'Égypte concernant la médicalisation de ces pratiques. « En 1994, afin d'améliorer la sécurité d'une pratique considérée

Encadré 8.7 : la médicalisation des MGF/E

On peut attribuer la médicalisation accrue des MGF/E à des décennies de plaidoyer axé sur les risques sanitaires de ces pratiques[163]. S'il est admis que ces campagnes ont contribué à faire connaître les risques liés aux MGF/E, elles ont pu laisser penser que les effets néfastes de ces pratiques pouvaient en grande partie être évités si l'intervention était pratiquée par des agents de santé[164]. Depuis le début des années 1990, des actions ont été menées pour aller au-delà de cette approche purement sanitaire et redéfinir les MGF/E comme une violation des droits de l'homme[165]. Les agences des Nations Unies ont dénoncé la médicalisation des MGF/E pour la première fois en 1979. Elles ont réaffirmé leur position dans deux déclarations récentes : *« Éliminer les mutilations sexuelles féminines : Déclaration interinstitutions »*[166] et *« Stratégie mondiale visant à empêcher le personnel de santé de pratiquer des mutilations sexuelles féminines »*[167]. Cette première déclaration précise que toute intervention pratiquée par un professionnel qualifié « n'est pas nécessairement moins grave ou les conditions sanitaires plus satisfaisantes. En outre, aucun élément ne permet d'attester que la médicalisation réduit les complications obstétricales ou les autres complications à long terme avérées qui sont associées aux mutilations sexuelles féminines »[168]. De plus, étant donné que le personnel de santé bénéficie souvent d'une position d'autorité et de respect, la médicalisation peut favoriser l'institutionnalisation des MGF/E et légitimer le bien-fondé médical de ces pratiques. De nombreuses associations médicales ont condamné la médicalisation des MGF/E, notamment la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO) qui, lors de son Assemblée générale de 1994, a adopté une résolution s'opposant aux MGF/E en toutes circonstances, y compris lorsqu'elles sont pratiquées dans des établissements de santé ou par des professionnels de santé[169].

Figure 8.14 : en Égypte, le pourcentage de filles excisées par un agent de santé a considérablement augmenté

Pourcentage de filles ayant subi des MGF/E en Égypte (selon les informations fournies par leurs mères), en fonction de la personne ayant pratiqué l'intervention

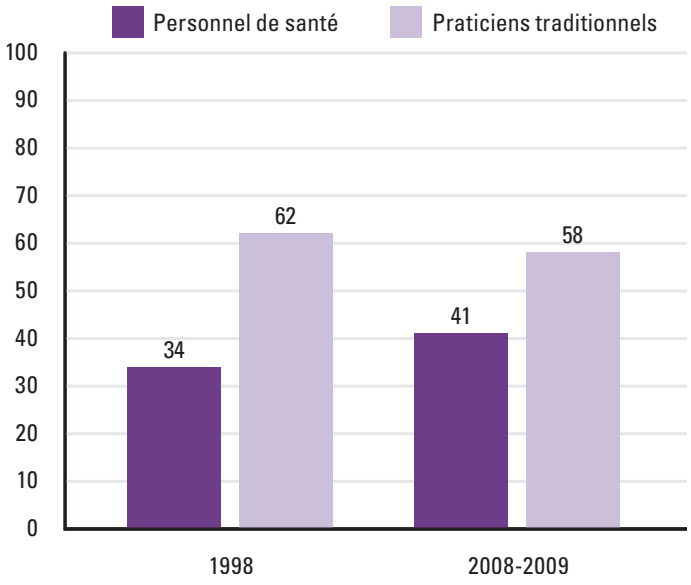


Remarques : le terme « personnel de santé » couvre les médecins, le personnel infirmier, les sages-femmes et les autres agents de santé. Les praticien(ne)s traditionnel(le)s désignent les *dayas, ghagarias* et *barbiers*. Les données de 1995 et 2000 concernent la fille la plus récemment excisée de mère âgée de 15 à 49 ans ayant au moins une fille excisée. Les données de 2005 et 2008 concernent toutes les filles excisées âgées de 0 à 17 ans.
Sources : EDS 1995-2008.

comme "inévitable", le ministère égyptien de la Santé a publié un décret limitant la pratique des MGF/E aux seuls médecins des hôpitaux publics. Cette politique a cependant été abrogée en octobre 1995, les défenseurs des droits et de la santé des femmes y voyant une reconnaissance officielle des mutilations génitales féminines. Les hôpitaux publics ont alors reçu l'interdiction de pratiquer cette intervention »[162]. Pourtant, même à ce moment-là, l'interdiction n'était pas totale : l'intervention restait autorisée en cas de nécessité médicale, créant de fait une faille majeure. En 2007, suite au décès ultra-médiatisé d'une fillette de 11 ans qui avait été excisée dans une clinique, tous les agents de santé certifiés par l'État ont reçu l'interdiction de pratiquer des MGF/E, que ce soit dans des établissements publics ou privés[170]. En juin 2008, le Parlement égyptien a adopté une loi imposant une peine maximale de deux ans d'emprisonnement et une amende pouvant aller jusqu'à 1 000 dollars E.-U. Une étude menée récemment dans les hôpitaux indique que les prestataires de soins continuent à pratiquer l'excision malgré cette interdiction[171].

Figure 8.15 : on observe également une tendance à la médicalisation des MGF/E au Kenya

Pourcentage de filles ayant subi des MGF/E au Kenya (selon les informations fournies par leurs mères), en fonction de la personne ayant pratiqué l'intervention



Remarques : le terme « personnel de santé » couvre les médecins, le personnel infirmier, les sages-femmes et les autres agents de santé. Les praticien(ne)s traditionnel(le)s désignent les exciseuses traditionnelles et les autres praticien(ne)s traditionnel(le)s. Les données concernent la fille la plus récemment excisée de mère âgée de 15 à 49 ans ayant au moins une fille excisée.
Sources : EDS, 1998 et 2008-2009.

L'Égypte est le seul pays à avoir temporairement autorisé les MGF/E, à condition qu'elles soient pratiquées par des agents de santé. Dans d'autres pays, le gouvernement est resté neutre ou s'est activement opposé à la pratique de l'excision par les prestataires de soins. En 2001, au Kenya, le ministère de la Santé a ainsi publié une directive interdisant aux établissements de santé de pratiquer des MGF/E[172]. La loi sur les enfants de 2001 érige l'excision des filles âgées de moins de 18 ans en infraction pénale et fixe une peine de 12 mois d'emprisonnement et/ou 600 dollars E.-U. d'amende. Des enquêtes menées avant et après l'adoption de ces mesures au Kenya montrent pourtant que le pourcentage de filles excisées par des agents de santé a augmenté (*voir la figure 8.15*), passant de 34 % en 1998 à 41 % en 2008-2009. Les données pour l'Égypte et le Kenya laissent entendre que, tant que le soutien social perdurera, les parents chercheront à réduire les risques pour leurs filles en faisant pratiquer l'intervention par des agents de santé.

Évolution du type de MGF/E pratiquées

Les données relatives au type de MGF/E pratiquées permettent de savoir si l'ampleur de la pratique a évolué au fil du temps. Lors de l'interprétation de ces résultats, il est important de noter que différents facteurs peuvent influencer l'étendue des mutilations. Par exemple, lorsque l'excision est apparue dans une région spécifique, il est possible que les ressources aient été extrêmement inégales et que la recherche du mari le plus aisé ait conduit à des excès[173]. Avec l'amélioration des conditions, on peut s'attendre à ce que la prévalence des formes d'excision les plus sévères diminue. Outre la médicalisation des MGF/E, des décennies de campagnes éducatives axées sur les risques sanitaires ont pu inciter les individus à privilégier des formes d'excision moins sévères. De plus, des activités de plaidoyer visant à promouvoir des formes d'excision moins sévères peuvent être en cours dans certaines régions. I. O. Orubuloye et ses collaborateurs indiquent que les professionnels de santé qui pratiquent des MGF/E au Nigéria privilégient les entailles à la clitoridectomie, afin de réduire le risque de complications et la visibilité de ces pratiques[174]. On observe le même phénomène dans le sud-ouest du Kenya[175]. Les agences des Nations Unies ont recueilli des éléments prouvant qu'il est possible d'encourager un abandon direct au sein des communautés pratiquantes. Elles mettent en garde contre la promotion de stratégies intermédiaires, qui peuvent contribuer à légitimer et donc à prolonger ces pratiques[176].Comme c'est le cas pour la médicalisation, ces stratégies sont axées sur les risques sanitaires et ne traitent pas complètement la question de la violation des droits de l'homme.

© UNICEF/NYHQ2012-2162/LeMoyne

Des femmes brandissent des pancartes lors d'une cérémonie de renoncement aux MGF/E dans le village de Cambadju, dans la région de Bafatá, en Guinée-Bissau. Ce village est le premier du pays à renoncer à l'excision. Organisé avec le soutien de l'ONG internationale Tostan, partenaire de l'UNICEF, cet événement a notamment rassemblé des filles et des jeunes femmes, d'anciens exciseurs traditionnels, des représentants de groupes de jeunes et de femmes, ainsi que des employés gouvernementaux.

On peut examiner l'évolution du type de MGF/E pratiquées de différentes manières, en comparant : 1) les résultats de différentes enquêtes concernant les filles et les femmes âgées de 15 à 49 ans ou leurs filles ; 2) les différences entre les groupes d'âge au sein d'une même enquête ; 3) les types de MGF/E subies par les filles et les femmes âgées de 15 à 49 ans et leurs filles. Toutes ces approches ont leurs limites. Il faut envisager les résultats obtenus dans leur ensemble pour obtenir une vision plus complète. Les filles ont plus de chances de se souvenir de ce qu'elles ont vécu, car elles évoquent un événement plus récent que les femmes plus âgées. Dans le même temps, aucune femme ne peut se souvenir de ce qu'elle a vécu si elle a été excisée à un très jeune âge. Dans ce cas, les mères peuvent décrire de manière plus précise les interventions pratiquées sur leurs filles.

Lorsque l'on compare les types d'excision pratiqués sur les filles et les femmes âgées de 15 à 49 ans et leurs filles, on observe que, dans la plupart des pays, un grand nombre de réponses figurent dans la catégorie *non déterminé/incertain/inconnu*, en particulier pour les mères et les femmes plus âgées (*voir les tableaux statistiques*). Il est donc difficile de tirer des conclusions. Dans les pays où le taux de réponses ambiguës est faible et similaire entre les groupes témoins, on n'observe aucune différence notable dans le type d'excision pratiquée (*données non illustrées*). Au fil des générations, on discerne une tendance à pratiquer des ablations moins importantes à Djibouti, où 83 % des femmes âgées de 45 à 49 ans indiquent avoir subi une ablation occlusive, contre 42 % des filles âgées de 15 à 19 ans. La comparaison des types de MGF/E chez les femmes en âge de procréer et leurs filles vient corroborer ces résultats : 67 % des filles et des femmes âgées de 15 à 49 ans indiquent avoir subi une ablation occlusive, contre 30 % de leurs filles. Dans l'ensemble, on peut provisoirement conclure que le type de MGF/E pratiquées est relativement stable entre les générations ; en cas d'évolution, les ablations sont généralement moins importantes.

Évolution de l'âge au moment de l'excision

Les données issues de nombreuses régions révèlent une tendance à l'abaissement de l'âge au moment de l'excision. Les MGF/E n'ayant plus lieu à l'adolescence mais dès l'enfance, voire la petite enfance, elles sont de plus en plus pratiquées individuellement plutôt qu'en groupe. Dans les régions où elles étaient associées à un rite initiatique et à des festivités organisées dans le cadre de rites de passage à l'âge adulte, elles ne le sont désormais plus[177].

L'une des raisons les plus fréquemment avancées pour expliquer

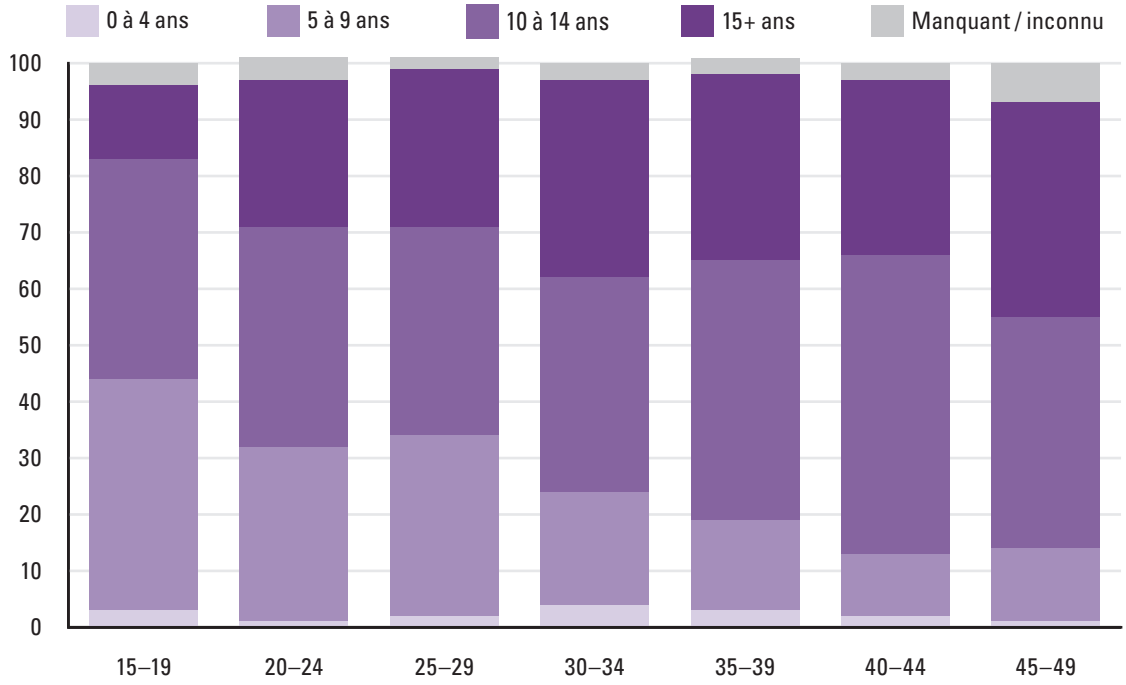
l'excision précoce est la possibilité d'agir en toute discrétion, en particulier lorsque les individus ont connaissance de campagnes visant à mettre un terme aux MGF/E ou lorsque ces pratiques constituent une infraction pénale[178]. Les personnes interrogées expliquent également que les petites filles cicatrisent plus rapidement que les adolescentes, et opposent moins de résistance. Les MGF/E étant pratiquées à un plus jeune âge, elles ont tendance à prendre une dimension purement physique et peuvent ainsi perdre, pour certains, leur signification sociale[179]. Il faut cependant noter que certains groupes pratiquent depuis longtemps l'excision précoce et que, pour nombre d'entre eux, cette pratique conserve une forte valeur culturelle. Les données d'enquête confirment-elles que, dans de nombreuses régions, les filles sont de plus en plus jeunes au moment de l'excision ?

Les MICS et les EDS fournissent des informations sur l'âge au moment de l'excision à différentes périodes, respectivement dans 16 et 20 pays pour les filles et les femmes âgées de 15 à 49 ans et leurs filles. Dans de nombreuses enquêtes, en particulier les plus anciennes, une forte proportion de femmes indiquent ne pas savoir à quel âge elles ont été excisées. Il est donc difficile de tirer des conclusions définitives sur les tendances. Il faut également éviter de comparer l'âge des femmes et de leurs filles au moment de l'excision. Les informations auto-déclarées par les filles et les femmes en âge de procréer sont susceptibles d'être entachées d'un biais de mémoire, tandis que les informations fournies par les mères concernant leurs filles sont généralement plus fiables. De plus, comme l'expliquent les chapitres 4 et 5, les données concernant les filles subissent une censure liée à l'âge. Cette censure introduit une distorsion en faveur des filles les plus jeunes au moment de l'excision. Pour évaluer les changements liés à l'âge au moment de l'excision, mieux vaut effectuer des comparaisons entre les groupes d'âge chez les filles et les femmes âgées de 15 à 49 ans dans les pays où la proportion d'informations manquantes ou incertaines est similaire entre les groupes.

Dans l'ensemble, les données indiquent que l'âge au moment de l'excision est resté relativement stable dans la plupart des pays (*données non illustrées*). En cas de changement, la tendance est à un abaissement de l'âge. Au Kenya, la proportion de femmes excisées avant l'âge de 10 ans est passé de 14 % chez les femmes âgées de 45 à 49 ans à 44 % chez les filles âgées de 15 à 19 ans, comme le montre la figure 8.16. On observe la même tendance dans d'autres pays, notamment la République-Unie de Tanzanie et le Mali (*données non illustrées*).

Figure 8.16 : au Kenya, l'âge au moment de l'excision diminue

Répartition (en %) des filles et des femmes excisées âgées de 15 à 49 ans au Kenya, en fonction de leur âge au moment de l'excision, pour chaque groupe d'âge



Remarque : les chiffres ayant été arrondis, les données présentées dans ce schéma ne donnent pas toujours un total de 100 %.
Source : EDS 2008-2009.

9. Perspectives

© UNICEF/NYHQ2009-1497/Holt

Pour promouvoir l'élimination des MGF/E, il est essentiel d'obtenir des informations rapides, fiables et comparables. Les gouvernements, les organisations internationales, la société civile, ainsi que d'autres partenaires du développement peuvent s'appuyer sur la multitude d'informations contenues dans ce rapport pour ajuster leurs stratégies visant à faire cesser ces pratiques.

Les MGF/E se révèlent particulièrement tenaces malgré les actions menées depuis près d'un siècle en vue de leur élimination. Néanmoins, les données présentées dans ce rapport témoignent d'un recul de ces pratiques et font apparaître de nouvelles évolutions. Ces évolutions, notamment dans les attitudes et la manière dont l'intervention est réalisée, s'opèrent à des rythmes différents selon les groupes de population. Les données montrent aussi que, dans d'autres pays, les MGF/E n'ont pratiquement pas évolué.

En raison des délais relatifs à la pratique elle-même et au suivi, les résultats de l'intensification de la lutte contre les MGF/E ces dix dernières

années ne peuvent pas encore être pleinement évalués. Cependant, les tendances issues de l'analyse des données disponibles permettent de tirer des conclusions générales sur la nature changeante de ces pratiques, qui confirment notre compréhension des dynamiques sociales à l'origine des MGF/E et nous aident à expliquer leur persistance. Ces constatations peuvent contribuer à renforcer et parfaire les programmes et politiques visant à éliminer cette pratique néfaste.

Principales conclusions

Plus de 125 millions de filles et de femmes actuellement en vie dans 29 pays d'Afrique et du Moyen-Orient ont subi une forme de MGF/E. Trente millions d'autres filles risquent d'en être victimes au cours des dix prochaines années. Ces pratiques sont également présentes à un degré bien moindre dans d'autres parties du monde, mais on ignore le nombre exact de filles et de femmes concernées.

Si les MGF/E sont une pratique quasi universelle en Somalie, en Guinée, à Djibouti et en Égypte, elles affectent seulement 1 % des filles et des femmes au Cameroun et en Ouganda. Dans les pays où ces pratiques sont peu répandues, elles se concentrent dans certaines régions et ne s'arrêtent pas aux frontières nationales. Les MGF/E sont étroitement liées à certains groupes ethniques, ce qui suggère que les normes sociales et les attentes au sein de communautés d'individus partageant les mêmes convictions jouent un rôle important dans la perpétuation de ces usages. En outre, la prévalence est plus élevée chez les femmes musulmanes dans de nombreux pays. Ces pratiques sont cependant présentes au sein d'autres communautés religieuses. Plus de la moitié des filles et des femmes de 4 pays (sur 14 pays disposant de données), considèrent cette pratique comme une obligation religieuse.

Les MGF/E sont habituellement effectuées par des praticien(ne)s traditionnel(le)s. Dans certains pays tels que l'Égypte, le Kenya et le Soudan, une proportion importante de prestataires de santé réalise ces interventions. Les données permettant de définir les tendances montrent qu'en Égypte, où la médicalisation des MGF/E est la plus forte, le pourcentage de filles excisées par un personnel de santé est passé de 55 % à 77 % entre 1995 et 2008.

Dans la moitié des pays disposant de données, la majorité des filles subissent ces pratiques avant l'âge de cinq ans. En Somalie, en Égypte, au Tchad et en République centrafricaine, au moins 80 % des filles sont excisées entre 5 et 14 ans, parfois dans le cadre de rites marquant le passage à l'âge adulte.

La plupart des mères dont les filles ont subi des MGF/E indiquent que l'intervention a consisté à couper et retirer des morceaux de chair autour des organes génitaux. En Somalie, en Érythrée, au Niger, à Djibouti ainsi qu'au Sénégal, plus d'une fille sur cinq a subi la forme la plus radicale de ces pratiques, l'infibulation, qui comprend l'ablation et la suture des parties génitales. D'une manière générale, le type de MGF/E opérées a peu changé au fil des générations. On discerne une tendance à pratiquer des ablations moins importantes dans certains pays, notamment à Djibouti, où 83 % des femmes de 45 à 49 ans ont indiqué avoir subi une suture occlusive, contre 42 % filles de 15 à 19 ans.

Les données permettant de définir les tendances montrent que les MGF/E et l'excision sont de moins en moins courantes dans un peu plus de la moitié des 29 pays étudiés. Leur recul est particulièrement net dans certains pays présentant une prévalence relativement faible à très faible. Au Kenya et en République-Unie de Tanzanie, par exemple, les femmes de 45 à 49 ans sont environ trois fois plus susceptibles d'avoir subi des mutilations génitales que les filles de 15 à 19 ans. Au Bénin, en Iraq, au Libéria, au Nigéria et en République centrafricaine, la prévalence de ces pratiques chez les adolescentes a chuté de moitié environ. Dans les régions du Ghana et du Togo où leur prévalence est la plus élevée, respectivement 60 % et 28 % des femmes de 45 à 49 ans ont subi des MGF/E, contre 16 % et 3 % des filles de 15 à 19 ans.

On observe également une baisse dans certains pays à forte prévalence. Au Burkina Faso et en Éthiopie, ces pratiques ont reculé de 31 et 19 points respectivement chez les filles de 15 à 19 ans par rapport aux femmes de 45 à 49 ans. L'Égypte, l'Érythrée, la Guinée, la Mauritanie et la Sierra Leone ont enregistré des diminutions moins prononcées. Dans certains pays, de nouvelles données sur les filles de moins de 15 ans semblent confirmer une tendance importante à l'abandon de ces pratiques ces dernières années. Dans certains pays tels que le Kenya et la République centrafricaine, la prévalence des MGF/E a baissé de manière constante sur au moins trois générations de femmes, et cette tendance s'est vraisemblablement amorcée il y a quarante ou cinquante ans. Dans d'autres pays, y compris le Burkina Faso, il semble que ce recul ait commencé ou se soit accéléré au

cours des 20 dernières années environ. Aucun changement significatif de la prévalence des MGF/E n'a été constaté à Djibouti, en Gambie, en Guinée-Bissau, au Mali, au Sénégal, en Somalie, au Soudan, au Tchad et au Yémen.

Il ressort des données que les MGF/E persistent souvent malgré la volonté de certains d'y mettre fin. Dans la plupart des pays où ces usages sont en vigueur, la majorité des filles et des femmes estiment qu'il faut y mettre un terme. En outre, le pourcentage de filles et des femmes qui soutiennent ces pratiques est bien plus faible que la proportion de filles et de femmes qui les ont subies, même dans les pays à prévalence très élevée, ce qui est particulièrement frappant au Burkina Faso, à Djibouti, au Soudan, en Éthiopie, en Érythrée, en Égypte et en Somalie.

Dans 11 pays disposant de données, au moins 10 % des filles et des femmes excisées affirment n'y voir aucun avantage. Cette proportion atteint presque 50 % au Bénin et au Burkina Faso, et 59 % au Kenya. Sans surprise, les filles dont la mère est favorable à la perpétuation de ces pratiques risquent beaucoup plus d'être touchées.

Les attitudes des hommes et des femmes envers les MGF/E s'avèrent plus homogènes que l'on ne pourrait le croire. Les mutilations génitales sont souvent considérées comme l'expression d'un contrôle patriarcal sur les femmes, sous-entendant ainsi que les hommes en seraient d'ardents défenseurs. En réalité, les femmes et les hommes manifestent une volonté équivalente de mettre un terme à ces pratiques. En Guinée, en Sierra Leone et au Tchad, bien plus d'hommes que de femmes souhaitent l'arrêt des MGF/E.

L'aptitude au mariage est un facteur souvent avancé en faveur des MGF/E. Bien que cet argument ait pu en effet être utilisé à une époque, relativement peu de femmes citent les perspectives de mariage comme justification de ces coutumes, à l'exception des Érythréennes et des Sierra Leonaises. La préservation de la virginité, qui peut indirectement être liée à l'aptitude au mariage, était l'une des réponses les plus répandues chez les femmes en Mauritanie, en Gambie, au Sénégal, au Mali et au Nigéria. Les garçons et les hommes ont, dans la plupart des cas, donné les mêmes réponses que les filles et les femmes quant aux bénéfices potentiels de l'excision, la reconnaissance sociale et la préservation de la virginité étant les raisons les plus souvent invoquées pour justifier l'excision dans la plupart des pays.

Lorsque l'on effectue un suivi des attitudes sur plusieurs années, d'une manière générale, le soutien apporté aux MGF/E est en baisse, même dans les pays où elles sont quasi généralisées comme l'Égypte et le Soudan. Les données révèlent que, dans presque tous les pays présentant une prévalence moyennement élevée à très faible, le pourcentage de filles et de femmes indiquant souhaiter que ces pratiques perdurent a régulièrement diminué. En République centrafricaine, par exemple, le pourcentage de filles et des femmes favorables à la poursuite des MGF/E a baissé de manière constante, passant de 30 % à 11 % en l'espace de 15 ans environ. Au Niger, leur proportion a chuté de 32 % à 3 % entre 1998 et 2006. Il existe toutefois des exceptions : la proportion de filles et de femmes indiquant souhaiter que les MGF/E perdurent est restée stable dans des pays tels que la Guinée, la Guinée-Bissau, la République-Unie de Tanzanie et le Sénégal.

Implications pour la programmation

Les programmes doivent tenir compte des différences entre les groupes de population à l'intérieur et au-delà des frontières nationales.

En ventilant les données nationales sur les MGF/E par région et par origine ethnique, on constate que les changements concernant ces pratiques varient en fonction des groupes de population, ce qui est cohérent avec l'idée selon laquelle des dynamiques sociales spécifiques entrent en jeu dans les différentes communautés. Au Kenya, par exemple, les MGF/E n'ont cessé de reculer dans certains groupes ethniques, où elles étaient pourtant autrefois quasiment universelles, alors qu'elles ont persisté dans d'autres. En l'espace de trois générations, ces pratiques se sont raréfiées chez les Kalenjin et les Kikuyu, et sont en voie de disparition chez les Meru. En revanche, plus de 95 % des filles Somali et Kisii sont encore excisées.

Ces résultats montrent que les plans nationaux visant à éliminer les MGF/E ne doivent pas utiliser la même stratégie sur l'ensemble du territoire d'un pays. Il est préférable de tenir compte des spécificités des différents groupes qui présentent la même origine ethnique ou d'autres caractéristiques communes. Ces groupes peuvent être concentrés dans certaines zones géographiques d'un pays ou s'étendre au-delà des frontières nationales. Dans ce cas, il peut s'avérer nécessaire de collaborer avec les pays voisins et les membres de la diaspora.

Les stratégies doivent notamment prendre en considération le niveau de soutien envers les MGF/E et son évolution, ainsi que le degré de prévalence de ces pratiques chez les différents groupes de population. Une évolution rapide et positive peut contribuer à favoriser le changement ailleurs, comme on le verra ci-dessous. Il peut être nécessaire d'ajuster les stratégies au fil du temps pour refléter l'évolution des pratiques au sein de groupes spécifiques. De même, il peut être utile de se concentrer plus particulièrement sur les communautés affichant peu ou pas d'évolution notable.

Les programmes doivent chercher à modifier les attitudes individuelles concernant les MGF/E, tout en intégrant les attentes des groupes sociaux plus larges.

L'analyse de l'évolution des attitudes envers les MGF/E et de la prévalence suggère que la baisse des opinions favorables précède généralement un réel déclin de la pratique. Pour avoir un impact sur les attitudes individuelles, il est important de continuer à expliquer que mettre fin aux MFG/E permettra d'améliorer la santé et le bien-être des filles et des femmes et de protéger leurs droits. Il est crucial d'agir également sur le plan législatif pour lutter contre les MGF/E, notamment en soulignant les conséquences juridiques de ces pratiques. Des actions sont également nécessaires afin de corriger les idées fausses selon lesquelles les MGF/E seraient imposées par la religion. Dans de nombreux pays, les chefs religieux et les érudits tentent de dissocier ces deux notions. Au Soudan, par exemple, une campagne nationale dépeint les filles non excisées comme étant pures, intactes, entières, indemnes - en d'autres termes, exactement telles que que Dieu les a créées.

Si la modification des attitudes individuelles est importante, les données indiquent cependant qu'elle n'entraîne pas forcément le changement des comportements. Dans les pays concernés, les mères de beaucoup de filles excisées sont opposées à ces pratiques, ce qui montre que d'autres facteurs, par exemple les attentes du groupe social dominant, empêchent celles-ci d'agir en accord avec leurs préférences personnelles. Les données révèlent également que le motif le plus couramment avancé est un sentiment d'obligation sociale, ce qui confirme que la pratique est très liée aux rapports sociaux et que les comportements individuels sont conditionnés par les attentes des proches.

© UNICEF/NYHQ2005-1566/Pirozzi

Ces femmes, dont certaines sont accompagnées de leurs enfants, forment le signe universel de la paix, lors d'une séance sur les dangers des MGF/E organisée au Kabbary Youth Centre, un centre soutenu par l'UNICEF destiné aux enfants qui travaillent, dans la ville portuaire d'Alexandrie, en Égypte. Ce centre propose aux communautés des programmes d'éducation et d'action locale, des activités éducatives, des formations professionnelles, un soutien psychosocial et des soins de santé pour les enfants qui travaillent.

Toutes ces conclusions suggèrent que les efforts visant à mettre un terme à ces usages doivent aller plus loin que le simple changement des attitudes individuelles et intégrer les communautés dans leur ensemble, de manière à réduire les attentes sociales incitant à pratiquer les MGF/E. Cette approche collective peut être utile pour faire évoluer les normes sociales en vue de catalyser les changements relatifs à la pratique des MGF/E, et favoriser une baisse plus rapide de la prévalence.

Les programmes doivent trouver des moyens de renforcer la visibilité des attitudes favorables à l'abandon de ces pratiques.

Le décalage entre la baisse du soutien aux MGF/E et la perpétuation de ces pratiques suggère que les attitudes concernant les mutilations génitales ont tendance à rester confinées dans la sphère privée. Soumettre ces pratiques à l'examen du grand public, de manière respectueuse, à l'image de nombreux programmes aux quatre coins de l'Afrique, pourrait susciter des changements à l'échelle des communautés.

Depuis de nombreuses années, les programmes soutiennent activement les déclarations de personnalités respectées et influentes, notamment des chefs coutumiers et religieux, appelant à l'élimination des MGF/E, des messages qui doivent être davantage relayés au grand public. Des activités programmatiques peuvent favoriser les discussions au sein des groupes pratiquant les MGF/E afin que les personnes qui y sont opposées puissent exprimer leur point de vue. Les médias locaux et nationaux ainsi que d'autres circuits de communication fiables peuvent servir de tribune pour diffuser des informations sur la baisse du soutien aux MGF/E et débattre des avantages que représenterait l'abandon de ces pratiques. En Afrique de l'Ouest, par exemple, les communicateurs traditionnels, ou griots, transmettent ces informations et alimentent le débat par le biais du théâtre et de la musique.

Les déclarations collectives contre les MGF/E constituent des moyens efficaces de mettre en évidence l'érosion du soutien social à ces usages. Elles envoient également le message que le non-respect de ces coutumes n'aura plus de répercussions négatives au niveau social. L'efficacité de cette approche a été démontrée dans l'ensemble des 15 pays du Programme conjoint UNFPA-UNICEF sur les MGF/E et dans d'autres pays tels que le Niger[180]. Ces déclarations ont notamment allégé la pression sociale exercée sur les familles pour exciser leurs filles ainsi que la crainte de l'exclusion sociale. Les familles qui souhaitent mettre fin aux MGF/E pourront agir en conformité avec leur préférence personnelle, et le nombre d'excisions chutera au fil du temps. En assistant à cette transformation, les individus seront assurés que la reconnaissance sociale ne dépendra plus de l'excision des filles.

Ce type de réactions en chaîne peut expliquer le processus en cours dans de nombreux pays et parmi certains groupes de population de ces pays. Au Burkina Faso, par exemple, l'opinion publique est très largement hostile aux MGF/E depuis plusieurs décennies, probablement grâce à la loi d'interdiction des MGF/E en vigueur et aux activités nationales de sensibilisation aux dangers de ces pratiques. Il en résulte que la prévalence des MGF/E a reculé modérément mais de manière constante au cours de cette période. Ces 15 dernières années, les activités programmatiques ont également permis à certains groupes de s'opposer collectivement à ces pratiques. D'après les données disponibles, la baisse de la prévalence s'est accélérée pendant cette période.

Les programmes doivent accroître l'engagement des garçons et des hommes en faveur de l'arrêt des MGF/E et autonomiser les filles.

Des débats sur les MGF/E doivent être organisés à tous les échelons de la société, en commençant par la famille, et inclure les garçons et les hommes. Ce point revêt une importance particulière, car les données semblent indiquer que les filles et les femmes sous-estiment généralement la proportion de garçons et d'hommes hostiles aux MGF/E.

Les données révèlent également qu'une large proportion de femmes mariées ne connaissent pas l'opinion de leur conjoint sur ces pratiques. Susciter le débat sur cette question au sein des couples et dans des réunions impliquant des filles, des garçons, des femmes et des hommes peut accélérer le processus d'abandon en révélant un niveau de soutien plus faible qu'on n'a tendance à le croire, en particulier parmi les hommes, dont la voix pourrait avoir plus de poids au sein de la communauté. De plus, les tendances indiquant que les filles sont généralement moins intéressées que les femmes plus âgées par la poursuite de ces pratiques suggèrent qu'elles pourraient constituer d'importants moteurs de changement, par exemple en favorisant le dialogue entre les générations.

Les programmes doivent permettre de renforcer les contacts avec les groupes qui ne pratiquent pas les MGF/E.

Dans les régions où les MGF/E sont très répandues et soutenues, il est essentiel de renforcer les contacts avec les groupes qui ne les pratiquent pas, et d'améliorer la sensibilisation aux avantages qui découlent de leur abandon. Ainsi, les personnes pourront constater que les filles qui n'ont pas subi de mutilations génitales sont épanouies et que leurs familles ne subissent aucune répercussion négative. La possibilité de ne pas procéder à ces interventions devient alors envisageable. Plus les groupes pratiquants auront d'affinités avec les non pratiquants avec lesquels ils sont en contact, plus l'influence de ces derniers sera positive.

Les données montrent que les taux de prévalence des MGF/E, ainsi que le soutien à ces pratiques, sont généralement plus faibles parmi les habitants des villes, les personnes instruites et les ménages les plus aisés, ce qui montre le rôle important des échanges. Les populations urbaines sont généralement plus hétérogènes que les populations rurales, et les membres des groupes pratiquants sont davantage susceptibles d'interagir avec des personnes et des groupes non pratiquants dans les villes. De même, les personnes et les familles plus aisées ont, en général, davantage l'occasion de côtoyer les communautés non pratiquantes et d'assimiler leurs coutumes.

D'après les données, les niveaux de prévalence sont généralement moins élevés chez les individus qui ont poursuivi leurs études à des niveaux plus élevés. Ceci indique que l'éducation est un mécanisme important permettant de sensibiliser la population aux risques des MGF/E et de partager les connaissances des groupes qui n'y ont pas recours. L'éducation scolaire favorise également la remise en question et les discussions, et permet aux individus d'assumer des fonctions sociales dont la reconnaissance ne repose pas sur la pratique des MGF/E.

Les programmes doivent promouvoir l'abandon des MGF/E tout en améliorant le statut et les perspectives des filles, au lieu de défendre les formes plus modérées de ces pratiques.

En matière de programmation, il est important d'évaluer l'efficacité de la promotion des formes modérées des MGF/E en vue de l'élimination de ces pratiques. Les données concernant les modifications de ces usages montrent une légère tendance en faveur de pratiques plus modérées dans certains pays. Toutefois, le type de mutilations réalisées a globalement peu évolué au fil des générations. Si ces conclusions sont peu probantes, la stabilité de ces pratiques suggère que tenter d'éliminer les MGF/E en réduisant progressivement le degré de gravité des mutilations n'est pas une solution très prometteuse. En outre, il faut comparer les avantages d'une diminution marginale des dommages résultant de l'adoption de formes plus modérées de MGF/E aux coûts d'opportunité associés à la promotion de l'arrêt total des MGF/E, considérées comme une pratique nocive qui compromet le bien-être et viole les droits des filles. Dans des pays comme l'Éthiopie, la Guinée-Bissau et la République-Unie de Tanzanie, des programmes qui visent à améliorer la condition des filles et des femmes au sein de la société aident à lutter contre les MGF/E, ainsi que contre les mariages précoces et forcés.

Étapes suivantes

D'une manière générale, les conclusions présentées dans ce rapport confirment que les initiatives programmatiques visant à mettre un terme aux MGF/E enregistrent des progrès. Ce bilan renferme également de bonnes surprises, telles que le déclin plus important que prévu de la prévalence en République centrafricaine, qui n'avait jamais été documenté auparavant. Ce rapport soulève toutefois de nouvelles questions. Par exemple, il est difficile de comprendre pourquoi le Sénégal ne présente aucun recul observable des MGF/E, malgré les efforts concertés mis en œuvre depuis plus de dix ans pour éliminer la pratique. De nouvelles recherches et études devront être menées afin de mieux comprendre pourquoi les changements indiqués par les données s'avèrent plus ou moins importants que prévus.

Il faut continuer à évaluer les différents aspects des MGF/E dans les pays à prévalence élevée et faible, et intensifier les efforts pour encourager leur élimination complète et définitive, dans le droit fil des efforts accomplis ces 20 dernières années. Les nouvelles séries d'enquêtes auprès des ménages qui seront menées ces prochaines années feront connaître plus amplement les résultats de ces actions. Si l'engagement des partenaires perdure et si les programmes sont renforcés à la lumière des données factuelles toujours plus nombreuses, ces enquêtes montreront que la mutation en cours s'est accélérée et que des millions de filles ont pu échapper au destin de leurs mères et de leurs grands-mères.

© UNICEF/NYHQ2009-1097/Furrer

Références

1. Résolution de l'Assemblée générale des Nations Unies, *Intensification de l'action mondiale visant à éliminer les mutilations génitales féminines,* Document ONU A/RES/67/146, 20 décembre 2012, Nations Unies, New York, <http://www.un.org/french/documents/view_doc.asp?symbol=A/RES/67/146>, consulté le 6 juin 2013.

2. Organisation mondiale de la Santé, *Éliminer les mutilations sexuelles féminines : Déclaration interinstitutions HCDH, OMS, ONUSIDA, PNUD, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM,* OMS, Genève, 2008, <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/9789241596442/fr/index.html>, consulté le 1er mars 2013.

3. Résolution de l'Assemblée générale des Nations Unies, paragraphe 19.

4. Résolution de l'Assemblée générale des Nations Unies, paragraphe 10.

5. Résolution de l'Assemblée générale des Nations Unies, paragraphe 13.

6. Hosken, F., *The Hosken Report: Genital and sexual mutilation of females*, Women's International Network News, Lexington, MA, 1994.

7. Carr, D., *Female Genital Cutting: Findings from the Demographic and Health Surveys program*, Macro International Inc., Calverton, MD, 1997 ; Yoder, P. S., Abderrahim N. et Zhuzhuni A., *Female Genital Cutting in the Demographic and Health Surveys: A critical and comparative analysis*, DHS Comparative Reports n° 7, ORC Macro, Calverton, MD, 2004.

8. Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Les mutilations génitales féminines : analyse statistique*, UNICEF, New York, 2005.

9. Il existe d'autres études nationales menées auprès des ménages qui contiennent des questions sur les MGF/E : les enquêtes sur la santé de la famille (FHS) menées par le Projet panarabe pour la santé familiale (PAPFAM) à Djibouti (2002) et au Yémen (2003), l'enquête de suivi du bien-être en Éthiopie (WMS, 2011) et les enquêtes relatives au comportement sexuel en Zambie (ZSBS, 1998-2009). Les études du PAPFAM ont révélé que le taux de prévalence des MGF/E chez les filles et les femmes âgées de 15 à 49 ans s'élevait à 98 % à Djibouti (2002) et à 22 % au Yémen (2003). En Éthiopie, les données ont révélé un taux de prévalence des MGF/E chez les filles âgées de 0 à 14 ans de 24 %. Les données du PAPFAM et celles issues de l'enquête WMS n'ont pas été intégrées au présent rapport, car les questions posées aux participants ne sont pas totalement comparables à celles des EDS ou des MICS. En outre, les données définitives n'étaient pas encore disponibles pour mener les analyses nécessaires à la préparation de ce rapport. D'après l'enquête ZSBS 2009, la prévalence des MGF/E chez les filles et les femmes âgées de 15 à 49 ans en Zambie s'élève à 0,7 %. Ces résultats ne sont cependant pas pris en compte dans ce rapport car les MGF/E ne touchent que les communautés d'immigrants dans ce pays.

10. OMS, *Éliminer les mutilations sexuelles féminines : Déclaration interinstitutions*, p. 4.

11. OMS, *Éliminer les mutilations sexuelles féminines : Déclaration interinstitutions*, p. 22.

12. Eliah, E., « REACHing for a healthier future », *Populi*, Fonds des Nations Unies pour la population, New York, 1996, p. 12-16.

13. Conseil économique et social des Nations Unies, Commission des droits de l'homme, *Troisième rapport sur l'évolution de la situation concernant l'élimination des pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des fillettes établi par Mme Halima Embarek Warzazi en application de la résolution 1998/16 de la Sous-Commission*, Document ONU E/CN.4/Sub.2/1999/14, 9 juillet 1999, Nations Unies, New York, paragraphes 76 et 78, <http://www.unhchr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/(Symbol)/E.CN.4.Sub.2.1999.14.Fr?Opendocument>, consulté le 1er mars 2013.

14. Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Changer une convention sociale néfaste : la pratique de l'excision/mutilation génitale féminine*, Innocenti Digest 12, Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF, Florence, 2005, <http://www.unicef-irc.org/publications/397>, consulté le 1er mars 2013.

15. OMS, *Éliminer les mutilations sexuelles féminines : Déclaration interinstitutions*.

16. OMS, *Éliminer les mutilations sexuelles féminines : Déclaration interinstitutions*.

17. Obiora, L. A., « Bridges and Barricades: Rethinking polemics and intransigence in the campaign against female circumcision », *Case Western Law Review*, vol. 47, n° 2, 1997, p. 275-378 ; Coleman, D. L., « The Seattle Compromise: Multicultural sensitivity and Americanization », *Duke Law Journal*, vol. 47, 1998, p. 717-783 ; Catania, L. et Hussen A. O, *Ferite per sempre. Le mutilazioni genitali femminili e la proposta del rito simbolico alternativo*, Derive Approdi, Rome, 2005 ; American Academy of Pediatrics, « Policy Statement: Ritual genital cutting of female minors, American Academy of Pediatrics », *Pediatrics*, vol. 125, n° 5, 2010, p. 1088-1093.

18. Yoder, Abderrahim et Zhuzhuni, *Female Genital Cutting in the Demographic and Health Surveys*, p. 19.

19. Johnson, C. et al., « Building a Community-Based Participatory Research Partnership with a Somali Refugee Community », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 37, n° 6S1, 2009, p. S230-S236.

20. Shell-Duncan, B., « From Health to Human Rights: Female genital cutting and the politics of intervention », *American Anthropologist*, vol. 110, n° 2, 2008, p. 225-236.

21. Shell-Duncan, « From Health to Human Rights », p. 227.

22. Boulware-Miller, K., « Female Circumcision: Challenges to the practice as a human rights violation », *Harvard Women's Law Journal*, vol. 8, 1985, p. 155-177 ; Gunning, I., « Modernizing Customary International Law: The challenge of human rights », *Virginia Journal of International Law*, vol. 3, n° 2, 1991, p. 211-248 ; Breitung, B., « Interpretation and Eradication: National and international responses to female circumcision », *Emory International Law Review*, vol. 10, n° 2, 1996, p. 657-693.

23. Assemblée générale des Nations Unies, *Déclaration universelle des droits de l'homme*, 10 décembre 1948, <https://www.un.org/fr/documents/udhr/>, consulté le 31 mai 2013.

24. Assemblée générale des Nations Unies, *Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW)*, 18 décembre 1979, <http://www.un.org/fr/women/cedaw/convention.shtml>, consulté le 31 mai 2013.

25. Assemblée générale des Nations Unies, *Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants*, 10 décembre 1984, <http://untreaty.un.org/cod/avl/pdf/ha/catcidtp/catcidtp_f.pdf>, consulté le 31 mai 2013.

26. Assemblée générale des Nations Unies, *Convention relative aux droits de l'enfant*, 20 novembre 1989, <https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-11&chapter=4&lang=fr>, consulté le 31 mai 2013.

27. Union africaine, *Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, relatif aux droits de la femme en Afrique*, 11 juillet 2003, <http://old.achpr.org/francais/women/Protocolwomen.pdf>, consulté le 31 mai 2013.

28. Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Legislative Reform to Support the Abandonment of Female Genital Mutilation/Cutting*, UNICEF, New York, 2010, <http://www.unicef.org/policyanalysis/files/UNICEF_-_LRI_Legislative_Reform_to_support_the_Abandonment_of_FGMC_August_2010.pdf> (disponible en anglais uniquement), consulté le 31 mai 2013.

29. Institut européen pour l'égalité entre les hommes et les femmes, *Mutilations génitales féminines dans l'UE et en Croatie*, Union européenne, Bruxelles, 2013, <http://eige.europa.eu/sites/default/files/EIGE-Report-FGM-in-the-EU-and-Croatia_0.pdf> (disponible en anglais uniquement), consulté le 31 mai 2013 ; Leye, E. et Sabbe A., « Overview of Legislation in the European Union to Address Female Genital Mutilation, Challenges and Recommendations for the Implementation of Laws », rapport d'experts préparé en vue de la réunion du groupe d'experts consacrée aux bonnes pratiques en matière de législation visant à combattre les pratiques dangereuses pour les femmes, Nations Unies, Commission économique pour l'Afrique, Addis Abeba, 2009, <https://biblio.ugent.be/input/download?func=downloadFile&recordOId=948696&fileOId=948793> (disponible en anglais uniquement), consulté le 31 mai 2013 ; UNICEF, *Legislative Reform to Support the Abandonment of Female Genital Mutilation/Cutting*.

30. UNICEF, *Legislative Reform to Support the Abandonment of Female Genital Mutilation/Cutting*.

31. « Wives and Daughters », *New Internationalist*, publication n° 389, 2006, p. 10-13.

32. National Council for Law Reporting, Prohibition of Female Genital Mutilation Act, <http://www.kenyalaw.org/klr/fileadmin/pdfdownloads/Acts/ProhibitionofFemaleGenitalMutilationAct_No32of2011.pdf> (disponible en anglais uniquement), consulté le 31 mai 2013.

33. Fonds des Nations Unies pour la population, *Programme conjoint UNFPA-UNICEF sur les mutilations génitales féminines/excision. Accélérer le changement.* Rapport annuel 2011, UNFPA, New York, 2011, <http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/Annual%20Report_2011_French.pdf>, consulté le 31 mai 2013.

34. UNICEF, *Legislative Reform to Support the Abandonment of Female Genital Mutilation/Cutting.*

35. Shell-Duncan, B. et al., « Legislating Change? Responses to criminalizing female genital cutting in Senegal », sous presse, *Law and Society Review*, 2013.

36. Rahman, A. et N. Toubia, *Female Genital Mutilation: A practical guide to laws and policies worldwide*, Zed Books, Londres, 2000.

37. Platteau, J. P., *Institutions, Social Norms and Economic Development*, Harwood Academic Publisher, Londres, 2000.

38. UNICEF, *Legislative Reform to Support the Abandonment of Female Genital Mutilation/Cutting*.

39. Voir par exemple : Bicchieri, C. et Muldoon, R., « Social Norms », *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, édition printemps 2011, publié par E. N. Zalta, <http://plato.stanford.edu/archives/spr2011/entries/social-norms/> (disponible en anglais uniquement), consulté le 1er mars 2013 ; Mackie, G. et LeJeune, J., *Social Dynamics of Abandonment of Harmful Practices: A new look at the theory*, Special Series on Social Norms and Harmful Practices, document de travail Innocenti n° 2009-06, Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF, Florence, 2009.

40. Bicchieri, C., *The Grammar of Society: Nature and dynamics of social norms*, Cambridge University Press, Cambridge, 2005.

41. UNICEF, *Changer une convention sociale néfaste*, p. 8.

42. UNICEF, *Changer une convention sociale néfaste*.

43. Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Stratégie coordonnée pour l'abandon de l'excision/mutilation génitale féminine en l'espace d'une génération : une approche programmatique axée sur les droits humains*, note technique, UNICEF, New York, 2008.

44. Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *La dynamique du changement social : vers l'abandon de l'excision/mutilation génitale féminine dans cinq pays africains*, Innocenti Insight, Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF, Florence, 2010, p. 9, <http://www.unicef-irc.org/publications/620>, consulté le 1er mars 2013.

45. OMS, *Éliminer les mutilations sexuelles féminines : Déclaration interinstitutions*.

46. Assemblée générale des Nations Unies, *Les petites filles. Note du Secrétaire général*, document ONU A/64/315, 21 août 2009, Nations Unies, New York, paragraphe 68, p. 20.

47. Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Contributing to the Abandonment of Social Norms Harmful to Girls and Women: A matter of gender equality, UNICEF final progress and utilization report to the European Commission GENRE/2007/142-353*, UNICEF, New York, 2012.

48. Pour en savoir plus sur le Programme conjoint UNFPA-UNICEF sur les mutilations génitales féminines/excision : accélérer le changement, voir <http://www.unfpa.org/gender/practices3.html> (site en anglais), consulté le 1er mai 2013.

49. Pour en savoir plus sur le Programme conjoint UNFPA-UNICEF sur les mutilations génitales féminines/excision : accélérer le changement, et notamment sur les études de cas de pays, voir <http://www.unfpa.org/public/home/about/Evaluation/EBIER/TE/pid/10103> (site en anglais), consulté le 1er mai 2013.

50. OMS, *Éliminer les mutilations sexuelles féminines : Déclaration interinstitutions*, p. 11.

51. OMS, *Éliminer les mutilations sexuelles féminines : Déclaration interinstitutions*, p. 6.

52. Les pays participant au programme conjoint de l'UNICEF et de l'Union européenne, Contributing to the Abandonment of Social Norms Harmful to Girls and Women: A Matter of Gender Equality (GENRE/2007/142/353) et au Programme conjoint UNFPA-UNICEF sur les mutilations génitales féminines/excision : accélérer le changement ont acquis beaucoup d'expérience.

53. La délibération se définit comme une « discussion visant à articuler des opinions raisonnables et éclairées, au cours de laquelle les participants sont disposés à revoir leur position à la lumière des débats, des nouvelles informations et des arguments des autres participants. » Chambers, S., « Deliberative Democratic Theory », *Annual Review of Political Science*, vol. 6, 2003, p. 307–326.

54. Mackie et LeJeune, *Social Dynamics of Abandonment of Harmful Practices: A new look at the theory.*

55. UNICEF, *La dynamique du changement social*.

56. Les attentes empiriques résultent de ce que voit ou entend un individu chez les autres membres de son groupe social. Dans le cas des MGF/E, les attentes empiriques relatives à l'excision des filles résultent du fait que les personnes ont vu ou entendu parler de filles ayant été excisées.

57. Les attentes normatives sont des croyances de deuxième ordre : il s'agit de la croyance d'individus vis-à-vis des croyances des autres.

58. Mackie, G. et al., « What are Social Norms? How are they Measured? », Université de Californie à San Diego - Document de travail UNICEF, San Diego, 2012.

59. Miller, D.T. et McFarland C., « When Social Comparison Goes Awry: The case of pluralistic ignorance », *Social Comparison: Contemporary theory and research*, publié par J. Suls et T.A. Wills, Erlbaum, Hillsdale, NJ, 1991, p. 287-313.

60. « La *connaissance partagée* en tant que telle ne laisse rien supposer quant aux connaissances que les personnes attribuent éventuellement aux autres. Imaginons que tous les élèves d'une classe arrivent en cours en sachant que le professeur aura du retard. Le fait que le professeur soit en retard est une connaissance partagée, mais chaque élève peut penser qu'il/elle est le/la seul/e à le savoir. Cependant, si l'un des élèves dit : « Pierre m'a dit que le professeur allait encore être en retard », alors tous les élèves savent que tous les élèves savent que le professeur sera en retard, tous les élèves savent que tous les élèves savent que tous les élèves savent que le professeur sera en retard, etc. *ad infinitum*. Ce que l'élève a dit a transformé une connaissance partagée par les élèves en *connaissance commune*. » Extrait de *Stanford Encyclopedia of Philosophy*, <http://plato.stanford.edu/entries/common-knowledge/> (site en anglais), consulté le 7 mars 2013.

61. Johnsdotter, S., « Persistence of Tradition or Reassessment of Cultural Practices in Exile? Discourses on female circumcision among and about Swedish Somalis », *Transcultural Bodies: Female genital cutting in global context*, publié par Y. Hernlund et B. Shell-Duncan, Rutgers University Press, New Brunswick, NJ, 2007, p. 107-134.

62. Cette estimation se fonde sur les moyennes pondérées du taux de prévalence des MGF/E chez les filles de 0 à 14 ans et les filles et les femmes de 15 à 49 ans, issues des données les plus récentes des EDS, MICS et SHHS (1997-2012) menés dans les 29 pays où se concentrent les MGF/E. Le nombre de filles et de femmes ayant subi des MGF/E a été calculé sur la base des données démographiques 2011 de la Division de la population des Nations Unies (Nations Unies, *World Population Prospects: The 2012 revision*, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population, New York, 2013, voir <http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm> (disponible en anglais uniquement), consulté le 13 juin 2013). Le nombre de femmes excisées âgées de 50 ans ou plus se fonde sur le taux de prévalence des MGF/E chez les femmes âgées de 45 à 49 ans. Yoder et al. ont obtenu des chiffres comparables (Yoder, P.S., Wang X. et Johansen E., « Estimates of Female Genital Mutilation/Cutting in 27 African Countries and Yemen », *Studies in Family Planning*, vol. 44, n° 2, 2013, p. 189-204). Cependant, contrairement à l'étude de Yoder et al., les estimations du présent rapport se fondent sur des données issues d'enquêtes plus récentes, concernent un pays supplémentaire (l'Iraq) et sont calculées sur la base de données relatives au taux de prévalence pour les filles âgées de 0 à 14 ans.

63. Budiharsana, M. et al., *Female Circumcision in Indonesia: Extent, implications*

and possible interventions to uphold women's health rights, Population Council et USAID, Jakarta, 2003 ; Rashid, A. K., Patil S. S. et Valimalar A. S., « The Practice of Female Genital Mutilation Among the Rural Malays in North Malaysia », *The Internet Journal of Third World Medicine*, vol. 9, n° 1, 2010 ; Fonds des Nations Unies pour la population, « Project Embera-wera: An experience of culture change to eradicate female genital mutilation in Colombia – Latin America », 2011, <http://unfpa.org.co/uploadUNFPA/file/proyectoembera.pdf> (disponible en anglais et en espagnol), consulté le 8 mars 2013.

64. Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, *Trop de souffrance : mutilations génitales féminines et asile dans l'Union européenne*, HCR, Genève, 2013 ; Exterkate, M., *Female Genital Mutilation in the Netherlands: Prevalence, incidence and determinants*, Centre d'expertise et de conseil sur les migrants, les réfugiés et la santé (Pharos), Utrecht, 2013.

65. Yoder, P. S., *Challenges to Assessing FGC Prevalence in the USA*, ICF International, Calverton, MD, 2011 (manuscrit non publié).

66. Johnsdotter S., « Persistence of Tradition or Reassessment of Cultural Practices in Exile? » ; Johnson, M., « Making Mandinga or Making Muslims? Debating female circumcision, ethnicity, and Islam in Guinea-Bissau and Portugal », *Transcultural Bodies: Female genital cutting in global context*, publié par Y. Hernlund et B. Shell-Duncan, Rutgers University Press, New Brunswick, NJ, 2007, p. 202-223 ; Johnsdotter, S. et al., « "Never my Daughters": A qualitative study regarding attitude change toward female genital cutting among Ethiopian and Eritrean families in Sweden », *Health Care for Women International*, vol. 30, 2009, p. 114-133 ; Behrendt, A., *Listening to African Voices. Female genital mutilation/cutting among immigrants in Hamburg: Knowledge, attitudes and practice*, Plan, Hamburg, 2011 ; Vloeberghs, E. et Van Berkum, M., « Competing Loyalties. The case of female genital mutilation », *Roads & Boundaries. Travels in search of (re)connection*, publié par M. Tankink et M. Vysma, AMB Publishers, Diemen, Pays-Bas, 2011, p. 236-246.

67. Dans certains pays, les filles âgées de plus de 15 ans risquent encore d'être soumises à des MGF/E. Pour en savoir plus sur la manière dont cela peut affecter les taux de prévalence, voir la note 156.

68. Les questions relatives aux MGF/E inclues dans les SHHS 2006 et 2010 au Soudan n'ont pas été posées directement aux femmes, mais ont été intégrées au questionnaire soumis à l'un des membres adultes des ménages afin de savoir si les femmes et filles vivant dans le foyer au moment de l'enquête avaient ou non été excisées.

69. Askew, I., « Methodological Issues in Measuring the Impact of Interventions against Female Genital Cutting », *Culture, Health and Sexuality*, vol. 7, n° 5, 2005, p. 463-477.

70. Elmusharaf, S. et al., « Reliability of Self-Reported Forms of Female Genital Mutilation and WHO Classification: Cross sectional study », *BMJ (British Medical Journal)*, vol. 333, n° 7559, 2006, p. 124-128.

71. Morison, L. et al., « The Long-term Reproductive Health Consequences of Female Genital Cutting in Rural Gambia: A community-based survey », *Tropical Medicine and International Health*, vol. 6, n° 8, 2001, p. 643-653.

72. Adinma, J., « Current Status of Female Circumcision among Nigerian Igbos », *West African Journal of Medicine*, vol. 16, 1997, p. 227-231 ; Msuya, S. E. et al., « Female Genital Cutting in Kilimanjaro, Tanzania: Changing attitudes? », *Tropical Medicine and International Health*, vol. 7, n° 2, 2002, p. 159-165 ; Klouman, E., Manongi R. et Klepp, K. I., « Self-Reported and Observed Female Genital Cutting in Rural Tanzania: Associated demographic factors, HIV and sexually transmitted infections », *Tropical Medicine and International Health*, vol. 10, n° 1, 2005, p. 105-115 ; Snow, R. C. et al., « Female Genital Cutting in Southern Urban and Peri-Urban Nigeria: Self-reported validity, social determinants, and secular decline », *Tropical Medicine and International Health*, vol. 7, n° 1, 2002, p. 91-100.

73. Jackson, E. F. et al., « Inconsistent Reporting of Female Genital Cutting Status in Northern Ghana: Explanatory factors and analytical consequences », *Studies in Family Planning*, vol. 34, n° 3, 2003, p. 200–210.

74. Askew, I., « Methodological Issues in Measuring the Impact of Interventions against Female Genital Cutting », *Culture, Health and Sexuality*, vol. 7, n° 5, 2005, p. 463-477.

75. Yoder, Abderrahim et Zhuzhuni, *Female Genital Cutting in the Demographic and Health Surveys*, p. 10.

76. Yoder, Abderrahim et Zhuzhuni, *Female Genital Cutting in the Demographic and Health Surveys*.

77. Selon les constatations préliminaires du MICS 2011, le taux de prévalence des MGF/E chez les filles et les femmes âgées de 15 à 49 ans est de 98 % dans le nord-est du pays et de 99 % dans le Somaliland.

78. Les données disponibles pour les autres pays sont présentées dans les tableaux statistiques. Elles concernent le pourcentage de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant au moins une fille vivante excisée. Les données sur l'Iraq et le Yémen concernent les filles et les femmes âgées de 15 à 49 ans ayant été mariées au moins une fois et ayant au moins une fille vivante excisée. Au Libéria, aucune donnée n'a été recueillie sur les filles. Les données relatives au taux de prévalence chez les filles âgées de 0 à 14 ans ne sont pas comparables aux estimations obtenues suite au recueil d'informations sur les filles de femmes âgées de 15 à 49 ans.

79. En raison d'un oubli dans le questionnaire, les modules de MGF/E en Gambie, au Ghana, en Mauritanie, au Nigéria, en République centrafricaine, au Sierra Leone et au Togo n'ont recueilli aucune information sur le nombre de filles dont la mère n'a jamais entendu parler de ces pratiques. Les données relatives au taux de prévalence chez les filles de 0 à 14 ans ont été ajustées afin de prendre en compte le nombre de filles ne faisant l'objet d'aucune information. Dans le cas du Burkina Faso, de l'Égypte et du Sénégal, les données sur la prévalence ont dû être recalculées en raison d'un oubli dans l'algorithme utilisé pour obtenir ces chiffres. C'est la raison pour laquelle les chiffres présentés ici diffèrent parfois de ceux issus des rapports pays EDS ou MICS originaux.

80. van der Kwaak, A., « Female Circumcision and Gender Identity: A questionable alliance? », *Social Science & Medicine*, vol. 35, n° 6, 1992, p. 777-787 ; Meinardus, O., « Mythological, Historical and Sociological Aspects of the Practice of Female Circumcision among the Egyptians », *Acta Ethnographica Academiae Scientiarum Hungaricae*, vol. 17, n° 3-4, 1967, p. 387-397 ; Hicks, E. K., *Infibulation: Female mutilation in Islamic northeastern Africa*, Transaction Publishers, New Brunswick, NJ, 1996 ; Mackie, G., « Female Genital Cutting: The beginning of the end », *Female "Circumcision" in Africa: Culture, controversy, and change*, publié par B. Shell-Duncan et Y. Hernlund, Lynne Rienner Publishers, Boulder, CO, 2000, p. 253-283.

81. Mackie, G., « Female Genital Cutting: The beginning of the end. »

82. Dorkenoo, E., *Cutting the Rose – Female Genital Mutilation: The practice and its prevention*, Minority Rights Group, London, 1994 ; Shell-Duncan, B. et Hernlund Y., « Female "Circumcision" in Africa: Dimensions of the practice and debates », *Female "Circumcision" in Africa: Culture, controversy, and change*, publié par B. Shell-Duncan et Y. Hernlund, Lynne Rienner Publishers, Boulder, CO, 2000, p. 1-40.

83. Ahmadu, F., « Rites and Wrongs: An insider/outsider reflects on power and excision », *Female "Circumcision" in Africa: Culture, controversy, and change*, publié par B. Shell-Duncan et Y. Hernlund, Lynne Rienner Publishers, Boulder, CO, 2000, p. 283-312.

84. Hernlund, Y., « Cutting Without Ritual and Ritual Without Cutting: Female "circumcision" and the re-ritualization of initiation in the Gambia », *Female "Circumcision" in Africa: Culture, controversy, and change*, publié par B. Shell-Duncan et Y. Hernlund, Lynne Rienner Publishers, Boulder, CO, 2000, p. 235-252.

85. Gruenbaum, E., *The Female Circumcision Controversy: An anthropological perspective*, University of Pennsylvania Press, Philadelphie, PA, 2001.

86. L'étude de Bettina Shell-Duncan et al. sur les communautés au Sénégal et en Gambie a révélé que les MGF/E n'étaient généralement justifiées par l'aptitude au mariage que de manière très indirecte, via les préoccupations relatives à la préservation de la virginité. La majorité des personnes ayant participé à leur étude ont indiqué que les MGF/E n'étaient ni un prérequis au mariage ni une stratégie permettant de trouver un meilleur mari. Il est possible cependant que les préoccupations relatives à l'aptitude au mariage aient contribué à la naissance et à la diffusion de cette pratique. Voir : Shell-Duncan, B. et al., *Contingency and Change in the Practice of Female Genital Cutting: Dynamics of decision making in Senegambia*, Rapport de synthèse, 2010, <http://csde.washington.edu/bsd> (disponible en anglais uniquement), consulté le 11 avril 2013 ; Shell-Duncan, B. et al., « Dynamics of Change in the Practice of Female Genital Cutting in Senegambia: Testing predictions of social

convention theory », *Social Science & Medicine*, vol. 73, n° 8, 2011, p. 1275-1283.

87. Il n'existe aucune donnée ventilée par groupe ethnique pour Djibouti, l'Égypte, l'Iraq, le Libéria, la Mauritanie, la République-Unie de Tanzanie, la Somalie, le Soudan et le Yémen.

88. Kennedy, J. G., « Circumcision and Excision in Egyptian Nubia », *Man*, vol. 5, 1970, p. 175-191 ; Hayes, R. O., « Female Genital Mutilation, Fertility Control, Women's Roles, and the Patrilineage in Modern Sudan: A functional analysis », *American Ethnologist*, vol. 2, n° 4, 1975, p. 617-633 ; van der Kwaak, « Female Circumcision and Gender Identity » ; Yount, K., « Like Mother, Like Daughter? Female genital cutting in Minia, Egypt », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 43, 2002, p. 336-358 ; Hayford, S., « Conformity and Change: Community effects on female genital cutting in Kenya », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 46, n° 2, 2005, p. 121-140.

89. Il n'existe aucune donnée disponible pour Djibouti concernant l'indice des ressources. Les données ventilées par ressources pour le Yémen n'ont pas pu être calculées en raison d'une restriction de l'accès à ces informations.

90. Ce n'est pas toujours le cas. Jusqu'à récemment dans certaines zones du Kenya, il était fréquent de retirer les filles de l'école pour les exciser en vue de leur mariage ; des politiques et des campagnes de sensibilisation de ces communautés ont ont établi un parallèle entre lutte contre les mariages précoces et les MGF/E, et maintien des filles à l'école. Cependant, au Kenya comme ailleurs, les filles ne sont généralement pas impliquées dans la décision concernant leur propre excision. Voir : Shell-Duncan, B. et Olungah, O., « Between Crime, Faith and Culture: Contesting female genital cutting and the "best interest" of the child », recherche présentée lors de la réunion annuelle de l'Association américaine d'anthropologie, 2009.

91. Les données concernant le type de praticien/ne ne sont pas disponibles pour le Libéria, l'Ouganda et la Somalie.

92. Bjälkander, O. et al., « Health Complications of Female Genital Mutilation in Sierra Leone », *International Journal of Women's Health*, vol. 4, 2012, p. 321–331 ; OMS, *Éliminer les mutilations sexuelles féminines : Déclaration interinstitutions*.

93. Mgbako, C. et al., « Penetrating the Silence in Sierra Leone: A blueprint for the eradication of female genital mutilation », *Harvard Human Rights Journal*, vol. 23, 2010, p. 111-140.

94. Shell-Duncan, B., « The Medicalization of Female "Circumcision": Harm reduction or promotion of a dangerous practice? », *Social Science and Medicine*, vol. 52, 2001, p. 1013-1028.

95. Obermeyer, C. M., « Female Genital Surgeries: The known, the unknown, and the unknowable », *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 13, n° 1, 1999, p. 79-105.

96. Shell-Duncan, B., « The Medicalization of Female "Circumcision" » ; Yoder, Abderrahim et Zhuzhuni, *Female Genital Cutting in the Demographic and Health Surveys*.

97. Lightfoot-Klein, H., *Prisoners of Ritual: An odyssey into female genital circumcision in Africa*, Routledge, Londres, 1989, p. 54.

98. Voir par exemple : Groupe d'étude OMS sur les mutilations génitales féminines et le devenir obstétrical, Mutilations génitales féminines et devenir obstétrical : étude prospective concertée dans six pays africains, *The Lancet*, vol. 367, 2006, p. 1835-1841.

99. Voir par exemple : Morison et Scherf, « The Long-Term Reproductive Health Consequences of Female Genital Cutting in Rural Gambia ».

100. Les données concernant le type d'opération menée sur les filles ne sont pas disponibles pour l'Iraq, le Libéria, l'Ouganda et le Yémen. Les données concernant le type d'opération menée au Soudan ne sont disponibles que par le biais du MICS 2000, mais n'ont pas été intégrées au Tableau 5.2. en raison d'un manque de comparabilité.

101. Les données concernant l'âge auquel l'opération a lieu ont été recueillies pour les mères âgées de 15 à 49 ans dans 22 pays et pour les filles dans 26 pays. Les données concernant l'âge auquel l'opération a lieu chez les filles et les femmes âgées de 15 à 49 ans ne sont pas disponibles pour Djibouti, l'Éthiopie, le Libéria, l'Ouganda, la Somalie, le Soudan et le Yémen. Les données concernant l'âge auquel l'opération a lieu chez les filles n'ont pas été recueillies pour l'Iraq, le Libéria et l'Ouganda. L'âge auquel l'opération a lieu chez les filles n'a pu être calculé pour le Yémen (EDS 1997) en raison d'une restriction de l'accès aux informations. Les données concernant la Gambie ne sont pas inclues dans la Figure 5.3 car le MICS 2006 ne comportait pas de questions sur l'âge des filles récemment excisées au moment de l'opération ; les données concernant les filles âgées de 15 à 19 ans indiquent que la plupart des opérations ont lieu avant l'âge de 5 ans, comme l'illustrent les tableaux statistiques. Les données concernant l'âge auquel l'opération a lieu chez les filles sont disponibles pour le Soudan (MICS 2000). Cependant, ces données n'ont pas été intégrées ici car elles entrent en contradiction dans une large mesure, avec les autres données, en laissant penser que l'opération a généralement lieu entre 5 et 11 ans dans ce pays. Voir par exemple : UNICEF, *La dynamique du changement social* ; site web de Sudan National Committee on Traditional Practices, <http://www.snctp.org/>, consulté le 2 juillet 2013 ; Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), « Ending female genital mutilation/cutting in Sudan », <http://countryoffice.unfpa.org/filemanager/files/sudan/facts/fgm.pdf>, consulté le 2 juillet 2013.

102. Morison et Scherf, « The Long-Term Reproductive Health Consequences of Female Genital Cutting in Rural Gambia » ; Elmusharaf et al., « Reliability of Self-Reported Forms of Female Genital Mutilation and WHO Classification ».

103. D'après les premières constatations du MICS 2011, le pourcentage de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans qui pensent que cette pratique doit être maintenue s'élève à 58 % dans le nord-est du pays et à 29 % dans le Somaliland.

104. Hernlund, Y. et Shell-Duncan, B., « Contingency, Context and Change: Negotiating female genital cutting in the Gambia and Senegal », *Africa Today*, vol. 54, n° 4, 2007, p. 46.

105. Hernlund et Shell-Duncan, « Contingency, Context and Change: Negotiating female genital cutting in the Gambia and Senegal », p. 44.

106. Les questionnaires ont été distribués aux garçons et aux hommes âgés de 15 à 49 ans, mais également aux hommes âgés de 50 ans et plus.

107. Il n'existe aucune donnée ventilée par groupe ethnique pour les filles et les femmes de Djibouti, d'Égypte, d'Iraq, du Libéria, de Mauritanie, de République-Unie de Tanzanie, de Somalie, du Soudan et du Yémen.

108. Il n'existe aucune donnée disponible pour Djibouti concernant l'indice des ressources. Les données pour le Yémen n'ont pas pu être calculées en raison d'une restriction de l'accès à ces informations.

109. Shell-Duncan et al., *Contingency and Change in the Practice of Female Genital Cutting: Dynamics of decision making in Senegambia*.

110. Les données concernant les couples ont été créées en fusionnant les données individuelles des femmes et des hommes mariés ou vivant sous le même toit.

111. Shell-Duncan et al., *Contingency and Change in the Practice of Female Genital Cutting: Dynamics of decision making in Senegambia* ; Shell-Duncan et al., « Dynamics of Change in the Practice of Female Genital Cutting in Senegambia ».

112. Hernlund, Y., « Winnowing Culture: Negotiating female "circumcision" in the Gambia », Thèse de doctorat, Université de Washington, Département d'Anthropologie, Seattle, 2003 ; Shell-Duncan et al., *Contingency and Change in the Practice of Female Genital Cutting: Dynamics of decision making in Senegambia* ; Shell-Duncan et al., « Dynamics of Change in the Practice of Female Genital Cutting in Senegambia ».

113. Mackie et LeJeune, *Social Dynamics of Abandonment of Harmful Practices: A new look at the theory.*

114. UNICEF, *Changer une convention sociale néfaste ;* Mackie et LeJeune, *Social Dynamics of Abandonment of Harmful Practices: A new look at the theory.*

115. UNICEF, *Changer une convention sociale néfaste*, p. 11.

116. Mackie et LeJeune, *Social Dynamics of Abandonment of Harmful Practices: A new look at the theory*.

117. Carreira, 1947, cité dans : Johnson, M., « Becoming a Muslim, Becoming a Person: Female "circumcision," religious identity, and parenthood

in Guinea-Bissau », *Female "Circumcision" in Africa: Culture, controversy, and change*, publié par B. Shell-Duncan et Y. Hernlund, Lynne Rienner Publishers, Boulder, CO, 2000, p. 215-234.

118. Johnson, M., « Becoming a Muslim, Becoming a Person ».

119. Mackie et LeJeune, *Social Dynamics of Abandonment of Harmful Practices: A new look at the theory.*

120. Mackie et LeJeune, *Social Dynamics of Abandonment of Harmful Practices: A new look at the theory.*

121. Gruenbaum, *The Female Circumcision Controversy*, p. 60.

122. Pour des exemples concernant le Soudan et la Guinée-Bissau, voir respectivement : Boddy, J., « Body Politics: Continuing the anti-circumcision crusade », *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 5, n° 1, 1991, p. 15-17 ; Johnson, M., « Becoming a Muslim, Becoming a Person ».

123. Johnson, M., « Becoming a Muslim, Becoming a Person ».

124. UNFPA, *Programme conjoint UNFPA-UNICEF sur les mutilations génitales féminines/excision : Accélérer le changement. Rapport annuel 2011*, p. iv.

125. UNICEF, *La dynamique du changement social : vers l'abandon de l'excision/mutilation génitale féminine dans cinq pays africains*, p. 43-44 ; van der Kwaak, « Female Circumcision and Gender Identity ».

126. UNFPA, *Programme conjoint UNFPA-UNICEF sur les mutilations génitales féminines/excision : Accélérer le changement. Rapport annuel 2011*, p. 25 ; van der Kwaak, « Female Circumcision and Gender Identity ».

127. Boddy, « Body Politics: Continuing the anti-circumcision crusade », p. 15.

128. Johnson, M., « Becoming a Muslim, Becoming a Person ».

129. Johnson, « Making Mandinga or Making Muslims? » ; Johnsdotter, « Persistence of Tradition or Reassessment of Cultural Practices in Exile? ».

130. Johnson, « Making Mandinga or Making Muslims? ».

131. Il n'existe aucune donnée ventilée par religion pour Djibouti, l'Iraq, la Mauritanie et la Somalie. Les données pour le Yémen n'ont pas pu être calculées en raison d'une restriction de l'accès à ces informations.

132. Les données concernant les filles n'ont jamais été recueillies pour le Libéria. Les données pour le Yémen n'ont pas pu être calculées en raison d'une restriction de l'accès à ces informations.

133. Davies, P., « On Relapse: Recidivism or rational response? », *AIDS: Rights, risk and reason*, publié par P. Aggelton, P. Davies et G. Hart, The Falmer Press, Washington, D.C., 1992, p. 133-141 ; Ingham, R. et al., « The Limitations of Rational Decision-Making Models as Applied to Young People's Sexual Behaviour », *AIDS: Rights, risk and reason*, publié par P. Aggleton, P. Davies et G. Hart, The Falmer Press, Washington, D.C., 1992, p. 163-173 ; Parker, W., *Rethinking Conceptual Approaches to Behaviour Change: The importance of context,* Centre for AIDS Development, Research and Evaluation (CADRE), Johannesbourg, 2004 ; Yoder, P. S., « Negotiating Relevance: Belief, knowledge, and practice in international health projects », *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 11, n° 2, 1997, p. 131-146 ; Yoder, P. S. et M. Mahy, *Female Genital Cutting in Guinea: Qualitative and quantitative research strategies*, DHS Analytical Studies n° 5., ORC Macro, Calverton, MD, 2001.

134. Miller, D. et al., « Pluralistic Ignorance and Inconsistency Between Private Attitudes and Public Behaviours », *Attitudes, Behaviours and Social Context: The role of social norms and group membership*, publié par D. J. Terry et M. A. Hogg, Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Mahwah, NJ, 2000.

135. Miller et al., « Pluralistic Ignorance and Inconsistency between Private Attitudes and Public Behaviours ».

136. Davies, « On Relapse: Recidivism or rational response? » ; Shell-Duncan et Hernlund, « Are there "Stages of Change" in the Practice of Female Genital Cutting? ».

137. Hernlund et Shell-Duncan, « Contingency, Context and Change: Negotiating female genital cutting in the Gambia and Senegal », p. 44.

138. Prochaska, J. O. et al., « Stage of Change and Decisional Balance for 12 Problem Behaviors », *Health Psychology*, vol. 13, 1994, p. 39-46.

139. Prochaska, J. O. et DiClemente, C. C., « Transtheoretical Therapy: Toward a more integrative model of change », *Psychotherapy Theory, Research and Practice*, vol. 19, n° 3, 1982, p. 276-288 ; Prochaska, J. O. et DiClemente, C. C., « In Search of How People Change: Applications to addictive behaviours », *American Psychologist*, vol. 47, 1992, p. 1102-1114.

140. Rogers, E., *Diffusion of Innovation*, The Free Press, New York, 1995.

141. Diop, N. J. et al., *The Tostan Program: Evaluation of a community based education program in Senegal*, Population Council, New York, 2004 ; Izett, S. et Toubia, N., *A Research and Evaluation Guidebook Using Female Circumcision as a Case Study: Learning about social changes*, RAINBO, New York, 1999.

142. Shell-Duncan, B. et Hernlund, Y., « Are there "Stages of Change" in the Practice of Female Genital Cutting? Qualitative research findings from Senegal and the Gambia », *African Journal of Reproductive Health*, vol. 10, n° 2, 2006, p. 57-71.

143. Shell-Duncan et Hernlund, « Are there "Stages of Change" in the Practice of Female Genital Cutting? ».

144. L'EDS menée au Soudan en 1989-1990 ne ciblait que les filles et les femmes âgées de 15 à 49 ans qui avaient été mariées au moins une fois, tandis que les enquêtes ultérieures ont porté sur toutes les femmes indépendamment de leur statut marital. C'est la raison pour laquelle les données issues de l'enquête 1989-1990 n'ont pas été utilisées pour analyser l'évolution de la prévalence des MGF/E chez les filles et les femmes âgées de 15 à 49 ans.

145. Une erreur d'échantillonnage est généralement mesurée en termes d'*erreur type* pour une statistique en particulier (moyenne, pourcentage, etc.). L'erreur type peut servir à calculer les marges d'erreur pouvant contenir, selon des suppositions raisonnables, la valeur réelle de la population. Par exemple, la valeur de toute donnée calculée à partir d'un sondage sera comprise entre deux fois plus ou moins l'*erreur type* de cette statistique dans 95 % des échantillons possibles de taille et contenu identiques (marges d'erreur de 95 %). Des marges d'erreur plus étroites suggèrent davantage de précision dans les estimations. Le cas échéant, les graphiques comprennent des barres d'erreurs indiquant l'intervalle de confiance de 95 % concernant les estimations pour chaque pays, lorsque les ensembles de données sont disponibles pour permettre le calcul.

146. Les données concernant les attitudes des femmes vis-à-vis des MGF/E ne sont issues que d'une seule enquête pour le Cameroun (EDS 2004), Djibouti (MICS 2006), l'Iraq (MICS 2011), le Libéria (EDS 2007), l'Ouganda (EDS 2011), la Somalie (MICS 2006) et le Yémen (EDS 1997). Les données issues des MICS pour le Ghana (2011), le Nigéria (2011) et la Sierra Leone (2010) n'ont pas été utilisées pour illustrer les attitudes des femmes vis-à-vis des MGF/E, car elles ne concernent que les femmes ayant au moins une fille vivante ; nous nous sommes basés sur les enquêtes antérieures (2006-2008) menées dans ces trois pays. Des données ont été recueillies pour le Mali en 1995-1996 (EDS) et le Nigéria en 1999, 2003 et 2008 (EDS), mais n'ont pas été intégrées à l'analyse des tendances car les constatations ne sont pas totalement comparables (voir encadré 8.2). En raison de ces difficultés, une seule source de données concernant les attitudes au Ghana (MICS 2006) et au Nigéria (MICS 2007) a pu être utilisée. Les données concernant les attitudes des femmes vis-à-vis des MGF/E n'ont pas été recueillies dans les enquêtes suivantes : Côte d'Ivoire (EDS 1994), Ghana (EDS 2003), Kenya (EDS 2003), Ouganda (EDS 2006), République-Unie de Tanzanie (EDS 1996), Soudan (MICS 2000) et Tchad (MICS 2000).

147. Les données concernant les attitudes des hommes ont été recueillies au Nigéria en 2003 et 2008 (EDS) mais n'ont pas été intégrées à l'analyse des évolutions car les constatations ne sont pas totalement comparables (voir encadré 8.2).

148. Diop, N. J. et al., *Analysis of the Evolution of the Practice of Female Genital Mutilation/Cutting in Burkina Faso*, Frontiers in Reproductive Health, Population Council, Washington, D.C., 2008. D'après les estimations du ministère de la Justice, le nombre cumulé de personnes (les parents ainsi que les personnes ayant procédé à l'opération) condamnées pour non-respect

de la loi relative aux MGF/E entre 2005 et 2012 s'élève à 813. *Programme conjoint UNFPA-UNICEF sur les mutilations génitales féminines/excision : accélérer le changement*, Rapports annuels 2008-2012, <http://www.unfpa.org/topics/genderissues/fgm> (site en anglais), consulté le 31 mai 2013.

149. Diop et al., *Analysis of the Evolution of the Practice of Female Genital Mutilation/Cutting in Burkina Faso.*

150. Diop et al., *Analysis of the Evolution of the Practice of Female Genital Mutilation/Cutting in Burkina Faso.*

151. Ako, A. A. et Akweongo, P., « The Limited Effectiveness of Legislation against Female Genital Mutilation and the Role of Community Beliefs in Upper East Region », Ghana, *Reproductive Health Matters*, vol. 17, n° 34, 2009, p. 47-54.

152. Shell-Duncan et al., *Contingency and Change in the Practice of Female Genital Cutting: Dynamics of decision making in Senegambia.*

153. Lors de l'EDS 2006 au Bénin, les filles et les femmes âgées de 15 à 49 ans ont dû répondre aux questions suivantes : « Savez-vous que les MGF/E sont interdites par la loi ? » « Si oui, comment en avez-vous eu connaissance ? *(radio nationale ou locale, organisation non gouvernementale, administration locale, famille/ami, autre)* ». Les résultats montrent que plus de 66 % des femmes qui avaient entendu parler de cette pratique en connaissaient l'interdiction légale, principalement par le biais des émissions de radio, ce qui équivaut à 44 % des femmes dans tout le pays.

154. Hernlund, « Cutting Without Ritual and Ritual Without Cutting ».

155. Les données relatives au taux de prévalence des MGF/E chez les femmes âgées de 15 à 49 ans ne sont disponibles que dans une seule enquête pour le Cameroun (EDS 2004), Djibouti (MICS 2006), l'Iraq (MICS 2011), le Libéria (EDS 2007), la Somalie (MICS 2006) et le Yémen (EDS 1997). Des données ont également été recueillies pour le Mali en 1995-1996 (EDS), le Nigéria en 1999, 2003 et 2008 (EDS) et le Soudan en 1989-1990 (EDS), mais n'ont pas été intégrées à l'analyse des évolutions car les constatations ne sont pas totalement comparables (voir encadré 8.2 et note n° 144).

156. La comparaison des taux de prévalence entre les différentes tranches d'âge est possible car la plupart des filles sont excisées avant l'âge de 15 ans. Cependant, comme indiqué ci-dessus, dans quelques pays, notamment le Kenya, la Sierra Leone, la République centrafricaine et la République-Unie de Tanzanie, le nombre de filles âgées de 15 à 19 ans excisées après l'âge de 15 ans varie entre 8 % (République centrafricaine) et 20 % (Sierra Leone) *(voir tableaux statistiques).* L'influence de ce facteur a été prise en considération lors de l'analyse des tendances générationnelles. Les analystes ont découvert qu'elle était minime dans l'ensemble des pays, à l'exception de la Sierra Leone. Afin de prendre en compte le fait que dans ce pays, un certain nombre de filles âgées de 15 à 19 ans non excisées risque encore de l'être, les données de prévalence ont été ajustées pour ce groupe d'âge. La prévalence ajustée a été calculée comme la somme du taux actuel de prévalence des MGF/E chez les filles de 15 à 19 ans et du pourcentage de filles âgées de 15 à 19 ans qui seront probablement excisées après l'âge de 15 ans, sur le fondement des données relatives à l'âge auquel les filles sont excisées. Suite aux ajustements, le taux de prévalence chez les filles âgées de 15 à 19 ans passe de 70 % à 80 %. C'est pourquoi les chiffres du présent rapport diffèrent de ceux du rapport pays MICS 2010.

157. Les données relatives à l'âge au moment de l'excision ne sont pas disponibles pour l'Ouganda. Pour le Soudan, voir la note 101. Les données relatives à la prévalence chez les filles âgées de 10 à 14 ans n'ont pas été recueillies au Sénégal. Des ajustements peuvent être faits sur la base des données relatives à la prévalence pour les filles âgées de 5 à 9 ans. Les données issues des EDS/MICS 2010-2011 au Sénégal indiquent que 17 % des filles âgées de 5 à 9 ans ont déjà été excisées. Ces données montrent également que 72 % des filles âgées de 15 à 19 ans ayant déjà été excisées l'ont été avant l'âge de 5 ans, 20 % entre 5 et 14 ans et 0,3 % à l'âge de 15 ans ou plus tard. L'âge auquel cette procédure a eu lieu est inconnu dans 7 % des cas. La prévalence ajustée des filles âgées de 5 à 9 ans est similaire à la proportion de filles âgées de 15 à 19 ans excisées (24 %, allant de 21 % à 28 % si l'on inclut les marges d'erreur).

158. Hernlund, « Cutting Without Ritual and Ritual Without Cutting » ; Johnson, « Becoming a Muslim, Becoming a Person » ; Satti, A., Elmusharaf, S. et al., « Prevalence and Determinants of the Practice of Genital Mutilation of Girls in Khartoum, Sudan », *Annals of Tropical Paediatrics: International child health*, vol. 26, 2006, p. 303-310 ; Christoffersen-Deb, A., « Taming Tradition: Medicalized female genital practices in western Kenya », *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 19, 2005, p. 402-418.

159. Organisation mondiale de la Santé, *Stratégie mondiale visant à empêcher le personnel de santé de pratiquer des mutilations sexuelles féminines ; OMS, ONUSIDA, PNUD, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, FIGO, ICN, IOM, MWIA, WCPT, WMA,* OMS, Genève, 2010.

160. Shell-Duncan, B., « The Medicalization of Female "Circumcision" ».

161. Obiora, « Bridges and Barricades ».

162. Shell-Duncan, « The Medicalization of Female "Circumcision" », p. 1019.

163. UNICEF, *Changer une convention sociale néfaste.*

164. Shell-Duncan, « The Medicalization of Female "Circumcision" » ; Njue, C. et Askew, I., *Medicalization of Female Genital Cutting among the Abagusii in Nyanza Province, Kenya*, Frontiers in Reproductive Health Program, Population Council, 2004 ; Christoffersen-Deb, Taming Tradition.

165. Boyle, E. H., *Female Genital Cutting: Cultural conflict in the global community*, Johns Hopkins University Press, Baltimore, MD, 2002 ; UNICEF, *Changer une convention sociale néfaste.* ; Shell-Duncan, « From Health to Human Rights ».

166. OMS, *Éliminer les mutilations sexuelles féminines : Déclaration interinstitutions*.

167. OMS, *Stratégie mondiale visant à empêcher le personnel de santé de pratiquer des mutilations sexuelles féminines.*

168. OMS, *Éliminer les mutilations sexuelles féminines : Déclaration interinstitutions.*, p. 12.

169. *International Federation of Gynecology and Obstetrics General Assembly Resolution on Female Genital Mutilation*, 1994, <http://www.figo.org/projects/general_assembly_resolution_FGM> (site en anglais), consulté le 26 mars 2013.

170. Shell-Duncan, « The Medicalization of Female "Circumcision" ».

171. Rasheed, S. M., Abd-Ellah, A. H. et Yousef, F. M., « Female Genital Mutilation in Upper Egypt in the New Millennium », *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 114, n° 1, 2011, p. 47-50.

172. Njue et Askew, *Medicalization of Female Genital Cutting among the Abagusii in Nyanza Province, Kenya*.

173. Mackie, G., « Female Genital Cutting: The beginning of the end. »

174. Orubuloye, I. O., Caldwell, P. et Caldwell, J., « Female "Circumcision" Among the Yoruba of Southwest Nigeria: The beginning of change », *Female "Circumcision" in Africa: Culture, controversy and change*, publié par B. Shell-Duncan et Y. Hernlund, Lynne Rienner Publishers, Boulder, CO, 2000, p. 73-94.

175. Njue et Askew, *Medicalization of Female Genital Cutting Among the Abagusii in Nyanza Province, Kenya.*

176. OMS, *Stratégie mondiale visant à empêcher le personnel de santé de pratiquer des mutilations sexuelles féminines*, p. 9.

177. Pour des exemples relatifs à la Gambie, au Kenya et à la Guinée, voir respectivement : Hernlund, « Cutting Without Ritual and Ritual Without Cutting » ; Njue et Askew, *Medicalization of Female Genital Cutting Among the Abagusii in Nyanza Province, Kenya* ; Yoder et Mahy, *Female Genital Cutting in Guinea*.

178. Hernlund, « Cutting Without Ritual and Ritual Without Cutting » ; Shell-Duncan et al., *Contingency and Change in the Practice of Female Genital Cutting: Dynamics of decision making in Senegambia* ; Njue et Askew, *Medicalization of Female Genital Cutting among the Abagusii in Nyanza Province, Kenya*.

179. Voir par exemple : Njue et Askew, *Medicalization of Female Genital Cutting among the Abagusii in Nyanza Province, Kenya.*

180. Fonds des Nations Unies pour l'enfance, « Public Declaration for the Abandonment of Traditional Harmful Practices: 20 villages of Makalondi region commit to enforce children's and women's rights in Niger », communiqué de presse, UNICEF, Niamey, Niger, 15 mai 2013.

Questions posées aux filles et aux femmes âgées de 15 à 49 ans sur leurs connaissances, leur expérience et leur opinion concernant les MGF/E

	Bénin		Burkina Faso				Cameroun	République centrafricaine				Tchad		
	EDS 2001	EDS 2006	EDS 1998-1999	EDS 2003	MICS 2006	EDS/MICS 2010	EDS 2004	EDS 1994-1995	MICS 2000	MICS 2006	MICS 2010	MICS 2000	EDS 2004	MICS 2010
Questions portant sur les connaissances relatives aux MGF/E et à des sujets connexes														
Avez-vous déjà entendu parler de l'excision ?	901	901		1001	FG1	1101	1001			FG1	FG1		1001	FG1
Avez-vous déjà entendu parler de l'excision ? (il s'agit d'une pratique qui consiste à couper une partie des organes génitaux des filles)														
Avez-vous entendu parler de l'excision pratiquée dans le cadre de la société Bondo/Sande/d'autres sociétés secrètes ?														
Avez-vous déjà entendu parler de la société Bondo ?														
Je voudrais vous parler d'autre chose, maintenant. Comme vous le savez, certaines femmes appartiennent à des sociétés secrètes, telles que la société Sande. Avez-vous déjà entendu parler de ces sociétés ?														
Dans certains pays, il existe une pratique qui consiste à couper une partie des organes génitaux des filles. Avez-vous déjà entendu parler de cette pratique ?	902	902	901	1002	FG2	1102	1002			FG2	FG2		1002	FG2
Dans certaines communautés, les jeunes filles accèdent au statut de femme en participant à certaines cérémonies et en étant soumises à certaines pratiques spécifiques. Je voudrais vous parler de la pratique de l'excision. Les filles sont-elles excisées dans cette communauté ?														
Les filles sont excisées dans de nombreuses autres communautés. Les filles sont-elles excisées dans votre communauté ?														
Les femmes sont-elles excisées dans cette région ?														
Connaissez-vous certains types d'excision ?														
Si oui, indiquez lesquels (pharaonique, sunna, intermédiaire, autre/lesquels ?) (plusieurs réponses possibles)														
Avez-vous entendu parler de l'excision ou vu quelque chose s'y rapportant au cours des six derniers mois ? (radio, émission de télévision, magazine, etc.)			920a											
Avez-vous entendu parler de l'excision ou vu quelque chose s'y rapportant au cours des 12 derniers mois ?														
Où avez-vous entendu ou vu ces informations ? (télévision, radio, journal/magazine, tract/brochure, etc.)														
Quelle est la source principale d'information sur l'excision ? (aucune, agent de santé publique, famille, amis, télévision, etc.)			920b											
Avez-vous déjà entendu parler de campagnes relatives aux mutilations génitales féminines ?														
Y a-t-il eu des activités de lutte contre l'excision organisées dans votre région ?														
Pouvez-vous décrire ces activités ?														
Y a-t-il eu des activités de lutte contre l'excision organisées dans cette communauté ?														
Si vous aviez le choix, quelle source d'information sur le thème de l'excision choisiriez-vous ? (dispensaire, radio, journal, télévision, école, etc.)			920c											
Savez-vous qu'il existe une loi interdisant la pratique de l'excision ?		924A	920d		FG16A								1024A	
Comment en avez-vous entendu parler ?		924B											1024A	
L'excision est-elle autorisée par la loi ?														
Pensez-vous qu'il existe une loi interdisant la pratique de l'excision ?				1024A										

	Côte d'Ivoire				Djibouti	Égypte					Érythrée		Éthiopie		Gambie		Ghana			Guinée		Guinée-Bissau	
	EDS 1994	EDS 1998-1999	MICS 2006	EDS 2012	MICS 2006	EDS 1995	EDS 2000	EDS 2003	EDS 2005	EDS 2008	EDS 1995	EDS 2002	EDS 2000	EDS 2005	MICS 2005-2006	MICS 2010	EDS 2003	MICS 2006	MICS 2011	EDS 1999	EDS 2005	MICS 2006	MICS/ESR 2010
			FG1	1101	FG1	801		801				725	901	1001	FG1	FG1		FG1	FG1	1001	901	FG1	590
		901	FG2	1102	FG2							725A			FG2	FG2		FG2	FG2	1002	902	FG2	591
																	820						
							809	808	813	916													
									814	917													
											745	745											
											746	746											
				1118																			

Questions posées aux filles et aux femmes âgées de 15 à 49 ans sur leurs connaissances, leur expérience et leur opinion concernant les MGF/E

	Iraq	Kenya			Libéria	Mali				Mauritanie			Niger		Nigéria
	MICS 2011	EDS 1998	EDS 2003	EDS 2008-2009	EDS 2007	EDS 1995-1996	EDS 2001	EDS 2006	MICS 2010	EDS 2000-2001	MICS 2007	MICS 2011	EDS 1998	EDS/MICS 2006	EDS 1999
Questions portant sur les connaissances relatives aux MGF/E et à des sujets connexes															
Avez-vous déjà entendu parler de l'excision ?	FG1			1301			901	901b	FG1	501	FG1	FG1		901	
Avez-vous déjà entendu parler de l'excision ? (il s'agit d'une pratique qui consiste à couper une partie des organes génitaux des filles)															
Avez-vous entendu parler de l'excision pratiquée dans le cadre de la société Bondo/Sande/d'autres sociétés secrètes ?															
Avez-vous déjà entendu parler de la société Bondo ?															
Je voudrais vous parler d'autre chose, maintenant. Comme vous le savez, certaines femmes appartiennent à des sociétés secrètes, telles que la société Sande. Avez-vous déjà entendu parler de ces sociétés ?					958										
Dans certains pays, il existe une pratique qui consiste à couper une partie des organes génitaux des filles. Avez-vous déjà entendu parler de cette pratique ?	FG2			1302			902	902	FG2	502	FG2	FG2	551	902	
Dans certaines communautés, les jeunes filles accèdent au statut de femme en participant à certaines cérémonies et en étant soumises à certaines pratiques spécifiques. Je voudrais vous parler de la pratique de l'excision. Les filles sont-elles excisées dans cette communauté ?		1001	820												
Les filles sont excisées dans de nombreuses autres communautés. Les filles sont-elles excisées dans votre communauté ?															
Les femmes sont-elles excisées dans cette région ?															
Connaissez-vous certains types d'excision ?															
Si oui, indiquez lesquels (pharaonique, sunna, intermédiaire, autre/lesquels ?) (plusieurs réponses possibles)															
Avez-vous entendu parler de l'excision ou vu quelque chose s'y rapportant au cours des six derniers mois ? (radio, émission de télévision, magazine, etc.)															
Avez-vous entendu parler de l'excision ou vu quelque chose s'y rapportant au cours des 12 derniers mois ?															
Où avez-vous entendu ou vu ces informations ? (télévision, radio, journal/magazine, tract/brochure, etc.)															
Quelle est la source principale d'information sur l'excision ? (aucune, agent de santé publique, famille, amis, télévision, etc.)															
Avez-vous déjà entendu parler de campagnes relatives aux mutilations génitales féminines ?															
Y a-t-il eu des activités de lutte contre l'excision organisées dans votre région ?															
Pouvez-vous décrire ces activités ?															
Y a-t-il eu des activités de lutte contre l'excision organisées dans cette communauté ?															536
Si vous aviez le choix, quelle source d'information sur le thème de l'excision choisiriez-vous ? (dispensaire, radio, journal, télévision, école, etc.)															
Savez-vous qu'il existe une loi interdisant la pratique de l'excision ?															
Comment en avez-vous entendu parler ?															
L'excision est-elle autorisée par la loi ?															
Pensez-vous qu'il existe une loi interdisant la pratique de l'excision ?															

	Nigéria				Sénégal		Sierra Leone			Somalie	Soudan				République-Unie de Tanzanie			Togo		Ouganda		Yémen	
	EDS 2003	MICS 2007	EDS 2008	MICS 2011	EDS 2005	EDS/MICS 2010-2011	MICS 2005	EDS 2008	MICS 2010	MICS 2006	EDS 1989-1990	MICS 2000	SHHS 2006	SHHS 2010	EDS 1996	EDS 2004-2005	EDS 2010	MICS 2006	MICS 2010	EDS 2006	EDS 2011	EDS 1997	Total
	901	FG1	FGC01	FG1	901	1101			FG1							499F	1210	FG1	FG1		631D	901	48
																				643A			1
								1101															1
							FG1																1
																							1
	902	FG2	FGC02	FG2	902	1102		1102	FG2							499G	1211	FG2	FG2		631E		47
																							2
																							1
															1001								1
												1											1
												2											1
																							1
																							4
																							2
																							1
												17											1
																							2
																							2
																							1
																							1
																							4
																							2
																							1
																							1

Questions posées aux filles et aux femmes âgées de 15 à 49 ans sur leurs connaissances, leur expérience et leur opinion concernant les MGF/E

	Bénin		Burkina Faso				Cameroun	République centrafricaine				Tchad		
	EDS 2001	EDS 2006	EDS 1998-1999	EDS 2003	MICS 2006	EDS/MICS 2010	EDS 2004	EDS 1994-1995	MICS 2000	MICS 2006	MICS 2010	MICS 2000	EDS 2004	MICS 2010
Questions portant sur l'excision des personnes interrogées														
Êtes-vous excisée ?			902	1003	FG3	1103		1001	19			5A		
Êtes-vous excisée (vos organes génitaux externes ont-ils fait l'objet d'une ablation ?)							1003							
Êtes-vous excisée (une partie de vos organes génitaux externes a-t-elle fait l'objet d'une ablation ou a-t-elle été entaillée ?)													1003	
Vous-même, êtes-vous excisée ?										FG3	FG3			FG3
Vous-même, êtes-vous excisée/vos organes génitaux ont-ils fait l'objet d'une ablation ?														
(Prénom) a-t-elle été excisée ?														
Avez-vous été excisée ?														
Êtes-vous membre (de la société Bondo) ?														
Vous-même, êtes-vous excisée/avez-vous participé à un rite initiatique ?														
Êtes-vous membre de la société Sande ou d'une société secrète féminine ?														
Combien de filles ou de femmes ont été excisées dans ce foyer ?														

	Iraq	Kenya			Libéria	Mali				Mauritanie			Niger		Nigéria
	MICS 2011	EDS 1998	EDS 2003	EDS 2008-2009	EDS 2007	EDS 1995-1996	EDS 2001	EDS 2006	MICS 2010	EDS 2000-2001	MICS 2007	MICS 2011	EDS 1998	EDS/MICS 2006	EDS 1999
Questions portant sur l'excision des personnes interrogées															
Êtes-vous excisée ?		1002	821			551									520
Êtes-vous excisée (vos organes génitaux externes ont-ils fait l'objet d'une ablation ?)										503					
Êtes-vous excisée (une partie de vos organes génitaux externes a-t-elle fait l'objet d'une ablation ou a-t-elle été entaillée ?)															
Vous-même, êtes-vous excisée ?	FG3			1303			903		FG3		FG3	FG3	552		
Vous-même, êtes-vous excisée/vos organes génitaux ont-ils fait l'objet d'une ablation ?															
(Prénom) a-t-elle été excisée ?															
Avez-vous été excisée ?															
Êtes-vous membre (de la société Bondo) ?															
Vous-même, êtes-vous excisée/avez-vous participé à un rite initiatique ?															
Êtes-vous membre de la société Sande ou d'une société secrète féminine ?					959										
Combien de filles ou de femmes ont été excisées dans ce foyer ?															

	Côte d'Ivoire				Djibouti	Égypte					Érythrée		Éthiopie		Gambie		Ghana			Guinée		Guinée-Bissau	
	EDS 1994	EDS 1998-1999	MICS 2006	EDS 2012	MICS 2006	EDS 1995	EDS 2000	EDS 2003	EDS 2005	EDS 2008	EDS 1995	EDS 2002	EDS 2000	EDS 2005	MICS 2005-2006	MICS 2010	EDS 2003	MICS 2006	MICS 2011	EDS 1999	EDS 2005	MICS 2006	MICS/ESR 2010
	229					802		802	801	901							821						
		902	FG3	1103	FG3						726		902	1002	FG3	FG3		FG3	FG3	1003		FG3	592
												725B											
															FG3AA								

	Nigéria				Sénégal		Sierra Leone			Somalie	Soudan				République-Unie de Tanzanie			Togo		Ouganda		Yémen	
	EDS 2003	MICS 2007	EDS 2008	MICS 2011	EDS 2005	EDS/MICS 2010-2011	MICS 2005	EDS 2008	MICS 2010	MICS 2006	EDS 1989-1990	MICS 2000	SHHS 2006	SHHS 2010	EDS 1996	EDS 2004-2005	EDS 2010	MICS 2006	MICS 2010	EDS 2006	EDS 2011	EDS 1997	Total
																							17
																							2
																							1
	903	FG3	FGC03	FG3		1103			FG3	FG3	227		FG1		1002	499H	1213	FG3	FG3	643B	631F	902	41
																							1
														FGM/C1									1
												3											1
							FG3																1
								1103															1
																							1
																							1

Questions posées aux filles et aux femmes âgées de 15 à 49 ans sur leurs connaissances, leur expérience et leur opinion concernant les MGF/E

	Bénin		Burkina Faso				Cameroun	République centrafricaine				Tchad		
	EDS 2001	EDS 2006	EDS 1998-1999	EDS 2003	MICS 2006	EDS/MICS 2010	EDS 2004	EDS 1994-1995	MICS 2000	MICS 2006	MICS 2010	MICS 2000	EDS 2004	MICS 2010
Questions portant sur les types de MGF/E														
Quel type de procédure a été pratiqué lors de votre excision (ablation du clitoris, ablation du clitoris et des petites lèvres, ablation du clitoris et des grandes lèvres, autre) ?			903											
Quel type d'excision a été pratiqué sur vous ? Avez-vous fait l'objet d'une clitoridectomie, d'une excision ou d'une infibulation ?														
Comment appelez-vous cette pratique (celle que vous avez subie) ?														
Quel type d'excision a été pratiqué sur vous ? S'agissait-il d'une excision de type pharaonique, intermédiaire ou sunna ?														
Quel type d'excision a été pratiqué sur vous ? (pharaonique, sunna, intermédiaire, autre/précisez, NSP)														
Que vous a-t-on fait exactement ? (ablation totale du clitoris et des petites lèvres, ablation totale du clitoris, ablation partielle, pincement ou entaille, autre)														
A-t-on coupé vos organes génitaux externes ?	903	903												
A-t-on coupé quelque chose dans votre zone génitale ?	904	904		1004	FG4					FG4				
A-t-on retiré de la chair (ou quelque chose) de votre zone génitale ?						1104	1004				FG4		1004	FG4
A-t-on seulement entaillé votre zone génitale sans retirer de chair ?				1005		1105					FG5		1005	FG5
A-t-on seulement entaillé votre zone génitale sans couper la chair ?	905	905			FG5		1005			FG5				
A-t-on seulement entaillé/coupé votre zone génitale sans retirer de chair ?														
Vos organes génitaux ont-ils été coupés/écorchés sans être retirés ?														
Vos organes génitaux ont-ils été coupés de manière superficielle, sans qu'aucun morceau de chair ne soit retiré ?														
Votre zone génitale a-t-elle été suturée ?														
Votre zone génitale a-t-elle été entièrement suturée ?	906	906			FG6	1106	1006			FG6	FG6			FG6
La zone du vagin a-t-elle été refermée de quelque manière que ce soit ?														
A-t-on suturé totalement ou partiellement la zone du vagin/la zone génitale (lors de la procédure) ?			906										1006	
La zone génitale a-t-elle été entièrement suturée lors de la procédure ?				1006										
Avez-vous dû procéder à la réouverture de votre vagin au moment de vos premières règles ou de votre mariage ?			907											
Avez-vous dû procéder à la réouverture de votre vagin au moment de vos premières règles ou au début de votre activité sexuelle ?													1006a	

	Côte d'Ivoire				Djibouti	Égypte					Érythrée		Éthiopie		Gambie		Ghana			Guinée		Guinée-Bissau	
	EDS 1994	EDS 1998-1999	MICS 2006	EDS 2012	MICS 2006	EDS 1995	EDS 2000	EDS 2003	EDS 2005	EDS 2008	EDS 1995	EDS 2002	EDS 2000	EDS 2005	MICS 2005-2006	MICS 2010	EDS 2003	MICS 2006	MICS 2011	EDS 1999	EDS 2005	MICS 2006	MICS/ESR 2010
											727												
		903																					
																				1005			
																					903		
			FG4		FG4																904	FG4	593a
				1104								726				FG4		FG4	FG4				
				1105								726A				FG5		FG5					
					FG5																905	FG5	593b
																			FG5				
			FG5																				
			FG6	1106	FG6							726B	903	1003		FG6		FG6	FG6			FG6	593c
																					906		
		906				808														1007			
		907				809														1008			

Questions posées aux filles et aux femmes âgées de 15 à 49 ans sur leurs connaissances, leur expérience et leur opinion concernant les MGF/E

	Iraq	Kenya			Libéria	Mali				Mauritanie			Niger		Nigéria
	MICS 2011	EDS 1998	EDS 2003	EDS 2008-2009	EDS 2007	EDS 1995-1996	EDS 2001	EDS 2006	MICS 2010	EDS 2000-2001	MICS 2007	MICS 2011	EDS 1998	EDS/MICS 2006	EDS 1999
Questions portant sur les types de MGF/E															
Quel type de procédure a été pratiqué lors de votre excision (ablation du clitoris, ablation du clitoris et des petites lèvres, ablation du clitoris et des grandes lèvres, autre) ?															
Quel type d'excision a été pratiqué sur vous ? Avez-vous fait l'objet d'une clitoridectomie, d'une excision ou d'une infibulation ?						552									521
Comment appelez-vous cette pratique (celle que vous avez subie) ?													553		
Quel type d'excision a été pratiqué sur vous ? S'agissait-il d'une excision de type pharaonique, intermédiaire ou sunna ?															
Quel type d'excision a été pratiqué sur vous ? (pharaonique, sunna, intermédiaire, autre/précisez, NSP)															
Que vous a-t-on fait exactement ? (ablation totale du clitoris et des petites lèvres, ablation totale du clitoris, ablation partielle, pincement ou entaille, autre)															
A-t-on coupé vos organes génitaux externes ?								903						903	
A-t-on coupé quelque chose dans votre zone génitale ?							904	904			FG4			904	
A-t-on retiré de la chair (ou quelque chose) de votre zone génitale ?				1304					FG4	504		FG4			
A-t-on seulement entaillé votre zone génitale sans retirer de chair ?				1305			905		FG5	505		FG5			
A-t-on seulement entaillé votre zone génitale sans couper la chair ?								905			FG5			905	
A-t-on seulement entaillé/coupé votre zone génitale sans retirer de chair ?															
Vos organes génitaux ont-ils été coupés/écorchés sans être retirés ?															
Vos organes génitaux ont-ils été coupés de manière superficielle, sans qu'aucun morceau de chair ne soit retiré ?															
Votre zone génitale a-t-elle été suturée ?															
Votre zone génitale a-t-elle été entièrement suturée ?				1306			906		FG6		FG6				
La zone du vagin a-t-elle été refermée de quelque manière que ce soit ?								906						906	
A-t-on suturé totalement ou partiellement la zone du vagin/la zone génitale (lors de la procédure) ?													556		
La zone génitale a-t-elle été entièrement suturée lors de la procédure ?															
Avez-vous dû procéder à la réouverture de votre vagin au moment de vos premières règles ou au moment de votre mariage ?															
Avez-vous dû procéder à la réouverture de votre vagin au moment de vos premières règles ou au début de votre activité sexuelle ?													557		

	Nigéria				Sénégal		Sierra Leone			Somalie	Soudan				République-Unie de Tanzanie			Togo		Ouganda		Yémen	
	EDS 2003	MICS 2007	EDS 2008	MICS 2011	EDS 2005	EDS/MICS 2010-2011	MICS 2005	EDS 2008	MICS 2010	MICS 2006	EDS 1989-1990	MICS 2000	SHHS 2006	SHHS 2010	EDS 1996	EDS 2004-2005	EDS 2010	MICS 2006	MICS 2010	EDS 2006	EDS 2011	EDS 1997	Total
																							1
															1003								4
																							2
											228												1
												4											1
																							1
					903																		6
					904													FG4					16
	904	FG4	FGC04	FG4		1104		1104	FG4	FG4						499I	1214		FG4				25
		FG5	FGC05	FG5		1105		1105	FG5	FG5						499J	1217						23
					905													FG5	FG5				15
																							1
																							1
	905																						1
																499K	1218						2
	906	FG6	FGC06	FG6	906	1106		1106	FG6	FG6								FG6	FG6				34
																							3
																							6
																							1
																							4
																							2

Questions posées aux filles et aux femmes âgées de 15 à 49 ans sur leurs connaissances, leur expérience et leur opinion concernant les MGF/E

	Bénin		Burkina Faso				Cameroun	République centrafricaine				Tchad		
	EDS 2001	EDS 2006	EDS 1998-1999	EDS 2003	MICS 2006	EDS/MICS 2010	EDS 2004	EDS 1994-1995	MICS 2000	MICS 2006	MICS 2010	MICS 2000	EDS 2004	MICS 2010
Questions portant sur les circonstances de l'intervention														
Quel âge aviez-vous lorsque vous avez été excisée ?	907	907	904	1007		1107	1007	1002		FG7	FG7	5B	1007	FG7
Quel âge aviez-vous lorsque vous avez été excisée/lorsque vous avez pris part à un rite initiatique ?														
Qui a procédé à votre excision ?	908	908	905	1008	FG7	1108	1008			FG8	FG8		1008	FG8
Qui a procédé à votre excision/initiation ?														
Qui vous a fait passer le rite initiatique (vous permettant d'intégrer la société Bondo) ?														
Qui a coupé (ou entaillé) vos organes génitaux ?														
Où l'intervention a-t-elle eu lieu ?														
Savez-vous quel instrument a été utilisé pour procéder à l'intervention ? (lame tranchante/rasoir, scalpel, ciseaux, NSP)														
Étiez-vous sous anesthésie lors de l'intervention ?														

	Iraq	Kenya			Libéria	Mali				Mauritanie			Niger		Nigéria
	MICS 2011	EDS 1998	EDS 2003	EDS 2008-2009	EDS 2007	EDS 1995-1996	EDS 2001	EDS 2006	MICS 2010	EDS 2000-2001	MICS 2007	MICS 2011	EDS 1998	EDS/MICS 2006	EDS 1999
Questions portant sur les circonstances de l'intervention															
Quel âge aviez-vous lorsque vous avez été excisée ?	FG7	1003		1307		553	907	907	FG7	506		FG7	554	907	522
Quel âge aviez-vous lorsque vous avez été excisée/lorsque vous avez pris part à un rite initiatique ?															
Qui a procédé à votre excision ?	FG8			1308		554	908	908	FG8	507	FG7	FG8	555	908	523
Qui a procédé à votre excision/initiation ?															
Qui vous a fait passer le rite initiatique (vous permettant d'intégrer la société Bondo) ?															
Qui a coupé (ou entaillé) vos organes génitaux ?															
Où l'intervention a-t-elle eu lieu ?															
Savez-vous quel instrument a été utilisé pour procéder à l'intervention ? (lame tranchante/rasoir, scalpel, ciseaux, NSP)															
Étiez-vous sous anesthésie lors de l'intervention ?															

	Côte d'Ivoire				Djibouti	Égypte					Érythrée		Éthiopie		Gambie		Ghana			Guinée		Guinée-Bissau	
	EDS 1994	EDS 1998-1999	MICS 2006	EDS 2012	MICS 2006	EDS 1995	EDS 2000	EDS 2003	EDS 2005	EDS 2008	EDS 1995	EDS 2002	EDS 2000	EDS 2005	MICS 2005-2006	MICS 2010	EDS 2003	MICS 2006	MICS 2011	EDS 1999	EDS 2005	MICS 2006	MICS/ESR 2010
	231	904		1107		803			802	902	728	727				FG7			FG7	1004	907		594
	230	905	FG7	1108	FG7	804				903	729	728			FG7	FG8		FG7	FG8	1006	908	FG7	593d
						805																	
						806																	
						807																	

	Nigéria				Sénégal		Sierra Leone			Somalie	Soudan				République-Unie de Tanzanie			Togo		Ouganda		Yémen	
	EDS 2003	MICS 2007	EDS 2008	MICS 2011	EDS 2005	EDS/MICS 2010-2011	MICS 2005	EDS 2008	MICS 2010	MICS 2006	EDS 1989-1990	MICS 2000	SHHS 2006	SHHS 2010	EDS 1996	EDS 2004-2005	EDS 2010	MICS 2006	MICS 2010	EDS 2006	EDS 2011	EDS 1997	Total
	907		FGC07	FG7	907	1107			FG7						1004	499L	1219		FG7				47
								1107															1
	908	FG7	FGC08	FG8	908	1108			FG8		229		FG2	FGM/C2	1005			FG7	FG8				53
								1108															1
							FG7																1
																499M	1220						2
																							1
																							1
																							1

Questions posées aux filles et aux femmes âgées de 15 à 49 ans sur leurs connaissances, leur expérience et leur opinion concernant les MGF/E

	Bénin		Burkina Faso				Cameroun	République centrafricaine				Tchad		
	EDS 2001	EDS 2006	EDS 1998-1999	EDS 2003	MICS 2006	EDS/MICS 2010	EDS 2004	EDS 1994-1995	MICS 2000	MICS 2006	MICS 2010	MICS 2000	EDS 2004	MICS 2010
Questions portant sur les attitudes/opinions concernant les MGF/E														
Pensez-vous qu'il faille poursuivre (maintenir) ou mettre fin à (abandonner, interrompre, faire disparaître) l'excision (cette pratique) ?	923	923	923	1023	FG16	1117	1023	1005	22	FG16	FG22		1023	FG17
Pensez-vous que la société Bondo devrait continuer à exister ou qu'il faudrait y mettre un terme ?														
Pensez-vous qu'il faille continuer à exciser les filles ?														
Que pensez-vous de cette pratique ?									20					
Êtes-vous favorable aux MGF/E ?									21					
Considérez-vous favorablement l'excision ?														
Pourquoi êtes-vous favorable à l'excision ? (préservation de la virginité, volonté des hommes, coutume, religion, autre/précisez, NSP)														
Pourquoi êtes-vous défavorable à l'excision ? (J'ai appris lors de séances d'orientation que c'est une mauvaise habitude, ce n'est pas prescrit par ma religion, grâce aux médias, mon mari ne l'accepte pas, autre/justifiez)														
Pourquoi pensez-vous que l'excision (cette pratique) devrait se poursuivre (être maintenue, être encore pratiquée) ?			917					1006	23					
Selon vous, pourquoi faut-il poursuivre cette pratique ? (religion, tradition, autre/ précisez)														
Pourquoi pensez-vous que l'excision (cette pratique) devrait être abandonnée (interrompue, arrêtée) ?			919					1007	24					
Pourquoi êtes-vous opposée à l'excision ? (la religion l'interdit, aucun plaisir sexuel, problèmes de santé, expérience personnelle douloureuse, atteinte à la dignité des femmes, autre/précisez)														
Pour quelle raison voudriez-vous que cette pratique soit abandonnée ? (religion, tradition, stérilité, infection, accouchement difficile, autre/précisez)														
Quel type de pratique faut-il poursuivre, selon vous ? (pharaonique, intermédiaire, sunna, NSP)														
Quel type de pratique faut-il poursuivre, selon vous : clitoridectomie, excision ou infibulation ?														
Qu'entendez-vous par « bonne tradition/coutume » ?			918											
Qu'entendez-vous par « mauvaise tradition » ?			920											
Quel type de pratique préféreriez-vous ? (pharaonique, intermédiaire, sunna, autre)														
Pourquoi pensez-vous que l'excision est encore pratiquée aujourd'hui ? (on en ignore les conséquences, peur des critiques de la société, peur des changements sociaux, influence des parents, etc.)														
Quelle est, selon vous, la meilleure manière de mettre fin à la pratique de l'excision ? (empêcher les praticien(ne)s de procéder à l'opération, mettre en place un programme d'éducation sexuelle, mettre en place une campagne éducative pour les parents, autre)														
Selon vous, quelle est la meilleure manière d'abolir cette pratique ? (mise en application d'une loi, campagnes éducatives pour les femmes, implication des pères, amélioration du statut de la femme, éducation sexuelle, autre/précisez)														
Votre opinion concernant cette pratique a-t-elle changé au cours des 12 derniers mois ? Si oui, êtes-vous plus ou moins susceptible d'approuver la pratique de l'excision ?														
Quels en sont les bénéfices pour les filles ? (propreté/hygiène, reconnaissance sociale, amélioration des perspectives de mariage, etc.)														

	Côte d'Ivoire				Djibouti	Égypte					Érythrée		Éthiopie		Gambie		Ghana			Guinée		Guinée-Bissau	
	EDS 1994	EDS 1998-1999	MICS 2006	EDS 2012	MICS 2006	EDS 1995	EDS 2000	EDS 2003	EDS 2005	EDS 2008	EDS 1995	EDS 2002	EDS 2000	EDS 2005	MICS 2005-2006	MICS 2010	EDS 2003	MICS 2006	MICS 2011	EDS 1999	EDS 2005	MICS 2006	MICS/ESR 2010
		916	FG16	1117	FG16	830	814	807	816	919	739	742A	910	1010	FG16	FG22		FG16	FG22	1023	923	FG16	598
		917	FG16A			831					741												
																		FG16A					
		920	FG16B			832					742												
																		FG16A					
											740												
		919																					
		922																					
						833																	
							811																

Questions posées aux filles et aux femmes âgées de 15 à 49 ans sur leurs connaissances, leur expérience et leur opinion concernant les MGF/E

	Iraq	Kenya			Libéria	Mali				Mauritanie			Niger		Nigéria
	MICS 2011	EDS 1998	EDS 2003	EDS 2008-2009	EDS 2007	EDS 1995-1996	EDS 2001	EDS 2006	MICS 2010	EDS 2000-2001	MICS 2007	MICS 2011	EDS 1998	EDS/MICS 2006	EDS 1999
Questions portant sur les attitudes/opinions concernant les MGF/E															
Pensez-vous qu'il faille poursuivre (maintenir) ou mettre fin (abandonner, interrompre, faire disparaître) l'excision (cette pratique) ?	FG22	1012		1321	960	560	923	923	FG17	523	FG16	FG22	566	923	530
Pensez-vous que la société Bondo devrait continuer à exister ou qu'il faudrait y mettre un terme ?															
Pensez-vous qu'il faille continuer à exciser les filles ?															
Que pensez-vous de cette pratique ?															
Êtes-vous favorable aux MGF/E ?															
Considérez-vous favorablement l'excision ?															
Pourquoi êtes-vous favorable à l'excision ? (préservation de la virginité, volonté des hommes, coutume, religion, autre/précisez, NSP)															
Pourquoi êtes-vous défavorable à l'excision ? (J'ai appris lors de séances d'orientation que c'est une mauvaise habitude, ce n'est pas prescrit par ma religion, grâce aux médias, mon mari ne l'accepte pas, autre/précisez)															
Pourquoi pensez-vous que l'excision (cette pratique) devrait se poursuivre (être maintenue, être encore pratiquée) ?	FG23	1013				562							567		532
Selon vous, pourquoi faut-il poursuivre cette pratique ? (religion, tradition, autre/précisez)															
Pourquoi pensez-vous que l'excision (cette pratique) devrait être abandonnée (interrompue, arrêtée) ?		1014				563							569		533
Pourquoi êtes-vous opposée à l'excision ? (la religion l'interdit, aucun plaisir sexuel, problèmes de santé, expérience personnelle douloureuse, atteinte à la dignité des femmes, autre/précisez)															
Pour quelle raison voudriez-vous que cette pratique soit abandonnée ? (religion, tradition, stérilité, infection, accouchement difficile, autre/précisez)															
Quel type de pratique faut-il poursuivre, selon vous ? (pharaonique, intermédiaire, sunna, NSP)															
Quel type de pratique faut-il poursuivre, selon vous : clitoridectomie, excision ou infibulation ?						561									531
Qu'entendez-vous par « bonne tradition/coutume » ?													568		
Qu'entendez-vous par « mauvaise tradition » ?													570		
Quel type de pratique préféreriez-vous ? (pharaonique, intermédiaire, sunna, autre)															
Pourquoi pensez-vous que l'excision est encore pratiquée aujourd'hui ? (on en ignore les conséquences, peur des critiques de la société, peur des changements sociaux, influence des parents, etc.)															
Quelle est, selon vous, la meilleure manière de mettre fin à la pratique de l'excision ? (empêcher les praticien(ne)s de procéder à l'opération, mettre en place un programme d'éducation sexuelle, mettre en place une campagne éducative pour les parents, autre)															
Selon vous, quelle est la meilleure manière d'abolir cette pratique ? (mise en application d'une loi, campagnes éducatives pour les femmes, implication des pères, amélioration du statut de la femme, éducation sexuelle, autre/précisez)															
Votre opinion concernant cette pratique a-t-elle changé au cours des 12 derniers mois ? Si oui, êtes-vous plus ou moins susceptible d'approuver la pratique de l'excision ?															
Quels en sont les bénéfices pour les filles ? (propreté/hygiène, reconnaissance sociale, amélioration des perspectives de mariage, etc.)															

	Nigéria				Sénégal		Sierra Leone			Somalie	Soudan				République-Unie de Tanzanie			Togo		Ouganda		Yémen	
	EDS 2003	MICS 2007	EDS 2008	MICS 2011	EDS 2005	EDS/MICS 2010-2011	MICS 2005	EDS 2008	MICS 2010	MICS 2006	EDS 1989-1990	MICS 2000	SHHS 2006	SHHS 2010	EDS 1996	EDS 2004-2005	EDS 2010	MICS 2006	MICS 2010	EDS 2006	EDS 2011	EDS 1997	Total
	923	FG16	FGC21	FG22	923	1117		1121	FG22	FG16			FC1	FG17		499W	1230	FG16	FG22		631G	912	65
							FG16																1
											232												1
																							1
																							1
												12											1
												13											1
												14											1
											234											913	14
																							1
																						914	12
											235												1
																							1
										FG16A													1
																							3
																							3
																							3
											233												1
											236												1
																							1
											237												1
																							1
								1119															1

Questions posées aux filles et aux femmes âgées de 15 à 49 ans sur leurs connaissances, leur expérience et leur opinion concernant les MGF/E

	Bénin		Burkina Faso				Cameroun	République centrafricaine				Tchad		
	EDS 2001	EDS 2006	EDS 1998-1999	EDS 2003	MICS 2006	EDS/MICS 2010	EDS 2004	EDS 1994-1995	MICS 2000	MICS 2006	MICS 2010	MICS 2000	EDS 2004	MICS 2010
Questions portant sur les attitudes/opinions concernant les MGF/E														
Quels bénéfices retirent les filles de l'excision (de cette pratique) ? (propreté/hygiène, reconnaissance sociale, amélioration des perspectives de mariage, préservation de la virginité/évite les rapports sexuels avant le mariage, plaisir sexuel renforcé pour l'homme, approbation religieuse, autre, aucun bénéfice)														
Quels sont les avantages de l'excision ? (préserve la virginité, empêche les jeunes filles d'avoir des aventures sexuelles, donne une bonne estime de soi, aucun avantage, autre/précisez, NSP)														
Quels sont les avantages de ne PAS être excisée ? (problèmes médicaux moindres, absence de douleurs, plaisir sexuel renforcé pour la femme, plaisir sexuel renforcé pour l'homme, respect de la religion, autre/précisez, aucun avantage)														
Quels sont les avantages de l'excision ?	919	919		1019			1019						1019	
Quels sont les avantages pour les filles à ne PAS être excisées ?	920	920		1020			1020						1020	
Selon vous, cette pratique permet-elle d'empêcher les filles d'avoir des rapports sexuels avant le mariage, ou n'a-t-elle aucun effet sur les relations sexuelles avant le mariage ?	921	921		1021			1021							
Cette pratique augmente-t-elle les chances de se marier ?														
Pensez-vous que cette pratique a pour effet de réduire le désir sexuel des femmes ?													1021	
Pensez-vous que l'excision a des effets négatifs ?					FG15A									
Quels types d'effets négatifs connaissez-vous ?					FG15B									
Quels sont les risques liés à l'excision ? (hémorragie, IST, complications pendant la grossesse/à l'accouchement, troubles sexuels, aucun risque, autre/précisez, NSP))														
Êtes-vous d'accord ou pas d'accord avec les affirmations suivantes : Un homme préfère que son épouse soit excisée ; l'excision peut causer de graves complications qui peuvent entraîner la mort ; l'excision permet d'éviter les relations extra-conjugales ; une femme excisée aura des difficultés à tomber enceinte ; le plaisir sexuel du couple est amoindri par l'excision ; une femme excisée aura davantage de difficulté à accoucher.														
Avez-vous parlé de cette pratique avec des proches, des amis, des voisins au cours des 12 derniers mois ?														
Avez-vous parlé de cette pratique avec quiconque au cours des 12 derniers mois ?														
Parlez-vous de cette pratique avec votre mari ?														
Quelle est l'opinion de votre mari sur la question ?														
Votre mari/partenaire pense-t-il qu'il faille poursuivre/abandonner la pratique de l'excision (est-il favorable à la poursuite/l'abandon de la pratique de l'excision) ?														
Pensez-vous que les hommes souhaitent la poursuite ou l'abandon de cette pratique ?													1024	
Pensez-vous que les hommes tiennent à ce que cette pratique soit maintenue, ou au contraire qu'ils sont favorables à son abandon ?	924	924		1024			1024							
À quel type d'excision votre mari est-il favorable ? (pharaonique, intermédiaire, sunna, autre, NSP)														
Pensez-vous (croyez-vous) que cette pratique (que l'excision) constitue une obligation religieuse (est imposée par les préceptes de votre religion) ?	922	922		1022		1116	1022						1022	
Cette pratique est-elle acceptée par la religion ?														
Pensez-vous que cette pratique est une obligation imposée par votre tradition ou vos coutumes ?		922A												

	Côte d'Ivoire				Djibouti	Égypte					Érythrée		Éthiopie		Gambie		Ghana			Guinée		Guinée-Bissau	
	EDS 1994	EDS 1998-1999	MICS 2006	EDS 2012	MICS 2006	EDS 1995	EDS 2000	EDS 2003	EDS 2005	EDS 2008	EDS 1995	EDS 2002	EDS 2000	EDS 2005	MICS 2005-2006	MICS 2010	EDS 2003	MICS 2006	MICS 2011	EDS 1999	EDS 2005	MICS 2006	MICS/ESR 2010
							812					739											
																FG23							
							813					740											
																				1018	919		
																				1019	920		
												741								1020	921		
																				1021			
																FG24							
						834 [1]	816 [2]	810 [3]	818 [4]	921 [5]													
							810	809	812	915													
											744	744											
							815		817	920		742B									924		
				1116					815	918		742									922		
																				1022			

1 Comprend également l'affirmation suivante : « l'excision occupe une place importante dans les traditions religieuses ».
2 Comprend également l'affirmation suivante : « l'excision occupe une place importante dans les traditions religieuses ».
3 Comprend également l'affirmation suivante : « l'excision occupe une place importante dans les traditions religieuses ».
4 Ne comprend pas les affirmations suivantes : « le plaisir sexuel du couple est amoindri par l'excision » et « une femme excisée aura des difficultés à tomber enceinte ».
5 Ne comprend pas les affirmations suivantes : « le plaisir sexuel du couple est amoindri par l'excision » et « une femme excisée aura des difficultés à tomber enceinte ».

Questions posées aux filles et aux femmes âgées de 15 à 49 ans sur leurs connaissances, leur expérience et leur opinion concernant les MGF/E

	Iraq	Kenya			Libéria	Mali				Mauritanie			Niger		Nigéria
	MICS 2011	EDS 1998	EDS 2003	EDS 2008-2009	EDS 2007	EDS 1995-1996	EDS 2001	EDS 2006	MICS 2010	EDS 2000-2001	MICS 2007	MICS 2011	EDS 1998	EDS/MICS 2006	EDS 1999
Questions portant sur les attitudes/opinions concernant les MGF/E															
Quels bénéfices retirent les filles de l'excision (de cette pratique) ? (propreté/hygiène, reconnaissance sociale, amélioration des perspectives de mariage, préservation de la virginité/évite les rapports sexuels avant le mariage, plaisir sexuel renforcé pour l'homme, approbation religieuse, autre, aucun bénéfice)				1319											
Quels sont les avantages de l'excision ? (préserve la virginité, empêche les jeunes filles d'avoir des aventures sexuelles, donne une bonne estime de soi, aucun avantage, autre/précisez, NSP)															
Quels sont les avantages de ne PAS être excisée ? (problèmes médicaux moindres, absence de douleurs, plaisir sexuel renforcé pour la femme, plaisir sexuel renforcé pour l'homme, respect de la religion, autre/précisez, aucun avantage)															
Quels sont les avantages de l'excision ?							919	919		517				919	
Quels sont les avantages pour les filles à ne PAS être excisées ?							920	920		518				920	
Selon vous, cette pratique permet-elle d'empêcher les filles d'avoir des rapports sexuels avant le mariage, ou n'a-t-elle aucun effet sur les rapports sexuels avant le mariage ?							921	921						921	
Cette pratique augmente-t-elle les chances de se marier ?															
Pensez-vous que cette pratique a pour effet de réduire le désir sexuel des femmes ?										520					
Pensez-vous que l'excision a des effets négatifs ?															
Quels types d'effets négatifs connaissez-vous ?															
Quels sont les risques liés à l'excision ? (hémorragie, IST, complications pendant la grossesse/à l'accouchement, troubles sexuels, aucun risque, autre/précisez, NSP)															
Êtes-vous d'accord ou pas d'accord avec les affirmations suivantes : Un homme préfère que son épouse soit excisée ; l'excision peut causer de graves complications qui peuvent entraîner la mort ; l'excision permet d'éviter les relations extra-conjugales ; une femme excisée aura des difficultés à tomber enceinte ; le plaisir sexuel du couple est amoindri par l'excision ; une femme excisée aura des difficultés à accoucher															
Avez-vous parlé de cette pratique avec des proches, des amis, des voisins au cours des 12 derniers mois ?															
Avez-vous parlé de cette pratique avec quiconque dans les 12 derniers mois ?		1015													
Parlez-vous de cette pratique avec votre mari ?															
Quelle est l'opinion de votre mari sur la question ?															
Votre mari/partenaire pense-t-il qu'il faut poursuivre/abandonner la pratique de l'excision (est-il favorable à la poursuite/l'abandon de la pratique de l'excision) ?															535
Pensez-vous que les hommes souhaitent la poursuite ou l'abandon de cette pratique ?															
Pensez-vous que les hommes tiennent à ce que cette pratique soit maintenue, ou au contraire qu'ils sont favorables à son abandon ?							924	924		524				924	
À quel type d'excision votre mari est-il favorable ? (pharaonique, intermédiaire, sunna, autre, NSP)															
Pensez-vous (croyez-vous) que cette pratique (que l'excision) constitue une obligation religieuse (est imposée par les préceptes de votre religion) ?				1320			922	922		522				922	
Cette pratique est-elle acceptée par la religion ?															
Pensez-vous que cette pratique est une obligation imposée par votre tradition ou vos coutumes ?															

	Nigéria				Sénégal		Sierra Leone			Somalie	Soudan				République-Unie de Tanzanie			Togo		Ouganda		Yémen	
	EDS 2003	MICS 2007	EDS 2008	MICS 2011	EDS 2005	EDS/MICS 2010-2011	MICS 2005	EDS 2008	MICS 2010	MICS 2006	EDS 1989-1990	MICS 2000	SHHS 2006	SHHS 2010	EDS 1996	EDS 2004-2005	EDS 2010	MICS 2006	MICS 2010	EDS 2006	EDS 2011	EDS 1997	Total
	919		FGC19																				5
																							1
	920																						3
					919																		12
					920																		12
	921				921																		12
																							1
																							2
																							1
																							1
																							1
																							5
																							4
																							1
												15										916	2
												16										917	2
											239												4
	924																						7
					924																		9
											240												1
	922		FGC20		922	1116		1120															21
																							1
					922a																		2

Questions posées aux filles et aux femmes âgées de 15 à 49 ans sur leur connaissance, leur expérience et leur opinion concernant les MGF/E

	Bénin		Burkina Faso				Cameroun	République centrafricaine				Tchad			
	EDS 2001	EDS 2006	EDS 1998-1999	EDS 2003	MICS 2006	EDS/MICS 2010	EDS 2004	EDS 1994-1995	MICS 2000	MICS 2006	MICS 2010	MICS 2000	EDS 2004	MICS 2010	
Questions portant sur la connaissance et l'expérience des femmes relatives aux complications résultant des MGF/E															
Avez-vous eu des problèmes après votre excision ?								1003							
Quel type de problèmes/complications ?								1004							
Avez-vous eu des problèmes de santé ou d'autres complications lors des rapports sexuels ou au moment d'accoucher à cause de votre excision ? Si oui, s'agit-il de complications lors des rapports sexuels ou lors de l'accouchement ? (lors de l'accouchement ; lors des rapports sexuels ; les deux ; aucun)													1008A		
Avez-vous eu des problèmes de santé ou d'autres complications lors de votre accouchement à cause de votre excision ?															
Qu'avez-vous fait lorsque vous vous êtes aperçue des problèmes ou des complications pendant l'accouchement ? (je me suis rendue dans un établissement de santé, j'ai rendu visite à un guérisseur traditionnel, je n'ai rien fait, autre)															
Avez-vous eu des complications au moment de l'excision ou après ?															
Quelles ont été ces complications ? (douleur importante au niveau de la plaie, hémorragie, infection/fièvre, difficulté à uriner/rétention urinaire, tumescence/absence de cicatrisation, choc septique, autre/précisez)															
Avez-vous eu des problèmes de santé ou d'autres complications lors des rapports sexuels à cause de votre excision ?															
Qu'avez-vous fait lorsque vous vous êtes aperçue des problèmes ou des complications pendant les rapports sexuels ? (je me suis rendue dans un établissement de santé, j'ai rendu visite à un guérisseur traditionnel, je n'ai rien fait, autre)															
Qu'avez-vous fait lorsque vous vous êtes aperçue des problèmes ou des complications pendant les rapports sexuels et lors de l'accouchement ? (je me suis rendue dans un établissement de santé, j'ai rendu visite à un guérisseur traditionnel, je n'ai rien fait, autre)															
Avez-vous reçu des soins pour ces complications ?															
Quel type de soins avez-vous reçus ? (hospitalisation, points de suture, transfusion sanguine, médicaments/injections, autre/précisez)															

	Côte d'Ivoire				Djibouti	Égypte					Érythrée		Éthiopie		Gambie		Ghana			Guinée		Guinée-Bissau	
	EDS 1994	EDS 1998-1999	MICS 2006	EDS 2012	MICS 2006	EDS 1995	EDS 2000	EDS 2003	EDS 2005	EDS 2008	EDS 1995	EDS 2002	EDS 2000	EDS 2005	MICS 2005-2006	MICS 2010	EDS 2003	MICS 2006	MICS 2011	EDS 1999	EDS 2005	MICS 2006	MICS/ESR 2010
											737												
												737											
												737A											
						810																	
						811																	
												738											
												738A											
											738												
						812																	
						813																	

Questions posées aux filles et aux femmes âgées de 15 à 49 ans sur leurs connaissances, leur expérience et leur opinion concernant les MGF/E

	Iraq	Kenya			Libéria	Mali				Mauritanie			Niger		Nigéria
	MICS 2011	EDS 1998	EDS 2003	EDS 2008-2009	EDS 2007	EDS 1995-1996	EDS 2001	EDS 2006	MICS 2010	EDS 2000-2001	MICS 2007	MICS 2011	EDS 1998	EDS/MICS 2006	EDS 1999
Questions portant sur la connaissance et l'expérience des femmes relatives aux complications résultant des MGF/E															
Avez-vous eu des problèmes après votre excision ?															
Quel type de problèmes/complications ?															
Avez-vous eu des problèmes de santé ou d'autres complications lors des rapports sexuels ou au moment d'accoucher à cause de votre excision ? Si oui, s'agit-il de complications lors de rapports sexuels ou lors de l'accouchement ? (lors de l'accouchement ; lors de relations sexuelles ; les deux ; aucun)															
Avez-vous eu des problèmes de santé ou d'autres complications lors de votre accouchement à cause de votre excision ?															
Qu'avez-vous fait lorsque vous vous êtes aperçue des problèmes ou des complications pendant l'accouchement ? (je me suis rendue dans un établissement de santé, j'ai rendu visite à un guérisseur traditionnel, je n'ai rien fait, autre)															
Avez-vous eu des complications au moment de l'excision ou après ?															
Quelles ont été ces complications ? (douleur importante à la blessure, hémorragie, infection/fièvre, difficulté à uriner/rétention urinaire, tumescence/difficulté à guérir, choc septique, autre/précisez)															
Avez-vous eu des problèmes de santé ou d'autres complications lors des rapports sexuels à cause de votre excision ?															
Qu'avez-vous fait lorsque vous vous êtes aperçue des problèmes ou des complications pendant les rapports sexuels ? (je me suis rendue dans un établissement de santé, j'ai rendu visite à un guérisseur traditionnel, je n'ai rien fait, autre)															
Qu'avez-vous fait lorsque vous vous êtes aperçue des problèmes ou des complications pendant les rapports sexuels et lors de l'accouchement ? (je me suis rendue dans un établissement de santé, j'ai rendu visite à un guérisseur traditionnel, je n'ai rien fait, autre)															
Avez-vous reçu des soins pour ces complications ?															
Quel type de soins avez-vous reçus ? (hospitalisation, points de suture, transfusion sanguine, médicaments/injections, autre/précisez)															

	Nigéria				Sénégal		Sierra Leone			Somalie	Soudan				République-Unie de Tanzanie			Togo		Ouganda		Yémen	
	EDS 2003	MICS 2007	EDS 2008	MICS 2011	EDS 2005	EDS/MICS 2010-2011	MICS 2005	EDS 2008	MICS 2010	MICS 2006	EDS 1989-1990	MICS 2000	SHHS 2006	SHHS 2010	EDS 1996	EDS 2004-2005	EDS 2010	MICS 2006	MICS 2010	EDS 2006	EDS 2011	EDS 1997	Total
																							1
																							1
																							2
																							1
																							1
																							1
																							1
																							1
																							1
																							1
																							1
																							1

Questions posées aux filles et aux femmes âgées de 15 à 49 ans sur l'expérience de leur(s) fille(s)

	Bénin		Burkina Faso				Cameroun	République centrafricaine				Tchad		
	EDS 2001	EDS 2006	EDS 1998-1999	EDS 2003	MICS 2006	EDS/MICS 2010	EDS 2004	EDS 1994-1995	MICS 2000	MICS 2006	MICS 2010	MICS 2000	EDS 2004	MICS 2010
Questions relatives à l'excision des enfants														
Toutes vos filles sont-elles excisées ?														
Est-ce que (nom de l'aînée) est excisée ?			909											
Est-ce que l'une au moins de vos filles est excisée ?														
Est-ce que l'une au moins de vos filles (ou filles vivantes) est excisée (a subi cette pratique) ? Si oui, combien ?	910	910		1010	FG9		1010			FG9			1010	FG10
Est-ce que (nom de la fille) est excisée ?						1111					FG15			
Combien de vos filles âgées entre 0 et 14 ans sont excisées ?														
Combien de filles avez-vous ?														
Combien d'entre elles ont été excisées ?														
Est-ce que votre fille/l'une de vos filles a été initiée/excisée ?														
Est-ce que l'une ou plusieurs de vos filles font partie de la société Bondo ? Si oui, combien ?														
Qui parmi vos filles est la dernière à avoir été excisée ?	911	911		1011	FG10		1011			FG10			1011	FG11
Qui parmi vos filles est la dernière à avoir été excisée ? Quel âge a-t-elle ?														
Qui parmi vos filles est la dernière à avoir été initiée ?														
L'une ou plusieurs de vos filles sont-elles non excisées ?														
L'une ou plusieurs de vos filles sont-elles non excisées / initiées ?														
Nombre d'années depuis la dernière excision dans la famille.														

	Côte d'Ivoire				Djibouti	Égypte					Érythrée		Éthiopie		Gambie		Ghana			Guinée		Guinée-Bissau	
	EDS 1994	EDS 1998-1999	MICS 2006	EDS 2012	MICS 2006	EDS 1995	EDS 2000	EDS 2003	EDS 2005	EDS 2008	EDS 1995	EDS 2002	EDS 2000	EDS 2005	MICS 2005-2006	MICS 2010	EDS 2003	MICS 2006	MICS 2011	EDS 1999	EDS 2005	MICS 2006	MICS/ESR 2010
		909									731												
			FG9		FG9	815	802	804/ 804A				730	905	1005	FG9			FG9		1010	910	FG9	595a
				1111					807	909						FG15			FG15				
			FG10		FG10	816	803					730A	906	1006	FG10			FG10		1011	911	FG10	
																							595b

Questions posées aux filles et aux femmes âgées de 15 à 49 ans sur l'expérience de leur(s) fille(s)

	Iraq	Kenya			Libéria	Mali				Mauritanie			Niger		Nigéria
	MICS 2011	EDS 1998	EDS 2003	EDS 2008-2009	EDS 2007	EDS 1995-1996	EDS 2001	EDS 2006	MICS 2010	EDS 2000-2001	MICS 2007	MICS 2011	EDS 1998	EDS/MICS 2006	EDS 1999
Questions relatives à l'excision des enfants															
Toutes vos filles sont-elles excisées ?															
Est-ce que (nom de l'aînée) est excisée ?		1005	823			556							559		525
Est-ce que l'une au moins de vos filles est excisée ?															
Est-ce que l'une au moins de vos filles (ou filles vivantes) est excisée (a subi cette pratique) ? Si oui, combien ?	FG10A			1310			910	910	FG10	509	FG9			910	
Est-ce que (nom de la fille) est excisée ?												FG15			
Combien de vos filles âgées entre 0 et 14 ans sont excisées ?															
Combien de filles avez-vous ?															
Combien d'entre elles ont été excisées ?															
Est-ce que votre fille/l'une de vos filles a été initiée/excisée ?															
Est-ce que l'une ou plusieurs de vos filles font partie de la société Bondo ? Si oui, combien ?															
Qui parmi vos filles est la dernière à avoir été excisée ?				1311			911	911	FG11	510	FG10			911	
Qui parmi vos filles est la dernière à avoir été excisée ? Quel âge a-t-elle ?															
Qui parmi vos filles est la dernière à avoir été initiée ?															
L'une ou plusieurs de vos filles sont-elles non excisées ?															
L'une ou plusieurs de vos filles sont-elles non excisées / initiées ?															
Nombre d'années depuis la dernière excision dans la famille.	FG16A														

	Nigéria				Sénégal		Sierra Leone			Somalie	Soudan				République-Unie de Tanzanie			Togo		Ouganda		Yémen	
	EDS 2003	MICS 2007	EDS 2008	MICS 2011	EDS 2005	EDS/MICS 2010-2011	MICS 2005	EDS 2008	MICS 2010	MICS 2006	EDS 1989-1990	MICS 2000	SHHS 2006	SHHS 2010	EDS 1996	EDS 2004-2005	EDS 2010	MICS 2006	MICS 2010	EDS 2006	EDS 2011	EDS 1997	Total
											230												1
															1007								9
																						904	1
	910	FG9	FGC10		910					FG9						499O	1222	FG9					38
				FG15		1111			FG15										FG15				12
																					631I		1
												5											1
												6											1
								1110															1
							FG9																1
	911	FG10	FGC11		911			1111		FG10						499P	1223	FG10					36
																							1
							FG10																1
			FGC17																				1
								1117															1
																							1

Questions posées aux filles et aux femmes âgées de 15 à 49 ans sur l'expérience de leur(s) fille(s)

	Bénin		Burkina Faso				Cameroun	République centrafricaine				Tchad		
	EDS 2001	EDS 2006	EDS 1998-1999	EDS 2003	MICS 2006	EDS/MICS 2010	EDS 2004	EDS 1994-1995	MICS 2000	MICS 2006	MICS 2010	MICS 2000	EDS 2004	MICS 2010
Questions portant sur les types de MGF/E														
Quel type d'excision votre fille a-t-elle subi ?														
A-t-on retiré de la chair (ou quelque chose) de sa zone génitale ?	912	912		1012	FG11		1012			FG11	FG17		1012	FG12
A-t-on seulement entaillé sa zone génitale sans retirer de chair ?				1013	FG12		1013				FG18		1013	FG13
A-t-on seulement entaillé sa zone génitale sans couper la chair ?	913	913								FG12				
Sa zone génitale a-t-elle été coupée de manière superficielle, sans qu'aucun morceau de chair ne soit retiré ?														
La zone génitale de (nom de la fille) a-t-elle été entièrement suturée ?	914	914				1113	1014				FG19			FG14
Sa zone génitale a-t-elle été suturée ?														
A-t-on suturé totalement ou partiellement la zone du vagin (lors de la procédure) ?														
La partie coupée a-t-elle été suturée entièrement ou partiellement lors de la procédure ?													1014	
La zone du vagin a-t-elle été entièrement (totalement) recousue lors de la procédure ?				1014	FG13					FG13				
La zone du vagin a-t-elle été refermée de quelque manière que ce soit ?														
Lors de l'excision de (nom de l'aînée), quelles parties de son corps ont été retirées ?														
Quel type de procédure a été pratiquée lors de l'excision de (nom de l'aînée) (ablation du clitoris, ablation du clitoris et des petites lèvres, ablation du clitoris et des grandes lèvres, autre) ?			910											
Comment appelez-vous cette pratique (celle qu'elle a subie) ?														

	Côte d'Ivoire				Djibouti	Égypte					Érythrée		Éthiopie		Gambie		Ghana			Guinée		Guinée-Bissau	
	EDS 1994	EDS 1998-1999	MICS 2006	EDS 2012	MICS 2006	EDS 1995	EDS 2000	EDS 2003	EDS 2005	EDS 2008	EDS 1995	EDS 2002	EDS 2000	EDS 2005	MICS 2005-2006	MICS 2010	EDS 2003	MICS 2006	MICS 2011	EDS 1999	EDS 2005	MICS 2006	MICS/ESR 2010
			FG11		FG11							730B				FG17		FG11	FG17		912	FG11	595c
												730C				FG18		FG12	FG18		913		
			FG12		FG12																	FG12	595d
				1113	FG13							730D	907	1007		FG19		FG13	FG19				595e
						822																	
																				1015			
			FG13																			FG13	
																					914		
		910																		1013			

Questions posées aux filles et aux femmes âgées de 15 à 49 ans sur l'expérience de leur(s) fille(s)

	Iraq	Kenya			Libéria	Mali				Mauritanie			Niger		Nigéria
	MICS 2011	EDS 1998	EDS 2003	EDS 2008-2009	EDS 2007	EDS 1995-1996	EDS 2001	EDS 2006	MICS 2010	EDS 2000-2001	MICS 2007	MICS 2011	EDS 1998	EDS/MICS 2006	EDS 1999
Questions portant sur les types de MGF/E															
Quel type d'excision votre fille a-t-elle subi ?													560		
A-t-on retiré de la chair (ou quelque chose) de sa zone génitale ?				1 312			912	912	FG12	511	FG11	FG17		912	
A-t-on seulement entaillé sa zone génitale sans retirer de chair ?				1313			913	913	FG13	512		FG18			
A-t-on seulement entaillé sa zone génitale sans couper la chair ?											FG12			913	
Ses organes génitaux ont-ils été coupés de manière superficielle, sans qu'aucun morceau de chair ne soit retiré ?															
La zone génitale de (nom de la fille) a-t-elle été entièrement suturée ?				1314			914		FG14						
Sa zone génitale a-t-elle été suturée ?															
A-t-on suturé totalement ou partiellement la zone du vagin (lors de la procédure) ?															
La partie coupée a-t-elle été suturée entièrement ou partiellement lors de la procédure ?															
La zone génitale a-t-elle été entièrement (totalement) recousue lors de la procédure ?											FG13				
La zone du vagin a-t-elle été refermée de quelque manière que ce soit ?								914						914	
Lors de l'excision de (nom de l'aînée), quelles parties de son corps ont été retirées ?		1010													
Quel type de procédure a été pratiqué lors de l'excision de (nom de l'aînée) (ablation du clitoris, ablation du clitoris et des petites lèvres, ablation du clitoris et des grandes lèvres, autre) ?															
Comment appelez-vous cette pratique (celle qu'elle a subie) ?															

	Nigéria				Sénégal		Sierra Leone			Somalie	Soudan				République-Unie de Tanzanie			Togo		Ouganda		Yémen	
	EDS 2003	MICS 2007	EDS 2008	MICS 2011	EDS 2005	EDS/MICS 2010-2011	MICS 2005	EDS 2008	MICS 2010	MICS 2006	EDS 1989-1990	MICS 2000	SHHS 2006	SHHS 2010	EDS 1996	EDS 2004-2005	EDS 2010	MICS 2006	MICS 2010	EDS 2006	EDS 2011	EDS 1997	Total
																							1
	912	FG11	FGC12	FG17	912			1112	FG17	FG11						499Q	1224	FG11	FG17				38
		FG12	FGC13	FG18	913			1113	FG18	FG12						499R	1225	FG12	FG18				28
																							9
	913																						1
	914	FG13	FGC14	FG19	914	1113		1114	FG19	FG13									FG19				28
																499S	1226						2
																							1
																							2
																		FG13					7
																							3
																							1
																							1
																							2

Questions posées aux filles et aux femmes âgées de 15 à 49 ans sur l'expérience de leur(s) fille(s)

	Bénin		Burkina Faso				Cameroun	République centrafricaine				Tchad		
	EDS 2001	EDS 2006	EDS 1998-1999	EDS 2003	MICS 2006	EDS/MICS 2010	EDS 2004	EDS 1994-1995	MICS 2000	MICS 2006	MICS 2010	MICS 2000	EDS 2004	MICS 2010
Questions portant sur les circonstances de l'intervention														
En quelle année a-t-elle été excisée ?														
Quel âge avait-elle (ou nom) lorsqu'elle a été excisée (ou lorsque cette procédure a eu lieu) ?	915	915	911	1015	FG14	1112	1015			FG14	FG16		1015	FG15
Quel âge avait-elle lorsqu'elle a été excisée ?														
Âge de la fille au moment de l'excision (moins de 3 ans, 3 à 7 ans, plus de 7 ans, NSP)														
Qui a procédé à son excision ?	916	916	912	1016	FG15	1114	1016			FG15	FG20		1016	FG16
Qui a coupé (ou entaillé) ses organes génitaux ?														
Qui a procédé à son excision/initiation ?														
Où l'intervention a-t-elle eu lieu ?														
Quels instruments ont été utilisés pour procéder à l'excision ? (lame/rasoir individuels, lame/rasoir partagés, scalpel, couteau, autre, NSP)														
Savez-vous quel instrument a été utilisé pour procéder à l'intervention ? (lame tranchante/rasoir, scalpel, ciseaux, NSP)														
Instruments utilisés lors de l'excision (lame, ciseaux, autre/précisez)														
Quelqu'un s'est-il opposé à l'excision de votre fille (aînée) ? (vous-même, votre mari, votre mère, votre belle-mère, votre père/beau-père, autre membre de votre famille, autre membre de la famille de votre mari, autre, personne)			913											
(Nom de l'aînée) a-t-elle été informée des détails de la procédure avant qu'elle n'ait lieu ?														
Étiez-vous sous anesthésie lors de l'intervention ?														

	Côte d'Ivoire				Djibouti	Égypte					Érythrée		Éthiopie		Gambie		Ghana			Guinée		Guinée-Bissau	
	EDS 1994	EDS 1998-1999	MICS 2006	EDS 2012	MICS 2006	EDS 1995	EDS 2000	EDS 2003	EDS 2005	EDS 2008	EDS 1995	EDS 2002	EDS 2000	EDS 2005	MICS 2005-2006	MICS 2010	EDS 2003	MICS 2006	MICS 2011	EDS 1999	EDS 2005	MICS 2006	MICS/ESR 2010
		911	FG14	1112	FG14	817	804		809	911	732	731	908	1008		FG16		FG14	FG16	1012	915	FG14	596
		912	FG15	1114	FG15	818	805		808	910	733	732	909	1009	FG15	FG20		FG15	FG20	1014	916	FG15	597
						819	806																
						820																	
		913									734	733											
						821																	

Questions posées aux filles et aux femmes âgées de 15 à 49 ans sur l'expérience de leur(s) fille(s)

	Iraq	Kenya			Libéria	Mali				Mauritanie			Niger		Nigéria
	MICS 2011	EDS 1998	EDS 2003	EDS 2008-2009	EDS 2007	EDS 1995-1996	EDS 2001	EDS 2006	MICS 2010	EDS 2000-2001	MICS 2007	MICS 2011	EDS 1998	EDS/MICS 2006	EDS 1999
Questions portant sur les circonstances de l'intervention															
En quelle année a-t-elle été excisée ?															
Quel âge avait-elle (ou nom) lorsqu'elle a été excisée (ou lorsque cette procédure a eu lieu) ?		1007		1315		557	915	915	FG15	513	FG14	FG16			527
Quel âge avait-elle lorsqu'elle a été excisée ?													561	915	
Âge de la fille au moment de l'excision (moins de 3 ans, 3 à 7 ans, plus de 7 ans, NSP)															
Qui a procédé à son excision ?	FG20A	1008		1316		558	916	916	FG16	514	FG15	FG20	562	916	528
Qui a coupé (ou entaillé) ses organes génitaux ?															
Qui a procédé à son excision/initiation ?															
Où l'intervention a-t-elle eu lieu ?		1009													
Quels instruments ont été utilisés pour procéder à l'excision ? (lame/rasoir individuels, lame/rasoir partagés, scalpel, couteau, autre, NSP)		1009a													
Savez-vous quel instrument a été utilisé pour procéder à l'intervention ? (lame tranchante/rasoir, scalpel, ciseaux, NSP)															
Instruments utilisés lors de l'excision (lame, ciseaux, autre/précisez)															
Quelqu'un s'est-il opposé à l'excision de votre fille (aînée) ? (vous-même, votre mari, votre mère, votre belle-mère, votre père/beau-père, autre membre de votre famille, autre membre de la famille de votre mari, autre, personne)						559							563		529
(Nom de l'aînée) a-t-elle été informée des détails de la procédure avant qu'elle n'ait lieu ?		1011													
Étiez-vous sous anesthésie lors de l'intervention ?															

	Nigéria				Sénégal		Sierra Leone			Somalie	Soudan				République-Unie de Tanzanie			Togo		Ouganda		Yémen	
	EDS 2003	MICS 2007	EDS 2008	MICS 2011	EDS 2005	EDS/MICS 2010-2011	MICS 2005	EDS 2008	MICS 2010	MICS 2006	EDS 1989-1990	MICS 2000	SHHS 2006	SHHS 2010	EDS 1996	EDS 2004-2005	EDS 2010	MICS 2006	MICS 2010	EDS 2006	EDS 2011	EDS 1997	Total
																		FG10a					1
	915	FG14	FGC15	FG16		1112	FG14	1115	FG16	FG14					1008	499T	1227	FG14	FG16			905	55
					915																		3
												8											1
	916	FG15	FGC16	FG20	916	1114			FG20			7			1009			FG15	FG20			907	56
																499U	1228						2
							FG15	1116															2
																						908	4
																							1
																						906	2
												9											1
															1010								8
																							1
																							1

Questions posées aux filles et aux femmes âgées de 15 à 49 ans sur l'expérience de leur(s) fille(s)

	Bénin		Burkina Faso				Cameroun	République centrafricaine				Tchad		
	EDS 2001	EDS 2006	EDS 1998-1999	EDS 2003	MICS 2006	EDS/MICS 2010	EDS 2004	EDS 1994-1995	MICS 2000	MICS 2006	MICS 2010	MICS 2000	EDS 2004	MICS 2010
Questions portant sur l'intention des femmes de faire exciser leur(s) fille(s)														
Prévoyez-vous (avez-vous l'intention) de faire exciser (nom de l'aînée) [vos filles, toutes vos filles, une (autre) fille] ?	918	918	914	1018			1018						1018	
Souhaitez-vous que votre fille soit excisée ?														
Allez-vous faire exciser la prochaine ?														
Si oui, pourquoi ?														
Avez-vous l'intention de faire exciser/initier l'une de vos filles à l'avenir ?														
Avez-vous l'intention de faire participer l'une de vos filles à ce genre de cérémonie ?														
Avez-vous l'intention de faire exciser celles de vos filles qui ne le sont pas encore, le cas échéant ?														
À l'intention des femmes qui sont ou ont déjà été mariées : Si vous avez des filles non excisées, avez-vous l'intention de les faire exciser ?														
Pourquoi n'avez-vous pas l'intention de faire exciser votre/vos fille(s) ?														
Est-ce que quelqu'un vous pousse (ou vous a poussée) à faire exciser votre/vos fille(s) ?														
Pensez-vous qu'une personne de votre entourage (famille, amis) fera exciser votre/vos fille(s) même si vous vous opposez à cette pratique ?			915											
Qui décide de l'excision de votre/vos fille(s) ?			916											

	Côte d'Ivoire				Djibouti	Égypte					Érythrée		Éthiopie		Gambie		Ghana			Guinée		Guinée-Bissau	
	EDS 1994	EDS 1998-1999	MICS 2006	EDS 2012	MICS 2006	EDS 1995	EDS 2000	EDS 2003	EDS 2005	EDS 2008	EDS 1995	EDS 2002	EDS 2000	EDS 2005	MICS 2005-2006	MICS 2010	EDS 2003	MICS 2006	MICS 2011	EDS 1999	EDS 2005	MICS 2006	MICS/ESR 2010
		914				827	807	805	811	914											918		
															FG7AA	FG25							
																				1017			
						828	808	806															
						829																	
		915																					

Questions posées aux filles et aux femmes âgées de 15 à 49 ans sur l'expérience de leur(s) fille(s)

	Iraq	Kenya			Libéria	Mali				Mauritanie			Niger		Nigéria
	MICS 2011	EDS 1998	EDS 2003	EDS 2008-2009	EDS 2007	EDS 1995-1996	EDS 2001	EDS 2006	MICS 2010	EDS 2000-2001	MICS 2007	MICS 2011	EDS 1998	EDS/MICS 2006	EDS 1999
Questions portant sur l'intention des femmes de faire exciser leur(s) fille(s)															
Prévoyez-vous (avez-vous l'intention) de faire exciser (nom de l'aînée) [vos filles, toutes vos filles, une (autre) fille] ?		1006	824	1 318		559a	918	918		516			564	918	526
Souhaitez-vous que votre fille soit excisée ?															
Allez-vous faire exciser la prochaine ?												FG23			
Si oui, pourquoi ?												FG24			
Avez-vous l'intention de faire exciser/initier l'une de vos filles à l'avenir ?															
Avez-vous l'intention de soumettre l'une de vos filles à ce genre de cérémonie ?															
Avez-vous l'intention de faire exciser vos filles qui ne le sont pas encore, le cas échéant ?															
À l'intention des femmes qui sont ou ont déjà été mariées : Si vous avez des filles non excisées, avez-vous l'intention de les faire exciser ?															
Pourquoi n'avez-vous pas l'intention de faire exciser votre/vos fille(s) ?															
Est-ce que quelqu'un vous pousse (ou vous a poussée) à faire exciser votre/vos fille(s) ?															
Pensez-vous qu'une personne de votre entourage (famille, amis) fera exciser votre/vos fille(s) même si vous vous opposez à cette pratique ?													565		
Qui décide de l'excision de votre/vos fille(s) ?															

	Nigéria				Sénégal		Sierra Leone			Somalie	Soudan				République-Unie de Tanzanie			Togo		Ouganda		Yémen	
	EDS 2003	MICS 2007	EDS 2008	MICS 2011	EDS 2005	EDS/MICS 2010-2011	MICS 2005	EDS 2008	MICS 2010	MICS 2006	EDS 1989-1990	MICS 2000	SHHS 2006	SHHS 2010	EDS 1996	EDS 2004-2005	EDS 2010	MICS 2006	MICS 2010	EDS 2006	EDS 2011	EDS 1997	Total
	918		FGC18		918						231					499V	1 229						29
																							2
																							1
																							1
								1118															1
																							1
														FG00									1
													FC2										1
																							3
																							1
																							3
																							1

Questions posées aux filles et aux femmes âgées de 15 à 49 ans sur l'expérience de leur(s) fille(s)

	Bénin		Burkina Faso				Cameroun	République centrafricaine				Tchad		
	EDS 2001	EDS 2006	EDS 1998-1999	EDS 2003	MICS 2006	EDS/MICS 2010	EDS 2004	EDS 1994-1995	MICS 2000	MICS 2006	MICS 2010	MICS 2000	EDS 2004	MICS 2010
Questions portant sur les complications résultant de MGF/E chez les filles														
Votre fille a-t-elle connu des complications au moment de l'excision ou après ?														
Quelles ont été ces complications ? (douleur importante au niveau de la plaie, hémorragie, infection/fièvre, difficulté à uriner/rétention urinaire, tumescence, pus, autre/précisez)														
Quelles ont été ces complications ? (douleur importante au niveau de la plaie, hémorragie, infection/fièvre, difficulté à uriner/rétention urinaire, tumescence/absence de cicatrisation, choc septique, autre/précisez)														
Est-ce que l'un des problèmes suivants est survenu au moment de couper les parties génitales de (nom) ou après ? (hémorragie sévère, difficulté à uriner ou fuites urinaires, tumescence au niveau des parties génitales, infection des parties génitales/mauvaise cicatrisation)	917	917		1017			1017						1017	
Quel type de complications votre fille a-t-elle eu au moment de l'excision ? (hémorragie, infection, choc septique, tous, aucune complication, NSP)														
Quel type de complications votre fille excisée a-t-elle eu lors de son accouchement ? (fistule, dystocie, autre/précisez, aucune complication, NSP)														
A-t-elle reçu des soins de santé (ou une attention médicale) pour ces complications ?														
Quel type de soins a-t-elle reçus ? (hospitalisation, suture, transfusion sanguine, médicaments/injections, autre/précisez)														

	Iraq	Kenya			Libéria	Mali				Mauritanie			Niger		Nigéria
	MICS 2011	EDS 1998	EDS 2003	EDS 2008-2009	EDS 2007	EDS 1995-1996	EDS 2001	EDS 2006	MICS 2010	EDS 2000-2001	MICS 2007	MICS 2011	EDS 1998	EDS/MICS 2006	EDS 1999
Questions portant sur les complications résultant de MGF/E chez les filles															
Votre fille a-t-elle connu des complications au moment de l'excision ou après ?															
Quelles ont été ces complications ? (douleur importante au niveau de la plaie, hémorragie, infection/fièvre, difficulté à uriner/rétention urinaire, tumescence, pus, autre/précisez)															
Quelles ont été ces complications ? (douleur importante au niveau de la plaie, hémorragie, infection/fièvre, difficulté à uriner/rétention urinaire, tumescence/absence de cicatrisation, choc septique, autre/précisez)															
Est-ce que l'un des problèmes suivants est survenu au moment de couper les parties génitales de (nom) ou après ? (hémorragie sévère, difficulté à uriner ou fuites urinaires, tumescence au niveau des parties génitales, infection des parties génitales/mauvaise cicatrisation)							917	917		515				917	
Quel type de complications votre fille a-t-elle eu au moment de l'excision ? (hémorragie, infection, choc septique, tous, aucune complication, NSP)															
Quel type de complications votre fille excisée a-t-elle eu lors de son accouchement ? (fistule, dystocie, autre/précisez, aucune complication, NSP)															
A-t-elle reçu des soins de santé (ou une attention médicale) pour ces complications ?															
Quels types de soins ? (hospitalisation, suture, transfusion sanguine, médicaments/injections, autre/précisez)															

	Côte d'Ivoire				Djibouti	Égypte					Érythrée		Éthiopie		Gambie		Ghana			Guinée		Guinée-Bissau	
	EDS 1994	EDS 1998-1999	MICS 2006	EDS 2012	MICS 2006	EDS 1995	EDS 2000	EDS 2003	EDS 2005	EDS 2008	EDS 1995	EDS 2002	EDS 2000	EDS 2005	MICS 2005-2006	MICS 2010	EDS 2003	MICS 2006	MICS 2011	EDS 1999	EDS 2005	MICS 2006	MICS/ESR 2010
						823																	
						824																	
																				1016	917		
						825																	
						826																	

	Nigéria				Sénégal		Sierra Leone			Somalie	Soudan				République-Unie de Tanzanie			Togo		Ouganda		Yémen	
	EDS 2003	MICS 2007	EDS 2008	MICS 2011	EDS 2005	EDS/MICS 2010-2011	MICS 2005	EDS 2008	MICS 2010	MICS 2006	EDS 1989-1990	MICS 2000	SHHS 2006	SHHS 2010	EDS 1996	EDS 2004-2005	EDS 2010	MICS 2006	MICS 2010	EDS 2006	EDS 2011	EDS 1997	Total
																						909	2
																						910	1
																							1
	917				917																		13
												10											1
												11											1
																						911	2
																							1

Questions posées aux garçons et aux hommes âgés de 15 à 49 (ou 64) ans sur leurs connaissances et leur opinion concernant les MGF/E

	Bénin		Burkina Faso				Cameroun	République centrafricaine				Tchad		
	EDS 2001	EDS 2006	EDS 1998-1999	EDS 2003	MICS 2006	EDS/MICS 2010	EDS 2004	EDS 1994-1995	MICS 2000	MICS 2006	MICS 2010	MICS 2000	EDS 2004	MICS 2010
Questions portant sur les connaissances des hommes sur les MGF/E et l'excision de leur partenaire														
Avez-vous déjà entendu parler de l'excision ?	701	701		701		814	501				MFG1		701	
Dans certains pays, il existe une pratique qui consiste à couper une partie des organes génitaux des filles. Avez-vous déjà entendu parler de cette pratique ?	702	702	701	702		815	502				MFG2		702	
Avez-vous parlé de l'excision avec vos proches, amis ou voisins au cours des 12 derniers mois ?														
Avez-vous entendu parler de l'excision, vu quelque chose s'y rapportant ou reçu des informations à ce propos au cours des 12 derniers mois ?														
Où avez-vous entendu ou vu ces informations ? (télévision, radio, journal/magazine, brochure, etc.)														
Pour les hommes actuellement mariés ou vivant avec une femme : Votre femme ou l'une de vos femmes/partenaires est-elle excisée ?														
Pour les hommes ayant été mariés ou ayant vécu avec une femme : Votre femme ou l'une de vos femmes/partenaires était-elle excisée ?														
Saviez-vous que votre femme était excisée lorsque vous l'avez épousée ?														
Généralement, qui prend les décisions concernant l'excision d'une fille ? (mère, père, les deux, tante, oncle, grands-parents, autre)			701a											

	Iraq	Kenya			Libéria	Mali				Mauritanie			Niger		Nigéria
	MICS 2011	EDS 1998	EDS 2003	EDS 2008-2009	EDS 2007	EDS 1995-1996	EDS 2001	EDS 2006	MICS 2010	EDS 2000-2001	MICS 2007	MICS 2011	EDS 1998	EDS/MICS 2006	EDS 1999
Questions portant sur les connaissances des hommes sur les MGF/E et l'excision de leur partenaire															
Avez-vous déjà entendu parler de l'excision ?							701	701		701				701	
Dans certains pays, il existe une pratique qui consiste à couper une partie des organes génitaux des filles. Avez-vous déjà entendu parler de cette pratique ?							702	702		702			701	702	
Avez-vous parlé de l'excision avec vos proches, amis ou voisins au cours des 12 derniers mois ?															
Avez-vous entendu parler de l'excision, vu quelque chose s'y rapportant ou reçu des informations à ce propos au cours des 12 derniers mois ?															
Où avez-vous entendu ou vu ces informations ? (télévision, radio, journal/magazine, tract/brochure, etc.)															
Pour les hommes actuellement mariés ou vivant avec une femme : Votre femme ou l'une de vos femmes/ partenaires est-elle excisée ?															
Pour les hommes ayant été mariés ou ayant vécu avec une femme : Votre femme ou l'une de vos femmes/ partenaires était-elle excisée ?															
Saviez-vous que votre femme était excisée lorsque vous l'avez épousée ?															
Généralement, qui prend les décisions concernant l'excision d'une fille ? (mère, père, les deux, tante, oncle, grands-parents, autre)															

	Côte d'Ivoire				Djibouti	Égypte					Érythrée		Éthiopie		Gambie		Ghana			Guinée		Guinée-Bissau	
	EDS 1994	EDS 1998-1999	MICS 2006	EDS 2012	MICS 2006	EDS 1995	EDS 2000	EDS 2003	EDS 2005	EDS 2008	EDS 1995	EDS 2002	EDS 2000	EDS 2005	MICS 2005-2006	MICS 2010	EDS 2003	MICS 2006	MICS 2011	EDS 1999	EDS 2005	MICS 2006	MICS/ESR 2010
				814																701	701		
		701		815																702	702		
										206													
										207													
										208													
																				704a			
																				704b			
																				705			

	Nigéria				Sénégal		Sierra Leone			Somalie	Soudan				République-Unie de Tanzanie			Togo		Ouganda		Yémen	
	EDS 2003	MICS 2007	EDS 2008	MICS 2011	EDS 2005	EDS/MICS 2010-2011	MICS 2005	EDS 2008	MICS 2010	MICS 2006	EDS 1989-1990	MICS 2000	SHHS 2006	SHHS 2010	EDS 1996	EDS 2004-2005	EDS 2010	MICS 2006	MICS 2010	EDS 2006	EDS 2011	EDS 1997	Total
	901		FGC01		701			901						FG2		619A							20
	902		FGC02		702			902						FG3		619B							23
																							1
																							1
																							1
																							1
																							1
																							1
																							1

Questions posées aux garçons et aux hommes âgés de 15 à 49 (ou 64) ans sur leurs connaissances et leur opinion concernant les MGF/E

	Bénin		Burkina Faso				Cameroun	République centrafricaine				Tchad		
	EDS 2001	EDS 2006	EDS 1998-1999	EDS 2003	MICS 2006	EDS/MICS 2010	EDS 2004	EDS 1994-1995	MICS 2000	MICS 2006	MICS 2010	MICS 2000	EDS 2004	MICS 2010
Questions portant sur les attitudes/opinions concernant les MGF/E														
Pensez-vous qu'il faille poursuivre (maintenir) ou mettre fin à (abandonner, interrompre, faire disparaître) l'excision (cette pratique) ?	707	709	702	707		817	509				MFG3		709	
Quel type de pratique faut-il maintenir, selon vous : clitoridectomie, excision, infibulation ?														
Pourquoi pensez-vous que l'excision doive continuer (ou encore être pratiquée) ?			703											
Pourquoi pensez-vous qu'il faille mettre fin à (abandonner) l'excision ?			705											
Qu'entendez-vous par « bonne tradition/coutume » ?			704											
Qu'entendez-vous par « mauvaise tradition » ?			706											
Préférez-vous épouser une femme excisée, non excisée, ou cela n'a-t-il aucune importance pour vous ?														
Épouseriez-vous une femme non excisée (dont les organes génitaux n'ont pas été coupés) ?														
Quels bénéfices (avantages) retirent les filles de l'excision (de cette pratique) ? (propreté/hygiène, reconnaissance sociale, amélioration des perspectives de mariage, préservation de la virginité/évite les rapports sexuels avant le mariage, empêche les relations extra-conjugales, plaisir sexuel renforcé pour l'homme, obligation religieuse, autre, aucun bénéfice)	703	703		703			503						703	
Selon vous, quel type de problèmes rencontrent les filles lorsqu'elles sont excisées (si elles en rencontrent) ?														
Selon vous, ce type de pratique empêche-t-il les filles d'avoir des rapports sexuels avant le mariage, ou cela n'a-t-il aucun effet sur les rapports sexuels avant le mariage ?	705	706		705			506							
Pensez-vous que cette pratique améliore les perspectives de mariage d'une fille ?														
Quels sont les bénéfices (avantages) pour les filles de ne PAS être excisées ? (problèmes médicaux moindres, absence de douleurs, plaisir sexuel renforcé pour la femme, plaisir sexuel renforcé pour l'homme, respect de la religion, autre/précisez, aucun avantage, NSP)	704	704		704			504						704	
Pensez-vous que cette pratique a pour effet de réduire le désir sexuel des femmes ?													706	
Pensez-vous que les femmes veulent (ou souhaitent) que cette pratique soit maintenue (ou poursuivie), ou, au contraire, qu'elles sont favorables à son abandon ?							510						710	
Pensez-vous que les femmes tiennent à ce que cette pratique soit maintenue, ou au contraire qu'elles sont favorables à son abandon ?	708	710												
Votre femme/partenaire pense-t-elle qu'il faille mettre fin à l'excision, ou au contraire qu'il faille poursuivre cette pratique ?														
Pensez-vous que les hommes veulent que cette pratique soit maintenue, ou, au contraire, qu'ils sont favorables à son abandon ?				708										
Êtes-vous d'accord ou pas d'accord avec les affirmations suivantes : Un homme préfère que son épouse soit excisée ; l'excision peut causer de graves complications qui peuvent entraîner la mort ; l'excision permet d'éviter les relations extra-conjugales ; une femme excisée aura davantage de difficulté à accoucher														
Pensez-vous/croyez-vous que cette pratique soit une obligation religieuse (imposée par les préceptes de votre religion) ?	706	708		706		816	508						708	
Pensez-vous que cette pratique soit acceptée par votre religion ?														
Pensez-vous que cette pratique soit une obligation imposée par votre tradition ou vos coutumes ?		708A												

	Côte d'Ivoire				Djibouti	Égypte					Érythrée		Éthiopie		Gambie		Ghana			Guinée		Guinée-Bissau	
	EDS 1994	EDS 1998-1999	MICS 2006	EDS 2012	MICS 2006	EDS 1995	EDS 2000	EDS 2003	EDS 2005	EDS 2008	EDS 1995	EDS 2002	EDS 2000	EDS 2005	MICS 2005-2006	MICS 2010	EDS 2003	MICS 2006	MICS 2011	EDS 1999	EDS 2005	MICS 2006	MICS/ESR 2010
		702		817						210	524									712	709		
											525												
		703									526												
		706									527												
		705																					
		708																					
																				706			
																				707	703		
																				708			
																				709	706		
																				710			
																					704		
										211											710		
											529												
										212													
				816						209											708		
																				711			

Questions posées aux garçons et aux hommes âgés de 15 à 49 (ou 64) ans sur leurs connaissances et leur opinion concernant les MGF/E

	Iraq	Kenya			Libéria	Mali				Mauritanie			Niger		Nigéria
	MICS 2011	EDS 1998	EDS 2003	EDS 2008-2009	EDS 2007	EDS 1995-1996	EDS 2001	EDS 2006	MICS 2010	EDS 2000-2001	MICS 2007	MICS 2011	EDS 1998	EDS/MICS 2006	EDS 1999
Questions portant sur les attitudes/opinions concernant les MGF/E															
Pensez-vous qu'il faille poursuivre (maintenir) ou mettre fin à (abandonner, interrompre, faire disparaître) l'excision (cette pratique) ?							707	709		709			702	709	
Quel type d'excision pensez-vous qu'il faut poursuivre : clitoridectomie, excision, infibulation ?															
Pourquoi pensez-vous que l'excision doive continuer (ou encore être pratiquée) ?													703		
Pourquoi pensez-vous qu'il faille mettre fin à (abandonner) l'excision ?													705		
Qu'entendez-vous par « bonne tradition/coutume » ?													704		
Qu'entendez-vous par « mauvaise tradition » ?													706		
Préférez-vous épouser une femme excisée, non excisée, ou cela n'a-t-il aucune importance pour vous ?															
Épouseriez-vous une femme non excisée (dont les organes génitaux n'ont pas été coupés) ?															
Quels bénéfices (avantages) retirent les filles de l'excision (de cette pratique) ? (propreté/hygiène, reconnaissance sociale, amélioration des perspectives de mariage, préservation de la virginité/évite les rapports sexuels avant le mariage, empêche les relations extra-conjugales, plaisir sexuel renforcé pour l'homme, obligation religieuse, autre, aucun bénéfice)							703	703		703				703	
Selon vous, quel type de problèmes rencontrent les filles lorsqu'elles sont excisées (si elles en rencontrent) ?															
Selon vous, ce type de pratique empêche-t-il les filles d'avoir des rapports sexuels avant le mariage, ou cela n'a-t-il aucun effet sur les rapports sexuels avant le mariage ?							705	706						706	
Pensez-vous que cette pratique améliore les perspectives de mariage d'une fille ?															
Quels sont les bénéfices (avantages) pour les filles de ne PAS être excisée ? (problèmes médicaux moindres, absence de douleurs, plaisir sexuel renforcé pour la femme, plaisir sexuel renforcé pour l'homme, respect de la religion, autre/précisez, aucun avantage, NSP)							704	704		704				704	
Pensez-vous que cette pratique a pour effet de réduire le désir sexuel des femmes ?										706					
Pensez-vous que les femmes veulent (ou souhaitent) que cette pratique soit maintenue (ou poursuivie), ou, au contraire, qu'elles sont favorables à son abandon ?							708	710		710					
Pensez-vous que les femmes tiennent à ce que cette pratique soit maintenue, ou au contraire qu'elles sont favorables à son abandon ?														710	
Votre femme/partenaire pense-t-elle qu'il faille mettre fin à l'excision, ou au contraire qu'il faille poursuivre cette pratique ?															
Pensez-vous que les hommes veulent que cette pratique soit maintenue, ou, au contraire, qu'ils sont favorables à son abandon ?															
Êtes-vous d'accord ou pas d'accord avec les affirmations suivantes : Un homme préfère que son épouse soit excisée ; l'excision peut causer de graves complications qui peuvent entraîner la mort ; l'excision permet d'éviter les relations extra-conjugales ; une femme excisée aura des difficultés à accoucher															
Pensez-vous/croyez-vous que cette pratique soit une obligation religieuse (imposée par les préceptes de votre religion) ?							706	708		708				708	
Pensez-vous que cette pratique soit acceptée par votre religion ?															
Pensez-vous que cette pratique soit une obligation imposée par votre tradition ou vos coutumes ?															

Remarques : les chiffres indiqués dans ce tableau correspondent au numéro de la question posée lors de l'enquête. Les questions dont la formulation et le sens sont identiques ont été fusionnées afin de simplifier et synthétiser les informations. Les mots entre parenthèses correspondent aux synonymes utilisés dans les différentes questions/réponses. Certaines des questions relatives aux MGF/E au Soudan (SHHS 2006 et 2010) ont été posées dans le questionnaire soumis aux ménages, tandis que d'autres étaient intégrées dans le questionnaire destiné aux femmes âgées de 15 à 49 ans.

	Nigéria				Sénégal		Sierra Leone			Somalie	Soudan				République-Unie de Tanzanie			Togo		Ouganda		Yémen	
	EDS 2003	MICS 2007	EDS 2008	MICS 2011	EDS 2005	EDS/MICS 2010-2011	MICS 2005	EDS 2008	MICS 2010	MICS 2006	EDS 1989-1990	MICS 2000	SHHS 2006	SHHS 2010	EDS 1996	EDS 2004-2005	EDS 2010	MICS 2006	MICS 2010	EDS 2006	EDS 2011	EDS 1997	Total
	907		FGC05		709			905						FG4		619C							25
																							1
																							4
																							4
																							3
																							3
																							1
								906															1
	903		FGC03		703			903															15
																							1
	905				706																		11
																							1
	904				704																		12
																							2
	908																						8
					710																		4
																							1
																							1
																							1
	906		FGC04		708			904															17
																							1
					708A																		2

Dans le cas de l'Égypte (1995, 2000, 2003, 2005), du Soudan (EDS 1989-1990) et du Yémen (EDS 1997), les questions relatives aux MGF/E n'ont été posées qu'aux femmes mariées au moins une fois. Dans le cas de l'EDS 2008 de l'Égypte, les questions relatives aux MGF/E ont été posées aux femmes jamais mariées et aux femmes mariées au moins une fois dans le cadre de l'enquête relative aux questions de santé.

Tableau 1. Prévalence des MGF/E chez les filles et les femmes âgées de 15 à 49 ans

Pays	Taux de prévalence des MGF/E chez les filles et les femmes (%)	Taux de prévalence des MGF/E chez les filles et les femmes, par catégorie sociodémographique (%)															
		Âge actuel							Lieu de résidence		Quintile de richesse du ménage					Région	
		15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Urbain	Rural	Premier (les plus pauvres)	Deuxième	Troisième	Quatrième	Cinquième (les plus riches)	Prévalence la plus forte	Prévalence la plus faible
Bénin	13	8	10	14	14	16	17	16	9	15	15	19	17	10	5	59	0,1
Burkina Faso	76	58	70	78	83	85	88	89	69	78	77	78	78	80	69	90	55
Cameroun	1	0,4	3	2	1	1	2	2	1	2	1	4	1	1	1	5	0
Côte d'Ivoire	36	28	34	38	43	44	41	40	34	39	55	34	37	38	23	88	13
Djibouti	93	90	94	93	96	95	93	94	93	96	–	–	–	–	–	95	93
Égypte	91	81	87	94	95	96	96	96	85	96	95	96	95	92	78	99	-21
Érythrée	89	78	88	91	93	93	94	95	86	91	94	91	89	87	84	98	82
Éthiopie	74	62	73	78	78	81	82	81	69	76	73	76	75	78	71	97	-27
Gambie	76	77	77	78	75	73	75	79	75	78	73	76	82	83	69	99	49
Ghana	4	2	2	3	4	6	7	6	3	5	13	4	3	1	1	41	0,4
Guinée	96	89	95	97	97	99	98	100	94	96	97	98	95	94	95	100	86
Guinée-Bissau	50	48	49	51	50	49	54	50	41	57	49	57	60	44	41	95	6
Iraq	8	5	8	9	9	10	9	10	9	6	10	12	10	6	4	58	0
Kenya	27	15	21	25	30	35	40	49	17	31	40	31	29	26	15	98	1
Libéria	66	44	58	68	70	73	78	85	45	81	84	80	75	58	40	92	2
Mali	89	88	88	88	89	90	89	89	89	88	84	84	88	93	92	98	4
Mauritanie	69	66	66	67	71	72	76	75	57	81	94	88	71	57	48	99	20
Niger	2	2	2	2	2	3	3	3	2	2	1	2	1	5	2	12	0,1
Nigéria	27	19	22	26	30	32	35	38	33	24	12	21	29	39	31	73	0,2
Ouganda	1	1	1	2	2	1	2	2	1	1	2	1	1	1	2	5	0,2
République centrafricaine	24	18	22	25	26	28	30	34	18	29	34	31	26	17	15	77	3
République-Unie de Tanzanie	15	7	11	12	19	22	22	22	8	17	25	16	17	13	6	71	0
Sénégal	26	24	24	26	25	29	27	29	23	28	43	30	26	21	15	92	1
Sierra Leone	88	80	87	92	93	96	95	96	81	92	94	93	93	88	76	96	73
Somalie	98	97	98	98	99	99	98	99	97	98	98	99	98	98	96	99	94
Soudan	88	84	87	90	88	90	90	89	84	90	90	87	82	88	91	99	65
Tchad	44	41	43	46	45	46	45	47	46	44	53	47	43	37	43	96	2
Togo	4	1	2	4	5	6	5	7	3	5	3	6	5	4	2	14	1
Yémen	23	19	22	21	23	24	25	25	26	22	–	–	–	–	–	69	5

– : données non disponibles.
() : chiffres basés sur 25-49 cas non pondérés.
* : chiffres supprimés car basés sur moins de 25 cas non pondérés.

Définition des indicateurs : pourcentage de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant subi des MGF/E.

Remarques : au Libéria, on a demandé aux femmes ayant entendu parler de la société Sande si elles en faisaient partie, ce qui offre une information indirecte sur les MGF/E. En effet, elles sont pratiquées lors du rite initiatique de cette société. Les données pour le Yémen se rapportent aux filles et aux femmes ayant été mariées au moins une fois ; certaines données n'ont pas pu être calculées en raison d'une restriction de l'accès à ces informations. Les données pour la Côte d'Ivoire présentées dans ce tableau sont issues du MICS 2006. En effet, les données issues de l'EDS 2012 ne sont qu'à un stade préliminaire. Elles n'ont été utilisées que dans le corps du rapport pour indiquer la prévalence de cette pratique chez les femmes ivoiriennes. Afin de prendre en compte le fait qu'en Sierra Leone, environ une fille âgée de 15 à 19 ans non excisée sur cinq risque encore de l'être, les données de prévalence ont été ajustées pour ce groupe d'âge (voir la note 156). C'est pourquoi les chiffres du présent rapport diffèrent de ceux du rapport MICS 2010 pour la Sierra Leone. Pour le Burkina Faso et le Togo, les catégories « animiste » et « religion traditionnelle » sont regroupées sous l'appellation « religion traditionnelle ».

Pays	Taux de prévalence des MGF/E chez les filles et les femmes, par catégorie sociodémographique (%)													Année de référence	Source des données
	Niveau d'éducation				Origine ethnique		Religion								
	Aucune éducation	Cycle primaire achevé	Secondaire ou supérieur	Coranique / autre	Prévalence la plus forte	Prévalence la plus faible	Musulmane	Catholique	Chrétienne (autre que catholique)	Animiste	Traditionnelle	Autre	Aucune		
Bénin	18	4	2	–	74	0,2	50	7	4	–	7	2	23	2006	EDS
Burkina Faso	80	70	56	–	87	22	81	66	60	–	76	–	62	2010	EDS/MICS
Cameroun	5	1	0,4	–	13	0	6	0,3	1	0	–	1	0,3	2004	EDS
Côte d'Ivoire	52	21	15	–	-77	4	65	11	12	45	–	10	30	2006	MICS
Djibouti	94	96	91	93	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2006	MICS
Égypte	97	89	87	–	–	–	92	–	74	–	–	–	–	2008	EDS
Érythrée	93	86	82	–	100	-79	99	89	83	–	-100	*	–	2002	EDS
Éthiopie	77	71	64	–	-100	0	89	77	69	–	49	74	–	2005	EDS
Gambie	78	77	74	–	98	12	79	–	20	–	–	–	*	2010	MICS
Ghana	13	2	1	–	30	0	12	5	1	–	10	-1	4	2011	MICS
Guinée	97	92	90	–	99	68	98	–	80	88	–	–	75	2005	EDS
Guinée-Bissau	65	39	28	–	–	–	95	6	7	5	–	7	8	2010	MICS/ESR
Iraq	16	7	6	2	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2011	MICS
Kenya	38	26	19	–	98	0,1	51	29	24	–	–	–	38	2008-2009	EDS
Libéria	84	60	41	–	–	–	80	–	63	–	95	–	88	2007	EDS
Mali	89	88	88	–	98	13	89	–	84	86	–	*	88	2010	MICS
Mauritanie	82	71	51	77	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2011	MICS
Niger	2	2	1	–	66	0,2	2	–	55	*	–	*	20	2006	EDS/MICS
Nigéria	15	35	32	–	–	–	19	–	34	–	–	29	24	2011	MICS
Ouganda	2	1	2	–	3	0	1	1	2	–	–	0,1	–	2011	EDS
République centrafricaine	30	25	12	–	53	3	24	24	25	–	–	21	23	2010	MICS
République-Unie de Tanzanie	20	16	3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2010	EDS
Sénégal	28	24	20	–	82	1	27	–	7	20	–	*	*	2010-2011	EDS/MICS
Sierra Leone	95	85	74	–	92	34	–	–	–	–	–	–	–	2010	MICS
Somalie	98	97	96	99	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2006	MICS
Soudan	84	91	92	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2010	SHHS
Tchad	47	42	31	–	92	1	56	41	26	7	–	59	11	2010	MICS
Togo	8	3	1	–	28	0,1	21	1	1	2	–	0	1	2010	MICS
Yémen	22	26	29	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1997	EDS

Tableau 2A. Filles âgées de 0 à 14 ans ayant subi des MGF/E

Pays	Taux de prévalence des MGF/E chez les filles (%)	Filles ayant subi des MGF/E, par catégorie sociodémographique (%)																
		Âge actuel de la mère							Lieu de résidence		Niveau d'éducation de la mère				Mère excisée ou non		Région	
		15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Urbain	Rural	Aucune éducation	Cycle primaire achevé	Secondaire ou supérieur	Coranique / autre	Oui	Non	Prévalence la plus forte	Prévalence la plus faible
Burkina Faso	13	3	7	10	14	15	18	22	7	15	15	8	2	–	16	1	27	4
Égypte	17	1	1	4	16	24	30	38	13	19	24	22	10	–	17	1	64	1
Gambie	56	33	42	54	58	60	63	70	51	60	59	51	42	–	72	2	89	33
Ghana	1	0	1	1	1	1	1	1	0,3	1	2	0,3	0	–	7	0,1	7	0
Mauritanie	54	50	48	48	55	54	59	59	33	68	66	49	21	60	69	5	94	9
Nigéria	14	19	14	12	14	13	14	19	11	16	19	14	11	–	26	2	38	0
Ouganda	1	2	2	1	1	2	2	1	1	1	1	2	0,4	–	1	1	6	0
République centrafricaine	1	0,1	0,1	1	1	2	3	3	1	2	2	1	0,2	–	4	0,1	6	0
Sénégal	12	14	13	11	12	11	12	18	8	15	14	7	3	–	41	0,2	50	0
Sierra Leone	13	0,3	3	8	12	18	23	26	13	13	15	8	9	–	14	2	21	8
Soudan	37	7	13	20	33	42	47	55	31	39	20	62	76	–	41	3	61	23
Togo	0,4	-5	0	0,2	1	0,3	1	1	0,1	1	1	0,1	0	–	5	0,1	2	0

– : données non disponibles.
() : chiffres basés sur 25-49 cas non pondérés.
* : chiffres supprimés car basés sur moins de 25 cas non pondérés.

Définition des indicateurs : pourcentage de filles âgées de 0 à 14 ans ayant subi des MGF/E (d'après leurs mères).

Remarques : les données pour le Sénégal se rapportent aux filles âgées de 0 à 9 ans ayant subi des MGF/E. En raison d'un oubli dans le questionnaire, les modules de MGF/E en Gambie, au Ghana, en Mauritanie, au Nigéria, en République centrafricaine,

Tableau 2B. Filles et femmes âgées de 15 à 49 ans ayant au moins une fille ayant subi des MGF/E

Pays	Mères ayant au moins une fille excisée (%)	Femmes ayant au moins une fille excisée, par catégorie sociodémographique (%)																
		Âge actuel de la mère							Lieu de résidence		Niveau d'éducation de la mère				Mère excisée ou non		Région	
		15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Urbain	Rural	Aucune éducation	Cycle primaire achevé	Secondaire ou supérieur	Coranique / autre	Oui	Non	Prévalence la plus forte	Prévalence la plus faible
Bénin	2	0	0,1	0,4	2	3	5	6	2	2	3	1	0,1	–	13	0,2	8	0
Cameroun	1	0	1	1	1	0,3	1	2	1	1	2	1	0,1	–	34	0,1	2	0
Côte d'Ivoire	21	7	9	12	20	28	34	33	17	24	29	8	5	–	42	1	49	7
Djibouti	49	*	9	18	39	54	71	80	48	58	53	45	33	-27	51	7	59	47
Érythrée	63	23	40	49	62	70	77	82	59	65	68	59	40	–	68	17	78	54
Éthiopie	38	15	14	21	32	45	59	67	30	39	41	25	19	–	45	8	85	24
Guinée	57	4	8	30	55	72	88	94	59	56	58	53	54	–	58	15	71	38
Guinée-Bissau	39	16	28	34	41	43	51	52	30	45	49	24	9	–	72	2	84	3
Iraq	3	0	0,2	1	3	4	6	6	4	2	10	2	1	0	35	0,1	28	0
Kenya	8	0	1	3	5	11	13	20	2	9	23	6	5	–	23	0,2	59	0
Libéria	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mali	74	42	59	70	79	84	85	87	74	75	76	71	68	–	81	6	91	2
Niger	1	0	0	1	1	1	2	2	1	1	1	0,4	1	–	33	0,4	5	0
République-Unie de Tanzanie	3	1	1	1	2	4	10	7	1	4	5	3	0,2	–	18	0	18	0
Somalie	46	0	4	21	51	71	84	91	48	45	47	44	55	43	46	39	48	37
Tchad	18	2	3	10	21	27	33	38	19	18	21	11	6	–	39	1	46	1
Yémen	20	20	17	18	20	21	21	22	20	20	20	22	15	–	–	–	63	2

– : données non disponibles.
() : chiffres basés sur 25-49 cas non pondérés.
* : chiffres supprimés car basés sur moins de 25 cas non pondérés.

Définition des indicateurs : pourcentage de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant au moins une fille excisée.

Pays	Filles excisées, par catégorie sociodémographique (%)														Année de référence	Source des données
	Quintile de richesse du ménage					Origine ethnique		Religion								
	Premier (les plus pauvres)	Deuxième	Troisième	Quatrième	Cinquième (les plus riches)	Prévalence la plus forte	Prévalence la plus faible	Musulmane	Catholique	Chrétienne (autre que catholique)	Animiste	Traditionnelle	Autre	Aucune		
Burkina Faso	16	16	13	12	8	26	3	16	7	6	–	14	–	12	2010	EDS/MICS
Égypte	22	21	17	12	10	–	–	17	–	12	–	–	–	–	2008	EDS
Gambie	51	55	62	66	45	93	5	57	–	9	–	–	–	–	2010	MICS
Ghana	2	0,2	0,1	0,2	0,3	6	0	1	1	0,2	–	3	*	1	2011	MICS
Mauritanie	83	70	53	33	21	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2011	MICS
Nigéria	18	17	15	15	7	–	–	19	–	10	–	–	24	11	2011	MICS
Ouganda	2	2	0,4	2	1	4	0	1	2	1	–	–	1	–	2011	EDS
République centrafricaine	2	1	2	0,4	0,4	3	0	2	1	1	–	–	3	2	2010	MICS
Sénégal	21	14	11	7	2	32	0,3	12	–	2	6	–	*	*	2010-2011	EDS/MICS
Sierra Leone	13	14	14	13	13	19	4	–	–	–	–	–	–	–	2010	MICS
Soudan	36	41	35	38	36	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2010	SHHS
Togo	1	1	1	0,1	0	8	0	2	0	0	1	–	0	0	2010	MICS

au Sierra Leone et au Togo n'ont recueilli aucune information sur le nombre de filles dont la mère n'a jamais entendu parler de ces pratiques. Les données relatives au taux de prévalence chez les filles de 0 à 14 ans ont été ajustées afin de prendre en compte le nombre de filles ne faisant l'objet d'aucune information. Dans le cas du Burkina Faso, de l'Égypte et du Sénégal, les données sur la prévalence ont dû être recalculées en raison d'un oubli dans l'algorithme utilisé pour obtenir ces chiffres. C'est la raison pour laquelle les chiffres présentés ici diffèrent parfois de ceux issus des rapports EDS ou MICS originaux. Pour le Burkina Faso et le Togo, les catégories « animiste » et « religion traditionnelle » sont regroupées sous l'appellation « religion traditionnelle ». Pour le Sénégal, les catégories « autre religion » et « aucune religion » sont regroupées sous l'appellation « autre religion ».

Pays	Femmes ayant au moins une fille excisée, par catégorie sociodémographique (%)														Année de référence	Source des données
	Quintile de richesse du ménage					Origine ethnique		Religion								
	Premier (les plus pauvres)	Deuxième	Troisième	Quatrième	Cinquième (les plus riches)	Prévalence la plus forte	Prévalence la plus faible	Musulmane	Catholique	Chrétienne (autre que catholique)	Animiste	Traditionnelle	Autre	Aucune		
Bénin	3	4	2	1	1	15	0	7	1	0,2	–	0,4	0	3	2006	EDS
Cameroun	0,2	2	1	1	1	-35	0	3	0,2	0,2	0	–	4	0	2004	EDS
Côte d'Ivoire	32	20	23	19	9	46	2	34	5	4	28	–	4	18	2006	MICS
Djibouti	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2006	MICS
Érythrée	71	65	60	62	54	93	55	72	76	55	–	*	–	–	2002	EDS
Éthiopie	38	37	38	41	34	91	(0,2)	40	25	38	–	20	20	–	2005	EDS
Guinée	55	57	56	59	59	66	24	61	–	35	41	–	–	20	2005	EDS
Guinée-Bissau	41	44	44	32	28	–	–	72	4	4	1	–	-6	11	2010	MICS/ESR
Iraq	4	4	4	2	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2011	MICS
Kenya	14	10	9	5	2	52	0,1	24	8	6	–	–	*	5	2008-2009	EDS
Libéria	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mali	70	70	75	78	78	92	8	75	–	41	60	–	–	76	2010	MICS
Niger	1	1	0,4	2	1	-7	0,2	1	–	-4	–	–	*	-4	2006	EDS/MICS
République-Unie de Tanzanie	5	5	4	2	0,4	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2010	EDS
Somalie	49	44	44	46	48	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2006	MICS
Tchad	22	20	17	15	17	42	1	25	12	8	2	–	22	5	2010	MICS
Yémen	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1997	EDS

Remarques : les données pour l'Iraq et le Yémen se rapportent aux femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont été mariées au moins une fois et qui ont au moins une fille excisée. Certaines données pour le Yémen n'ont pas pu être calculées en raison d'une restriction de l'accès à ces informations. Les données relatives aux enfants n'ont pas été recueillies au Libéria. Pour le Cameroun, la catégorie « autre religion » couvre les « nouvelles religions ». La prévalence des MGF/E dans les tableaux 2A et 2B n'est pas directement comparable en raison des différentes méthodes de recueil des données utilisées.

Tableau 3. Filles et femmes âgées de 15 à 49 ans favorables aux MGF/E

Pays	Filles et femmes favorables aux MGF/E (%)	Filles et femmes favorables aux MGF/E, par catégorie sociodémographique (%)																	
		Âge actuel							Lieu de résidence		Quintile de richesse du ménage					Excisée ou non		Région	
		15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Urbain	Rural	Premier (les plus pauvres)	Deuxième	Troisième	Quatrième	Cinquième (les plus riches)	Oui	Non	Soutien le plus fort	Soutien le plus faible
Bénin	1	1	2	2	1	1	1	1	1	2	3	2	2	1	1	4	1	4	0
Burkina Faso	9	10	9	9	9	8	8	12	8	10	11	11	10	8	8	12	2	21	3
Cameroun	7	8	7	7	6	2	6	13	5	13	14	22	6	5	3	67	4	19	-1
Côte d'Ivoire	20	17	18	19	22	23	23	23	13	27	38	24	22	17	6	45	2	70	5
Djibouti	37	34	33	34	38	44	41	41	37	42	–	–	–	–	–	39	4	48	35
Égypte	54	34	47	57	60	65	69	64	43	62	66	63	58	50	35	59	6	74	-7
Érythrée	49	37	45	46	54	55	60	63	34	60	71	63	56	37	27	53	11	73	28
Éthiopie	31	23	27	35	37	38	34	38	10	36	48	39	34	31	14	36	13	74	6
Gambie	64	65	67	64	63	61	61	66	64	65	59	65	72	71	54	82	5	79	46
Ghana	2	2	2	3	3	2	3	1	2	3	4	4	3	2	1	13	2	7	1
Guinée	69	62	66	71	73	72	73	72	54	76	79	75	75	66	53	70	49	89	49
Guinée-Bissau	34	28	31	35	34	38	39	42	21	44	42	44	41	24	18	63	3	69	4
Iraq	5	4	4	4	5	6	6	7	4	9	13	8	4	3	1	20	2	15	0
Kenya	10	9	10	10	9	10	10	10	8	11	20	10	10	7	7	29	2	90	2
Libéria	45	42	45	42	45	44	45	54	28	52	58	57	46	32	22	–	–	55	24
Mali	73	70	73	74	76	75	74	74	71	75	74	72	76	77	68	81	7	86	6
Mauritanie	41	41	40	39	41	40	43	42	26	54	72	58	44	25	18	54	6	78	12
Niger	3	3	2	4	2	3	2	4	2	3	3	2	4	3	2	16	2	5	2
Nigéria	22	21	21	21	20	21	22	25	20	23	21	27	23	23	17	40	5	27	10
Ouganda	9	13	9	7	9	7	6	4	5	10	13	11	11	7	5	10	9	17	4
République centrafricaine	11	14	13	10	9	12	8	10	7	15	17	16	12	7	6	27	5	-32	4
République-Unie de Tanzanie	6	6	6	4	6	6	7	3	2	7	10	8	8	4	1	19	3	16	0
Sénégal	17	16	17	16	16	18	17	18	13	21	30	25	18	11	7	52	3	65	2
Sierra Leone	66	53	60	68	68	73	73	75	50	75	77	77	73	64	45	69	25	76	44
Somalie	65	60	62	66	66	69	70	64	54	72	78	78	68	56	47	66	19	80	32
Soudan	42	37	40	45	43	47	43	46	27	50	68	59	43	30	21	47	11	67	22
Tchad	38	37	38	38	38	37	35	40	29	41	48	45	39	33	27	66	6	90	5
Togo	2	2	3	2	2	2	1	2	1	3	3	3	2	1	1	15	1	4	1
Yémen	41	41	42	37	39	44	42	45	32	46	–	–	–	–	–	78	11	66	13

– : données non disponibles.
() : chiffres basés sur 25-49 cas non pondérés.
* : chiffres supprimés car basés sur moins de 25 cas non pondérés.

Définition des indicateurs : pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont entendu parler des MGF/E et pensent que cette pratique doit se poursuivre.

Remarques : les données issues des MICS pour le Ghana (2011), le Nigéria (2011) et la Sierra Leone (2010) n'ont pas été utilisées, car elles concernent uniquement les attitudes des femmes ayant au moins une fille ; les données présentées sont issues d'enquêtes antérieures pour ces trois pays. Les données pour le Yémen se rapportent aux femmes ayant été mariées au moins une fois ; certaines données n'ont pas pu être calculées en raison d'une restriction de l'accès à ces informations. Au Libéria, seules les femmes excisées ont été interrogées sur leurs attitudes envers les MGF/E ; dans la mesure où les femmes issues des communautés pratiquantes sont plus susceptibles de soutenir ces pratiques, le niveau de soutien mis en évidence par l'EDS 2007 dans ce pays est sans doute supérieur à celui qui aurait été obtenu si l'on avait interrogé toutes les femmes. Pour le Cameroun, la catégorie « autre religion » couvre les « nouvelles religions ». Les données présentées dans les tableaux 3 et 4 ne sont pas directement comparables pour tous les pays, car les sources de données concernant l'opinion des femmes sont plus récentes que celles concernant l'opinion des hommes pour certains pays.

Pays	Filles et femmes favorables aux MGF/E, par catégorie sociodémographique (%)													Année de référence	Source des données
	Niveau d'éducation				Origine ethnique		Religion								
	Aucune éducation	Cycle primaire achevé	Secondaire ou supérieur	Coranique / autre	Soutien le plus fort	Soutien le plus faible	Musulmane	Catholique	Chrétienne (autre que catholique)	Animiste	Traditionnelle	Autre	Aucune		
Bénin	2	1	1	–	4	0	2	1	1	–	2	1	2	2006	EDS
Burkina Faso	11	8	3	–	20	3	12	5	2	–	10	–	16	2010	EDS/MICS
Cameroun	22	8	3	–	87	0	17	3	5	*	–	3	*	2004	EDS
Côte d'Ivoire	31	11	3	–	41	3	32	6	4	33	–	5	19	2006	MICS
Djibouti	40	39	28	50	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2006	MICS
Égypte	71	49	44	–	–	–	56	–	22	–	–	–	–	2008	EDS
Érythrée	67	40	17	–	95	34	73	38	34	–	-82	*	–	2002	EDS
Éthiopie	41	20	5	–	78	17	42	34	27	–	36	38	–	2005	EDS
Gambie	67	66	59	–	84	12	66	–	15	–	–	–	*	2010	MICS
Ghana	3	2	2	–	5	1	3	2	2	–	3	*	3	2006	MICS
Guinée	75	60	43	–	71	67	69	–	61	91	–	–	84	2005	EDS
Guinée-Bissau	51	22	6	–	–	–	61	5	5	7	–	7	7	2010	MICS/ESR
Iraq	17	6	2	5	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2011	MICS
Kenya	39	8	6	–	81	1	40	8	7	–	–	-5	29	2008-2009	EDS
Libéria	51	47	23	–	–	–	44	–	43	–	-88	–	75	2007	EDS
Mali	77	71	58	–	85	11	74	–	47	72	–	*	82	2010	MICS
Mauritanie	52	42	21	50	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2011	MICS
Niger	3	2	1	–	11	1	3	–	4	–	–	–	28	2006	EDS/MICS
Nigéria	26	24	19	–	29	1	29	17	17	–	37	-29	–	2008	EDS
Ouganda	11	10	6	–	19	3	3	9	8	–	–	-32	–	2011	EDS
République centrafricaine	15	12	5	–	19	3	12	12	11	–	–	13	13	2010	MICS
République-Unie de Tanzanie	12	5	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2010	EDS
Sénégal	21	14	8	–	48	2	17	–	4	–	–	19	–	2010-2011	EDS/MICS
Sierra Leone	76	60	39	–	74	8	72	–	46	–	*	*	-78	2008	EDS
Somalie	69	53	47	65	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2006	MICS
Soudan	60	44	17	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2010	SHHS
Tchad	45	26	17	–	75	8	52	19	15	18	–	-41	14	2010	MICS
Togo	4	2	1	–	15	1	6	1	1	2	–	0	4	2010	MICS
Yémen	42	41	27	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1997	EDS

Tableau 4. Garçons et hommes âgés de 15 à 49 ans (ou 64) favorables aux MGF/E

Pays	Garçons et hommes favorables aux MGF/E (%)	Garçons et hommes favorables aux MGF/E, par catégorie sociodémographique (%)																	Année de référence	Source des données
		Âge actuel										Lieu de résidence		Quintile de richesse du ménage						
		15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	Urbain	Rural	Premier (les plus pauvres)	Deuxième	Troisième	Quatrième	Cinquième (les plus riches)		
Bénin	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2006	EDS
Burkina Faso	10	12	10	9	10	10	9	11	11	12	–	9	11	13	10	11	10	9	2010	EDS/MICS
Cameroun	7	7	11	6	8	6	4	7	5	7	–	5	12	8	18	10	6	3	2004	EDS
Tchad	41	51	32	27	43	40	44	56	44	42	–	31	46	78	49	27	26	29	2004	EDS
Côte d'Ivoire	23	14	31	17	20	19	20	29	38	31	–	15	28	39	20	30	23	6	1998-1999	EDS
Égypte	58	36	51	64	63	66	69	69	66	70	–	53	63	60	62	61	61	48	2008	EDS
Érythrée	46	24	30	48	44	53	63	55	73	60	–	28	54	–	–	–	–	–	1995	EDS
Guinée	53	56	44	48	51	57	54	59	59	57	–	44	59	61	62	56	49	45	2005	EDS
Mali	70	70	69	68	67	73	72	63	70	78	–	65	72	74	73	71	67	65	2006	EDS
Mauritanie	70	68	68	63	69	74	72	77	73	84	–	61	82	–	–	–	–	–	2000-2001	EDS
Niger	6	7	11	7	3	5	3	3	5	5	–	4	6	5	6	6	8	4	2006	EDS/MICS
Nigéria	24	23	25	25	23	23	22	22	25	26	–	28	21	17	18	24	28	26	2008	EDS
Sénégal	14	13	16	12	17	16	13	14	20	11	–	11	19	24	20	17	11	8	2005	EDS
Sierra Leone	46	44	38	45	47	44	47	52	57	52	–	37	51	54	55	49	41	35	2008	EDS
Soudan	27	31	28	25	25	28	24	26	–	–	–	21	32	45	37	25	22	17	2010	SHHS
République-Unie de Tanzanie	9	12	8	8	7	10	6	7	–	–	–	4	11	14	11	10	7	3	2004-2005	EDS

Tableau 4 (suite)

Pays	Garçons et hommes favorables aux MGF/E (%)	Garçons et hommes favorables aux MGF/E, par catégorie sociodémographique (%)															Année de référence	Source des données
		Niveau d'éducation				Région		Origine ethnique		Religion								
		Aucune éducation	Cycle primaire achevé	Secondaire ou supérieur	Coranique / autre	Soutien le plus fort	Soutien le plus faible	Soutien le plus fort	Soutien le plus faible	Musulmane	Catholique	Chrétienne (autre que catholique)	Animiste	Traditionnelle	Autre	Aucune		
Bénin	1	1	1	1	–	4	0	3	0,3	2	1	1	–	0,3	0	2	2006	EDS
Burkina Faso	10	12	10	5	–	16	3	21	(0)	13	5	5	–	14	*	*	2010	EDS/ MICS
Cameroun	7	21	10	4	–	16	2	(75)	(0)	13	6	4	5	–	14	7	2004	EDS
Côte d'Ivoire	23	37	21	7	–	28	14	–	–	34	9	9	–	27	–	–	1998-1999	EDS
Égypte	58	68	66	55	–	89	(21)	–	–	60	–	20	–	–	–	–	2008	EDS
Érythrée	46	58	30	13	–	71	24	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1995	EDS
Guinée	53	64	54	39	–	78	30	64	32	56	–	35	52	–	–	(52)	2005	EDS
Mali	70	74	69	57	–	76	4	82	4	71	–	34	59	–	*	(72)	2006	EDS
Mauritanie	70	79	67	62	79	90	49	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2000-2001	EDS
Niger	6	5	7	5	–	13	2	7	2	5	–	*	*	–	–	*	2006	EDS/ MICS
Nigéria	24	19	28	24	–	37	12	39	9	23	27	22	–	54	34	–	2008	EDS
République-Unie de Tanzanie	9	12	8	2	–	24	(1)	–	–	7	8	7	–	–	*	19	2004-2005	EDS
Sénégal	14	20	14	8	–	54	3	37	2	15	–	3	–	–	–	*	2005	EDS
Sierra Leone	46	51	47	37	–	52	34	52	19	48	–	37	–	*	*	*	2008	EDS
Soudan	27	47	29	16	–	60	11	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2010	SHHS
Tchad	41	59	33	16	–	88	5	76	(0)	58	29	17	*	–	*	(19)	2004	EDS

– : données non disponibles.
( ) : chiffres basés sur 25-49 cas non pondérés.
* : chiffres supprimés car basés sur moins de 25 cas non pondérés.

Définition des indicateurs : pourcentage de garcons et d'hommes qui ont entendu parler des MGF/E et pensent que cette pratique doit se poursuivre.

Remarques : certaines données pour l'Érythrée n'ont pas pu être calculées en raison d'une restriction de l'accès à ces informations. Au Burkina Faso, les catégories « animiste » et « religion traditionnelle » sont regroupées sous l'onglet « religion traditionnelle ». Pour le Cameroun, la catégorie « autre religion » couvre les « nouvelles religions » et la religion « bouddhiste/hindoue ». Pour la Côte d'Ivoire, la catégorie « religion traditionnelle » couvre les catégories « religions traditionnelles », « aucune religion » et « autre / non indiqué ». Les données présentées dans les tableaux 3 et 4 ne sont pas directement comparables pour tous les pays, car les sources de données concernant l'opinion des femmes sont plus récentes que celles concernant l'opinion des hommes pour certains pays.

Tableau 5. Praticien(ne)s

Pays	Praticien(ne)s excisant les filles et les femmes âgées de 15 à 49 ans (répartition en %)							Praticien(ne)s excisant les filles (répartition en %)							Année de référence	Source des données
	Médecin	Infirmier / sage-femme / autre agent de santé	Exciseuse traditionnelle	Autre praticien(ne) traditionnel(le)	Autre	Ne sait pas / non indiqué	Total	Médecin	Infirmier / sage-femme / autre agent de santé	Exciseuse traditionnelle	Autre praticien(ne) traditionnel(le)	Autre	Ne sait pas / non indiqué	Total		
Bénin	0,2	1	96	2	–	2	100	0,4	1	97	1	–	0,2	100	2006	EDS
Burkina Faso	0,1	0,1	97	2	–	1	100	0	0,2	97	1	–	2	100	2010	EDS/MICS
Cameroun	2	2	81	12	–	3	100	–	*	*	*	–	–	*	2004	EDS
Côte d'Ivoire	0,2	0,2	94	1	–	4	100	0	0,1	98	1	0	1	100	2006	MICS
Djibouti	1	5	92	2	–	1	100	2	19	76	1	–	2	100	2006	MICS
Égypte	24	8	–	66	0	2	100	72	6	–	22	–	1	100	2008	EDS
Érythrée	0,1	1	84	8	2	5	100	0,3	1	84	11	4	0,1	100	2002	EDS
Éthiopie	–	–	–	–	–	–	–	2	–	87	10	–	1	100	2005	EDS
Gambie	0	0,1	98	0,1	–	1	100	0	0,1	99	1	–	1	100	2010	MICS
Ghana	1	0,2	83	6	–	10	100	–	9	62	22	–	7	100	2011	MICS
Guinée	0,3	10	87	2	–	1	100	1	26	69	3	–	1	100	2005	EDS
Guinée-Bissau	0	0,2	98	2	–	1	100	0	0,1	96	2	–	2	100	2010	MICS/ESR
Iraq	0,3	6	–	35	45	14	100	0,4	13	–	29	51	6	100	2011	MICS
Kenya	6	14	75	4	–	2	100	4	37	56	3	–	1	100	2008-2009	EDS
Libéria	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mali	0,3	1	91	1	–	7	100	0,4	3	94	2	–	1	100	2010	MICS
Mauritanie	1	1	57	33	–	8	100	1	2	59	34	–	4	100	2011	MICS
Niger	1	–	98	1	–	1	100	0	0	100	0	0	0	100	2006	EDS/MICS
Nigéria	3	14	66	4	–	13	100	4	25	66	4	–	2	100	2011	MICS
Ouganda	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
République centrafricaine	0,3	2	86	9	–	3	100	0	1	78	11	–	10	100	2010	MICS
République-Unie de Tanzanie	0,3	2	70	19	–	10	100	–	0,4	73	26	–	0,4	100	2010	EDS
Sénégal	–	–	91	9	–	–	100	–	–	97	3	–	0,2	100	2010-2011	EDS/MICS
Sierra Leone	0,1	1	95	1	–	3	100	0	1	87	2	–	10	100	2010	MICS
Somalie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Soudan	0,3	41	–	57	0,3	2	100	0,4	55	–	44	0,2	1	100	2010	SHHS
Tchad	1	5	89	4	–	2	100	1	7	86	5	–	1	100	2010	MICS
Togo	–	–	94	5	–	2	100	*	*	*	*	*	*	*	2010	MICS
Yémen	–	–	–	–	–	–	–	3	6	5	68	19	0,1	100	1997	EDS

– : données non disponibles.
() : chiffres basés sur 25-49 cas non pondérés.
* : chiffres supprimés car basés sur moins de 25 cas non pondérés.

Définition des indicateurs : répartition des filles et des femmes âgées de 15 à 49 ans excisées et de leurs filles excisées, par type de praticien(ne).

Remarques : les chiffres ayant été arrondis, les données présentées dans ce tableau ne donnent pas toujours un total de 100 %. Pour l'Égypte, les données relatives aux filles concernent toutes les filles excisées âgées de 0 à 17 ans. Pour le Sénégal, les données relatives aux filles concernent toutes les filles excisées âgées de 0 à 9 ans. Pour le Burkina Faso, la Gambie, le Ghana, la Mauritanie, le Nigéria, l'Ouganda, la République centrafricaine, la Sierra Leone, le Soudan, et le Togo, les données relatives aux filles concernent toutes les filles excisées âgées de 0 à 14 ans. Pour tous les autres pays, les données relatives aux filles concernent la fille la plus récemment excisée de mère âgée de 15 à 49 ans ayant au moins une fille excisée. Les données pour l'Iraq et le Yémen concernent les filles et les femmes âgées de 15 à 49 ans mariées au moins une fois et ayant au moins une fille excisée. Les données pour le Yémen n'ont pas pu être calculées en raison d'une restriction de l'accès à ces informations. Les données relatives aux enfants n'ont pas été recueillies au Libéria. La catégorie « autres praticien(ne)s traditionnel(le)s » désigne les accoucheuses traditionnelles, les sages-femmes traditionnelles et autres types de praticien(ne)s traditionnel(le)s. Pour l'Égypte, les « exciseurs traditionnels » comprennent également les *dayas, ghagarias* et *barbiers*. Pour l'Iraq, la catégorie « autres praticien(ne)s traditionnel(le)s » couvre la catégorie « grand-mère/accoucheuse traditionnelle (non qualifiée) » et la catégorie « autres » couvre les catégories « autres » et « famille/ami(e) ». Pour l'Éthiopie, « médecin » couvre la catégorie « médecin/personnel infirmier/sage-femme qualifiée ». Pour le Yémen, les « praticien(ne)s traditionnel(le)s » désignent également les *dayas* et les *barbiers*, et la catégorie « autres » couvre les catégories « autres » et « grand-mère/membre de la famille ».

Tableau 6. Type de MGF/E pratiquées

Pays	Filles et femmes âgées de 15 à 49 ans, par type de MGF/E subies (répartition en %)					Filles par type de MGF/E subies (répartition en %)					Année de référence	Source des données
	Excision sans ablation des tissus / entaille	Excision avec ablation des tissus	Ablation occlusive	Type non déterminé / incertain / inconnu	Total	Excision sans ablation des tissus / entaille	Excision avec ablation des tissus	Ablation occlusive	Type non déterminé / incertain / inconnu	Total		
Bénin	1	98	0	2	100	2	95	2	1	100	2006	EDS
Burkina Faso	17	77	1	5	100	–	–	1	–	–	2010	EDS/MICS
Cameroun	4	85	5	7	100	*	*	*	*	*	2004	EDS
Côte d'Ivoire	6	80	6	8	100	7	82	6	5	100	2006	MICS
Djibouti	6	25	67	2	100	15	53	30	3	100	2006	MICS
Égypte	–	–	1	1	–	–	–	2	1	–	1995	EDS
Érythrée	46	4	39	11	100	52	6	38	4	100	2002	EDS
Éthiopie	–	–	6	–	–	–	–	4	–	–	2005	EDS
Gambie	0,1	89	9	2	100	0	86	12	1	100	2010	MICS
Ghana	4	74	8	14	100	8	68	17	7	100	2011	MICS
Guinée	2	86	9	3	100	2	85	10	2	100	2005	EDS
Guinée-Bissau	0,2	84	12	4	100	0,4	88	10	2	100	2010	MICS/ESR
Iraq	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Kenya	2	83	13	2	100	3	79	17	1	100	2008-2009	EDS
Libéria	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mali	14	55	2	28	100	16	71	3	11	100	2010	MICS
Mauritanie	4	69	–	28	100	6	80	–	14	100	2011	MICS
Niger	1	78	13	8	100	0	63	35	2	100	2006	EDS/MICS
Nigéria	8	48	4	39	100	16	69	6	9	100	2011	MICS
Ouganda	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
République centrafricaine	20	70	7	3	100	24	61	6	9	100	2010	MICS
République-Unie de Tanzanie	2	91	1	6	100	1	98	2	0	100	2010	EDS
Sénégal	10	53	14	24	100	–	–	21	–	–	2010-2011	EDS/MICS
Sierra Leone	1	72	17	10	100	1	70	12	17	100	2010	MICS
Somalie	1	15	79	4	100	5	25	63	7	100	2006	MICS
Soudan	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Tchad	10	80	7	3	100	9	81	8	2	100	2010	MICS
Togo	27	66	5	3	100	*	*	*	*	*	2010	MICS
Yémen	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–

– : données non disponibles.
() : chiffres basés sur 25-49 cas non pondérés.
* : chiffres supprimés car basés sur moins de 25 cas non pondérés.

Définition des indicateurs : répartition des filles et des femmes âgées de 15 à 49 ans ayant subi des MGF/E et répartition de filles ayant subi des MGF/E, par type de MGF/E pratiquée.

Remarques : les chiffres ayant été arrondis, les données présentées dans ce tableau ne donnent pas toujours un total de 100 %. Pour l'Égypte, les données relatives aux filles concernent toutes les filles excisées âgées de 0 à 17 ans. Pour le Sénégal, les données relatives aux filles concernent toutes les filles excisées âgées de 0 à 9 ans. Pour le Burkina Faso, la Gambie, le Ghana, la Mauritanie, le Nigéria, l'Ouganda, la République centrafricaine, la Sierra Leone, le Soudan et le Togo, les données relatives aux filles concernent toutes les filles excisées âgées de 0 à 14 ans. Pour tous les autres pays, les données relatives aux filles concernent la fille la plus récemment excisée de mère âgée de 15 à 49 ans ayant au moins une fille excisée. Les données relatives aux enfants n'ont pas été recueillies au Libéria. Les enquêtes menées au Burkina Faso et au Sénégal sur l'excision des filles opèrent seulement une distinction entre l'infibulation et les autres formes de MGF/E. Les enquêtes menées en Égypte et en Éthiopie sur l'excision des femmes et de leurs filles opèrent seulement une distinction entre l'infibulation et les autres formes de MGF/E. Aucune question n'a porté sur le type de MGF/E dans les enquêtes les plus récentes menées en Égypte (2000, 2003, 2005 et 2008). Pour le Soudan, seul le MICS 2000 présente des données relatives au type d'excision ; ces données n'ont pas été intégrées ici, par manque de comparabilité.

Tableau 7. Âge au moment de l'excision

Pays	Filles et femmes âgées de 15 à 49 ans, par âge au moment de l'excision (répartition en %)						Année de référence	Source des données	Filles, par âge au moment de l'excision (répartition en %)						Année de référence	Source des données
	0-4	5-9	10-14	15+	Information non disponible / ne sait pas	Total			0-4	5-9	10-14	15+	Information non disponible / ne sait pas	Total		
Bénin	49	25	19	4	3	100	2006	EDS	31	52	12	1	3	100	2006	EDS
Burkina Faso	60	28	9	2	1	100	2010	EDS/MICS	53	38	4	1	4	100	2006	MICS
Cameroun	21	47	22	4	6	100	2004	EDS	*	*	*	*	*	*	–	–
Côte d'Ivoire	55	17	18	8	1	100	2006	MICS	52	31	11	4	3	100	2006	MICS
Djibouti	–	–	–	–	–	–	2006	MICS	22	62	12	1	3	100	2006	MICS
Égypte	2	38	52	2	6	100	2008	EDS	8	39	52	1	2	100	2008	EDS
Érythrée	75	15	1	0,1	9	100	2002	EDS	86	13	0,3	0	0,2	100	2002	EDS
Éthiopie	–	–	–	–	–	–	2005	EDS	64	22	10	3	1	100	2005	EDS
Gambie	57	18	7	1	17	100	2010	MICS	–	–	–	–	–	–	–	–
Ghana	34	18	20	11	17	100	2011	MICS	-83	-5	-1	-3	-8	-100	2006	MICS
Guinée	36	32	27	3	3	100	2005	EDS	22	60	16	1	2	100	2005	EDS
Guinée-Bissau	43	29	11	3	14	100	2010	MICS/ESR	27	35	20	18	0,1	100	2010	MICS/ESR
Iraq	27	40	6	1	26	100	2011	MICS	–	–	–	–	–	–	–	–
Kenya	2	23	42	29	4	100	2008-2009	EDS	3	49	30	16	2	100	2008-2009	EDS
Libéria	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mali	71	13	8	1	8	100	2010	MICS	89	9	1	0	2	100	2010	MICS
Mauritanie	93	1	0,2	0	6	100	2011	MICS	81	11	2	2	4	100	2007	MICS
Niger	65	17	11	1	6	100	2006	EDS/MICS	61	30	9	0	0	100	2006	EDS/MICS
Nigéria	66	7	5	7	16	100	2011	MICS	95	2	1	1	1	100	2008	EDS
Ouganda	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
République centrafricaine	1	19	60	11	8	100	2010	MICS	2	28	52	11	7	100	2006	MICS
République-Unie de Tanzanie	39	18	22	19	2	100	2010	EDS	46	22	21	10	1	100	2010	EDS
Sénégal	71	14	6	1	8	100	2010-2011	EDS/MICS	74	13	2	0,3	11	100	2005	EDS
Sierra Leone	2	14	41	25	18	100	2010	MICS	28	32	26	9	6	100	2008	EDS
Somalie	–	–	–	–	–	–	2006	MICS	6	82	11	0	1	100	2006	MICS
Soudan	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Tchad	14	38	35	4	9	100	2010	MICS	14	57	23	1	5	100	2010	MICS
Togo	17	15	39	23	7	100	2010	MICS	-11	-57	-20	-4	-8	-100	2006	MICS
Yémen	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–

– : données non disponibles.
( ) : chiffres basés sur 25-49 cas non pondérés.
* : chiffres supprimés car basés sur moins de 25 cas non pondérés.

Définition des indicateurs : répartition des filles et des femmes âgées de 15 à 49 ans ayant subi des MGF/E et répartition des filles ayant subi des MGF/E, par âge au moment de l'opération.

Remarques : les chiffres ayant été arrondis, les données présentées dans ce tableau ne donnent pas toujours un total de 100 %. Pour l'Égypte, les données relatives aux filles concernent toutes les filles excisées âgées de 0 à 17 ans. Pour tous les autres pays, les données concernent la fille la plus récemment excisée de mère âgée de 15 à 49 ans ayant au moins une fille excisée. Les données concernant le Burkina Faso, le Ghana, la Mauritanie, le Nigéria, la République centrafricaine, le Sénégal, la Sierra Leone et le Togo proviennent d'études antérieures ayant recueilli des données sur la dernière fille excisée de mère âgée de 15 à 49 ans ayant au moins une fille vivante excisée. Les données relatives aux enfants n'ont pas été recueillies au Libéria. Les données concernant l'excision des filles en Gambie ne sont pas présentées ici étant donné que le MICS précédent (2006) ne comportait aucune question sur l'âge auquel les filles les plus récemment excisées ont subi la procédure. Pour le Yémen, l'âge des filles au moment de leur excision n'a pu être calculé en raison d'une restriction de l'accès à ces informations. Pour le Soudan, les données concernant l'âge des filles au moment de leur excision sont disponibles (MICS 2000) mais ne figurent pas dans les études plus récentes. Ces données n'ont néanmoins pas été intégrées dans ces tableaux car elles contredisent dans une large mesure les autres informations relatives à l'âge des filles au moment de l'excision dans le pays.

© UNICEF/NYHQ2009-1479/Holt

Cette publication a été réalisée avec le soutien financier de l'Union européenne. Son contenu relève uniquement de la responsabilité de l'UNICEF et ne peut en aucun cas être considéré comme reflétant l'opinion de l'Union européenne.

Photos de couverture

En haut : Fatima, excisée à l'âge d'un an, est assise sur son lit dans le village de Karensa, district d'Amibara, région de l'Afar, Éthiopie.
© UNICEF/NYHQ2009-2260/Holt

En bas : Des photographies de filles n'ayant pas subi de MGF/E décorent les murs des locaux de l'organisation Rohi-Weddu Pastoral Women Development dans la ville d'Awash Sabat Kilo, district d'Amibara, région de l'Afar, Éthiopie. Ces filles ont échappé à l'excision grâce aux activités de Rohi-Weddu dans la région, qui englobent plaidoyer, formation et promotion du dialogue communautaire. Ces programmes holistiques fondés sur les droits de l'homme contribuent à faire évoluer les attitudes envers les pratiques dangereuses pour la santé et permettent aux filles les plus vulnérables de jouer un rôle actif.
© UNICEF/NYHQ2009-2256/Holt

Contact :
UNICEF
Section des statistiques et du suivi
Division des politiques et de la stratégie
3 United Nations Plaza
New York, NY 10017, États-Unis
Tél. : +1 (212) 326 7000
Courriel : childinfo@unicef.org