

LE MOMENT EST VENU :

METTONS FIN AUX MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES / L'EXCISION (MGF / E)

Nécessité urgente d'une réponse mondiale

Mise à jour quinquennale - 2025



À PROPOS D'EQUALITY NOW

Equality Now est une organisation internationale de défense des droits humains fondée en 1992 pour protéger et faire progresser les droits de toutes les femmes et filles du monde entier. Ses campagnes se concentrent sur quatre domaines programmatiques : parvenir à l'égalité juridique, mettre fin à la violence sexuelle, mettre fin aux pratiques néfastes et mettre fin à l'exploitation sexuelle, en adoptant une perspective transversale qui se concentre sur les besoins uniques des adolescentes et d'autres groupes vulnérables.

Equality Now est une organisation internationale dont les partenaires sont disséminés à travers le monde entier. Les plus de 80 membres de notre équipe sont répartis aux quatre coins du monde, notamment à Beyrouth, Johannesburg, Londres, Genève, San José, New York, Nairobi, Tbilissi et Washington D.C..

PRÉSENTATION DU RÉSEAU EUROPÉEN DE LUTTE CONTRE LES MGF (END FGM EUROPEAN NETWORK)

Le réseau européen de lutte contre les MGF (End FGM European Network) regroupe 39 organisations dans 16 pays européens qui œuvrent en faveur d'une action européenne durable visant à mettre fin aux mutilations génitales féminines (MGF). Nous sommes une plateforme centrale qui permet de relier les populations concernées sur le terrain aux décideur.euses européen.nes. Le réseau facilite la coopération entre tous.les acteur.ices pertinent.es dans le domaine des MGF, tant en Europe qu'au niveau mondial. Nous nous sommes donné pour mission d'être la force motrice du mouvement européen de lutte contre toutes les formes de mutilations génitales féminines (MGF).

PRÉSENTATION DU RÉSEAU AMÉRICAIN DE LUTTE CONTRE LES MGF/E (U.S. END FGM/C NETWORK)

Le réseau américain de lutte contre les MGF/E (U.S. End FGM/C Network) est un groupe de collaboration composé de survivantes, d'organisations de la société civile, de fondations, de militant.es, de décideur.euses politiques, de chercheur.euses, de prestataires de soins de santé et d'autres personnes engagées dans la promotion de l'abandon des mutilations génitales féminines et de l'excision aux États-Unis et dans le monde entier. Notre mission est d'éliminer les MGF/E en mettant en relation, en soutenant, mettant en avant et en défendant les intérêts des différentes parties prenantes états-uniennes impliquées dans la prévention, l'éducation et les soins.

Conception : Peter Wilbourne

Illustrations : The Aravani Art Project

février 2025

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS.....	4
REMERCIEMENTS.....	5
LISTE DES ACRONYMES ET DES ABRÉVIATIONS.....	6
QU'ENTEND-ON PAR MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES/EXCISION ?	6
RÉSUMÉ DU RAPPORT.....	8
INTRODUCTION.....	11
ACTUALISATION DU RAPPORT MONDIAL.....	12
PROGRÈS RÉALISÉS CES 5 DERNIÈRES ANNÉES.....	13
DÉFIS ET MONTÉE DES MOUVEMENTS ANTI-DROITS	14
OBLIGATIONS INTERNATIONALES ET RÉGIONALES EN MATIÈRE DE DROITS HUMAINS.....	18
MÉTHODOLOGIE.....	19
SITUATION MONDIALE CONCERNANT LES MGF/E.....	25
LOIS CONTRE LES MGF/E.....	27
PAYS DISPOSANT DE DONNÉES SUR LES MGF/E ISSUES D'ENQUÊTES NATIONALES REPRÉSENTATIVES.....	31
PAYS DISPOSANT D'ESTIMATIONS INDIRECTES SUR LA PRÉVALENCE DES MGF/E.....	34
PAYS DISPOSANT DE DONNÉES SUR LES MGF/E ISSUES D'ÉTUDES A PETITE ECHELLE	41
PAYS AVEC DES DONNÉES DISPONIBLES SUR LES MGF/E PROVENANT DE RAPPORTS MÉDIATIQUES ET DE PREUVES ANECDOTIQUES	50
CONCLUSION	57
RECOMMANDATIONS.....	61
LISTE DE RÉFÉRENCES	71
CARTES	
LA PRÉSENCE MONDIALE DE MGF/E SELON LA CATÉGORIE DE DISPONIBILITÉ DES DONNÉES	26
PAYS DISPOSANT DE DONNÉES SUR LES MGF/E ISSUES D'ENQUÊTES NATIONALES REPRÉSENTATIVES.....	32
PAYS DISPOSANT D'ESTIMATIONS INDIRECTES SUR LA PRÉVALENCE DES MGF/E	34
PAYS DISPOSANT DE DONNÉES SUR LES MGF/E ISSUES D'ÉTUDES A PETITE ECHELLE	41
PAYS AVEC DES DONNÉES DISPONIBLES SUR LES MGF/E PROVENANT DE RAPPORTS MÉDIATIQUES ET DE PREUVES ANECDOTIQUES	50
L'E/MGF DANS LA RÉGION AFRICAINNE	66
FGM/C IN THE ASIA-PACIFIC REGION	67
FGM/C IN THE MIDDLE EAST REGION	68
FGM/C IN THE EUROPEAN REGION	69
L'E/MGF AUX AMÉRIQUES	70

ÉTUDES DE CAS

Renee, United States - Le parcours d'une survivante des MGF/E vers la guérison et l'activisme..... 16

Dena, Indonesia - Un parcours de résilience, de plaidoyer et d'intersectionnalité..... 23

Istahil Abdulahi, Somalia - Un parcours pour mettre un terme aux MGF/C, de la Somalie aux Pays-Bas 29

Dr. Adeline Berry, United Kingdom & Ireland - Survivre aux mutilations génitales intersexes : trouver son identité et dénoncer l'injustice 39

Binta, The Gambia - Trouver de l'espoir face à l'hostilité 48

Ana, Colombia - Une mère, une leader et une voix pour le changement..... 55

Fatima, The Maldives - Briser les tabous, lancer des conversations sur les MGF/E..... 59



**LE MOMENT
EST VENU :
METTONS FIN
AUX MGF/E**

AVANT-PROPOS



**Mam Lisa Camara
(Gambie)**



**Domtila Chesang
(Kenya)**

Membres
fondatrices
African Women
Rights Advocates
(AWRA)

La lutte contre les mutilations génitales féminines (E/MGF) ne connaît pas de frontières. Il s'agit d'une lutte mondiale ancrée dans la recherche de la dignité, de l'égalité et de la justice pour les femmes et les filles partout dans le monde. Notre expérience d'activistes de Gambie et du Kenya nous a démontré à la fois l'impact dévastateur de ces pratiques et le pouvoir de l'action collective pour faire changer les choses.

Pour moi, Mam Lisa, qui ai grandi en Gambie, la normalisation de l'E/MGF fut une dure réalité. Pourtant, le fait d'avoir été témoin du courage des survivantes et de la résilience des mouvements populaires m'a incitée à plaider en faveur d'un changement systémique. Ces dernières années, les réformes juridiques et les efforts de plaider de la Gambie se sont heurtés à des réactions négatives importantes, ce qui met en évidence l'urgence de la protection des progrès durement acquis.

Pour moi, Domtila, la lutte contre l'E/MGF a commencé dans ma communauté pastorale du Kenya (Pokot occidentale), où les traditions culturelles éclipsent souvent la voix des femmes et des filles. J'ai décidé de prêter ma voix aux nombreuses filles de ma communauté qui n'ont pas la possibilité de s'exprimer. Je pense que l'éducation est le meilleur moyen de mettre fin aux mutilations génitales féminines au sein des communautés.

Ce rapport met en lumière le caractère mondial de l'E/MGF et insiste sur sa fréquence sur les différents continents et dans différentes cultures. En présentant l'E/MGF comme un problème universel, il fait ressortir la nécessité d'une action mondiale coordonnée. Cette base de données actualisée est capitale pour dissiper les mythes, orienter les politiques et mobiliser des ressources dans des régions souvent oubliées. Elle amplifie également la voix des survivantes et des activistes qui sont au cœur de ce mouvement.

On ne saurait trop insister sur l'importance de ce rapport. Il réaffirme qu'il est possible de mettre un terme à l'E/MGF, mais seulement si nous agissons ensemble. En combinant des stratégies fondées sur des données probantes et des approches centrées sur les survivantes, nous pouvons faire en sorte que les filles des générations à venir grandissent à l'abri de cette pratique néfaste.

Que ce rapport serve de cri de ralliement pour les gouvernements, les organisations et les individus du monde entier. Ensemble, nous pouvons mettre fin à l'E/MGF et bâtir un monde dans lequel toutes les femmes et les filles connaîtront la dignité, l'égalité et la liberté.

**« ÊTRE
TÉMOIN DU COURAGE
DES SURVIVANTES ET
DE LA RÉSILIENCE DES
MOUVEMENTS DE BASE
M'A INSPIRÉE À PLAIDER
POUR UN CHANGEMENT
SYSTÉMIQUE. »**

REMERCIEMENTS

Le présent rapport est une publication conjointe d'Equality Now, du réseau européen End FGM European Network et du réseau américain U.S. End FGM/C Network. Ce rapport a été rendu possible grâce à l'effort collectif d'une équipe composée de nombreuses personnes réparties dans le monde entier. En particulier, nous saluons les contributions de Tania Hosseinian, de Nejma Sayeh et de Marianne Nguena Kana du réseau européen End FGM European Network ; d'Aakansha Saxena, de Divya Srinivasan, de Shivangi Misra et de Raaya Gomez d'Equality Now ; et de Caitlin LeMay, de Kaitlin Mitchell et de Danielle Allen du réseau américain U.S. End FGM/C Network.

Nous sommes également reconnaissant.es envers les personnes suivantes pour leur précieuse contribution, et leurs témoignages : Anne-Marie Morin et Sean Callaghan (projet Orchid), Mariya Taher (Sahiyo), Masooma Ranalvi (WeSpeakOut), Claudia Cappa et Colleen Murray (UNICEF), Warda Warsame et Alisa Tukkimaki (End FGM Canada Network), Saza Faradilla (End FGC Singapore), Zaain Ahmed (Rise Up Maldives), Mamlisa Camara (African Women Rights Advocates), Leandra Becerra (militante colombienne), Isis Elgibali (WADI Foundation), Irene Kuzemko, Jana Hugo et Maddalena Bianchi (OII Europe), Zahra Naleie (FSAN), Aminata Sidibe (GAMS Belgique), Isabelle Gillette-Faye (Fédération Nationale GAMS France), Angela Dawson (doyenne associée à la recherche, Université technologique de Sydney).

En outre, nous tenons à exprimer notre gratitude au Wallace Global Fund pour avoir fourni le financement nécessaire à la création de ce rapport important.

Enfin, nous sommes extrêmement reconnaissant.es envers les survivantes et les militant.es qui ont généreusement contribué aux témoignages figurant dans ce rapport, ainsi qu'à l'avant-propos.



LISTE DES ACRONYMES ET DES ABRÉVIATIONS

CDC	Centres pour le contrôle et la prévention des maladies
CEDAW	Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes
CESAP	Commission économique et sociale des Nations Unies pour l'Asie et le Pacifique
EDS	Enquête démographique et sanitaire
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
HCDH	Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'Homme
MGF	Mutilations génitales féminines
MGF/E	Mutilations génitales féminines/excision
MICS	Enquêtes par grappes à indicateurs multiples
ODD	Objectifs de développement durable
OMS	Organisation mondiale de la Santé
REIM	Réseau international d'enquêtes sur les ménages
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
UE	Union européenne
ONU	Organisation des Nations Unies
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
ZSBS	Enquête sur les comportements sexuels en Zambie

MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES / EXCISION ?

Les mutilations génitales féminines/excision (MGF/E) désignent toutes les procédures impliquant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes féminins ou d'autres lésions infligées aux organes génitaux féminins pour des raisons non médicales. De nombreuses expressions sont utilisées pour décrire cette pratique, notamment « mutilation sexuelle féminine », « excision des organes génitaux féminins », « khatna » (ourdou), « sunat » (malais, farsi), « sunat perempuan » (malais) et bien d'autres expressions ou acronymes en fonction du contexte local spécifique. L'expression MGF/E, telle qu'elle est utilisée dans le présent rapport, est censée englober tous ces termes.

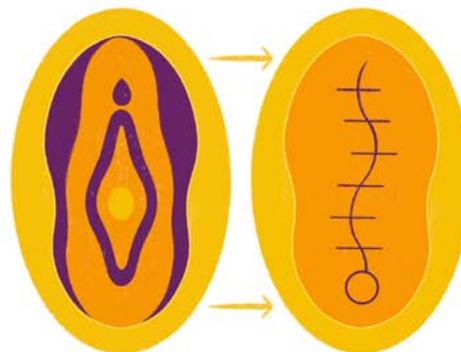
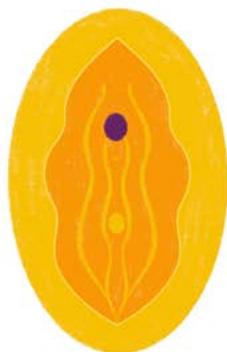
L'Organisation mondiale de la santé (OMS) classe l'E/MGF selon quatre catégories

Type I : ablation partielle ou totale du clitoris et/ ou du prépuce (**clitoridectomie**).

Type II : ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres avec ou sans excision des grandes lèvres (**excision**).

Type III : rétrécissement de l'orifice vaginal par recouvrement, en sectionnant et en repositionnant les petites lèvres et/ou les grandes lèvres, avec ou sans ablation du clitoris (**infibulation**).

Type IV : toutes les autres interventions néfastes au niveau des organes génitaux féminins à des fins non médicales, consistant par exemple à piquer, percer, inciser, racler ou cautériser les organes génitaux.



ABLATION



POINTS DE SUTURE



PONCTION



ET TOUTE AUTRE LÉSION, NOTAMMENT LE PIQUAGE, LE PERÇAGE, L'INCISION, LE RACLAGE, LA BRÛLURE ET LA CAUTÉRISATION, DE LA RÉGION GÉNITALE



Remarque : bien que le présent rapport se concentre principalement sur les quatre types de MGF/E tels que définis par l'OMS, il est important de souligner d'autres pratiques similaires qui ne sont toujours pas reconnues comme des formes de mutilation. Les interventions telles que le « point du mari », la « mutilation génitale intersexue » (MGI) ou la vaginoplastie, souvent pratiquées dans ce que l'on appelle le monde occidental, ne sont pas prises en compte comme relevant de MGF/E, bien qu'il s'agisse d'interventions effectuées pour des raisons non médicales et destinées à se conformer à des normes sociales sexospécifiques et susceptibles d'entraîner des complications. Nombre d'entre elles sont accessibles aux mineurs et, pour des pratiques comme la MGI, elles ne requièrent pas nécessairement le consentement de la personne qui les subit. Par conséquent, compte tenu de l'objectif de ce rapport, d'autres formes de MGF/E seront abordées, mais les données partagées se concentreront sur la définition susmentionnée.

RÉSUMÉ DU RAPPORT

Les MGF/E touchent 230 millions de femmes et de filles dans le monde.

Selon [les chiffres officiels de l'UNICEF](#) (2024), les mutilations génitales féminines/excision (MGF/E) touchent au moins 230 millions de femmes et de filles dans le monde. Cette augmentation de 15 % par rapport aux données précédemment disponibles (qui estimaient que les MGF/E touchaient 200 millions de filles) est le résultat de la croissance démographique dans les populations qui pratiquent les MGF/E ainsi que de la disponibilité récente des données provenant de pays qui n'étaient pas inclus dans les données précédentes. Pour la toute première fois, les données de l'UNICEF comprennent des estimations spécifiques de la prévalence des **MGF/E en Asie (80 millions), au Moyen-Orient (6 millions) et dans les pays où les MGF/E sont pratiquées par de petites communautés ou des populations diasporiques (1 à 2 millions)**. Si le chiffre global représente désormais une estimation mondiale exhaustive, les données détaillées sur la prévalence des MGF/E à l'échelle nationale ne sont disponibles que pour 31 pays dans le monde.

Les MGF/E existent sur tous les continents sauf l'Antarctique.

Le présent rapport actualise les données du rapport de 2020 intitulé [Mutilations génitales féminines/excision : appel à une réponse mondiale](#), qui présente des données factuelles détaillées et complètes de la pratique effective des MGF/E dans le monde entier, dans de nombreux pays d'Afrique, d'Asie, du Moyen-Orient, d'Amérique latine, d'Europe et d'Amérique du Nord, au sein des populations autochtones et/ou diasporiques. Des estimations indirectes, des enquêtes de recherche à petite échelle et des observations isolées documentant la pratique ont été produites par des survivantes de MGF/E¹, des militantes et des organisations locales qui œuvrent courageusement à l'élimination des MGF/E dans le monde entier. Sur la base de ces éléments, ils ont apporté un soutien aux femmes et aux filles concernées et ont plaidé auprès des décideur.euses politiques, des tribunaux

et des autorités locales pour introduire et faire appliquer des cadres juridiques et politiques contre les MGF/E.

Depuis la publication du dernier rapport en 2020, de nouvelles informations factuelles et données disponibles démontrent que les MGF/E sont pratiquées dans au moins 3 pays supplémentaires :

- l'Azerbaïdjan, où des travaux de recherche menés en 2020 ont révélé que les MGF/E sont pratiquées dans quelques villages par des communautés du Caucase du Nord ;
- le Vietnam et le Cambodge, où les résultats préliminaires des études en cours montrent que les MGF/E sont pratiquées par le peuple cham.

Dans d'autres pays, de nouveaux rapports et de nouvelles données ont été publiés au cours des cinq dernières années, renforçant les éléments attestant de la prévalence et de la pratique des MGF/E dans divers pays, notamment l'Arabie Saoudite, la Colombie, les Émirats arabes unis, la Malaisie, les Philippines et le Sri Lanka.

La pratique des MGF/E concerne au moins 94 pays, tous doivent être mis face à cette réalité.

Comme le montre ce rapport, 31 pays disposent de données représentatives sur les MGF/E au niveau national. Par ailleurs, il dénombre au moins 63 autres pays où la pratique des MGF/E a été documentée, soit par des estimations indirectes (généralement utilisées dans les pays où les MGF/E sont principalement pratiquées par les communautés de la diaspora), soit par des études à petite échelle, soit par des observations isolées et des reportages dans les médias. Le présent rapport, bien qu'il ne vise pas à constituer un examen exhaustif de toutes les données sur les MGF/E, montre clairement qu'il s'agit d'une pratique mondiale qui nécessite une réponse transrégionale. Si nous voulons parvenir à l'éradication mondiale des MGF/E d'ici 2030, nous devons mesurer leur prévalence dans chaque pays et accélérer les

¹ L'expression « survivantes de MGF/E » renvoie aux femmes et aux filles qui ont subi des MGF/E. Dans le cadre de ce rapport, les expressions « survivantes de MGF/E », « survivante » ou « femmes et filles ayant subi des MGF/E » seront utilisées pour désigner ces femmes et ces filles courageuses.

efforts mondiaux pour mettre fin à cette pratique néfaste.

L'absence de sensibilisation internationale se traduit par un manque d'action et d'investissements au niveau mondial.

Malgré une base de données solide et en constante évolution sur l'omniprésence des MGF/E à travers le monde, les niveaux de sensibilisation du public et des responsables gouvernementaux à la nature mondiale de ces pratiques restent faibles. Les militant.es et les groupes qui œuvrent en faveur de l'élimination des MGF/E sont confrontés à des défis colossaux dans leur travail, aggravés dans de nombreux cas par un manque de données fiables, un soutien et un financement insuffisants de la part de la communauté internationale et la réticence des gouvernements nationaux à prendre des mesures sur la question, en particulier dans les pays qui ne sont pas traditionnellement connus pour pratiquer les MGF/E. La réaction de rejet croissante à l'égard des droits des femmes et des filles, qui a conduit à des contestations juridiques des lois en vigueur contre les MGF/E, notamment au Kenya et en Gambie, menace également d'inverser les progrès et les acquis durement obtenus au cours de décennies d'efforts de la part des survivantes et des militant.es locaux.ales.

Il est généralement admis que les efforts visant à mettre fin aux MGF/E manquent cruellement de ressources et nécessitent des investissements urgents. Bien que la majorité des financements actuels soit concentrée dans un nombre limité de pays d'Afrique, les réponses sont encore extrêmement insuffisantes dans ces pays. L'Asie, le Moyen-Orient et l'Amérique latine ne reçoivent qu'une petite partie des investissements. Dans ces régions, plusieurs gouvernements ne reconnaissent pas encore (et dans certains cas, nient même ouvertement) la présence des MGF/E dans leur pays, s'apant ainsi et, parfois, discréditant ouvertement le travail des survivantes et des militant.es locaux.les

**LES
MGF/E SONT
PRÉSENTES DANS
AU MOINS 94
PAYS À TRAVERS
LE MONDE.**

Seuls 59 pays disposent de lois spécifiques contre les MGF/E dans le monde.

Le manque de volonté politique et de sensibilisation à l'existence des MGF/E dans le monde a un impact sur la disponibilité des mesures de protection pour les femmes et les filles qui sont à risque. Sur les 94 pays ayant des données disponibles sur les MGF/E, seuls 59 ont spécifiquement abordé la question des MGF/E dans leur cadre juridique national. Des progrès ont été réalisés depuis 2020, avec l'adoption de nouvelles lois fédérales contre les MGF/E au [Soudan](#), en [Indonésie](#), en [Finlande](#), en [Pologne](#) et aux [États-Unis](#), tandis que d'autres pays ont renforcé leurs lois (tels que la France qui impose une démarche pédagogique ou une sensibilisation aux MGF/E dans les écoles), ont adopté des lois au niveau sous-national (notamment l'[État de Calmudug](#) en Somalie), ou sont en train d'adopter une nouvelle législation au niveau régional, comme c'est le cas dans l'Union européenne. La reconnaissance officielle des MGF/E comme une violation (que ce soit dans une loi autonome contre les MGF/E ou par le biais de dispositions spécifiques dans les lois existantes) est sans doute la première étape de la mise en œuvre d'interventions nationales visant à éradiquer la pratique et à protéger les femmes et les filles.

Les lois contre les MGF/E sont les plus courantes sur le continent africain ainsi que dans les pays où l'on sait que les MGF/E sont largement pratiquées par les populations issues de la diaspora, y compris en Europe et en Amérique du Nord. L'Asie et le Moyen-Orient accusent un retard dans l'adoption d'interdictions légales contre les MGF/E. En 2024, l'Indonésie est devenue le premier pays asiatique à adopter une loi contre les MGF/E par l'intermédiaire du Règlement gouvernemental n° 28/2024, qui interdit les MGF/E pour les nourrissons, les enfants en bas âge et les enfants d'âge préscolaire (ne couvrant probablement que les enfants de moins de 5 ans).

L'élimination de la pratique des MGF/E nécessite une approche mondiale, mais nuancée.

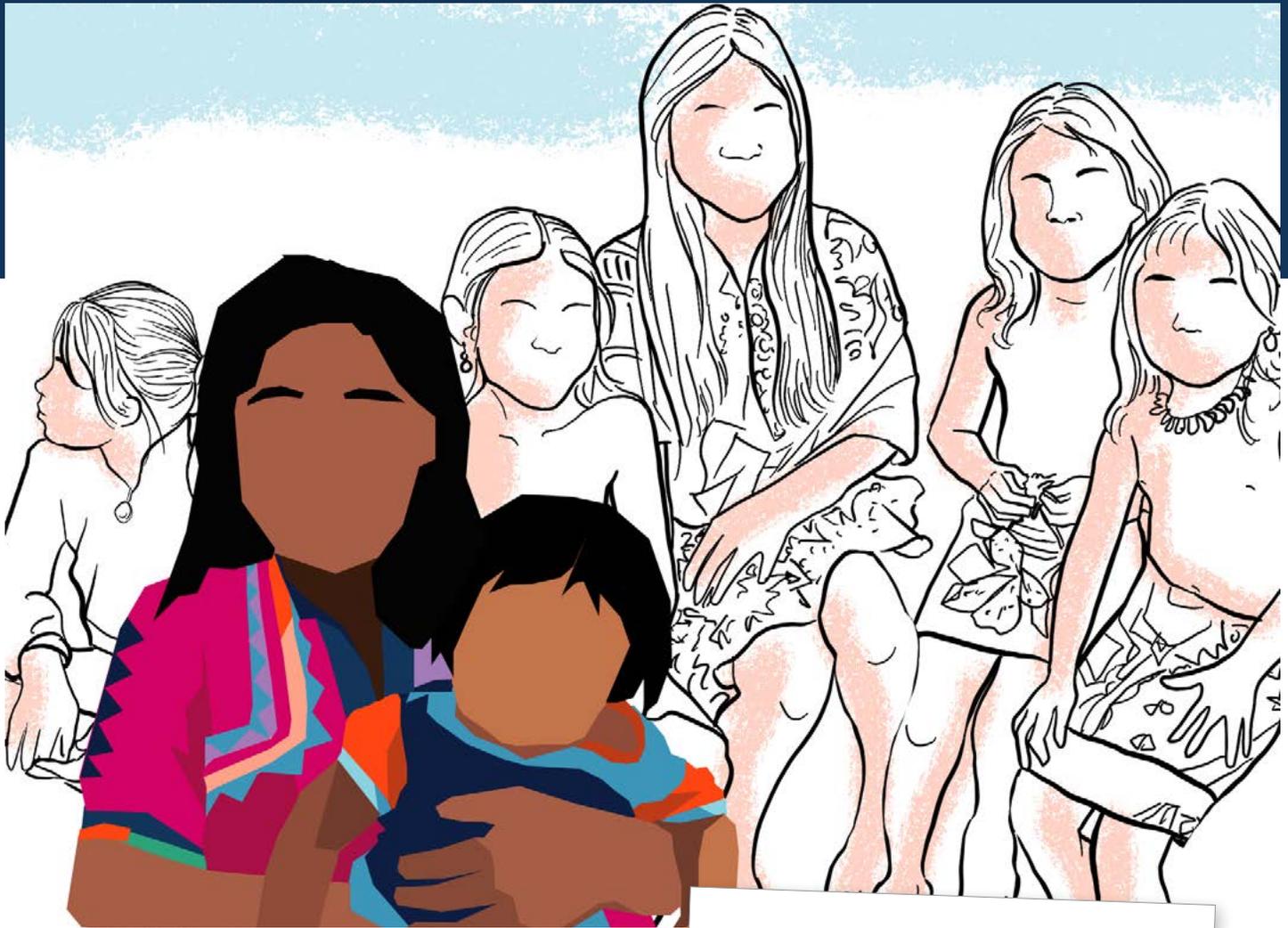
Le caractère mondialisé des MGF/E exige certes une réponse mondiale, mais il impose d'apporter quelques nuances en fonction des caractéristiques particulières des MGF/E telles qu'elles sont pratiquées selon les régions, les pays ou les populations. Comme le montre ce rapport, il est nécessaire de disposer de données plus nombreuses et de meilleure qualité sur l'existence et la prévalence des MGF/E, d'investir davantage dans les efforts visant à y mettre fin, d'appliquer efficacement les lois en interdisant la pratique et de mettre en place des politiques et des services adaptés et exhaustifs pour les survivantes dans tous les pays où l'on sait désormais que cette pratique existe.

Dans le cadre des Objectifs de développement durable (ODD), des militants et gouvernements se sont engagés publiquement et fermement à mettre fin aux MGF/E dans le monde entier d'ici à 2030. Pour atteindre cet objectif, les engagements politiques doivent maintenant être pleinement mis en œuvre en accélérant et en mondialisant les efforts, en collectant et en diffusant des données fiables, et en fournissant le financement approprié nécessaire pour mettre en place des lois, des politiques et des interventions efficaces afin d'éradiquer les MGF/E une fois pour toutes.

PRINCIPALES RECOMMANDATIONS

À cette fin, les principales recommandations formulées dans le présent rapport appellent les gouvernements, la communauté internationale et les bailleurs de fonds à :

- renforcer l'engagement politique mondial et la priorité accordée aux MGF/E ;
- renforcer le corpus de données probantes grâce à un travail de recherche critique ;
- augmenter les ressources pour atteindre la cible 5.3 de l'ODD 5 partout dans le monde ;
- adopter et appliquer des lois et des politiques nationales complètes ;
- améliorer le bien-être des survivantes en leur fournissant un soutien et des services appropriés.



INTRODUCTION

Mutilations génitales féminines/excision : appel à une réponse mondiale (Rapport mondial 2020) a été publié en mars 2020. Préparé par Equality Now, le réseau américain U.S. End FGM/C Network et le réseau européen End FGM European Network, et agrémenté de contributions essentielles émanant de survivantes de MGF/E et d'organisations de la société civile, ce rapport apporte une vue d'ensemble de la prévalence de ces pratiques et des protections disponibles. Pour la première fois, le Rapport mondial 2020 a estimé que les MGF/E étaient pratiquées dans au moins 92 pays à travers le monde et a constaté que seuls 51 des pays les pratiquant (soit 55 %) disposaient de lois spécifiques les interdisant. Le rapport a surtout été l'occasion de lancer un appel urgent et indispensable à l'action de la part de plusieurs secteurs de la société à une échelle véritablement mondiale pour éradiquer les MGF/E.

FEMALE GENITAL MUTILATION/CUTTING: A CALL FOR A GLOBAL RESPONSE



End FGM
EUROPEAN NETWORK

END
FGM/C
U.S. NETWORK

Equality Now
Equal work for women and girls.

ACTUALISATION DU RAPPORT MONDIAL

Depuis 2020, l'UNICEF a actualisé ses estimations précédentes concernant les personnes ayant subi des MGF/E en 2024 et a constaté qu'on ne dénombre **pas moins de 230 millions de personnes** dans le monde **vivent avec les conséquences des MGF/E**. Cette augmentation de 15 % par rapport aux données précédemment disponibles (qui estimaient que 200 millions de filles étaient concernées par les MGF/E) est le résultat de la croissance démographique dans les populations concernées par les MGF/E ainsi que de la disponibilité récente de données pour des pays qui n'étaient pas inclus dans les données précédentes.

Pour la toute première fois, les données de l'UNICEF comprennent des estimations spécifiques de la prévalence des **MGF/E en Asie (80 millions), au Moyen-Orient (6 millions) et dans les pays où les MGF/E sont pratiquées par de petites communautés ou des populations diasporiques (1 à 2 millions)**. Les données antérieures ne couvraient que des pays spécifiques de ces régions, tels que l'Irak et le Yémen au Moyen-Orient, et l'Indonésie et les Maldives en Asie. Ces nouvelles données constituent une étape cruciale pour soutenir le plaidoyer en faveur de l'élimination des MGF/E en Asie et au Moyen-Orient, où nous disposons pour la première fois de données permettant d'estimer l'ampleur du problème dans l'ensemble de ces régions.

Bien qu'elles ne soient pas exhaustives, les conclusions du Rapport mondial 2020 ont été utilisées par la société civile, les survivantes et les membres des populations concernées pour mettre en évidence la nature mondiale de ces pratiques afin de plaider en faveur d'une approche multidimensionnelle et fondée sur des données probantes visant l'élimination des MGF/E. Parallèlement aux efforts de nombreuses parties prenantes, le rapport a contribué au changement global des perceptions et du discours autour des MGF/E avec une reconnaissance croissante du fait qu'elles sont pratiquées dans plus de 90 pays². Malgré les progrès observés, il y a un besoin urgent de collecter des données fiables et exhaustives nécessaires au renforcement de la prévention de la compréhension et de l'action en matière de violations des droits humains dues aux MGF/E pratiquées aux quatre coins du monde. Depuis de nombreuses années, la société civile, les survivantes et les défenseur.euses des droits humains s'appuient sur des données insuffisantes collectées dans le cadre d'efforts menés par les populations et demandent constamment aux gouvernements d'organiser la collecte de données, considérant que les organes gouvernementaux bénéficient d'un accès privilégié à l'information et d'une portée administrative plus importante. En outre, la nécessité d'investissements financiers et matériels de la part du gouvernement reste largement inchangée. Le secteur a besoin d'un financement substantiel et spécifique qui permette d'aborder la nature complexe des MGF/E.

À ce stade, soit cinq ans après la publication du Rapport mondial 2020, une mise à jour du rapport s'imposait, notamment pour garantir l'inclusion des données et des études les plus récentes sur la pratique des MGF/E à travers le monde, ainsi que pour refléter les changements de législation dans les pays.

2 Le Rapport mondial 2020 a été cité dans plusieurs publications de premier plan, notamment par le [Secrétaire général des Nations Unies](#), ainsi que dans la [Stratégie de la phase IV du Programme conjoint FNUAP-UNICEF sur l'élimination des mutilations génitales féminines](#), et il a été utilisé par l'[Organisation de coopération et de développement économiques \(OCDE\) comme base complémentaire pour identifier les pays où il existe des preuves de la pratique des MGF dans son indice « Institutions sociales et égalité homme-femme » \(ISE\)](#).

**AU MOINS
230
MILLIONS DE
PERSONNES
DANS LE
MONDE ONT
SUBI DES
MGF / E.**

PROGRÈS RÉALISÉS CES 5 DERNIÈRES ANNÉES

Depuis le dernier rapport, des efforts mondiaux et coordonnés ont été déployés pour attirer l'attention sur la pratique des MGF/E et sur les politiques visant à y remédier à tous les niveaux – international, régional, national et sous-national. Les nouvelles données sur la prévalence montrent également qu'un certain nombre de pays ont réalisé des progrès significatifs dans la réduction de la prévalence des MGF/E, notamment le Burkina Faso (de 75 % à 56 %), le Liberia (de 44 % à 32 %) et le Kenya (de 21 % à 15 %), entre autres.

L'Assemblée générale des Nations Unies a adopté le [Pacte pour l'avenir en 2024](#) et a explicitement encouragé les États membres à « [r]elever les défis auxquels sont confrontées toutes les jeunes femmes et les filles, notamment en luttant contre les stéréotypes de genre et les normes sociales négatives et en éliminant la discrimination, le harcèlement, toutes les formes de violence à l'égard des jeunes femmes et des filles, y compris les violences sexuelles et fondées sur le genre, et **les pratiques préjudiciables, notamment les mutilations génitales féminines et les mariages des enfants, les mariages précoces et forcés** ».

Les mécanismes internationaux de protection des droits humains, y compris les comités d'expert.es des organes conventionnels des Nations Unies et le mécanisme d'Examen périodique universel du Conseil des droits de l'Homme, ont émis un nombre croissant de recommandations sur les MGF/E à l'intention de différents gouvernements, y compris, et surtout, à l'intention de pays qui n'avaient jamais reçu de recommandations sur cette question auparavant. Depuis 2020, pour la première fois, les pays suivants ont reçu [des recommandations des mécanismes internationaux de protection des droits de l'Homme](#) pour mettre fin aux MGF/E : les Émirats arabes unis, les États-Unis d'Amérique, l'Inde, la Jordanie, le Koweït, la Fédération de Russie, Singapour et le Sri Lanka. Ces dix dernières années ont également vu une augmentation des recommandations adressées aux pays où les MGF/E sont largement pratiquées par les populations issues de la diaspora, y compris en Europe et en Amérique du Nord, les organes conventionnels recommandant à ces gouvernements d'investir dans l'élaboration de plans d'action nationaux et d'augmenter les ressources pour mettre fin aux MGF/E à l'échelle nationale. Les mécanismes internationaux de protection des droits de humains ont également été mis à profit pour réclamer des études supplémentaires sur la pratique des MGF/E dans les pays où les données sont insuffisantes, comme le montre [une recommandation faite au Panama](#) afin que le pays enquête sur l'existence possible des MGF/E au sein des communautés autochtones dans les zones frontalières avec la Colombie.

Au Portugal, au Royaume-Uni et en Gambie, les premières condamnations fructueuses ont été prononcées pour des faits de conspiration, de passage à l'acte ou de transport d'une fille à des fins de MGF/E. Des pressions ont également été exercées au niveau mondial pour l'adoption de lois plus holistiques sur les MGF/E qui traitent également de la prévention et des mesures de réponse. Par exemple, aux États-Unis, la loi [STOP FGM Act 2020](#) exige un rapport annuel du ministère de la Justice sur les données et les efforts fournis visant à mettre fin aux MGF/E. Au niveau des États, l'[État de Washington a adopté une loi étatique](#) qui interdit les MGF/E et les « vacances programmées pour réaliser une excision » (vacation-cutting), mais prévoit également des dispositions en matière d'éducation, de prévention et de sensibilisation. En Colombie, [un projet de loi sur les MGF/E](#) introduit en 2024 et en cours d'examen par le Congrès se concentre principalement sur les efforts de sensibilisation et de prévention. Dans l'Union européenne, la [directive récemment adoptée sur la lutte contre la violence à l'encontre des femmes et la violence domestique criminalise](#) les MGF/E en tant que forme de violence fondée sur le genre, garantissant une sanction uniforme dans l'ensemble de l'UE, tout en établissant des droits minimaux pour les survivantes, y compris l'accès à des services de soutien spécialisés, l'obligation pour les États membres de mettre en œuvre des mesures préventives et une formation professionnelle.

Ces réalisations constituent sans aucun doute des étapes positives vers l'éradication des MGF/E, facilitées et rendues possibles grâce à la constance et à la détermination du plaidoyer local et international des survivantes, des personnes à risque, des membres des communautés, des défenseurs des droits humains, des dirigeants religieux et de la société civile.

DÉFIS ET MONTÉE DES MOUVEMENTS ANTI-DROITS

Cependant, malgré les progrès réalisés, la plupart des recommandations du *Rapport mondial 2020* restent pertinentes aujourd'hui, car elles n'ont pas été entièrement mises en œuvre. Les dernières données de l'UNICEF montrent également que dans de nombreux pays, malgré des efforts significatifs, le taux de prévalence des MGF/E est resté stagnant. **Le rythme auquel la pratique des MGF/E diminue ne correspond même pas au taux de croissance démographique, et le processus devra être 27 fois plus rapide pour atteindre la cible de l'Objectif de développement durable (ODD) visant l'élimination des MGF/E de la vie des femmes et des filles d'ici 2030.** En fait, le nombre de filles qui devraient être soumises à des MGF/E chaque année en 2030 devrait être de [4,6 millions, contre 4,4 millions en 2024](#) et 4,1 millions en 2019. Bien que nous disposions de données essentielles pour élaborer des stratégies et nous opposer aux normes néfastes, la pandémie, les crises humanitaires et [environnementales croissantes](#), le manque de volonté politique, les faibles niveaux de financement et le manque d'éducation et de sensibilisation ont entravé les efforts visant à éradiquer les MGF/E.

Les décès associés aux MGF/E qui continuent d'être signalés, notamment [le décès de trois filles en Sierra Leone](#) en janvier 2024 suite à des saignements induits par des pratiques de MGF/E et [le décès d'une femme au Kenya](#) en novembre 2024, sont autant d'exemples des lacunes flagrantes dans la réponse adéquate à ces pratiques. La Sierra Leone et le Kenya ne sont pas les seuls, [une étude réalisée en 2023 par des chercheurs de l'Université de Birmingham](#) estimant à plus de 44 000 le nombre de décès supplémentaires dus aux MGF/E chaque année dans 28 pays d'Afrique, ce qui en fait l'une des principales causes de décès chez les filles et les jeunes femmes dans ces pays.

Dans le même temps, les femmes et les filles sont également confrontées à un recul des droits et des protections juridiques durement acquis contre les MGF/E. La Gambie, qui a adopté une loi interdisant les MGF/E en 2015 – la *Women's Amendment Act, 2015* – a failli devenir le premier pays à abroger une loi interdisant la pratique des MGF en 2024 lorsque certains membres du Parlement ont entamé des discussions publiques et présenté un projet de loi proposant d'abroger la loi [Women's Amendment Act, 2015](#). La motion visant à abroger cette loi contre les MGF/E a été [rejetée à l'Assemblée nationale](#) dans le cadre d'un vote en mars 2024. Ce revers n'a échoué qu'en raison de la résistance d'un puissant mouvement féministe et d'OSC qui s'est mis en place au fil du temps dans le pays et des efforts collectifs des groupes de défense des droits des femmes et des filles, des médias et des actrices internationales, tant en Gambie que dans le monde. Après l'échec de la proposition de loi d'abrogation, la constitutionnalité de la loi *Women's Amendment Act, 2015* a été immédiatement contestée devant la Cour suprême de Gambie, où la requête reste en instance, reflétant une contestation similaire infructueuse au Kenya qui a été rejetée par la Haute Cour en 2021. Un autre exemple d'un tel revers est l'émission d'une [fatwa par le Conseil suprême éthiopien des affaires islamiques](#) en 2024, soutenant la pratique médicalisée des MGF/E.

Il existe également un important déficit dans les financements nécessaires pour mettre fin aux MGF/E. Selon un [rapport du FNUAP](#), un investissement de 3,3 milliards de dollars US est nécessaire pour mettre fin aux MGF/E d'ici 2030 dans 31 pays prioritaires (sans même compter les 63 autres pays où l'on sait que les MGF/E sont pratiquées). Pourtant, seulement 275 millions de dollars US sont actuellement disponibles pour l'aide au développement visant à mettre fin aux MGF/E. Cet énorme déficit a été confirmé par plus de 200 organisations et militant.es qui ont signé [la Déclaration de Kigali 2023 « De la rhétorique à la réalité : combler le déficit de financement et s'unir pour mettre fin aux mutilations génitales féminines/excision »](#) pour souligner l'urgence du besoin en ressources dans le secteur de l'éradication des MGF/E. Parmi les domaines clés, la Déclaration souligne que le financement des organisations locales reste inégal, à court terme, difficile d'accès et non viable.

En outre, pour aborder de manière significative la question des MGF/E, nous devons adopter une approche intersectionnelle et fondée sur les droits humains. Il est bien établi que les MGF/E sont une forme de patriarcat qui, associé à d'autres formes de discrimination et d'inégalité systémique, peut avoir des effets dévastateurs et durables sur les femmes et les filles. Les communautés affectées par les MGF/E et les survivantes de cette pratique présentent des profils divers, comprenant des personnes de différentes origines socioéconomiques, nationalités, ethnies et cultures. Ces expériences vécues, ces identités et ces réalités locales doivent être prises en considération lors de l'élaboration de stratégies, de lois et de programmes contre les MGF/E. Pour combattre les MGF/E en tant que forme de violence fondée sur le genre, les lois et les politiques doivent également s'attaquer au racisme systémique et profondément enraciné, à l'islamophobie, au sexisme, à l'homophobie, à la persécution religieuse et au manque d'accès significatif aux soins de santé et aux programmes sociaux essentiels, qui sont tous liés entre eux et font partie de la garantie de l'accès à un ensemble indivisible de droits de humains fondamentaux. Dans la pratique, cependant, on constate l'absence persistante d'approche véritablement intersectionnelle dans de nombreuses régions du monde. Dans un grand nombre de pays, les MGF/E sont considérées comme une pratique qui n'existe qu'en tant que norme religieuse ou qui est exclusive aux populations de la diaspora, ce qui aggrave la stigmatisation et les préjugés attachés à cette pratique. En conséquence, les lois et les politiques ciblent trop spécifiquement les personnes issues de l'immigration ou certaines communautés religieuses spécifiques, ce qui conduit à une marginalisation accrue des groupes concernés..

LE PARCOURS D'UNE SURVIVANTE DES MGF /E VERS LA GUÉRISON ET L'ACTIVISME



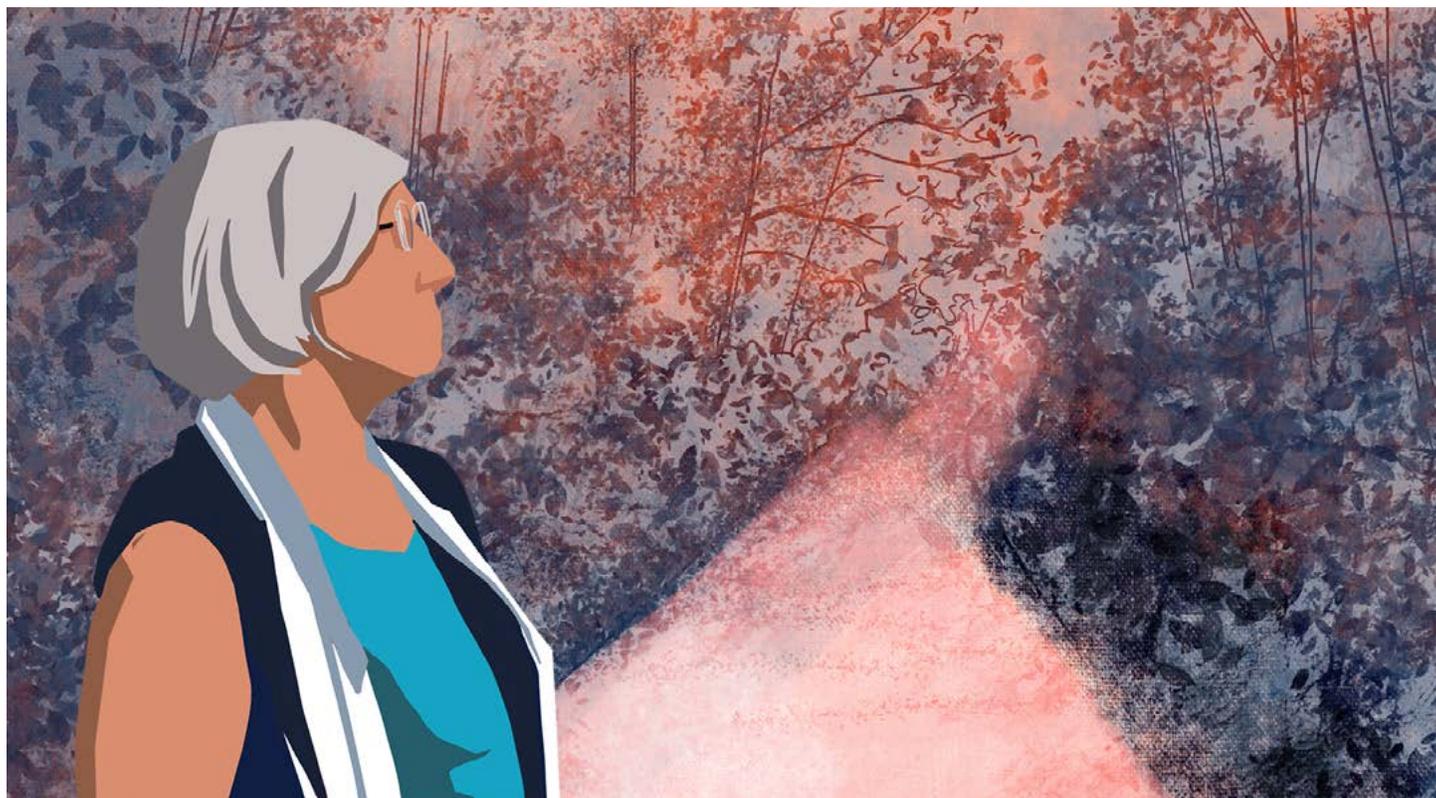
L'HISTOIRE DE RENEE

Je suis le Dr A. Renee Bergstrom. J'ai 80 ans, j'ai trois enfants, dix petits-enfants et un arrière-petit-enfant. J'ai grandi dans les plaines du Dakota du Sud aux États-Unis, au sein d'une famille soudée de cinq enfants. Mon frère avait juste treize mois de plus que moi et j'avais des sœurs jumelles qui avaient 18 mois de moins. Mes parents ont eu une autre fille dix ans plus tard. Notre maison était animée, et la vie comportait ses difficultés.

Mon mari et moi vivons dans le Minnesota depuis plus de 60 ans et, actuellement, nous habitons à Lanesboro, une petite ville du sud-est de l'État. C'est un endroit magnifique, connu pour son art et ses théâtres, et où je peux également m'adonner à mes

passions. Je suis artiste, photographe, tisserande et aquarelliste, et je trouve la paix dans l'expression créative. Ma vie est riche d'amis, de lecture et de discussions. J'ai pris ma retraite après avoir enseigné aux patients de la Mayo Clinic, mais je reste active dans mes initiatives de plaidoyer et d'éducation, surtout relativement à une question qui me tient particulièrement à cœur et qui a affecté ma vie : les mutilations génitales féminines (MGF).

Quand j'avais trois ans, un médecin m'a excisé le corps. Ma mère m'avait emmenée à la clinique après avoir observé que je touchais mes parties génitales pendant que je jouais.



Inquiète, elle a demandé conseil à un médecin qui était membre de l'Église adventiste du septième jour. À l'époque, ses enseignements sur la masturbation étaient stricts, la considérant comme un péché. Le médecin a dit à ma mère, «Je peux résoudre le problème», et il a réalisé ce que l'on appelle aujourd'hui une MGF, retirant la membrane de peau qui recouvrait mon clitoris.

Je me souviens de la douleur. Je me souviens que j'étais allongée sur la table, ma mère à un bout, et que je me sentais trahie. Quand nous sommes rentrées, elle m'a dit : «Ne parle jamais de ça». À partir de ce moment, j'ai porté un secret qui n'était pas le mien, pour la protéger de la honte.

Les conséquences physiques ont été immédiates et ont duré longtemps. Du tissu sensible s'est fusionné avec mes lèvres inférieures, provoquant une sensation de tiraillement constant que j'ai subie pendant des décennies. À 15 ans, je me suis rendue en voiture à la clinique familiale, ne réalisant pas que c'était à cet endroit qu'on m'avait excisée. J'ai dit au médecin : «Un stupide médecin m'a excisée et maintenant j'ai ce problème. Pouvez-vous m'aider?» Au lieu de m'aider, il m'a remis une brochure sur le «péché du plaisir solitaire».

Le préjudice émotionnel était tout aussi profond. À la fin de mon adolescence, alors que je pleurais la mort de mon frère, j'ai également commencé à faire le deuil de ce que j'avais perdu de mon corps. Quand j'ai accouché des années plus tard, le tissu cicatriciel ne s'est pas étiré, ce qui a engendré d'importantes complications. L'équipe médicale ne m'avait pas informée de ce qui se passait; on m'a anesthésiée et réalisé une épisiotomie étendue. Ma convalescence a été douloureuse et les rapports sexuels sont devenus insoutenables. Un médecin m'a dit : «Vous ne ressemblez pas aux autres femmes», et a expliqué que l'excision avait modifié mon anatomie. J'ai vécu avec cette gêne jusqu'à la ménopause, quand le tissu cicatriciel a enfin commencé à se séparer.

Pendant des années, je n'avais pas partagé mon expérience, que ce soit avec mes amis, mon frère et mes sœurs ou même avec mes enfants. Ce silence m'a isolée. Quand je suis devenue maman, je ne pouvais pas parler de mes expériences d'accouchement comme le faisaient les autres femmes. Ce n'est qu'à la trentaine, après avoir emménagé dans une nouvelle ville, que j'ai trouvé la force de faire face à ce qui était arrivé. En regardant par la fenêtre un matin, j'ai vu une église à proximité et j'ai fondu en larmes. La réalisation qu'une institution religieuse avait joué un rôle dans mon excision m'a bouleversé. J'ai parlé au pasteur, qui m'a orientée vers un travailleur social. C'était le début de ma guérison.

Ce n'était pas simple d'en parler, mais c'était nécessaire. J'ai commencé à partager mon expérience publiquement –

d'abord auprès d'organisations à Genève qui œuvraient pour l'élimination des MGF. Au fil du temps, j'ai rencontré d'autres survivantes des MGF issues de divers horizons et nous avons tissé des relations uniques. Malgré nos différences, nous comprenions toutes la honte et la stigmatisation qui nous avaient été imposées.

L'un des aspects les plus difficiles de mon travail de plaidoyer a été l'impact sur ma famille. Quand j'ai finalement parlé de mon expérience à mes enfants, ma fille, qui était très proche de ma mère, a eu du mal à accepter la vérité. Mes petits-enfants ont découvert mon expérience dans un article publié dans *The Guardian*. Je ne l'avais pas prévu, mais j'étais soulagée que la conversation ait démarré. J'ai eu la chance de bénéficier d'un énorme soutien de la part de ma famille et de mes amis, mais je comprends pourquoi d'autres personnes peuvent garder le silence.

Les MGF sont maintenues secrètes, souvent par honte. Je sais que dans la petite communauté du Dakota Nord où l'on m'a excisée, d'autres filles ont dû subir le même sort, mais je n'ai jamais pris contact avec elles. Le silence est puissant; il nous isole et protège les systèmes qui nous font du mal. Il faut du courage pour briser le silence, mais c'est le seul moyen d'instaurer le changement.

Aujourd'hui, je travaille pour éduquer le public et soutenir les survivantes. J'ai collaboré avec des femmes somaliennes qui créent des brochures destinées aux femmes ayant subi une infibulation, en les aidant à planifier leur travail et leur accouchement pour éviter des césariennes inutiles. Chaque année, je parle à des étudiants en médecine, insistant sur l'importance de la sensibilité culturelle et de l'établissement de rapports de confiance avec les patients qui ont subi des traumatismes. J'écris également des articles d'opinion et je participe à des programmes tels que *Public Voices Fellowship on Advancing the Rights of Women and Girls*.

L'éducation est essentielle pour mettre fin aux MGF. Les prestataires de soins de santé doivent être formés à reconnaître et à soutenir les survivantes. Les communautés doivent remettre en cause les normes culturelles et religieuses qui perpétuent ces pratiques. Et nous devons créer des espaces dans lesquels les femmes peuvent partager leurs expériences sans crainte ni honte.

Même si je ne saurai jamais ce que ma vie aurait été sans les MGF, je trouve un sens à ma vie quand je partage mon expérience. Je souhaite que les autres survivantes sachent qu'elles ne sont pas seules et que leur voix compte. Ensemble, nous pouvons briser le silence et veiller à ce qu'aucune fille n'endure ce que nous avons subi.

OBLIGATIONS INTERNATIONALES ET RÉGIONALES EN MATIÈRE DE DROITS HUMAINS

Les MGF/E sont depuis longtemps reconnues comme une forme extrême et grave de violence basée sur le genre, qui peut s'apparenter à de la torture. Les femmes et les filles disposent du droit fondamental d'être protégées des MGF/E en vertu des [principaux traités internationaux et régionaux de droits humains](#), en ce qu'elles constituent une forme de discrimination basée sur le sexe et le genre. Outre les protections générales, les mécanismes internationaux de protection des droits humains et des agences des Nations Unies reconnaissent explicitement les MGF/E et imposent aux États parties des obligations légales pour lutter de manière efficace contre les MGF/E. Au niveau international, les Nations Unies ont continué à plaider pour la mise en œuvre d'obligations juridiques internationales, notamment en exhortant les États membres à prendre des mesures concrètes pour réaliser pleinement l'Objectif de développement durable 5.3, qui stipule explicitement que la réalisation de l'égalité de genre nécessite l'élimination des MGF/E.

Ces lois internationales ont contribué à établir les normes des droits humains essentielles pour protéger, promouvoir et réaliser les droits culturels, sociaux, politiques, civils et économiques de chacun.e – autant d'aspects qui sont tous profondément affectés par la pratique néfaste des MGF/E. Les développements de ces dernières années ont également renforcé et clarifié le cadre des obligations régionales des droits humains pour mettre fin aux MGF/E, comme le lancement de l'[Observation générale conjointe sur les mutilations génitales féminines](#) par la Commission africaine des droits de l'Homme et des peuples et le Comité africain d'expert.es sur les droits et le bien-être de l'enfant en 2023 ; et l'adoption en 2024 de [la Directive de l'UE sur la lutte contre la violence à l'égard des femmes](#), qui exige que tous les États membres de l'Union européenne criminalisent les MGF/E.

**ATTEINDRE
L'ÉGALITÉ
DES GENRES
NÉCESSITERA
LA FIN DES
MGF / E.**

L'année 2025 marque le 30^e anniversaire de l'adoption en 1995 de la Déclaration et du Programme d'action de Beijing (Programme de Beijing) lors de la quatrième Conférence mondiale des Nations Unies sur les femmes.

Le programme de Beijing reste un document important qui fournit une feuille de route pour progresser les droits humains des femmes et des filles. Le programme de Beijing a abordé la question des MGF/E de manière explicite et dans le cadre de l'élimination de la violence fondée sur le genre dans les 12 sujets de préoccupation essentiels, en particulier, pour ce qui est des femmes et de la santé, de la violence à l'égard des femmes, des droits humains des femmes et des petites filles. Les États se sont engagés à mettre fin aux MGF/E au niveau mondial, en reconnaissant leur nature unique, leurs racines patriarcales profondes, les normes sociales, les mythes et les tabous qui y sont associés, leurs différentes formes et méthodes, ainsi que l'action monumentale, mais nécessaire, qui doit être menée au plus haut niveau.

Nous espérons que ce rapport sera utilisé pour guider les efforts visant à mettre fin aux MGF/E à tous les niveaux, par les gouvernements ou pour demander des comptes aux gouvernements, et pour protéger les femmes et les filles contre les violations de leurs droits humains fondamentaux et les plus élémentaires, à savoir vivre à l'abri de la violence.

En 2025, les MGF/E restent une pratique mondiale qui se produit indépendamment des frontières et qui continue d'exiger une réponse mondiale unie.



MÉTHODOLOGIE

Ce rapport actualisé est destiné à servir de référence et d'outil de plaidoyer dans la lutte pour mettre fin aux MGF/E au niveau mondial. Bien qu'un effort ait été fait pour inclure autant d'informations que possible concernant à la fois les données disponibles sur les MGF/E et les cadres juridiques nationaux, ce rapport ne prétend pas constituer une autorité complète ou exhaustive sur cette question. Ce rapport est basé sur des informations publiques disponibles en ligne, mises à jour jusqu'en décembre 2024.

DONNÉES

Les sources de données utilisées dans le présent rapport ont été collectées à l'aide de différents critères de recherche basés sur les informations déjà incluses dans le Rapport mondial 2020, les études couvrant toutes les nouvelles données publiées après janvier 2020 ou les changements législatifs intervenus depuis lors.

1

Pays dont les données sur les MGF/E sont disponibles dans les enquêtes nationales représentatives :

pour cette catégorie, les données proviennent en grande partie de la

[Base de données mondiale de l'UNICEF sur les mutilations génitales féminines](#), 2024. Des travaux de recherche ont également été effectués en utilisant les sites Internet

des Enquêtes démographiques et sanitaires (EDS), des Enquêtes par grappes à indicateurs multiples (MICS) et du Réseau international d'enquêtes sur les ménages (REIM) pour couvrir les enquêtes les plus récentes ainsi que les enquêtes qui pourraient ne pas avoir été incluses dans la base de données mondiale de l'UNICEF.

2

Pays disposant de données sur les MGF/E à partir d'estimations indirectes :

cette catégorie comprend les articles publiés avec des estimations de la prévalence indirecte nationale et régionale des MGF/E dans les pays où se trouve une population importante de femmes et de jeunes filles originaires de pays où l'on sait que les MGF/E sont courantes. Cela inclut les pays où l'on sait clairement que les MGF/E sont pratiquées par les personnes issues de la diaspora, par exemple, des pays comme les États-Unis, le Canada, de nombreux pays européens, l'Australie et la Nouvelle-Zélande (bien que dans certains pays comme les États-Unis, des données anecdotiques récentes montrent que la pratique des MGF/E pourrait être plus répandue, avec des incidences rapportées par des membres des communautés chrétiennes blanches par exemple, comme le souligne le témoignage de Renée figurant à la [page xx](#)). Seules les études publiées entre 2000 et 2024 ont été incluses.

3

Pays disposant de données sur les MGF/E provenant d'études à petite échelle :

les rapports et études publiés qui documentent l'existence de MGF/E au travers d'entretiens

directs avec des survivantes, des exciseuses ou des membres des populations où des MGF/E sont pratiquées ont été inclus. Les études n'ont été incluses dans cette catégorie que si elles (i) avaient une taille d'échantillon minimale d'au moins 25 survivantes du pays concerné **ou** (ii) étaient des études qualitatives documentant l'existence de MGF/E au sein d'une communauté ou d'un pays, publiées dans des revues à comité de lecture. Seuls les pays où la pratique des MGF/E a été signalée entre 2000 et 2024 ont été inclus.

4

Pays avec des données disponibles sur les MGF/E à partir de rapports médiatiques et d'observations anecdotiques :

cette catégorie illustre l'effort fourni pour être aussi exhaustif

que possible. Les données disponibles dans les rapports publiés par les médias, ainsi que les rapports des agences des Nations Unies, les observations finales des organes des Nations Unies de défense des droits humains et les rapports des organisations internationales ou de défense des droits humains qui mentionnent l'existence de MGF/E dans un pays sans se référer spécifiquement aux données primaires sous-jacentes ont été incluses dans cette catégorie. Les études et les enquêtes à petite échelle qui ne répondent pas aux critères de la 3^e catégorie ont également été incluses dans la présente catégorie. Seuls les États où la pratique des MGF/E a été signalée entre 2000 et 2024 ont été inclus.

Les données des deuxième, troisième et quatrième catégories ont été recueillies auprès de nombreuses sources, notamment des bases de données, des sources et des rapports existants sur les MGF/E, tels que les sites Internet de Orchid Project (et [l'Initiative de recherche sur les MGF/E](#)) et de Stop FGM Middle East, [la carte interactive en ligne du réseau européen End FGM European Network concernant les données, les lois et les politiques](#), et l'article intitulé « The practice of female genital mutilation across the world: Data availability and approaches to measurement » (La pratique des mutilations génitales féminines dans le monde : disponibilité des données et méthodes de mesure) de [Cappa, Van Baelan et Leye](#) publié dans *Global Public Health* en février 2019. En outre, des recherches générales sur Internet dans des moteurs de recherche non universitaires

utilisant les expressions de recherche « mutilations génitales féminines » (« MGF »), « excision des organes génitaux féminins » ou « excision génitale féminine » (« EGF ») et « circoncision féminine »/« circoncision génitale féminine », combinés avec des pays potentiels, ont été utilisées pour trouver des études supplémentaires. Des données ont également été trouvées dans certains pays grâce à des communications individuelles et à des tentatives de rapprochement avec des militant.es et des organisations travaillant sur la question des MGF/E dans le pays concerné. Au cours de ces conversations, on a essayé de vérifier et de compléter les sources de données, dans la mesure du possible.

LOIS SUR LES MGF/E

Les données incluses sur les lois visant à mettre fin aux MGF/E reposent en partie sur les ressources documentaires « [Laws and FGM/C](#) » de l'initiative de recherche sur les MGF/E et sont également largement dérivées du « [Compendium of International and National Frameworks on Female Genital Mutilation](#) » [Recueil des cadres internationaux et nationaux sur les mutilations génitales féminines] de la Banque mondiale (huitième édition, 2024). Comme pour le recueil de la Banque mondiale, le présent rapport n'inclut que des références aux lois nationales des pays où il existe des preuves de la pratique des MGF/E.

Il convient de noter que le recueil de la Banque mondiale inclut tous les pays disposant d'une loi/disposition juridique spécifique relative aux MGF/E, ainsi que ceux où les MGF/E peuvent faire l'objet d'éventuelles poursuites judiciaires en vertu de dispositions pénales générales. Toutefois, le présent rapport ne mentionne que les pays disposant soit d'une loi spécifique contre les MGF/E, soit d'une disposition spécifique relative aux MGF/E dans l'une de leurs lois. La décision délibérée d'exclure du champ de ce rapport les pays ayant des dispositions pénales générales qui peuvent être utilisées pour poursuivre les infractions liées aux MGF/E (telles que celles qui interdisent la violence, les actes contre l'intégrité corporelle, les agressions, les préjudices, et autres) a été prise pour les raisons suivantes :

Premièrement, les lois ou dispositions juridiques spécifiques contre les MGF/E fonctionnent souvent comme une déclaration de volonté politique et démontrent l'engagement du gouvernement à mettre fin aux MGF/E. Elles établissent une norme selon laquelle les MGF/E sont une pratique néfaste qui viole les droits humains, envoyant ainsi un message

fort selon lequel leur pratique est socialement et légalement inacceptable dans le pays. L'adoption d'une disposition spécifique concernant les MGF/E, en tant que reconnaissance officielle du problème, constitue sans doute la première étape de la mise en place de politiques exhaustives et de la fourniture de services adéquats au niveau national pour lutter contre cette pratique néfaste.

Deuxièmement, le fait que les MGF/E soient ouvertement qualifiées d'infraction pénale peut avoir un effet dissuasif sur la pratique et peut être utilisé comme un outil d'éducation et de sensibilisation pour informer les populations concernées et contribuer à un changement de comportement.

Troisièmement, des lois spécifiques contre les MGF/E peuvent aider à introduire des mesures étatiques positives, telles que des programmes sociaux et des sources de financement spécifiques liées aux MGF/E en faveur de la prévention, de l'éducation et de la sensibilisation des populations, qui sont ancrées dans la loi. Les mesures spécifiques prévues par la loi permettent de s'assurer que des mesures sont prises pour lutter contre les MGF/E dans le pays.

En l'absence d'un cadre juridique clair criminalisant les MGF/E, le manque de volonté politique, la pression sociale pour maintenir la pratique des MGF/E, les faibles niveaux de sensibilisation à la pratique et à ses méfaits, et une myriade d'autres raisons font qu'il n'y a que peu de chance, voire aucune que les MGF/E soient traitées en vertu des dispositions pénales générales, à moins qu'il n'y ait une politique ou une directive gouvernementale spécifique exigeant des responsables de l'application de la loi qu'ils entreprennent de telles poursuites judiciaires (comme c'est le cas, par exemple, en France).

AUTRES FORMES DE MGF/E

Une approche mondiale en matière de lutte contre les MGF/E nécessite une approche intersectionnelle qui couvre toutes les formes de MGF/E. Il est de plus en plus admis au niveau mondial que les MGF/E existent sous des formes et des modalités similaires ou supplémentaires, telles que l'étirement des lèvres et le « point du mari » dans différentes régions du monde. Il est important d'aborder les MGF/E sous toutes ses formes pour s'attaquer aux causes profondes des préjudices qu'elles engendrent dans toutes les régions de notre monde globalisé. Il est également important de souligner d'autres pratiques similaires qui ne sont toujours pas reconnues comme des formes de mutilations, telles que la mutilation génitale intersexe (MGI) ou la vaginoplastie. Souvent, ces pratiques ont lieu dans ce que l'on appelle le monde occidental, bien qu'il s'agisse d'interventions effectuées pour des raisons non médicales afin de se conformer à des normes sociales sexospécifiques et entraînant des complications qui ne sont pas traitées comme le sont les MGF/E.

Mutilation génitale intersexe

La mutilation génitale intersexe (MGI) est une intervention médicale (chirurgicale ou hormonale) pratiquée sur des enfants sans leur volonté expresse ni leur consentement pleinement éclairé, non pas pour des raisons de santé, mais pour mettre leurs caractéristiques sexuelles en adéquation avec les attentes culturelles concernant l'apparence du corps d'une femme ou d'un homme. Ces procédures de « normalisation » perpétuent les normes de genre néfastes, impliquant que pour être socialement acceptable, le corps d'une personne doit correspondre à des normes spécifiques.

Les personnes qui ont subi une MGI sont confrontées à de nombreuses répercussions sur leur santé, y compris, mais pas seulement, des traumatismes et des douleurs physiques, similaires à celles associées aux MGF/E. Les deux pratiques ont d'autres points communs : elles sont toutes deux considérées comme des violations des droits des enfants par le Comité des droits de l'enfant des Nations Unies, mais elles sont aussi encore perpétuées dans le monde entier et présentes sur tous les continents.

Pour plus d'informations concernant l'impact de la MGI sur la vie des survivantes, veuillez lire le témoignage d'Adeline à la page xx.

Le point du mari

Le [point du mari](#) est l'expression utilisée pour désigner la pratique médicale consistant à placer un point de suture supplémentaire lors de la réparation vaginale après l'accouchement, dans le but de resserrer l'ouverture vaginale afin d'accroître le plaisir sexuel du partenaire masculin. Il est souvent pratiqué sans le consentement de la femme concernée. [Des études récentes](#) ont montré que le point du mari a été documenté par plusieurs femmes, notamment aux États-Unis, en [Europe](#) et au Japon, avec des survivantes souffrant de complications de santé et comparant la pratique à des MGF/E.

En 2024, [plus de 60 femmes en Californie](#) ont intenté une procédure civile contre le Dr Barry Brock et l'hôpital où il travaillait, lui reprochant de les avoir soumises à diverses formes d'abus sexuels et de violence fondée sur le genre, y compris des MGF/E sous la forme du point du mari. [107 femmes](#) supplémentaires ont intenté une action supplémentaire au début de l'année 2025. Les références au point du mari relèvent souvent de la spéculation, ce qui laisse supposer que cette pratique est un mythe. De ce fait, il n'existe [aucune étude scientifique](#) menée à ce jour pour montrer combien de personnes ont été affectées, ni de méthode claire pour en évaluer la prévalence. C'est la première fois que le point du mari est explicitement identifié et contesté comme une forme de violence fondée sur le genre et de MGF/E dans un tribunal américain.

UN PARCOURS DE RÉSILIENCE, DE PLAIDOYER ET D'INTERSECTIONNALITÉ

INDONÉSIE

« EN PRÉSENTANT LES MGF/E COMME UN PROBLÈME MONDIAL, NOUS POUVONS REMETTRE EN QUESTION LES SYSTÈMES QUI LES PERPÉTUENT. »



L'HISTOIRE DE DENA

Je m'appelle Dena. Je suis un.e musulman.e indonésien.ne de 27 ans, je suis écrivain.e, poète.sse et auteur.ice de pièces de théâtre, et j'ai grandi dans le Queens à New York. Mon travail porte sur les histoires de migration, les personnes queers, le deuil anticipé et les archives des communautés indonésiennes aux États-Unis. Ce

que j'écris sert souvent d'expression identitaire et d'outil de plaidoyer. C'est au travers de cette perspective que j'ai choisi de partager publiquement mon expérience en tant que survivant.e d'ablations génitales féminines.

J'avais neuf ans quand on m'a soumis.e à cette pratique, lors d'une visite de ma famille en Indonésie. C'était mon premier

voyage dans le pays, un moment important pour découvrir mon héritage et rencontrer les membres de ma famille. Pourtant, ce voyage a également marqué un événement profond et douloureux de ma vie.

Je ne savais pas ce qui se passait quand ma tante m'a emmené.e dans un autre endroit, éloigné de la maison de ma grand-mère. Le trajet semblait inhabituellement long, et je me souviens avoir ressenti un poids de plus en plus lourd dans ma poitrine. Quand nous sommes arrivé.es, on m'a emmené.e dans une pièce qui ressemblait à une clinique. Il y avait une table en métal et des fournitures médicales, mais ce n'était pas un hôpital. Ma tante m'a poussé.e sur la table, elle m'a tenu.e et m'a demandé de garder les jambes écartées. J'avais peur, j'étais confuse et je pleurais, mais je me sentais forcé.e d'obéir.

La femme qui réalisait la procédure utilisait un scalpel. Je me souviens très précisément du froid de la lame et de la sensation brusque de l'ablation. J'ai immédiatement ressenti une immense douleur, et la sensation de gaze pressée à l'intérieur de la blessure était atroce. Après la procédure, je ne pouvais pas marcher correctement pendant plusieurs jours. Les paroles rassurantes de ma tante n'ont guère aidé à apaiser mon traumatisme physique ou émotionnel.

À l'époque, je ne comprenais pas pleinement ce qui m'était arrivé. Ma famille l'a expliqué comme étant "*Sunat Perempuan*", une pratique culturelle reposant sur la croyance selon laquelle l'ablation des parties génitales d'une fille réduit ses désirs sexuels et assure sa pureté. Pour ma tante, il s'agissait d'une mesure préventive pour me protéger contre des rapports sexuels avant le mariage ou des abus, ou pour éviter que l'on croie que je suis une personne facile – des problèmes qui, selon elle, étaient particulièrement courants aux États-Unis, où je grandissais. Ce n'est que des années plus tard que j'ai réalisé toute l'ampleur de ce que j'avais subi et des implications.

L'impact à long terme d'ablations génitales féminines revêtait plusieurs dimensions : physique, émotionnelle et sociale. Sur le plan physique, j'ai été mal à l'aise et j'ai rencontré des difficultés en matière d'intimité et de conscience corporelle. Sur le plan émotionnel, la procédure a créé une relation complexe avec mon identité de personne non binaire et de survivant.e. J'ai été en proie à des sentiments de honte, de confusion et de méfiance à l'égard de mon propre corps, particulièrement durant mon adolescence et quand je suis devenue adulte.

Mon parcours de guérison et de plaidoyer a démarré avec l'écriture. Le fait de partager mon expérience publiquement a été à la fois purgatif et terrifiant. Cela m'a permis de rencontrer d'autres personnes survivantes et d'attirer l'attention sur une

pratique souvent masquée dans le silence et la stigmatisation. Pourtant, je me suis également heurtée à des difficultés dans le partage de mon expérience. En tant qu'écrivain.e, j'ai dû faire face au manque d'autonomie que subissent souvent les personnes survivantes dans la manière de relater et de partager leurs expériences. Mon travail a été cité de manière erronée, il a été réinterprété et utilisé sans mon consentement de manière à alimenter l'islamophobie ou des discours axés sur la pitié.

Malgré ces difficultés, je continue à en parler, car je crois dans la puissance des histoires centrées sur les personnes survivantes. Je plaide pour des approches qui respectent l'intersectionnalité, en reconnaissant les recouvrements existants entre, d'un côté, les disparités socioéconomiques, les préjugés raciaux et la violence systémique fondée sur le genre et, de l'autre, les ablations génitales féminines. Les personnes survivantes sont confrontées à des obstacles en matière d'accès aux soins de santé, aux ressources pour la santé mentale et à des logements sûrs, et ces facteurs doivent être traités dans le cadre d'un débat général.

Dans mon travail de plaidoyer, je souligne l'importance de changer le discours sur les ablations génitales féminines. Cette pratique n'est pas un problème culturel isolé ; elle fait partie d'un cycle de violence fondée sur le genre et de contrôle patriarcal. En dépeignant les ablations génitales féminines comme un problème mondial, nous pouvons remettre en cause les systèmes qui contribuent à les perpétuer tout en veillant à ce que les efforts visant à les éliminer ne calomnient pas les communautés dans lesquelles elles sont pratiquées.

L'éducation, la capacité d'action des personnes survivantes et des approches intersectionnelles sont essentielles pour lutter contre les ablations génitales féminines. Il faut des initiatives dirigées par les personnes survivantes qui orientent les politiques sans accroître la surveillance des communautés marginalisées. Nous devons également dispenser aux professionnels de santé des formations orientées sur les traumatismes pour faire en sorte que les personnes survivantes bénéficient de soins empathiques et sensibles sur le plan culturel.

Aujourd'hui, je reste engagé.e à sensibiliser le public et à soutenir les personnes survivantes. Au travers de mes écrits et de mon plaidoyer, j'espère créer un monde dans lequel les personnes survivantes sont entendues, leurs expériences sont honorées et aucune fille n'a à endure la douleur que j'ai subie. Mon parcours est loin d'être terminé, mais chaque avancé.e est un pas en avant vers la justice et vers ma propre guérison ainsi que celle de ma communauté et des générations à venir.

SITUATION MONDIALE CONCERNANT LES MGF/E

LES DONNÉES

Nous avons connaissance d'au moins 94 pays dans le monde où il existe actuellement des éléments factuels indiquant que des femmes et des filles vivent avec des MGF/E ou risquent d'en être victimes.

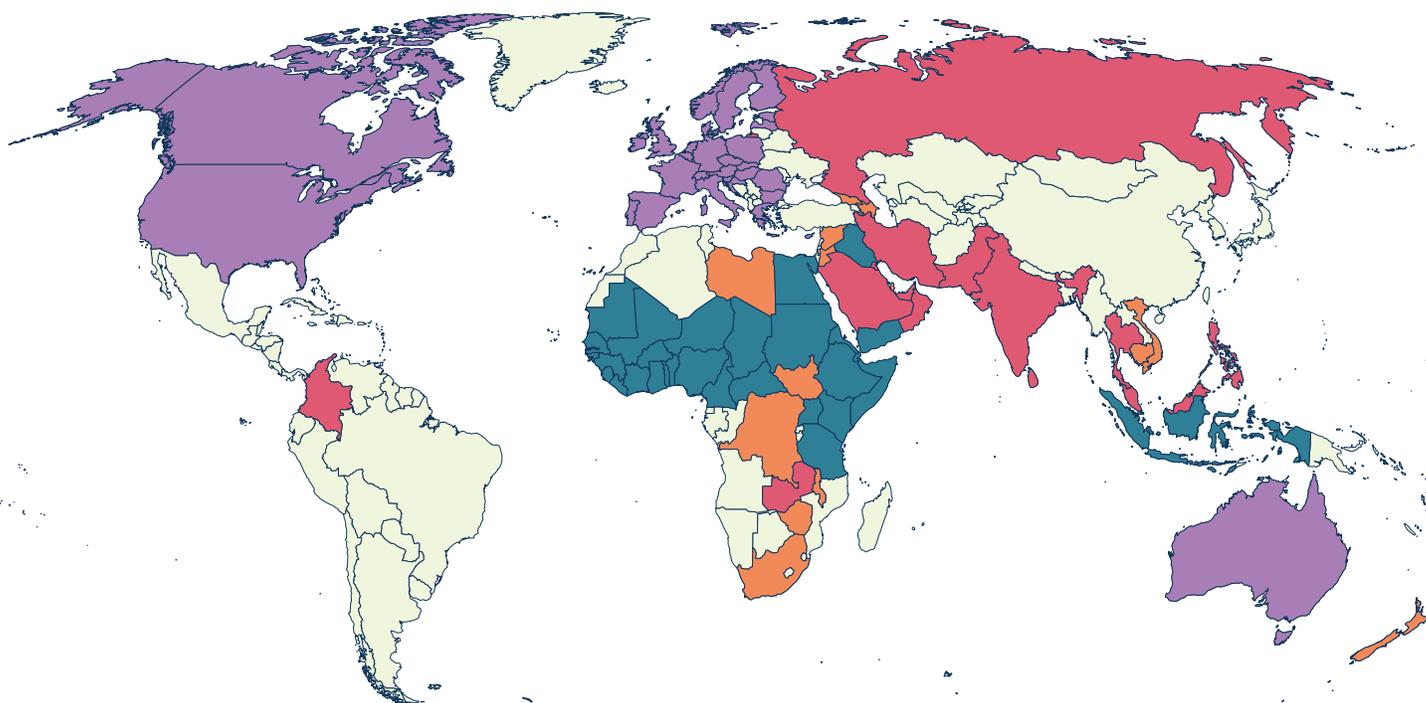
Parmi ceux-ci, seuls **31 pays** disposent de données représentatives au niveau national sur la prévalence des MGF/E, dont la plupart sont concentrés sur le continent africain, mais incluent également l'Irak, le Yémen, l'Indonésie et les Maldives.

Dans **32 pays** supplémentaires, y compris un certain nombre de pays européens, le Canada, les États-Unis et l'Australie, les MGF/E semblent être largement pratiquées par les communautés de la diaspora vivant dans ces pays. Dans certains pays comme les États-Unis, des preuves anecdotiques récentes suggèrent que la pratique des MGF/E pourrait être plus répandue, avec des incidences signalées par des membres de communautés chrétiennes blanches, par exemple. Ces pays disposent de données estimant indirectement la prévalence des MGF/E sur la base du nombre de femmes et de filles vivant dans le pays et qui sont originaires d'un pays où l'on sait que les MGF/E sont pratiquées, multiplié par le taux de prévalence des MGF/E dans le pays d'origine.

Des militantes et des chercheurs de **15 autres pays** ont mené des études de recherche primaire à petite échelle qui documentent l'existence des MGF/E dans un pays ou une communauté par le biais d'entrevues directes avec des survivantes, des membres des populations concernées, des exciseuses et des dirigeants religieux. La plupart de ces études portent sur des échantillons de petite taille, bien que l'étude la plus importante ait couvert 4 800 personnes interrogées. Certaines de ces études ont indiqué une prévalence probable des MGF/E dans l'échantillon étudié, qui ne couvre souvent qu'une région ou un groupe particulier au sein d'un pays.

Dans **16 pays supplémentaires**, des comptes rendus médiatiques, des documents des Nations Unies, des rapports gouvernementaux et des rapports d'organisations de la société civile mentionnent des éléments qui indiquent ou confirment la pratique des MGF/E dans le pays. Toutefois, aucune autre information sur la prévalence ni aucune donnée complémentaire issue d'études de recherche ne sont disponibles pour ces pays.

CARTE & CLÉS DONNÉES



Pays disposant d'enquêtes nationales représentatives sur les MGF/E

Bénin, Burkina Faso, Cameroun, République centrafricaine, Tchad, Côte d'Ivoire, Djibouti, Égypte, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Indonésie, Irak, Kenya, Liberia, Maldives, Mali, Mauritanie, Niger, Nigeria, Sénégal, Sierra Leone, Somalie, Soudan, Tanzanie, Togo, Ouganda, Yémen

Pays avec des estimations indirectes sur le FGM/E

Australie, Autriche, Belgique, Bulgarie, Canada, Chypre, Croatie, République tchèque, Danemark, Estonie, Finlande, France, Allemagne, Grèce, Hongrie, Irlande, Italie, Lettonie, Luxembourg, Malte, Pays-Bas, Norvège, Pologne, Portugal, Roumanie, Slovaquie, Slovénie, Espagne, Suède, Suisse, Royaume-Uni, États-Unis d'Amérique

Pays ayant réalisé des études à petite échelle sur le FGM/E

Colombie, Inde, Iran, Koweït, Malaisie, Oman, Pakistan, Philippines, Russie, Arabie Saoudite, Singapour, Sri Lanka, Thaïlande, Émirats arabes unis, Zambie

Pays où des rapports médiatiques et des preuves anecdotiques font référence à la présence de MGF/E

Afrique du Sud, Azerbaïdjan, Bahreïn, Brunei Darussalam, Cambodge, Géorgie, Jordanie, Libye, Malawi, Nouvelle-Zélande, Qatar, République démocratique du Congo, Soudan du Sud, Syrie, Viêt Nam, Zimbabwe

LOIS CONTRE LES MGF/E

Depuis 2020, des progrès ont été réalisés, avec l'introduction de nouvelles législations dans divers pays qui interdisent spécifiquement les MGF/E à différents niveaux juridiques. Par exemple, depuis 2020, le [Soudan](#), l'[Indonésie](#), la [Finlande](#), la [Pologne](#) et les [États-Unis](#) ont tous adopté des lois fédérales ou modifié les lois pénales existantes pour interdire explicitement les MGF/E. En outre, en 2024, [Galmudug](#) est devenu le premier état somalien à adopter une loi spéciale contre les MGF/E. Les États-Unis, qui ont interdit les MGF/E en 1996, ont adopté la loi [Stop FGM Act of 2020](#), suivie par sept autres états/districts interdisant les MGF/E depuis lors, ce qui porte le nombre total d'états ayant explicitement criminalisé les MGF à [41 sur les 50 états américains](#), ainsi que le District de Columbia (Washington D.C.) qui a adopté fin 2024 une loi interdisant les MGF/E dont la promulgation est prévue début 2025. La France a également renforcé ses lois en [2021](#) pour exiger une éducation et une sensibilisation des étudiants et des communautés sur les MGF/E.

L'évolution des cinq dernières années a porté le nombre de pays dotés de lois nationales spécifiques contre les MGF/E à 59 parmi les 94 pays (62 %) où les MGF/E sont réputées être pratiquées, quelle que soit la catégorie de données. Il s'agit soit de lois spécifiques contre les MGF/E, soit de lois qui interdisent les MGF/E en vertu d'une disposition pénale dans d'autres lois nationales telles que le code pénal, les lois sur la protection des enfants, les lois sur la violence à l'encontre des femmes ou les lois sur la violence domestique.

Les lois contre les MGF/E restent les plus courantes en Afrique, avec au moins 50 % du total des lois mondiales provenant des 28 pays qui ont promulgué des lois ou des dispositions juridiques spécifiques contre les MGF/E.

En dehors du continent africain, 44 % du total des lois contre les MGF/E sont celles de pays où les MGF/E sont le plus couramment pratiquées par les communautés diasporiques, avec 21 pays européens, les États-Unis, le Canada, l'Australie et la Nouvelle-Zélande disposant tous de lois spécifiques ou de dispositions légales relatives aux MGF/E. La Géorgie a également adopté une loi contre les MGF/E³.

En revanche, au Moyen-Orient, seuls l'Irak (Kurdistan), l'Iran et Oman disposent de lois ou de dispositions juridiques spécifiques interdisant les MGF/E⁴. En Asie, seule l'Indonésie a promulgué une interdiction légale spécifique contre les MGF/E⁵. Il n'y a pas non plus de lois ou de dispositions juridiques spécifiques contre les MGF/E en Amérique latine, bien que des projets de loi concernant les MGF/E soient actuellement en instance devant le Congrès colombien.

3 En Géorgie, les MGF/E sont couramment pratiquées par les communautés qui ne font pas partie de la diaspora.

4 Des lois en Égypte et au Soudan interdisent également spécifiquement les MGF/E. Toutefois, l'Égypte et le Soudan ont été inclus dans la région Afrique, et non dans la région Moyen-Orient, pour les besoins de ce rapport.

5 Chypre et la Géorgie ont adopté des interdictions spécifiques à l'encontre des MGF/E. Bien que Chypre et la Géorgie soient parfois considérés comme faisant partie de l'Asie, ces pays sont inclus dans le continent européen pour les besoins de ce rapport, car Chypre est membre de l'UE et la Géorgie est un État partie au Conseil.

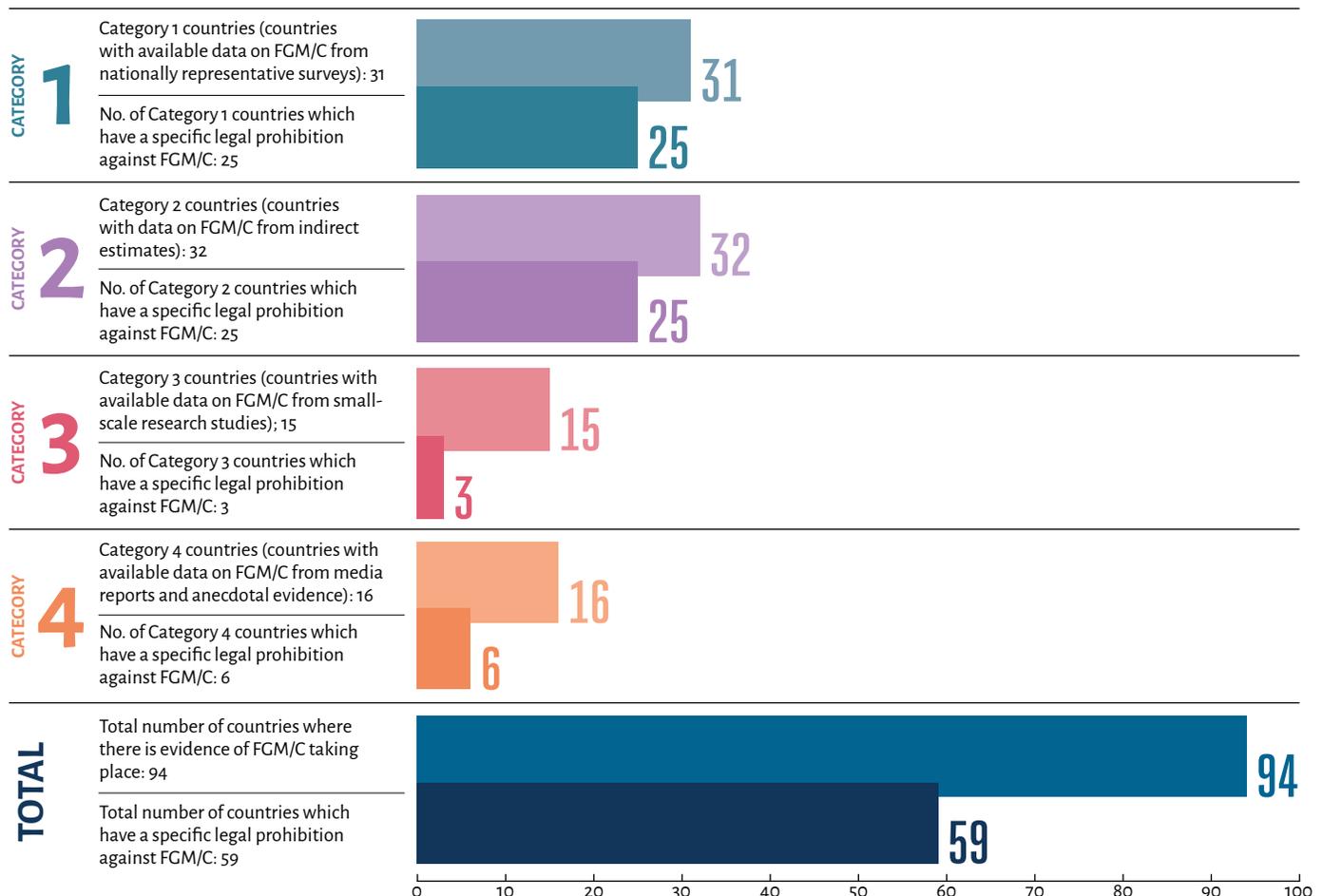
Les informations présentées dans ce rapport indiquent que 81 % des pays disposant de données sur les MGF/E issues d'enquêtes nationales représentatives ont spécifiquement interdit les MGF/E en vertu de leur législation (voir tableau, graphique ou les deux).

D'autre part, 77 % des pays disposant de données sur les MGF/E à partir d'estimations indirectes ont spécifiquement abordé les MGF/E dans leurs lois. Toutefois, il convient de noter ici qu'une poignée de pays européens, bien que n'ayant pas d'interdictions pénales spécifiques contre les MGF/E, incluent les MGF/E dans les dispositions pénales générales qui interdisent la violence, les actes contre l'intégrité corporelle, les agressions, les préjudices, et autres.

Parmi les pays disposant de données sur les MGF/E issues d'études de recherche à petite échelle, trois ont des dispositions légales spécifiques contre les MGF/E, ce qui porte le taux d'adoption de cette catégorie à 20 %.

En revanche, 38 % des pays disposant de données sur les MGF/E issues de rapports médiatiques et d'observations anecdotiques ont adopté des lois contre les MGF/E. Sur les six pays qui ont adopté des lois, quatre sont des pays africains (où la sensibilisation aux MGF/E est généralement plus importante) et un autre est un pays où les communautés de la diaspora sont importantes (Nouvelle-Zélande).

Alors que la disponibilité des données fournit des outils aux organisations de la société civile, aux survivantes et aux personnes à risque pour plaider auprès de leurs gouvernements en faveur de lois spécifiques et rigoureuses, d'autres travaux de recherches dépassant le champ de ce rapport sont encore nécessaires pour comprendre la relation entre la disponibilité de données claires sur les MGF/E dans un pays et l'adoption de lois sur les MGF/E, ainsi que l'impact d'autres facteurs contextuels divers (comme la situation géographique, les mesures de sensibilisation) sur cette relation, s'il y en a.



UN PARCOURS POUR METTRE UN TERME AUX MGF /C, DE LA SOMALIE AUX PAYS-BAS

SOMALIE ET
PAYS-BAS





L'HISTOIRE DE ISTAHIL ABDULAHI

«Je suis née et j'ai grandi à Mogadishu en Somalie, dans une famille nombreuse, avec un frère et 5 sœurs. Nous avons grandi avec des liens familiaux forts, mais la guerre nous a séparés. Alors que j'avais presque 20 ans, j'ai quitté la Somalie pour

jouer au basket au niveau national, pensant que je reviendrais 14 jours plus tard, mais je ne suis jamais revenue.. Quand la guerre a éclaté, je suis devenue une réfugiée, j'ai traversé le Kenya et, ensuite, je me suis retrouvée seule aux Pays-Bas. C'est ce qu'a été ma vie, un parcours de survie, d'adaptation et de résilience.

Aux Pays-Bas, j'ai démarré une nouvelle vie. J'ai rencontré mon mari dans un camp de réfugiés et, contre toute attente, nous sommes tombés amoureux l'un de l'autre. Nous nous sommes mariés et avons eu trois enfants, un fils et deux filles, qui sont de jeunes adultes aujourd'hui. Quand j'ai eu mon premier enfant, personne dans le système médical ne comprenait mon expérience. J'ai passé mes grossesses sans qu'aucun médecin ne reconnaisse les cicatrices des MGF ou me demande ce qui m'est arrivé. C'était comme si mon histoire, mon traumatisme, n'existait pas. J'avais toujours cru que toutes les femmes dans le monde avaient subi cette pratique, jusqu'à ce que j'en parle à mon mari, un Néerlandais. J'ai réalisé que les MGF n'étaient pas universelles. Je lui ai demandé si sa mère et ses sœurs avaient été excisées. Il m'a regardé l'air confus, et ce n'est qu'à ce moment-là que j'ai commencé à prendre la mesure de mon isolement.

Quand j'avais six ans, on m'a fait sortir de Mogadishu pour m'emmener dans un petit village. Ma mère ne nous a pas dit ce qui allait se passer. Elle nous a donné des bonbons et des belles robes, et nous avons voyagé, heureuses et innocentes. Quand nous sommes arrivées, j'ai été séparée de ma sœur. Ma mère m'a emmenée dans une pièce où une femme était assise, tenant une lame de rasoir. Personne n'a rien dit. On ne m'a rien expliqué; on ne m'a pas prévenue. Soudain, je me suis retrouvée au sol. On me tenait les mains et les jambes, et j'ai senti la douleur, une douleur inimaginable. J'ai crié et pleuré, mais on m'a mis du chiffon dans la bouche, et on m'a ensuite cousue. Après l'excision, je ne pouvais pas uriner, car tout était scellé. Quand ma mère s'en est rendu compte, elle a fait venir une personne qui a chauffé un objet en métal et l'a utilisé pour rouvrir les coutures afin que je puisse uriner.

Je ne comprenais pas ce qui m'était arrivé. De retour à Mogadishu, il y a eu une célébration. Les gens étaient heureux,

mais à l'intérieur de moi, j'étais brisée. Pendant des années, nous n'en avons pas parlé. C'était une douleur cachée, un traumatisme silencieux qui vivait à l'intérieur de moi. Même en grandissant, je ne savais toujours pas pourquoi ça avait été fait ou même ce qui m'était arrivé exactement. Quand j'ai enfin trouvé le courage d'en parler en 2019, c'était comme si je m'étais ôté un poids. J'avais porté ce silence trop longtemps. J'ai pardonné aux personnes qui m'ont fait ça, mais je ne pouvais pas laisser cette pratique continuer. J'ai commencé à partager mon expérience en néerlandais et en somalien, et j'étais déterminée à briser le tabou et à faire comprendre aux gens. Je n'ai plus peur. Les récits changent le monde et si le mien peut sensibiliser les gens, il aura servi à quelque chose.

Les MGF sont profondément ancrées dans les croyances culturelles et religieuses. En grandissant, on m'avait dit que c'était nécessaire, que cela faisait partie de la condition d'une femme musulmane. Mais depuis, j'ai appris que ce n'était pas vrai. La religion a été utilisée pour justifier cette pratique néfaste, pour manipuler et pour contrôler. Dans ma communauté, on dit aux filles qu'elles seront sales et ne mériteront pas de se marier si elles ne sont pas excisées. Elles pensent qu'elles n'ont pas le choix. Je souhaite leur montrer qu'il y a une alternative.

Parfois, les gens de ma communauté me remettent en question, disant que les MGF sont une tradition ancienne et qu'elles sont une composante essentielle de notre culture. Mais je me fiche de ce que disent les gens. Je connais ma vérité et je sais la douleur que j'ai endurée. Je dénonce la pratique, car je ne veux pas que mes filles ni aucune autre fille ne subissent ce que j'ai subi. J'ai deux filles et je ne les ai pas excisées. Aujourd'hui, je plaide en faveur de l'éducation et de la sensibilisation. Je souhaite que les professionnels de santé reconnaissent les signes, posent des questions et traitent les MGF avec sensibilité et compréhension. À présent, les choses changent, mais nous avons une longue route devant nous.

Je rêve d'un monde où nous n'aurons plus à parler des MGF parce qu'elles n'existeront plus. Je sais que les Nations Unies ont pour objectif d'éliminer les MGF d'ici 2030, mais nous avons besoin du soutien des hommes qui occupent des positions de pouvoir, tant en Afrique qu'en Europe. La voix des femmes doit être entendue et nos expériences doivent être reconnues. C'est un parcours difficile, mais je pense qu'en partageant les expériences et en parlant ouvertement, nous pouvons briser le silence et mettre fin à cette pratique une fois pour toutes.»

PAYS DISPOSANT DE DONNÉES SUR LES MGF/E ISSUES D'ENQUÊTES NATIONALES REPRÉSENTATIVES

Les estimations de l'UNICEF incluent **31 pays** avec des données représentatives au niveau national sur la prévalence. Ces pays sont largement concentrés sur le continent africain et quelques-uns se trouvent au Moyen-Orient (Yémen et Irak) et en Asie (Indonésie). En outre,

les Enquêtes démographiques et sanitaires réalisées aux Maldives en 2016 et 2017 ont recueilli pour la première fois des informations sur la prévalence des MGF/E dans le pays.

Les données représentatives au niveau national sur les MGF/E sont collectées par le biais d'enquêtes auprès des ménages et sont principalement disponibles auprès de deux sources :

- les Enquêtes démographiques et sanitaires (EDS) financées par l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID)
- les Enquêtes par grappes à indicateurs multiples (MICS) soutenues par l'UNICEF

Les [EDS](#) et les [MICS](#) ont créé des modules sur les MGF/E comportant des questions normalisées sur les MGF/E, et dont les résultats sont entièrement alignés et comparables entre les deux programmes d'enquête. Dans certains pays, les données sont disponibles par le biais d'autres enquêtes auprès des ménages représentatives au niveau national, normalement menées par le gouvernement national.

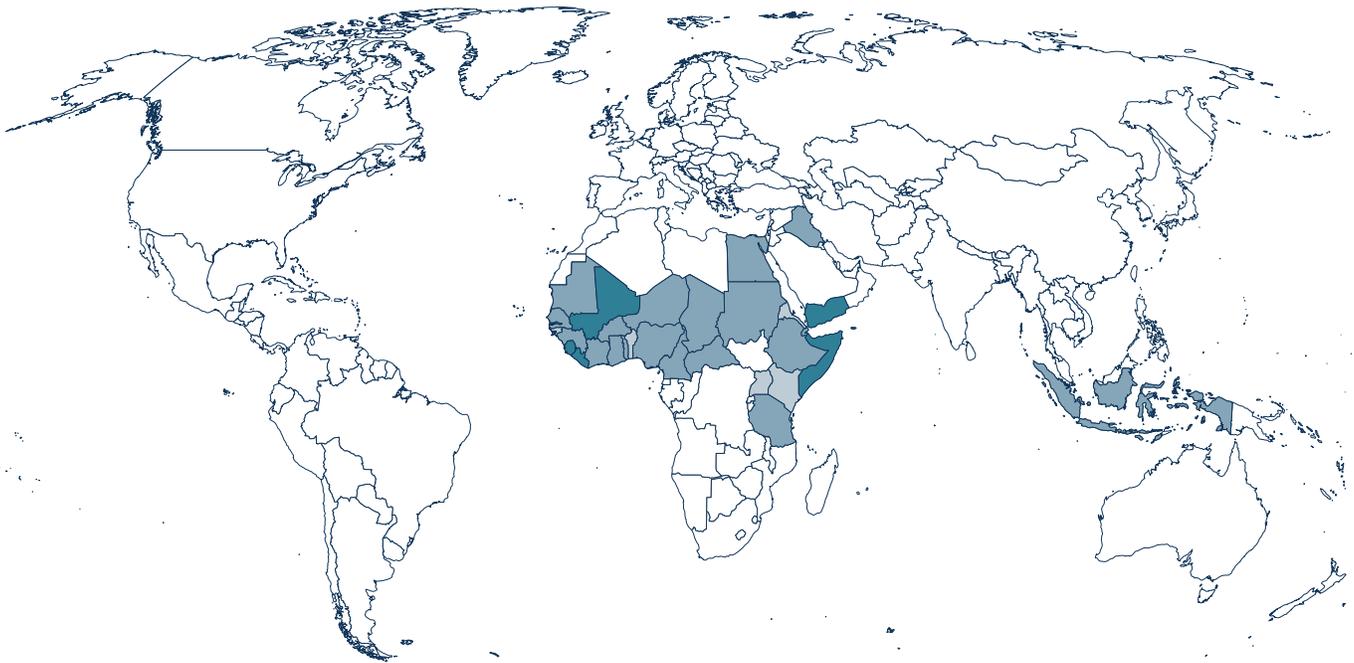
L'obtention de ces estimations directes pose certains problèmes, notamment la difficulté de constituer un échantillon représentatif de la population féminine qui a subi des MGF/E ou risque de les subir, en particulier dans les pays où les MGF/E ne sont pratiquées que par certaines populations, ainsi que le temps et les coûts associés à de telles enquêtes ([Cappa, Van Baelen et Leyte, 2019](#)).

Depuis la publication du Rapport mondial 2020, de nouvelles données montrent que certains pays ont accompli des progrès significatifs dans la réduction de la prévalence des MGF/E, en particulier le Burkina Faso (de 76 % à 56 %), le Liberia (de 44 % à 32 %) et le Kenya (de 21 % à 15 %). Pendant ce temps, les taux de prévalence dans d'autres pays, tels que la Somalie, le Mali, la Guinée-Bissau, la Gambie et le Sénégal, sont restés stagnants sans aucun progrès. En outre, 14 des 31 pays ne disposent pas de données de prévalence actualisées depuis 2020.

Figure : Pourcentage de femmes et de filles de 15 à 49 ans qui ont subi des MGF/E dans les pays disposant de données issues d'enquêtes représentatives au niveau national

Pays	Pourcentage de femmes et de filles de 15 à 49 ans ayant subi des MGF/E
Bénin	9,2 %*
Burkina Faso	56,1 %
Cameroun	1,4 %*
République centrafricaine	21,6 %
Côte d'Ivoire	36,7 %*
Djibouti	90,1 %
Égypte	87,2 %*
Érythrée	83 %*
Éthiopie	65,2 %*
Gambie	72,6 %
Ghana	2,4 %
Guinée	94,5 %*
Guinée-Bissau	52,1 %
Indonésie	51,2 %
Irak	7,4 %*
Kenya	15 %
Liberia	31,8 %
Maldives	12,9 %*
Mali	88,6 %*
Mauritanie	63,9 %
Niger	2 %*
Nigeria	15,1 %
Sénégal	25,2 %
Sierra Leone	83 %
Somalie	99,2 %
Soudan	86,6 %*
Tanzanie	8,2 %
Tchad	34,1 %
Togo	3,1 %*
Ouganda	0,3 %*
Yémen	18,5 %*

Source : Base de données mondiale de l'UNICEF, 2024. En Indonésie, la prévalence des MGF/E n'a été mesurée que chez les filles de 0 à 11 ans. *En décembre 2024, aucune donnée n'avait été actualisée depuis 2020.



STATUT JURIDIQUE DES MGF/E DANS LES PAYS AVEC DES ESTIMATIONS NATIONALES DE PRÉVALENCE :

Pays qui ont adopté une loi nationale spécifique contre les MGF/E	Pays où les MGF/E sont spécifiquement mentionnées/ couvertes dans d'autres lois	Pays qui n'abordent pas spécifiquement les MGF/E dans leurs lois
1. Bénin	1. Burkina Faso	1. Mali
2. Érythrée	2. Cameroun	2. Liberia
3. Guinée-Bissau	3. République centrafricaine	3. Sierra Leone
4. Kenya	4. Tchad ⁺	4. Somalie ^{**}
5. Ouganda	5. Côte d'Ivoire	5. Maldives
	6. Djibouti	6. Yémen
	7. Égypte	
	8. Éthiopie	
	9. Gambie	
	10. Ghana	
	11. Guinée	
	12. Indonésie ⁺	
	13. Irak (Kurdistan) [#]	
	14. Mauritanie	
	15. Niger	
	16. Nigeria	
	17. Sénégal	
	18. Soudan [*]	
	19. Tanzanie	
	20. Togo	

**Le Soudan a adopté une loi en juillet 2020 modifiant le Code pénal pour y inclure un délit spécifique relatif aux MGF/E.*

***La Constitution de la Somalie stipule expressément que « la circoncision des filles est interdite ». Cependant, aucune législation nationale ne met expressément en œuvre cette disposition constitutionnelle, et il n'existe aucun cas connu où des infractions liées aux MGF/E ont fait l'objet de poursuites en vertu de dispositions pénales générales. En 2024, l'État du Galmudug en Somalie a adopté une loi spécifique contre les MGF/E.*

+ Bien que les MGF/E aient été interdites au Tchad par la loi sur la santé reproductive adoptée en 2002, le décret d'application nécessaire pour appliquer la loi n'est entré en vigueur qu'en 2020 par le décret d'application n° 2121/PR/2020.

++Le règlement gouvernemental n° 28/2024 interdit les MGF/E sur les nourrissons, les enfants en bas âge et les enfants d'âge préscolaire (ne couvrant probablement que les enfants de moins de 5 ans), bien que [la Commission nationale de lutte contre les violences faites aux femmes ait recommandé](#) que le règlement soit élargi pour couvrir toutes les femmes et les filles.

#La disposition pénale sur les MGF/E en Irak ne s'applique que dans la région du Kurdistan, une région semi-autonome, qui concentre la plupart des cas de MGF/E dans le pays. La prévalence des MGF/E dans le Kurdistan irakien est de 37,5 % chez les femmes et les filles de 15 à 49 ans.

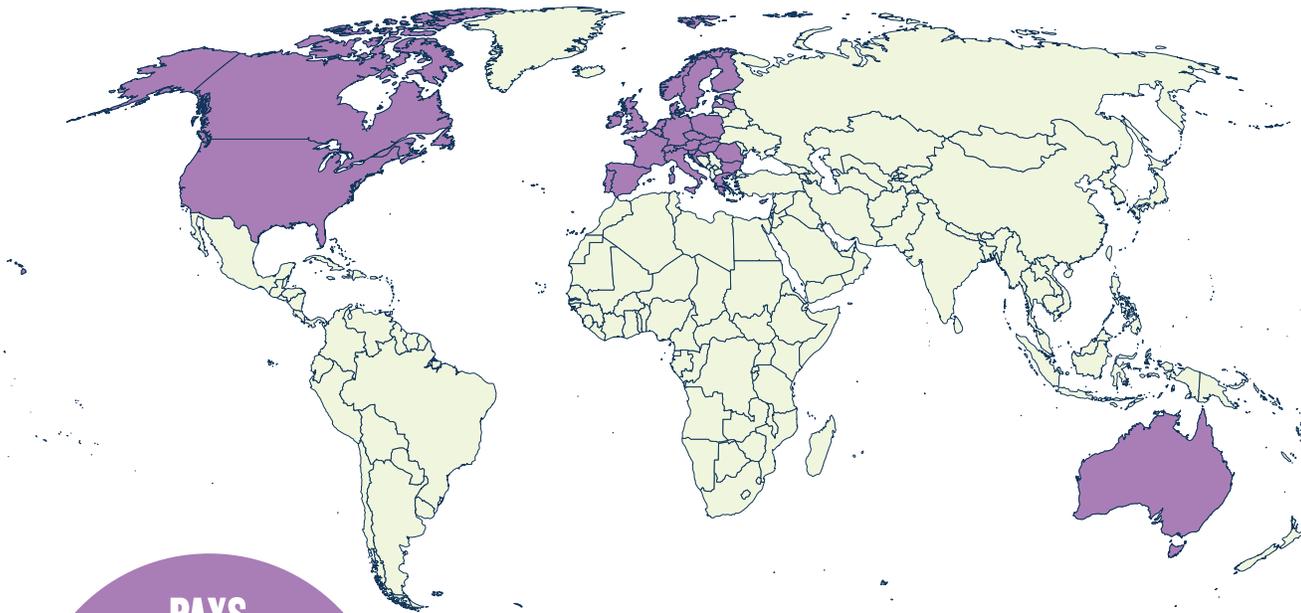
L'IMPORTANCE DE DISPOSER DE DONNÉES EXHAUSTIVES, PRÉCISES ET ACTUALISÉES SUR LES MGF/E

Comme nous l'avons souligné plus haut, bien que les nouvelles estimations mondiales de l'UNICEF aient été mises à jour pour présenter un aperçu mondial plus complet, les données représentatives au niveau national sur la prévalence des MGF/E ne sont toujours disponibles que pour 31 pays. Les données sur la prévalence nationale sont essentielles, car elles sont souvent utilisées comme base pour d'autres mesures, telles que le financement nécessaire au niveau mondial pour mettre fin aux MGF/E d'ici 2030, le calcul des coûts des MGF/E, et même pour les estimations indirectes dans les pays de destination des migrations. Toutefois, ces ensembles de données basés uniquement sur les pays disposant de données de prévalence nationales présentent une image incomplète car ne tiennent pas compte de tous les pays où nous savons que les MGF/E sont pratiquées de manière globale.

Il est donc essentiel de poursuivre les recherches sur les MGF/E à l'échelle mondiale afin de fournir des données complètes, précises et actualisées sur cette pratique, notamment par le biais d'études de recherche primaire et d'autres moyens de collecte de données. Par exemple, au Royaume-Uni, tous les professionnels de la santé qui traitent des patients dans le cadre du National Health Service (NHS, service de santé public britannique) sont tenus de collecter des données sur les MGF/E. Il est surprenant de constater que les données du NHS couvrant 2023 et 2024 enregistrent un petit nombre de patientes déclarant avoir été soumises à des MGF/E dans des pays qui ne sont pas traditionnellement concernés par cette pratique (et qui ne sont pas inclus dans ce rapport en raison du manque de données disponibles), notamment **l'Algérie**, la **Turquie**, la **Libye**, **l'Afghanistan**, le **Bangladesh** et la **Papouasie–Nouvelle-Guinée**, entre autres. Ces données nous montrent que :

Premièrement, il peut subsister des îlots communautaires pratiquant les MGF/E dans différents pays pour lesquels nous disposons des observations anecdotiques, mais pas de données tangibles disponibles, comme la communauté kurde en Turquie ou la communauté bohra au Bangladesh.

Deuxièmement, l'augmentation des flux migratoires à l'échelle mondiale signifie que les MGF/E sont désormais pratiquées dans toutes les parties d'un monde de plus en plus globalisé (bien que la migration constitue un excellent point de départ pour l'abandon de la pratique). Nous devons également actualiser notre conception traditionnelle des « pays de destination des migrations » et mener davantage de recherches dans les pays du Sud sur la pratique des MGF/E par les communautés diasporiques originaires d'autres pays. Les organes conventionnels des Nations Unies ont déjà commencé à aborder la question des MGF/E en tant que préoccupation plus globale, en émettant des recommandations à l'intention de pays africains comme le Congo-Brazzaville ([CRC, 2024](#)) et le Gabon (CRPD, 2015 et CRC, 2016) où les MGF/E ne sont pas traditionnellement pratiquées, et en exprimant leur inquiétude quant à la pratique des MGF/E au sein des populations issues de l'immigration, ainsi qu'à son transfert dans la population locale par le biais du mariage.



**PAYS
DISPOSANT
D'ESTIMATIONS
INDIRECTES SUR
LA PRÉVALENCE
DES MGF / E**

De nombreux pays où les MGF/E sont pratiquées principalement par des communautés issues de la diaspora estiment sa prévalence au sein de leur population en utilisant des méthodologies indirectes. Ces données fournissent une estimation indirecte du nombre de femmes et de filles issues des communautés de la diaspora vivant dans le pays qui ont subi des MGF/E et/ou qui risquent d'en subir à l'aide d'une méthode par extrapolation. Le taux de prévalence des MGF/E dans les pays d'origine (tel qu'il ressort d'enquêtes nationales représentatives comme les EDS et les MICS) est multiplié par le nombre total de filles et de femmes dans le pays de destination qui sont originaires d'un pays pratiquant les MGF/E et/ou qui sont nées d'une mère originaire d'un pays pratiquant les MGF/E. Le nombre de femmes provenant de pays d'origine où les MGF/E sont pratiquées est basé sur des données extraites d'une variété de sources, y compris un registre de population, un registre des naissances, un registre des demandeurs d'asile, les résultats d'un recensement national, ou une combinaison de certaines de ces sources de données.

Les données disponibles provenant de ces estimations indirectes indiquent que :



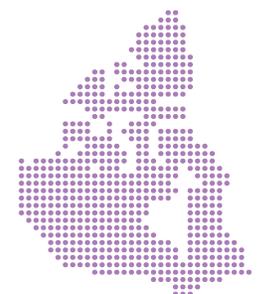
En Europe, on estime qu'environ **600 000 femmes et filles vivent avec les conséquences des MGF/E** et que **190 000 autres filles et femmes risquent de subir cette pratique néfaste** dans 17 pays européens seulement ([Carte actualisée 2024 du réseau européen End FGM European Network](#)).

On dénombre entre **421 000 et 577 000 femmes et filles vivant aux États-Unis** qui ont subi des MGF/E ou y sont exposées.



On estime à **53 088 le nombre de survivantes de MGF/E vivant en Australie.**

On compte entre **95 000 et 161 000 femmes et filles au Canada** vivant avec les conséquences des MGF/E ou risquant de subir cette pratique.



La ventilation par pays des données disponibles sur les MGF/E à partir des estimations indirectes est présentée ci-dessous :

N° d'échantillon	Pays	Nombre de femmes et de filles ayant subi des MGF/E	Nombre de filles à risque (y compris les scénarios de risque élevé)*	Source	Statut juridique
1	Australie	53 088	S.O.	<u>Institut australien pour la santé et le bien-être</u> (2019)	Disposition juridique spécifique interdisant les MGF/E.
2	Autriche	7 036	1 083	<u>Van Baelan, Ortensi, Leye</u> (2016) ; <u>EIGE</u> (2020)	Disposition juridique spécifique interdisant les MGF/E.
3	Belgique	23 395	12 064	<u>GAMS</u> (2022)	Disposition juridique spécifique interdisant les MGF/E.
4	Bulgarie	31	S.O.	<u>Van Baelan, Ortensi, Leye</u> (2016)	Aucune loi spécifique contre les MGF/E.
5	Canada	Entre 95 000 et 161 000 femmes et filles vivant au Canada ont subi des MGF/E ou y sont exposées.		<u>Statistiques du Canada</u> (2023)	Disposition juridique spécifique interdisant les MGF/E.
6	Croatie	112	S.O.	<u>Van Baelan, Ortensi, Leye</u> (2016)	Disposition juridique spécifique interdisant les MGF/E.
7	Chypre	1 301	132 (scénario de risque élevé)	<u>Van Baelan, Ortensi, Leye</u> (2016) ; <u>EIGE</u> (2018)	Disposition juridique spécifique interdisant les MGF/E.
8	République tchèque	312	S.O.	<u>Van Baelan, Ortensi, Leye</u> (2016)	Aucune loi spécifique contre les MGF/E.
9	Danemark	7 910	2 568	<u>EIGE</u> (2021)	Disposition juridique spécifique interdisant les MGF/E.
10	Estonie	8	S.O.	<u>Van Baelan, Ortensi, Leye</u> (2016)	Disposition juridique spécifique interdisant les MGF/E.
11	Finlande	10 254	3 075	<u>Ministère finlandais des Affaires sociales et de la Santé</u> (2019)	Disposition juridique spécifique interdisant les MGF/E.

12	France	125 000	44 106 (scénario de risque élevé)	<u>Lesclingand et. al.</u> (2019) ; <u>EIGE</u> (2018)	Références spécifiques aux MGF/E dans la législation générale, y compris l'exigence d'une éducation sur les MGF/E et les mesures contre l'incitation aux MGF/E. Les dispositions pénales générales ont été utilisées avec succès dans le cadre de poursuites.
13	Allemagne	103 947	17 721	<u>Terre des Femmes</u> (2022)	Disposition juridique spécifique interdisant les MGF/E.
14	Grèce	15 249	748 (scénario de risque élevé)	<u>Van Baelan, Ortensi, Leye</u> (2016) ; <u>EIGE</u> (2018)	Disposition juridique spécifique interdisant les MGF/E.
15	Hongrie	396	S.O.	<u>Van Baelan, Ortensi, Leye</u> (2016)	Aucune loi spécifique contre les MGF/E
16	Irlande	5 790	1 632 (scénario de risque élevé)	<u>Akina Dada wa Africa</u> fondé sur des données recueillies en 2016 par le <u>Bureau central des statistiques d'Irlande</u> (2017) ; <u>EIGE</u> (2015)	Disposition juridique spécifique interdisant les MGF/E.
17	Italie	87 600	4 600 (scénario de risque élevé)	<u>Farina et. al.</u> (2020)	Loi nationale interdisant spécifiquement les MGF/E.
18	Lettonie	5	S.O.	<u>Van Baelan, Ortensi, Leye</u> (2016)	Aucune loi spécifique contre les MGF/E.
19	Luxembourg	379	136	<u>Van Baelan, Ortensi, Leye</u> (2016) ; <u>EIGE</u> (2021)	Disposition pénale spécifique interdisant les MGF/E
20	Malte	565	279 (scénario de risque élevé)	<u>Van Baelan, Ortensi, Leye</u> (2016) ; <u>EIGE</u> (2018)	Disposition juridique spécifique interdisant les MGF/E.
21	Pays-Bas	41 000	4 200	<u>Pharos</u> (2019)	Aucune loi spécifique contre les MGF/E. Les dispositions pénales générales ont été utilisées dans le cadre de poursuites pour des cas de pratique de MGF/E.
22	Norvège	17 058	S.O.	<u>Van Baelan, Ortensi, Leye</u> (2016)	Disposition juridique spécifique interdisant les MGF/E.
23	Pologne	207	S.O.	<u>Van Baelan, Ortensi, Leye</u> (2016)	Disposition juridique spécifique interdisant les MGF/E.
24	Portugal	6 576	1 365 (scénario de risque élevé)	<u>Lisboa et. al.</u> (2015) ; <u>EIGE</u> (2015)	Disposition juridique spécifique interdisant les MGF/E.

25	Roumanie	79	S.O.	<u>Van Baelan, Ortensi, Leye (2016)</u>	Les MGF/E sont prévues dans le champ d'application de la loi contre les violences fondées sur le genre.
26	Slovaquie	57	S.O.	<u>Van Baelan, Ortensi, Leye (2016)</u>	Aucune loi spécifique contre les MGF/E.
27	Slovénie	69	S.O.	<u>Van Baelan, Ortensi, Leye (2016)</u>	Aucune loi spécifique contre les MGF/E.
28	Espagne	15 907	3652	<u>Van Baelan, Ortensi, Leye (2016) ; EIGE (2021)</u>	Disposition juridique spécifique interdisant les MGF/E.
29	Suède	38 939	11 287 (scénario de risque élevé)	<u>Van Baelan, Ortensi, Leye (2016) ; Socialstyrelsen 2023</u>	Loi nationale interdisant spécifiquement les MGF/E.
30	Suisse	22 410		<u>Abdulcadir et. al. (2023)</u>	Disposition juridique spécifique interdisant les MGF/E.
31	Royaume-Uni	137 000	67 300	<u>Macfarlane & Dorkenoo (2015)</u> [nouvelle étude en cours par l'Université de Birmingham]	Loi nationale interdisant spécifiquement les MGF/E.
32	États-Unis d'Amérique	513 000 femmes et filles ont subi des MGF/E ou y sont exposées, selon les données du CDC (Centre américain pour le contrôle et la prévention des maladies). Une étude de 2023 a révélé qu'environ 577 000 femmes et filles avaient été potentiellement concernées par la pratique des MGF/E en 2019, bien que ce chiffre soit réduit à 421 000 si l'estimation prend en compte l'impact de la migration sur la pratique.		<u>Goldberg et al. (2016) ; Callaghan (2023)</u>	Loi nationale interdisant spécifiquement les MGF/E.

***Pour les pays où le nombre de filles à risque est basé sur un scénario de risque élevé :** un scénario de risque élevé, tel que défini par l'Institut européen pour l'égalité entre les hommes et les femmes (EIGE), est basé sur l'hypothèse selon laquelle la migration n'exerce aucune influence et le nombre de filles (originaires d'un pays susceptible de pratiquer les MGF/E) exposées au risque de MGF/E serait le même si elles n'avaient jamais migré.

Remarque concernant les sources : certaines études ne contiennent que des estimations indirectes du nombre de femmes et de filles vivant dans un pays donné et ayant subi des MGF/E, d'autres n'estiment que le nombre de filles risquant de subir des MGF/E, et d'autres encore contiennent à la fois des estimations indirectes des femmes et des filles ayant subi des MGF/E et du nombre de filles risquant d'en subir. C'est pourquoi, dans le tableau ci-dessus, certains pays ont deux sources, tandis que d'autres n'en ont qu'une.

DIFFICULTÉS RENCONTREES DANS LA COLLECTE DE DONNEES PAR LE BIAIS D'ESTIMATIONS INDIRECTES

Le manque de financement adéquat pour calculer ces estimations indirectes de MGF/E, la collecte non systématique des données et le manque d'harmonisation entraînent de grandes divergences dans les méthodologies et la réalisation des études menées dans les différents pays.

Plusieurs problèmes affectent la fiabilité des estimations indirectes :

Premièrement, on observe un manque de données désagrégées (y compris sur la base du sexe, de l'appartenance communautaire, ethnique et de la religion) sur les communautés de la diaspora. Ainsi, par exemple, les estimations indirectes ne prennent pas en compte les communautés pratiquant les MGF/E avec une prévalence élevée qui sont originaires de pays à « faible prévalence » ou les familles qui en ont rejeté la pratique.

Deuxièmement, dans de nombreux cas, les demandeurs d'asile, les réfugiés et les personnes immigrantes sans papiers ne sont pas inclus dans les estimations en raison de l'absence de collecte systématique de données à tous les stades de la procédure de demande d'asile dans de nombreux pays. ([Leye et al., 2014](#))

Troisièmement, ces études se basent souvent sur la probabilité que les MGF/E soient pratiquées dans les pays de naissance plutôt que de considérer comment la pratique et les attitudes envers les MGF/E peuvent avoir évolué en raison de la migration.

Quatrièmement, ces estimations indirectes ne prennent en compte que la prévalence des MGF/E parmi les communautés de la diaspora des pays où des données sur la prévalence des MGF/E sont disponibles grâce à des enquêtes représentatives au niveau national (c'est-à-dire les pays de la catégorie 1). Par exemple, les estimations indirectes de la prévalence des MGF/E aux États-Unis et en Europe ne prennent pas en compte les survivantes de MGF/E issues de la plupart des pays d'Asie et du Moyen-Orient, y compris des pays comme la Malaisie et Oman, qui sont connus pour avoir une forte prévalence de MGF/E. En outre, dans le cadre d'[études réalisées au sein de la communauté bohra](#), des survivantes issues de cette communauté qui avaient été soumises à la pratique des MGF/E aux États-Unis et au Royaume-Uni ont été interrogées, même si elles ne sont pas incluses dans les estimations. Il est à espérer que la [Directive de l'Union européenne sur la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique](#) récemment adoptée contribuera à combler le manque de données en Europe, car les États membres sont désormais tenus de fournir des données actualisées sur la prévalence de la violence fondée sur le genre, MGF/E incluses.

En outre, la persistance d'idées fausses de longue date et le manque de sensibilisation aux MGF/E, traitées strictement comme une pratique apparue en Afrique et transmise par la migration vers l'Amérique du Nord et l'Europe, font obstacles à une acceptation pleine et à l'introduction de programmes sociaux qui la reflètent. Ces mythes ont des conséquences néfastes pour la communauté de la diaspora ainsi que pour d'autres groupes de personnes affectées par les MGF/E, car ils compromettent la protection des femmes et des filles de ces communautés, qui continuent à subir des préjudices en l'absence de toute action de sensibilisation, d'éducation et de ressources destinées à les soutenir.

SURVIVRE AUX MUTILATIONS GÉNITALES INTERSEXES : TROUVER SON IDENTITÉ ET DÉNONCER L'INJUSTICE

ROYAUME-
UNI ET
IRLANDE



L'HISTOIRE DE DR. ADELINE BERRY

«Je m'appelle Adeline, mais mes proches m'appellent Addy. Je porte ce nom depuis toute petite, mais pas toujours de manière ouverte. Ce nom a une histoire : ma mère me l'a donné, pensant que je naîtrais avec un sexe de fille après avoir pris un médicament – diethylstilbestrol (DES) – qui, selon les médecins, garantirait une grossesse en bonne santé. Ma mère pensait que je porterais le nom de ma tante Adeline, qui était décédée d'une mort tragique dans les années 1920. Mais j'avais un sexe de garçon à la naissance, et on m'a retiré mon nom. Pendant des années, mes parents ont caché la réalité de mon corps, une réalité dont ils avaient honte, une réalité qu'ils ne comprenaient pas. Par la suite, j'ai repris le nom qui avait toujours été le mien, Adeline.

Je suis née en Angleterre de parents irlandais : mon père était ouvrier dans le bâtiment et ma mère était infirmière. Tous deux étaient marqués par leurs propres expériences difficiles, en particulier ma mère, qui avait survécu à des abus au cours de son enfance. Quand je suis née, j'avais un sexe de garçon. Comme mon corps ne correspondait pas aux normes médicales, les médecins ont dit à mes parents de n'en parler à personne. Ils leur ont dit de déménager pour éviter d'en parler. Cela a déplu à ma mère, et elle a toujours été amère à ce sujet. Nous sommes retournés en Irlande, où mon enfance a été rythmée par un mélange de honte, de confusion et de punitions constantes du fait de ne pas être comme les autres .

En grandissant, je ne comprenais pas pourquoi on me traitait ainsi. J'étais efféminée et, dans un monde où la masculinité était rigide, on me disait constamment que je ne faisais pas le poids. Mon père pensait que de me forcer à travailler dans son entreprise de construction me « durcirait ». Ça n'a pas fonctionné. Je n'étais pas un « garçon à part entière », et c'était considéré comme un échec. J'ai passé mon enfance isolée, lisant et dessinant, me cachant dans des bibliothèques. On me harcelait et on me battait régulièrement, tant à la maison qu'à l'école. À 14 ans, il n'y avait pratiquement aucun os de mon corps qui n'avait pas été cassé. J'ai survécu, mais à quel prix ?

J'ai déménagé aux États-Unis pour étudier et, pour la première fois, j'ai rencontré des gens comme moi – des personnes qui ne correspondaient pas totalement à la définition d'un homme ou d'une femme. Cela a été une révélation et m'a profondément confortée. J'avais passé des années avec une identité difficile, sans même connaître le terme « intersexe » avant de devenir adulte. En grandissant, je n'avais aucun mot pour désigner ce que j'étais, que de la honte. Quand j'ai enfin appris les termes « intersexe » et « transgenre », j'ai trouvé un moyen de me définir, un moyen de comprendre ma propre existence.

Malgré les défis, j'ai poursuivi mes études et j'ai décroché un doctorat. Mes recherches se focalisent sur les expériences des personnes intersexes plus âgées en Europe, des personnes qui, comme moi, ont vécu en silence et dans la honte, sans connaître leurs antécédents médicaux. J'ai mené des entretiens avec des personnes qui avaient vécu les mêmes types de secrets et le même traitement dédaigneux de la part des médecins, quel que soit leur niveau de richesse ou leur statut. C'est incroyable à quel point nos expériences sont similaires. Que nos familles soient riches ou non, nos corps ont été modifiés sans notre consentement, et nous devons faire face seules aux conséquences.

Je vis avec les cicatrices physiques et émotionnelles des interventions chirurgicales qu'on m'a fait subir sans mon consentement. Quand je cherche à obtenir de l'aide pour des problèmes médicaux causés par ces interventions, on me dédaigne souvent ou on me dit que mes expériences sont « impossibles ». La communauté médicale comprend rarement, et pire encore, elle refuse souvent de chercher à comprendre. Elle est cantonnée dans un système qui entretient une vision binaire stricte des corps, un système dans lequel la conformité est plus importante que le bien-être des personnes comme moi.

Mon militantisme s'est développé à mesure que je grandissais. Je parle haut et fort au sujet des préjugés qui sont faits aux

personnes intersexes, que ce soit dans le cadre de contextes médicaux, de recherches ou de conversations informelles. J'ai écrit des lettres à des politiciens, rencontré des spécialistes des droits humains et j'ai même discuté avec la Reine Máxima des Pays-Bas pour parler de la santé mentale des enfants intersexes. Souvent, les gens ne savent ce que signifie « intersexe » que lorsqu'ils ont un enfant intersexe. Ils sont alors en proie à la crainte et à la confusion, car la société ne les a pas préparés à l'existence de corps qui ne correspondent pas aux normes.

Dans mon travail de plaidoyer, j'ai observé que les personnes qui ne correspondent pas au schéma binaire sont ignorées, dévalorisées et réduites au silence. Les professionnels de la santé continuent d'effectuer des interventions chirurgicales qui sont inutiles sur des nourrissons intersexes, invoquant les mêmes raisons sociales que celles qui justifient les mutilations génitales féminines (MGF) dans certaines communautés. Comme les MGF, ces interventions chirurgicales visent à contrôler, à pousser les gens dans des catégories étriquées. Bien que les Nations Unies les classent comme de la torture, ces interventions chirurgicales persistent, camouflées sous l'autorité de la médecine.

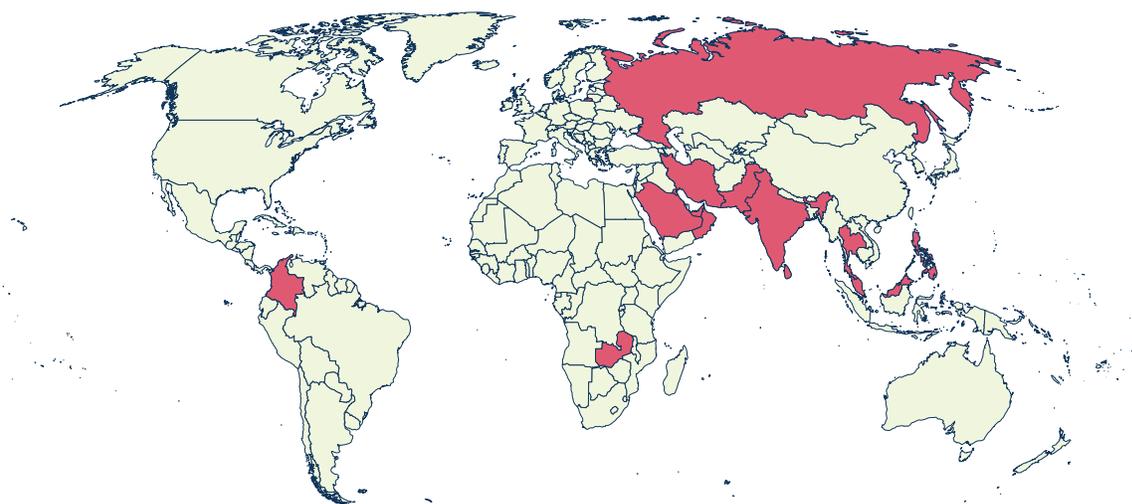
Les personnes intersexes vivent dans une stigmatisation et une isolation constantes, aggravées par un système de soins de santé qui ne nous voit pas. J'ai dû apprendre à ne compter que sur moi-même. L'art a été l'un de mes moyens de survie. Le dessin a été une échappatoire, un moyen de digérer la douleur et de la transformer en quelque chose de concret. Sans l'art, je ne suis pas certaine que j'aurais survécu. Pour un grand nombre de personnes intersexes que je connais, l'expression créative est une bouée de sauvetage, un moyen de raconter leur histoire quand les mots ne suffisent pas.

Je ne suis pas optimiste pour l'avenir. Compte tenu de la montée du fascisme et des idéologies régressives, il est difficile de croire que l'acceptation est proche. Mais je poursuis la lutte, pas parce que je crois que le monde changera au cours de ma vie, mais parce que je le dois aux personnes qui me succéderont. Je souhaite qu'elles sachent que certaines d'entre nous se sont battus pour elles, se sont exprimés, ont refusé d'être effacés.

Mon histoire n'est pas unique. C'est celle d'innombrables personnes intersexes nées dans un monde qui ne savait pas comment les aimer ou les accepter. J'espère qu'en partageant mon expérience, en appelant au changement, je peux faire une différence, aussi petite soit-elle. Parce qu'en fin de compte, il ne s'agit pas seulement des droits des personnes intersexes. Il s'agit d'humanité, de dignité, et du droit d'exister telles que nous sommes.»

**PAYS
DISPOSANT
DE DONNÉES
SUR LES MGF/E
ISSUES D'ÉTUDES
À PETITE
ÉCHELLE**

Les études de recherche à petite échelle sur lesquelles s'appuie cette catégorie sont souvent très utiles pour fournir des preuves concrètes de la pratique effective des MGF/E dans un pays ou un groupe en particulier. Elles fournissent également des données inestimables sur de nombreuses questions telles que la médicalisation, l'impact des MGF/E, la meilleure façon de soutenir les survivantes dans un contexte particulier, les raisons de la pratique dans une communauté particulière, etc. Cependant, ces études reposent généralement sur une taille d'échantillon assez limitée et ne sont donc pas représentatives de l'ensemble de la communauté ou du pays dans lequel les MGF/E sont pratiquées. Sur la base de ces études, il n'est pas possible d'obtenir une estimation fiable de la prévalence des MGF/E dans une population ou un pays donné. En outre, ces études sont généralement des enquêtes ponctuelles, car les organisations et les chercheurs qui les mènent manquent souvent de fonds et n'ont pas la capacité ni le soutien nécessaires pour assurer un suivi régulier des travaux de recherche qu'ils ont menés précédemment. ([Cappa, Van Baelen et Leye, 2019](#)).



N° d'échantillon	Pays	Détails de l'étude	Statut juridique
1	Colombie	<p>Une étude de 2011 a documenté l'existence de pratiques de la clitoridectomie au sein du peuple autochtone Emberá en Colombie (Henao). Cette procédure est normalement pratiquée sur des nouveau-nés. L'existence de MGF/E au sein du peuple Emberá a également été confirmée par le FNUAP (FNUAP, 2011).</p> <p>Le ministère colombien de la Santé et de la Protection sociale a enregistré 54 cas de MGF/E en 2024 et 91 cas en 2023 par l'intermédiaire de son système d'information intégré (SISPRO).</p> <p>Le système d'information intégré sur la violence de genre (SIVIGE) du gouvernement colombien a enregistré 122 cas de MGF/E entre 2020 et mi-2024 (bien qu'il s'agisse probablement d'une sous-déclaration). Si la plupart des cas signalés provenaient de communautés autochtones, 1,1 % des cas de MGF/E ont également été signalés par des communautés afro-colombiennes, notamment le peuple raizal et le peuple palenque, et 1,1 % par des populations migrantes, ce qui montre que la pratique est plus répandue que dans la seule communauté Emberá. (ministère colombien des Affaires étrangères, 2024).</p> <p>Selon l'Organisation nationale autochtone de Colombie, on estime que deux femmes emberá sur trois ont subi de MGF/E. (ONIC, 2012)</p>	Aucune loi spécifique contre les MGF/E ⁶ .

6 Cependant, trois projets de loi contre les MGF/E ont été déposés au Congrès colombien en 2024, mais restent en suspens.

2	Inde	<p>Un rapport qualitatif publié en 2018 par Anantnarayan, Diler et Menon a sondé 94 personnes issues de 5 états indiens : Gujarat, Madhya Pradesh, Maharashtra, Rajasthan et Kerala. Il a été estimé que prévalence des MGF/E au sein de la communauté bohra touchait 75 % des filles (âgées de sept ans et plus) parmi toutes les personnes interrogées de l'échantillon. L'étude a également révélé que les MGF/E étaient pratiquées par certaines communautés musulmanes sunnites au Kerala.</p> <p>Une étude de 2017 de Taher a sondé 385 personnes issues du peuple bohra à travers le monde. Parmi ces personnes interrogées, 217 ont déclaré avoir subi des MGF/E en Inde. Une étude réalisée en 2021 par Mumkin, qui sondait 221 personnes issues de la communauté bohra, dont 159 venaient d'Inde, a révélé que 81 % des personnes interrogées s'opposaient à la pratique des MGF/E.</p> <p>Selon une enquête de 2022 menée à New Delhi, le public était peu conscient de l'existence des MGF/E (Nanda et Ramani, 2022)</p>	Aucune loi spécifique contre les MGF/E.
3	Iran	<p>Une étude de 2015 réalisée par Ahmady, auprès de 4 000 personnes (3 000 femmes et 1 000 hommes) a révélé l'existence de la pratique des MGF/E dans les provinces occidentales et méridionales de l'Iran. La prévalence estimée des MGF/E dans la population échantillonnée de ces régions variait de 16 à 60 % (60 % dans la province d'Hormozgan, 21 % dans la province de l'Azerbaïdjan occidental, 18 % à Kermanshah et 16 % au Kurdistan). Une étude récente sur les MGF/E a documenté des éléments attestant de la poursuite de la pratique dans la province de Lorestan dans l'ouest de l'Iran par le biais d'entretiens avec 26 survivantes, alors que l'on pensait auparavant que la pratique avait disparu dans cette région (Mohamadeh, Seddighi & Rozafarian, 2022).</p> <p>Des études antérieures ont indiqué une prévalence des MGF/E de 83,2 % parmi 400 personnes dans l'île de Qeshm (Mozafarian, 2014) ; de 68,5 % parmi 780 personnes dans la province d'Hormozgan (Dehgankhalili et al., 2015) ; de 69,7 % à Minab, une ville de la province d'Hormozgan sur la base d'une enquête menée en 2002 auprès de 400 femmes (Khadivzadeh et al., 2009) ; et 55 % parmi un échantillon de 348 femmes orientées vers cinq centres de santé dans la ville de Ravansar dans la province de Kermanshah (Pashaei et al., 2012).</p> <p>De plus, des études qualitatives menées en Iran se sont récemment concentrées sur les impacts et les facteurs de la pratique, notamment en mettant en évidence les mythes et les idées fausses qui favorisent la pratique (Bokaie et al., 2020) et l'impact des MGF/E sur la qualité de vie sexuelle (Laleh, Soltani et Roshanaei, 2022), les difficultés psychosexuelles (Mahmoudi et Hosseini, 2017) et la santé mentale (Abdollahzadeh, M., Nourizadeh, R. et Jahdi, 2023)</p>	L'article 663 du code pénal impose une amende sanctionnant la mutilation des organes génitaux féminins.
4	Koweït	<p>Une étude de 2011 (Chibber et al.) couvrant 4 800 femmes enceintes sur une période de quatre ans, de 2001 à 2004, a indiqué une prévalence de 38 % de MGF/E dans l'échantillon. L'étude a également montré que les MGF/E étaient associées à des résultats materno-fœtaux défavorables et à des problèmes psychiatriques, notamment des phénomènes de récurrence (flashbacks), de l'anxiété et des troubles associés au stress post-traumatique.</p>	Aucune loi spécifique contre les MGF/E.

5	Malaisie	<p>Plusieurs études quantitatives documentent l'existence de pratiques de MGF/E en Malaisie.</p> <p><u>Pillai et al.</u> ont mené une enquête en ligne en 2021 auprès de 107 personnes, dont 79,4 % avaient été circoncises. Les principales raisons citées par les personnes interrogées favorables à la pratique comprenaient les obligations religieuses, l'hygiène et la propreté, et la réduction du désir sexuel.</p> <p>Une étude menée en 2012 par <u>Dahlui et al.</u> a sondé 1 196 femmes musulmanes, parmi lesquelles 93 % avaient subi une MGF/E</p> <p>Une étude réalisée en 2019 par <u>Rashid et Iguchi</u> auprès de 605 personnes issues du nord de la Malaisie a documenté la médicalisation croissante des MGF/E, constatant que 87,6 % des personnes interrogées considéraient les MGF/E comme une pratique obligatoire dans l'Islam, et que plus de 99 % souhaitaient que la pratique se poursuive.</p> <p>Une étude de 2009 réalisée par <u>Rashid et al.</u> a révélé que la majorité des personnes interrogées pensaient que les MGF/E étaient nécessaires pour des raisons religieuses et souhaitaient que la pratique se poursuive.</p> <p>Sur la base des données quantitatives fournies par ces études, le <u>projet Orchid et ARROW</u> (2024) estiment que le taux de prévalence des MGF/E est de 93 % au sein de la population féminine d'origine malaise et qu'environ 7,5 millions de femmes et de filles sont concernées par cette pratique dans le pays.. L'ethnie malaise représente environ 57 % de la population totale de Malaisie, ce qui signifie qu'environ 53 % des Malaisiennes sont affectées par la pratique des MGF/E (<u>projet Orchid et ARROW, 2024</u>).</p>	Aucune loi spécifique contre les MGF/E.
6	Oman	<p>Selon une enquête de 2018 (<u>Thabet et Al-Kharousi</u>) menée auprès de 200 femmes dans la province d'Ad-Dakhiliya, 95,5 % des femmes interrogées avaient subi des MGF/E. 85 % des personnes interrogées ont exprimé leur soutien à cette pratique.</p> <p>Une étude de 2014 réalisée par <u>Al-Hinai</u> à Muscat, la capitale, a interrogé 100 femmes de différentes régions d'Oman et a trouvé une prévalence des MGF/E de 78 % dans l'échantillon de l'enquête. L'enquête a également révélé que la pratique se poursuivait dans 64 % des familles.</p>	Disposition juridique spécifique interdisant les MGF/E.
7	Pakistan	<p>Une étude de 2017 de <u>Taher</u> a sondé 385 personnes issues du peuple bohra à travers le monde. Parmi elles, 44 femmes ont déclaré avoir été victimes de MGF/E au Pakistan. Toutes les femmes avaient subi des MGF/E pratiquées dans une résidence privée (et non dans un établissement médical).</p> <p>Une étude de 2018 (<u>Syyed</u>) a inclus les résultats de deux entretiens semi-structurés avec des survivantes de MGF/E issues de la communauté bohra au Pakistan et a documenté leurs opinions concernant les MGF/E et leurs expériences relativement à la procédure. En 2021, <u>Habibi</u> a interrogé deux survivantes de MGF/E du Pakistan ainsi qu'un homme de la communauté bohra pour analyser l'impact des MGF/E sur le désir sexuel et le traumatisme psychosexuel causé par la pratique de MGF/E.</p> <p>Certaines observations anecdotiques montrent que les MGF/E peuvent également être pratiquées au sein de la communauté sheedi au Pakistan (<u>projet Orchid et ARROW, 2024</u>). Aucune estimation de la prévalence n'est disponible.</p>	Aucune loi spécifique contre les MGF/E.

8	Philippines	<p>Une étude portant sur 458 personnes de 5 provinces de la région Bangsamoro des Philippines a révélé que les MGF/E de type IV, connues localement sous le nom de « pag-islam », sont largement acceptées, couramment pratiquées et fortement susceptibles de se poursuivre dans la région de Bangsamoro (Limpao et al., 2021). L'étude a également mis en évidence le lien entre les MGF/E et le mariage des enfants, car il est considéré que les filles qui ont subi des MGF/E sont prêtes au mariage. Des études antérieures ont documenté l'existence de pratiques de MGF/E dans la même région au sein du peuple maranao à Lanao del Sur (Basher, 2014) et chez les femmes musulmanes dans la ville de Zamboanga (Belisario, 2009).</p> <p>Aucune estimation de la prévalence n'est disponible.</p> <p>Le type de MGF/E pourrait prendre les formes suivantes : « 1) baigner la région génitale ; 2) tamponner le clitoris avec du coton ; 3) frotter doucement avec un couteau la partie antérieure des grandes lèvres ou le clitoris deux ou trois fois ; 4) gratter les grandes lèvres avec un couteau non pointu jusqu'à ce qu'elles deviennent érythémateuses en s'assurant qu'il n'y a pas de saignement, ou 5) piquer et enlever un peu de tissu du clitoris ». (UNICEF, Philippines, 2016).</p>	Aucune loi spécifique contre les MGF/E.*
9	Russie	<p>Une étude de 2016 réalisée par Antonova et Siradzhudinova a documenté la poursuite de la pratique des MGF/E par les Avars dans le Daghestan oriental. Le rapport comprend des entretiens avec 25 survivantes et 17 expert.es familiarisés avec la pratique. Le rapport estime que la prévalence des MGF/E varie d'un district à l'autre, allant de 90 à 100 % dans les raïons de Botlikhski et de Tsunta à 50 % dans le raïon de Tliarata, avec près de 25 % des filles et des femmes ayant été soumises à des MGF/E ou qui sont à risque dans les raïons de Tsumadi et de Kizliar.</p> <p>Sur la base des statistiques de naissance, on estime qu'un total de 1 240 filles chaque année risquent d'être soumises à des MGF/E (Antonova et Siradzhudinova, 2018).</p>	Aucune loi spécifique contre les MGF/E.
10	Arabie saoudite	<p>La pratique des MGF/E est présente en Arabie saoudite, tant chez les femmes et les filles saoudiennes que chez celles issues de la diaspora ou des communautés immigrées, d'après les informations fournies par plus de 13 études de recherche (Almeer et al., 2021). Une étude portant sur 963 femmes à Djeddah entre décembre 2016 et août 2017 (Rouzi et al., 2019) a révélé que 18,2 % des femmes avaient subi des MGF/E. L'échantillon comprenait des femmes saoudiennes et immigrées, et 62,8 % des femmes ayant subi les MGF/E étaient soit saoudiennes, soit des femmes saoudiennes naturalisées. La majorité (68 %) des femmes souhaitait que la pratique des MGF/E cesse.</p> <p>Une enquête de 2018 sur les ménages dans la région de Haïl sur la côte ouest de l'Arabie saoudite a étudié un échantillon transversal de 365 ménages dans la région (Milaat, Ibrahim et Albar). Les données sur les MGF/E n'ont été collectées que pour les filles de moins de 18 ans. Sur les 285 filles de l'échantillon, 175 avaient subi des MGF/E, ce qui indique une prévalence de 80,3 % au sein de l'échantillon de l'enquête. Dans 91,4 % des cas, l'excision avait été pratiquée par des médecins.</p> <p>Une étude antérieure de 2008 (Alsibiani et Rouzi) a identifié l'existence d'un lien entre les MGF/E et les troubles sexuels chez les femmes.</p>	Aucune loi spécifique contre les MGF/E.

11	Singapour	<p>La pratique des MGF/E est documentée principalement au sein de la communauté des Malais singapouriens (qui représente 15 % de la population totale). Selon une enquête pilote auprès de 360 femmes musulmanes à Singapour menée en 2020 par End FGC Singapore, 75 % des femmes musulmanes de l'échantillon de l'étude avaient été excisées au cours de leur petite enfance. Parmi les 360 personnes interrogées lors de l'enquête, 57 % appartenaient à la communauté malaise, tandis que le reste s'identifiait comme appartenant aux communautés javanaise, indienne, bawéenne, arabe et à d'autres. Un article rédigé en 2015 par Marranci documente une étude qualitative de 2011 auprès d'environ 30 personnes malaises, y compris des survivantes, des hommes malais, des circonciseuses et des chefs religieux, qui a recueilli des preuves de l'existence et de la pratique des MGF/E au sein de cette communauté.</p>	Aucune loi spécifique contre les MGF/E.
12	Sri Lanka	<p>Une étude publiée en décembre de 2019 par Ibrahim et Tegal a interrogé 26 femmes, dont 20 ont déclaré avoir subi des MGF/E, tandis que quatre autres ont « supposé » qu'elles avaient subi cette procédure puisque c'était le cas de tous les membres de leur famille. Ces femmes appartenaient aux communautés ethniques maures, malaises et bohras. Une étude qualitative de 2021 comportant 221 participantes a indiqué que la pratique des MGF/E se poursuit, mais de manière clandestine, au sein des communautés musulmanes du Sri Lanka, les femmes plus âgées appelées <i>osthi mamis</i> étant les principales personnes à pratiquer des MGF/E (Dawson et Wijewardene).</p> <p>Des études antérieures, y compris une étude de 2012 de la CESAP, font également état de MGF/E pratiquées sur les bébés peu après la naissance.</p> <p>Aucune estimation de la prévalence n'est disponible.</p>	Aucune loi spécifique contre les MGF/E.
13	Thaïlande	<p>Une étude de 2008 réalisée par Merli documente la pratique de « sunat » au sein de la communauté musulmane dans le sud de la Thaïlande par le biais d'entretiens avec des bidan (sages-femmes/accoucheuses/circonciseuses locales) et en étant directement témoin d'un cas de MGF/E. Le projet Orchid et ARROW (2024) estiment que la prévalence des MGF/E dans la communauté musulmane du sud de la Thaïlande est similaire à celle de la communauté kélantane de Malaisie (où la prévalence est de 88,5 %) en raison des similitudes culturelles et religieuses entre ces communautés. Dans les observations présentées au Comité de la CEDAW (2024), le gouvernement thaï a noté que la pratique des MGF/circoncision (khitan) était encouragée par les principes islamiques en tant que pratique effectuée en échange de la vertu, bien qu'elle ne soit pas obligatoire.</p>	Aucune loi spécifique contre les MGF/E.

14	Émirats arabes unis	<p>Une étude de 2020 (Awar et Al-Jefout et al.) a révélé des informations tirées d'entretiens avec 1 035 personnes issues de l'ensemble des EAU, où 41,4 % des femmes interrogées ayant subi des MGF/E. L'étude a indiqué que le type I (62,8 %) était le plus répandu, suivi du type II (16,6 %) et du type III (5 %). Dans une étude antérieure de 2011 (Al Marzouqi) portant sur 100 femmes émiriennes, 34 % des femmes interrogées avaient subi des MGF/E. L'étude ne précise pas le type de MGF/E réalisé, notant simplement que le type commun pratiqué est celui où « seule une petite partie des organes génitaux féminins est enlevée ».</p> <p>Dans ses <u>Observations finales de 2022</u>, le Comité de la CEDAW auprès des EAU a noté avec inquiétude le manque de données complètes sur la prévalence des MGF/E dans le pays et a émis des recommandations relatives aux lois, à la sensibilisation et à l'éducation.</p>	Aucune loi spécifique contre les MGF/E.
15	Zambie**	<p>L'Enquête sur les comportements sexuels en Zambie (ZSBS, 2009), basée sur un échantillonnage aléatoire de 2 500 ménages, a révélé que 0,7 % des femmes interrogées avaient subi une MGF/E, ce qui représente une diminution par rapport à la prévalence de 4 % enregistrée au cours de la première <u>ZSBS de 2000</u>. D'après les résultats de la ZSBS, de nombreuses personnes interrogées qui ont déclaré avoir subi une MGF/E appartiennent à des communautés de la diaspora originaires d'autres pays. Les résultats de l'enquête ont également fait ressortir que certaines des femmes qui avaient déclaré avoir été « circoncises » pourraient avoir été soumises à un étirement/une élongation des lèvres.</p>	Disposition juridique spécifique interdisant les MGF/E.

* Les Philippines ont une disposition pénale concernant la mutilation des organes reproducteurs, qui pourrait potentiellement être utilisée pour s'appliquer aux cas de MGF/E.

** La Zambie a été incluse dans la catégorie III, au lieu de la catégorie I, bien qu'elle ait mené par le passé plusieurs enquêtes nationales représentatives auprès des ménages qui ont recueilli des données sur les MGF/E. Toutefois, la collecte de données sur les MGF/E par le biais d'enquêtes auprès des ménages a été interrompue ces dernières années, étant donné la faible proportion de la population pratiquante ; par conséquent, la Zambie a été retirée de la catégorie I.

MÉDICALISATION DES MGF/E

La «médicalisation» est définie par l'Organisation mondiale de la Santé en tant que situation dans laquelle des MGF/E sont pratiquées par un prestataire de soins de santé, que ce soit dans une clinique publique ou privée, au domicile ou ailleurs. La médicalisation des MGF/E s'explique par un certain nombre de facteurs tels que l'appartenance des professionnel.les de santé à des populations concernées par les MGF/E qui, de ce fait, soutiennent les mêmes croyances et les pratiques, la compensation financière ou la croyance selon laquelle les résultats de MGF/E médicalisées n'ont que peu de conséquences physiques et psychologiques négatives, voire aucune. Là où elles sont pratiquées, les MGF/E médicalisées sont souvent considérées, à tort, comme une alternative sûre, car elles sont réalisées dans un environnement stérilisé avec un accès à des produits anesthésiants. Toutefois, même pratiquées par des professionnel.les de santé, les MGF/E demeurent une violation de droits humains, une forme de violence fondée sur le genre avec des conséquences à court et à long terme, et cela contribue à la perpétuation de cette pratique. Le secteur de la santé joue un rôle important, non seulement pour soutenir les personnes ayant subi des MGF/E, mais également pour prévenir la poursuite des MGF/E, et sa pratique par des professionnel.les représente une grave violation du principe de déontologie médicale consistant à « ne pas nuire ».

Les dernières données du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) en 2024 indiquent que parmi les mutilations génitales féminines récemment pratiquées sur des filles, 66 % ont été réalisées par un agent de santé. Les MGF/E médicalisées sont de plus en plus répandues dans toutes les régions du monde, depuis la Russie, où des cliniques font la publicité pour des MGF/E médicalisées, jusqu'aux pays où la prévalence est élevée, comme l'Indonésie, le Kenya et l'Égypte, dans lesquels les MGF/E médicalisées sont considérées comme une alternative légitime. En Indonésie, seulement 62 % des MGF/E ont été réalisées par des médecins praticiens et la plupart du temps, elles sont proposées dans le cadre du plan d'accouchement ou par des cliniques spécialisées. Un autre développement inquiétant est la publication en 2024 d'une fatwa par le Conseil suprême éthiopien des affaires islamiques, qui soutient les MGF/E médicalisées à titre d'option plus sûre pour cette pratique. Cela montre que la médicalisation continue de justifier la pratique, ce qui entrave les progrès pour l'éliminer. En réalité, les éléments factuels indiquent que les agents de santé peuvent pratiquer des MGF/E de manière plus sévère que les praticiens traditionnels, comme le montrent des recherches menées en Indonésie.

Cette question est de plus en plus débattue au niveau mondial, car elle représente un obstacle à l'élimination des MGF. Par exemple, en reconnaissance du problème persistant que pose la médicalisation des MGF en matière d'élimination de ces dernières, le rapport de 2024 du Secrétaire général des Nations Unies rappelle aux États de ne pas faciliter la médicalisation ni de la pratiquer.



TROUVER DE L'ESPOIR FACE À L'HOSTILITÉ

GAMBIE

**Le nom de la personne évoquée dans ce récit a été modifié pour protéger sa confidentialité et son anonymat.*



L'HISTOIRE DE BINTA

« À l'époque, c'était une grande cérémonie dans ma ville, car les mutilations génitales féminines (MGF) n'étaient pas encore interdites. J'avais l'impression que l'on me fêtait, et je me souviens que j'étais avec mes amies et mes cousines. On nous a emmenées à l'écart, au site de cérémonie

(le *kota*), que nous appelions *Ngansimba*. Ma grand-mère ou peut-être ma tante m'a prise sur son dos tôt le matin, et il y avait beaucoup de percussions et de chants. On m'a bandé les yeux, mais je pouvais encore sentir la présence des gens autour de moi : les femmes qui me tenaient les mains et d'autres qui me prenaient les jambes. On m'a dit que ça ne ferait pas mal, que je ne devrais pas crier. Mais j'ai crié, une fois.

Ensuite, nous sommes restées dans ce *kota* pendant trois mois, tous les enfants ensemble. Le lieu n'était pas des plus confortables et, aujourd'hui, quand j'y repense, je réalise que ce n'était pas salubre non plus. Quand le moment de sortir est enfin arrivé, il y a eu une autre grande cérémonie. On nous a emmenées à la rivière, où nous nous sommes baignées et on nous a donné de nouveaux vêtements à porter. C'était là mon expérience des MGF.

En grandissant, je n'y voyais aucun mal. Entre enfants, nous taquinions en fait celles qui n'avaient pas eu de MGF, en leur donnant des surnoms pour marquer le fait qu'elles étaient différentes. J'y croyais parce que c'est ce qu'on nous avait appris. Mais les choses ont commencé à changer à mesure que je grandissais, surtout quand je suis devenue maman. Quand j'ai eu mon premier enfant, l'accouchement a été très difficile ; j'ai eu 33 points de suture. Je me souviens qu'une sage-femme gambienne avait informé le médecin à mon sujet. Ça n'avait pas de sens à l'époque, mais à présent je réalise que c'était à cause de la MGF que j'avais subie.

Plus tard, quand j'ai rejoint la campagne contre les MGF, des souvenirs ont commencé à ressurgir. Quand je passais à côté de la rue où se trouvait le *kota*, il y avait une odeur bizarre qui me rappelait des souvenirs que je ne comprenais pas complètement. Les gens parlent de troubles du stress post-traumatique ; peut-être que c'était ça. Ces souvenirs font partie de moi ; même adulte, ils me tourmentent parfois.

Quand j'ai commencé à dénoncer les MGF, je me suis heurtée à beaucoup de résistance, particulièrement de ma famille. Je viens d'une communauté où l'on pratique les MGF, et mes frères et sœurs avaient même pris leurs propres filles pour les soumettre à cette procédure. Les dirigeants religieux de la communauté m'ont accusée de contredire l'Islam, alléguant que l'Occident

me payait pour trahir notre culture. Je sortais de ces réunions communautaires en me remettant en cause, épuisée par ces accusations.

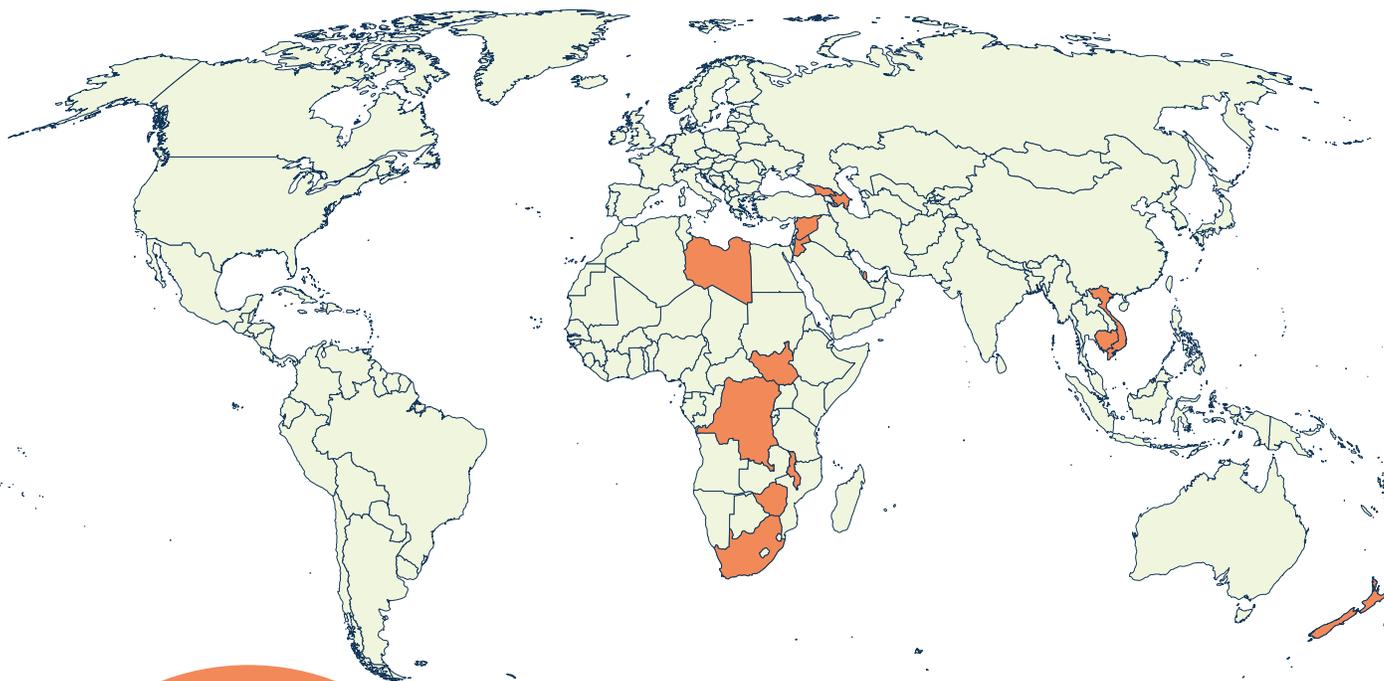
Un jour, après avoir accouché de mon deuxième enfant, je parlais devant une assemblée d'élèves dans une école à propos des MGF. Un enseignant s'est levé et a dit que j'étais une menteuse, m'accusant de propager de fausses informations contre de l'argent. Ce jour-là, j'ai fini par fondre en larmes devant tout le monde. Je pleurais, leur parlant de mon expérience et leur disant à quel point ma vie était difficile à cause des MGF. C'était l'un des moments les plus durs de ma vie, mais il a été décisif. J'ai réalisé que le fait de partager mon expérience pouvait aider les autres à comprendre la réalité des MGF.

La proposition d'annuler l'interdiction des MGF en Gambie a été un grand pas en arrière, qui a fait ressortir des divisions profondes et a forcé les militantes à revoir leur approche. Le manque de préparation a montré qu'il fallait immédiatement revoir la stratégie, pas seulement celle des organisations locales, mais également dans tous les secteurs, y compris du côté des donateurs et des partenaires internationaux. Compte tenu du renforcement du soutien du public en faveur des MGF, sans aucune redevabilité, le mouvement doit s'adapter pour empêcher que des problèmes similaires se propagent dans d'autres pays de la région.

J'ai résolument cherché à lutter contre les MGF de façon respectueuse, en reconnaissant les liens de cette pratique ancienne avec les croyances religieuses et culturelles. Les MGF ne peuvent pas être éliminées seules – elles se recoupent avec des questions communautaires telles que la violence sexuelle et fondée sur le genre, l'autonomisation économique des femmes, l'indépendance financière, l'éducation des filles et les grossesses en cours d'adolescence. Lorsqu'on s'engage auprès des communautés, ces questions doivent être traitées ensemble.

Nous devons retourner dans nos communautés, discuter avec elles et mener nous-mêmes des conversations honnêtes, dans le respect des traditions, de la culture et de la religion. Des progrès ont été accomplis, mais nous devons évaluer le travail et les investissements dans le cadre de la lutte contre les MGF afin de comprendre ce qui doit changer.

Des conversations honnêtes avec les communautés, les décideurs politiques et les militantes sont essentielles, et les hommes doivent participer à ces discussions, car ils dirigent les ménages et les espaces religieux. L'éducation à la religion et à l'indépendance financière habilite les femmes et protège nos filles, et je continue de le souligner dans mon travail, en vue de contribuer à éradiquer les MGF en Gambie.»



**PAYS AVEC
DES DONNÉES
DISPONIBLES SUR LES
MGF /E PROVENANT DE
RAPPORTS MEDIATIQUES
ET DE PREUVES
ANECDOTIQUES**

Cette catégorie inclut des données sur l'existence des MGF/E qui proviennent de rapports publiés dans les médias ainsi que de rapports d'agences des Nations Unies, d'observations finales et de soumissions à des organes des droits de l'Homme des Nations Unies, de rapports d'organisations de défense des droits humains et d'autres formes de preuves anecdotiques. Il est souvent difficile d'évaluer la qualité et la fiabilité des éléments factuels inclus dans cette catégorie, car les informations peuvent reposer sur des rapports médiatiques ou d'autres sources qui mentionnent l'existence de la pratique dans le pays sans fournir de détails sur les méthodes employées et les éléments qui sous-tendent les informations. Souvent, les gouvernements et les institutions internationales n'accordent pas suffisamment de poids à ces éléments factuels.

N° d'échantillon	Pays	Données disponibles	Statut juridique
1	Azerbaïdjan	En 2020, la militante Nurlana Jalil a mené des recherches préliminaires qui ont montré l'existence des MGF/E dans les régions du nord et du nord-ouest du pays ainsi que dans les villages isolés de Zagatala et Balakan (Jalil, 2020). Une enquête menée par l'organe médiatique <u>Current Time</u> en 2020 a également confirmé que les MGF/E sont pratiquées dans des régions reculées sur des filles de 2 à 3 ans par une exciseuse traditionnelle dans le cadre de cérémonies secrètes organisées par les mères ou les grands-mères de peuples du Nord-Caucase (Avars et Akhvakhs). Toutefois, il n'existe actuellement pas de données officielles ou cohérentes, et le sujet <u>reste tabou dans les communautés soupçonnées de pratiquer des MGF/E</u> (Media Az, 2020 ; Kavkazskii Ouzel, 2018).	Aucune loi spécifique contre les MGF/E.

2	Bahreïn	Le rapport de 2005 du Département d'État américain mentionne «plusieurs cas» de MGF/E signalés à la Société des droits humains du Bahreïn en 2004. Selon une enquête en ligne menée en 2013 (Shaeer & Shaeer) auprès de 992 participantes de 11 pays du Moyen-Orient, 8,3 % des femmes et filles participantes du Bahreïn avaient indiqué avoir subi des MGF/E. Toutefois, on ne connaît pas clairement le nombre exact de femmes du Bahreïn qui ont participé à l'enquête.	Aucune loi spécifique contre les MGF/E.
3	Brunéi Darussalam	Le ministère des Affaires religieuses a déclaré que la pratique de la «circoncision féminine» ou l'«excision du prépuce uniquement» survenait au Brunei et qu'elle était considérée comme <i>wajib</i> (obligatoire) par l'Islam. (Réponse à la liste de points au Comité des droits de l'enfant, 2015; USCIRF, 2021). Le Comité des Nations Unies pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (2014) et le Comité des droits de l'enfant (2016) se sont dits inquiets au sujet de la prévalence élevée des MGF/E et du déni de la nature grave de cette pratique. 73,8 % de la population du Brunei sont des musulmans malais, qui sont connus pour pratiquer les MGF/E en Malaisie voisine (Projet Orchid et ARROW, 2024).	Aucune loi spécifique contre les MGF/E.
4	Cambodge	La communauté Cham au Cambodge est connue pour pratiquer les MGF/E (Asia Network to end FGM/C), bien que les recherches sur cette pratique soient encore en cours (Zahari, Rashid et Iguchi), et aucune donnée ni aucune étude sur le sujet n'ont encore été publiées.	Aucune loi spécifique contre les MGF/E.
5	République démocratique du Congo	L'UNICEF a estimé en 2007 que la prévalence des MGF/E en République démocratique du Congo était inférieure à 5 %, malgré l'absence de données d'enquêtes. Selon un rapport sur le profil de genre des pays remontant à 2014 (fondé sur des entretiens avec des organisations locales), les «mutilations génitales féminines [dans la province de l'] Équateur, où elles ont été pratiquées par le passé, enregistrent un déclin majeur». En 2017, le Comité des droits de l'enfant a exprimé des inquiétudes sur la persistance des MGF dans certaines régions du pays, particulièrement à Mweso dans le Nord-Kivu, où la pratique ne fait l'objet d'aucun rapport.	Disposition pénale spécifique interdisant les MGF/E.
6	Géorgie	Des rapports médiatiques indiquent que la communauté ethnique des Avars, largement présente en Géorgie orientale, pratique les MGF/E. (IWPR, 2016). Une étude de 2018 réalisée par Gupta et al. a interrogé 330 hommes et femmes de l'ensemble de la Géorgie, dont 14 membres de la communauté ethnique des Avars. Selon les participantes, les autres communautés ethniques en Géorgie ne pratiquaient pas les MGF/E, bien que les femmes âgées de la communauté des Avars aient toutes indiqué avoir subi une MGF/C de type la (retrait du capuchon du clitoris/prépuce). Bien que les participantes aient indiqué que la pratique des MGF/E avait diminué au cours de la génération actuelle des Avars, des expertes interrogées ont noté que cette réduction perçue pourrait découler de pénalités juridiques, qui pourraient avoir poussé la pratique à être réalisée clandestinement.	Disposition pénale spécifique interdisant les MGF/E.

7	Jordanie	Un seul article d'actualité de 2003 signale l'existence des MGF/E dans la ville de Rahmah, qui compte 500 habitant.es (Daily Star, 2003). Selon une enquête en ligne de 2013 (Shaeer & Shaeer) auprès de 992 participantes de 11 pays du Moyen-Orient, 7,4 % des femmes participantes de Jordanie ont signalé avoir subi des MGF/E. Toutefois, on ne connaît pas clairement le nombre exact de femmes en Jordanie qui ont participé à l'enquête. Une étude de 2022 du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) a également montré que les MGF/E sont encore pratiquées par les personnes en situations d'exil soudanaise et somaliennes en Jordanie.	Aucune loi spécifique contre les MGF/E.
8	Libye	Selon une enquête en ligne de 2013 (Shaeer & Shaeer) auprès de 992 participantes de 11 pays du Moyen-Orient, 8,1 % des femmes participantes de Libye ont signalé avoir subi des MGF/E. Toutefois, on ne connaît pas clairement le nombre exact de femmes de Libye qui ont participé à l'enquête. Le rapport de 2007 sur les droits humains dans les pays du Département d'État américain indique que les MGF/E surviennent dans les « zones reculées du pays au sein de communautés de migrants africains », et son rapport de 2018 note également que, même si « les MGF/E n'étaient pas socialement acceptables parmi les Libyens », certaines populations de migrants en Libye provenaient de pays d'Afrique subsaharienne, où elles sont pratiquées.	Aucune loi spécifique contre les MGF/E.
9	Malawi	Le Comité des Nations Unies pour les droits de l'Homme en 2014 s'est dit inquiet au sujet de « signalements sur la prévalence de la pratique des mutilations génitales féminines dans certaines régions », une préoccupation à laquelle le Comité des Nations Unies pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes a fait écho en 2023 . Des rapports médiatiques (The Nation, 2013 ; The Chronicle, 2006) et des rapports du Département d'État américain (2017) ont indiqué que les MGF/E surviennent au sein de petites communautés ethniques dans le sud du Malawi. La plupart des filles ayant subi une MGF/E ont 10 à 15 ans, et le type de MGF/E employé consisterait à couper l'extrémité du clitoris (Type I).	Aucune loi spécifique contre les MGF/E.
10	Nouvelle-Zélande	Les communautés de la diaspora vivant en Nouvelle-Zélande comprennent des groupes qui sont connus pour pratiquer les MGF/E, en particulier les communautés provenant d'Égypte, d'Érythrée, d'Éthiopie, d'Indonésie, d'Irak et de Somalie. Les chiffres des recensements de 2013 estiment qu'environ 4 400 femmes de plus de 15 ans proviennent de ces communautés (Said et al., 2018). Cependant, il n'y a aucune donnée ni aucune statistique exacte sur le nombre de femmes ayant subi des MGF/E en Nouvelle-Zélande ni aucun élément factuel montrant que les MGF/E sont pratiquées en Nouvelle-Zélande.	Disposition pénale spécifique interdisant les MGF/E.

11	Qatar	Selon une enquête de 2021 auprès d'obstétriciennes au Qatar, 88 d'entre eux ont indiqué avoir traité des patientes qui avaient subi des MGF/E, principalement des femmes de pays tels que le Soudan, l'Égypte, l'Éthiopie et la Somalie qui résident au Qatar. Point essentiel, 19 % des obstétriciennes ont déclaré réalisaient une réinfibulation sur demande après un accouchement. (Naz & Lindow). Il n'y a aucune autre donnée ni aucun autre élément factuel sur la pratique au Qatar. Un rapport sur un cas médical de 2007 (Ahmed & Abushama) documente également les complications médicales auxquelles une femme ayant subi une MGF/E de type III et vivant au Qatar a été confrontée (il semble qu'elle provenait de la diaspora).	Aucune loi spécifique contre les MGF/E.
12	Afrique du Sud	Certains éléments factuels montrent que les MGF/E sont pratiquées au sein de quelques groupes ethniques, notamment le peuple Venda dans la province de Limpopo (Manabe, 2010 ; Kitui, 2012), et de communautés ethniques dans la région du Cap-Oriental (SABC, 2019), ainsi que de communauté de la diaspora en Afrique du Sud (Mswela, 2009). Selon une étude auprès de 51 gynécologues en Afrique du Sud, 70 % d'entre eux avaient traité des patientes qui avaient subi des MGF/E, illustrant une exposition accrue aux MGF/E en raison de la migration (Subrayan, 2019). Les médecins ont appelé à des recherches complémentaires sur les MGF/E en Afrique du Sud (Smillie, 2022).	Disposition pénale spécifique interdisant les MGF/E.
13	Soudan du Sud	En 2015, une étude de l'UNICEF a estimé à 1 % le taux de prévalence des MGF/E au Soudan du Sud. Elle notait également que 80 % de la population du Soudan du Sud n'approuvaient pas la pratique. La pratique des MGF/E a été observée dans les régions du nord du pays, à la frontière avec le Soudan (Projet Orchid, 2020 ; Comité des droits de l'enfant, 2022), y compris dans des camps de réfugiés (Danish Refugee Council, 2014).	Disposition pénale spécifique interdisant les MGF/E.
14	Syrie	Selon une enquête en ligne menée en 2013 (Shaeer et Shaeer) auprès de 992 participantes de 11 pays du Moyen-Orient, 8,3 % des femmes participantes de Syrie avaient indiqué avoir subi des MGF/E. Toutefois, on ne connaît pas clairement le nombre exact de femmes de Syrie qui ont participé à l'enquête. En revanche, une étude de 2016 menée par Pharos, qui comprenait une étude documentaire et des conversations avec certain.e expert.e (aucun entretien direct avec des femmes syriennes), a conclu que « [l]es activités de recherche n'ont pas permis d'obtenir des informations fondées selon lesquelles les MGF sont une pratique traditionnelle en Syrie ».	Aucune loi spécifique contre les MGF/E.
15	Vietnam	La communauté Cham au Vietnam est connue pour pratiquer les MGF/E (Iguchi, 2022), mais les recherches sur la pratique sont toujours en cours et il n'y a pas de données ou de recherches publiées à disposition.	Aucune loi spécifique contre les MGF/E.
16	Zimbabwe	Des articles d'actualité de 2016 (The Herald) documentent l'« excision » parmi la communauté Tonga à Binga, où elle était pratiquée pour faciliter la conception chez les femmes qui ne parvenaient pas à tomber enceintes, bien que d'autres articles indiquent une prévalence plus importante au sein de la communauté (Amakhosikazi Media, 2019). Par le passé, l'infibulation (MGF/E de type III) a été documentée au sein du petit groupe ethnique Remba dans la province de Midlands (Rapporteuse spéciale des Nations Unies sur la violence à l'égard des femmes, 2003).	Disposition pénale spécifique interdisant les MGF/E.

PAYS AVEC DES ÉLÉMENTS FACTUELS HISTORIQUES INDIQUANT LA PRATIQUE DES MGF/E

que les MGF/E ont été pratiquées au sein de la population native au cours de la dernière génération. Toutefois, il n'y a que peu d'éléments probants, voire aucun, confirmant que la pratique a disparu ou qu'elle se poursuit. Des études complémentaires sont requises dans ces pays pour confirmer si les MGF/E y sont pratiquées ou non.

Israël : Des études passées ont documenté la pratique des MGF/E en Israël chez les tribus de Bédouins ([Belmaker, 2012](#) ; [Halila et al., 2009](#) ; [Asali et al., 2009](#)). Cependant, le gouvernement israélien, [dans une soumission adressée au Secrétaire général des Nations Unies](#) en mai 2024, a signalé que la pratique avait été complètement éradiquée en Israël et qu'aucune MGF/E n'avait été réalisée dans le pays au cours des dix dernières années. C'est ce que confirmaient les études universitaires précitées, qui n'avaient trouvé aucun élément probant montrant la pratique des MGF/E chez les jeunes générations.

Pérou : La pratique de l'introcision a été signalée par le passé chez les Conibos, une division des indiens panos au Pérou ([Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'Homme \[HCDH\], 1995](#)). L'introcision a été décrite comme une pratique par laquelle une femme âgée utilise un couteau en bambou pour « couper autour de l'hymen à partir de l'entrée du vagin et séparer l'hymen des lèvres, exposant en même temps le clitoris. Des herbes médicinales sont appliquées ». Un film documentaire de 2017 ([Chua](#)) documente l'existence des MGF/E chez le peuple Shipibo au Pérou sous forme de clitoridectomie (MGF/E de type I). Les membres de la communauté ont toutefois signalé que la pratique avait été réalisée pour la dernière fois il y a environ 40 ans et que la communauté l'avait abandonnée ([Tomazoni et Garbini Both, 2018](#)). Aucun élément factuel récent du Pérou ne permet de documenter la persistance des MGF/E dans le pays. Dans sa [soumission au Secrétaire général des Nations Unies](#) en 2024, le gouvernement péruvien a confirmé qu'aucun élément probant n'était actuellement disponible sur la pratique des MGF/E dans le pays.

Brésil et Mexique : Selon un rapport de 1995 du Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'Homme, l'« introcision » est pratiquée au Brésil et dans l'est du Mexique ([HCDH, 1995](#)). En général, l'introcision se définit comme l'élargissement ou le déchirement de l'ouverture du vagin et, dans certains cas, du périnée également. La pratique de la clitoridectomie (MGF/E de type I) a été signalée par le passé dans l'ouest du Brésil et au Mexique, jusqu'à la fin des années 1970 ([Rushwan, 2013](#)), bien que les éléments factuels permettant d'établir la pratique actuelle soient insuffisants.

L'introcision a également été documentée par le passé chez les peuples autochtones Pitta-Patta d'Australie ([HCDH, 1995](#)). On ne sait pas si la pratique se poursuit.

Par ailleurs, certaines informations factuelles montrent que des communautés blanches aux États-Unis et au Royaume-Uni sont soumises au MGF/E, car les médecins prescrivaient une clitoridectomie (MGF/C de type) pour guérir l'hystérie, les maladies mentales et la masturbation aux XIX^e et XX^e siècles. Certains éléments anecdotiques récents indiquent que des MGF/E sont pratiquées au sein de communautés chrétiennes conservatrices aux États-Unis. Veuillez consulter l'histoire de Renee à la [page 16](#) pour des détails complémentaires. Toutefois, aucune autre donnée n'est disponible.

UNE MÈRE, UNE LEADER ET UNE VOIX POUR LE CHANGEMENT

COLOMBIE

**Le nom de la personne évoquée dans ce récit a été modifié pour protéger sa confidentialité et son anonymat.*



L'HISTOIRE DE ANA

«Je m'appelle Ana. Je suis mariée, mère de dix enfants et je suis fière d'être une femme Embera Katio. Je vis dans un petit quartiers Embera à Pueblo Rico, Risaralda. C'est là que j'ai grandi, entourée de nos traditions, mais mon parcours n'a pas été simple. Il a été marqué par des difficultés et des décisions qui m'ont amenée à un stade où je me sens suffisamment forte pour dénoncer les pratiques qui font du mal à nos femmes et à nos filles.



Dans notre communauté, on a souvent dit aux femmes de se taire, d'obéir et d'accepter la vie telle qu'elle est. Les décisions reviennent généralement à nos maris et, pendant longtemps, je pensais que c'était simplement l'ordre des choses. Mon mari, contrairement aux autres hommes, m'a soutenue dans la poursuite de ma carrière et de mon éducation. C'est un homme bon, différent des autres qui dominent ou maltraitent leur femme. Je me considère chanceuse à ce niveau, mais je pense encore que la voix des femmes est dévalorisée. En grandissant, j'ai commencé à remettre en cause le pourquoi des choses de la vie, particulièrement en ce qui concerne nos filles.

Les femmes de notre communauté gardent un secret que je ne peux décrire que comme une plaie cachée, une pratique que nous appelons "le traitement". Cette pratique, que d'autres appellent les mutilations génitales féminines (MGF), est réalisée sur des filles nourrissons, souvent sans que la mère en soit informée ou y ait consenti. Ma première expérience de cette pratique a été au moment de la naissance de ma fille. Après la naissance, ma belle-mère, une sage-femme, l'a emmenée, disant qu'elle allait s'occuper d'elle pendant que je me reposais. Quand elle a ramené ma fille, celle-ci semblait avoir mal et pleurait, inconsolable. Personne n'a répondu à mes questions, ou on me disait que je « ne comprendrais pas ».

Au fil du temps, j'ai fini par comprendre ce qu'était réellement « l'ablation ». L'idée qui la sous-tend est que les filles qui ne sont pas « guéries » finiront par devenir des femmes faciles ou indésirables pour le mariage. Dans notre communauté, une fille qui est différente, qui n'a pas été soumise à ce rituel, est confrontée à des jugements et même à la violence. La crainte de cette violence incite de nombreuses familles à poursuivre la pratique, même si cela les met mal à l'aise. Mais je ne peux pas ignorer la douleur qu'elle cause, le préjudice de toute une vie. Cela ne fait pas partie de notre véritable culture Embera ; notre culture est dans nos danses, notre langue ou nos tissages. Cette pratique est autre chose, un héritage sombre de l'ère coloniale.

J'ai survécu aux MGF, mais je ne savais pas ce que c'était jusqu'à ce que je grandisse. Mon corps en porte la preuve, mais je ne comprenais pas pleinement jusqu'à ce que je commence à découvrir davantage d'informations sur le sujet. Je suis l'une de celles qui ont eu de la chance. En 2007, la pratique des MGF a suscité une attention nationale après la mort de plusieurs filles nourrissons à l'hôpital suite "au traitement". Des représentants gouvernementaux se sont rendus dans nos communautés pour en parler, et c'est alors que j'ai réalisé à quel point la pratique était répandue et dangereuse. J'ai commencé à en parler, d'abord à ma famille, puis à ma communauté.

C'était avec ma quatrième fille que j'ai enfin pu prendre une décision. J'ai dit à la sage-femme : « Non. Vous n'allez pas le faire. » Ce moment a marqué un tournant et, depuis, je travaille sans relâche pour protéger mes filles et mes petites-filles contre cette pratique. Cela n'a pas été facile. Dans ma communauté, les MGF sont maintenues secrètes. Les sages-femmes n'en parlent pas ouvertement et les hommes déclarent souvent ne rien savoir sur le sujet. Même le fait d'aborder le sujet suscitait de la résistance. On m'a prévenue que je pourrais être punie et on m'a menacée de me mettre au pilori si j'osais remettre en cause nos coutumes. Mais je ne pouvais pas rester sans rien dire, alors que je connaissais la douleur causée par cette pratique.

Mes filles comprennent aujourd'hui les risques des MGF. Je leur ai parlé, à mes belles-filles et même à mes neveux ainsi qu'à leurs épouses. Je leur dis que cette tradition n'est pas la nôtre et que personne n'a le droit de faire du mal au corps d'une fille. J'ai trouvé un soutien chez d'autres femmes qui, inspirées par mes actions, ont commencé à dire : « Si Ana peut le faire, nous aussi. » Ensemble, nous formons une résistance discrète, conversation par conversation.

En tant qu'enseignante, je bénéficie d'une plateforme pour atteindre plus de personnes. Mais je ne veux pas me contenter de parler. Je suis actuellement une formation de sage-femme afin de pouvoir empêcher que cela arrive à d'autres filles. Je participe aux réunions organisées par le Congrès colombien, où un projet de loi contre les MGF est en attente d'adoption. Je pense que le changement est possible. Notre communauté a besoin d'éducation sur les droits des femmes, l'autonomie corporelle et les conséquences des MGF. Nous avons besoin d'espaces sûrs pour parler ouvertement, où tant les anciens que les jeunes peuvent partager leurs perspectives.

La route est semée d'embûches. Notre communauté est confrontée à de nombreux défis : les déplacements, la malnutrition, les mariages forcés des filles dès l'âge de 12 ans, et un manque d'éducation. Tous ces problèmes génèrent un cycle de pauvreté et de violence qui perpétue les pratiques telles que les MGF. Si nous parvenons à remédier à ces causes profondes, je pense que nous pourrions bâtir un avenir où les filles sont en sécurité et grandissent en préservant leur intégrité corporelle, sans cicatrices.

Pour l'heure, je demeure une voix dans le noir, dénonçant une pratique néfaste que d'autres personnes souhaitent maintenir cachée. Je n'ai pas peur de ce qu'elles pourraient dire ou faire, car je pense que si les hommes ont raison, les femmes aussi. Et nous avons le droit d'être entendues, de protéger nos filles et de préserver leur sécurité. C'est là ma mission, ma promesse pour la prochaine génération, et je n'abandonnerai pas.»



CONCLUSION

Comme le souligne ce rapport, certains éléments factuels montrent que les MGF/E sont pratiquées dans plus de 94 pays avec pour objectif du présent rapport de souligner la nature mondiale des MGF/C et de faire valoir la nécessité d'une réponse transrégionale complète. Nous espérons que ce rapport servira de référence pour orienter les efforts d'éradication des MGF/E à tous les niveaux, en soutenant les gouvernements dans leurs initiatives et en leur demandant des comptes tout en protégeant les femmes et les filles contre les violations de leurs droits humains fondamentaux et pouvoir vivre sans violence.

Au travers de l'ODD 5.3, la communauté internationale s'est engagée à éliminer les MGF/E d'ici 2030, mais à seulement cinq ans de l'échéance, nous ne sommes pas du tout en bonne voie de le réaliser. Selon le FNUAP, près de 4,4 millions de filles, plus de 12 000 par jour, sont exposées aux MGF/E à l'échelle mondiale. À moins d'intensifier les efforts visant à éradiquer cette pratique, les prévisions indiquent que le nombre de filles à risque augmentera à 4,6 millions en 2030. De manière spécifique, pour éliminer les MGF/E d'ici 2030, les progrès devraient être 27 fois plus rapides que le rythme observé au cours des dix dernières années. Même ces chiffres alarmants sont inadéquats, car ils ne tiennent pas compte des pays où aucune donnée nationale sur la prévalence n'est disponible, comme le souligne le présent rapport.

Depuis la publication du dernier rapport, des efforts mondiaux unifiés ont été déployés pour sensibiliser aux MGF/E et pour mettre en œuvre des politiques ciblant ces pratiques à tous les niveaux – international, régional, national et étatique. Un certain nombre de pays, dont le Burkina Faso, le Liberia et le Kenya, ont réalisé d'importants progrès dans la réduction de la prévalence des MGF/E. En 2024, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté le Pacte pour l'avenir, qui exhorte

**SEULEMENT 59
PAYS (62 %)
ONT DES LOIS
SPÉCIFIQUES
INTERDISANT
LES MGF /E.**

les États membres à lutter contre les MGF/E. Les mécanismes internationaux de défense des droits humains, comme les comités d'experts des organes conventionnels et l'Examen périodique universel du Conseil des droits de l'Homme, ont renforcé leurs recommandations sur les MGF/E, notamment pour les pays qui n'avaient jusque-là pas reçu de telles orientations.

Pourtant, seulement 59 (62 %) pays disposent de lois spécifiques contre les MGF/E, et les femmes et les filles se heurtent de plus en plus à des reculs dans les droits et les protections juridiques contre les MGF/E qui ont été durement acquis.

En 2025, la nécessité d'investissements financiers et matériels de la part du gouvernement restera largement inchangée. Le secteur a besoin de financements substantiels réservés qui permettent de faire face à la nature complexe des MGF/E, comme l'indique la Déclaration de Kigali 2023 pour combler le déficit de financement et United for Action to end FGM/C. Selon le FNUAP, un investissement de 3,3 milliards de dollars US est nécessaire pour éradiquer les MGF/E d'ici 2030 dans 31 pays prioritaires – une sous-estimation évidente étant donné que cela ne couvre pas les financements requis dans plus de 60 autres pays où l'on sait que des MGF/E sont pratiquées. Pourtant, seulement 275 millions de dollars US sont actuellement disponibles dans le cadre de l'assistance au développement en vue d'éliminer les MGF/E, soit un déficit de plus de 3 milliards de dollars US.

Il est possible de faire cesser la pratique des MGF/E, une violation des droits humains perpétrée en secret et profondément ancrée dans les communautés. Historiquement, l'instauration d'un changement social transformateur nécessitait une approche collaborative, collective et à plusieurs volets, qui comprenait des réformes sociales, des protections juridiques solides, des droits positifs et des changements systémiques. L'éradication des MGF/E requiert elle aussi une telle approche. Il est évident que des protections juridiques pour garantir des droits humains justiciables constituent une étape essentielle et fondamentale.

Les recommandations du *Rapport mondial 2020* conservent toute leur urgence et continuent de s'appliquer aux programmes, aux engagements et aux obligations déjà en place relative à l'élimination des MGF/E. La mise en œuvre de ces recommandations demeure la responsabilité d'une multitude d'acteur.ices, en particulier les gouvernements, dont le pouvoir, les ressources et l'influence sur les sociétés qu'ils sont tenus de gouverner sont considérables. Toutefois, la pratique des MGF/E est profondément ancrée dans des normes sociales sexospécifiques qui nécessitent la collaboration et la participation effective des membres de la famille, des parents, des professionnel.les médicaux, des éducateurs, des pourvoyeurs de soins, des conjoints, des organes chargés de faire appliquer la loi, des juges, des avocats, des travailleurs sociaux, des décideurs politiques, des dirigeants religieux et traditionnels et d'autres membres de nos communautés afin qu'ils soient informés et prêts à agir contre cette pratique de façon durable.

À cette fin, nous appelons de toute urgence les gouvernements, la communauté internationale et les donateurs à agir dans les domaines suivants :

- renforcer l'engagement politique mondial en faveur de l'élimination des MGF/E;
- augmenter de toute urgence les ressources et les investissements visant à éliminer les MGF/E et à soutenir les personnes qui y ont survécu;
- renforcer la base d'éléments factuels documentant l'ampleur de la pratique à l'échelle mondiale par le biais de recherches critiques;
- promulguer et appliquer des lois et des politiques nationales complètes;
- améliorer le bien-être des personnes ayant survécu à des MGF/E en leur fournissant un soutien et des services nécessaires et essentiels.

BRISER LES TABOUS, LANCER DES CONVERSATIONS SUR LES MGF / E

MALDIVES

**Le nom de la personne évoquée dans ce récit a été modifié pour protéger sa confidentialité et son anonymat.*





L'HISTOIRE DE FATIMA

«J'ai 28 ans et je viens d'Hithadhoo aux Maldives. Mon enfance a été à la fois surprotégée et aimante, avec des parents qui étaient tous deux conservateurs, mais attentionnés, qui m'ont protégée et gâtée. Aujourd'hui,

je travaille dans le secteur de l'hôtellerie et je vis dans un hébergement pour le personnel d'un centre touristique où j'ai passé les huit derniers mois.

Bien que je n'aie pas été à l'université, mes 15 années de scolarité ont été formatrices dans le façonnement de ma perspective.

Dans mon temps libre, je pratique des activités artisanales. Ma créativité me reconforte et me permet de m'exprimer, particulièrement quand je pense à mon parcours et à mon expérience des *'anhenun hithaanu kurun'* (mutilations génitales féminines/excision – MGF/E), une pratique que j'ai fini par comprendre et à laquelle je m'oppose fermement.

Quand j'étais petite, on m'a soumise à une procédure et, plus tard, on m'a révélé qu'il s'agissait des MGF/E. Je n'ai aucun souvenir de l'événement lui-même, je ne sais que ce que l'on m'a décrit. À 16 ou 17 ans, j'ai appris que j'avais subi une «procédure» quand j'étais enfant. Toutefois, ce n'est qu'en 2023 que j'ai compris la nature véritable de ce qui m'avait été fait.

C'est un médecin qui avait réalisé la procédure, et aujourd'hui je comprends que l'intention était de retirer une fine couche de mon corps. Ma famille ne connaissait pas les détails de la procédure ni ses implications concrètes. C'était quelque chose dont je n'étais pas informée, quelque chose qui m'était arrivé sans que j'y consente ou que je comprenne. Quand j'ai fini par découvrir la vérité, je me suis sentie profondément meurtrie. Je pense que cette pratique est injuste, et ses conséquences sont sous-estimées.

Les effets physiques des MGF/E se sont prolongés, mais j'ai eu la chance de ne pas souffrir d'une détresse émotionnelle majeure en dehors de la douleur initiale lorsque j'ai appris la vérité.

J'ai toujours pensé que les MGF/E étaient inutiles et ma position contre cette pratique n'a pas changé. Aucune raison médicale ou anatomique ne la justifie. Cette conviction alimente ma résistance discrète et mon espoir d'un avenir sans l'ombre de cette pratique.

Aux Maldives, le sujet des MGF/E n'est pas souvent abordé. Étant donné qu'elles sont considérées comme un tabou, il est difficile d'en discuter ouvertement. Bien que j'aie pu discuter de mon expérience avec certains proches, ce n'est pas un sujet qui est ouvertement reconnu ou débattu dans les familles ou les communautés.

La pratique a souvent été liée à la religion, ce qui complique les efforts visant à la remettre en cause. Certaines sensibilités culturelles et politiques sont rattachées à ce problème, particulièrement lorsque la religion est invoquée pour le justifier. Si les MGF/E sont réintroduites un jour sous prétexte d'une nécessité religieuse, je crains que cela génère des conflits culturels et politiques dans une société dont la dynamique est déjà complexe.

Bien que mon plaidoyer se soit limité à des conversations personnelles, je suis déterminée à ce que personne près de chez moi ne subisse cette procédure. J'espère que les campagnes de sensibilisation pourront briser le tabou relatif aux MGF/E et qu'elles encourageront des discussions ouvertes et une éducation sur ce sujet.

Je pense que les Maldiviens sont suffisamment éduqués et capables de prendre position contre cette pratique. Toutefois, comme pour de nombreux autres problèmes, les MGF/E risquent d'être politisées, ce qui pourrait entraver les progrès.

J'entrevois un avenir dans lequel non seulement les MGF/E sont éradiquées, mais également des conversations sur ce sujet peuvent se tenir sans crainte ni stigmatisation. Il faut donner la priorité aux campagnes de sensibilisation et à l'éducation, et le discours relativement à la pratique doit changer.

Le parcours vers l'élimination des MGF/E sera long et difficile, mais j'espère que la pratique ne reviendra jamais et qu'elle sera totalement éradiquée.

« LES MGF / E NE SONT PAS UN SUJET LARGEMENT DÉBATTU. ELLES SONT CONSIDÉRÉES COMME TABOUES, CE QUI REND LES CONVERSATIONS OUVERTES À LEUR SUJET DIFFICILES. »



RECOMMANDATIONS

1. RENFORCER L'ENGAGEMENT POLITIQUE MONDIAL EN FAVEUR DE L'ÉLIMINATION DES MGF/E

L'engagement politique est essentiel pour mettre fin aux MGF/E. Le présent rapport exhorte les gouvernements, la communauté internationale et les bailleurs de fonds à :

- Examiner leur engagement en faveur de l'élimination des MGF/E à l'échelle mondiale.
- Reconnaître que les MGF/E constituent une grave violation des droits humains, une forme de violence à l'égard des femmes et des filles et une manifestation des inégalités entre les genres.
- Reconnaître que les MGF/E surviennent sur tous les continents, sans égard à la culture, à la classe socioéconomique, au statut éducationnel, à la religion ou à l'appartenance ethnique ; faire des efforts d'élimination des MGF/E une priorité mondiale.
- S'abstenir de stigmatiser une communauté, une culture ou une religion affectée spécifique et veiller à ce que toutes les interventions considèrent les inégalités entre les genres comme la cause à l'origine des MGF/E.
- Appliquer et mettre en œuvre une politique de tolérance zéro relativement aux MGF/E, sans égard au type ou à la forme de MGF/E pratiquée ou à la gravité perçue de l'ablation, car toutes les formes de MGF/E sont profondément ancrées dans les inégalités entre les genres et, quelles que soient leurs conséquences physiques, elles ont un impact psychologique sur les femmes et les filles.
- Procéder à des signalements de la prévalence des MGF/E au niveau des pays et prendre des mesures pour éradiquer cette pratique dans chaque pays, afin de se conformer à l'indicateur 5.3.2 des ODD.
- Veiller au suivi de la mise en œuvre de ces recommandations et à ce que des mécanismes de redevabilité clairs soient en place pour surveiller les progrès et l'affectation des ressources.

2.

AUGMENTER DE TOUTE URGENCE LES RESSOURCES ET LES INVESTISSEMENTS VISANT À ÉLIMINER LES MGF/E ET À SOUTENIR LES PERSONNES QUI Y ONT SURVÉCU

Il est reconnu que les efforts actuels visant à éliminer les MGF/E souffrent de graves déficits de ressources. Actuellement, les financements ne tiennent pas suffisamment compte de tous les pays où se pratiquent les MGF/E, en particulier certains des pays évoqués dans ce rapport. Si nous souhaitons mettre fin aux MGF/E, nous devons étendre de toute urgence les investissements afin d'assurer une protection et un soutien appropriés à toutes les femmes et les filles.

Nous appelons donc les gouvernements, la communauté internationale et les donateurs à :

- Étendre les investissements mondiaux consacrés aux efforts d'élimination des MGF/E.
- Veiller à ce que les ressources soient également investies dans des programmes d'élimination des MGF/E dans les pays qui n'ont traditionnellement pas été priorités, notamment en Asie et au Moyen-Orient.
- S'assurer de la disponibilité d'opportunités de financement qui permettent de surmonter les obstacles géographiques, en facilitant des projets et des initiatives qui couvrent la complexité des MGF/E, par le biais d'interventions transnationales et transfrontières plus complètes.
- Privilégier l'affectation des ressources au profit des interventions locales dirigées par les communautés et soutenir la durabilité de l'engagement communautaire par le biais de financements adéquats qui tiennent compte des réalités opérationnelles des organisations et des initiatives communautaires.
- Garantir des financements étendus pour former les professionnels dans tous les secteurs pertinents (par exemple, santé, travail social, asile, éducation [y compris l'éducation sexuelle], application de la loi, justice, protection de l'enfance et médias et communication) à la manière de répondre efficacement aux cas de MGF/E et de violence à l'encontre de femmes et de filles et assurer des soins adéquats et holistiques ainsi qu'une protection pour les survivantes et pour les femmes et les filles à risque.
- Obtenir des financements pour les initiatives et les mouvements dirigés par des jeunes, afin de s'assurer qu'ils peuvent être des acteurs à part entière du changement, en vue d'éliminer les MGF/E au cours de la génération actuelle.

3.

RENFORCER LA BASE D'ÉLÉMENTS FACTUELS PAR LE BIAIS DE RECHERCHES ESSENTIELLES

Comme l'indique le présent rapport, la prévalence et la pratique des MGF/E à l'échelle mondiale font l'objet d'importantes lacunes de données. Il est extrêmement important de disposer de données fiables sur la prévalence des MGF/E, car ces données peuvent être utilisées pour déclencher et guider l'action d'élimination des MGF/E, évaluer les progrès accomplis en matière de prévention, mesurer l'efficacité des interventions de lutte contre les MGF/E et garantir la redevabilité et l'influence de l'affectation des ressources mondiales en vue de mettre fin aux MGF/E.

À ce propos, nous appelons les gouvernements, la communauté internationale et les donateurs à :

- Augmenter et maintenir les financements destinés aux études sur les MGF/E, notamment en privilégiant les pays où se pratiquent les MGF/E, mais qui n'ont pas traditionnellement été associés à ces pratiques.

Nous appelons spécifiquement les gouvernements et la communauté internationale (dont l'UNICEF, qui a pour mandat de garantir la mise en œuvre de l'indicateur 5.3.2 des ODD) à :

- Comblent les lacunes de données en dehors des 31 pays qui disposent des données nationalement représentatives sur la prévalence des MGF/E et générer des données plus fiables sur la prévalence de la pratique dans le monde.
- Générer des données nationalement représentatives sur les MGF/E dans les pays où certains éléments factuels documentent une pratique répandue des MGF/E à l'échelle nationale – par exemple, en Malaisie, à Oman, en Iran et à Brunéi Darussalam –, y compris par l'utilisation de modules sur les MGF/E dans le cadre des enquêtes démographiques et sanitaires ou en grappes à indicateurs multiples d'un pays. Dans les pays où la pratique des MGF/E est plus localisée, générer des données plus solides, soit par le biais d'enquêtes nationalement représentatives, soit au travers d'enquêtes/d'études de recherche spécifiques, qui produisent des données exactes, fiables et complètes relativement à la pratique des MGF/E dans une ou plusieurs communauté(s) ou région(s) spécifique(s) du pays.
- Améliorer les estimations indirectes disponibles sur les MGF/E en garantissant l'utilisation de méthodologies plus rigoureuses, en utilisant des méthodes cohérentes entre les pays pour faciliter la comparaison des données et en actualisant systématiquement les estimations indirectes à des intervalles réguliers.
- Adopter des lois et des politiques qui intègrent des dispositions afin que les institutions de santé nationales recueillent des données exactes et fiables sur la prévalence des MGF/E et assurent un suivi de la mise en œuvre des programmes visant à éliminer la pratique avec des rapports réguliers.
- Par le biais d'une approche communautaire et participative, impliquer les universitaires, les professionnels de la santé et les communautés pratiquant les MGF/E ainsi que les survivantes dans la collecte de données et les recherches ; travailler conjointement afin de fournir des informations qualitatives et quantitatives plus exactes sur les MGF/E ; et les mettre à disposition et les rendre accessibles au grand public pour garantir des interventions adaptées.

4.

ADOPTER ET APPLIQUER DES LOIS ET DES POLITIQUES NATIONALES COMPLÈTES

Un cadre juridique et politique spécifique luttant contre les MGF/E témoigne de la volonté politique de mettre fin aux MGF/E et établit une norme selon laquelle les MGF/E relèvent d'une pratique néfaste. Bien qu'un tel cadre ne suffise pas, son existence peut jouer un rôle important dans l'accélération du changement social et contribuer à faire cesser la pratique des MGF/E. Toutefois, l'efficacité de ces cadres de lutte contre les MGF/E dépend largement de leur bonne mise en œuvre, en impliquant des acteur.ices clés, notamment les agences d'application des lois, les professionnel.les de la protection de l'enfance, les éducateur.ices, les professionnel.les de santé, les dirigeant.es locaux, communautaires et religieux, les agences gouvernementales, les militant.es, les communautés et les survivantes.

Pour y parvenir, nous exhortons les gouvernements à :

- Adopter des lois ou des dispositions juridiques spécifiques visant à interdire les MGF/E dans chaque pays où des éléments factuels indiquent l'existence des MGF/E. La loi doit reconnaître les MGF/E comme une violation des droits humains et comme une forme de violence fondée sur le genre, et elle doit donc inclure une analyse sexospécifique solide de la pratique. Elle doit privilégier les mesures de prévention pour protéger les filles et les femmes contre les MGF/E.
- Appliquer et mettre en œuvre les lois existantes de lutte contre les MGF/E et adopter des plans d'action nationale complets impliquant toutes les parties prenantes concernées dans l'élimination des MGF/E et prévoyant la fourniture de soins et d'une protection pour les survivantes, notamment en garantissant l'affectation budgétaire nécessaire.
- Intégrer la prévention des MGF/E dans tous les secteurs, particulièrement ceux de la santé (y compris la santé sexuelle et reproductive), du travail social, des demandes d'asile, de l'éducation (y compris l'éducation sexuelle), de l'application des lois, de la justice, de la protection de l'enfance et des médias et communications ; établir des plateformes multipartites entre les différents secteurs afin de mieux coordonner cette coopération.
- Veiller à ce que des mécanismes appropriés et structurés soient en place pour engager de manière effective les représentants de communautés touchées par les MGF/E et les organisations de femmes locales, notamment les organisations dirigées par des survivantes et par des jeunes, dans la politique et la prise de décision.
- Engager les communautés locales dans l'application des lois pour améliorer la conformité et s'assurer que les lois sont considérées comme des outils de protection plutôt que comme une punition.
- Fournir une éducation et des informations sur l'existence et les effets des MGF/E et leur statut juridique dans le pays ; publier des politiques, des directives et des lignes directrices appropriées afin que les responsables de l'application des lois appliquent les lois interdisant les MGF/E ; et sensibiliser les représentant.ess gouvernementaux et améliorer leurs capacités pour veiller à ce que, dans le cadre de leur travail, ils ne stigmatisent pas les communautés pratiquant les MGF/E.
- Prévenir et traiter le problème croissant de médicalisation des MGF/E, notamment en publiant des lignes directrices et des conseils à l'intention de tous les professionnel.ess de la santé, leur interdisant de pratiquer des MGF/E, sous peine d'une révocation de leur licence professionnelle et/ou de poursuites pénales.
- Intégrer les voix des jeunes à chaque niveau des prises de décisions, notamment dans le cadre de collaborations avec les organisations de jeunes mondiales, régionales et locales existantes.
- Promouvoir l'utilisation d'une approche multisectorielle et de la collaboration par l'établissement de cadres formalisés en vue d'une collaboration entre les secteurs (santé, éducation, application des lois, société civile, etc.), afin d'améliorer la coordination et de réduire les recoupements.

5.

AMÉLIORER LE BIEN-ÊTRE DES PERSONNES AYANT SURVÉCU À DES MGF/E EN LEUR FOURNISSANT UN SOUTIEN ET DES SERVICES NÉCESSAIRES ET ESSENTIELS

230 millions de femmes et de filles dans plus de 90 pays du monde vivent avec les conséquences à vie des MGF/E. Toutes ces femmes et ces filles ont survécu à une pratique néfaste et doivent pouvoir accéder à des niveaux égaux de soutien personnalisé et de soins, d'un point de vue physique, psychologique et sexologique, quel que soit leur lieu de vie. Cet accès est primordial pour habiliter ces femmes et ces filles et les soutenir dans leur vie.

Par conséquent, nous appelons les gouvernements, la communauté internationale et les bailleurs de fonds à :

- Investir dans de meilleures études de recherche sur les impacts psychologiques, sexuels et sanitaires des MGF/E, ventilés par type (y compris les MGF/E de types I et IV, pour lesquelles les éléments factuels sont limités), et comprendre les besoins en soins de santé des survivantes des MGF/E.
- Privilégier et augmenter considérablement les investissements en faveur d'initiatives axées sur les soins et les soins personnels des survivantes et établir des réseaux de survivantes, notamment celles qui sont actives dans la lutte contre la pratique des MGF/E, afin de les soutenir de manière appropriée dans leur parcours.

De plus, nous appelons spécifiquement les gouvernements à :

- S'assurer que toutes les survivantes des MGF/E, où qu'elles vivent, ont accès à des services de qualité généraux spécialisés de leur choix qui sont adéquats et abordables et qui tiennent compte de la dimension du genre, des besoins des enfants et des sensibilités culturelles.
- Garantir un accompagnement holistique des soins de santé pour les survivantes des MGF/E qui est centré sur les femmes/filles, tient compte des conséquences physiques, psychologiques et sexologiques de la pratique et traite ces dernières de manière complète et sensible.
- Compte tenu des complexités culturelles liées aux MGF/E, veiller à ce que les approches soient culturellement sensibles et pilotées par les populations concernées, avec une focalisation sur l'éducation, la sensibilisation et le changement positif dirigé par la communauté.

Equality Now, le réseau End FGM European Network et le réseau U.S. End FGM/C Network font tous partie de la Plateforme mondiale pour l'élimination des MGF/E, ainsi qu'un certain nombre d'autres organisations de la société civile et de militant.es. Au sein de cette plateforme, nous avons lancé un appel mondial à l'action pour éradiquer les MGF/E.

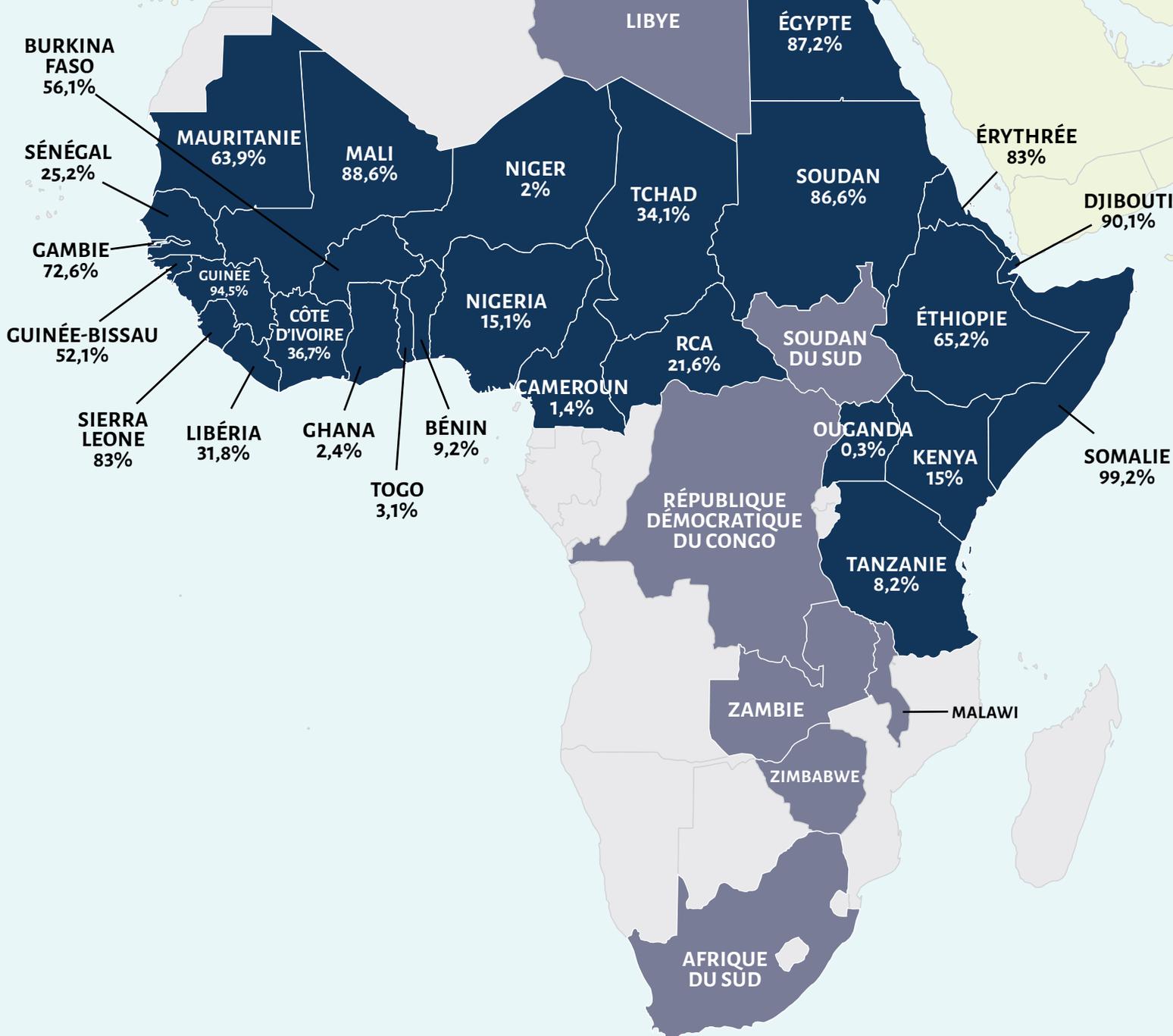
Veillez visiter notre site Internet et signer à l'adresse : <https://actiontoendfgmc.com/>

L'E/ MGF DANS LA RÉGION AFRICAINNE

LÉGENDE :

- Pays disposant d'estimations de la fréquence de l'E/MGF au niveau national
- Autres pays disposant de preuves d'E/MGF d'après les médias et des preuves anecdotiques

Source: UNICEF 2020



FGM/C IN THE ASIA-PACIFIC REGION

PAKISTAN

On sait qu'au Pakistan, l'E/MGF est pratiquée au sein de la communauté Bohra, dont les effectifs sont estimés à environ 100 000 individus. Des informations anecdotiques indiquent qu'elle pourrait être pratiquée par la communauté Sheedi. Aucune estimation de sa fréquence n'est disponible. L'E/MGF pratiquée est de type I (ablation du capuchon clitoridien et/ou du clitoris).

INDE

On sait que l'E/MGF est pratiquée par la communauté Bohra ainsi que par une secte musulmane sunnite du Kerala. Selon les estimations, la population Bohra en Inde compterait environ 1 million d'individus. Selon une étude réalisée en 2018, 75 % des filles de toutes les personnes de la communauté Bohra constituant l'échantillon interrogé avaient subi une E/MGF. La communauté Bohra pratique l'E/MGF de type I (ablation du capuchon clitoridien et/ou du clitoris), qui y est appelée « khatna » ou « khafz ».

SRI LANKA

On sait qu'au Sri Lanka, l'E/MGF est pratiquée dans les communautés Moor, malaise et Bohra. Aucune estimation de sa fréquence n'est disponible. Le type d'E/MGF pratiqué est généralement le type I ou le type IV (ablation/piquage du capuchon clitoridien et/ou du clitoris).

MALDIVES

Les données nationales sur la fréquence de l'E/MGF indiquent une fréquence de 13 % chez les femmes et les filles âgées de 15 à 49 ans, mais de seulement 1 % chez les filles âgées de 0 à 14 ans. D'après des preuves anecdotiques, aux Maldives, c'est surtout l'E/MGF de type IV qui est pratiquée. Elle consiste généralement en de petites incisions sur les parties génitales.

LÉGENDE :

- Pays disposant d'estimations de la fréquence de l'E/MGF au niveau national
- Autres pays disposant de preuves d'E/MGF

SINGAPOUR

On sait que l'E/MGF est pratiquée à Singapour dans la communauté musulmane malaise (qui représente environ 15 % de la population totale). Une enquête pilote a révélé que 75 % des musulmanes de l'échantillon de l'étude avaient été excisées dans leur petite enfance. Les Malais pratiquent normalement l'E/MGF de type I ou de type IV (ablation/piquage du capuchon clitoridien et/ou du clitoris) dans le cadre d'une intervention appelée « sunat perempuan ».

CAMBODGE

On sait que la communauté Cham au Cambodge pratique l'E/MGF, bien que les recherches sur cette pratique soient toujours en cours et qu'aucune étude et aucunes données n'aient encore été publiées.

VIETNAM

On sait que la communauté Cham au Vietnam pratique l'E/MGF, bien que les recherches sur cette pratique soient toujours en cours et qu'aucune étude et aucunes données n'aient encore été publiées.

THAÏLANDE

On sait que l'E/MGF est pratiquée en Thaïlande par les communautés musulmanes (qui représentent 5 à 8 % de la population totale), largement concentrées dans les trois provinces méridionales de Yala, Narathiwat et Pattani. On sait que des E/MGF de type I et de type IV (ablation/piquage du capuchon clitoridien et/ou du clitoris) sont réalisées dans le cadre d'une intervention appelée « sunat » ou « sunat perempuan ».

BRUNEI DARUSSALAM

Le gouvernement du Brunei a confirmé la pratique de l'E/MGF de type I dans ce pays. Bien qu'aucune donnée chiffrée précise sur la fréquence de l'E/MGF ne soit disponible, on sait qu'elle est largement pratiquée au sein de la communauté malaise, qui constitue la majeure partie de la population de Brunei.

PHILIPPINES

Aux Philippines, l'E/MGF n'est pratiquée que dans des parties circonscrites du pays, principalement par les communautés musulmanes de la région de Mindanao. Les communautés pratiquant l'E/MGF appellent ce type de mutilation pag-sunnat ou turi. Ces mutilations relèvent en grande partie du type IV. Dans certains cas, en particulier lors de la pratique du turi par les Meranaos, c'est le type I qui est pratiqué.

MALAISIE

Selon les estimations, 53 % de toutes les citoyennes de Malaisie ont subi une E/MGF. On sait que des E/MGF de type I et de type IV (ablation/piquage du capuchon clitoridien et/ou du clitoris) sont pratiquées, la plupart du temps sur des bébés de 1 à 2 mois.

INDONÉSIE

Les données nationales indiquent une fréquence d'E/MGF de 51,2 % chez les filles âgées de 0 à 11 ans dans tout le pays. Le type d'E/MGF pratiqué est généralement le type I ou le type IV (ablation/piquage du capuchon clitoridien et/ou du clitoris).

AUSTRALIE

Des estimations indirectes indiquent que l'Australie compte 53 088 survivantes d'E/MGF.

NOUVELLE-ZÉLANDE

Des preuves anecdotiques indiquent que des survivantes d'E/MGF issues de communautés de la diaspora vivent en Nouvelle-Zélande, bien qu'aucune estimation fiable ne soit disponible.

FGM/C IN THE MIDDLE EAST REGION

IRAK

Les données nationales irakiennes estiment la fréquence des E/MGF en Irak à 7,3 % chez les femmes et les filles âgées de 15 à 49 ans. La pratique de l'E/MGF en Irak est largement concentrée dans la région du Kurdistan. Le type d'E/MGF le plus courant est le type I.

IRAN

On sait qu'en Iran, l'E/MGF est essentiellement pratiquée par la communauté kurde et les communautés de la minorité sunnite, surtout dans les provinces de l'ouest et du sud du pays. Selon les diverses études menées dans les différentes régions iraniennes, la fréquence de l'E/MGF serait comprise entre 16 et 83 % au sein des échantillons de population étudiés. L'E/MGF de type I est le plus courant, bien que le type II ait également été mentionné.

SYRIE

Il existe des preuves anecdotiques d'E/MGF en Syrie, mais les preuves disponibles sont rares.

KOWEÏT

Il existe une étude sur l'E/MGF au Koweït, qui estime la fréquence de l'E/MGF à 38 % parmi l'échantillon étudié.

JORDANIE

Il existe des preuves anecdotiques d'E/MGF en Jordanie, mais les preuves disponibles sont rares.

BAHREÏN

Il existe des preuves anecdotiques d'E/MGF au Bahreïn, mais les preuves disponibles sont rares.

ARABIE SAOUDITE

D'après les informations fournies par 13 études de recherche, l'Arabie saoudite compte des femmes et des filles victimes d'E/MGF aussi bien au sein des communautés autochtones que de la diaspora. Une étude réalisée à Jeddah a révélé que 18 % des femmes et des filles interrogées avaient subi une excision/des mutilations génitales féminines, tandis qu'une autre étude réalisée à Hali a estimé leur fréquence à 80 % au sein de son échantillon. Les types d'E/MGF les plus fréquemment cités dans ce pays sont les types I et II, bien que quelques cas d'E/MGF de type III aient également été signalés.

QATAR

Il existe des preuves anecdotiques d'E/MGF au Qatar, mais les preuves disponibles sont rares.

ÉMIRATS ARABES UNIS

Deux études à petite échelle ont conclu que l'E/MGF était pratiquée aux Émirats arabes unis, démontrant une fréquence de 41 % et de 34 % parmi les échantillons étudiés.

LÉGENDE :

- Pays disposant d'estimations de la fréquence de l'E/MGF au niveau national
- Autres pays disposant de preuves d'E/MGF

YÉMEN

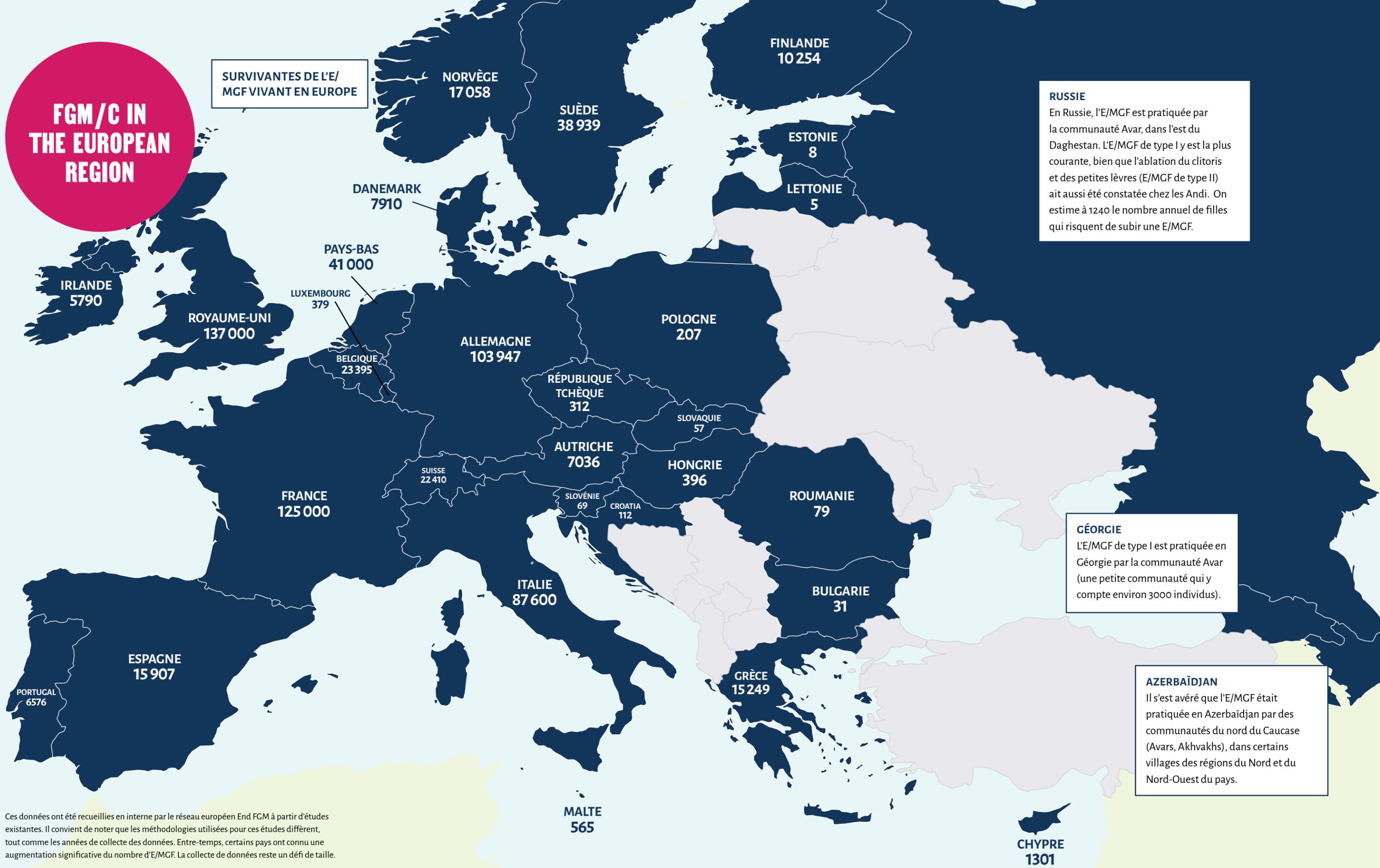
Les données nationales sur la fréquence des E/MGF estiment leur fréquence au Yémen à 18,5 % chez les femmes et les filles âgées de 15 à 49 ans. Le type d'E/MGF le plus courant au Yémen est le type II, et la pratique est répandue dans tout le pays.

OMAN

L'excision/les mutilations génitales féminines seraient pratiquées dans tout le pays. Une enquête réalisée dans la province d'Ad-Dakliya a révélé que 95,5 % des femmes de l'échantillon avaient subi une E/MGF, contre 78 % des femmes interrogées dans le cadre d'une étude antérieure portant sur les femmes vivant dans la capitale, Muscat. Des E/MGF de type I et, dans certains cas, de type II seraient pratiquées à Oman.

FGM/C IN THE EUROPEAN REGION

SURVIVANTES DE L'E/MGF VIVANT EN EUROPE



RUSSIE
En Russie, l'E/MGF est pratiquée par la communauté Avar, dans l'est du Daghestan. L'E/MGF de type I y est la plus courante, bien que l'ablation du clitoris et des petites lèvres (E/MGF de type II) ait aussi été constatée chez les Andi. On estime à 1240 le nombre annuel de filles qui risquent de subir une E/MGF.

GÉORGIE
L'E/MGF de type I est pratiquée en Géorgie par la communauté Avar (une petite communauté qui y compte environ 3000 individus).

AZERBAÏDJAN
Il s'est avéré que l'E/MGF était pratiquée en Azerbaïdjan par des communautés du nord du Caucase (Avars, Akhvakhs), dans certains villages des régions du Nord et du Nord-Ouest du pays.

Ces données ont été recueillies en interne par le réseau européen End FGM à partir d'études existantes. Il convient de noter que les méthodologies utilisées pour ces études diffèrent, tout comme les années de collecte des données. Entre-temps, certains pays ont connu une augmentation significative du nombre d'E/MGF. La collecte de données reste un défi de taille.

CANADA

Statistique Canada estime qu'il y a entre 95 000 et 161 000 femmes et filles vivant au Canada qui ont subi une E/MGF ou qui risquent d'en être victimes.

L'E/MGF AUX AMÉRIQUES

ÉTATS-UNIS

Au niveau national, 513 000* femmes et filles risquent l'E/MGF. Une étude réalisée en 2023 par l'AHA Foundation a estimé à 577 000 le nombre de femmes et de filles potentiellement touchées par l'E/MGF en 2019, bien que ce chiffre puisse être ramené à 421 000 en tenant compte de l'impact des migrations.

Voici les régions métropolitaines** dans lesquelles vivent le plus grand nombre de femmes et de filles à risque :

- ① New York, Newark, Jersey City – État de New York : 65 893
- ② Washington DC, Arlington, Alexandria – Virginie : 51 411
- ③ Minneapolis, St. Paul, Bloomington – Minnesota : 37 417
- ④ Los Angeles, Long Beach, Anaheim – Californie : 23 216
- ⑤ Seattle, Tacoma, Bellevue – Washington : 22 923
- ⑥ Atlanta, Sandy Springs, Roswell – Géorgie : 19 075
- ⑦ Columbus – Ohio : 18 154
- ⑧ Philadelphie, Camden, Wilmington – Pennsylvanie : 16 417
- ⑨ Dallas, Fort Worth, Arlington – Texas : 15 854
- ⑩ Boston, Cambridge, Newton – Massachusetts : 11 347

*Statistiques des Centres de contrôle et de prévention des maladies, 2016

**Statistiques sur les régions métropolitaines tirées de l'étude du Population Reference Bureau, 2015

COLOMBIE

On sait qu'en Colombie, le peuple autochtone Emberá pratique l'E/MGF de type I, normalement sur les nouveaux-nés. Selon les estimations, deux femmes Emberá sur trois ont été victimes d'E/MGF. Il arrive également que d'autres communautés autochtones et les communautés noire, afro-colombienne, raizales et palenqueras pratiquent l'E/MGF.

LISTE DE RÉFÉRENCES

1. UNICEF (2024), *Female Genital Mutilation: A global concern (Les mutilations génitales féminines : un problème mondial)*. Disponible à l'adresse : <https://data.unicef.org/resources/female-genital-mutilation-a-global-concern-2024/>
2. Le Pacte pour l'avenir, Pacte numérique mondial et Déclaration sur les générations futures, Nations Unies (septembre 2024). Disponible à l'adresse : https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/soft-pact_for_the_future_adopted.pdf
3. HCDH, Index universel des droits de l'Homme. Disponible à l'adresse : <https://uhri.ohchr.org/fr>
4. HCDH, *Rapport du Groupe de travail sur l'Examen périodique universel – Panama* (décembre 2020). Disponible à l'adresse : <https://docs.un.org/fr/A/HRC/46/8>
5. Maria Emilia Gouffray, *Tackling Female Genital Mutilation in Colombia*, Voices (14 octobre 2024). Disponible à l'adresse : <https://www.bsg.ox.ac.uk/blog/tackling-female-genital-mutilation-colombia>
6. FNUAP, Journée internationale de la tolérance zéro à l'égard des mutilations génitales féminines (2024). Disponible à l'adresse : <https://www.unfpa.org/fr/events/journ%C3%A9e-internationale-de-la-tol%C3%A9rance-z%C3%A9ro-%C3%AO-l%C3%A9gard-des-mutilations-g%C3%A9n%C3%A9rales-f%C3%A9minines>
7. Norad et UNICEF, *Responding to Female Genital Mutilation in the Face of Climate Change* (Répondre aux mutilations génitales féminines face au changement climatique). Disponible à l'adresse : https://clearinghouse.unicef.org/sites/ch/files/ch/sites-PD-ChildProtection-Knowledge%20at%20UNICEF-Climate%20Change_FGM%20DWG_Technical%20Meeting_2023-2.0.pdf
8. Change.org, *Criminalize female genital mutilation in Sierra Leone* (février 2024). Disponible à l'adresse : https://www.change.org/p/criminalize-female-genital-mutilation-in-sierra-leone?recruiter=1327966780&recruited_by_id=b498c9c0-b9e7-11ee-9b94-0fbad4f66f89&utm_source=share_petition&utm_campaign=share_for_starters_page&utm_medium=copylink
9. KNA, *Pregnant woman dies after botched FGM in Keiyo*, STAR (20 novembre 2024). Disponible à l'adresse : <https://www.the-star.co.ke/news/realtime/2024-11-20-pregnant-woman-dies-after-botched-fgm-in-keiyo>
10. Ghosh, A., Flowe, H. et Rockey, J. *Estimating excess mortality due to female genital mutilation*, *Sci Rep* 13, 13328 (2023). Disponible à l'adresse : <https://www.nature.com/articles/s41598-023-38276-6#citeas>
11. Communiqué de presse (2024), *African Women of Faith Network Condemns Female Genital Mutilation (FGM)*. Disponible à l'adresse : https://www.peacemakersnetwork.org/wp-content/uploads/2024/06/AWoFN_Press_statement_on_FGM_in_Ethiopia_20241.pdf
12. FNUAP, *Coût et impact de l'extension des programmes de prévention et de traitement des mutilations génitales féminines* (2020). Disponible à l'adresse : [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Cost_and_Impact_of_Scaling_up_FGM_Prevention_and_Care_Programmes_\(French\)_11_o.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Cost_and_Impact_of_Scaling_up_FGM_Prevention_and_Care_Programmes_(French)_11_o.pdf)
13. Déclaration de Kigali, Plateforme mondial pour l'action d'élimination des MGF/E, *Women Deliver Conference*, (2023). Disponible à l'adresse : <https://actiontoendfgmc.org/2023-kigali-declaration/>
14. FNUAP, *Mise en œuvre du cadre international et régional des droits de la personne en vue de l'élimination des mutilations génitales féminines* (1^{er} novembre 2014). Disponible à l'adresse : https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Human_rights_and_FGM_final_FR.pdf
15. Comité africain d'experts sur les droits et le bien-être de l'enfant, *Observation générale conjointe sur les mutilations génitales féminines* (juin 2023). Disponible à l'adresse : <https://www.acerwc.africa/sites/default/files/2023-11/Observation%20Ge%CC%81ne%CC%81rale%20Conjointe%20CADHP-CAEDBE%20sur%20les%20FGM.pdf>
16. Directive du Parlement européen et du Conseil de l'Union européenne sur la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique (avril 2024). Disponible à l'adresse : https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-9-2023-0234-AM-298-298_FR.pdf
17. UNICEF (2024), *Female Genital Mutilation: A global concern (Les mutilations génitales féminines : un problème mondial)*. Disponible à l'adresse : <https://data.unicef.org/resources/female-genital-mutilation-a-global-concern-2024/>
18. FGM/C Research Initiative, *Law & FGM/C*. Disponible à l'adresse : <https://www.fgmcri.org/thematic/law-and-fgm/>
19. Réseau End FGM European Network, *FGM in Europe, Updated Map* (2024). Disponible à l'adresse : https://www.endfgm.eu/editor/files/2024/08/Updated_Map_2024.pdf
20. Claudia Cappa, Luk Van Baelan et Els Leye, *The practice of female genital mutilation across the world: Data availability and approaches to Measurement*, 14(8) *Global Public Health* 1139 (2019). Disponible à l'adresse : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30724649>
21. FGM/C Research Initiative, *Law & FGM/C*. Disponible à l'adresse : <https://www.fgmcri.org/thematic/law-and-fgm/>
22. Groupe de la Banque mondiale, *Compendium of International and National Frameworks on Female Genital Mutilation* (Recueil des cadres internationaux et nationaux sur les mutilations génitales féminines), huitième édition (février 2024). Disponible à l'adresse : <https://thedocs.worldbank.org/en/doc/ffb98b2ac4aeaeb3d79cd6fba95d85b5-0260012024/original/Compendium-FGM-February-2023-8th-edition.pdf>

23. Karin Miller, *What is a 'Husband-Stitch'?*, health (14 septembre 2023). Disponible à l'adresse : <https://www.health.com/condition/pregnancy/what-is-a-husband-stitch>
24. Hunter Kessous, *The "Husband Stitch" as an Underrecognized Form of Female Genital Mutilation/Cutting*, End FGM/C U.S. Network Blog (13 novembre 2024). Disponible à l'adresse : <https://endfgmnetwork.org/blog/the-husband-stitch-as-an-underrecognized-form-of-female-genital-mutilation-cutting/>
25. Arias Sanguinetti Trial Lawyers, *25 More Women Filed Lawsuit Against OBGYN, Cedars-Sinai Medical Center Alleging Sexual Misconduct*. Disponible à l'adresse : <https://aswtlawyers.com/blog/25-more-women-filed-lawsuit-against-obgyn-cedars-sinai-medical-center-alleging-sexual-misconduct/>
26. Arias Sanguinetti, *Arias Sanguinetti : 107 New Plaintiffs File Lawsuit Against OBGYN Barry Brock and Cedars-Sinai Medical Center*, PR NEWSWIRE (2 janvier 2025). Disponible à l'adresse : <https://www.prnewswire.com/news-releases/arias-sanguinetti-107-new-plaintiffs-file-lawsuit-against-obgyn-barry-brock-and-cedars-sinai-medical-center-302341595.html>
27. Carrie Murphy, *Why the 'Husband Stitch' Isn't Just a Horrifying Childbirth Myth*, Healthline (25 octobre 2023). Disponible à l'adresse : <https://www.healthline.com/health-news/husband-stitch-is-not-just-myth>
28. UNICEF et programme Enquêtes en grappes à indicateurs multiples, *Outils*. Disponible à l'adresse : <https://mics.unicef.org/tools>
29. Groupe de la Banque mondiale, *Compendium of International and National Frameworks on Female Genital Mutilation* (Recueil des cadres internationaux et nationaux sur les mutilations génitales féminines), huitième édition (février 2024). Disponible à l'adresse : <https://thedocs.worldbank.org/en/doc/ffb98b2ac4aeaeb3d79cd6fba95d85b5-0260012024/original/Compendium-FGM-February-2023-8th-edition.pdf>
30. Commission nationale sur la violence à l'égard des femmes, *Pernyataan Sikap Komnas Perempuan tentang Penghapusan Praktik Sunat Perempuan dalam Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 Tentang Kesehatan* (2024). Disponible à l'adresse : <https://komnasperempuan.go.id/pernyataan-sikap-detail/pernyataan-sikap-komnas-perempuan-tentang-penghapusan-praktik-sunat-perempuan-dalam-peraturan-pemerintah-nomor-28-tahun-2024-tentang-kesehatan>
31. FNUAP, *Coût et impact de l'extension des programmes de prévention et de traitement des mutilations génitales féminines* (2020). Disponible à l'adresse : https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Cost%20and%20Impact%20of%20Scaling%20up%20FGM%20Prevention%20and%20Care%20Programmes%20%28French%29%20%281%29_o.pdf
32. OMS et Human Reproduction Program, *Female Genital Mutilation Cost Calculator* (Calculatrice des coûts des mutilations génitales féminines) (2020). Disponible à l'adresse : <https://srhr.org/fgmcost/>
33. NHS England, *Female Genital Mutilation, Annual Report* (2024). Disponible à l'adresse : <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/female-genital-mutilation/april-2023-to-march-2024>
34. Comité des droits de l'enfant, *Observations finales concernant le rapport du Congo valent cinquième et sixième rapports périodiques*, CRC/C/COG/CO/5-6 (2024). Disponible à l'adresse : <https://docs.un.org/fr/CRC/C/COG/CO/5-6>
35. Réseau End FGM European Network, *FGM in Europe, Updated Map* (2024). Disponible à l'adresse : https://www.endfgm.eu/editor/files/2024/08/Updated_Map_2024.pdf
36. Australian Institute of Health and Welfare, *Towards estimating the prevalence of female genital mutilation/cutting in Australia* (février 2019). Disponible à l'adresse : <https://www.aihw.gov.au/getmedia/f210a1d8-5a3a-4336-80c5-ca6bdc2906d5/aihw-phe230.pdf.aspx?inline=true>
37. Luk Van Baelan, Livia Ortensi et Els Leye, *Estimates of first-generation women and girls with female genital mutilation in the European Union, Norway and Switzerland*, 21(6) European Journal of Contraception and Reproductive Health Care 474 (2016). Disponible à l'adresse : <https://biblio.ugent.be/publication/8500431>
38. Dominique Duborg et Fabienne Richard, *Estimation de la prévalence des filles et femmes excisées ayant subi ou à risque de subir une mutilation génitale féminine vivant en Belgique* (2018). Disponible à l'adresse : https://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/downloads/20180302_fgm_prevalencestudy_12_pages_fr.pdf
39. Luk Van Baelan, Livia Ortensi et Els Leye, *Estimates of first-generation women and girls with female genital mutilation in the European Union, Norway and Switzerland*, 21(6) European Journal of Contraception and Reproductive Health Care 474 (2016). Disponible à l'adresse : <https://biblio.ugent.be/publication/8500431>
40. Findlay, Bougie, Kohen et Frank, *Une exploration de méthodes pour estimer le nombre de filles et de femmes immigrantes susceptibles de subir ou d'avoir subi une mutilation génitale féminine ou excision au Canada*, Statistique Canada (6 septembre 2023). Disponible à l'adresse : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-633-x/11-633-x2023002-fra.htm>
41. Luk Van Baelan, Livia Ortensi et Els Leye, *Estimates of first-generation women and girls with female genital mutilation in the European Union, Norway and Switzerland*, 21(6) European Journal of Contraception and Reproductive Health Care 474 (2016). Disponible à l'adresse : <https://biblio.ugent.be/publication/8500431>
42. European Institute for Gender Equality, *Estimation of girls at risk of female genital mutilation in the European Union: Denmark, Spain, Luxembourg and Austria*. (26 mai 2021). Disponible à l'adresse : https://eige.europa.eu/publications-resources/publications/estimation-girls-risk-female-genital-mutilation-european-union-denmark-spain-luxembourg-and-austria?language_content_entity=en
43. Luk Van Baelan, Livia Ortensi et Els Leye, *Estimates of first-generation women and girls with female genital mutilation in the European Union, Norway and Switzerland*, 21(6) European Journal of Contraception and Reproductive Health Care 474 (2016). Disponible à l'adresse : <https://biblio.ugent.be/publication/8500431>

44. Ministère finlandais des Affaires sociales et sanitaires, *Tyttöjen ja naisten sukuelinten silpomisen (FGM) estäminen* (2019). Disponible à l'adresse : http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161355/1_01_Tyttöjen_ja_naisten_sukuelinten_silpominen_V.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
45. Marie Lesclingand, Armelle Andro et Théo Lombart, *Estimation du nombre de femmes adultes ayant subi une mutilation génitale féminine vivant en France*, 21 Bull Epidémiol Hebd. 392 (2019). Disponible à l'adresse : https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/21/2019_21_1.html
46. Terre des Femmes, *Dunkelzifferstatistik zu weiblicher Genitalverstümmelung in Deutschland* (2022). Disponible à l'adresse : https://frauenrechte.de/fileadmin/Redaktion/Unsere_Arbeit/FGM/FGM-Materialien/2022_TDF_Dunkelzifferschaetzung.pdf
47. Luk Van Baelan, Livia Ortensi et Els Leye, *Estimates of first-generation women and girls with female genital mutilation in the European Union, Norway and Switzerland*, 21(6) European Journal of Contraception and Reproductive Health Care 474 (2016). Disponible à l'adresse : <https://biblio.ugent.be/publication/8500431>
48. European Institute for Gender Equality, *Estimation of girls at risk of female genital mutilation in the European Union: Denmark, Spain, Luxembourg and Austria*. (26 mai 2021). Disponible à l'adresse : https://eige.europa.eu/publications-resources/publications/estimation-girls-risk-female-genital-mutilation-european-union-denmark-spain-luxembourg-and-austria?language_content_entity=en
49. *Le mutilazioni genitali femminili in Italia: un aggiornamento*. Disponible à l'adresse : <https://boa.unimib.it/retrieve/handle/10281/280487/411349/mpdf.pdf>
50. Luk Van Baelan, Livia Ortensi et Els Leye, *Estimates of first-generation women and girls with female genital mutilation in the European Union, Norway and Switzerland*, 21(6) European Journal of Contraception and Reproductive Health Care 474 (2016). Disponible à l'adresse : <https://biblio.ugent.be/publication/8500431>
51. Diana Geraci et Jacqueline Mulders, *Female Genital Mutilation in Syria? An enquiry into the existence of FGM in Syria* (avril 2016). Disponible à l'adresse : <https://www.pharos.nl/kennisbank/female-genital-mutilation-in-syria-an-inquiry-into-the-existence-of-fgm-in-syria/>
52. Luk Van Baelan, Livia Ortensi et Els Leye, *Estimates of first-generation women and girls with female genital mutilation in the European Union, Norway and Switzerland*, 21(6) European Journal of Contraception and Reproductive Health Care 474 (2016). Disponible à l'adresse : <https://biblio.ugent.be/publication/8500431>
53. *Ibid*
54. Manuel Lisboa et al., *Mutilação Genital Feminina: prevalências, dinâmicas socioculturais e recomendações para a sua eliminação* (mars 2015). Disponible à l'adresse : https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2015/07/Relat_Mut_Genital_Feminina_p.pdf
55. Académie de médecine fœto-maternelle AFMM et autres, *Excisions/mutilations génitales féminines (E/MGF), recommandations interdisciplinaires à l'intention des professionnel.le.s de la santé*. Disponible à l'adresse : https://www.excision.ch/public/documents/Netzwerk-Dokumente/2023_Empfehlungen_EMGF.pdf
56. Alison Macfarlane et Edua Dorkenoo, *Prevalence of Female Genital Mutilation in England and Wales: National and local estimates* (juillet 2015). Disponible à l'adresse : https://d3n8a8pro7vhtm.cloudfront.net/equalitynow/pages/317/attachments/original/1527599923/Prevalence_of_FGM_in_England_and_Wales_o.pdf?1527599923
57. Goldberg et al., *Female Genital Mutilation/Cutting in the United States: Updated Estimates of Women and Girls at Risk*, 2012, 131(2) Public Health Reports 340 (2016), disponible à l'adresse : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26957669>
58. Sean Callaghan, *Female Genital Mutilation/cutting (FGM/C) in the United States. A Study of the Prevalence, Distribution, and Impact of FGM/C in the U.S., 2015-2019*, OSF Preprints (4 novembre 2023). Disponible à l'adresse : <https://osf.io/preprints/osf/7a9c3>
59. Raquel González Henao, *La ablación genital femenina en comunidades emberá chamí*. 37 *Cadernos Pagu*, 163 (2007). Disponible à l'adresse : <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/8645010>
60. Fonds des Nations Unies pour la population, *Project Embera-Wera : An experience of cultural change to eradicate female genital mutilation in Colombia – Latin America* (Projet Embera-Wera : expérience du changement culturel en vue d'éradiquer les mutilations génitales féminines en Colombie – Amérique latine) (décembre 2011). Disponible à l'adresse : <https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/proyectoembera%20%281%29%20%281%29.pdf>
61. Colombia Potencia Dela, *Contribuciones De La República De Colombia Sobre Intensificación De Los Esfuerzos Mundiales Para La Eliminación De La Mutilación Genital Femenina*. Disponible à l'adresse : <https://www.unwomen.org/sites/default/files/2024-11/a-79-514-submission-colombia-es.pdf>
62. ONIC, « Hoy 8 de Febrero Día Internacional 'Cero contra la Mutilación Genital Femenina' ». Février 2016, disponible à l'adresse <https://www.onic.org.co/noticias/937-hoy-8-de-febrero-dia-internacional-cero-contra-la-mutilacion-genital-femenina>
63. Lakshmi Anantnarayan, Shabana Diler et Natasha Menon, *The Clitoral Hood – A Contested Site: Khafd or Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) in India* (janvier 2018). Disponible à l'adresse : http://wespeakout.org/site/assets/files/1439/fgm_study_results_jan_2018.pdf
64. Mariya Taher, *Understanding Female Genital Cutting in the Dawoodi Bohra community: An Exploratory Survey* (février 2017). Disponible à l'adresse : https://sahiyo.files.wordpress.com/2017/02/sahiyo_report_final-updatedbymtz.pdf
65. Mumkin, *Talking about Female Khatna in the Bohra community: A Study*. Disponible à l'adresse : <https://www.mumkinapp.com/research>

66. Anjani Nanda et Vandane Raman, *The Prevalence of Female Genital Mutilation in India*, 11(2) Journal of Student Research (2022). Disponible à l'adresse : <https://www.jsr.org/hs/index.php/path/article/view/3285/1134>
67. Kameel Ahmady, *A Comprehensive Research Study on Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) in Iran* – 2015. Disponible à l'adresse : <http://kameelahmady.com/wp-content/uploads/Kameel%20-%20EN%20Final.pdf>
68. Rayehe Mozafarian, *Violation of Girls' Rights: Child Marriage and FGM in the IR Iran*, 2014. Disponible à l'adresse : <http://www.stopfgmmideast.org/wp-content/uploads/2014/07/Iran-FGM-Child-Marriage-2014.pdf>
69. Mahboobeh babaie mohamadeh, Fariba seddigi, Rayehe Mozafarian, *Society and Women Whom the Razor Have Not Gone Under Their Skirts: Female Genital Mutilation Among LAK Women in Iran*, 10(9) Journal of Research in Humanities and Social Science (2022). Disponible à l'adresse : <https://www.questjournals.org/jrhss/papers/vol10-issue9/1009135145.pdf>
70. Rayehe Mozafarian, *Violation of Girls' Rights: Child Marriage and FGM in the IR Iran*, 2014. Disponible à l'adresse : <http://www.stopfgmmideast.org/wp-content/uploads/2014/07/Iran-FGM-Child-Marriage-2014.pdf>
71. Maryam Dehghankhalili et. al., *Epidemiology, Regional Characteristics, Knowledge, and Attitude Toward Female Genital Mutilation/Cutting in Southern Iran*, 12(7) Journal of Sexual Medicine 1577 (2015). Disponible à l'adresse : [https://www.jsm.jsexmed.org/article/S1743-6095\(15\)34162-X/fulltext](https://www.jsm.jsexmed.org/article/S1743-6095(15)34162-X/fulltext)
72. Talat Khadivzadeh, M. Ahadi et G. Seyedialavi, *Female circumcision and women's attitude to it*, Minab, Iran, 2002-2003, 107(2) International Journal of Gynecology & Obstetrics 887 (2009). Disponible à l'adresse : <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/S0020-7292%2809%2962375-4>
73. Rachana Chibber, Eyad El-saleh, Jihad El harmi, *Female circumcision: obstetrical and psychological sequelae continues unabated in the 21st century*, 24(6) Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine 833 (2011). Disponible à l'adresse : <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/14767058.2010.531318>
74. Pillai et al, *Perceptions Towards Female Circumcision In Malaysia*, janvier 2021. Disponible à l'adresse : <https://sistersinislam.org/wp-content/uploads/2021/04/Perceptios-Towards-Female-Circumcision-in-Malaysia-January-2021.pdf>
75. Maznah Dahlui, *The Practice of Female Circumcision in Malaysia*, Women's Development Research Centre (KANITA) (10 mai 2012). Disponible à l'adresse : <https://archive.is/nujzmz>
76. Rashid et Iguchi, *Female genital cutting in Malaysia: a mixed-methods study*, BMJ Open (2019). Disponible à l'adresse : <https://bmjopen.bmj.com/content/9/4/e025078>
77. A. Rashid, S. Patil et A.Valimalar, *The Practice Of Female Genital Mutilation Among The Rural Malays In North Malaysia*, 9(1) The Internet Journal of Third World Medicine (2009). Disponible à l'adresse : <http://ispub.com/IJTWM/9/1/5621>
78. Projet Orchid et ARROW, *Country Profile : FGC in Malaysia* (mars 2024). Disponible à l'adresse : [https://www.fgmcri.org/media/uploads/Country%20Research%20and%20Resources/Malaysia/malaysia_country_profile_v2_\(june_2024\).pdf](https://www.fgmcri.org/media/uploads/Country%20Research%20and%20Resources/Malaysia/malaysia_country_profile_v2_(june_2024).pdf)
79. Projet Orchid et ARROW, *Country Profile : FGC in Malaysia* (mars 2024). Disponible à l'adresse : [https://www.fgmcri.org/media/uploads/Country%20Research%20and%20Resources/Malaysia/malaysia_country_profile_v2_\(june_2024\).pdf](https://www.fgmcri.org/media/uploads/Country%20Research%20and%20Resources/Malaysia/malaysia_country_profile_v2_(june_2024).pdf)
80. Hoda Thabet et Azza Al-Kharousi, *Female Genital Mutilation in the Middle East: Placing Oman on the Map* (2019).
81. Habiba Al Hinai, *Female Genital Mutilation in the Sultanate of Oman* (janvier 2014). Disponible à l'adresse : <http://www.stopfgmmideast.org/wp-content/uploads/2014/01/habiba-al-hinai-female-genital-mutilation-in-the-sultanate-of-oman1.pdf>
82. Mariya Taher, *Understanding Female Genital Cutting in the Dawoodi Bohra community: An Exploratory Survey* (février 2017). Disponible à l'adresse : https://sahiyo.files.wordpress.com/2017/02/sahiyo_report_final-updatedbymtz.pdf
83. Syeed (2018). Huda Syeed, *An Understanding of FGM (Female Genital Mutilation): Women of the 'Bohra Community' who are circumcised and its Socio-sexual Effects*, 5(2) People: International Journal of Social Sciences 630 (2019). Disponible à l'adresse : <https://grdspublishing.org/index.php/people/article/view/2095>
84. Marium Abbas Ali Habibi, *FGM and Sexual Functioning: insights from the Maasai and Bohra community* (mai 2021). Disponible à l'adresse : https://www.researchgate.net/publication/352312450_FGM_and_Sexual_Functioning_insights_from_the_Maasai_and_Bohra_community
85. Projet Orchid et ARROW, *Short Report : FGC in Pakistan* (juillet 2024). Disponible à l'adresse : [https://www.fgmcri.org/media/uploads/Country%20Research%20and%20Resources/Pakistan/pakistan_short_report_v1_\(july_2024\).pdf](https://www.fgmcri.org/media/uploads/Country%20Research%20and%20Resources/Pakistan/pakistan_short_report_v1_(july_2024).pdf)
86. Pag-Islam, *An Exploratory Action Research on Female Genital Mutilation/Cutting Practices in the Bangsamoro Region, Philippines* (mars 2021). Disponible à l'adresse : <https://rilhub.org/wp-content/uploads/2021/04/FGMC-in-the-Bangsamoro-Region-Philippines.pdf>
87. Salmah Lao Manalocon-basher, *The Physical and Psychosocial Functionalities of Female Circumcision Practice among Meranaos, Mindanao, Philippines*, 9(1) International Journal of Multi-disciplinary Research (2014). Disponible à l'adresse : <https://ejournals.ph/article.php?id=2645>
88. Belisario (2009). Olga Czarina Velayo Belisario, *Muslim Women and Circumcision: A Study of Intergenerational Practice and its Continuity in Southern Philippines*, 28(1) WMSU Research Journal (2009). Disponible à l'adresse : <https://ejournals.ph/article.php?id=6955>
89. Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *A Systematic Literature Review of the Drivers of Violence Affecting Children: the Philippines* (Examen systématique de la littérature sur les facteurs de violence qui affectent les enfants : Philippines) (octobre 2016). Disponible à l'adresse : <https://www.unicef-irc.org/files/upload/documents/The%20Philippine%20SLR%20on%20Drivers%20of%20VAC%20nov15.pdf>
90. Yu. A. Antonova et S. V. Siradzhudinova, *The practice of female genital mutilation in Dagestan: strategies for its elimination* (2018). Disponible à l'adresse : https://www.academia.edu/36794961/The_practice_of_female_genital_mutilation_in_Dagestan_strategies_for_its_elimination

91. Almeer et al., *Female Genital Mutilation in Saudi Arabia: A Systematic Review* (2021). Disponible à l'adresse : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8649978/>
92. Rouzi et al. (2019). Abdulrahim A Rouzi et. al., *Survey on female genital mutilation/cutting in Jeddah, Saudi Arabia*, 9(5) *BMJ Open* (2019). Disponible à l'adresse : <https://bmjopen.bmj.com/content/9/5/e024684>
93. Waleed Abdullah Milaat, Nahla Khamis Ibrahim et Hussain Mohammed Albar, *Reproductive health profile and circumcision of females in the Hali semi-urban region, Saudi Arabia: A community-based cross-sectional survey*, 38(2) *Annals of Saudi Medicine* (2018). Disponible à l'adresse : <https://www.annsaudimed.net/doi/10.5144/0256-4947.2018.81>
94. Sharifa A. Alsibiani et Abdulrahim A. Rouzi, *Sexual function in women with female genital mutilation* (2008). Disponible à l'adresse : https://www.kau.edu.sa/Files/140/Researches/50534_20747.pdf
95. Projet End FGC Singapore, *Pilot study on FGC amongst Muslim women in Singapore* (2021), https://www.instagram.com/p/CPoOSZzBQE3/?img_index=1
96. Gabriele Marranci, *Female circumcision in multicultural Singapore: The hidden cut*, 26(2) *The Australian Journal of Anthropology* 276 (2015). Disponible à l'adresse : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/taja.12070>
97. Zainab Ibrahim et Ermiza Tegal, *Towards understanding Female Genital Cutting in Sri Lanka* (décembre 2019). Disponible à l'adresse : http://www.fpasrilanka.org/sites/default/files/towards_understanding_female_genital_cutting_in_sri_lanka.pdf
98. Angela Dawson et Kumudu Wijewardene, *Insights into preventing female genital mutilation/cutting in Sri Lanka: a qualitative interpretative study*, 18 *Reproductive Health* (2021). Disponible à l'adresse : reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-021-01114-x
99. Commission économique et sociale des Nations Unies pour l'Asie et le Pacifique, *Harmful Traditional Practices in Three Countries of South Asia : culture, human rights and violence against women* (Les pratiques traditionnelles préjudiciables dans trois pays d'Asie du Sud : culture, droits humains et violence à l'égard des femmes), document de discussion sur le genre et le développement, série n° 21 (2012). Disponible à l'adresse : https://www.unescap.org/sites/default/files/SDD_pub_2530.pdf
100. Claudia Merli, *Sunat for Girls in Southern Thailand: Its Relation to Traditional Midwifery, Male Circumcision and Other Obstetrical Practices*, 3(2) *Finnish Journal of Ethnicity and Migration* 32 (2008). Disponible à l'adresse : https://www.orchidproject.org/wp-content/uploads/2019/03/Sunat_Girls_Southern_Thailand_Relation_Traditional_Midwifery_Male_Circumcision_Other_-_Obstetrical_Practices.pdf
101. Projet Orchid et ARROW, *Short Report : FGC in Thailand* (juillet 2024). Disponible à l'adresse : [https://www.fgmc.org/media/uploads/Country%20Research%20and%20Resources/Thailand/thailand_short_report_v1_\(july_2024\).pdf](https://www.fgmc.org/media/uploads/Country%20Research%20and%20Resources/Thailand/thailand_short_report_v1_(july_2024).pdf)
102. Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, *Huitième rapport périodique soumis par le Thaïlande en application de l'article 18 de la Convention, attendu en 2023*, CEDAW/C/THA/8 (11 juin 2024). Disponible à l'adresse : https://digitallibrary.un.org/record/4062171/files/CEDAW_C_THA_8-FR.pdf?ln=fr
103. Al Awar et al., *Prevalence, knowledge, attitude and practices of female genital mutilation and cutting (FGM/C) among United Arab Emirates population*, 20 *BMC Women's Health* (2020). Disponible à l'adresse : <https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-020-00949-z>
104. Wafa Al Marzouqi, *Fatal Traditions : Female Circumcision in the UAE*, *Desert Dawn* (février 2011). Disponible à l'adresse : https://issuu.com/awatifghaith/docs/desertdawn22.1-january_2011
105. Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, *Observations finales concernant le quatrième rapport périodique des Émirats arabes unis*, CEDAW/C/ARE/CO/4 (12 juillet 2022). Disponible à l'adresse : <https://docs.un.org/fr/CEDAW/C/ARE/CO/4>
106. Bureau central de la statistique et. al., *Zambia Sexual Behaviour Survey 2009* (avril 2010). Disponible à l'adresse : <https://www.zamstats.gov.zm/wp-content/uploads/2023/12/2009-Zambia-Sexual-Behaviour-Survey.pdf>
107. Bureau central de la statistique et. al., *Zambia Sexual Behaviour Survey 2000* (avril 2002). Disponible à l'adresse : <https://www.zamstats.gov.zm/wp-content/uploads/2023/12/2000-Zambia-Sexual-Behaviour-Survey.pdf>
108. Organisation mondiale de la Santé, *Stratégie mondiale visant à empêcher le personnel de santé de pratiquer des mutilations sexuelles féminines* (2010). Disponible à l'adresse : https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70467/WHO_RHR_10.9_fre.pdf?sequence=1
109. UNICEF Data, *Female Genital Mutilation: A global concern* (Les mutilations génitales féminines : un problème mondial) (7 mars 2024). Disponible à l'adresse : <https://data.unicef.org/resources/female-genital-mutilation-a-global-concern-2024/>
110. Réseau End FGM European Network, *Female Genital Mutilation & Medicalisation: Position Paper*. Disponible à l'adresse : <https://www.endfgm.eu/content/documents/reports/Female-Genital-Mutilation-and-Medicalisation-Paper-3.0-Final-Version.pdf>
111. «Russian clinic in row over female genital cutting», *BBC* (29 novembre 2018). Disponible à l'adresse : <https://www.bbc.com/news/world-europe-46384023>
112. Samuel Kimani, Hazel Barrett et Jacinta Muteshi-Strachan, *Medicalisation of female genital mutilation is a dangerous development*, *BMJ* (7 février 2023), <https://www.bmj.com/content/bmj/380/bmj.p302.full.pdf>
113. Assemblée générale des Nations Unies, *Intensification de l'action mondiale visant à éliminer les mutilations génitales féminines : rapport du Secrétaire général*, A/79/514 (14 octobre 2024). Disponible à l'adresse : https://digitallibrary.un.org/record/1639004/files/A_73_266-FR.pdf?ln=fr

114. Nurlana Jalil, *Alternative report to the CEDAW committee for the consideration of the sixth national report of Azerbaijan: Harmful Traditional Practice - Female Genital Mutilation in Azerbaijan* (2020). Disponible à l'adresse : https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolNo=INT%2FCE-DAW%2FCSS%2FAZE%2F43274&Lang=en
115. Nika Mousavi, *Current Time has found out that "female circumcision" is practiced in the north of Azerbaijan* (25 juin 2020). Disponible à l'adresse : <https://www.currenttime.tv/a/female-genital-mutilation-azerbaijan/30688918.html>
116. « Do we have female circumcision, and if so, who, where and how? Media.Az looks into the complex issue », Media.AZ (7 décembre 2020). Disponible à l'adresse : <https://media.az/society/zhenschine-polovaya-sfera-nuzhna-ne-dlya-udovolstviya-a-dlya-detorozhdeniya-o-zhenskom-obrezanii-v-ar>
117. « Do we have female circumcision, and if so, who, where and how? Media.Az looks into the complex issue », Media.AZ (7 décembre 2020). Disponible à l'adresse : <https://media.az/society/zhenschine-polovaya-sfera-nuzhna-ne-dlya-udovolstviya-a-dlya-detorozhdeniya-o-zhenskom-obrezanii-v-ar>
118. Kavkazskii Uzel, *Female Circumcision in the Caucasus* (7 juin 2018). Disponible à l'adresse : <https://www.kavkaz-uzel.eu/articles/291886/>
119. Département d'État américain, *U.S. Department of State Country Report on Human Rights Practices 2005 – Bahrain* (mars 2006). Disponible à l'adresse : <https://www.refworld.org/docid/441821a220.html>
120. Ossama Shaeer and Eman Shaeer, *The Global Online Sexuality Survey: Public perception of female genital cutting among Internet users in the Middle East*, 10 *Journal of Sexual Medicine* 2904 (décembre 2013). Disponible à l'adresse : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23578396/>
121. Comité des droits de l'enfant, *Liste de points concernant les deuxième et troisième rapports périodiques de Brunéi Darussalam, soumis en un seul document*, CRC/C/BRN/Q/2-3/Add.1 (23 décembre 2015). Disponible à l'adresse : https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolNo=CRC%2fC%2fBRN%2fQ%2f2-3%2fAdd.1&Lang=en
122. Département d'État américain, *Brunei 2020 International Religious Freedom Report*. Disponible à l'adresse : <https://www.state.gov/wp-content/uploads/2021/05/240282-BRUNEI-2020-INTERNATIONAL-RELIGIOUS-FREEDOM-REPORT.pdf>
123. Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, *Observations finales concernant les premier et deuxième rapports périodiques du Brunéi Darussalam, présentés en un seul document*, CEDAW/C/BRN/CO/1-2 (14 novembre 2014). Disponible à l'adresse : <https://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=cdhk3B1jhCjHXjAOIGJSMVFzsp-zl3k%2fVxooReWzZRAqc9SUvWVfjeJyJdzYkAJJoqKNb-jFe%2f1HCp9e1VLCu5EQ%3D%3D>
124. Comité des droits de l'enfant, *Observations finales concernant le rapport du Brunéi Darussalam valant deuxième et troisième rapports périodiques*, CRC/C/BRN/CO/2-3 (24 février 2016). Disponible à l'adresse : <https://docs.un.org/fr/CRC/C/BRN/CO/2-3>
125. Projet Orchid et ARROW, *Short Report : FGC in Brunei* (juillet 2024). Disponible à l'adresse : [https://www.fgmcri.org/media/uploads/Country%20Research%20and%20Resources/Brunei/brunei_short_report_v1_\(july_2024\).pdf](https://www.fgmcri.org/media/uploads/Country%20Research%20and%20Resources/Brunei/brunei_short_report_v1_(july_2024).pdf)
126. Réseau Asia Network to End FGM/C, *Cambodia*. Disponible à l'adresse : <https://endfgmcasia.org/fgm-c-in-asia/cambodia.html>
127. Siti Nur Afiqah Zahari, *Why Cambodian Immigrant Muslim Women in Malaysia still practice Female Genital Cutting?*, University of Science Malaysia (février 2024). Disponible à l'adresse : https://www.researchgate.net/publication/380212344_Why_Cambodian_Immigrant_Muslim_Women_in_Malaysia_still_practice_Female_Genital_Cutting
128. Abdul Rashid et Yufu Iguchi, *The Practice of Female Genital Cutting Among the Muslim Cham Women in Cambodia*, Conférence Asie-Pacifique 2022. Disponible à l'adresse : <https://confit.atlas.jp/guide/event/apconf2022/subject/1F20605-08-04/detail?lang=en>
129. Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Stratégie coordonnée pour l'abandon de l'excision/mutilation génitale féminine en l'espace d'une génération* (janvier 2007). Disponible à l'adresse : <http://www.strategiesconcertees-mgf.be/wp-content/uploads/unicef-abandon-de-lexcision-2007.pdf>
130. Dr Laura Davis Paola, Fabbri Ilot et Muthaka Alphonse, *Gender Country Profile – 2014 : Democratic Republic of Congo*. Disponible à l'adresse : <https://www.lauradavis.eu/wp-content/uploads/2014/07/Gender-Country-Profile-DRC-2014.pdf>
131. Aida Mirmaksumova, *FGM Uncovered in Georgia*, IWPR (4 novembre 2016), disponible à l'adresse : <https://iwpr.net/global-voices/fgm-uncovered-georgia>
132. T.P Gupta, A. Taylor, G. Lauro, L. Shengelia, L. Sturua, *Exploring Harmful Practices of Early/Child Marriage and FGM/C in Georgia - Results from a Qualitative Research* (Exploration des pratiques néfastes des mariages précoces/d'enfants et des MGF/E en Géorgie – résultats d'une étude qualitative), Centre national de contrôle de la santé publique et des maladies, Promundo US, Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) et Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF). Disponible à l'adresse : https://georgia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Exploring%20Harmful%20Practices%20of%20EarlyChild%20Marriage%20and%20FGMC%20in%20Georgia_o_o.pdf
133. Rana Sabbagh-Gargour, *The Jordanian town that still circumcises women*, Daily Star (13 novembre 2003). Disponible à l'adresse : <http://www.dailystar.com.lb/Culture/Art/2003/Nov-13/111346-the-jordanian-town-that-still-circumcises-women.ashx#ixzz201SqzSFw>
134. Ossama Shaeer and Eman Shaeer, *The Global Online Sexuality Survey: Public perception of female genital cutting among Internet users in the Middle East*, 10 *Journal of Sexual Medicine* 2904 (décembre 2013). Disponible à l'adresse : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23578396/>
135. Fonds des Nations Unies pour la population, *Female Genital Mutilation among non-Syrian Refugees/migrants in Jordan* (Les mutilations génitales féminines chez les réfugiés/migrants non syriens en Jordanie) (21 avril 2022). Disponible à l'adresse : <https://jordan.unfpa.org/en/publications/female-genital-mutilation-among-non-syrian-refugeesmigrants-jordan>

136. Ossama Shaeer and Eman Shaeer, *The Global Online Sexuality Survey: Public perception of female genital cutting among Internet users in the Middle East*, 10 *Journal of Sexual Medicine* 2904 (décembre 2013). Disponible à l'adresse : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23578396/>
137. Département d'État américain, 2007 *Country Reports on Human Rights Practices—Libya* (mars 2018). Disponible à l'adresse : <https://2009-2017.state.gov/j/drl/rls/hrrpt/2007/100601.htm>
138. Département d'État américain, 2018 *Country Reports on Human Rights Practices—Libya* (mars 2019). Disponible à l'adresse : <https://www.state.gov/wp-content/uploads/2019/03/LIBYA-2018-HUMAN-RIGHTS-REPORT.pdf>
139. Comité des droits de l'Homme, *Observations finales concernant le rapport initial du Malawi*, CCPR/C/MWI/CO/1/Add.1 (19 août 2014). Disponible à l'adresse : <https://docs.un.org/fr/CCPR/C/MWI/CO/1/Add.1>
140. Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, *Observations finales concernant les premier et deuxième rapports périodiques du Malawi*, CEDAW/C/MWI/CO/8 (14 novembre 2023). Disponible à l'adresse : <https://docs.un.org/fr/cedaw/c/mwi/co/8>
141. Paidá Mpasó, *Female genital mutilation exists*, *The Nation* (4 août 2013). Disponible à l'adresse : <https://mwnation.com/female-genital-mutilation-exists/>
142. Pusha Jamieson, *Malawi: Female Genital Mutilation Being Conducted on the Quiet with Young Girls Exposed to Infections and to HIV*, *The Chronicle* (13 février 2006). Disponible à l'adresse : <https://allafrica.com/stories/200602130979.html>
143. Département d'État américain, 2016 *Country Reports on Human Rights Practices—Malawi* (3 mars 2017). Disponible à l'adresse : <https://www.refworld.org/docid/58ec8a063.html>
144. Ayan Said, Cath Conn et Shoba Nayar, *New Zealand should intensify efforts to eliminate female genital mutilation by 2030: The views of women from communities that practice FGM/C*, 1(1) *Journal of Pacific Health* (2018). Disponible à l'adresse : <https://ojs.aut.ac.nz/pacific-health/index.php/pacifichealth/article/view/10/14>
145. Aliya Naz et Stephen W. Lindow, *Survey of obstetricians' approach to the issue of reinfibulation after childbirth in women with prior female genital mutilation*, 1(2) *AJOG Global Reports* (mai 2021). Disponible à l'adresse : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666577821000083>
146. Badreldeen Ahmed et M. Abushama, *A Cautionary Case of Female Genital Mutilation*, 16(2) *Qatar Medical Journal* 70 (2007). Disponible à l'adresse : <https://www.qscience.com/content/journals/10.5339/qmj.2007.2.23>
147. Nkateko Lorraine Manabe, *The Silenced Voice of initiated Venda Women* (décembre 2010). Disponible à l'adresse : <https://pdfs.semanticscholar.org/8acc/1e4c0c42f6ff3263ccff32dabof75b1c2d14.pdf>
148. Barbara Kitui, *Female genital mutilation in South Africa*, *AfricLaw* (7 juin 2012). Disponible à l'adresse : <https://africlaw.com/2012/06/07/female-genital-mutilation-in-south-africa/>
149. Nkululeko Nyembezi, *Basotho baTlokwa defends customary female circumcision*, *SABC News* (3 février 2019). Disponible à l'adresse : <http://www.sabcnews.com/sabcnews/basotho-batlokwa-defends-customary-female-circumcision/>
150. Maureen Mswela, *Cultural practices and HIV in South Africa: A legal perspective*, 12(4) *Potchefstroom* (2009). Disponible à l'adresse : http://www.scielo.org.za/scielo.php?pid=S1727-37812009000400007&script=sci_arttext#_ftn113
151. Marise Subrayan, *Female genital mutilation: knowledge, attitudes and beliefs of obstetrics and gynaecology doctors in South Africa*, Département de l'obstétrique et de la gynécologie de l'école de médecine clinique à la Faculté des sciences médicales (novembre 2019). Disponible à l'adresse : <https://wiredspace.wits.ac.za/items/1c92c698-587d-4e2d-8a07-4e5b31149b9b>
152. Shaun Smillie, *The Knife between her thighs*, Université de Witwatersrand (17 mars 2022). Disponible à l'adresse : <https://www.wits.ac.za/news/latest-news/research-news/2022/2022-03/the-knife-between-her-thighs.html>
153. Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Situation Assessment of Children and Women in South Sudan* (Évaluation de la situation des enfants et des femmes au Soudan du Sud) (2015). Disponible à l'adresse : https://www.unicef.org/appeals/files/UNICEF_South_Sudan_Situation_Assessment_of_Children_and_Women_2015.pdf
154. Projet Orchid, *FGM in South Sudan: Short Report* (juin 2020). Disponible à l'adresse : [https://www.fgmcri.org/media/uploads/Country%20Research%20and%20Resources/South%20Sudan/south_sudan_short_report_v1_\(june_2020\).pdf](https://www.fgmcri.org/media/uploads/Country%20Research%20and%20Resources/South%20Sudan/south_sudan_short_report_v1_(june_2020).pdf)
155. Comité des droits de l'enfant, *Observations finales concernant le rapport initial du Soudan du Sud*, CRC/C/SSD/CO/1 (27 octobre 2022). Disponible à l'adresse : <https://docs.un.org/fr/CRC/C/SSD/CO/1>
156. Danish Refugee Council, *FGM - Practices Amongst the Refugee Population in Upper Nile State, South Sudan* (21 avril 2014). Disponible à l'adresse : <https://reliefweb.int/report/south-sudan/fgm-practices-amongst-refugee-population-upper-nile-state-south-sudan>
157. Ossama Shaeer and Eman Shaeer, *The Global Online Sexuality Survey: Public perception of female genital cutting among Internet users in the Middle East*, 10 *Journal of Sexual Medicine* 2904 (décembre 2013). Disponible à l'adresse : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23578396/>
158. Diana Geraci et Jacqueline Mulders, *Female Genital Mutilation in Syria? An enquiry into the existence of FGM in Syria* (avril 2016). Disponible à l'adresse : <https://www.pharos.nl/kennisbank/female-genital-mutilation-in-syria-an-enquiry-into-the-existence-of-fgm-in-syria/>
159. Yufu Iguchi, *Female Genital Cutting in Minority Communities: Cases of Cambodia, Vietnam, Malaysia and Australia*, Conférence Asie-Pacifique 2022. Disponible à l'adresse : <https://confit.atlas.jp/guide/event/apconf2022/session/1F20605-08/detail?lang=en>
160. Fairness Moyana, *Female circumcision: Binga's best kept secret*, *The Herald* (9 mars 2016). Disponible à l'adresse : <https://www.herald.co.zw/female-circumcision-bingas-best-kept-secret/>
161. Faith N Tori, *Female Genital Mutilation still a big problem in some of Zimbabwe's rural communities*, *Amakhosikazi Media* (5 février 2019). Disponible à l'adresse : <http://www.amakhosikazimedia.org/index.php/news/109-female-genital-mutilation-still-a-big-problem-in-zimbabwe-s-rural-communities>

162. *Rapport de la Rapporteuse spéciale sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences*, Mme. Radhika Coomaraswamy, soumis conformément à la résolution 2002/52 des droits de l'Homme, UN Doc. E/CN.4/2003/75/Add.1 (27 février 2003). Disponible à l'adresse : https://www.coe.int/t/dg2/equality/domesticviolence-campaign/Source/PDF_UN_Sp_Rapp_general_report_1994-2003.pdf
163. R.H. Belmaker, *Successful cultural change: the example of female circumcision among Israeli Bedouins and Israeli Jews from Ethiopia*, 49(3) *Isr J Psychiatry Relat Sci*, 178-83 (2012). Disponible à l'adresse : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23314088/>
164. S. Halila S, R.H. Belmaker, Y. Abu Rabia, M. Froimovici, J. Applebaum, *Disappearance of female genital mutilation from the Bedouin population of Southern Israel*, 6(1) *J Sex Med*. (janvier 2009). Disponible à l'adresse : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19170838/>
165. A. Asali, N. Khamaysi, Y. Aburabia, S. Letzer, B. Halihal, M. Sadovsky, B. Maoz, R.H. Belmaker, *Ritual female genital surgery among Bedouin in Israel* 24(5) *Arch Sex Behav* (octobre 1995). Disponible à l'adresse : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8561666/>
166. État d'Israël : ministère de la Justice, *Re : Intensifying global efforts for the elimination of female genital mutilation report of the Secretary-General (A/RES/77/195)* (28 mai 2024). Disponible à l'adresse : <https://www.unwomen.org/sites/default/files/2024-11/a-79-514-submission-israel-en.pdf>
167. Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'Homme, *Fact Sheet No. 23, Harmful Traditional Practices Affecting the Health of Women and Children* (Fiche d'information n° 23, Les pratiques traditionnelles néfastes qui affectent la santé des femmes et des enfants) (août 1995). Disponible à l'adresse : <https://www.refworld.org/docid/479477410.html>
168. *Cut: Exposing FGM Worldwide*, dirigé par John Chua, Distribber (2017), disponible à l'adresse : <https://www.amazon.com/Cut-Exposing-Worldwide-Omri-Rose/dp/Bo7B3W185D>
169. Ribeiro Tomazoni, Larissa et Both, Laura Jane Ribeiro Garbini, *Mutilação genital feminina na América Latina : as mulheres Embera-Chamí e Shipibo-Conibo* (Les mutilations génitales féminines en Amérique latine : les femmes Embera-Chamí et Shipibo-Conibo) (20 juin 2018). Disponible à l'adresse : <https://ssrn.com/abstract=3200059>
170. Pérou : ministère des Femmes et des Populations vulnérables, *Information on implementation of resolutions related to women* (2024). Disponible à l'adresse : <https://www.unwomen.org/sites/default/files/2024-11/a-79-514-submission-peru-es.pdf>
171. Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'Homme, *Fact Sheet No. 23, Harmful Traditional Practices Affecting the Health of Women and Children* (Fiche d'information n° 23, Les pratiques traditionnelles néfastes qui affectent la santé des femmes et des enfants) (août 1995). Disponible à l'adresse : <https://www.refworld.org/docid/479477410.html>
172. Hamid Rushwan, *Female genital mutilation: A tragedy for women's reproductive health*, 19(3) *African Journal of Urology* 130 (2013). Disponible à l'adresse : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1110570413000520#bib0090>
173. Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'Homme, *Fact Sheet No. 23, Harmful Traditional Practices Affecting the Health of Women and Children* (Fiche d'information n° 23, Les pratiques traditionnelles néfastes qui affectent la santé des femmes et des enfants) (août 1995). Disponible à l'adresse : <https://www.refworld.org/docid/479477410.html>
174. Commission indépendante des droits de l'Homme, Organisation de la coopération islamique (OCI), *Statement on the occasion of the International Day of Zero Tolerance for Female Genital Mutilation 2024* (Déclaration à l'occasion de la Journée internationale de la tolérance zéro à l'égard des mutilations génitales féminines) (6 février 2024). Disponible à l'adresse : https://oic-iphrc.org/2024/210876-06022024%20Press%20Statement%20on%20%E2%80%98International%20Day%20of%20Zero%20Tolerance%20for%20Female%20Genital%20Mutilation%202024%E2%80%99_EV.pdf
175. Indonesian Women Ulema Congress (KUPI), *Fatwa KUPI II: Hukum P2GP Tanpa Alasan Medis adalah Haram* (28 novembre 2022). Disponible à l'adresse : <https://kupi.or.id/fatwa-kupi-ii-hukum-p2gp-tanpa-alasan-medis-adalah-haram/>
176. Déclaration de Nouakchott à l'intention des chefs religieux et des érudits pour soutenir l'abandon des MGF, Fédération internationale pour la planification familiale : région du monde arabe (5 juillet 2022). Disponible à l'adresse : <https://awr.ippf.org/news/fgm-religious-leaders-declaration>
177. Confédération internationale des sages-femmes, *Female Genital Mutilation : Position Statement* (2 juin 2017). Disponible à l'adresse : <https://internationalmidwives.org/resources/female-genital-mutilation/>

