

N° 11-633-X au catalogue — N° 048
ISSN 2371-3437
ISBN 978-0-660-49023-6

Études analytiques : méthodes et références

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

par Leanne Findlay, Evelyne Bougie, Dafna Kohen, et Kristyn Frank

Date de diffusion : le 6 septembre 2023

 Statistique
Canada

Statistics
Canada

Canada 

Comment obtenir d'autres renseignements

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca.

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

Courriel à infostats@statcan.gc.ca

Téléphone entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi aux numéros suivants :

- | | |
|---|----------------|
| • Service de renseignements statistiques | 1-800-263-1136 |
| • Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants | 1-800-363-7629 |
| • Télécopieur | 1-514-283-9350 |

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle que les employés observent. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont aussi publiées sur le site www.statcan.gc.ca sous « Contactez-nous » > « [Normes de service à la clientèle](#) ».

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population du Canada, les entreprises, les administrations et les autres organismes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques exactes et actuelles.

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Sa Majesté le Roi du chef du Canada, représenté par le ministre de l'Industrie, 2023

Tous droits réservés. L'utilisation de la présente publication est assujettie aux modalités de l'[entente de licence ouverte](#) de Statistique Canada.

Une [version HTML](#) est aussi disponible.

This publication is also available in English.

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

par

Leanne Findlay, Evelyne Bougie, Dafna Kohen, et Kristyn Frank
Division de l'analyse de la santé
Statistique Canada

11-633-X No. 048
2023002
ISSN 2371-3437
ISBN 978-0-660-49023-6

Le 6 septembre, 2023

Études analytiques : méthodes et références

Les documents de cette série traitent des méthodes utilisées pour produire des données qui seront employées pour effectuer des études analytiques à Statistique Canada sur l'économie, la santé et la société. Ils ont pour but de renseigner les lecteurs sur les méthodes statistiques, les normes et les définitions utilisées pour élaborer des bases de données à des fins de recherche. Tous les documents de la série ont fait l'objet d'un examen par les pairs et d'une révision institutionnelle, afin de veiller à ce qu'ils soient conformes au mandat de Statistique Canada et qu'ils respectent les normes généralement reconnues régissant les bonnes pratiques professionnelles.

Les documents peuvent être téléchargés gratuitement de www.statcan.gc.ca.

Remerciements

Les auteures souhaitent exprimer leur reconnaissance à l'endroit de Femmes et Égalité des genres Canada, qui a financé la présente étude. Elles sont également reconnaissantes envers les membres de GENDER-NET Plus, avec qui elles ont tenu des consultations et qui ont fourni de précieux conseils sur la méthode de recherche utilisée aux fins de cette étude. GENDER-NET Plus est un groupe universitaire centré sur la santé des femmes, qui s'intéresse tout particulièrement aux enjeux touchant les femmes immigrantes et le genre. En 2019 et en 2020, les auteures se sont réunies à plusieurs reprises avec les membres de GENDER-NET Plus, pour obtenir leurs conseils et commentaires et pour présenter les constatations dégagées tout au long des travaux à l'origine de cette étude.

Table des matières

Résumé.....	5
Sommaire	6
1 Introduction.....	9
2 Sources des données et méthodes	11
3 Résultats	14
4 Conclusions et limites.....	19
Annexe A	23
Annexe B	24
Références	25

Résumé

Ce rapport explore quatre méthodes pouvant être utilisées pour estimer le nombre de filles et de femmes au Canada susceptibles de subir ou d'avoir subi une mutilation génitale féminine ou excision (MGF/E), selon leur pays de naissance (ou le pays de naissance de leurs parents). Il importe de souligner que l'énoncé « susceptible de subir ou d'avoir subi une MGF/E » désigne bien la probabilité d'avoir subi une telle intervention par le passé, ainsi que celle de subir une telle intervention dans le futur. Les données sur la prévalence estimée de la MGF/E proviennent d'enquêtes sur la population et sur la santé ainsi que d'enquêtes à indicateurs multiples (UNICEF, 2017). Les estimations ont été appliquées aux chiffres du Recensement de la population de 2016 pour les femmes qui, au moment du recensement, vivaient au Canada et étaient nées dans l'un des 29 pays pour lesquels il existait des données représentatives nationales sur la prévalence de la MGF/E au moment de l'analyse. Quatre différentes méthodes d'estimation du nombre de filles et de femmes au Canada à risque ont été examinées. Selon les résultats, la proportion de filles et de femmes susceptibles de subir ou d'avoir subi une MGF/E dépend de la population cible comprise dans la méthodologie. Les estimations de la limite supérieure et inférieure des filles et des femmes à risque sont fournies.

Sommaire

Selon les estimations, au moins 200 millions de filles et de femmes dans le monde ont subi une mutilation génitale féminine ou une excision (MGF/E). L'Organisation mondiale de la Santé définit la MGF/E comme suit : « toutes les interventions incluant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toute autre lésion des organes génitaux féminins qui sont pratiquées pour des raisons non médicales » (Organisation mondiale de la Santé, 2008). La MGF/E est surtout pratiquée en Afrique, au Moyen-Orient et dans certains pays d'Asie. Toutefois, les estimations de la prévalence de la MGF/E varient grandement d'un pays à l'autre, voire d'une région à l'autre au sein d'un pays donné. La pratique de la MGF/E a été documentée dans non moins de 92 pays (End FGM European Network, U.S. End FGM/C Network, et Equality Now, 2020).

Dans le présent rapport, nous explorons différentes méthodes pouvant servir à estimer le nombre de filles et de femmes au Canada susceptibles de subir ou d'avoir subi¹ une MGF/E, selon leur pays de naissance (ou le pays de naissance de leurs parents). Ces méthodes sont fondées sur celles utilisées dans le cadre de recherches antérieures portant sur d'autres pays. Des renseignements plus complets sur la MGF/E au Canada pourraient être utilisés pour éclairer, au sujet de cet important enjeu, les fournisseurs de soins de santé, les fournisseurs de soins communautaires et les décideurs qui s'intéressent au bien-être des femmes, aux soins de santé et à l'immigration au sujet. De plus, ils pourraient orienter des stratégies d'intervention axées sur les droits des femmes, l'égalité entre les genres, et la santé des femmes (Ortensi et Menonna, 2017).

Au Canada, la MGF/E constitue une forme de voies de fait graves en vertu du *Code criminel* (ministère de la Justice, 2017). Or, il manque de renseignements sur la prévalence de la MGF/E au pays. Cette lacune a été mise en évidence lors de la Journée internationale de tolérance zéro à l'égard des mutilations génitales féminines en 2021, lors de laquelle le premier ministre Trudeau a fait une déclaration soulignant l'importance d'améliorer les données auxquelles nous avons accès pour lutter contre la MGF/E au Canada (gouvernement du Canada, 2021). Il est important de surveiller la pratique de la MGF/E au Canada pour satisfaire à l'indicateur 5.3.2 des objectifs de développement durable des Nations Unies, qui vise à mesurer la proportion des filles et des femmes âgées de 15 à 49 ans ayant subi une MGF/E, selon l'âge (Nations Unies, s.d.). À l'heure actuelle, il n'y a aucune donnée disponible sur cet enjeu pour le Canada.

Alors que d'autres pays, comme l'Australie et les États-Unis, ont estimé le nombre de filles et de femmes immigrantes au sein de leur population qui sont susceptibles de subir ou d'avoir subi une MGF/E (Australia Institute of Health and Welfare, 2019; Population Reference Bureau, 2016), les recherches antérieures portant sur la MGF/E au Canada étaient en grande partie qualitatives et s'intéressaient à des groupes d'immigrantes précis (p. ex. Chalmers et Omer Hashi, 2000 et 2002; Jacobson et al., 2018; Omorodian, 2020; Perovic et al., 2021). Par conséquent, il manque de renseignements sur le nombre de femmes et de filles au Canada qui sont susceptibles de subir ou d'avoir subi une MGF/E. Ces renseignements seraient particulièrement utiles pour les fournisseurs de soins de santé canadiens; en effet, dans le cadre d'une récente étude, moins de 10 % des fournisseurs de soins de santé au Canada se sont dits « très préparés » pour prendre soin de patientes ayant subi une MGF/E, et 90 % d'entre eux ont déclaré qu'il leur serait utile d'être mieux renseignés ou formés sur la MGF/E (Deane et al., 2022). De plus, les patientes ayant

1. Les valeurs présentées dans ce rapport rendent compte du nombre de filles et de femmes qui sont susceptibles de subir ou d'avoir subi une MGF/E, et non du nombre de filles et de femmes ayant effectivement subi une telle intervention. Le fait d'être susceptibles de subir ou d'avoir subi une MGF/E est largement fondée sur le pays de naissance des femmes et, si elles sont nées au Canada, sur le pays de naissance de leurs parents. L'expression englobe donc les filles et les femmes qui sont susceptibles d'avoir subi une MGF/E par le passé, ou de subir une telle intervention dans le futur, au Canada ou ailleurs.

subi une MGF/E ont fait état d'expériences négatives avec les fournisseurs de soins de santé au Canada, y compris de la stigmatisation, de la honte, des jugements, des soins inappropriés et un non-respect des préférences en matière de soins de santé (p. ex. la façon dont les soins sont prodigués), et nombreuses sont celles qui ont attendu avant de demander des soins pendant leur grossesse en raison de ces problèmes (Chalmers et Omer Hashi, 2000; Jacobson et al., 2022).

Étant donné qu'aucune enquête nationale ne recueille directement des renseignements sur la MGF/E, les estimations de la MGF/E sont calculées à partir de mesures indirectes, une méthode qui concorde avec celle utilisée dans les travaux portant sur d'autres pays (p. ex. les États-Unis et l'Australie). À l'instar des autres travaux sur la MGF/E, les taux de prévalence par pays et par âge provenant d'autres enquêtes internationales (Australian Institute of Health and Welfare, 2019; Population Reference Bureau, 2016) sont utilisés aux fins de la présente. Les données sur les taux de prévalence estimés de MGF/E sont tirées d'enquêtes sur la population et sur la santé ainsi que d'enquêtes à indicateurs multiples (UNICEF, 2017). Les estimations ont été appliquées aux chiffres du Recensement de la population du Canada de 2016, sur les femmes au Canada qui sont nées dans l'un des 29 pays pour lesquels il existait des données représentatives nationales sur la prévalence de la MGF/E au moment de l'analyse.

Quatre différentes méthodes ont été utilisées pour estimer le nombre de filles et de femmes au Canada qui sont susceptibles de subir ou d'avoir subi une MGF/E. Selon la méthode A, le nombre estimatif de femmes au Canada à risque était fondé sur les données d'immigration du Recensement de 2016, multipliées par les estimations de l'UNICEF sur la prévalence de la MGF/E dans leurs pays d'origine, en 2017. Pour la méthode B, la méthode précédente a été légèrement peaufinée en utilisant des estimations de la prévalence de la MGF/E selon l'âge. Dans la méthode C, les filles immigrantes de première génération âgées de 0 à 14 ans ont été ajoutées, ainsi que les femmes âgées de 50 et plus. Enfin, dans la méthode D, les immigrantes de deuxième génération ont été ajoutées, c'est-à-dire celles nées au Canada qui ont au moins un parent né à l'extérieur du Canada. Puisqu'on n'est pas en mesure de déterminer clairement le taux de MGF/E parmi les immigrantes de deuxième génération qui vivent au Canada, la méthode D a estimé une fourchette de risque, allant d'aucun risque pour les filles et les femmes de deuxième génération (p. ex. aucun cas de MGF/E si les filles et les femmes sont nées au Canada) au même risque que pour les immigrantes de première génération (estimation élevée ou de la limite supérieure).

Parmi les quelque 125 000 filles et femmes en âge de procréer (de 15 à 49 ans) qui vivent au Canada, mais qui ont émigré de l'un des 29 pays où la pratique de MGF/E a été documentée (UNICEF, 2017), on a estimé qu'environ 58 000 étaient susceptibles de subir ou d'avoir subi une MGF/E. Lorsqu'on a inclus les autres filles et femmes immigrantes de première génération (c.-à-d. celles de 0 à 14 ans et celles de 50 ans et plus) ainsi que les filles et les femmes de deuxième génération âgées de 0 à 49 ans, cette estimation s'est située entre 95 000 à 161 000 filles et femmes.

Le Canada compte un grand nombre de filles et de femmes immigrantes de première et de deuxième génération susceptibles de subir ou d'avoir subi une MGF/E, ce qui pourrait avoir des incidences sur les politiques publiques liées aux soins de santé, à l'immigration et à la sécurité publique. Diverses restrictions méritent tout de même d'être prises en considération. Premièrement, l'immigration sélective n'a pas été prise en considération. En fait, les femmes qui sont plus scolarisées, qui ont un revenu plus élevé et qui vivent dans des régions plus urbaines sont plus susceptibles d'immigrer au Canada que leurs homologues, et elles (et leurs filles) peuvent être moins exposées au risque de MGF/E (UNICEF, 2013; Ortensi, Farina et Menonna, 2015; Farina, Ortensi et Menonna, 2016). De plus, certaines indications montrent que les femmes immigrantes pourraient être moins susceptibles de subir ou d'avoir subi une MGF/E, surtout si leur pays d'origine a un taux de prévalence de la MGF/E modéré ou faible (UNICEF, 2013). Deuxièmement, l'acculturation au Canada pourrait signifier que les filles et les femmes de

deuxième génération sont moins susceptibles de subir une MGF/E. Troisièmement, les estimations de MGF/E utilisées dans la présente analyse pourraient être limitées. Puisque les taux dans divers pays diminuent au fil du temps, il pourrait y avoir des écarts dans les taux de MGF/E d'un pays quelconque selon le moment de la mesure. De plus, puisque les taux de prévalence étaient seulement disponibles pour 29 pays, il pourrait y avoir des femmes et des filles au Canada originaires d'autres pays pratiquant la MGF/E qui n'ont pas été incluses dans les calculs. En raison de ces facteurs, les estimations pourraient surestimer ou sous-estimer le nombre de filles et de femmes au Canada qui sont susceptibles de subir ou d'avoir subi une MGF/E et, par conséquent, ne devraient pas être interprétées comme étant des estimations officielles de MGF/E au Canada.

De futurs travaux pourraient inclure une étude qualitative sur les expériences des femmes originaires d'un pays où la MGF/E est pratiquée, mais qui vivent maintenant au Canada. Une approche qualitative est nécessaire pour comprendre les sujets qui sont difficiles à aborder dans le cadre d'enquêtes, surtout lorsque les sujets sont de nature délicate et que les termes utilisés varient pour décrire et comprendre la MGF/E. De plus, une recherche qualitative pourrait mieux capter les différentes perspectives et traditions culturelles associées à la pratique de la MGF/E. D'autres travaux seraient requis pour déterminer les variations régionales au sein d'un pays donné, ainsi que pour déterminer si les taux de MGF/E propres à un pays s'appliquent aux filles et aux femmes de deuxième génération. D'autres méthodes de recherche pourraient aussi être explorées pour mieux comprendre les effets de la MGF/E sur la santé et pour traiter des politiques, des programmes et des mesures d'intervention axées sur les filles et les femmes concernées.

1 Introduction

Selon les estimations, plus de 200 millions de filles et de femmes partout dans le monde ont subi une mutilation génitale ou une excision (UNICEF, 2020). La MGF/E inclut « toutes les interventions incluant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toute autre lésion des organes génitaux féminins qui sont pratiquées pour des raisons non médicales » (Organisation mondiale de la Santé, 2008). Bien que l'appui accordé à la MGF/E ait diminué dans certains pays (UNFPA-UNICEF, 2017), cette pratique représente encore un enjeu de taille, aussi bien pour les régions où elle est présente que pour les pays vers lesquels immigreront les femmes et les filles touchées.

La MGF/E est surtout pratiquée en Afrique, au Moyen-Orient et dans certains pays d'Asie. Parmi les 29 pays pour lesquels des données représentatives nationales sur la prévalence de la MGF/E étaient disponibles au moment de la présente analyse, les estimations de prévalence par pays variaient entre 1 % pour les filles et les femmes du Cameroun et 98 % pour les filles et les femmes de la Somalie (UNICEF, 2017) (la liste des 29 pays figure à l'annexe A, accompagnée des taux de MGF/E dans chaque pays)².

L'acceptation sociale et les motifs religieux sont les raisons les plus couramment citées comme justification pour la MGF/E (UNFPA-UNICEF, 2017). Cependant, la MGF/E peut être considérée comme étant une pratique davantage culturelle que religieuse, car elle précède des religions comme le christianisme et l'islam (Hayford et Trinitapoli, 2011; Moges, 2003). Cela se voit dans les fortes variations des taux de MGF/E des divers pays où le contexte religieux est le même et pour lesquels des données montrent que la MGF/E est pratiquée par des membres de différentes religions (El-Damanhoury, 2013; Moges, 2003). La MGF/E est pratiquée pour répondre au souhait ou à la pression de se conformer à des choix faits par d'autres personnes dans la communauté (p. ex. acceptation sociale ou tradition, comme le démontre les écarts régionaux marqués dans les taux de MGF/E au sein des pays) (Onagoruwa et Wodon, 2018). La MGF/E a aussi été expliquée comme étant une façon de contrôler la sexualité des femmes (Onagoruwa et Wodon, 2018) ou un rite de passage ancré dans la tradition, dans la nubilité et dans la préservation de l'honneur familial (Exterkate, 2013). Certains estiment que la MGF/E est une norme sociale et, par conséquent, l'élimination de cette pratique nécessiterait un changement des normes sociales (UNFPA-UNICEF, 2017).

La MGF/E est le plus souvent pratiquée par un circonciseur traditionnel, quoique dans certains pays africains, elle peut aussi être pratiquée par un professionnel de la santé dûment formé (Macfarlane et Dorkenoo, 2014). En vertu du *Code criminel*, la MGF/E constitue une forme de voies de fait graves au Canada. Le ministère de la Justice (2017) précise qu'« [a]u Canada, la mutilation génitale des filles est un crime. Toute personne qui aide à mutiler les organes génitaux d'une fille peut être accusée d'avoir commis un crime. Cela s'applique aux parents, aux médecins et aux infirmiers. Même la personne qui prend des mesures pour que quelqu'un d'autre mutile une enfant commet un acte criminel. Aussi, il est illégal de sortir une enfant du Canada afin de pratiquer cette procédure dans un autre pays. »

Il n'y a aucun avantage connu pour la MGF/E (Peron et al., 2013). La pratique s'accompagne de conséquences néfastes et de complications sur le plan de la santé, immédiates et à long terme (Macfarlane et Dorkenoo, 2014), y compris des infections, l'infertilité et des complications lors de l'accouchement (Onagoruwa et Wodon, 2018). Selon une récente étude systémique, les conséquences de la MGF/E sur la santé physique comprennent des infections urinaires, des

2. L'Indonésie a également été mentionnée dans certains documents portant sur la MGF/E, mais, au moment de l'analyse, ce pays ne figurait pas dans la base de données de l'UNICEF (2017) fondée sur les enquêtes sur la population et la santé et sur les enquêtes à indicateurs multiples. L'Indonésie n'a donc pas été prise en considération dans la présente étude.

vaginoses bactériennes, et un travail difficile ou prolongé lors d'un accouchement (Berg et al., 2014). Les conséquences sur la santé psychologique comprennent des troubles anxieux et des troubles de stress post-traumatiques (Mulongo, Hollins Martin et McAndrew, 2014). Enfin, la MGF/E viole divers principes de droits de la personne, car cette pratique constitue de la discrimination fondée sur le genre et est le plus souvent réalisée sur des enfants (Macfarlane et Dorkenoo, 2014; UNFPA-UNICEF, 2017). En 2015, la communauté internationale s'est entendue pour soutenir l'indicateur 5.3 des objectifs de développement durable (ODD) des Nations Unies, qui vise à éliminer toutes les pratiques préjudiciables, telles que le mariage des enfants, le mariage précoce ou forcé et la mutilation génitale féminine d'ici 2030 (Nations Unies, s.d.).

Alors que d'autres pays, comme les États-Unis et l'Australie, ont pris des mesures pour estimer la prévalence de la MGF/E au sein de leurs populations immigrantes, au Canada, des renseignements sur la situation relative à la MGF/E à l'échelle nationale n'ont jamais été produits. Cette lacune dans les statistiques sur les femmes et les filles susceptibles de subir ou d'avoir subi une MGF/E au Canada a été confirmée par des intervenants et des organismes d'action sociale, et a été soulignée dans la Stratégie du Canada pour prévenir et contrer la violence fondée sur le sexe (Femmes et Égalité des genres Canada, 2019). L'absence de données sur la MGF/E a aussi été mise en évidence lors de la Journée internationale de tolérance zéro à l'égard des mutilations génitales féminines en 2021, lors de laquelle le premier ministre Trudeau a fait une déclaration soulignant l'importance d'améliorer les données auxquelles nous avons accès pour lutter contre la MGF/E au Canada (gouvernement du Canada, 2021). Il est important de surveiller la MGF/E au Canada pour satisfaire à l'indicateur 5.3.2 des ODD, qui demande la mesure de la proportion des filles et des femmes âgées de 15 à 49 ans ayant subi une MGF/E, selon l'âge (Nations Unies, s.d.). À l'heure actuelle, il n'y a aucune donnée disponible pour le Canada. Toutefois, les constatations de la présente étude peuvent commencer à combler cette lacune. De plus, en examinant les intersections du sexe, de l'ethnicité et du pays d'origine, l'analyse du risque de MGF/E parmi différents groupes au Canada cadre avec le Plan d'action sur les données désagrégées de Statistique Canada, qui vise à produire des renseignements statistiques qui reflètent mieux les expériences de groupes de population précis et à fournir des aperçus analytiques sur divers groupes de personnes (Statistique Canada, 2021).

L'objectif de ce rapport est d'explorer différentes méthodes qui pourraient servir à estimer le nombre de filles et de femmes susceptibles de subir ou d'avoir subi une MGF/E, parmi celles qui vivaient au Canada en 2016. Les méthodes examinées sont comparables à celles utilisées dans le cadre de travaux antérieurs menés dans d'autres pays occidentaux qui accueillent des migrants, dont les États-Unis (Goldberg et al., 2016; Population Reference Bureau, 2016), l'Australie (Australia Institute of Health and Welfare, 2019), l'Angleterre et le pays de Galles (Macfarlane et Dorkenoo, 2014), et l'Italie (Farina, Ortensi et Menonna, 2016). Les estimations rendent compte du nombre de filles et de femmes qui sont « susceptibles » de subir ou d'avoir subi une MGF/E, et non du nombre de filles et de femmes ayant effectivement subi une telle intervention. L'emploi du terme « susceptible » est largement fondé sur le pays de naissance des femmes et, si elles sont nées au Canada, sur le pays de naissance de leurs parents. Il englobe les filles et les femmes qui sont susceptibles d'avoir subi une MGF/E par le passé ainsi que celles qui sont susceptibles d'en subir une dans le futur, au Canada ou ailleurs.

Puisqu'il n'y a aucune mesure directe de la MGF/E au Canada, les estimations doivent être calculées au moyen de mesures indirectes. Les taux estimatifs de prévalence de la MGF/E dans les 29 pays de naissance visés par cette étude ont été extrapolés à la population immigrante au Canada. Ces taux de prévalence proviennent d'enquêtes sur la santé de la population menées dans les pays en question. Les estimations pour d'autres pays incluaient seulement les filles et les femmes âgées de 15 à 49 ans (c.-à-d. les filles et les femmes en âge de procréer). Cependant, le présent rapport a élargi la portée de l'étude pour explorer le risque de MGF/E chez les filles et les femmes de tous les âges, y compris les filles de 0 à 14 ans, soit la tranche d'âge durant

laquelle la MGF/E est habituellement pratiquée (Organisation mondiale de la Santé, 2022), et les femmes de plus de 49 ans.

Différentes stratégies pour estimer le nombre de filles et de femmes à risque ont été explorées pour reproduire les méthodes utilisées dans le cadre d'autres études et pour fournir des estimations du nombre de filles et de femmes à risque. Ces estimations sont d'intérêt pour différents domaines de politique publique, dont les soins de santé, et notamment la santé des femmes immigrantes. Selon les résultats de recherches antérieures, certaines femmes immigrantes ayant subi une MGF/E ne savent pas que cette pratique a des répercussions sur la santé (Chalmers et Omer, 2000; Omorodion, 2020; Packer, Runnels et Labonté, 2015), et de nombreux fournisseurs de soins de santé au Canada ne se sentent pas bien préparés pour soigner des patientes ayant subi une MGF/E (Chalmers et Omer, 2000; Deane et al., 2022; Jacobson et al., 2022). Les résultats de pourraient aussi orienter les stratégies d'intervention axées sur les droits des femmes, l'égalité entre les genres, et la santé des femmes (Ortensi et Menonna, 2017).

2 Sources des données et méthodes

Renseignements à l'échelle nationale sur la MGF/E : Des données représentatives à l'échelle nationale sur la proportion estimée de femmes ayant subi une MGF/E ont été extrapolées d'enquêtes sur la population et la santé (parrainées par la Agency for International Development des États-Unis) et d'enquêtes à indicateurs multiples d'UNICEF (UNFPA-UNICEF, 2017). Ces deux types d'enquêtes, menées au moyen d'interviews à domicile, recueillent habituellement des données sur la santé et la population tous les cinq ans auprès de différents pays d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine. L'année de collecte des données diffère d'un pays à l'autre, et les enquêtes ont généralement été menées après 2010, bien que les estimations de MGF/E pour Cameroun (2004), Djibouti (2006) et Somalie (2006) soient fondées sur des données recueillies avant 2010. Ces enquêtes demandent aux femmes en âge de procréer de préciser si elles et leurs filles ont subi une MGF/E, puis de décrire leurs attitudes et opinions à l'égard de cette pratique. Au moment de l'étude, il y avait 29 pays pour lesquels des données représentatives sur la prévalence de la MGF/E étaient disponibles (UNICEF, 2017). La validité de cette approche méthodologique présume que, d'ordre général, les filles et les femmes qui vivent au Canada sont représentatives des filles et des femmes qui vivent dans les pays visés pour lesquels les taux de prévalence de la MGF/E ont été déterminés.

Immigration au Canada : Les données sur le nombre d'immigrantes de première et de deuxième génération ont été tirées du Recensement de la population du Canada de 2016³. Ce recensement est mené tous les cinq ans et vise à produire des chiffres pour la population totale du Canada. Le contenu inclut les chiffres de population, l'âge et le sexe, les caractéristiques de la famille et du ménage (notamment la province de résidence) et le statut d'immigration des répondantes et de leurs parents. Aux fins de la présente, des totalisations personnalisées ont été produites pour déterminer le nombre de filles et de femmes qui vivent au Canada et dont le pays de naissance figure parmi les 29 pays où la pratique de la MGF/E était documentée au moment de l'analyse. Le statut de deuxième génération (personnes nées au Canada dont au moins un parent est né à l'extérieur du Canada) a été déterminé selon le pays de naissance des parents, qui a aussi été recueilli dans le questionnaire du recensement⁴.

3. Les données ont été obtenues dans le cadre d'une demande personnalisée. L'arrondissement aléatoire a été appliqué aux chiffres de population.

4. Pour obtenir plus de renseignements sur le Recensement de la population du Canada, voir la page <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/index-fra.cfm>.

Quatre méthodes ont été utilisées pour en arriver à une estimation du nombre de filles et de femmes susceptibles de subir ou d'avoir subi une MGF/E.

La **première** méthode (A) est fondée sur les estimations de la MGF/E pour chaque pays, tirées d'enquêtes sur la population et la santé ainsi que d'enquêtes à indicateurs multiples (UNICEF, 2017), multipliées par le nombre de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont immigré au Canada en provenance de chaque pays observé.

A : $\sum_{29} [\% \text{ du pays} * n \text{ (femmes immigrantes âgées de } 15 \text{ à } 49 \text{ ans)}]$

Le résultat obtenu est le nombre de filles et de femmes immigrantes de première génération âgées de 15 à 49 ans qui vivent actuellement au Canada et qui sont susceptibles de subir ou d'avoir subi une MGF/E.

Des recherches antérieures ont aussi appliqué l'hypothèse d'immigration sélective à l'estimation du risque de MGF/E au sein de population immigrante (Farina, Ortensi et Menonna, 2016; Ortensi, Farina et Menonna, 2015). Cette hypothèse suggère que les femmes qui sont plus scolarisées et plus jeunes qui vivent dans des régions urbaines sont plus susceptibles d'émigrer, et que ces femmes sont moins susceptibles de subir une MGF/E. Pour tenir compte de ces facteurs de confusion, Ortensi, Farina et Menonna ont proposé un facteur de correction pour l'estimation de MGF/E du pays (habituellement une légère diminution), ce qui a une incidence sur le nombre global de femmes à risque. Toutefois, quand ces taux rajustés par pays ont été appliqués aux données du Recensement du Canada, seul un léger écart a été enregistré dans l'estimation du risque de MGF/E (l'estimation a été réduite de moins de 1 000 cas; ces données ne sont pas montrées). Le facteur de correction d'Ortesi, Farina et Menonna a été appliqué aux estimations de prévalence de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) au moment de la publication de leur rapport (2015), mais non pas aux plus récents taux publiés par UNICEF (2017). Puisque les estimations de prévalence publiées par l'OMS ont généralement diminué au fil des ans, cela pourrait avoir fait en sorte que l'écart n'était pas aussi prononcé après l'application du facteur de correction. Par conséquent, il conviendrait de mener une étude plus approfondie sur l'hypothèse de l'immigration.

Comme pour les estimations de la MGF/E produites pour la Belgique (Dubourg et al., 2011), la **deuxième** méthode (B) a pris en considération des renseignements propres aux groupes d'âge à la fois pour la proportion de femmes dans le pays concerné ayant subi une MGF/E et pour les chiffres d'immigration⁵.

B : $\sum_{29} [\% \text{ du pays (} 15 \text{ à } 19 \text{ ans)} * n \text{ femmes immigrantes de } 15 \text{ à } 19 \text{ ans}] + [\% \text{ du pays (} 20 \text{ à } 25 \text{ ans)} * n \text{ femmes immigrantes de } 20 \text{ à } 25 \text{ ans}] + \dots [\% \text{ du pays (} 45 \text{ à } 49 \text{ ans)} * n \text{ femmes immigrantes de } 45 \text{ à } 49 \text{ ans}]$

Cette méthodologie produit aussi une estimation du nombre de filles et de femmes immigrantes de première génération âgée de 15 à 49 ans qui vivent actuellement au Canada et qui sont susceptibles de subir ou d'avoir subi une MGF/E, mais elle tient aussi en considération les écarts du taux de prévalence de la MGF/E dans différents pays selon l'âge de la personne. Par exemple, en Éthiopie, le taux estimatif de MGF/E chez les filles et les femmes âgées de 15 à 19 ans est de 62 %, alors qu'il est de 81 % chez les femmes de 45 à 49 ans. Ces tranches d'âge fournissent une estimation plus précise de la prévalence de la MGF/E pour toutes les immigrantes de chaque pays.

5. Des chercheurs aux États-Unis (Goldberg et coll., 2016) ont utilisé une méthode similaire, qui comprend la séparation des filles et des femmes âgées de 15 à 19 ans et les femmes âgées de 20 ans et plus. Toutefois, cette dernière approche est moins précise que celle utilisée à l'heure actuelle et, par conséquent, ne figure pas dans la présente analyse.

La **troisième** méthode (C) a ajouté les filles immigrantes de première génération âgées de 0 à 14 ans, ainsi que des femmes âgées de 50 et plus. Les taux de MGF/E propres aux différents pays sont tirés d'enquêtes sur la population et la santé ainsi que d'enquêtes à indicateurs multiples et visent les filles de 0 à 14 ans. Toutefois, l'estimation de MGF/E pour les femmes de 45 à 49 ans doit être utilisée comme approximation pour les femmes âgées de 50 ans et plus.

C : $\sum_{29} [\% \text{ du pays } (0 \text{ à } 14 \text{ ans}) * n \text{ filles immigrantes de } 0 \text{ à } 14 \text{ ans}] + [\% \text{ du pays } (15 \text{ à } 19 \text{ ans}) * n \text{ femmes immigrantes de } 15 \text{ à } 19 \text{ ans}] + \dots + [\% \text{ du pays } (45 \text{ à } 49 \text{ ans}) * n \text{ femmes immigrantes de } 50 \text{ ans et plus}]$

La **quatrième** et dernière méthode (D) prend en considération les immigrantes de deuxième génération (Dubourg et al., 2011), soit les femmes nées au Canada dont l'un de leurs parents ou leurs deux parents sont nés à l'extérieur du Canada. Cette méthode prend en considération la possibilité que les familles peuvent tout de même choisir que leurs filles subissent une MGF/E, même après leur immigration au Canada. La MGF/E est illégale dans les pays occidentaux (Johnsdotter et Essen, 2016) et depuis 1997, cette pratique est reconnue dans le *Code criminel* du Canada comme une forme de voies de fait graves. Cependant, une MGF/E peut aussi être pratiquée lors d'un séjour dans le pays d'origine de la personne, ou secrètement en marge du réseau de la santé (Dubourg et al., 2011). En effet, des pays dont les profils d'immigration ressemblent à ceux du Canada (p. ex. les États-Unis et l'Australie) ont fait état de cas de MGF/E pratiqués sur des filles à l'intérieur du pays (Packer, Runnels et Labonté, 2015). Puisqu'il existe peu de recherches portant sur le nombre de filles et de femmes immigrantes ayant subi une MGF/E, le taux de MGF/E parmi les immigrantes de deuxième génération qui vivent au Canada n'est pas clair. Une fourchette est fournie pour la méthode D : l'estimation de la limite inférieure présume qu'il n'y a aucun risque pour les filles et les femmes de deuxième génération (p. ex. aucun cas de MGF/E si elles sont nées au Canada), et l'estimation de la limite supérieure présume que le risque est le même que pour les immigrantes de première génération (estimation élevée ou supérieure).

Pour les filles et les femmes âgées de 0 à 49 ans⁶, le pays d'origine de leurs parents a été utilisé pour les classer ces filles et femmes dans la catégorie d'immigrantes de deuxième génération originaires d'un des pays observés. Puisque le pays d'origine n'était pas nécessairement le même pour la mère et le père (et qu'ils ne provenaient pas nécessairement tous deux de l'un des 29 pays observés), cette méthode nécessite quatre différents calculs : 1) la mère provient de l'un des 29 pays ciblés; 2) le père provient de l'un des 29 pays ciblés; 3) la mère et le père proviennent de deux différents pays parmi les 29 pays ciblés, mais le taux du pays de la mère est utilisé pour le calcul; et 4) le père et la mère proviennent de deux différents pays parmi les 29 pays ciblés, mais le taux du pays du père est utilisé pour le calcul⁷.

En résumé, la méthode A est une estimation du nombre de filles et de femmes au Canada, parmi celles âgées de 15 à 49 ans, qui sont susceptibles de subir ou d'avoir subi une MGF/E, selon la prévalence estimée de la MGF/E dans le pays d'origine, calculée par l'UNICEF (2017). La méthode B ajoute à la précédente, en prenant en considération le taux de MGF/E selon des tranches d'âge de cinq ans; toutefois, les valeurs de MGF/E ont été estimées en 2016. La méthode C incorpore au calcul les filles immigrantes de première génération âgées de 0 à 14 ans, ainsi que les femmes de 50 et plus. Cette méthode s'avère avantageuse, car elle englobe toutes les filles et les femmes immigrantes au lieu de seulement celles en âge de procréer (ce qui était le cas dans les deux méthodes susmentionnées). Enfin, la méthode D inclut les immigrantes de deuxième génération, c'est-à-dire celles nées au Canada dont au moins un des deux parents est né à l'extérieur du Canada. En raison du manque de renseignements sur le taux

6. Les femmes âgées de 50 ans et plus n'ont pas été prises en considération dans cette approche.

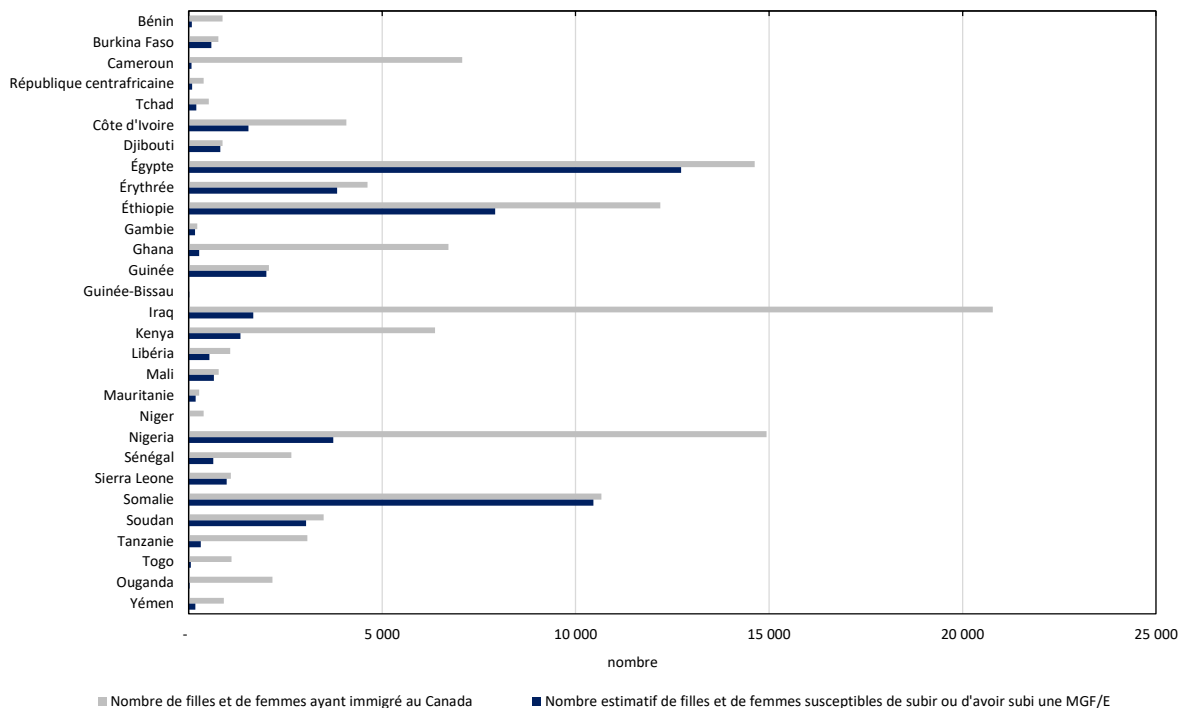
7. Bien que les calculs 3 et 4 aient produit des résultats très similaires, ils ne sont pas identiques. Le taux du risque de MGF/E chez les filles peut être calculé à l'aide des données du pays d'origine de la mère ou du père. Les calculs 3 et 4 ajoutent la perspective que l'autre parent puisse accroître le risque qu'une fille subisse une MGF/E.

de MGF/E parmi les immigrantes de deuxième génération qui vivent au Canada, les estimations de la limite inférieure présument l'absence de risque de MGF/E si la fille ou la femme est née au Canada, alors que les estimations de la limite supérieure présument le même risque que pour les immigrantes de première génération.

3 Résultats

Parmi les quelque 125 000 filles et femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont immigré au Canada en provenance de l'un des 29 pays où la prévalence de la MGF/E était documentée au moment de l'analyse (UNICEF, 2017), on a estimé qu'environ 54 100 d'entre elles étaient susceptibles de subir ou d'avoir subi une MGF/E (méthode A). En ce qui a trait aux pays d'origine, l'Égypte, la Somalie et l'Éthiopie étaient les pays d'origine du plus grand nombre de filles et de femmes à risque. Alors que, dans l'ensemble, un plus grand nombre d'immigrantes au Canada provenaient de l'Iraq ou du Nigeria, l'estimation du taux de MGF/E dans ces pays était beaucoup plus faible, alors que les estimations du taux en Égypte (87 %) et en Somalie (98 %) étaient relativement élevées, faisant en sorte qu'un plus grand nombre de filles et de femmes égyptiennes et somaliennes sont susceptibles d'avoir subi une MGF/E avant d'avoir immigré au Canada (voir la figure 1).

Figure 1
Nombre estimatif de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans susceptibles de subir ou d'avoir subi une mutilation génitale féminine ou excision, selon le lieu de naissance, Canada, 2016



Note : La catégorie du lieu de naissance se limite aux 29 pays pour lesquels des données sur la prévalence de la MGF/E étaient disponibles au moment de l'analyse.
Sources : Statistique Canada, Recensement de la population, 2016; les bases de données mondiales de l'UNICEF sont fondées sur des enquêtes sur la population et sur la santé, sur des enquêtes à indicateurs multiples et sur d'autres enquêtes représentatives de la population nationale, 2017.

La deuxième méthode (B) était similaire, car le risque de subir une MGF/E a été estimé pour les filles et les femmes immigrantes de première génération âgées de 15 à 49 ans. Cependant, les estimations du risque étaient fondées sur l'âge des personnes et sur la proportion de filles ou de femmes qui devraient avoir subi une MGF/E par tranche d'âge de cinq ans. Ces catégories d'âge ont été fixées par les estimations de prévalence de la MGF/E dans les enquêtes sur la population et la santé ainsi que les enquêtes à indicateurs multiples, et elles ont été mises à jour en 2016.

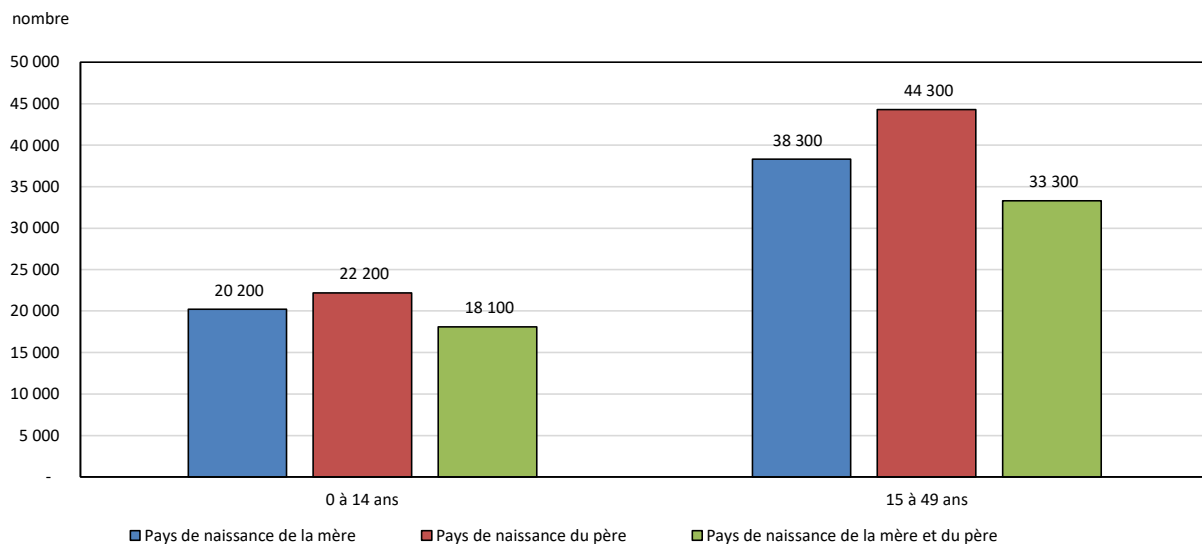
Lorsque les estimations étaient calculées selon l'âge, on a estimé qu'environ 58 400 femmes étaient susceptibles d'avoir subi une MGF/E, ce qui est légèrement supérieur à l'estimation fondée sur la première méthode (environ 54 100 femmes). Puisque cette estimation est fondée sur l'âge, elle doit être perçue comme étant plus informative que celle de la méthode A, car, comme on le montre à l'annexe B, les cohortes plus jeunes sont moins susceptibles de subir une MGF/E. L'âge au moment de l'immigration n'a pas été pris en considération dans ce rapport puisque les taux de MGF/E par pays ont été appliqués à l'âge actuel des immigrantes, et non à l'âge auquel une MGF/E pourrait être pratiquée.

Des recherches antérieures se sont intéressées aux filles et aux femmes âgées de 15 ans et plus, suivant la notion que la MGF/E est habituellement pratiquée sur les filles de moins de 15 ans, et présument ainsi que les femmes et les filles de 15 ans et plus avaient passé l'âge où l'intervention serait susceptible d'être pratiquée, si elle était pratiquée (UNICEF, 2013). Toutefois, compte tenu du très grand nombre de filles de moins de 15 ans et de femmes de plus de 49 ans, il est pertinent de les ajouter à l'estimation des filles et des femmes **susceptibles** de subir ou d'avoir subi une MGF/E. Parmi les quelque 206 000 filles et femmes de tous âges ayant immigré au Canada en provenance de l'un des 29 pays pour lesquels des données sur la prévalence de la MGF/E étaient disponibles au moment de l'analyse, on a estimé qu'environ 94 900 d'entre elles étaient susceptibles de subir ou d'avoir subi une MGF/E (méthode C). Comme mentionné précédemment, l'Égypte, la Somalie et l'Éthiopie sont les pays d'origine de la majorité des filles et des femmes susceptibles de subir ou d'avoir subi une MGF/E, représentant 55 800 (59 %) de l'ensemble des filles et femmes à risque.

Enfin, la dernière méthode ciblait les filles et les femmes de deuxième génération dont la mère ou le père était originaire de l'un des 29 pays observés. Les données sur les filles de 0 à 14 ans et les données sur les filles et les femmes de 15 à 49 ans ont été calculées séparément (voir la figure 2). Ces estimations du risque sont considérées comme étant l'estimation maximale ou de la limite supérieure (c.-à-d. l'estimation la plus élevée) pour le nombre réel de filles et de femmes à risque, car le taux de risque dans le pays de naissance est appliqué aux filles et aux femmes de deuxième génération, et il est connu que le risque de MGF/E diminue dans le pays d'accueil (Exterkate, 2013). Puisque les estimations des MGF/E pour les filles et les femmes nées au Canada sont inconnues, les estimations de la limite inférieure présument qu'il n'y a aucun cas (c.-à-d. zéro cas) de MGF/E pour les personnes nées au Canada. Des recherches plus approfondies sont requises pour mieux comprendre la situation des filles et les femmes de deuxième génération par rapport au risque de MGF/E.

Figure 2

Estimations de la limite supérieure du nombre de filles et de femmes canadiennes de deuxième génération dont la mère ou le père ont immigré au Canada en provenance d'un pays où la pratique de la mutilation génitale féminine ou de l'excision est documentée, et qui sont susceptibles de subir ou d'avoir subi une mutilation génitale féminine ou excision, Canada, 2016



Note : La catégorie du lieu de naissance se limite aux 29 pays pour lesquels des données sur la prévalence de la MGF/E étaient disponibles au moment de l'analyse.

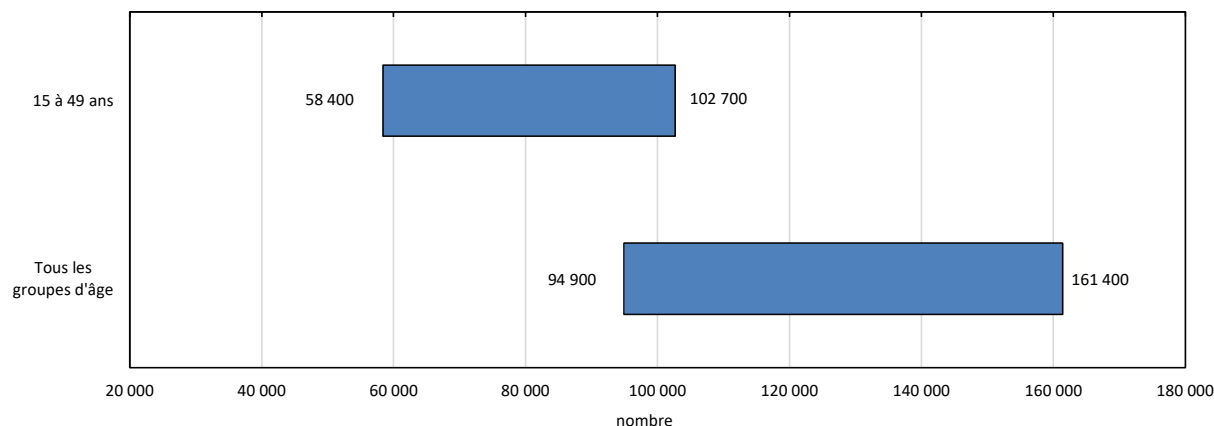
Sources : Statistique Canada, Recensement de la population, 2016; les bases de données mondiales de l'UNICEF sont fondées sur des enquêtes sur la population et sur la santé, sur des enquêtes à indicateurs multiples et sur d'autres enquêtes représentatives de la population nationale, 2017.

D'après la méthode D, qui inclut les filles de 0 à 14 ans ainsi que les filles et les femmes de 15 à 49 ans, environ 58 500 filles et femmes de deuxième génération de tous âges au Canada étaient susceptibles d'avoir subi une MGF/E par le passé, ou susceptibles d'en subir une dans le futur, selon le pays d'origine de leur mère. Environ 66 500 filles et femmes étaient susceptibles de subir ou d'avoir subi une MGF/E selon le pays d'origine de leur père. Lorsque le pays d'origine des deux parents figurait parmi les 29 pays observés, environ 51 400 filles et femmes étaient susceptibles de subir ou d'avoir subi une MGF/E. Encore une fois, il s'agit d'une estimation de la limite supérieure, car le taux de MGF/E parmi les immigrantes de deuxième génération n'est pas connu à l'heure actuelle.

Pour résumer les quatre différentes méthodes utilisées, si l'on prend en considération les filles et femmes immigrantes de première et de deuxième génération âgées de 15 à 49 ans, de 58 400 à 102 700 filles et femmes, environ, sont susceptibles de subir ou d'avoir subi une MGF/E (figure 3). L'estimation de la limite inférieure a été calculée au moyen de la méthode B (qui est préférée à la méthode A), car celle-ci tient compte des différences d'âge. L'estimation de la limite supérieure a été calculée en ajoutant l'estimation de la limite inférieure et l'estimation la plus élevée des filles et femmes de 15 à 49 ans découlant de la méthode D (44 300; pays de naissance du père).

De manière plus générale, lorsque les femmes et les filles de tous âges sont incluses dans l'étude, de 94 900 à 161 400 filles et femmes, environ, sont susceptibles de subir ou d'avoir subi une MGF/E. L'estimation de la limite inférieure pour les femmes et filles de tous les âges a été déterminée à l'aide de la méthode C, qui inclut les filles de 0 à 14 ans dans les calculs. L'estimation de la limite supérieure a été déterminée par l'ajout de l'estimation de la limite inférieure aux estimations les plus élevées pour chaque groupe d'âge découlant de la méthode D (22 200 filles de 0 à 14 ans et 44 300 filles et femmes de 15 à 49 ans).

Figure 3
Estimations de la limite supérieure et inférieure du nombre de filles et de femmes de première et de deuxième génération au Canada susceptibles de subir ou d'avoir subi une mutilation génitale féminine ou excision, Canada, 2016

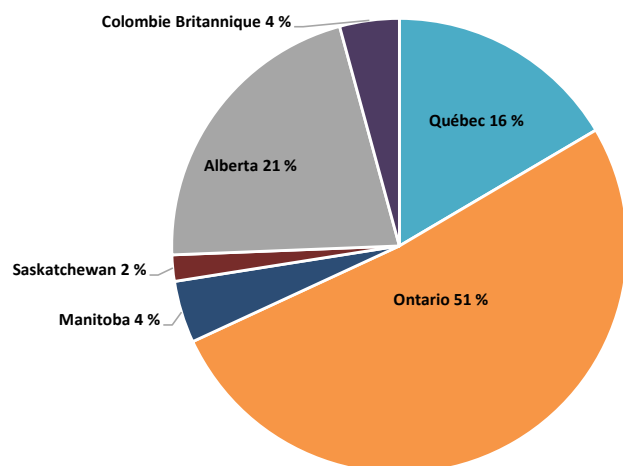


Sources : Statistique Canada, Recensement de la population, 2016; les bases de données mondiales de l'UNICEF sont fondées sur des enquêtes sur la population et sur la santé, sur des enquêtes à indicateurs multiples et sur d'autres enquêtes représentatives de la population nationale, 2017.

Compte tenu du nombre élevé de filles et de femmes immigrantes au Canada qui sont susceptibles de subir ou d'avoir subi une MGF/E, il importe d'examiner certains facteurs clés, dont la géographie (l'endroit où elles vivent) et le type d'intervention pratiqué, puisque ces renseignements peuvent nous éclairer relativement aux répercussions sur la santé et d'autres effets à long terme pour ces filles et femmes.

On a d'abord examiné les provinces et territoires où vivent les filles et les femmes en question. La figure 4 montre qu'en 2016, plus de la moitié des filles et des femmes susceptibles de subir ou d'avoir subi une MGF/E (51 %) habitaient en Ontario, résultat qui est lié à la forte proportion d'immigrantes qui vivent dans cette province, alors qu'un peu plus du cinquième (21 %) d'entre elles vivent en Alberta et 16 %, au Québec.

Figure 4
Répartition provinciale du nombre estimatif de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans susceptibles de subir ou d'avoir subi une mutilation génitale féminine ou excision, Canada, 2016



Sources : Statistique Canada, Recensement de la population, 2016; les bases de données mondiales de l'UNICEF sont fondées sur des enquêtes sur la population et sur la santé, sur des enquêtes à indicateurs multiples et sur d'autres enquêtes représentatives de la population nationale, 2017.

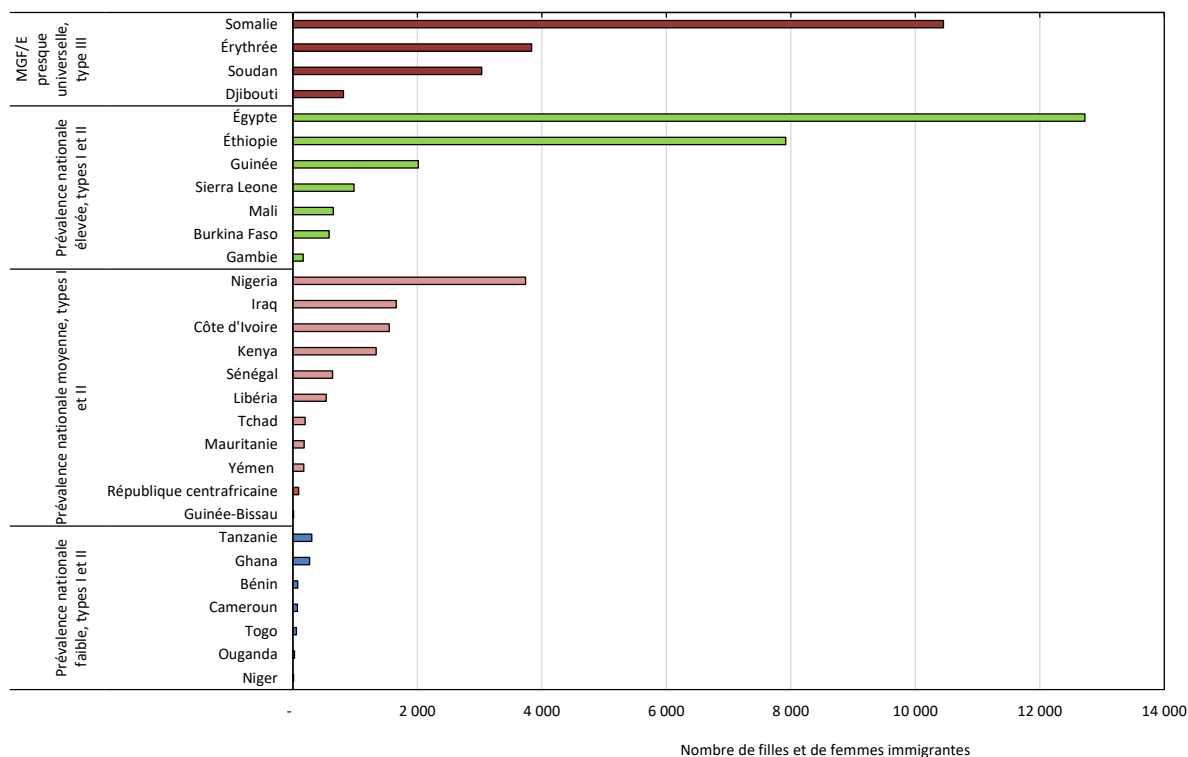
Ensuite, le type d'intervention pratiqué a été examiné en fonction d'une classification mise au point par l'OMS. Cette dernière a classé les différents pays en quatre grandes catégories selon la radicalité de la plupart des types de mutilation sexuelle féminine pratiqués (Macfarlane et Dorkenoo, 2014)⁸. La classification s'appuie sur des consultations menées auprès de spécialistes techniques ayant examiné la typologie et analysé d'autres formulations (OMS, 2008). Les types I et II sont les formes les plus courantes de MGF/E, et le type III, soit l'infibulation (le type le plus radical), représente moins de 10 % des cas signalés partout dans le monde (Johnsdotter et Essen, 2016).

La figure 5 montre qu'environ 18 000 filles et femmes immigrantes de première génération âgées de 15 à 49 ans susceptibles de subir ou d'avoir subi une MGF/E proviennent des quatre pays désignés comme ayant une prévalence nationale presque universelle de MGF/E et où sont pratiqués les interventions de type III, soit la Somalie, l'Érythrée, le Soudan et le Djibouti (Macfarlane et Dorkenoo, 2014). Par conséquent, sur le plan de la radicalité de l'intervention, un grand nombre de filles et de femmes au Canada sont originaires d'un pays où l'on pratique l'une des formes de MGF/E les plus nocives. La Somalie, l'Égypte et l'Éthiopie sont les pays d'origine de la plupart des filles et des femmes à risque âgées de 15 à 49 ans. L'annexe C montre que l'Égypte et l'Éthiopie affichent une prévalence nationale élevée de MGF/E et pratiquent principalement la MGF/E de type I et de type II. Toutes les formes de MGF/E ont de nombreuses conséquences sur la santé physique et psychologique (Mulongo, Hollins Martin et McAndrew, 2014; Onagoruwa et Wodon, 2018) des filles et des femmes touchées. Des recherches plus poussées sur les conséquences à long terme de chaque type de MGF/E sont nécessaires (Johnsdotter et Essen, 2016).

8. La mutilation sexuelle féminine de type I comprend l'ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du prépuce clitoridien (le type Ia comprend l'ablation seulement du capuchon du clitoris, dit prépuce, alors que le type Ib comprend l'ablation du clitoris et du prépuce). Le type II comprend l'ablation partielle ou totale du clitoris ou des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres. Le type III comprend le rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par l'ablation et l'accolement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres, avec ou sans excision du clitoris (infibulation). Le type IV comprend toutes les autres interventions nocives pratiquées sur les organes génitaux féminins à des fins non thérapeutiques, telles que la ponction, le percement, l'incision, la scarification et la cautérisation.

Figure 5

Nombre estimatif de filles et de femmes immigrantes âgées de 15 à 49 ans susceptibles de subir ou d'avoir subi une mutilation génitale féminine ou excision, selon la prévalence, le type et le pays de naissance, Canada, 2016



Notes : L'abréviation MGF/E désigne la mutilation génitale féminine ou l'excision. La catégorie du lieu de naissance se limite aux 29 pays pour lesquels des données sur la prévalence de la MGF/E étaient disponibles au moment de l'analyse.

Sources : Statistique Canada, Recensement de la population, 2016; les bases de données mondiales de l'UNICEF sont fondées sur des enquêtes sur la population et sur la santé, sur des enquêtes à indicateurs multiples et sur d'autres enquêtes représentatives de la population nationale, 2017.

Dans l'ensemble, les résultats montrent que la proportion des filles et des femmes susceptibles de subir ou d'avoir subi une MGF/E dépend de la population cible utilisée dans la méthodologie. Si on prend en considération seulement les immigrantes de première génération en âge de procréer qui proviennent de l'un des 29 pays observés, environ 58 400 femmes sont susceptibles de subir ou d'avoir subi une MGF/E (méthode B). Si on ajoute les filles de 0 à 14 ans, ainsi que les femmes de 50 ans ou plus, cette estimation augmente pour s'élever à 94 900 filles et femmes, et si on ajoute les filles et femmes immigrantes de deuxième génération âgées de 0 à 49 ans, la fourchette va de 94 900 à 161 400 filles et femmes. Un grand nombre de ces immigrantes proviennent de la Somalie, où la MGF/E de type III est généralement pratiquée, ainsi que de l'Égypte et de l'Éthiopie, où le type I et le type II sont généralement pratiqués. De plus, plus des trois quarts des femmes susceptibles de subir ou d'avoir subi une MGF/E vivent en Ontario, au Québec et en Alberta.

4 Conclusions et limites

L'objectif du présent rapport était d'explorer différentes méthodes pour estimer le nombre de filles et de femmes susceptibles de subir ou d'avoir subi une MGF/E, parmi celles qui vivaient au Canada en 2016. Ces estimations sont importantes pour différents domaines de la politique publique, notamment les soins de santé (surtout la santé des femmes), l'immigration et l'équité entre les genres (Ortensi et Menonna, 2017).

Dans l'ensemble, les résultats indiquent qu'environ 58 400 immigrantes de première génération âgées de 15 à 49 ans sont susceptibles de subir ou d'avoir subi une MGF/E (selon la méthode B).

Lorsque la fourchette d'âge est élargie pour inclure les filles de 0 à 14 ans et les femmes et les filles de deuxième génération, les estimations vont de 94 900 à 161 400. Bien que ce rapport soit l'un des premiers à produire des données sur le risque de MGF/E parmi les filles et les femmes au Canada, il convient de mentionner un certain nombre de limitations.

Premièrement, les estimations rendent compte du nombre de filles et de femmes qui sont susceptibles de subir ou d'avoir subi une MGF/E, et non du nombre de filles et de femmes ayant effectivement subi une telle intervention. L'énoncé « susceptibles de subir ou d'avoir subi » est largement fondé sur le pays de naissance des filles et des femmes et, si elles sont nées au Canada, sur le pays de naissance de leurs parents. Ainsi, il importe de souligner que l'étude porte sur les filles et les femmes qui sont susceptibles d'avoir subi une MGF/E par le passé, ou de subir une MGF/E dans le futur, au Canada ou ailleurs.

Deuxièmement, les femmes immigrantes, comparativement à celles qui sont restées dans leur pays d'origine, sont différentes sur plusieurs plans (Farina, Ortensi et Menonna, 2016). Selon l'hypothèse d'immigration sélective (Farina, Ortensi et Menonna, 2016) les femmes immigrantes quittent leur pays d'origine d'une manière disproportionnée en fonction de certaines caractéristiques (p. ex. les femmes qui sont plus scolarisées, qui ont un revenu plus élevé et qui vivent dans des régions urbaines sont plus susceptibles de migrer). Or, la scolarité, le revenu plus élevé et la géographie urbaine peuvent aussi être associés à un plus faible risque de MGF/E (UNICEF, 2013; Ortensi, Farina et Menonna, 2015). Si l'on suppose que la scolarité, le revenu et l'urbanité sont associés à une probabilité plus faible de subir une MGF/E, et que les femmes qui sont scolarisées, ont un salaire plus élevé et vivent dans des régions urbaines sont plus susceptibles de quitter leur pays, il est possible que les taux de MGF/E dans le pays de naissance surestiment la prévalence de la MGF/E dans le pays d'immigration pour ces femmes en particulier, ce qui pourrait mener à une surestimation du nombre de femmes pouvant être à risque au Canada.

De même, les filles et les femmes qui immigreront au Canada pourraient être moins susceptibles de subir une MGF/E après leur arrivée en raison du changement de valeurs découlant d'une réflexion culturelle ou d'une comparaison avec d'autres immigrants provenant de pays où la MGF/E n'est pas pratiquée (Gele, Johansen et Selby, 2012). Par exemple, lorsque les mères immigrantes observent que d'autres personnes de religion ou culture similaire ne pratiquent pas la MGF/E au Canada, elles pourraient être moins susceptibles de souhaiter cette intervention pour leurs filles. Par ailleurs, des données montrent aussi que certaines femmes ayant déjà subi une MGF/E demandent une réinfibulation auprès de leurs fournisseurs de soins de santé (Deane et al., 2022). Cependant, un examen systématique suggère que les filles et les femmes de deuxième génération seraient moins susceptibles de subir ou d'avoir subi une MGF/E (Exterkate, 2013). De plus, des indications montrent que les femmes qui proviennent d'un pays où la MGF/E est pratiquée pourraient être moins susceptibles de subir une MGF/E, surtout si leur pays d'origine a un taux de prévalence de la MGF/E modéré ou faible (UNICEF, 2013). Des recherches menées en Norvège ont aussi déterminé que l'âge au moment de l'immigration joue un rôle important : les filles somaliennes qui étaient âgées de 12 ans au moment de leur immigration en Norvège étaient près de cinq fois plus susceptibles d'avoir subi une MGF/E que leurs homologues qui étaient âgées de moins de 12 ans au moment de leur immigration (Mbanya et al., 2018). Par conséquent, les estimations actuelles de MGF/E chez les femmes nées au Canada doivent être considérées comme étant une estimation de la limite supérieure (élevée) du risque et non de la prévalence. En d'autres mots, les valeurs énoncées dans ce rapport rendent compte du nombre de filles et de femmes qui sont **susceptibles** de subir ou d'avoir subi une MGF/E, et non du nombre de filles et de femmes ayant effectivement subi une telle intervention.

Troisièmement, il convient de souligner qu'il y a un grand écart dans les taux de MGF/E selon la région du pays en question ou selon l'ethnicité (Macfarlane et Dorkenoo, 2014). À l'heure actuelle, le Recensement du Canada ne recueille pas des données sur l'immigration pour des régions

précises. Voilà pourquoi les estimations de MGF/E pour l'ensemble du pays ont été appliquées dans le cadre de la présente analyse. Cela pourrait mener à une surestimation du nombre de femmes susceptibles de subir ou d'avoir subi une MGF/E au Canada. Il pourrait convenir de mener des travaux plus poussés pour peaufiner ces analyses, y compris des travaux qualitatifs ou des examens plus précis des renseignements sur les immigrantes à l'échelle régionale.

Quatrièmement, même si les enquêtes sur la population et la santé et les enquêtes à indicateurs multiples fournissent des estimations de MGF/E assez récentes pour le pays, ces estimations ne sont pas produites pour la même année, et la prévalence de la MGF/E change constamment et suit généralement une tendance à la baisse. Voilà pourquoi il pourrait y avoir une surestimation du nombre de femmes ayant subi une MGF/E au cours des dernières années. Toutefois, puisque les taux de prévalence étaient seulement disponibles pour 29 pays, il pourrait y avoir des femmes et des filles au Canada qui proviennent d'autres pays pratiquant la MGF/E, mais qui ont été exclues des calculs, ce qui pourrait occasionner une sous-estimation du nombre de filles et de femmes au Canada susceptibles de subir ou d'avoir subi une MGF/E. Par conséquent, compte tenu des restrictions de la présente étude, les résultats ne devraient pas être interprétés comme étant les estimations officielles de la MGF/E au Canada.

D'autres points à explorer à l'avenir seraient les projections démographiques de l'immigration afin de déterminer les prévisions (ou les projections) du nombre de femmes qui immigreront au Canada dans les prochaines décennies, et la façon dont ces renseignements seront liés au risque de MGF/E (Ortensi et Menonna, 2017). Il n'est cependant pas possible de faire cela à l'heure actuelle, car les projections démographiques peuvent seulement être produites pour une grande région géographique (p. ex. l'Afrique du Nord dans son ensemble), par opposition aux pays individuels, en raison du fait que le nombre de personnes qui immigreront au Canada de chaque région varie considérablement d'une année à l'autre. Toutefois, il y a eu des changements dans le lieu de naissance des immigrantes depuis 2016, ce qui a entraîné de légères augmentations du nombre de personnes qui proviennent de régions pratiquant la MGF/E, notamment l'Afrique de l'Ouest et de l'Est, l'Asie du Centre-Ouest, et le Moyen-Orient^{9, 10}. Par conséquent, si on considère que les taux d'immigration des 29 pays cernés sont habituellement à la hausse (p. ex. à un rythme de 1 % en Afrique centrale ou de 9,5 % à 11 % pour d'autres pays comme l'Iraq en Asie centrale de l'Ouest et au Moyen-Orient), le nombre absolu de filles et de femmes qui vivent au Canada et qui sont susceptibles de subir ou d'avoir subi une MGF/E peut aussi augmenter.

Des travaux à venir devraient inclure une étude qualitative sur les expériences des femmes qui vivent maintenant au Canada, mais qui sont originaires d'un pays où la MGF/E est pratiquée. Une approche qualitative pourrait être nécessaire pour comprendre les sujets qui pourraient être plus difficiles à aborder dans des enquêtes, surtout lorsque les sujets sont de nature délicate et que les termes utilisés varient pour décrire et comprendre la MGF/E. Des travaux qualitatifs pourraient mettre en lumière les écarts régionaux dans un pays, ainsi que l'applicabilité des estimations de MGF/E d'un pays aux filles et aux femmes de deuxième génération. D'autres méthodes de recherche pourraient aussi être explorées pour trouver de nouvelles façons de calculer les estimations liées à cette pratique pour la récente génération. Des approches de recherches

9. Parmi les immigrantes qui sont arrivées au Canada entre 2011 à 2015, environ 1,8 % des filles et 1,9 % des femmes sont nées dans des pays de l'Afrique de l'Ouest ou de l'Afrique de l'Est. Ces pourcentages étaient plus élevés pour les immigrantes qui sont arrivées au Canada entre 2016 et 2021 : 2,7 % provenaient de l'Afrique de l'Ouest et 2,3 %, de l'Afrique de l'Est. Le pourcentage de filles et de femmes provenant de l'Afrique centrale n'a pas changé pour ces deux périodes (1 % pour les deux périodes). Le pourcentage d'immigrantes en provenance de l'Asie du Centre-Ouest et du Moyen-Orient a augmenté, passant de 6,7 % (immigration entre 2011 et 2015) à 7,7 % (immigration entre 2016 et 2021) (calculs de l'auteur, Statistique Canada, tableau 98-10-0307-01).

10. De futures recherches pourraient s'appuyer sur les données du Recensement de 2021 pour reproduire les méthodes A, B et C utilisées dans la présente étude. Toutefois, en raison des changements apportés aux données recueillies sur le lieu de naissance des parents des répondants, la méthode D ne peut pas être reproduite avec les données du Recensement de 2021. Dans le Recensement de 2021, des renseignements sur le lieu de naissance sont disponibles pour « parent 1 » et « parent 2 » au lieu de « mère » et « père ».

quantitatives pourraient aussi être améliorées en prenant en considération d'autres facteurs qui pourraient influencer sur la prévalence de la MGF/E chez les femmes et les filles immigrantes, notamment l'âge au moment de l'immigration.

Selon les constatations dégagées de cette analyse, certaines filles et femmes au Canada sont susceptibles de subir ou d'avoir subi une MGF/E. Puisque les MGF/E ont des conséquences sur la santé et le mieux-être des personnes touchées, il conviendrait de mener des travaux plus approfondis pour mieux comprendre les effets de cette pratique sur la santé, et pour sensibiliser les fournisseurs de soins de santé, les fournisseurs de services communautaires et les décideurs qui s'intéressent aux soins de santé des femmes et à l'immigration à cet important enjeu.

Annexe A

Annexe A

Liste des pays qui pratiquent la mutilation génitale féminine ou l'excision et leurs taux estimatifs

Pays de naissance	Prévalence de la MGF/E, filles de	Prévalence de la MGF/E, filles et
	0 à 14 ans	femmes de 15 à 49 ans
	pourcentage	
Bénin	0,2	9,0
Burkina Faso	13,0	76,0
Cameroun	...	1,0
République centrafricaine	1,0	24,0
Tchad	10,0	38,0
Côte d'Ivoire	10,0	38,0
Djibouti	...	93,0
Égypte	14,0	87,0
Érythrée	33,0	83,0
Éthiopie	16,0	65,0
Gambie	56,0	75,0
Ghana	1,0	4,0
Guinée	46,0	97,0
Guinée-Bissau	30,0	45,0
Iraq	...	8,0
Kenya	3,0	21,0
Libéria	...	50,0
Mali	76,0	83,0
Mauritanie	53,0	67,0
Niger	...	2,0
Nigeria	17,0	25,0
Sénégal	15,0	24,0
Sierra Leone	...	90,0
Somalie	...	98,0
Soudan	32,0	87,0
Tanzanie	0,4	10,0
Togo	0,3	5,0
Ouganda	1,0	1,0
Yémen	...	19,0

... n'ayant pas lieu de figurer

Notes : L'abréviation MGF/E désigne la mutilation génitale féminine ou l'excision. Les pays de naissance se limitent aux 29 pays pour lesquels des données sur la prévalence de MGF/E étaient disponibles au moment de l'analyse.

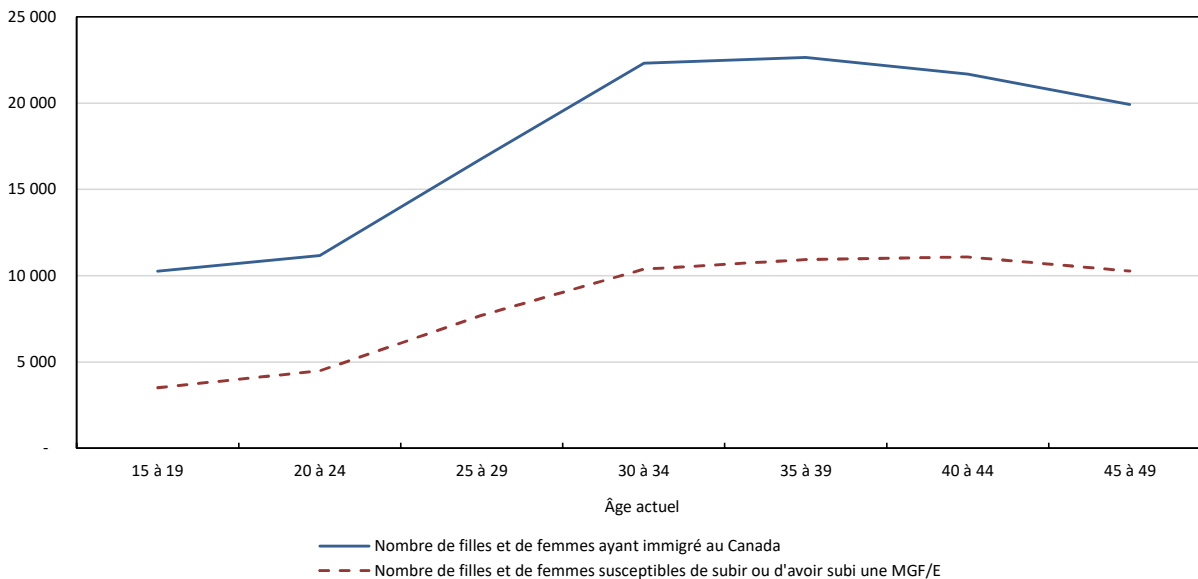
Sources : Les bases de données mondiales de l'UNICEF sont fondées sur des enquêtes sur la population et sur la santé, sur des enquêtes à indicateurs multiples et sur d'autres enquêtes représentatives de la population nationale, 2017.

Annexe B

Annexe B

Nombre estimatif de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans au Canada susceptibles de subir ou d'avoir subi une mutilation génitale féminine ou excision, selon le lieu de naissance, Canada, 2016

nombre de filles et de femmes
immigrantes



Note : L'abréviation MGF/E désigne la mutilation génitale féminine ou l'excision.

Sources : Statistique Canada, Recensement de la population, 2016; les bases de données mondiales de l'UNICEF sont fondées sur des enquêtes sur la population et sur la santé, sur des enquêtes à indicateurs multiples et sur d'autres enquêtes représentatives de la population nationale, 2017.

Références

- Australian Institute of Health and Welfare. 2019. *Towards Estimating the Prevalence of Female Genital Mutilation/Cutting in Australia*, <https://www.aihw.gov.au/getmedia/f210a1d8-5a3a-4336-80c5-ca6bdc2906d5/aihw-phe230.pdf.aspx?inline=true>
- Berg, R.C., V. Underland, J. Odgaard-Jenssen, A. Fretheim et G.E. Vist. 2014. « Effects of Female Genital Cutting on Physical Health Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis », *BMJ Open*, vol. 4.
- Chalmers, B., et K. Omer Hashi. 2002. « What Somali Women Say About Giving Birth in Canada », *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, vol. 20, n° 4, p. 267 à 282.
- Chalmers, B., et K. Omer Hashi. 2000. « 432 Somali Women's Birth Experiences in Canada After Earlier Female Genital Mutilation », *Birth*, vol. 27, n° 4, p. 227 à 234.
- Deane, A., F. Mattatall et A. Brown. 2022. « Are Health Care Professionals Prepared to Provide Care for Patients Who Have Experienced Female Genital Cutting? A Cross-Sectional Survey of Canadian Health Care Providers », *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, vol. 44, n° 4, p. 403 à 406.
- Ministère de la Justice. 2017, 21 juillet. *Mutilation génitale féminine*, <https://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/jp-cj/vf-fv/mei-caw/p11.html>
- Dubourg, D., F. Richard, E. Leye, S. Ndam, T. Rommens et S. Maes. 2011. « Estimating the Number of Women with Female Genital Mutilation in Belgium », *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, vol. 16, p. 248 à 257.
- El-Damanhoury, I. 2013. « The Jewish and Christian View on Female Genital Mutilation », *African Journal of Urology*, vol. 19, n° 3, p. 127 à 129.
- End FGM European Network, U.S. End FGM/C Network et Equality Now. 2020, mars. *Mutilations génitales féminines/excision : appel à une réponse mondiale*, https://equalitynow.storage.googleapis.com/wp-content/uploads/2020/03/08213833/FGMC_Report_FR.pdf (site consulté le 20 juillet 2021).
- Exterkate, M. 2013. *Female Genital Mutilation in the Netherlands: Prevalence, Incidence, and Determinants*, Utrecht, Pays-Bas, PHAROS Centre of Expertise on Health for Migrants and Refugees.
- Farina, P., L.E. Ortensi et A. Menonna. 2016. « Estimating the Number of Foreign Women with Female Genital Mutilation/Cutting in Italy », *European Journal of Public Health*, vol. 26, n° 4, p. 656 à 661.
- Gele, A.A., E.B. Johansen et J. Selby. 2012. « When Female Circumcision Comes to the West: Attitudes Toward the Practice Among Somali Immigrants in Oslo », *BMC Public Health*, vol. 12, article 697.
- Goldberg, H., P. Stupp, E. Okoroh, G. Besera, D. Goodman et I. Danel. 2016. « Female Genital Mutilation/Cutting in the United States: Updated Estimates of Women and Girls at Risk, 2012 », *Public Health Reports*, vol. 131, p. 340 à 347.

Gouvernement du Canada. 2021. *Déclaration du premier ministre à l'occasion de la Journée internationale de tolérance zéro à l'égard des mutilations génitales féminines*, <https://pm.gc.ca/fr/nouvelles/declarations/2021/02/06/declaration-du-premier-ministre-loccasion-de-la-journee>

Hayford, S.R., et J. Trinitapoli. 2011. « Religious Differences in Female Genital Cutting: A Case Study from Burkina Faso », *Journal for the Scientific Study of Religion*, vol. 50, n° 2, p. 252 à 271.

Jacobson, D., E. Glazer, R. Mason, D. Duplessis, K. Blom, J. DuMont, N. Jassal et E. Einstein. 2018. « The Lived Experience of Female Genital Cutting in Somali-Canadian Women's Daily Lives », *PLoS ONE*, vol. 13, n° 11, p. 1 à 24.

Jacobson, D., D. Grace, J. Boddy et G. Einstein. 2022. « Emotional Health Work of Women With Female Genital Cutting Prior to Reproductive Health Care Encounters », *Qualitative Health Research*, vol. 32, n° 1, p. 108 à 120.

Johnsdotter, S., et B. Essen. 2016. « Cultural Change After Migration: Circumcision of Girls in Western Migrant Countries », *Best Practice & Research in Clinical Obstetrics & Gynaecology*, vol. 32, p. 15 à 25.

Macfarlane, A., et E. Dorkenoo. 2014. « Female Genital Mutilation in England and Wales: Updated Statistical Estimates of the Numbers of Affected Women Living in England and Wales and Girls at Risk, Interim Report on Provisional Estimates », Londres, City University of London.

Mbanya, V.N., A.A. Gele, E. Diaz et B. Kumar. 2018. « Health Care-Seeking Patterns for Female Genital Mutilation/Cutting Among Young Somalis in Norway », *BMC Public Health*, vol. 18, article 517.

Moges, A. 2003. *What Is Behind the Tradition of FGM?*, African Women's Organization, https://www.support-africanwomen.org/images/downloads/FGM-Themen/FGM-Was_steckt_dahinter-EN-web.pdf

Mulongo, P., C. Hollins Martin et S. McAndrew. 2014. « The Psychological Impact of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) on Girls/Women's Mental Health: A Narrative Literature Review », *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, vol. 32.

Onagoruwa, A., et Q. Wodon. 2018. *Ending Violence Against Women and Girls – Selected Factors Leading to the Transmission of Female Genital Mutilation Across Generations: Quantitative Analysis for Six African Countries*, Washington, D.C., Banque mondiale.

Ortensi, L.E., P. Farina et A. Menonna. 2015. « Improving Estimates of the Prevalence of Female Genital Mutilation/Cutting Among Migrants in Western Countries », *Demographic Research*, vol. 32, n° 18, p. 543 à 562.

Ortensi, L.E., et A. Menonna. 2017. « Migrating with Special Needs? Projections of Flows of Migrant Women with Female Genital Mutilation/Cutting Toward Europe 2016-2030 », *European Journal of Population*, vol. 33, p. 559 à 583.

Packer, C., V. Runnels et R. Labonté. 2015. « Canada's Response to Female Genital Mutilation: Are We Failing our Girls? », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 187, n° 6, p. e188 à e189.

Peron, L., V. Senikas, M. Burnett et V. Davis. 2013. « Clinical Practice Guidelines: Female Genital Mutilation », *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, vol. 35, n° 11, p. e1 à e18.

Population Reference Bureau. 2016. *Women and Girls at Risk of Female Genital Mutilation/Cutting in the United States*, <https://www.prb.org/resources/women-and-girls-at-risk-of-female-genital-mutilation-cutting-in-the-united-states/>

Statistique Canada. 2021. *Plan d'action sur les données désagrégées : pourquoi est-ce important pour vous*, <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-627-m/11-627-m2021092-fra.htm>

Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) et Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF). 2017. *2016 Annual Report of the UNFPA–UNICEF Joint Programme on Female Genital Mutilation/Cutting: Accelerating Change by the Numbers*.

UNICEF. 2013. *Mutilations génitales féminines/excision : bilan statistique et examen des dynamiques du changement*, New York, UNICEF, <https://data.unicef.org/resources/fgm-statistical-overview-and-dynamics-of-change>

UNICEF. 2017. *Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C)*, UNICEF, bases de données mondiales 2017 (dernière mise à jour : novembre 2017), data.unicef.org (site consulté en novembre 2017), selon les enquêtes démographiques et de santé (EDS), les enquêtes à grappes à indicateurs multiples (MICS) et d'autres enquêtes représentatives à l'échelle nationale.

UNICEF. 2020. *Female Genital Mutilation (FGM)*, https://data.unicef.org/topic/child-protection/female-genital-mutilation/#_edn1 (site consulté le 20 juillet 2021).

Nations Unies. s.d. *Objectif 5 – Parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles*, <https://sdgs.un.org/fr/goals/goal5> (site consulté le 20 juillet 2021).

Organisation mondiale de la Santé. 2008. *Éliminer les mutilations sexuelles féminines : déclaration interinstitutions*, Genève, Organisation mondiale de la Santé (OMS), Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), Fonds de développement des Nations Unies pour la femme (UNIFEM), Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH), Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR), Commission Économique des Nations Unies pour l'Afrique (CENUA), Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA).

Organisation mondiale de la Santé. 2022. *Mutilations sexuelles féminines*, <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation> (site consulté le 7 juin 2022).