



COÛT ET IMPACT DE L'EXTENSION DES

programmes de prévention et de traitement
des mutilations génitales féminines

COÛT ET IMPACT DE L'EXTENSION DES

**programmes de prévention et de traitement
des mutilations génitales féminines**

REMERCIEMENTS

Ce rapport présente les résultats d'un exercice conjoint mené par le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) et Avenir Health en vue d'estimer le coût et l'impact de l'extension des programmes de lutte contre les mutilations génitales féminines. Un ensemble de données de programmes, d'analyses de données secondaires et de méthodes de calcul des coûts au niveau des populations a été utilisé pour évaluer les coûts et l'impact dans 31 pays où cette pratique est très répandue. Ce rapport, le premier du genre, fournit de nouveaux éléments permettant d'orienter les activités de plaidoyer et les interventions programmatiques de lutte contre les mutilations génitales féminines à différents niveaux. Il constitue également un point de départ pour des initiatives similaires qui pourront être prises dans le futur.

Cette initiative a bénéficié de l'expérience du programme conjoint UNFPA-UNICEF sur l'élimination des mutilations génitales féminines : Accélérer le changement et le programme d'autonomisation des communautés de TOSTAN. Les bureaux nationaux de l'UNFPA du Burkina Faso, de Djibouti, d'Éthiopie et de Guinée ont apporté d'importantes contributions. Une équipe constituée de membres de l'UNFPA et d'Avenir Health a travaillé à la conceptualisation et au développement ; elle était composée de Nafissatou Diop, Howard Friedman, Itamar Katz, Berhanu Legesse, Bill Winfrey, Rachel Sanders et Nadia Carvalho. Ramz Shalbak a aidé à la conception du document.

Le rapport a été produit dans le cadre du programme conjoint UNFPA-UNICEF sur l'élimination des mutilations génitales féminines : Il visait à accélérer les changements et bénéficiait du soutien financier de l'Union européenne (à travers le programme régional africain de Spotlight Initiative) et des gouvernements d'Autriche, de France, d'Islande, d'Italie, du Luxembourg, de Norvège, d'Espagne, de Suède et du Royaume-Uni.

Ce rapport a été édité par Gretchen Luchsinger et conçu par REC design/Brésil

Décembre 2020

TABLE DES MATIÈRES

● Résumé exécutif	7
● I. Introduction	9
Élimination des mutilations génitales féminines et changement social	9
● II. Objectif et méthode	10
● III. Combien cela coûte-t-il ?	13
Cas évités	13
Facteurs de coût	14
Comparaisons avec les dépenses existantes	17
Limites	17
● IV. Personnalisation de l'analyse pour les pays	19
● Bibliographie	20
● Annexe A : Derrière les chiffres : Évaluation des coûts	22
● Annexe B : Analyse de sensibilité	31
● Annexe C : Opinions publiques et lois sur les mutilations génitales féminines selon le pays	32

ACRONYMES

EDS	Enquête démographique et de santé
DSA	indemnité journalière de subsistance
MGF	Mutilations génitales féminines
PIB	Produit intérieur brut
EGIM	Enquête en grappe à indicateur multiple
ODD	Objectif de développement durable
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
OMS	Organisation mondiale de la Santé



RÉSUMÉ EXÉCUTIF

Les mutilations génitales féminines (MGF) sont reconnues à l'échelle internationale comme étant une violation des droits humains des filles et des femmes. Pourtant, plus de 200 millions de filles et de femmes en vie aujourd'hui ont subi cette pratique dans 31 pays d'Afrique, des États arabes et d'Asie. Selon les estimations, le nombre de filles exposées au risque de subir une MGF passera de 4,1 millions en 2019 à 4,6 millions en 2030, si les niveaux actuels se maintiennent, la majorité d'entre elles étant âgées de moins de 15 ans. Même si la pratique de la MGF prédomine dans certains pays, elle existe dans toutes les régions du monde.

Parmi les 17 Objectifs de développement durable (ODD), la cible 5.3 de l'objectif n°5 relatif à l'égalité entre les sexes vise à éliminer les pratiques néfastes telles que la MGF. Toutefois, les données relatives aux coûts de ces programmes restent insuffisantes.

Cette analyse évalue pour la première fois le coût et l'impact des programmes dans 31 pays où la pratique de la MGF est encore répandue.

Un ensemble de données de programmes, d'analyses de données secondaires et de méthodes de calcul des coûts au niveau des populations a été utilisé pour évaluer les coûts et l'impact de l'extension des programmes vers une couverture élevée et moyenne. Un groupe d'interventions pour la prévention, la protection, les soins et le traitement a été mis au point sur la base des travaux

du programme conjoint UNFPA-UNICEF sur l'élimination de la MGF, entre autres. Des analyses de régression ont permis de calculer les nouveaux taux d'incidence liés à l'augmentation de la couverture des interventions. Ces taux ont été utilisés pour estimer le nombre de cas évités.

Il faudrait prévoir un montant de 3,3 milliards de dollars pour atteindre les cibles de couverture élevée à l'horizon 2030. Cela permettrait d'éviter 24,6 millions de cas à un coût moyen de 134 dollars chacun. Un scénario de couverture moyenne coûterait 1,6 milliard de dollars et permettrait d'éviter plus de 12 millions de cas.

Le coût moyen par cas évité cache toutefois des variations importantes entre les pays. Les investissements les plus rentables seraient réalisés dans les pays où le changement

historique de l'incidence de la MGF est limité. Dans ces pays, le coût moyen par cas évité serait compris entre 3 et 90 dollars. Les autres investissements les plus rentables seraient réalisés dans les pays où la pratique de la MGF est fortement approuvée par la société, mais où une tendance à la baisse existe déjà, avec un coût par cas évité estimé à environ 240 dollars.



I. INTRODUCTION

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit les mutilations génitales féminines comme étant toutes les interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toute autre lésion des organes génitaux féminins pratiquées à des fins non thérapeutiques. (WHO 2018). Plus de 200 millions de filles et de femmes en vie aujourd'hui ont subi cette pratique dans 31 pays d'Afrique, des États arabes et d'Asie, où des données ont été recueillies (UNICEF, 2016). Dans la plupart des cas, il s'agit de jeunes filles âgées de moins de 15 ans. En 2015, la MGF a été pratiquée sur environ 3,9 millions de filles dans le monde (UNFPA, 2018)

Les mutilations génitales féminines sont reconnues à l'échelle internationale comme étant une violation des droits humains. Elles ne présentent aucun avantage pour la santé, mais sont préjudiciables à bien des égards aux jeunes filles et aux femmes. Le 20 décembre 2012, la 67^e Assemblée générale des Nations unies (AGNU) a adopté la résolution 67/146 de l'Assemblée générale des Nations Unies « sur l'intensification de l'action mondiale visant à éliminer les mutilations génitales féminines », laquelle constitue un

appel politique clair à l'action en vue d'une accélération continue vers l'élimination de cette pratique.

Depuis lors, de nombreux efforts ont été déployés pour lutter contre ce phénomène à l'échelle internationale, nationale et locale. Des progrès ont été réalisés grâce à la recherche, au travail avec les communautés et à l'évolution des politiques publiques.

Bien que la MGF ait diminué dans la plupart des pays où leur pratique est répandue, la croissance démographique signifie que si la

pratique se poursuit au rythme actuel, le nombre de victimes parmi les filles continuera d'augmenter. Selon les estimations de l'UNFPA, entre 2015 et 2030, un nombre supplémentaire de 68 millions de filles seront victimes de MGF si le niveau actuel de cette pratique est maintenu (UNFPA, 2018). La protection de ces filles requiert un redoublement d'efforts considérables dans la lutte contre la MGF.

Élimination des mutilations génitales féminines et changement social

L'UNFPA et l'UNICEF dirigent le programme conjoint sur les mutilations génitales féminines dont l'objectif est d'accélérer l'élimination de cette pratique. Le programme encourage les efforts coordonnés et systématiques qui mobilisent l'ensemble des communautés, et en mettant l'accent sur la santé et les droits sexuels et reproductifs et l'égalité entre les sexes au moyen de canaux multiples.

La MGF est une norme sociale et la transformation des normes sociales est complexe, discontinue et itérative (UNFPA 2020). Les normes sociales sont des croyances informelles, profondément ancrées et largement répandues, fondées

sur les rôles sociaux et les attentes sociales qui régissent les comportements et les pratiques humaines au sein d'un groupe ou d'un réseau de référence. Pour faciliter la transformation d'une norme sociale, il est important de s'attaquer aux croyances et aux attentes partagées et au comportement collectif, en reconnaissant sans réserve que les individus sont peu portés à abandonner la MGF s'ils ne pensent pas que les autres prendront la même décision (UNFPA, 2020).

Les programmes d'autonomisation des communautés qui font évoluer les normes sociales jouent un rôle central. Ils regroupent un ensemble d'acteurs, allant des

chefs religieux et politiques aux différents membres de la famille, et sont élaborés en fonction de chacun des contextes dans lesquels ils sont mis en œuvre. De nombreuses études ont montré l'impact de la mobilisation communautaire et des stratégies d'autonomisation des femmes (Salam, et al., 2016). Cependant, aucune estimation des investissements nécessaires pour parvenir à une réduction substantielle de la MGF n'a été réalisée à ce jour.



Kenya - Luca Zordan pour l'UNFPA

II. OBJECTIF ET MÉTHODE

L'UNFPA et Avenir Health ont évalué les coûts de l'extension de trois types de programmes (prévention, protection, soins et traitement) dans 31 pays où les pratiques de MGF sont très répandues (voir annexe C pour plus de détails).

L'analyse s'est faite sur la base des données de programmes, d'analyses de données secondaires et de méthodes de calcul des coûts à l'échelle des

populations. Le processus a commencé par la définition d'un ensemble d'interventions basées sur le travail effectué dans le cadre du programme conjoint UNFPA-

UNICEF sur la MGF (UNFPA et UNICEF, 2018), entre autres, et fondées sur la théorie de la transformation sociale.

Estimation des coûts

Pour chaque intervention, l'estimation des coûts nationaux a été obtenue en multipliant la population cible par la couverture de l'intervention pour chaque année. Cela a permis d'obtenir le nombre de personnes atteintes, qui a été multiplié par le coût unitaire de l'intervention pour obtenir le coût total de l'intervention. Voir le tableau 1 pour les hypothèses formulées dans les calculs.

L'évaluation des coûts couvre la période allant de 2020 à 2030. Des analyses de régression ont permis de calculer les nouveaux taux d'incidence liés à l'augmentation de la couverture des interventions ; ces taux ont été utilisés pour calculer le nombre de cas évités. Des analyses de sensibilité ont été effectuées sur les variables clés.

En 2020, les coûts ont été estimés en dollars US, sans appliquer une inflation ou une réduction, et ont été avancés de manière à

tenir compte du développement initial des matériels ainsi que des mesures législatives prises dans un sous-ensemble de pays. Étant donné que l'on observe au fil du temps une réduction du nombre de communautés dont la majorité des membres sont favorables à la MGF, selon les tendances historiques, les ressources nécessaires connaîtront une baisse au cours des prochaines années.

Tableau 1. Hypothèses formulées dans les calculs.

	Intervention	Population cible	Population dans le besoin
Prévention 	Programmes de prévention visant à renforcer l'autonomie des communautés	Communautés, dont la population totale est calculée par rapport à la taille moyenne des communautés de 600 personnes.	Pourcentage de communautés où plus de 50 % de la population est favorable à la MGF.
	Médias de masse et médias sociaux		
	Formation des prestataires de soins de santé à la prévention	Prestataires des soins de santé	Pourcentage de prestataires travaillant dans des communautés où plus de 50 % de la population est favorable à la MGF.
Protection 	Législation et élaboration de politiques	Pays ne disposant d'aucune loi interdisant la MGF	100 % pour les pays sans ces lois, zéro pour les autres.
	Tribunaux mobiles	Communautés, dont la population totale est calculée par rapport à la taille moyenne des communautés de 600 personnes.	Pourcentage de communautés où plus de 50 % de la population est favorable à la MGF.
	Renforcement des capacités du personnel juridique	Personnel juridique, un événement par pays et par an	100 pour cent
Traitement et soins 	Soutien psychosocial	Femmes accouchant pour la première fois	Pourcentage de femmes ayant subi une MGF de type 3
	Renforcement des capacités des prestataires de soins de santé en matière de traitement et de soins	Prestataires des soins de santé	Pourcentage de prestataires travaillant dans des communautés où plus de 50 % de la population est favorable à la MGF.

En considérant deux scénarios

Deux scénarios d'extension ont été envisagés. Dans le cadre d'un scénario de couverture élevée, 100 % des communautés où plus de la moitié des personnes sont favorables à la MGF devaient être sensibilisées par des programmes de prévention communautaires directs ou indirects à l'horizon

2030. Un scénario moyen prévoyait de toucher 50 % de ces communautés avec des programmes de prévention directe ou indirecte. Des objectifs de couverture similaires ont été appliqués aux programmes de soins et de traitement et aux programmes de tribunaux

mobiles pour chaque scénario. Les programmes législatifs étaient également les mêmes dans chaque scénario, car ils impliquaient des coûts fixes pour l'élaboration et la diffusion de nouvelles lois et normes juridiques.



III. COMBIEN CELA COÛTE-T-IL ?

Dans le scénario de couverture élevée, près de 150 000 communautés pourraient être touchées par des programmes de prévention directe et d'autonomisation de la communauté. Un nombre supplémentaire de 450 000 communautés pourrait être indirectement touché. Un soutien psychosocial pourrait être offert à 1,9 million de femmes victimes de MGF.

Le coût total pour la période allant de 2020 à 2030 serait d'environ 1 milliard de dollars pour les États arabes et l'Afrique subsaharienne, tandis que l'Asie nécessiterait 2,3 milliards de dollars supplémentaires.

Le scénario de couverture moyen coûterait 1,6 milliard de dollars environ au cours de la période allant de 2020 à 2030 et approximativement 300 000 communautés pourraient être touchées par des programmes

de prévention directe ou indirecte. Il permettrait d'apporter un soutien psychosocial à près de 1 million de femmes victimes de MGF.

La majeure partie des coûts seraient consacrés aux programmes de prévention, soit 63 pour cent du total, suivi des coûts de soutien du programme, soit 20 pour cent. Les programmes relatifs aux soins, aux traitements et à la protection utiliseraient respectivement environ 11 et 5 pour cent.

Cas évités

Chaque scénario prévoyait une estimation du nombre de cas évités. Il s'agissait de comparer le nombre de cas dans chaque scénario (où les interventions et les tendances historiques influent sur l'incidence), à un cas hypothétique reflétant uniquement les tendances historiques.

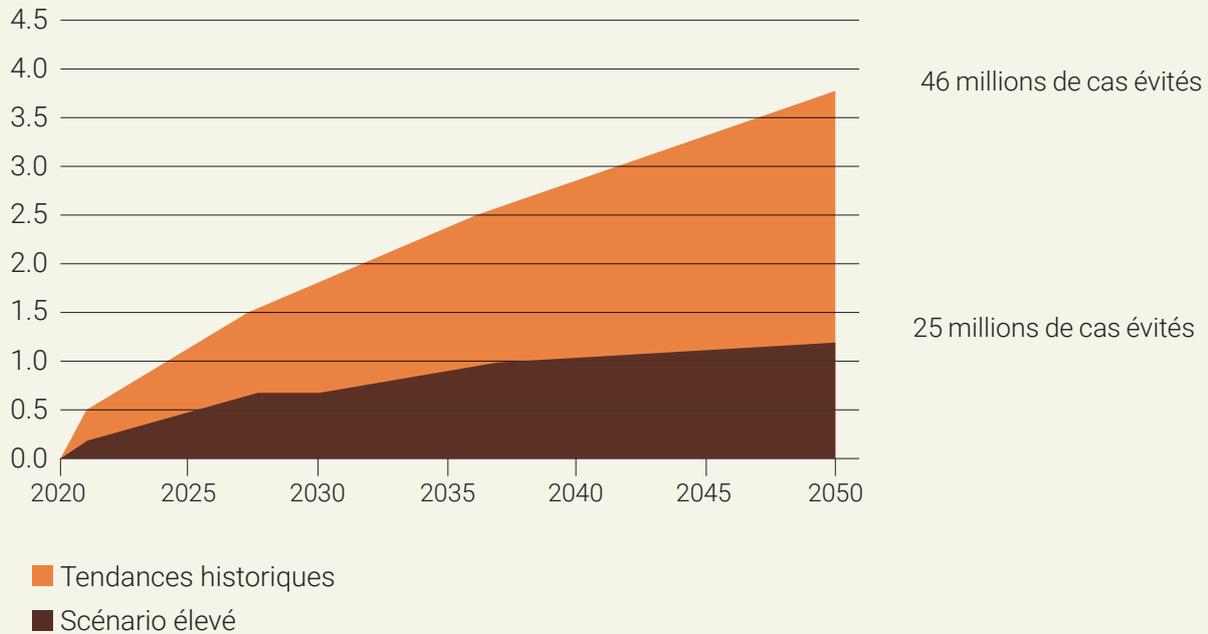
La figure 1 montre que le scénario de couverture élevée pourrait permettre d'éviter près de 5 millions de cas d'ici 2030, et 20 millions de cas supplémentaires entre 2031 et 2050. Au total, environ 25 millions de cas pourraient être

évités pour un coût moyen de 134 dollars par cas.

Le scénario de couverture moyen pourrait permettre d'éviter environ 2 millions de cas d'ici 2030, et 10 millions de cas supplémentaires entre 2031 et 2050.

Les baisses résultant des interventions passées, des tendances historiques, de l'éducation et d'autres dynamiques sociales et économiques permettraient de réduire de 46 millions le nombre de cas supplémentaires d'ici 2050.

Figure 1. Les cas de mutilations génitales féminines évités dans le cadre du scénario de couverture élevée et grâce aux tendances historiques augmentent avec le temps, bien que le coût moyen par cas évité dépende d'un large éventail de variables selon les pays.



Facteurs de coût

Plusieurs facteurs expliquent les variations de coût entre les pays. La taille globale de la population constitue un facteur important. Toutes choses étant par ailleurs égales, plus la taille de la population est importante, plus les coûts sont élevés. Dans les pays où le produit intérieur brut (PIB) est plus élevé, et les prix également, la sensibilisation des

personnes ou des communautés est plus onéreuse.

Les coûts de programmes de prévention sont plus élevés dans les pays dans lesquels la majeure partie de la population est favorable à la MGF, principalement en raison des coûts liés à la sensibilisation d'un plus grand nombre de communautés. Les pays ne disposant d'aucune loi

visant à empêcher cette pratique enregistreront des coûts de protection plus élevés. Les coûts liés aux soins et aux traitements augmentent proportionnellement à la prévalence et au nombre de MGF de type 3, plus graves. Le tableau 2 présente les cinq pays aux coûts les plus élevés ainsi que leurs principaux facteurs de coûts.

Tableau 2. Facteurs de coûts au niveau national

	Population plus importante	PIB plus élevé	Plus forte proportion de communautés favorables aux mutilations génitales féminines	Forte prévalence des mutilations génitales féminines de Type 3
Indonésie 	✓	✓	✓	
Égypte 	✓	✓	✓	
Soudan 	✓		✓	✓
Nigéria 	✓	✓		
Mali 			✓	

Une étude des pays en fonction de leur niveau de soutien à la MGF et de leurs tendances historiques permet de distinguer quatre catégories, comme le montre la figure 2.

La prise en compte des coûts et des impacts dans chaque groupe permet d'établir des priorités dans l'utilisation des ressources limitées. Naturellement, il est plus rentable d'investir dans les pays où les changements historiques sont peu nombreux et où la majeure partie des communautés est favorable à la MGF. Le coût moyen par cas évité est compris entre 2 et 56 dollars.

Dans les pays où de nombreuses communautés sont encore majoritairement favorables à cette pratique, mais où une tendance historique à la baisse existe déjà, les interventions demeurent rentables, mais l'impact des nouveaux programmes de prévention est plus faible. Cela entraîne des coûts estimés à 200 dollars par cas évité.

Le coût dans les pays peu favorables à cette pratique, mais avec des changements historiques limités est d'environ 500 dollars par cas évité.

Pour les pays déjà peu favorables à cette pratique, et dans lesquels

il existe une forte tendance historique à la baisse, le coût moyen par cas évité est d'environ 3 000 dollars. Cela concerne principalement les coûts fixes pour la mise en œuvre des programmes et la prise en charge des premiers cas de MGF.

Figure 2. Quatre types de pays dont les coûts varient

APPROBATION DES MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES PAR LA COMMUNAUTÉ



Comparaisons avec les dépenses existantes

Bien qu'il n'existe pas actuellement d'estimations des dépenses mondiales globales en matière de lutte contre la MGF, le programme conjoint UNFPA-UNICEF a prévu de dépenser environ 19 millions de dollars par an au cours de sa phase III (2018-2021). Ce montant

est bien loin de l'estimation des coûts dans le cadre du scénario de couverture élevée ou moyen.

En 2018, le programme conjoint a reçu de la part des bailleurs de fonds un montant d'environ 14,3 millions de dollars ; le

montant total des dépenses s'est élevé à 10,2 millions de dollars au Burkina Faso, à Djibouti, en Égypte, en Éthiopie, au Kenya, au Nigéria, au Sénégal et au Soudan (Programme conjoint UNFPA-UNICEF sur l'élimination de la MGF, 2019).

Limites

Les estimations de coûts se sont heurtées à un certain nombre de limitations. Par conséquent, les résultats à ce stade doivent être utilisés principalement dans le cadre des discussions et des plaidoyers, notamment en vue de l'investissement dans les programmes et l'évaluation, et de la mise en œuvre complète de modules propres à la MGF dans les enquêtes auprès des ménages. Voir l'annexe B pour en savoir plus sur l'analyse de sensibilité.

Ces limites sont dues à l'absence de travaux de recherche sur l'efficacité et les coûts des programmes de lutte contre la MGF. L'analyse a donc dû s'appuyer sur une seule étude pour l'estimation des avantages directs des programmes de prévention, et sur un responsable interne de la mise en œuvre du programme pour une estimation des avantages indirects. Les coûts sont calculés sur la base d'ensembles limités de données nationales provenant de cinq pays. Parmi les autres lacunes de données, citons l'insuffisance des

données d'enquête sur la MGF dans neuf pays, ce qui a empêché les estimations d'incidence basées sur les tendances récentes (Annexe C).

Bien que couvrant 31 pays différents, cette analyse a dû formuler des hypothèses normalisées sur des éléments tels que la taille des communautés, la rémunération des facilitateurs et la structure des programmes. Dans la pratique, la mise en œuvre des programmes et les coûts associés pourraient connaître des variations.

En outre, l'étude d'impact a été un processus indirect qui a d'abord évalué les répercussions des programmes de prévention sur les perceptions de la communauté et des individus, puis la manière dont le changement d'opinion influence la pratique réelle. À mesure que les données disponibles augmenteront, il sera possible d'analyser les effets directs de l'extension des programmes de prévention sur les taux de MGF.

Même si l'éducation, l'urbanisation, la mobilité et autres

tendances sociales peuvent influencer sur les décisions relatives à la MGF, cette analyse repose sur les tendances historiques antérieures sans essayer de prédire le rôle que joueront le niveau d'instruction et d'autres dynamiques sociales dans le futur.

Les changements au niveau des résultats standards en matière de santé tels que les années de vie ajustées sur l'invalidité n'ont pas pu être estimés en l'absence des coefficients d'invalidité normalisés associés à la MGF. De ce fait, les possibilités de comparaison entre la MGF et d'autres programmes de santé s'en trouvent limitées. Dans le meilleur des cas, les opérations de calcul des coûts conduiront à des évaluations plus rigoureuses des programmes, à l'intégration de la MGF dans les estimations de la charge mondiale de morbidité et à un plus grand investissement en termes d'efforts fournis pour éliminer cette pratique.

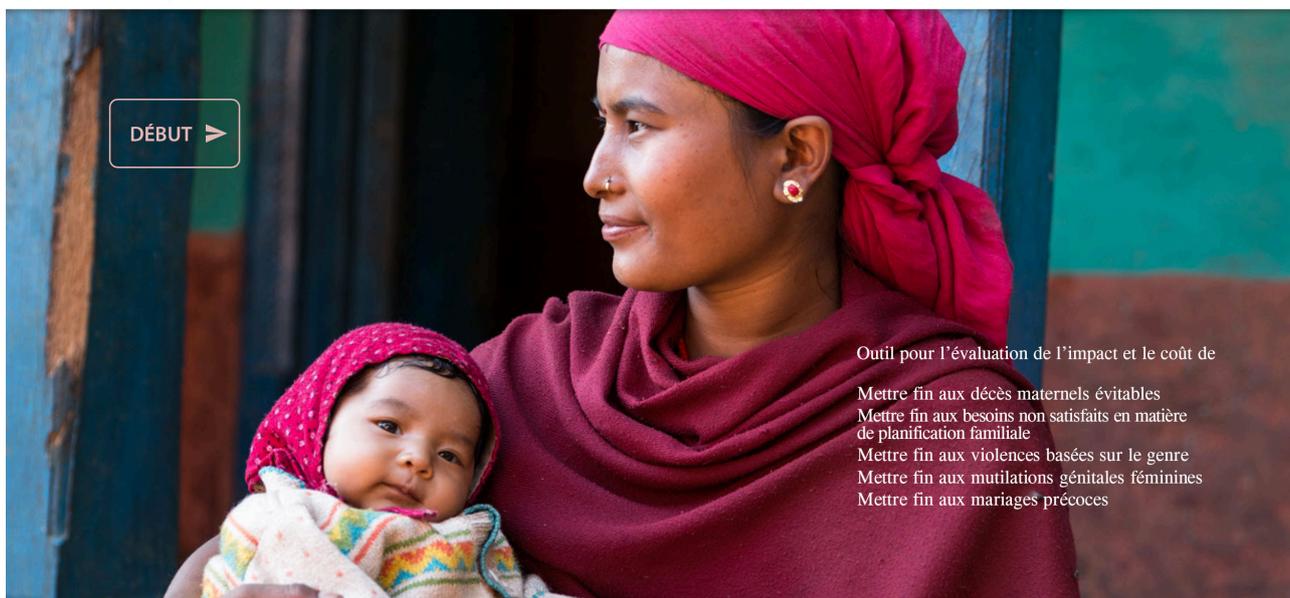


IV. PERSONNALISATION DE L'ANALYSE POUR LES PAYS

L'UNFPA a réuni les ressources en vue de soutenir l'analyse par pays des coûts et de l'impact de la réalisation des objectifs visant à mettre fin aux décès maternels évitables, aux besoins non satisfaits en matière de planification familiale, aux violences basées sur le genre et aux autres pratiques néfastes.

Ces ressources sont disponibles sur le site web d'Impact40 (<https://impact40.org/>). Il s'agit notamment de feuilles de calcul permettant d'estimer les coûts et l'impact de l'extension des programmes visant à éliminer les mutilations génitales féminines dans certains pays.

Les utilisateurs peuvent mettre en place un ensemble de services personnalisés, ajuster les coûts des intrants et varier les programmes d'extension afin de développer des stratégies et un plaidoyer. Un guide d'utilisateur et des webinaires enregistrés fournissent des conseils supplémentaires.



BIBLIOGRAPHIE

Berg, R. C., et E. Denison. 2013. "Interventions to reduce the prevalence of female genital mutilation/cutting in African countries." *Campbell Systematic Reviews* 9(155).

Berg, R. C., et E. M. Denison. 2013. "A realist synthesis of controlled studies to determine the effectiveness of interventions to prevent genital cutting of girls." *Paediatrics and International Child Health* 33(4): 322-33.

Cislaghi, B. 2019. Thinkpiece: The potential of a community-led approach to change harmful gender norms in low- and middle-income countries. London : ALiGN.

Clift, J., et M. Chaitkin. 2016. Landscape study of the cost, impact, and efficiency of above service delivery activities in HIV and other global health programs. Washington, DC: Results for Development Institute.

Diop, N. J., et al. 2004. The TOSTAN Program Evaluation of a Community Based Education Program in Senegal. Population Council, GTZ, TOSTAN.

Howard, J., et M. Gibson. 2017. "Frequency-dependent female genital cutting behaviour confers evolutionary fitness benefits." *Nature Ecology & Evolution* 1(0049).

Johansen, R. E., et al. 2013. "What works and what does not: a discussion of popular approaches for the abandonment of female genital mutilation." *Obstetrics and Gynecology International* 348248.

Katz, I., et J. Osika. 2011. *Sustainability analysis of HIV/AIDS servicesw: HAPSAT Guyana and*

Sierra Leone. Bethesda: Abt Associates Inc. and National AIDS Program.

Kimani, S., J. Muteshi et C. Njue. 2016. *Health Impacts of FGM/C: A Synthesis of the Evidence*. New York: Population Council.

Kincaid, D. L., et M. P. Do. 2006. "Multivariate causal attribution and cost-effectiveness of a national mass media campaign in the Philippines." *Journal of Health Communications* 11(Suppl 2): 69-90.

Salam, R. A., et al. 2016. "Improving adolescent sexual and reproductive health: a systematic review of potential interventions." *Journal of Adolescent Health* 59(4 Suppl): S11-S28.

Shell-Duncan, B. 2016. "Considerations on the Use and Interpretation of Survey Data on FGM/C. Addendum to the SOTA. November 2016." Evidence to End FGM/C: Research to Help Women Thrive. New York: Population Council.

Shell-Duncan, B., et al. 2011. "Dynamics of change in the practice of female genital cutting in Senegambia: testing predictions of social convention theory." *Social Science and Medicine* 73(8): 1275-1283.

Stern, E., et A. Anderson. 2015. 'One Hand Can't Clap by Itself': Engagement of Boys and Men in Kembatti Mentti Gezzimma's Intervention to Eliminate Female Genital Mutilation and Circumcision in Kembatta Zone, Ethiopia. EMERGE Case Study 3. Promundo-US, Sonke Gender Justice and the Institute of Development Studies.

TOSTAN. 2017. Évaluation finale du projet CG3 : résultats. UNFPA.

———. 2019. *Tostan Community Empowerment Program description*. Website: https://tostan.org/wp-content/uploads/tostan_our_program_fact_sheet_eng.pdf.

UNFPA (United Nations Population Fund). 2013. Driving forces in outlawing the practice of female genital mutilation/cutting in Kenya, Uganda and Guinea-Bissau. New York: UNFPA.

———. 2018. *Bending the curve: FGM trends we aim to change*. Retrieved from UNFPA: https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/18-053_FGM-Infographic-2018-02-05-1804.pdf

———. 2020. How Changing Social Norms is Crucial in Achieving Gender Equality: <https://www.unfpa.org/social-norms-change>

UNFPA (United Nations Population Fund) and UNICEF (United Nations Children's Fund). 2018. *UNFPA-UNICEF Joint Programme on Female Genital Mutilation: Performance Analysis for Phase II*. New York: United Nations.

———. 2019. *Accelerating Change: Annual Report 2018*. New York: UNFPA-UNICEF Joint Programme on the Elimination of FGM. New York: United Nations. UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'enfance) 2008. Long term evaluation of the TOSTAN program in Senegal: Kolda, Thes, et Fatick regions. New York: UNICEF.

———. 2016. *Female Genital Mutilation/Cutting: a Global Concern*. Website: https://www.unicef.org/media/files/FGMC_2016_brochure_final_UNICEF_SPREAD.pdf.

United States Government Accountability Office. 2016. *Female Genital Mutilation/Cutting: US Assistance to Combat this Harmful Practice Abroad is Limited*. Washington, DC: Government Accountability Office.

Banque mondiale. 2018. Données PIB. Site Web : <https://data.worldbank.org/indicator/ny.gdp.mktp.cd>.

OMS (Organisation mondiale de la Santé) 2018. "Female Genital Mutilation." Website: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>.

ANNEXE A :

DERRIÈRE LES CHIFFRES :

CALCUL DES COÛTS

Coûts unitaires

L'UNFPA a examiné les estimations des coûts unitaires du programme TOSTAN au Sénégal et des programmes communautaires plus vastes au Burkina Faso, à Djibouti, en Éthiopie et en Guinée afin de définir la portée des interventions et d'identifier les intrants associés ainsi que les coûts unitaires des programmes de prévention, des programmes communautaires, des programmes de protection en matière de législation et de mise en œuvre et des programmes de traitement et de soins. Les coûts ont été calculés sur la base des programmes d'autonomisation des communautés, notamment les cours sur les droits de l'homme, la résolution de problèmes et l'hygiène, et sur la base de l'hypothèse selon laquelle pour chaque communauté participant à des programmes directs, trois autres communautés pourraient être indirectement sensibilisées grâce aux discussions et réunions tenues avec les membres de la communauté (UNICEF, 2008).

Dans la plupart des cas, les coûts unitaires n'étaient disponibles que pour un nombre limité de pays. Lorsqu'un seul coût unitaire était disponible, il était converti en estimations pour d'autres pays en utilisant une formule qui

prend en compte les différences de prix et de salaires (Banque mondiale, 2018). Lorsque plusieurs coûts unitaires étaient disponibles, les entrées pour chaque pays ont été utilisées, et la moyenne a été appliquée par extrapolation aux autres pays où les estimations n'étaient pas disponibles en utilisant la même formule. L'analyse a utilisé les dollars constants pour l'année de référence et n'a pas prévu de fluctuation de change.

Interventions de prévention

Les hommes comme les femmes doivent prendre part aux efforts communautaires visant à faire évoluer les normes profondément ancrées, comme celles qui soutiennent la pratique de la MGF. Plusieurs projets ont été essentiels pour identifier le processus et les interventions en question. En Éthiopie, Kembatti Mentti Gezzimma (KMG) a démontré comment faire participer les hommes de manière significative à l'abandon des pratiques néfastes et aux progrès de l'égalité entre les sexes (Stern & Anderson, 2015). TOSTAN a montré comment provoquer un changement social dans une communauté en mobilisant les membres autour de l'abandon des pratiques néfastes (Diop, et al., 2004).

Les programmes de prévention et d'autonomisation des communautés ont fait appel à une communication interpersonnelle intensive, une série de mécanismes pour atteindre les populations cibles et pour la formation des dirigeants communautaires. Les professionnels ont aidé les gens à identifier les normes nocives, à réfléchir aux conséquences de ces normes sur la santé, le bonheur et le bien-être, et à élaborer et mettre en œuvre des stratégies pour les changer. Les interventions chiffrées comprenaient des programmes communautaires d'autonomisation et de prévention et les médias de masse. Les calculs ont inclus les coûts de renforcement des capacités et de développement du matériel (tableau A.1).

Tableau A.1. Interventions en matière de prévention : détails et sources

Intervention	Détails	Sources
Autonomisation de la communauté		
Formation des facilitateurs	Indemnité journalière de subsistance (DSA) pour un facilitateur par communauté pour une formation de 10 jours ; honoraires de consultation (spécifiques au pays) et DSA pour deux formateurs pour 10 jours de formation et 2 jours de préparation.	Partenaires communautaires de l'UNFPA en Éthiopie ; enquête 2017 de la Guinée sur la MGF ; TOSTAN, Sénégal.
Formation de remise à niveau	DSA pour une formation de 2 jours par facilitateur communautaire ; DSA et honoraires de consultation (spécifiques au pays) pour 2 jours de formation et 1 jour de préparation pour 2 formateurs (pour 25 stagiaires)	Équipe de l'UNFPA chargée de la question de la MGF ; partenaires communautaires de l'UNFPA au Burkina Faso et en Éthiopie.
Réunions intercommunautaires	DSA pour 1 réunion par mois pendant 6 mois avec 2 participants par communauté	Consultations avec les responsables de la mise en œuvre du programme MGF au sein de l'UNFPA.
Formation : comités de gestion communautaire	DSA pour une formation de 5 jours pour 5 participants par communauté ; DSA et honoraires de consultation pour 2 formateurs (par 25 participants) pour 5 jours de formation et 2 jours de préparation.	Consultations avec les responsables de la mise en œuvre du programme MGF au sein de l'UNFPA.
Formation : chefs religieux	DSA pour une formation de 5 jours pour 2 leaders religieux par communauté ; DSA et honoraires de consultation pour 2 formateurs (par 25 stagiaires) pour 5 jours de formation et 2 jours de préparation.	Consultations avec les responsables de la mise en œuvre du programme MGF au sein de l'UNFPA.
Formation : responsables de district	DSA pour 5 jours de formation pour 30 participants ; DSA et honoraires de consultation pour 2 formateurs (par 25 stagiaires) pour 5 jours de formation et 2 jours de préparation.	Consultations avec les responsables de la mise en œuvre du programme MGF au sein de l'UNFPA.
Sensibilisation de la communauté		
Matériel	Coût par personne	
Facilitateur communautaire	Taux mensuel pour un facilitateur à temps plein par communauté	TOSTAN, Sénégal
Superviseur communautaire	Pour 1 superviseur par groupe de 10 communautés : 10 % en équivalent temps plein d'un superviseur	Partenaire communautaire de l'UNFPA en Éthiopie
Véhicule et frais de transport du superviseur communautaire	Pour 1 superviseur par groupe de 10 communautés : véhicule 10 % du coût du véhicule ; coût du carburant : 1 467 litres par an.	Partenaire communautaire de l'UNFPA en Éthiopie

Intervention	Détails	Sources
Médias de masse et médias sociaux		
Déclaration publique d'abandon	Coût par communauté en fonction des coûts propres au pays	TOSTAN, Sénégal ; partenaires communautaires de l'UNFPA à Djibouti et en Éthiopie
Radio	Modèle de ressources nécessaires ; coût par personne pour les programmes radio en faveur de la prévention du VIH.	Modèle de ressources nécessaires de l'ONUSIDA
Formation des prestataires de soins de santé		
Formation du personnel de santé	DSA pour 50 stagiaires pour une formation de 5 jours ; honoraires du formateur et DSA pour 4 formateurs et personnel de soutien pour 28 personnes (5 jours de formation et 2 jours de préparation)	Équipe de l'UNFPA chargée de la question de la MGF ; partenaire communautaire de l'UNFPA au Burkina Faso.
Autre		
Élaboration du matériel de formation	Matériel de formation pour les agents de santé, les tribunaux mobiles, les responsables de district, les chefs religieux, la gestion communautaire, la formation des facilitateurs et les cours de recyclage,	Consultations avec les responsables de la mise en œuvre du programme MGF au sein de l'UNFPA.

Interventions en matière de protection

Les programmes de protection ont englobé l'élaboration de lois et de politiques là où aucun cadre juridique n'existait, ainsi que des tribunaux mobiles et le renforcement des capacités du personnel juridique (tableau A.2).

Tableau A.2. Interventions en matière de protection : détails et sources

Intervention	Détails	Sources
Droit		
Élaboration d'un projet de loi et production d'une recherche factuelle sur les normes sociales et la MGF	1 consultant par pays (coût non spécifique au pays)	Consultations avec les responsables de la mise en œuvre du programme MGF au sein de l'UNFPA.
Deux ateliers de consultation d'une journée	100 participants (en fonction du coût par participant et par jour)	Ateliers nationaux au Botswana, en Géorgie, en Indonésie, au Kenya, au Liban et en Zambie, et avec le programme commun H6 (FNUAP, ONUSIDA, UNICEF, OMS, ONU Femmes, Banque mondiale).

Intervention	Détails	Sources
Plaidoyer auprès des journalistes	3 par pays et par an (coût non spécifique au pays)	Consultations avec les responsables de la mise en œuvre du programme MGF au sein de l'UNFPA.
Mise en application		
Ateliers de renforcement des capacités	2 ateliers de 3 jours avec DSA pour 50 participants	Consultations avec les responsables de la mise en œuvre du programme MGF au sein de l'UNFPA.
Tribunaux mobiles	12 visites, DSA pour 1 avocat et 1 juge	Consultations avec les responsables de la mise en œuvre du programme MGF au sein de l'UNFPA.

Interventions en matière de soins et de traitement

Les interventions de soins et de traitement étaient censées cibler les femmes ayant subi de la MGF de type 3, et comprenaient un soutien psychosocial et une formation des agents de santé sur la gestion de la MGF (Kimani, Muteshi, & Njue, 2016). Ces interventions étaient censées être fournies aux femmes au moment de la première naissance (tableau A.3).

Tableau A.3. Interventions en matière de soins et de traitement : détails et sources

Intervention	Détails	Sources
Soutien psychosocial	Coût par personne propre au pays, basé sur le soutien individuel, le soutien en groupe, les visites à domicile, etc. Les femmes ayant subi une MGF de type 3 sont censées en bénéficier lors de leur premier accouchement.	Enquête sur la MGF , novembre 2017 : Mauritanie, Côte d'Ivoire ; Outil d'analyse de la durabilité des programmes de lutte contre le VIH/SIDA (HAPSAT), Guyane et Sierra Leone.
Renforcement des capacités des prestataires des soins de santé	DSA pour 50 stagiaires pour une formation de 5 jours ; honoraires du formateur et DSA pour 4 formateurs et personnel de soutien pour 28 personnes (5 jours de formation et 2 jours de préparation)	Équipe de l'UNFPA chargée de la question de MGF ; partenaire communautaire de l'UNFPA au Burkina Faso.

Coûts de soutien au programme

Les coûts du programme couvrent le soutien visant à garantir des interventions de qualité en matière de prévention, de protection, de soins et de traitement. Ces coûts comprennent la gestion du programme, la supervision, le suivi et l'évaluation, le transport, les communications et la sécurité dans les zones de conflit. En l'absence d'informations sur les coûts précis des programmes d'intervention contre la MGF, des pourcentages dépassant les coûts de mise en œuvre des programmes provenant de diverses sources ont été appliqués (Tableau A.4).

Tableau A.4. Sources et coûts de soutien au programme

Type de coût	Valeur en sus des coûts d'intervention, en pourcentage	Sources/notes
Ressources humaines propres au programme	1	R4D Above Service Delivery Costs Review (Clift & Chaitkin, 2016)
Supervision	2	
Transport	2	
Communications et médias	1	
Suivi et évaluation	7,5	Moyenne de la marge précisée par les donateurs de 5 à 10 pour cent.
Gestion générale du programme	12	Frais généraux des responsables de la mise en œuvre du programme sur les mutilations génitales féminines au sein de l'UNFPA.
Sécurité dans les zones de conflit	1	Données relatives au budget du programme ; appliquées dans les pays où le Département d'État des États-Unis verse une prime de risque.
Total	26,5–27,5	Variable en fonction des niveaux de sécurité

Estimation de l'incidence et de la prévalence des mutilations génitales féminines

Incidence

Un processus en plusieurs étapes a permis d'estimer l'incidence de la MGF pour les enfants âgés de 0 à 14 ans.

Incidence selon l'âge

La première étape a consisté à tabuler l'incidence par âge à partir des ensembles de données de l'Enquête démographique et de santé (EDS) ou de l'Enquête en grappe à indicateur multiple (EGIM), en se basant sur les mères qui ont répondu aux questions visant à savoir si les enfants avaient été mutilés et, le cas échéant, à quel âge.

Tendance temporelle historique pour la réduction

L'étape suivante a consisté à calculer une tendance temporelle historique pour la réduction, sur la base d'un tableau des incidences historiques par âge pour l'âge auquel l'incidence est la plus élevée. Cet âge varie selon les pays. Dans la plupart des pays d'Afrique de l'Ouest, l'incidence est plus élevée chez les enfants de moins d'un an. En Afrique de l'Est et du Nord, la tranche d'âge se situe principalement entre 5 et 12 ans.

Réduction des mutilations génitales féminines par intervention spécifique

Une réduction par intervention spécifique a été calculée sur la base de la régression décrite dans la section suivante.

Réduction de l'incidence par année

Une réduction de l'incidence annuelle à chaque âge a été calculée comme la somme de la tendance historique et de la réduction basée sur l'intervention.

La tendance historique a été appliquée à chaque année entre l'année de la dernière enquête et la fin de la période de projection.

Prévalence des mutilations génitales féminines

La prévalence par âge de la MGF est la somme des incidences à chaque âge et année précédant l'année en cours. Les incidences propres à l'âge sont décalées de manière appropriée d'une ou plusieurs années afin de garantir l'application de l'incidence correcte (Shell-Duncan, 2016).

$$Prévalence_{a,t} = \sum_{i=0}^a Incidence_{i,t-(a-i)}$$

« a » représente l'âge de

la fille pour laquelle nous calculons la prévalence.

« t » représente l'année pour laquelle nous calculons la prévalence.

On suppose que la prévalence pour les femmes âgées de 15 à 49 ans ne change pas avec le vieillissement de la cohorte.

Du point de vue mathématique :

$$Prévalence_{a,t} = Prévalence_{a,1,t-1} \quad (\text{pour } a \geq 15)$$

La prévalence chez les adultes changera avec le temps au fur et à mesure que les enfants (où la prévalence change) deviennent adultes.

Évaluation de l'impact des programmes communautaires

L'impact évalué était basé sur la théorie du changement social et des réductions sur l'incidence de la MGF (Kincaid & Do, 2006), et a été calculé comme suit.

Probabilité d'excision des filles

Les coefficients d'équation calculée de la régression logistique ont permis de calculer les probabilités d'excision des filles. Les variables des régressions étaient le soutien ou le non-soutien des femmes à la MGF, le soutien moyen de la communauté, et les facteurs de contrôle comprenant l'âge, la richesse, l'éducation, l'emplacement urbain/rural et la religion.

Impact des programmes

L'impact de la programmation pour l'élimination de la **MGF** était censé découler majoritairement des changements d'attitudes des personnes pour déboucher sur les changements des normes communautaires (Shell-Duncan et autres, 2011). Une attitude négative d'une mère à l'égard de cette pratique était censée conduire à une faible probabilité de l'excision de sa fille. En outre, une attitude moyenne négative de la communauté à l'égard de la pratique était censée conduire à une probabilité moindre qu'une fille soit excisée, indépendamment de l'attitude de la mère (UNFPA, 2013). L'influence de ces facteurs est propre à chaque pays.

Les effets du programme ont été quantifiés pour les bénéficiaires directs et les communautés indirectement sensibilisées. L'effet direct a été modélisé comme étant efficace à 71 % (Berg & Denison, 2013) pour modifier les attitudes des adeptes de la MGF. L'effet indirect, censé se produire sous forme de sensibilisation des communautés voisines par les bénéficiaires directs, a été modélisé comme étant efficace à 44,6 % (TOSTAN, 2017).

Nouvelle probabilité qu'une fille soit excisée

La nouvelle probabilité qu'une fille soit excisée a été calculée en utilisant les coefficients de régression appliqués à chaque ensemble de données de chaque pays. Les changements d'attitude des femmes ont été ajustés sur la base de l'ampleur de l'effet ci-dessus pour refléter l'influence sur le soutien communautaire. Des coefficients de régression spécifiques à chaque pays ont été utilisés pour modéliser la probabilité qu'une fille soit excisée en fonction de différentes estimations du soutien individuel et communautaire. Le soutien communautaire a changé suite à des changements dans le soutien individuel. Les niveaux communautaires ont donc été recalculés en conséquence.

Impact des programmes de prévention

L'impact du programme a été calculé comme la différence entre la probabilité initiale d'être excisée moins la nouvelle probabilité divisée par la probabilité initiale.

Le calcul supposait que les interventions n'étaient appliquées que dans les communautés qui soutenaient à plus de 50 % la poursuite de la pratique de la MGF (Howard & Gibson, 2017). L'annexe C présente chaque pays analysé, l'enquête utilisée et le pourcentage de communautés dont le soutien est supérieur à 50 %. Pour chacune des cellules bleues du tableau A.5, on a calculé la probabilité qu'une femme dans une communauté ait une fille qui a été excisée. Ces données ont été utilisées pour calculer les probabilités nationales globales qu'une femme ait une fille excisée en fonction de la couverture de l'intervention (c'est-à-dire le pourcentage de communautés bénéficiant d'un soutien supérieur à 50 % qui reçoivent l'intervention) et du nombre de communautés indirectement touchées. Ceci a été traduit en couverture sur la base de la couverture de l'impact direct (c'est-à-dire le nombre de communautés multiplié par la couverture des communautés recevant l'impact direct).

Tableau A.5. Répartition des groupes d'intervention

	La communauté est directement touchée par l'intervention	La communauté est indirectement touchée par l'intervention	La communauté ne bénéficie d'aucune intervention
La communauté soutient à plus de 50 % la poursuite de la pratique.	Interventions modélisées	Interventions modélisées	Interventions modélisées
La communauté soutient à moins de 50 % la poursuite de la pratique.	Aucune intervention modélisée	Aucune intervention modélisée	Effets de diffusion modélisés

Étant donné que les filles sont susceptibles d'être excisées à des âges différents selon les pays, l'exercice de calcul des coûts a utilisé les enquêtes EDS ou EGIM pour identifier l'âge le plus probable de l'excision, désigné par « a », dans chaque pays. Une femme définie alors comme ayant une fille excisée était celle qui avait une ou plusieurs filles excisées entre l'âge « a » et cinq ans de plus ou « a+5 ». La régression n'a inclus que les femmes qui avaient des filles entre l'âge de « a » et « a+5 ».

Les communautés ont été définies comme des échantillons par groupes dans les enquêtes. Les échantillons par groupes

ne sont pas des mesures parfaites des communautés, car elles ne correspondent pas nécessairement à une unité administrative et ne sont pas nécessairement uniformes en termes d'ethnie ou d'autres facteurs culturels importants. D'autre part, les groupes sont des groupes de ménages proches les uns des autres. Le niveau de soutien à la MGF est le pourcentage de toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans interrogées (pas seulement celles qui ont des filles) dans le groupe qui pensent que la pratique doit continuer. L'hypothèse est qu'une fois que les opinions changent, le changement demeure dans

le temps et ne revient pas à l'approbation. Une autre hypothèse est que l'intervention continue à changer les normes de la communauté après sa mise en œuvre. Pour refléter les impacts à plus long terme, l'analyse a permis d'examiner une génération supplémentaire de filles, bien que les coûts n'aient été calculés qu'au moment de l'intervention.

Les tableaux suivants fournissent un exemple de l'impact estimé d'un programme de prévention, en notant que chaque pays et chaque enquête aura des distributions différentes et des probabilités associées.

Tableau A.6. (Exemple) Répartition en pourcentage des groupes d'intervention

	La communauté est directement touchée par l'intervention	La communauté est indirectement touchée par l'intervention	La communauté ne bénéficie d'aucune intervention
La communauté soutient à plus de 50 % la poursuite de la pratique.	2,1 %	6,2 %	0 %
La communauté soutient à moins de 50 % la poursuite de la pratique.			91,7 %

Tableau A.7. (Exemple) Probabilité d'excision des filles selon l'analyse menée dans le cadre de l'EDS

	La communauté est directement touchée par l'intervention	La communauté est indirectement touchée par l'intervention	La communauté ne bénéficie d'aucune intervention
La communauté soutient à plus de 50 % la poursuite de la pratique.	0,087	0,113	0,228
La communauté soutient à moins de 5 % la poursuite de la pratique.			0,127

La probabilité après distribution sera calculée comme suit :

$$0,127 * 91,7 \% + 0,087 * 2,1 \% + 0,113 * 6,2 \% + 0,228 * 0,0 \%$$

Le pourcentage de réduction de la probabilité d'être excisée (ou alternativement, le pourcentage de réduction de l'incidence) est la différence entre l'incidence de base et l'incidence finale divisée par la valeur de base.

Dans le cas ci-dessus, il s'agirait des éléments suivants :

$$\% \text{Réduction_Incidence} = [\text{Prob}(\text{pré-intervention}) - \text{Prob}(\text{post-intervention})] / \text{Prob}(\text{pré-intervention})$$

$$\text{Prob}(\text{pré-intervention}) = 0,138$$

$$\text{Prob}(\text{post-intervention}) = 0,127$$

$$\text{Réduction_Incidence en } \% = (0,138 - 0,127) / 0,138 = 8 \%$$

ANNEXE B :

ANALYSE DE SENSIBILITÉ

L'analyse des coûts a été limitée par un manque de données.

L'analyse de sensibilité a mis en lumière la manière dont les hypothèses pouvaient affecter les résultats, en se concentrant sur celles concernant la sensibilisation indirecte des

communautés et la durée des effets des programmes de prévention. Elle a également pris en compte les effets « collectifs » des interventions touchant des communautés qui ne sont pas directement ou indirectement sensibilisées, ainsi que les coûts

dans les environnements de haute sécurité (tableau A.8).

Bien que l'analyse de sensibilité ait mis en évidence l'importance des hypothèses retenues, les résultats et les conclusions générales n'ont pas changé.

Tableau A.8. Résultats de l'analyse de sensibilité

Paramètre	Hypothèse principale	Autres hypothèses	Impact de l'analyse de sensibilité sur les résultats
Communautés indirectement sensibilisées	3 communautés indirectement sensibilisées	2 communautés indirectement sensibilisées	10 pour cent de réduction des cas de MGF évités Aucune différence au niveau des coûts
Répercussions	Aucun impact au sein des communautés où la MGF est déjà perçue de manière relativement négative.	Répercussions modélisées dans toutes les communautés	Réduction des cas de MGF de 18 à 25 % supplémentaires, en fonction de l'efficacité supposée pour les communautés qui ne sont pas touchées directement.
Cibles des programmes de prévention	Mise en œuvre de programmes dans les communautés où plus de 50 % de la population est favorable à la MGF	Toutes les communautés	Baisse plus rapide de l'incidence et de la prévalence de la MGF , coûts plus élevés, plus faible rentabilité
Effets post-intervention	Les programmes de prévention produisent des effets similaires au-delà de la dernière année de mise en œuvre.	50 % d'efficacité Aucun effet post-intervention	22,6 millions de cas de MGF évités 18,6 millions de cas de MGF évités
Coûts du travail dans les zones précaires.	1 % supplémentaire des coûts de mise en œuvre du programme	50 % supplémentaire des coûts de mise en œuvre du programme	Hausse de 5 % des coûts totaux

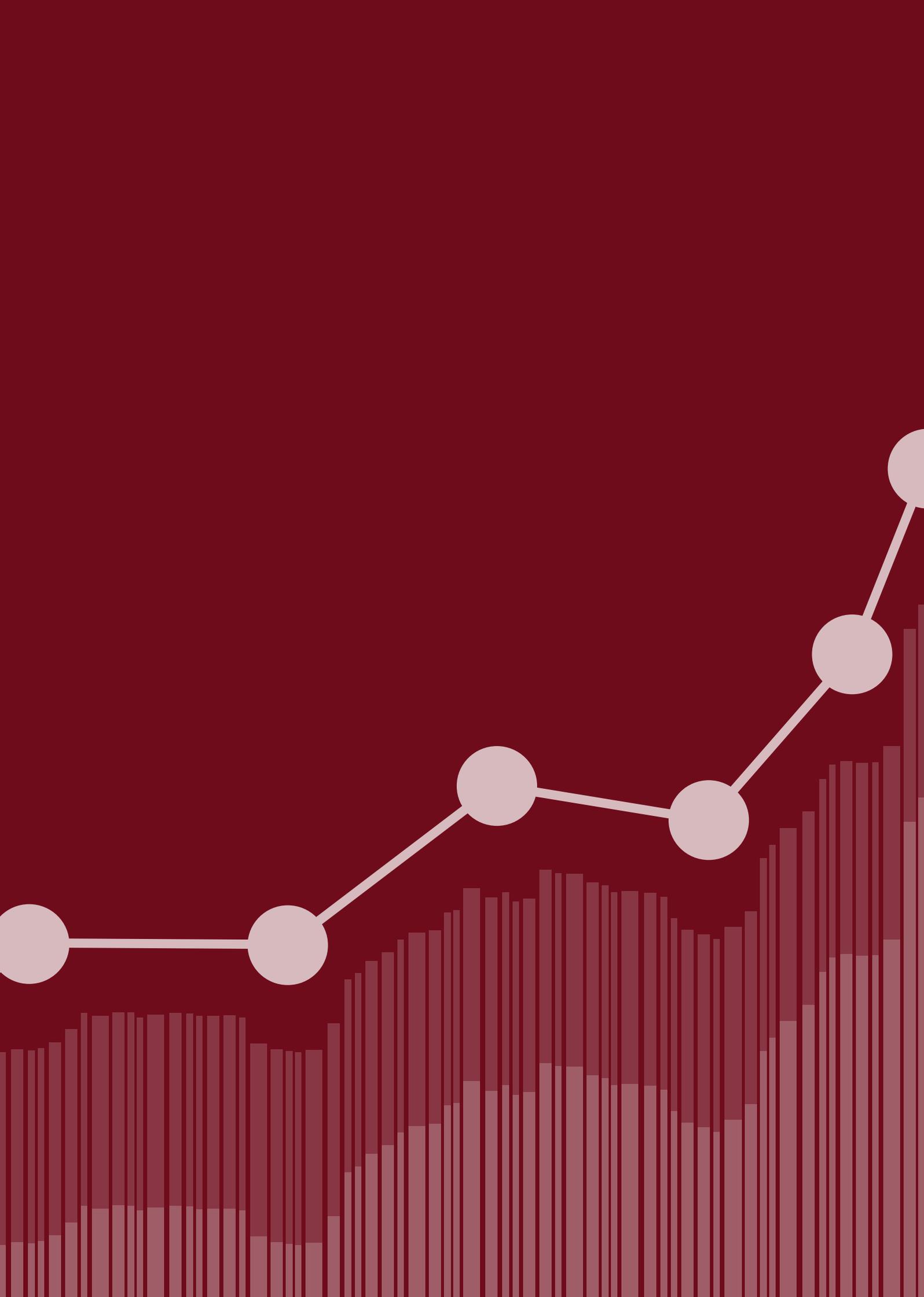
ANNEXE C :

OPINIONS PUBLIQUES ET LOIS SUR LES MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES SELON LE PAYS

Pays	Enquête	Pourcentage de communautés dans lesquelles un nombre >50 % des personnes interrogées sont favorables aux mutilations génitales féminines.	Cadre juridique existant
Bénin	EGIM 2014	0,32	Oui
Burkina Faso	EDS 2010	1,55	Oui
Cameroun*	EDS 2011	7	Oui
République centrafricaine	EGIM 2010	8	Oui
Tchad	EDS 2014	39	Oui
Côte d'Ivoire	EDS 2011	5	Oui
Djibouti*	EGIM 2006	42	Oui
Égypte	EDS 2015	71	Oui
Érythrée*	EDS 2002	46,3	Oui
Éthiopie	EDS 2016	8	Oui
Gambie	EGIM 2010	82	Oui
Ghana	EGIM 2011	1	Oui
Guinée	EDS 2018	87,7	Oui
Guinée-Bissau	EGIM 2014	8	Oui

Pays	Enquête	Pourcentage de communautés dans lesquelles un nombre >50 % des personnes interrogées sont favorables aux mutilations génitales féminines.	Cadre juridique existant
Indonésie*	RISKEDAS 2016	92,4	Non
Irak*	EGIM 2011	11,7	Non
Kenya	EDS 2014	3,42	Oui
Libéria*	EDS 2013	39	Non
Maldives	EDS 2016	4,84	Non
Mali	EDS 2018	89	Non
Mauritanie	EGIM 2015	54	Oui
Niger*	EDS 2012	5*	Oui
Nigéria	EDS 2018	12	Oui
Sénégal	EDS 2016	4,3	Oui
Sierra Leone	EGIM 2017	82,7	Non
Somalie	EGIM 2011	68	Non
Soudan	EGIM 2014	44,9	Oui
Togo	EDS 2013	0,1	Oui
Ouganda*	EDS 2016	8,7	Oui
République-Unie de Tanzanie	EDS 2015	0,31	Oui
Yémen	EDS 2013	13,1	Non

*Ces neuf pays ne disposaient pas de données suffisantes pour une analyse de l'incidence et des changements historiques par pays.





 @GPtoEndFGM

www.unfpa.org

Fonds des Nations Unies pour la population

605 Third Avenue

New York, NY 10158