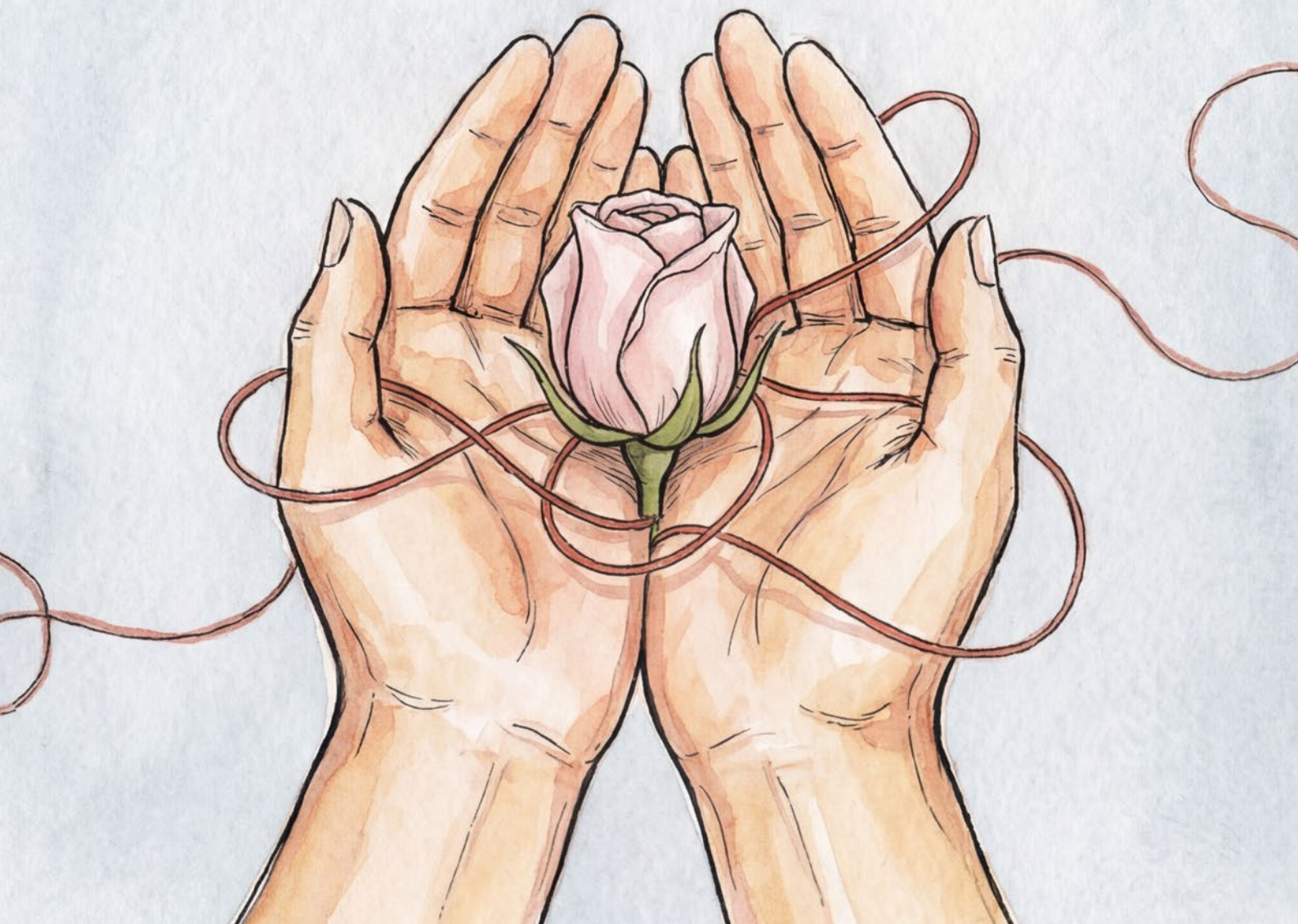


MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES AU LUXEMBOURG

ESTIMATION DE LA PRÉVALENCE,
CONSTATS ET RECOMMANDATIONS



Editeur

Comité luxembourgeois pour l'UNICEF a.s.b.l.
(UNICEF Luxembourg) R.C.S.: F553
6, rue Adolphe Fischer
L -1520 Luxembourg
Tél. : (+352) 44 87 15
E-mail : contact@unicef.lu
Web : www.unicef.lu

Date de parution

Avril 2026

Rédaction

Partie constats et recommandations :

Alexandra Gardeur, chargée de plaidoyer,
UNICEF Luxembourg

Partie méthodologique et résultats quantitatifs :

Ivan Nourdin, cofondateur de GrewIA
www.grewia.lu

Relecture scientifique de la partie

méthodologique et résultats quantitatifs :

Fabienne Richard, sage-femme, master of Science,
PhD en sciences de la santé publique,
directrice du GAMS Belgique

Dominique Dubourg, médecin et démographe

Mise en page

Mirko Baretti, graphiste,
UNICEF Luxembourg



18, rue Léon Laval
L-3372 Leudelange

Autre soutien financier



12 rue Léon Laval
L-3372 Leudelange

SOMMAIRE

1. Introduction	5
2. Que signifient les MGF ?	6
3. Prévalence au niveau mondial	7
4. L'âge	8
5. Pourquoi cette violence ?	8
6. Les conséquences des MGF	9
Complications immédiates	9
Complications à long terme	9
7. L'éradication des MGF dans le monde	10
8. Législation internationale et nationale concernant les MGF	12
Au niveau du droit international, régional ou de l'Union européenne	12
Au niveau du droit national	13
9. Problématique des MGF dans les pays européens	14
Enfants à risque et impact de la migration sur l'excision	14
Professionnels de santé démunis face aux survivantes de MGF	15
10. Objectif, méthodologie et estimations	16
Objectif	16
Méthodologie	16
<i>Etape 1 : comptage et classification</i>	16
<i>Etape 2 : application des prévalences et estimation</i>	19
Sources de données	20
Limites de l'étude	21
Résultats quantitatifs	22
<i>Population étudiée et structure générale</i>	22
<i>Estimation du nombre de filles et de femmes ayant subi des MGF ou à risque d'en subir</i>	24
1. <i>Estimation du nombre de filles et de femmes ayant probablement subi des MGF</i>	24
2. <i>Estimation du nombre de filles et de femmes à risque de subir des MGF</i>	28
<i>Évaluation globale du nombre de filles et femmes ayant subi des MGF ou à risque d'en subir</i>	32
<i>Données complémentaires</i>	32
<i>Dynamique de naissance</i>	35
Synthèse de résultats	36
11. Recommandations	37
En matière de prévention et de sensibilisation :	37
En matière de prise en charge et d'accompagnement des femmes et filles excisées	37
Au niveau de l'asile et de la migration	38
En matière pénale	38
En matière de données et de recherche	38
Au niveau des programmes internationaux	38



1. INTRODUCTION

Les mutilations génitales féminines (MGF) désignent plusieurs pratiques préjudiciables impliquant l'ablation des organes génitaux féminins.

Les MGF constituent une grave violation des droits et du bien-être des filles et des femmes, avec plus de 230 millions de survivantes dans le monde et quelque 4 millions de personnes impactées par cette pratique néfaste chaque année.¹

Les MGF portent atteinte aux filles et aux femmes de multiples façons, limitant leur potentiel de développement et constituant un obstacle majeur à la réalisation de l'égalité de genre.²

Cette pratique reste encore, dans certains pays, profondément enracinée dans la tradition et persiste parce qu'elle constitue une norme sociale soutenue par des structures de genre et des rapports de pouvoir. Dans au moins 94 pays, des femmes et des filles vivent avec des MGF ou sont à risque d'en subir.³ Si celles-ci sont principalement pratiquées sur le continent africain (au moins 30 pays), dans certains pays d'Asie et au Moyen-Orient, le Luxembourg comme d'autres pays qui accueillent des communautés originaires de ces régions sont aussi concernés.

Pourtant, la majorité des pays du monde se sont engagés à protéger les droits des filles et des femmes en ratifiant un certain nombre de traités internationaux et régionaux interdisant, entre autres, diverses formes de discrimination et de violences.

Un de ces textes est la Convention internationale des droits de l'enfant qui oblige les Etats parties à mettre en place des mesures efficaces pour abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants, comme les MGF.

Au niveau national, le plan d'action national de lutte contre les violences fondées sur le genre présenté en juin 2025 par le Ministère de l'Égalité des genres et de la Diversité (MEGA) prévoit donc, dans la partie consacrée à la collecte et l'analyse des données, de faire réaliser une étude de prévalence des MGF afin d'avoir une estimation chiffrée pour ensuite planifier les services au mieux.⁴

Sur base de données datant de 2019, l'Institut européen pour l'égalité entre les hommes et les femmes (EIGE) avait estimé que 12 à 17 % des filles (102 à 136 filles âgées de 0 à 18 ans) risquaient de subir des MGF au Luxembourg, sur une population totale de 822 filles âgées de 0 à 18 ans et originaires de pays où les MGF sont pratiquées.⁵

Or, depuis 2019, le Luxembourg a continué d'accueillir des filles et femmes venant de pays présentant un certain taux de prévalence, d'où la nécessité de mettre à jour les données, de réaliser une estimation plus complète et de proposer différentes recommandations pour renforcer la lutte contre les MGF et la prise en charge des filles et femmes concernées.

La présente étude a été réalisée par UNICEF Luxembourg avec le soutien technique de GrewIA. UNICEF Luxembourg et GrewIA remercient le GAMS Belgique, particulièrement sa directrice Fabienne Richard, pour le partage d'expérience ainsi que Dr Dominique Dubourg, démographe ayant travaillé avec cette dernière sur l'étude belge « Estimation de la prévalence des filles et femmes ayant subi ou à risque de subir une mutilation génitale féminine vivant en Belgique, 2022 » dont la présente étude s'inspire.⁶ Ils remercient tout particulièrement l'Institut national de la statistique et des études économiques (STATEC) dont les données ont été indispensables à la réalisation de la présente étude. Ils remercient aussi les Ministère de l'Égalité des genres et de la Diversité (MEGA), Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale et Ministère de la Famille, des Solidarités, du Vivre ensemble et de l'Accueil pour leur appui durant l'exécution du projet. L'étude a pu être réalisée grâce au soutien financier principalement de l'Œuvre Nationale et également de Foyer.

1 <https://www.unicef.org/documents/international-day-zero-tolerance-female-genital-mutilation-2026>.

2 Oino, Peter. "The Female Genital Mutilation Act 2011 of Kenya: Challenges Facing Its Implementation in Kajiado Central Sub-County, Kenya." *International Journal of Innovation and Scientific Research*, 2014.

3 End FGM European Network, End FGM/C US Network, Equality Now, *Le moment est venu : mettons fin aux Mutilations génitales féminines/l'excision (MGF/E) – nécessité urgente d'une réponse mondiale, février 2025*, p. 25, https://endfgm.eu/editor/files/2025/02/The_Time_is_Now_End_Female_Genital_MutilationCutting_An_Urgent_Need_for_Global_Response_2025_FRENCH.pdf; Comme indiqué dans ce dernier rapport (p. 7) « de nombreuses expressions sont utilisées pour décrire cette pratique, notamment « mutilation sexuelle féminine », « excision des organes génitaux féminins », « khatna » (ourdou), « sunat » (malais, farsi), « sunat perempuan » (malais) et bien d'autres expressions ou acronymes en fonction du contexte local spécifique », le terme MGF utilisé dans la présente étude vise à englober tous ces termes.

4 MEGA, <https://mega.public.lu/dam-assets/fr/publications/pan-violences-genres.pdf>.

5 https://eige.europa.eu/sites/default/files/documents/20205979_mh0420707frn_pdf.pdf.

6 Dominique Dubourg et Fabienne Richard, *Estimation de la prévalence des filles et femmes ayant subi ou à risque de subir une mutilation génitale féminine vivant en Belgique, 2022*, Institut pour l'Égalité des Femmes et des Hommes et SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement (version 3/10/2022).



2. QUE SIGNIFIENT LES MGF ?

Les MGF recouvrent « 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 ».⁷

Les MGF sont classées en quatre catégories⁸ :

- Type 1 :** ablation partielle ou totale du gland clitoridien (petite partie externe et visible du clitoris et partie sensible des organes génitaux féminins) et/ou du prépuce/capuchon clitoridien (repli de peau qui entoure le clitoris).
- Type 2 :** ablation partielle ou totale du gland clitoridien et des petites lèvres (replis internes de la vulve), avec ou sans excision des grandes lèvres (replis cutanés externes de la vulve).
- Type 3 :** l'infibulation, qui est un rétrécissement de l'orifice vaginal par recouvrement, réalisé en sectionnant et en repositionnant les petites lèvres, ou les grandes lèvres, parfois par suture, avec ou sans ablation du prépuce/capuchon et gland clitoridiens.
- Type 4 :** toutes les autres interventions néfastes au niveau des organes génitaux féminins à des fins non médicales, par exemple, piquer, percer, inciser, racler et cautériser les organes génitaux.

⁷ Organisation mondiale de la santé (OMS), *Mutilations génitales féminines*, 31/01/2025, <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>.

⁸ *Ibid.*

3. PRÉVALENCE AU NIVEAU MONDIAL

Selon un rapport UNICEF de 2024, plus de 230 millions de filles et de femmes ont subi des MGF. Ce chiffre est en hausse de 15 % par rapport aux données publiées 8 ans auparavant par UNICEF.⁹ Ces chiffres montrent que le rythme des progrès pour mettre fin aux MGF reste lent et qu'il ne parvient pas à suivre le rythme de la croissance démographique, en particulier dans les pays où cette pratique est la plus répandue.

Pourtant, cette pratique violente qui entraîne des complications pouvant être mortelles, constitue une violation grave des droits des filles et des femmes. Toutefois, les MGF demeurent une coutume répandue dans différents pays du monde avec des taux de prévalence variables, allant de 1% (comme au Cameroun) jusqu'à 99% (en Somalie).¹⁰ Voici quelques chiffres :

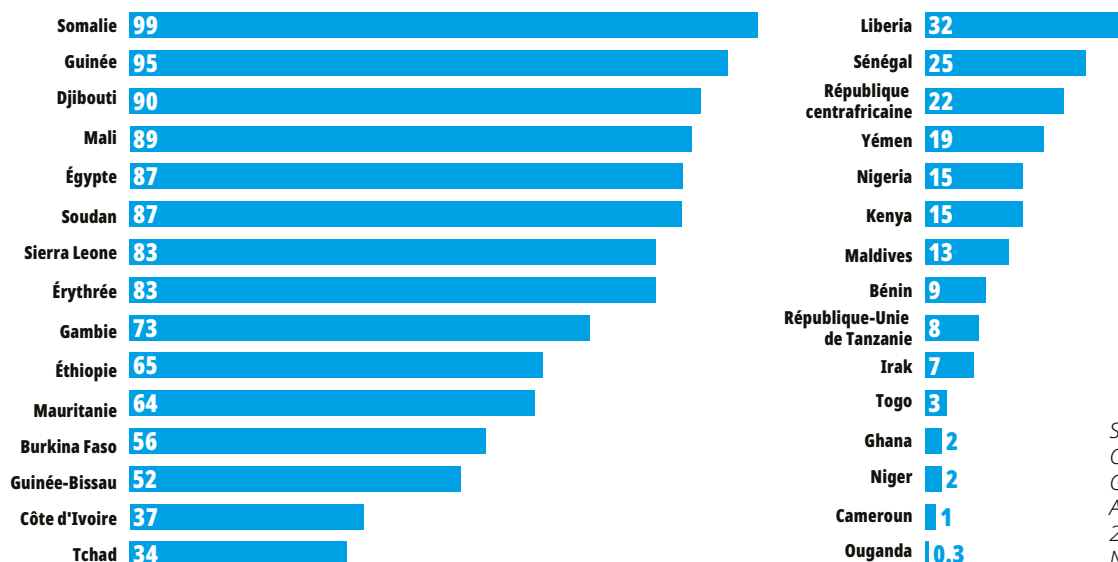
En Afrique : 144 millions de filles et femmes excisées.¹¹

En Asie : 80 millions de filles et femmes excisées.¹²

Au Moyen-Orient : 6 millions de filles et femmes excisées.¹³

La prévalence des MGF varie considérablement selon les pays disposant de données.

Pourcentage de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant subi une mutilation génitale féminine



Source : United Nations Children's Fund, *Female Genital Mutilation: A global concern. 2024 Update*, UNICEF, New York, 2024.

La prévalence peut varier fortement selon les pays, y compris entre les régions d'un même pays. Le groupe ethnique et la région de résidence sont des facteurs déterminants, tout comme la réponse des pouvoirs publics (campagne de sensibilisation, loi, ...).

Actuellement, 31 pays ont des données représentatives sur les MGF au niveau national. Dans au moins 63 autres pays, la pratique des MGF a été documentée par des estimations indirectes (souvent lorsque les MGF sont pratiquées par les communautés de la diaspora), par des études à petite échelle ou par des observations isolées et des articles de presse. Les MGF sont donc une pratique mondiale qui, pour être éradiquée, nécessite un effort au niveau international/transrégional et de mesurer la prévalence dans chaque pays.¹⁴

9 UNICEF, « Plus de 230 millions de filles et de femmes actuellement en vie ont subi des MGF », 8/03/2024, <https://www.unicef.org/fr/communiqués-de-presse/230-millions-de-filles-et-de-femmes-actuellement-en-vie-ont-subit-des-mutilations-génales-féminines> ; Female genital mutilation (FGM), <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>.

10 Fiche d'information l'excision des filles, UNICEF 2024, <https://www.unicef.ch/fr/media/5974/download?attachment>.

11 Female genital mutilation (FGM), <https://data.unicef.org/topic/child-protection/female-genital-mutilation/>.

12 Ibid.

13 Ibid.

14 End FGM European Network, End FGM/C US Network, Equality Now, op. cit., p. 8 et 9.

4. L'ÂGE

L'âge auquel les filles ou les femmes sont excisées n'est pas uniforme et varie fortement selon les régions et les pays. Si elles sont souvent pratiquées avant ou pendant l'adolescence, elles peuvent l'être peu de temps après la naissance, lors de la petite enfance ou de l'adolescence, avant le mariage, lors de la première grossesse ou encore après la naissance du premier enfant.¹⁵



© UNICEF/Bongeyei/ve

5. POURQUOI CETTE VIOLENCE ?

Les MGF ne sont pas fondées sur des motifs religieux même si, dans des sociétés qui les pratiquent, la croyance peut persister qu'elles seraient imposées par la religion. Ni la Bible, ni le Coran, ni la Thora par exemple n'exigent de pratiquer des MGF sur les filles ou les femmes.¹⁶

D'autres justifications invoquées sont le respect de la coutume ou de la tradition¹⁷, des raisons esthétiques, hygiéniques ou encore symboliques, liées à l'idée de pureté et de virginité des filles. En outre, les MGF sont perçues comme l'initiation d'une fille au statut de femme adulte, comme condition pour la conclusion d'un mariage ou encore comme moyen de réprimer la sexualité et de conserver la chasteté des filles et des femmes.¹⁸

Les filles ou femmes non excisées risquent d'être marginalisées, ne peuvent pas se marier, et risquent même d'être bannies/exclues.¹⁹

15 Les mutilations génitales féminines (MGF) – questions fréquemment posées, février 2025, Fonds des Nations Unies pour la population, https://www.unfpa.org/fr/resources/les-mutilations-g%C3%A9nitales-f%C3%A9minines-mgf-foire-aux-questions-concernant#international_regional_instruments.

16 Ibid.

17 GAMS.be, <https://gams.be/les-mgf/>.

18 Fiche d'information : l'excision des filles, UNICEF 2024, <https://www.unicef.ch/fr/media/5974/download?attachment> ; Les mutilations génitales féminines (MGF) -questions fréquemment posées, février 2025, op. cit.

19 Ibid.

6. LES CONSÉQUENCES DES MGF

Ces mutilations sont extrêmement traumatisantes, provoquant souvent un état de choc aigu, et elles entraînent également de sérieuses complications et des problèmes de santé à long terme.²⁰

LES COMPLICATIONS IMMÉDIATES SONT NOTAMMENT :

- * douleur violente ;
- * saignements excessifs (hémorragie) ;
- * gonflement des tissus génitaux ;
- * fièvre
- * infections, telles que le tétanos ;
- * problèmes urinaires ;
- * problèmes de cicatrisation de la blessure ;
- * lésions des tissus génitaux adjacents ;
- * état de choc ;
- * décès.

LES COMPLICATIONS À LONG TERME SONT NOTAMMENT :

- * des problèmes urinaires (miction douloureuse, infections des voies urinaires) ;
- * des problèmes vaginaux (pertes vaginales, ulcération, vaginose bactérienne et autres infections) ;
- * des problèmes menstruels (règles douloureuses, difficultés d'écoulement du sang menstruel, etc.) ;
- * des problèmes liés aux tissus cicatriciels et chéloïdes ;
- * des problèmes sexuels (douleur pendant les rapports sexuels, diminution du plaisir sexuel, etc.) ;
- * un risque accru de complications lors de l'accouchement (accouchement difficile, hémorragie, césarienne, nécessité de réanimer le nourrisson, etc.) et de décès des nouveau-nés ;
- * nécessité d'actes chirurgicaux ultérieurs : les femmes ayant subi une MGF de type 3 peuvent nécessiter une désinfibulation (ouverture de la cicatrice vulvaire de l'infibulation pour permettre les rapports sexuels et l'accouchement) ;
- * des problèmes psychologiques (dépression, anxiété, stress post-traumatique, faible estime de soi, etc.).
- * Anxiété, angoisse.
- * Dépression.

Tous les types de mutilations entraînent des complications à des degrés divers.²¹ Elles peuvent marquer les filles et femmes à vie. Au-delà des conséquences psychologiques et physiques, les MGF entraînent également des coûts supplémentaires pour les systèmes de santé qui doivent prendre en charge les complications.²²

Par ailleurs, face aux critiques de plus en plus fortes et persistantes contre les MGF, la « médicalisation » de celle-ci a émergé dans certains pays. Ceci signifie que des professionnels de santé réalisent ce type d'intervention dans un cadre hospitalier. Environ une survivante sur quatre des MGF – quelque 52 millions de femmes et de filles dans le monde – a subi cette pratique aux mains de professionnels de la santé.²³ Ces mutilations pratiquées par le personnel médical constituent une grave violation des droits humains et de l'intégrité physique et psychique des filles et des femmes concernées ainsi qu'une perpétuation de cette pratique.²⁴

Les nouvelles lignes directrices de l'OMS de 2025 recommandent d'ailleurs que les codes de conduite professionnels interdisent explicitement au personnel soignant de pratiquer des MGF.²⁵

20 Les différentes conséquences et complications qui suivent sont reprises du site de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), page « Mutilations génitales féminines », 31 janvier 2025, <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>.

21 Berg et al. 2014 cité dans l'étude belge précitée qui précise également que « La mutilation de type 3 (infibulation) qui est la plus sévère en termes de tissu excisé et de rétrécissement de l'orifice vulvaire est aussi la plus sévère en termes de complications, en particulier au moment de l'accouchement ».

22 Selon la page précitée de l'OMS, « le traitement des complications médicales des MGF coûterait aux systèmes de santé 1,4 milliard de dollars des États-Unis (USD) par an, un chiffre qui devrait augmenter si des mesures urgentes ne sont pas prises pour qu'elles soient abandonnées ».

23 <https://www.unicef.org/protection/female-genital-mutilation#what-we-do>.

24 Les mutilations génitales féminines (MGF) - questions fréquemment posées, février 2025, Fonds des Nations Unies pour la population, op. cit. ; What is female genital mutilation? Everything you need to know about FGM and what UNICEF is doing to stop it, <https://www.unicef.org/protection/female-genital-mutilation#what-we-do> ; End FGM European Network, End FGM/C US Network, Equality Now, op. cit., p. 47.

25 <https://www.who.int/fr/news/item/28-04-2025-who-issues-new-recommendations-to-end-the-rise-in-medicalized-female-genital-mutilation-and-support-survivors>.



7. L'ÉRADICATION DES MGF DANS LE MONDE

L'UNICEF s'engage depuis plus de 40 ans contre les MGF.

Lancé en 2008, son programme conjoint avec le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) est le plus vaste programme mondial dédié à l'élimination des MGF.

COMMENT L'UNICEF ET SES PARTENAIRES SOUTIENNENT-ILS LES EFFORTS POUR ÉLIMINER LES MGF ?

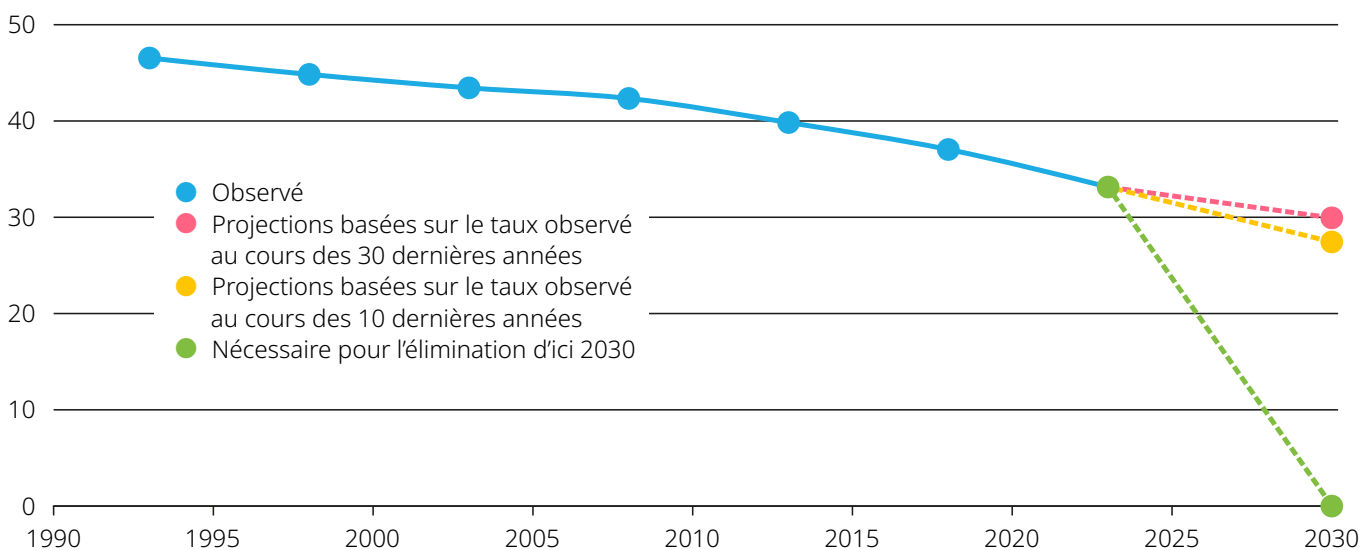
L'UNICEF s'efforce de faire évoluer les normes sociales au sein des communautés affectées tout en travaillant avec les gouvernements pour mettre en place des systèmes d'intervention nationaux viables. Quelques exemples :

- * En **Guinée-Bissau**, les partenaires ont facilité la signature de la Déclaration d'Engagement par le gouvernement de la Guinée-Bissau, menée par le Ministère de la Femme, de la Famille et de la Solidarité Sociale, ainsi que par des organisations de défense des droits des filles et des femmes pour mettre fin aux MGF. La déclaration fournit des orientations aux institutions qui se sont engagées à fournir des efforts, à plaider et à adopter toutes les mesures qui peuvent contribuer à l'élimination des MGF.
- * En **Éthiopie**, les partenaires ont soutenu la mise en œuvre de la feuille de route nationale pour mettre fin au mariage des enfants et aux MGF, et ont renforcé les mécanismes de coordination et l'application de la loi en améliorant la sensibilisation auprès du public.
- * Au **Kenya**, le soutien des partenaires au Conseil anti-MGF a conduit à l'élaboration d'un plan stratégique pour la période 2023-2028, en ligne avec l'Agenda de transformation économique pour atteindre l'égalité des genres et l'« empowerment » des filles et des femmes. Grâce à ce plan stratégique, le gouvernement du Kenya s'est engagé à allouer des financements pour les programmes sur les MGF et l'égalité des genres²⁶.

²⁶ https://www.unicef.org/media/159956/file/FGM%20USG%20Report_2023.pdf.pdf

Le taux de déclin devrait être 27 fois plus rapide pour atteindre l'objectif d'élimination des mutilations génitales féminines d'ici 2030.

Pourcentage d'adolescentes âgées de 15 à 19 ans ayant subi des mutilations génitales féminines dans les pays où des progrès ont été observés au cours des 30 dernières années, observés et projetés



Source : UNICEF global databases, 2024, based on DHS, MICS and other national surveys, 2004-2022.

Par ailleurs, les objectifs de développement durable des Nations Unies (ODD) pour 2030 précisent comme objectif n° 5 de « parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles » ce qui se traduit au point 5.3 par l'élimination « des toutes les pratiques préjudiciables, telles que [...] la mutilation génitale féminine ».²⁷

Pour atteindre cet objectif, il faudrait que les progrès soient 27 fois plus rapides que le rythme observé au cours de la dernière décennie. Cela exige une action urgente et concertée à une échelle sans précédent.

Des pays comme la Sierra Leone, l'Éthiopie et le Burkina Faso ont montré que des progrès sont possibles, même dans des contextes où les niveaux de MGF étaient auparavant très élevés. Cependant, tous les pays n'ont pas progressé et le rythme de progrès reste assez inégal. La plupart des pays ne sont pas en bonne voie pour atteindre la cible des ODD visant à éliminer les MGF d'ici 2030.²⁸

Il est à noter que les réductions financières impactant actuellement les budgets de l'aide au développement compliquent encore davantage la situation. Ces coupes mettent en danger des millions de personnes dont les filles et les femmes ayant subi ou à risque de MGF²⁹ et mettent encore plus à mal l'objectif précité.

27 Assemblée générale, Résolution adoptée par l'Assemblée générale le 25 septembre 2015 « Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030, UNGA A/RES/70/1, <https://unric.org/en/sdgs-in-your-language/>; <https://data.unicef.org/resources/female-genital-mutilation-a-global-concern-2024/>.

28 Voir <https://data.unicef.org/topic/child-protection/female-genital-mutilation/> qui reprend un graphique avec les progrès sur 30 ans dans divers pays.

29 <https://news.un.org/en/story/2025/02/1160631>; <https://www.independent.co.uk/news/world/africa/uk-aid-cuts-fgm-labour-b2880849.html>; https://www.oecd.org/fr/publications/reductions-de-l-aide-publique-au-developpement_811056e3-fr/full-report.html; Par ailleurs, « Cuts in development aid could result in the deaths of 4.5 million children under the age of 5 by 2030, according to The Lancet. At the same time, recent UNICEF estimates show the cuts could leave six million more children out of school by next year », <https://www.unicef.org/press-releases/more-400-million-children-globally-live-poverty-missing-out-least-two-daily-needs>.

8. LÉGISLATION INTERNATIONALE ET NATIONALE CONCERNANT LES MGF

AU NIVEAU DU DROIT INTERNATIONAL, RÉGIONAL OU DE L'UNION EUROPÉENNE

De nombreux textes condamnent la torture et tous types de pratiques ou d'interventions injustifiées portant atteinte à l'intégrité physique et psychique d'une personne, par exemple :

La **Convention des Nations Unies contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants** du 10 décembre 1984 qui est un texte essentiel rappelant qu'« aucun État partie n'expulsera, ne refoulera, ni n'extradera une personne vers un autre État où il y a des motifs sérieux de croire qu'elle risque d'être soumise à la torture » (article 3).³⁰

La lutte contre les MGF est expressément prévue dans la **Convention du Conseil de l'Europe du 11 mai 2011 sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique** (Convention d'Istanbul), ratifiée par le Luxembourg le 7/08/2018 et qui a servi de cadre à l'actuel plan d'action national de lutte contre les violences fondées sur le genre présenté en juin 2025 par le MEGA.

La **directive européenne 2024/1385 du 14 mai 2024 sur la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique** traite également des MGF et insiste sur la prévention ainsi que sur la nécessité de mettre en place un soutien spécialisé pour les victimes. Cette directive indique que doit être mis en place un système de collecte, de développement, de production et de diffusion de statistiques sur la violence à l'égard des femmes ou la violence domestique (article 44).

La **Convention internationale des droits de l'enfant** (CIDE) précise à l'article 24 § 3 que « les États parties prennent toutes les mesures efficaces appropriées en vue d'abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants ». ³¹ Les MGF faisant partie de ces pratiques, la CIDE oblige les États à mettre tout en œuvre afin de protéger les filles concernées.

La pratique des MGF viole notamment les droits suivants repris dans la CIDE³² :

- * Le droit de ne pas subir de discrimination (article 2)
- * Le fait que toute décision concernant un enfant doit tenir pleinement compte de l'intérêt supérieur de celui-ci (article 3)
- * Le droit d'être protégé contre toutes formes de violences (article 19 §1)
- * Le droit de jouir du meilleur état de santé possible (article 24)
- * Le droit de ne pas être soumis à la torture ou à d'autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (article 37).

30 *Convention des Nations Unies contre la torture* du 10 décembre 1984, signée par le Luxembourg le 22/02/1985 et ratifiée le 29/09/1987 ; voir également l'Observation générale n° 2 du Comité contre la torture, CAT/C/GC/2, § 18, <https://www.ohchr.org/en/documents/general-comments-and-recommendations/catgc2-general-comment-no-2-2007-implementation> confirmant que les MGF relèvent de sa compétence : « Le fait que l'État n'exerce pas la diligence voulue pour mettre un terme à ces actes [dont les MGF], les sanctionner et en indemniser les victimes a pour effet de favoriser ou de permettre la commission, en toute impunité, par des agents non étatiques, d'actes interdits par la Convention, l'indifférence ou l'inaction de l'État constituant une forme d'encouragement et/ou de permission de fait ».

31 *Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE)* adoptée le 20/11/1989, signée par le Luxembourg le 21/03/1990 et ratifiée le 7/03/1994 ; voir également, la Charte des droits fondamentaux de l'union européenne, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, y compris le Protocole de Maputo.

32 *Ibid.*

AU NIVEAU DU DROIT NATIONAL

En 2018, le code pénal luxembourgeois a été modifié afin de reprendre un article spécifique (article 409 bis³³) sur l'interdiction des différentes formes de MGF.³⁴ Cet article prévoit également diverses circonstances aggravantes notamment si cette mutilation est commise sur un enfant.

Il faut aussi rappeler que le principe d'extraterritorialité est applicable, ce qui signifie que les MGF sont punissables même si elles sont pratiquées à l'extérieur du Luxembourg.³⁵

Il est à noter également que l'article 637 (2) du code de procédure pénale prévoit pour les MGF commises sur des filles mineures que le délai de prescription, qui est de 30 ans, ne commence à courir qu'à partir de la majorité de ces dernières, ou de leur décès s'il est antérieur à leur majorité.

Une autre législation nationale, non pénale, rappelle aussi l'interdiction des MGF. Il s'agit de l'article 2 de la loi du 16 décembre 2008 relative à l'aide à l'enfance et à la famille qui précise que : « au sein notamment des familles et des communautés éducatives, la violence physique et sexuelle, les transgressions intergénérationnelles, les traitements inhumains et dégradants ainsi que les mutilations génitales sont prohibés ». Cette loi de 2008 sera abrogée si le projet de réforme du système de la protection de la jeunesse aboutit.³⁶ Il sera essentiel que cette interdiction de principe de toutes formes de violences, dont les MGF, se retrouve dans la future législation.

Malgré le cadre légal actuel clair, l'Institut européen pour l'égalité entre les hommes et les femmes, dans son dernier rapport de 2021 concernant les MGF au Luxembourg, a constaté qu'aucune poursuite n'a été engagée pour des MGF commises contre des filles âgées de 0 à 18 ans au Luxembourg.³⁷ Le Groupe d'experts du Conseil de l'Europe sur l'action contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique (GREVIO), dans son dernier rapport d'évaluation sur le Luxembourg de 2023, estime que « le très faible taux de dénonciations pour MGF qui lui a été rapporté résulte en grande partie d'un manque de détection des cas du fait de lacunes persistantes dans la sensibilisation et la formation des professionnels et professionnelles, notamment de santé et de l'éducation, à cette problématique ».³⁸

Si ce constat est interpellant, il est aussi nécessaire de préciser qu'une interdiction avec ou sans sanction pénale ne suffit pas à elle seule pour protéger les filles de cette pratique.

La lutte contre les MGF au Luxembourg doit être davantage développée et alimentée par le réseau associatif et institutionnel en mesure d'informer, d'accompagner les survivantes de MGF, de former les professionnels et d'interpeller le grand public.

33 Article 409 bis §1 du code pénal : « quiconque aura pratiqué, facilité ou favorisé l'excision, l'infibulation ou toute autre mutilation de la totalité ou partie des labia majora, labia minora ou clitoris d'une femme, avec ou sans consentement de cette dernière, sera puni d'un emprisonnement de trois à cinq ans et d'une amende de 500 euros à 10 000 euros ».

34 La loi du 20 juillet 2018 portant approbation de la Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique a introduit cet article 409 bis dans le code pénal incriminant ces mutilations.

35 Voir notamment l'article 5-1 (1) du code de procédure pénale qui indique que « Tout Luxembourgeois, toute personne qui a sa résidence habituelle au Grand-Duché de Luxembourg, de même que l'étranger trouvé au Grand-Duché de Luxembourg, qui aura commis à l'étranger une des infractions prévues aux articles [...], 409 bis, [...], pourra être poursuivi et jugé au Grand-Duché de Luxembourg, bien que le fait ne soit pas puni par la législation du pays où il a été commis et que l'autorité luxembourgeoise n'ait pas reçu soit une plainte de la partie offensée, soit une dénonciation de l'autorité du pays où l'infraction a été commise ».

36 Voir notamment le projet de loi n° 7994 portant aide, soutien et protection aux mineurs, aux jeunes adultes et aux familles : <https://www.chd.lu/lu/dossier/7994>.

37 https://eige.europa.eu/sites/default/files/documents/20205979_mh0420707frn_pdf.pdf.

38 Rapport d'évaluation (de référence) du GREVIO sur les mesures d'ordre législatif et autres mesures donnant effet aux dispositions de la Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique (Convention d'Istanbul), Luxembourg, 10/07/2023, § 159, <https://rm.coe.int/rapport-d-evaluation-de-reference-du-grevio-sur-les-mesures-d-ordre-le/1680abe1bc>.

9. PROBLÉMATIQUE DES MGF DANS LES PAYS EUROPÉENS

ENFANTS À RISQUE ET IMPACT DE LA MIGRATION SUR LES MGF

Des filles nées en Europe ou arrivées petites sur le territoire avec leurs parents courent le risque de subir des MGF car la pression de la famille et de l'entourage peut être forte même en Europe.³⁹

Pour les familles y résidant, la pratique peut s'effectuer, par exemple, lors de vacances dans le pays d'origine ou lors d'un séjour dans un pays européen voisin où une exciseuse travaille dans la clandestinité.⁴⁰

Lorsque les familles connaissent les lois interdisant les MGF dans les pays d'accueil, elles peuvent également la faire pratiquer avant d'arriver dans ce pays.⁴¹

La migration a aussi un impact important sur les MGF, tant au niveau des représentations que des pratiques, à commencer par le fait que nombre de pays d'accueil, dont le Luxembourg, se sont dotés d'une législation spécifique contre la pratique des MGF.

Les résultats d'une étude de 2024 ayant analysé diverses recherches sur les MGF ont révélé sept facteurs clés façonnant les attitudes et les comportements envers l'abandon des MGF : (1) la législation contre les MGF, (2) la conscience que les MGF ne sont pas une exigence religieuse, (3) l'amélioration de l'éducation sur cette pratique, (4) la migration et le changement culturel, (5) la prise de conscience des effets néfastes des MGF, (6) une vision positive des filles non excisées, et (7) un sens de l'autonomie. Ces résultats mettent en lumière des facteurs sociaux, communautaires, interpersonnels et personnels qui favorisent l'abandon de cette pratique.⁴²

Pourtant, la pression sociale exercée par les pairs et par la famille restée au pays est toujours présente pour les migrants. La migration entraîne souvent une prise de conscience des conséquences des MGF mais conduit aussi à des contradictions complexes entre les injonctions normatives du contexte d'origine et du contexte d'arrivée. Les parents se sentent écartelés entre les normes et les injonctions des pays d'accueil, qui assimilent les MGF à une atteinte aux droits humains punie par la loi, et celles du pays d'origine où l'on est un bon parent en respectant la tradition. Ces contradictions conduisent parfois les familles à faire exciser, par exemple, une seule ou seulement une partie des filles de la fratrie.⁴³

Le facteur lié à l'influence de la migration et du changement culturel montre des tendances constantes dans l'évolution des attitudes envers les MGF à travers le temps. Plus les individus résident longtemps dans le pays d'accueil, moins ils sont susceptibles de soutenir les MGF. Les migrants connaissent un changement d'attitude en raison de la diminution des pressions sociales traditionnelles soutenant cette pratique, changement lié à une pression moindre de la part des membres de la famille élargie, influencée par la distance géographique. L'installation dans un nouveau pays peut réduire la pression culturelle liée à la pratique des MGF en favorisant le développement d'une réflexion critique sur les avantages supposés de se conformer à cette pratique.⁴⁴

Des études ont également montré un déclin des MGF corrélé avec l'ascension sociale des groupes concernés, et en particulier avec la réduction des inégalités de genre (lorsque les femmes accèdent à la formation et à

39 Par exemple, GAMS Belgique, association luttant activement contre les MGF, en 2024, a pris en charge 65 situations (couvrant des risques de MGF à des suspicions), contre 91 en 2023. Toutefois, le rapport annuel du GAMS indique que cette diminution apparente ne traduit pas une baisse de la charge de travail, certains dossiers étant particulièrement complexes. Cette association explique également rencontrer de plus en plus souvent des situations de filles belges ou ayant un titre de séjour en Belgique, dont les parents ont décidé de les renvoyer dans un pays à forte prévalence de MGF sans tenir compte de ce risque ; voir <https://gams.be/>.

40 Etude belge précitée « L'Estimation de la prévalence des filles et femmes ayant subi ou à risque de subir une mutilation génitale féminine vivant en Belgique », 2022.

41 Harding 2002, cité dans l'étude belge précitée.

42 Salah N, Cottler-Casanova S, Petignat P, Abdulcadir J. Investigating Factors Associated with Migration and Cultural Adaptation in Relation to Change in Attitudes and Behavior towards Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) among Populations from FGM/C-Practicing Countries Living in Western Countries: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2024 Apr 24; <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11121382/>.

43 Estimation de la prévalence des filles et femmes ayant subi ou à risque de subir une mutilation génitale féminine vivant en Belgique, op. cit., p. 15.

44 Salah N, Cottler-Casanova S, Petignat P, Abdulcadir J., op. cit.



l'emploi). L'attachement aux pratiques du pays d'origine peut être cependant une forme de réassurance pour des groupes sociaux précarisés dans le pays d'accueil.⁴⁵

L'étude « Men Speak Out » sur la perception des hommes migrants menée dans trois pays (Belgique, Hollande et Royaume-Uni) confirme aussi l'impact positif de la migration : plus les hommes avaient séjourné longtemps en Europe, moins ils étaient favorables à la pratique. En revanche, ceux qui invoquaient la religion comme raison d'infliger des MGF étaient peu enclins à changer leur perception sur la pratique et à vouloir l'abandonner.⁴⁶

PROFESSIONNELS DE SANTÉ DÉMUNIS FACE AUX SURVIVANTES DE MGF

Certains professionnels peuvent être confrontés à la problématique et ne savent pas toujours comment agir ou répondre aux demandes des filles et des femmes. Malheureusement, il n'y a pas de données ou de recherches sur ce sujet au niveau du Luxembourg.

Le GREVIO, dans son rapport d'évaluation précité, avait d'ailleurs noté que la sensibilisation concernant les MGF « semble être particulièrement limitée, y compris parmi les professionnels et professionnelles de santé en charge des examens médicaux des demandeurs d'asile à leur arrivée sur le territoire, ce qui ne permet pas une détection et une prise en charge adaptée des victimes ».⁴⁷

L'idéal serait de disposer d'un centre de référence multidisciplinaire comme existant à l'hôpital St-Pierre à Bruxelles⁴⁸ et l'UZ à Gand⁴⁹ en Belgique qui offrent un accompagnement multidisciplinaire aux filles et femmes ayant subi des MGF : soins médicaux, psychologiques, sexologiques et reconstruction du clitoris pour celles qui le désirent (à partir de 18 ans).⁵⁰

Il est encore à noter que, depuis le 29 avril 2025, le nouveau Centre national pour victimes de violences (CNVV) offre ici un accès inconditionnel, un accueil et une écoute ainsi qu'une prise en charge ambulatoire sur place et garantit dans les meilleurs délais un accueil à toute victime, majeure ou mineure, de toutes formes de violences (physiques, sexuelles, psychiques) donc également les MGF.⁵¹

45 Andro et al. 2009 ainsi que Behrendt 2011, Johnsdotter 2009 cités dans l'étude belge précitée.

46 O'Neill 2017 et al, cité dans l'étude belge précitée ; https://gams.be/wp-content/uploads/2024/01/2017-MenSpeakOut-Study_full-report_final.pdf

47 Rapport d'évaluation (de référence) du GREVIO, op. cit., § 10.

48 CeMAViE, Centre Médical d'Aide aux Victimes de l'Excision, <https://www.stpierre-bru.be/service/gynecologie-obstetrique/320-rue-haute/cemovie-mutilations-genitales-feminines/>.

49 Multidisciplinair Centrum vrouwelijke genitale mutilatie, <https://uzgent.be/nl/multidisciplinair-centrum-vrouwelijke-genitale-mutilatie>.

50 Estimation de la prévalence des filles et femmes ayant subi ou à risque de subir une mutilation génitale féminine vivant en Belgique, 2022, p. 14.

51 <https://men.public.lu/fr/actualites/communiqués-conference-presse/2025/04/28-centre-national-victimes-violences.html> ; <https://violence.lu/centre-national-pour-victimes-de-violences/>.

10. OBJECTIF, MÉTHODOLOGIE ET ESTIMATIONS

OBJECTIF

Selon le réseau européen « End FGM », environ 600 000 survivantes vivent avec les conséquences des MGF en Europe et 190 000 sont à risque dans 17 pays européens (Luxembourg inclus).⁵²

Des statistiques de l'agence des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) indiquent qu'en 2017, 66 000 femmes et filles originaires de pays pratiquant les MGF ont demandé l'asile dans l'Union européenne (UE).⁵³

Au Luxembourg, les précédentes estimations, basées sur des chiffres de 2019 et réalisées par l'Institut européen pour l'égalité entre les hommes et les femmes, indiquaient que 12 à 17 % des filles migrantes résidentes, soit 102 à 136 filles âgées de 0 à 18 ans, risquaient de subir des MGF.⁵⁴

L'objectif de la présente étude quantitative est de réaliser une estimation plus complète, avec des chiffres à jour sur base des données de 2025, concernant le nombre de filles et femmes ayant subi des MGF ou à risque d'en subir qui résident au Luxembourg, ainsi que de proposer des recommandations pour améliorer la prise en charge de celles-ci et ainsi mieux lutter contre cette violence.

MÉTHODOLOGIE

Notre étude s'inspire de l'étude belge sur l'estimation de la prévalence des MGF⁵⁵, dont elle reprend les principes méthodologiques généraux⁵⁶, tout en les adaptant au contexte luxembourgeois et aux données effectivement accessibles.

Plus précisément, la méthodologie suivie est basée sur deux étapes successives, décrites ci-dessous.

Étape 1 : comptage et classification

La première étape a consisté en un comptage de la population cible à partir des données exploitées par l'Institut national de la statistique et des études économiques du Grand-Duché de Luxembourg (STATEC) et arrêté au 1^{er} octobre 2025.

Les données disponibles, anonymisées, comprennent l'année de naissance, le sexe, le pays de naissance, la nationalité finale, les éventuelles nationalités secondaires ainsi que, lorsque l'information est connue de l'administration, les pays de naissance de la mère et du père.

52 https://www.endfgm.eu/editor/files/2024/08/Updated_Map_2024.pdf; Ce chiffre de 190 000 a été calculé sur base de différentes études menées au niveau national ainsi qu'en fonction des chiffres d'une étude globale basée sur le recensement européen de 2011. <https://www.endfgm.eu/female-genital-mutilation/fgm-in-europe/>.

53 UNHCR, Too Much Pain – A statistical update (August 2018).

54 Rapport de l'Institut européen pour l'égalité entre les hommes et les femmes, Mutilations génitales féminines Combien de filles courent-elles un risque au Luxembourg ?, 2021, op.cit.

55 Étude belge précitée, Estimation de la prévalence et femmes ayant subi ou à risque de subir une mutilation génitale féminine vivant en Belgique, 2022.

56 L'étude belge 2022 (voir note 6) n'a pas appliqué la méthodologie EIGE pour l'estimation du nombre de filles à risque de MGF (European Institute for Gender Equality – EIGE, Estimation of girls at risk of female genital mutilation in the European Union: Step-by-step guide, 2^e édition, 2018). Les auteures soulignent en effet que « dans la méthodologie [EIGE 2018], il est proposé de prendre l'âge médian à l'excision dans la formule d'estimation de la prévalence des filles à risque, mais dans un contexte de migration, l'âge à l'excision n'est pas identique à celui du pays d'origine. Des parents excisent leurs filles juste avant de migrer sachant que c'est interdit en Europe ou inversement ont pu protéger leur fille au-delà de l'âge médian et migrent en Europe pour demander l'asile de peur de ne pas pouvoir protéger leur fille plus longtemps. Au niveau du pays d'accueil, des parents peuvent organiser une excision pour toutes les filles de la famille à des âges différentes si l'opportunité existe (présence d'une exciseuse dans le pays d'accueil ou voyage en famille dans le pays d'origine) ».



La **nationalité finale** correspond à la nationalité principale reconnue par l'administration luxembourgeoise pour un résident pouvant en posséder plusieurs. Elle est déterminée selon une hiérarchie privilégiant d'abord le Luxembourg, puis l'Union européenne (UE), et enfin les pays hors UE, avec des règles de départage fondées notamment sur le pays de naissance ou l'ordre de déclaration.

Un résident peut néanmoins détenir d'autres nationalités, en plus de la nationalité finale (jusqu'à cinq supplémentaires), lesquelles sont également enregistrées dans les données.

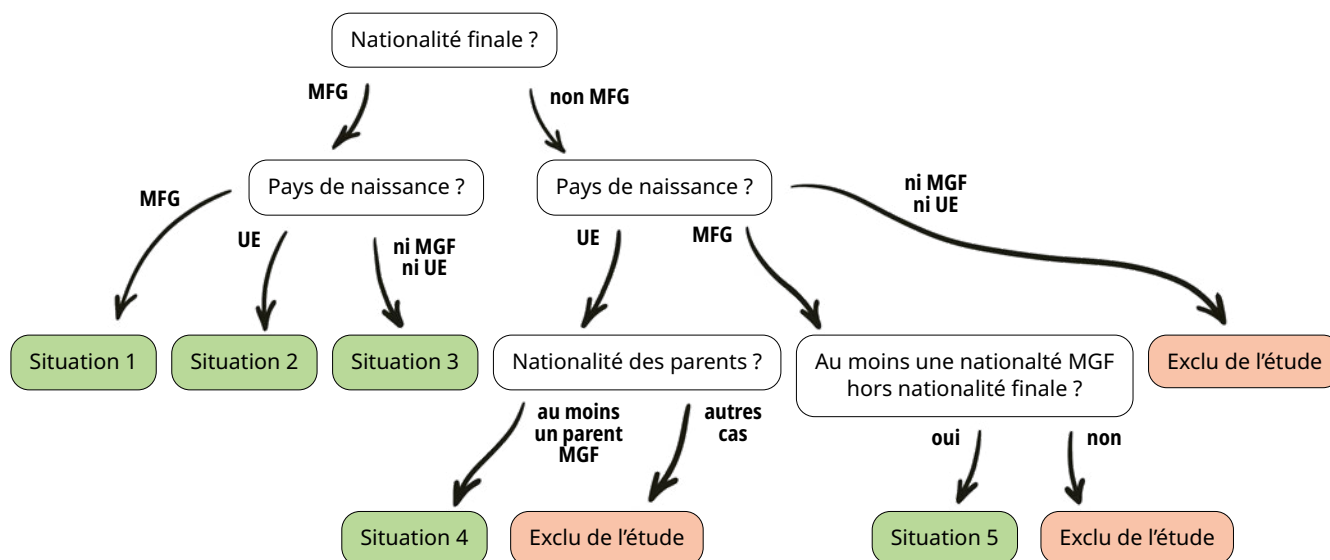
Afin de garantir le respect strict des règles de confidentialité et de protection des données, nous n'avons pas eu un accès direct aux données individuelles. Nous avons élaboré un script R qui a été ensuite transmis au STATEC, qui a pu l'exécuter en interne. Les résultats nous ont été alors communiqués sous forme de tableaux croisés agrégés, dont certains sont repris plus loin. Les effectifs inférieurs à 5 ont systématiquement été masqués et ne nous ont été communiqués que sous forme « <5 », ne permettant aucune identification individuelle.

Par ailleurs, seules les filles et les femmes ont été retenues dans notre population cible. Les garçons ont toutefois été inclus dans le calcul d'un indicateur complémentaire de flux de naissances, voir la section « Dynamiques de naissance » plus loin.

Définition de la population cible

La population cible est composée des filles et des femmes vivant au Luxembourg au 1^{er} octobre 2025, et appartenant à l'une des cinq situations décrites ci-après, telles que définies par l'arbre de décision présenté dans le tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1 : Schéma de synthèse des différentes situations



Pour chaque fille et femme incluse :

- **un unique « pays MGF »** est attribué, afin d'appliquer la prévalence correspondante ;
- **une génération migratoire** (première ou deuxième génération) est déterminée.

Situation 1 : Filles ou femmes ayant la nationalité finale d'un pays pratiquant les MGF et nées dans un pays pratiquant les MGF.

Génération : 1^{ère} génération **Pays MGF :** nationalité finale

Situation 2 : Filles ou femmes ayant la nationalité finale d'un pays pratiquant les MGF et nées dans l'Union européenne (UE).

Génération : 2^{ème} génération **Pays MGF :** nationalité finale

Situation 3 : Filles ou femmes ayant la nationalité finale d'un pays pratiquant les MGF et nées hors Union européenne, dans un pays ne pratiquant pas les MGF

Génération : 1^{ère} génération⁵⁷ **Pays MGF :** nationalité finale

Situation 4 : Filles ou femmes nées dans l'Union européenne, de nationalité finale d'un pays ne pratiquant pas les MGF, mais dont au moins un des parents est de nationalité d'un pays pratiquant les MGF, quand l'information est connue

Génération : 2^{ème} génération **Pays MGF :** pays de naissance de la mère lorsqu'il est connu et figure parmi les pays pratiquant les MGF ; à défaut, pays de naissance du père.

Situation 5 : Filles ou femmes nées dans un pays pratiquant les MGF, de nationalité finale d'un pays ne pratiquant pas les MGF, et disposant d'au moins une autre nationalité d'un pays pratiquant les MGF.

Génération : 1^{ère} génération **Pays MGF :** nationalité d'un pays pratiquant les MGF parmi les nationalités multiples (le premier de la liste si plusieurs).

Tableau 2 : Synthèse des situations, des règles d'attribution du pays MGF, de la génération et des effectifs correspondants

Situation	Définition synthétique	Règle d'attribution du pays MGF	Génération	Nombre (%)
1	Nationalité finale MGF, née dans un pays MGF	Nationalité finale	1 ^{ère}	4 178 (46 %)
2	Nationalité finale MGF, née UE	Nationalité finale	2 ^{ème}	621 (7 %)
3	Nationalité finale MGF, née hors UE hors pays MGF	Nationalité finale	1 ^{ère}	70 (1 %)
4	Née UE, nationalité finale non MGF, au moins un parent né dans pays MGF (quand info disponible)	Pays de naissance de la mère, sinon du père	2 ^{ème}	3 131 (35 %)
5	Née dans un pays MGF, nationalité finale non MGF, au moins une autre nationalité MGF	Nationalité MGF parmi les nationalités multiples	1 ^{ère}	956 (11 %)

Au total, la population cible se compose de **5 204 filles et femmes de première génération** et de **3 752 filles et femmes de deuxième génération**, soit **8 956 personnes** en tout avant l'application des prévalences par pays et par tranche d'âge.

⁵⁷ Nous avons classé les filles et femmes de la situation 3 en première génération car, après vérification, il apparaît que la majorité d'entre elles est née dans un pays frontalier d'un pays où les MGF sont pratiquées.

Groupe exclu de l'étude

Un groupe supplémentaire de 2 188 femmes, nées dans un pays pratiquant les MGF mais ne disposant d'aucune nationalité d'un tel pays, n'a pas été inclus dans la population cible. Il s'agit par exemple de filles ou de femmes nées dans un pays pratiquant les MGF dans un contexte de mobilité migratoire des parents (séjour temporaire, transit ou retour), sans maintien d'une nationalité associée à ce pays.

Étape 2 : application des prévalences et estimation

Dans une seconde étape, les taux de prévalence par pays et par tranche d'âge, présentés dans le tableau 3 ci-après, ont été appliqués aux effectifs de filles et de femmes identifiées dans la population étudiée. Selon la convention que nous avons adoptée, lorsque les prévalences des tranches d'âge 0-4, 5-9 ou 10-14 ans n'étaient pas disponibles dans les enquêtes sources du tableau 3, la prévalence de la tranche 15-19 ans a été utilisée en substitution.

Soulignons également que la prévalence observée dans la tranche d'âge 15-19 ans est généralement considérée comme une approximation fiable de la prévalence finale d'une génération, dans la mesure où, dans la majorité des pays concernés, la pratique des MGF intervient souvent avant ou pendant l'adolescence. Cette tranche d'âge reflète donc le mieux les tendances récentes (baisse, stabilité ou persistance) de la pratique dans les pays d'origine.

À l'inverse, les prévalences observées dans les tranches d'âge 0-14 ans ne peuvent pas être interprétées comme des prévalences définitives, puisqu'une partie des filles n'a pas encore atteint l'âge auquel les MGF est traditionnellement pratiquée.

Règle d'attribution des probabilités individuelles

Chaque fille ou femme faisant partie de la population cible s'est vu attribuer une probabilité individuelle, interprétée soit comme une probabilité d'avoir déjà subi une MGF, soit comme une probabilité d'être exposée au risque de MGF, en fonction (i) du pays MGF qui lui a été attribué, (ii) de sa tranche d'âge et (iii) de sa génération migratoire (1^{ère} ou 2^{ème} génération).

Les règles suivantes ont été appliquées :

- * Pour les femmes et filles de 1^{ère} génération, la probabilité individuelle est égale à la prévalence observée dans le pays MGF pour la tranche d'âge correspondante. Cette probabilité est interprétée comme une estimation de la proportion de femmes ayant déjà subi des MGF, en faisant l'hypothèse que, dans la majorité des cas, les MGF ont eu lieu dans le pays d'origine avant la migration.
- * Parmi les filles de moins de 15 ans de 1^{ère} génération, l'écart entre la prévalence de la tranche d'âge 15-19 ans (approximant la prévalence finale d'une génération) et la prévalence de leur âge actuel nous a permis d'estimer la proportion de filles n'ayant pas subi de MGF mais néanmoins statistiquement exposées au risque de MGF en l'absence de mesures de prévention. Ces filles ont été comptabilisées dans la population à risque, au même titre que les filles de 2^{ème} génération.
- * Pour les filles et femmes de 2^{ème} génération (i.e., nées au Luxembourg ou dans un autre pays de l'UE), la probabilité individuelle n'est pas interprétée comme une prévalence observée, mais comme une estimation du risque potentiel de MGF. Ainsi, même lorsque des prévalences spécifiques à leur tranche d'âge étaient disponibles, la prévalence observée dans la tranche 15-19 ans du pays MGF a été appliquée à l'ensemble des filles mineures de 2^{ème} génération. Cette hypothèse repose sur l'idée que, en l'absence de mesures de prévention, ces filles pourraient être exposées à un risque comparable à celui observé parmi les nouvelles générations dans le pays d'origine.⁵⁸ Cela permet de calculer un groupe cible pour les actions de prévention.

Enfin, la somme de ces probabilités individuelles au sein d'un groupe donné nous a fourni le nombre attendu de filles et femmes ayant probablement déjà subi des MGF et/ou à risque dans ce groupe.

58 EIGE, *Estimation of girls at risk of FGM in European Union*, op. cit. p. 12 : « As suggested by Yoder (2011) and Unicef (2013), using prevalence figures for women in the 15–18 age cohort (i.e. the group of youngest adults considered to be in 'final cut status', i.e. either having undergone FGM or no longer at risk of FGM) in the country of origin is believed to yield a more precise FGM risk estimation ».

SOURCES DE DONNÉES

Pour estimer le nombre de filles et de femmes ayant subi une MGF ou à risque de l'être, la présente étude s'appuie principalement sur les données exploitées par le STATEC. Nous avons eu accès à une extraction de cette base arrêtée au 1^{er} octobre 2025, qui constituait la version la plus récente disponible au moment de l'analyse.

La liste des pays dans lesquels les MGF sont pratiquées provient des données de l'UNICEF et de l'OMS, et les taux de prévalence par tranche d'âge sont issus principalement des enquêtes démographiques et de santé (Demographic and Health Surveys, DHS) et des enquêtes en grappes à indicateurs multiples (Multiple Indicator Cluster Surveys, MICS)⁵⁹.

Le tableau ci-dessous présente les prévalences retenues pour la suite de l'analyse, ainsi que les enquêtes exactes dont elles sont tirées.

Tableau 3 : Prévalences par pays et par tranche d'âge

(données les plus récentes disponibles, arrêtées au 31 décembre 2025).

Pays	Enquête	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Générale
Bénin	2014 MICS	0	0	0,6	2,4	6,3	9,7	11,5	13,1	12,4	18,1	9,2
Burkina Faso	2021 DHS	3,7	10,9	14,9	32,2	46,1	54,5	64,1	72,2	77,2	82,5	56,1
Cameroun	2004 DHS	na	na	na	0,4	2,5	1,6	1,1	1,2	1,8	2,4	1,4
Central African Rep.	2018-19 MICS	0,1	1	4,6	17,3	19	22	21,9	25,3	29,1	24,8	21,6
Côte d'Ivoire	2016 MICS	4,5	12,9	18,3	27,4	33,6	40	40,8	40	42,9	41,5	36,7
Djibouti	2019 EVFF	11	32,4	58	76,7	86,1	92,4	93,9	93,9	95,1	95,1	68,8
Egypte	2015 HIS	1,2	21,1	88,9	69,6	81,6	89,2	92,6	95,4	94,9	97,1	87,2
Erythrée	2010 EPHS	na	na	na	68,8	79,1	84,9	88,4	90,4	93	93,1	83
Ethiopie	2016 DHS	6,9	14,2	28,4	47,1	58,6	67,6	76,9	74,6	72,6	78,7	65,2
Gambie	2019-20 DHS	25,1	53,1	63,1	72,6	71,7	74,8	71,3	72,1	71,6	74	72,6
Ghana	2017-18 MICS	0,1	0,1	0,2	0,6	1,5	1,8	3,2	3	3,6	4,9	2,4
Guinée	2018 DHS	7,8	46	75,6	91,7	94,4	95	94,7	95,7	96,6	97,7	94,5
Guinée-Bissau	2018-19 MICS	20,7	33,9	38,6	48,3	54,1	53,5	52,4	55,3	50	50,4	52,1
Indonésie	2021 SPHPN	na	na	na	45	50,5	52,7	51,9	53,3	53	49,6	51,2
Iraq	2018 MICS	0,1	0,2	1,4	3,5	6,7	5,7	9,3	9,7	12	9,3	7,4
Kenya	2022 DHS	0	1,3	3,7	9,1	9,9	13,2	16,1	18,7	23,8	23,1	14,8
Libéria	2019-20 DHS	na	na	na	20,1	21,3	26,4	36,6	43,8	46,6	54	31,8
Maldives	2016-17 DHS	0,2	1	2,3	1	5,6	6,1	11,7	18,8	23,5	37,5	12,9
Mali	2023-24 DHS	na	na	na	86,5	88,5	89,4	89,3	88,6	90,4	89,6	88,6
Mauritanie	2019-21 DHS	na	na	na	55,8	60,8	67,8	66,8	66,5	68,3	73,8	63,9
Niger	2012 DHS	na	na	na	1,4	2,1	1,9	1,7	3	2,3	1,4	2
Nigéria	2021 MICS	8,2	8,2	8,2	6,7	9,8	12,8	15,7	20,3	25,2	29,1	15,1
Ouganda	2016 DHS	na	na	na	0,1	0,3	0,2	0,4	0,5	0,7	0,4	0,3
Sénégal	2023 DHS	8,9	14,6	15,7	16,4	20	22,8	19,2	22,4	21,8	22,2	20,1
Sierra Leone	2019 DHS	0,3	5,1	21,8	61,1	81	88,1	90,7	93,1	93,5	94,9	83
Somalie	2020 SHDS	5,7	na	na	98,8	98,6	99,5	99,7	99,4	99,6	99,8	99,2
Soudan	2014 MICS	4,3	31,5	69	81,7	85,7	87,6	88	86,6	91,4	91,8	86,6
Tanzanie	2022 DHS	0,1	0,4	1,3	3,7	6,2	6	9,9	10,3	12,1	16,8	8,2
Tchad	2019 MICS	0,6	5,8	19	28,9	33,2	37,1	36,7	34,7	35,5	39,2	34,1
Togo	2017 MICS	0,2	0,4	0,3	1,4	1,9	2,4	3,8	4,1	4,7	5,4	3,1
Yémen	2013 DHS	na	na	na	16,4	16,8	16,4	20,5	23,1	22,1	22,8	18,5

NB : La mention « na » indique une donnée non disponible ; dans ce cas, la valeur correspondant à la tranche d'âge 15-19 ans a été utilisée pour les estimations.

⁵⁹ EIGE, Estimation of girls at risk of FGM in European Union, op. cit. p. 12 : « National survey data in these countries originate from demographic and health surveys (DHS) published by ICF International, and from multiple indicator cluster surveys (MICS) published by Unicef (<https://www.dhsprogram.com> and <http://mics.unicef.org>, respectively). These are the most widely recognised and referenced sources of information about FGM ».

Outre les données du STATEC et les enquêtes DHS/MICS utilisées pour estimer les prévalences, d'autres sources de données ont été mises à disposition. Bien qu'elles n'aient été très peu intégrées dans les calculs présentés ultérieurement, elles sont décrites dans la section « Données complémentaires » ci-après afin d'éclairer le contexte général.

LIMITES DE L'ÉTUDE

La principale limite de cette étude, comme dans les autres études du même type, tient à l'absence d'information sur l'origine ethnique et, dans certains cas, sur la région d'origine des filles et des femmes concernées. Or les enquêtes DHS et MICS montrent que la prévalence des MGF peut varier fortement à l'intérieur d'un même pays selon le groupe ethnique, parfois dans des proportions beaucoup plus importantes que les variations régionales.

Par exemple, au Sénégal, la pratique des MGF est très peu répandue parmi les Wolofs (0,7 %) alors qu'elle demeure largement majoritaire dans d'autres groupes, comme les Peuls (52,1 %) ou les Mandingues/Socés (67,2 %) ⁶⁰. L'application d'une prévalence nationale moyenne à l'ensemble des ressortissantes de ce pays peut donc conduire à une surestimation ou à une sous-estimation du nombre de femmes ayant subi des MGF ou de filles à risque, selon la composition ethnique réelle de la population migrante, information qui n'est pas disponible dans les données administratives utilisées.

La présente étude est une estimation statistique de la prévalence des MGF au Luxembourg et n'est pas basée sur un diagnostic clinique. Mais elle tente – en croisant différentes sources de données disponibles – d'être la plus objective possible. Les prévalences par tranche d'âge ont été appliquées pour tenir compte de l'évolution des pratiques dans le temps.

Concernant les « filles à risque », s'il est évident qu'avec l'impact de la migration sur la pratique, toutes ces filles ne seront pas sujettes aux MGF, elles restent néanmoins un groupe cible pour des actions de prévention par les services de prévention de la petite enfance et de l'école. Ce groupe fait l'objet d'une attention particulière non seulement pour évaluer les besoins en matière de prévention mais aussi pour attirer l'attention sur le fait qu'aucune donnée n'est actuellement disponible sur le nombre de filles mais aussi de femmes ayant pu obtenir une protection internationale pour être protégées des MGF.

Il n'a pas été possible d'avoir les données sur l'âge au moment de l'entrée au Luxembourg des femmes et des filles concernées, ce qui limite les estimations qui peuvent être faites dans la présente étude, notamment pour déterminer avec plus de précision le nombre de filles à risque.

La donnée de la nationalité d'origine ou à la naissance des filles et femmes concernées n'était également pas disponible.

Il convient aussi de souligner que l'information sur l'origine des parents est manquante pour environ 34 % des personnes de notre groupe cible nées dans l'UE, ce qui limite l'identification exhaustive de la seconde génération et conduit probablement à une sous-estimation du phénomène.

Le présent rapport ne prend pas non plus en compte l'impact de l'interdiction par la loi des MGF, ni l'impact que la migration et la vie au sein de communautés européennes pourraient avoir sur les communautés en provenance de pays pratiquant les MGF. Des études ont déjà montré que ces impacts existent, mais les démontrer de manière chiffrée nécessiterait une étude de prévalence qualitative qui ne pourrait se réaliser qu'en interrogeant les femmes originaires de ces pays. Évidemment ces changements de comportements liés à la migration n'ont pas d'impact sur les filles ou femmes qui sont arrivées au Luxembourg ayant déjà subi une MGF mais ils peuvent exercer une influence sur le risque pour les petites filles, nées ici ou arrivées avant une MGF, de subir une telle violence.

Les données concernant les femmes et filles en situation de séjour irrégulier ne sont également pas exhaustives. Il n'y a pas une association ou un service de référence qui est en mesure de répertorier toutes ces personnes sur le territoire et d'ailleurs encore faudrait-il qu'elles se fassent toutes connaître. De plus, les données obtenues pour essayer de chiffrer ces filles et femmes concernent la couverture universelle des soins de santé (CUSS) qui vise à permettre aux personnes vulnérables, sans moyens financiers et qui ne peuvent bénéficier d'un soutien financier, d'avoir accès aux prestations de santé. Il n'y a pas de certitude, concernant les chiffres obtenus dans ce cadre, qu'il n'y ait pas d'éventuels doublons (les données, ayant été anonymisées, venant de 2 bases différentes) et que les personnes soient lors de la réception des données toutes en situation de séjour irrégulier.

60 Les prévalences citées dans ce § sont reprises de l'article sur le Sénégal de FGM/C Research Initiative : <https://www.fgmcri.org/country/senegal/>.

RÉSULTATS QUANTITATIFS

Population étudiée et structure générale

La base d'étude extraite de la base de données du STATEC comprend 8 956 filles et femmes nées dans un pays pratiquant les MGF ou ayant un lien familial ou de nationalité avec un tel pays. **Parmi elles, 5 204 (58 %) relèvent de la première génération et 3 752 (42 %) appartiennent à la deuxième génération.** Cette population représente l'ensemble du champ retenu pour les estimations de prévalence et de risque.

Dans la suite de cette section, nous présentons les effectifs de notre population cible, ventilés selon l'âge, le pays MGF attribué et le canton de résidence, ce qui permet une lecture à la fois démographique, géographique et générationnelle.

Conformément aux règles de confidentialité en vigueur et aux prérogatives du STATEC, les effectifs strictement inférieurs à cinq individus sont systématiquement masqués et ne sont communiqués que sous la forme « < 5 ».

Tableau 4 : Répartition de la population cible en fonction du pays MGF et de la tranche d'âge (Source : STATEC 2025)

Pays	0-4	5-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50+	Total
Burkina Faso	7	33	<5	12	5	6	5	8	<5	84
Cote D'ivoire	53	187	40	31	38	33	33	21	32	468
Djibouti	<5	5	<5	<5	<5	<5	<5	<5	<5	13
Benin	18	59	11	11	9	5	9	<5	8	133
Kenya	14	31	6	10	21	25	16	6	<5	133
Tanzanie	5	13	<5	6	<5	<5	<5	<5	<5	41
Ouganda	<5	11	<5	8	5	5	<5	<5	<5	43
Erythree	244	335	122	189	235	144	78	20	34	1401
Egypte	41	79	22	34	55	41	29	12	36	349
Ethiopie	18	56	16	14	24	27	19	10	9	193
Ghana	12	11	<5	7	14	8	8	<5	<5	66
Guinee	112	210	66	72	54	51	27	21	15	628
Guinee-Bissau	177	450	109	88	59	59	36	33	35	1046
Iraq	56	199	43	38	44	47	48	36	63	574
Liberia	<5	5	<5	<5	<5	<5	<5	<5	<5	14
Niger	9	13	<5	6	<5	<5	8	<5	<5	45
Central African Rep	6	7	<5	<5	<5	<5	<5	<5	<5	24
Indonesie	11	25	7	20	25	31	26	13	23	181
Mauritanie	<5	<5	<5	5	<5	<5	<5	<5	<5	17
Mali	8	20	6	5	8	<5	<5	<5	<5	57
Senegal	109	251	70	70	62	72	59	38	45	776
Somalie	20	37	<5	10	10	11	7	<5	6	105
Soudan	11	13	<5	14	13	<5	<5	<5	<5	62
Cameroun	201	517	129	145	151	119	115	71	131	1579
Tchad	<5	5	<5	<5	<5	<5	<5	<5	<5	10
Togo	23	140	36	27	23	16	31	26	40	362
Gambie	16	23	7	10	<5	<5	7	<5	<5	71
Sierra Leone	<5	<5	<5	<5	<5	<5	<5	<5	<5	9
Nigeria	46	153	31	29	42	42	34	27	24	428
Yemen	7	16	6	<5	<5	<5	<5	<5	<5	44
Total	1236	2911	754	868	917	769	612	362	527	8956



Les principaux pays concernés sont le Cameroun (1 579 personnes, soit 18 %), l'Érythrée (1 401, soit 16 %), la Guinée-Bissau (1 046, soit 12 %), le Sénégal (776, soit 9 %) et la Guinée (628, soit 7 %). À eux seuls, ces cinq pays concentrent un peu plus de 60 % de l'ensemble de la population totale étudiée, avant l'application des prévalences par pays et par tranche d'âge.

On observe que la population cible est globalement jeune : à elles deux, les tranches d'âge « 5-19 ans » (2 911 filles et adolescentes, soit 33 %) et « 0-4 ans » (1 236 filles, soit 14 %) représentent presque la moitié de la population.

Tableau 5 : Répartition de la population cible en fonction du canton et de la tranche d'âge (Source : STATEC 2025)

Canton	0-4	5-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50+	Total
Luxembourg (ville et canton)	312	731	179	247	280	225	182	102	159	2417
Capellen	68	171	37	45	49	38	40	19	30	497
Esch-sur-Alzette	456	1005	268	317	302	263	202	117	149	3079
Mersch	47	122	30	31	37	32	23	20	22	364
Clervaux	73	169	42	39	38	38	32	22	25	478
Diekirch	59	182	47	49	57	36	28	15	34	507
Redange	30	79	21	19	20	19	19	15	19	241
Wiltz	62	132	45	35	27	34	29	16	19	399
Vianden	15	35	10	<5	14	9	8	<5	<5	101
Echternach	26	64	18	32	26	23	13	7	20	229
Grevenmacher	55	120	38	28	37	32	20	16	27	373
Remich	33	101	19	22	30	20	16	10	20	271
Total	1236	2911	754	868	917	769	612	362	527	8956

Sur le plan territorial, les effectifs se concentrent très majoritairement dans les cantons du sud du pays. Le canton d'Esch-sur-Alzette rassemble à lui seul 3 079 filles et femmes (34 %), suivi du canton de Luxembourg (incluant aussi Luxembourg ville, 2 417 filles et femmes, soit 27 %). Cette concentration géographique est observée pour l'ensemble des principales communautés d'origine.

Il est à noter que cette répartition sur le territoire correspond à la répartition de la population en général. En effet, celle-ci est très inégalement répartie à travers le territoire luxembourgeois. La partie sud du pays, très urbanisée, est beaucoup plus peuplée que les régions plus rurales du centre et du nord.⁶¹

61 Voir données STATEC, chiffres au 8/11/2021, <https://statistiques.public.lu/fr/publications/recensement/repartition-territoriale.html>.

Tableau 6 : Répartition de la population cible en fonction du pays MGF et de la génération (Source : STATEC 2025)

Pays	1 ^{ère} génération	2 ^{ème} génération	Total
Burkina Faso	45	39	84
Cote D'ivoire	232	236	468
Djibouti	6	7	13
Benin	50	83	133
Kenya	89	44	133
Tanzanie	31	10	41
Ouganda	23	20	43
Erythree	1083	318	1401
Egypte	221	128	349
Ethiopie	134	59	193
Ghana	36	30	66
Guinee	391	237	628
Guinee-Bissau	367	679	1046
Iraq	417	157	574
Niger	23	22	45
Central African Rep	7	17	24
Indonesie	112	69	181
Mauritanie	9	8	17
Mali	20	37	57
Senegal	407	369	776
Somalie	66	39	105
Soudan	34	28	62
Cameroun	891	688	1579
Togo	190	172	362
Gambie	33	38	71
Nigeria	242	186	428
Yemen	33	11	44
Autres Pays	12	21	33
Total	5204	3752	8956

Estimation du nombre de filles et de femmes ayant subi des MGF ou à risque d'en subir

Cette section présente les estimations relatives, d'une part, aux filles et femmes ayant probablement déjà subi des MGF et, d'autre part, à celles qui sont à risque de subir des MGF. Les deux estimations reposent sur des approches distinctes, décrites séparément ci-dessous.

1. Estimation du nombre de filles et de femmes ayant probablement subi des MGF

Par filles et femmes ayant probablement déjà subi des MGF, nous entendons les filles et femmes de première génération au sens défini par le tableau 2. Le nombre de filles et femmes ayant probablement déjà subi des MGF est estimé à partir des prévalences par pays et par classe d'âge, telles qu'observées dans les pays concernés.

Concrètement, les prévalences spécifiques par pays et par tranche d'âge ont été appliquées à l'ensemble des 5 204 filles et femmes de première génération résidant au Luxembourg au 1^{er} octobre 2025, représentant 58 % de la population cible totale. Cette méthode permet d'inférer le nombre de ces personnes ayant probablement déjà subi une MGF, en partant de l'hypothèse que, pour ces femmes et filles, la prévalence observée dans le pays d'origine constitue une approximation pertinente de la probabilité individuelle d'avoir subi des MGF, la majorité de celles-ci ayant lieu avant la migration vers l'Europe.

Sur cette base, nous estimons que 2 238 filles et femmes (soit 43 % de l'ensemble des premières générations résidant au Luxembourg) ont déjà subi des MGF.

Tableau 7 : Estimation du nombre de filles et de femmes de 1^{ère} génération ayant déjà probablement subi des MGF, résidant au Luxembourg, selon le pays MGF et la tranche d'âge

(Source : calculs des auteurs à partir des données STATEC 2025).

Pays	0-4	5-19	20-49	50+	Total
Burkina Faso	<5	<5	20	<5	25
Cote D'ivoire	<5	9	62	13	85
Djibouti	<5	<5	6	<5	6
Benin	<5	<5	<5	<5	5
Kenya	<5	<5	13	<5	14
Tanzanie	<5	<5	<5	<5	<5
Ouganda	<5	<5	<5	<5	<5
Erythree	8	172	685	32	897
Egypte	<5	22	148	21	192
Ethiopie	<5	9	72	7	88
Ghana	<5	<5	<5	<5	<5
Guinee	<5	70	256	15	342
Guinee-Bissau	<5	26	141	18	185
Iraq	<5	<5	22	6	30
Liberia	<5	<5	<5	<5	<5
Niger	<5	<5	<5	<5	<5
Central African Rep	<5	<5	<5	<5	<5
Indonesie	<5	<5	49	7	58
Mauritanie	<5	<5	5	<5	6
Mali	<5	<5	14	<5	18
Senegal	<5	6	67	10	84
Somalie	<5	22	39	<5	65
Soudan	<5	<5	26	<5	28
Cameroun	<5	<5	11	<5	14
Tchad	<5	<5	<5	<5	<5
Togo	<5	<5	5	<5	7
Gambie	<5	<5	21	<5	24
Sierra Leone	<5	<5	<5	<5	<5
Nigeria	<5	<5	36	7	46
Yemen	<5	<5	<5	<5	6
Total	13	353	1716	157	2238

Les pays MGF contribuant le plus à ce total sont présentés dans le tableau ci-dessus. À eux seuls, quatre pays concentrent une part substantielle des cas estimés : l'Érythrée (897, soit 40 %), la Guinée (342, soit 15 %), l'Égypte (192, soit 9 %) et la Guinée-Bissau (185, soit 8 %).

La tranche 20-49 ans représente la part la plus importante des femmes ayant déjà probablement déjà subi des MGF (1 716 femmes, soit 77 % du total), suivie des 5-19 ans (353 filles et adolescentes, soit 16 % du total) et des 50 ans et plus (157 femmes, soit 7 % du total). Les jeunes filles de moins de 5 ans représentent moins d'1 % des cas estimés (13 filles).

62 À partir de cette section, et afin d'améliorer la lisibilité des résultats, les analyses sont présentées selon quatre grandes classes d'âge (0-4 ans, 5-19 ans, 20-49 ans, et 50 ans et plus). Ce regroupement a été retenu compte tenu du nombre élevé de cellules comportant des effectifs inférieurs à cinq dans les estimations détaillées, pour lesquelles la valeur exacte n'est pas connue en raison des règles de confidentialité.



Répartition géographique

Tableau 8 : Estimation du nombre de filles et de femmes de 1^{ère} génération ayant probablement déjà subi des MGF, résidant au Luxembourg, selon le canton de résidence et la tranche d'âge

(Source : calculs des auteurs à partir des données STATEC 2025).

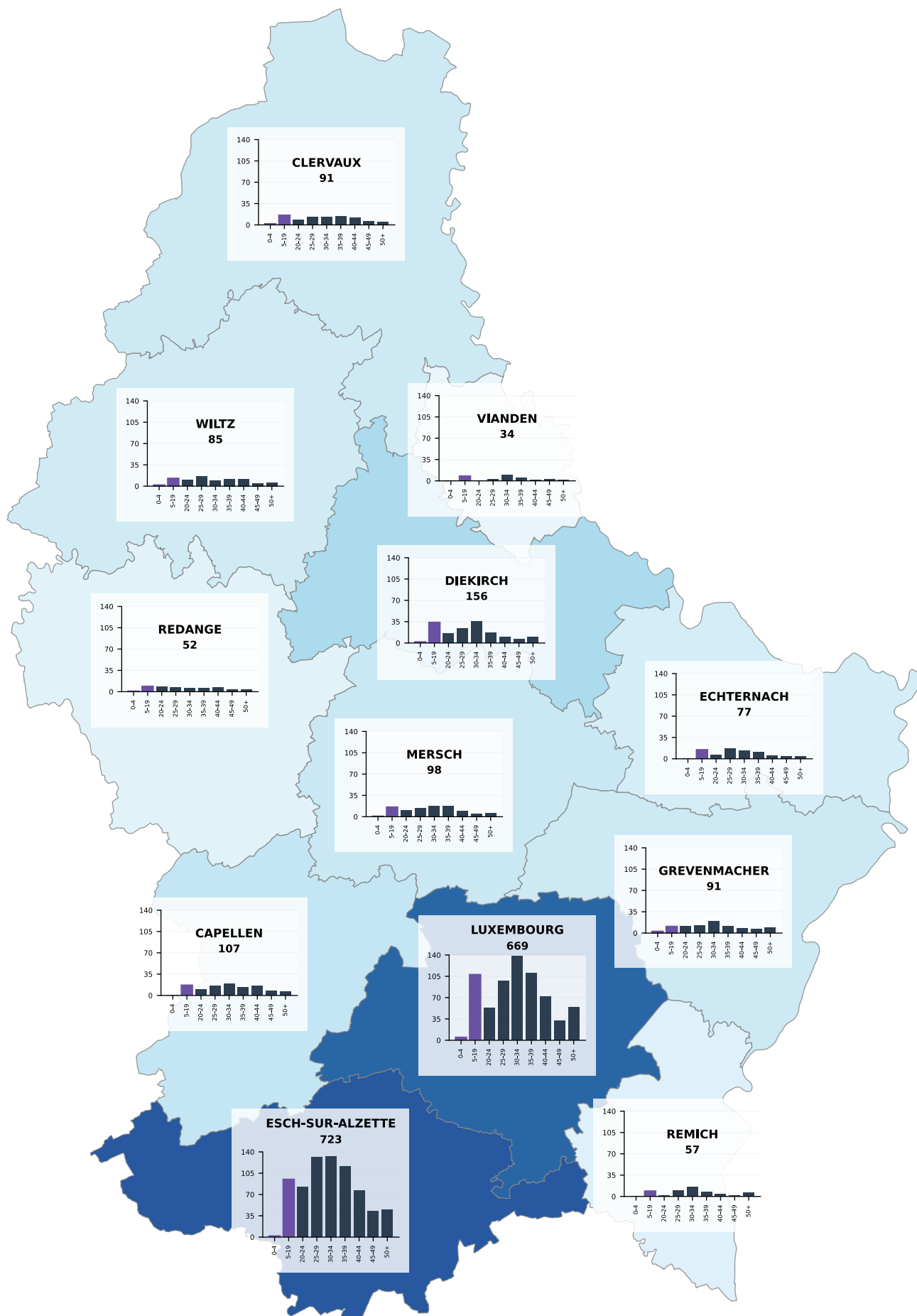
Canton	0-4	5-19	20-49	50+	Total
Luxembourg (ville et canton)	5	108	502	54	668
Capellen	<5	17	83	7	107
Esch-sur-Alzette	<5	95	581	45	723
Mersch	<5	16	75	6	98
Clervaux	<5	16	68	5	91
Diekirch	<5	34	111	10	156
Redange	<5	9	38	<5	52
Wiltz	<5	13	64	6	85
Vianden	<5	8	24	<5	34
Echternach	<5	15	58	<5	77
Grevenmacher	<5	11	69	9	91
Remich	<5	9	43	6	57
Total	13	353	1716	157	2238

Bien que l'ensemble du territoire luxembourgeois soit concerné, la distribution géographique des femmes ayant probablement déjà subi des MGF est fortement concentrée. Les cantons d'Esch-sur-Alzette (723 filles et femmes, soit 32 %) et de Luxembourg (incluant aussi Luxembourg-ville, 668 filles et femmes, soit 30 %) regroupent à eux seuls plus de la moitié des cas estimés. Ils sont suivis par les cantons de Diekirch (156, soit 7 %) et de Capellen (107, soit 5 %).

Il est à noter, comme déjà observé ci-avant, que cette répartition sur le territoire correspond à la répartition de la population en général qui est très inégalement répartie à travers le territoire luxembourgeois.⁶³

⁶³ Voir données STATEC, chiffres au 8/11/2021, op.cit.

Figure 9 : Estimation du nombre de filles et de femmes de 1^{ère} génération ayant probablement déjà subi des MGF, résidant au Luxembourg, selon la tranche d'âge et le canton de résidence
 (Source : calculs des auteurs à partir des données STATEC 2025).



2. Estimation du nombre de filles (0-19 ans) à risque de subir des MGF

En complément des 2 238 filles et femmes ayant probablement déjà subi des MGF, nous estimons qu'environ 1 086 filles (0-19 ans) résidant au Luxembourg sont potentiellement exposées à un risque de subir des MGF.

Ce chiffre résulte de l'agrégation de deux groupes distincts, définis ci-dessous.

a) Filles de deuxième génération

Le premier groupe est constitué des filles (0-19 ans) de deuxième génération, c'est-à-dire nées au Luxembourg ou dans un autre pays de l'UE.

Parmi les 3 163 filles de deuxième génération de moins de 20 ans identifiées dans notre population cible, nous estimons que 1 036 (soit 33 % d'entre elles) présentent un risque potentiel de subir des MGF. Cette estimation repose sur l'hypothèse suivante : en l'absence de mesures de prévention efficaces, les filles de deuxième génération de moins de 20 ans pourraient être exposées à un risque comparable à celui observé pour les jeunes générations dans le pays d'origine de leurs parents.

Ainsi, même lorsque des prévalences spécifiques par tranche d'âge étaient disponibles, la prévalence observée dans la tranche 15-19 ans du pays MGF (considérée comme une approximation de la prévalence finale d'une génération) a été appliquée à l'ensemble des filles mineures de deuxième génération.

b) Filles de première génération n'ayant probablement pas encore subi de MGF

Le second groupe concerne les filles de 1^{ère} génération de moins de 15 ans qui n'ont probablement pas encore subi de MGF.

Afin d'estimer la proportion de ces jeunes filles susceptibles de subir une MGF ultérieurement, nous avons procédé de la manière suivante.

Nous avons calculé l'écart entre :

- * l'estimation obtenue en appliquant la prévalence observée dans la tranche d'âge 15-19 ans à l'ensemble des filles de moins de 15 ans, cette prévalence étant interprétée comme une approximation de la prévalence finale d'une génération ;
- * l'estimation obtenue en appliquant les prévalences spécifiques des classes 0-4, 5-9 et 10-14 ans, lorsque celles-ci étaient disponibles.

Cet écart fournit une estimation de 50 filles de 1^{ère} génération de moins de 15 ans statistiquement exposées à un risque futur de MGF. Comme expliqué plus haut, les prévalences observées dans les tranches d'âge 0-14 ans ne peuvent pas être interprétées comme des prévalences définitives, puisqu'une partie des filles n'a pas encore atteint l'âge auquel les MGF est traditionnellement pratiquée. Il y a donc une partie des filles de première génération arrivées très jeunes au Luxembourg qui sont encore à risque d'être excisées. Ce calcul permet de prendre en compte le risque toujours présent chez les filles arrivées très jeunes et qui peuvent être à risque de subir une MGF lors d'un voyage au pays pendant les vacances.

Ces jeunes filles ont été intégrées à la population à risque, au même titre que les filles de 2^{ème} génération, dans l'hypothèse d'une absence de mesures de prévention.

Dans la suite de cette section, nous nous concentrons exclusivement sur les 1 036 filles (0 à 19 ans) à risque de deuxième génération, nées au Luxembourg ou dans un autre pays de l'UE, pour lesquelles des statistiques plus détaillées sont présentées.

Nous n'avons pas pris en compte ici les plus de 19 ans même si le risque de MGF au-delà de cet âge peut rester existant. Ces situations sont plus rares, notamment dans un contexte migratoire.

Répartition par âge et pays MGF

Tableau 10 : Estimation du nombre de filles de 2^{ème} génération (0-19 ans) à risque de subir des MGF, résidant au Luxembourg, selon le pays MGF et la tranche d'âge

(Source : calculs des auteurs à partir des données STATEC 2025).

Pays	0-4	5-9	10-14	15-19	Total
Burkina Faso	<5	<5	<5	<5	9
Cote D'ivoire	13	16	14	10	53
Djibouti	<5	<5	<5	<5	5
Benin	<5	<5	<5	<5	<5
Kenya	<5	<5	<5	<5	<5
Tanzanie	<5	<5	<5	<5	<5
Ouganda	<5	<5	<5	<5	<5
Erythree	160	56	<5	<5	218
Egypte	26	14	13	<5	57
Ethiopie	8	6	5	<5	23
Ghana	<5	<5	<5	<5	<5
Guinee	94	51	30	22	197
Guinee-Bissau	84	76	64	48	271
Iraq	<5	<5	<5	<5	5
Liberia	<5	<5	<5	<5	<5
Niger	<5	<5	<5	<5	<5
Central African Rep	<5	<5	<5	<5	<5
Indonesie	<5	<5	<5	<5	14
Mauritanie	<5	<5	<5	<5	<5
Mali	7	10	7	<5	24
Senegal	16	13	12	9	51
Somalie	19	7	<5	5	34
Soudan	9	5	<5	<5	16
Cameroun	<5	<5	<5	<5	<5
Tchad	<5	<5	<5	<5	<5
Togo	<5	<5	<5	<5	<5
Gambie	12	7	<5	<5	26
Sierra Leone	<5	<5	<5	<5	<5
Nigeria	<5	<5	<5	<5	11
Yemen	<5	<5	<5	<5	<5
Total	466	277	171	122	1036

Les principaux pays contribuant à la population de 2^{ème} génération à risque sont la Guinée Bissau (271, soit 26 %), l'Érythrée (218, soit 21 %) et la Guinée (197, soit 19 %).

La structure par âge des filles à risque est très différente de celle qui ont probablement déjà subi des MGF. Un peu moins de la moitié des cas estimés concernent la tranche 0-4 ans (466 bébés), tandis que 27 % se situent dans la tranche 5-9 ans (277 filles). Ces deux groupes constituent la principale cible des actions de prévention.



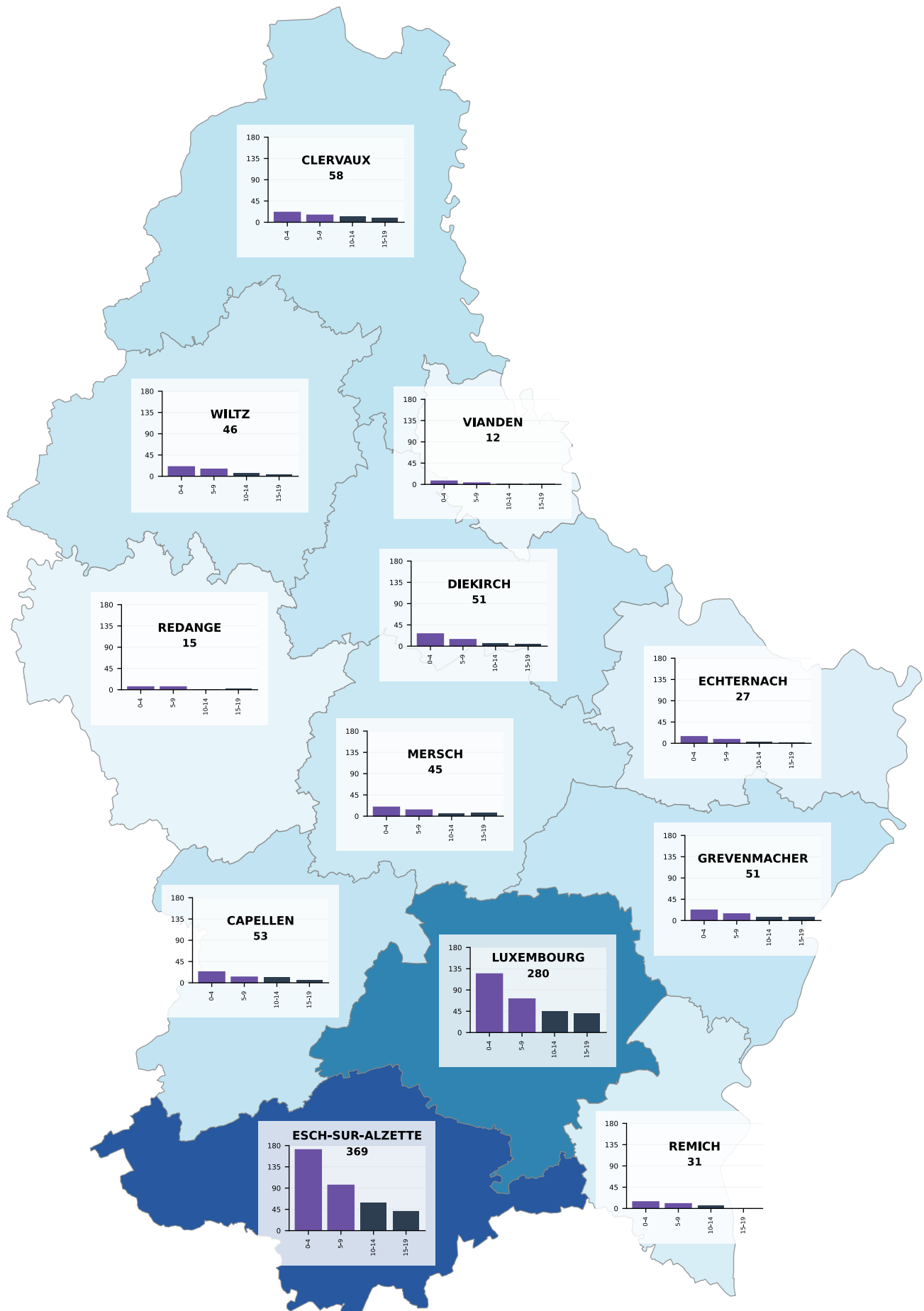
Répartition géographique

Tableau 11 : Estimation du nombre de filles (0-19 ans) de 2^{ème} génération à risque de subir des MGF, résidant au Luxembourg, selon le canton de résidence et la tranche d'âge (Source : calculs des auteurs à partir des données STATEC 2025).

Canton	0-4	5-9	10-14	15-19	Total
Luxembourg (ville et canton)	124	71	45	39	280
Capellen	23	12	12	6	53
Esch-sur-Alzette	171	96	60	41	369
Mersch	19	13	6	7	45
Clervaux	21	15	13	8	58
Diekirch	26	14	6	5	51
Redange	6	6	<5	<5	15
Wiltz	20	15	7	<5	46
Vianden	7	<5	<5	<5	12
Echternach	14	8	<5	<5	27
Grevenmacher	22	14	7	7	51
Remich	14	10	7	<5	31
Total	466	277	171	122	1036

Les filles de 2^{ème} génération à risque sont plutôt concentrées géographiquement : les cantons d'Esch-sur-Alzette (369 personnes, soit 36 %) et de Luxembourg (incluant aussi Luxembourg-ville, 280 filles, soit 27 %) concentrent presque deux tiers des situations à risque, suivis par les cantons de Clervaux (58), Capellen (53), Grevenmacher (51) et Diekirch (51), représentant chacun environ 5 % du total.

Figure 12 : Estimation du nombre de filles (0-19 ans) de 2^{ème} génération à risque de subir des MGF, résidant au Luxembourg, selon le canton de résidence et la tranche d'âge (Source : calculs des auteurs à partir des données STATEC 2025).



Évaluation globale du nombre de filles et femmes ayant subi des MGF ou à risque d'en subir

Le tableau ci-dessous présente une estimation globale du nombre de filles et de femmes ayant subi des MGF ou à risque d'en subir au sein de notre population cible, en distinguant la première et la seconde génération. Cette synthèse permet d'appréhender simultanément l'ampleur du phénomène et sa structuration générationnelle.

Tableau 13 : Évaluation globale du nombre de filles et de femmes ayant subi des MGF ou à risque d'en subir, résidant au Luxembourg, selon la génération migratoire. (Source : calculs des auteurs à partir des données STATEC 2025).

	1 ^{ère} génération	2 ^{ème} génération	Total
Non excisées ou pas à risque	2 916	2 716	5 632
Très probablement excisées	2 238	-	2 238
À risque d'être excisée	50	1 036	1 086
Total	5 204	3 752	8 956

La seconde génération représente 3 752 filles (0-19 ans), soit 42 % de l'effectif total, ce qui est particulièrement significatif. Cette part est toutefois nettement plus élevée parmi les enfants : 80 % des filles âgées de 4 à 11 ans et 96 % des filles de moins de 3 ans relèvent de la seconde génération. Ainsi, bien que les filles et femmes de première génération soient numériquement majoritaires dans l'ensemble de la population, les filles de seconde génération constituent la très large majorité des personnes à risque parmi les enfants et adolescentes.

Comme déjà souligné, l'interprétation de ces résultats doit néanmoins être nuancée par l'absence d'information relative à la date d'arrivée au Luxembourg des filles et femmes concernées. Cette donnée n'étant pas disponible dans la base du STATEC, il n'a pas été possible de distinguer les filles et femmes arrivées avant ou après l'âge auquel les MGF sont généralement pratiquées dans les pays d'origine, ni d'estimer la durée d'exposition au risque dans le pays d'accueil. Cette limite, déjà soulignée dans l'étude belge de référence, dans la version datant de 2014, peut conduire à une surestimation ou à une sous-estimation du nombre réel de filles et femmes victimes de MGF ou à risque.

Données complémentaires

Outre les données du STATEC et les enquêtes DHS/MICS utilisées pour estimer les prévalences, d'autres sources de données ont été mises à disposition. Bien qu'elles n'aient pas été intégrées dans les calculs présentés précédemment, elles sont décrites ci-après afin d'éclairer le contexte général.

Données du Ministère de la Santé

Le Ministère de la Santé a transmis un fichier (tableau 14 ci-après) regroupant les chiffres concernant la couverture universelle des soins de santé (CUSS) et le subside pour personnes indigentes. Ces données visent à évaluer approximativement le nombre de filles et femmes concernées par les MGF et étant en situation de séjour irrégulier. Ces chiffres ne sont évidemment pas exhaustifs car toutes les filles et femmes en question présentes sur le territoire n'ont pas fait appel à la CUSS.

Ce registre recense 62 filles et femmes originaires de pays où les MGF sont pratiquées. Les nationalités les plus représentées sont la Guinée-Bissau (16 cas, soit 26 %), le Cameroun et le Sénégal (10 cas chacun, soit 16 % chacun), ainsi que la Guinée (9 cas, soit 15 %). Les bénéficiaires sont majoritairement des femmes adultes âgées de plus de 25 ans.

Cette source présente toutefois plusieurs limites : les données proviennent de deux bases anonymisées distinctes, ce qui peut entraîner des doublons, et il n'est pas possible de vérifier si toutes les personnes recensées sont actuellement en situation de séjour irrégulier. Toutefois, ces données rappellent que les professionnels apportant de l'aide ou des soins à ces filles et femmes doivent être attentifs à la question des MGF, afin de pouvoir les soutenir au mieux tenant compte qu'elles peuvent avoir subi des MGF ou sont à risque d'en subir.

Tableau 14 : Répartition par pays de naissance des femmes et filles ayant eu recours à la CUSS et au subside pour personnes indigentes au 1^{er} octobre 2025
(Source : Ministère de la Santé)

Pays de naissance	Nombre
Bénin	<5
Burkina Faso	<5
Cameroun	10
Côte d'Ivoire	<5
Egypte	0
Erythrée	<5
Ethiopie	<5
Gambie	0
Ghana	0
Guinée	9
Guinée-Bissau	16
Indonésie	0
Iraq	<5
Kenya	0
Libéria	0
Mali	<5
Mauritanie	0
Niger	0
Nigéria	<5
Ouganda	0
République Centrafricaine	0
République de Djibouti	0
Sénégal	10
Sierra Leone	0
Somalie	0
Soudan	<5
Tanzanie (Rép.Unie de)	<5
Tchad	0
Togo	<5
Yemen (Rép.du)	0
Total	62

Tableau 15 : Femmes et filles en cours de demande de protection internationale au 30 novembre 2025, ventilées par nationalité
(Source : Direction de l'Immigration)

Pays de nationalité	Nombre
Bénin	<5
Burkina Faso	<5
Cameroun	20
Djibouti	<5
Egypte	<5
Erythrée	203
Ethiopie	29
Ghana	<5
Guinée	11
Iraq	7
Côte d'Ivoire	18
Liberia	<5
Nigéria	<5
Ouganda	6
Sénégal	<5
Sierra Leone	<5
Somalie	30
Soudan	6
Tanzanie	7
Togo	<5
Yémen	<5
Total	360

Données de la Direction de l'Immigration

Le tableau 15 ci-dessus dresse, à la date du 30 novembre 2025, la liste des femmes et des filles en cours de demande de protection internationale.

Ce tableau recense 360 personnes originaires de pays où des MGF sont pratiquées. Plus de la moitié sont de nationalité érythréenne (203, soit 56 %), puis somalienne (30, soit 8 %), éthiopienne (29, soit 8 %), camerounaise (20, soit 6 %) et ivoirienne (18, soit 5 %).

Sur le plan démographique, plus de la moitié des requérantes sont âgées de 20 à 39 ans, environ un tiers ont moins de 20 ans, et le reste se répartit dans les classes d'âge supérieures.

Il est à noter que l'étude belge servant de référence à la présente étude indique qu'en Belgique, « une partie des filles de moins de 18 ans sont particulièrement protégées du risque d'être excisées car elles ont bénéficié du statut de réfugié en invoquant un risque de mutilation génitale féminine ». ⁶⁴ Cette procédure particu-

64 Estimation de la prévalence des filles et femmes ayant subi ou à risque de subir une mutilation génitale féminine vivant en Belgique, 2022, p. 41 et 42.

lière du Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides (CGRA) implique un examen médical vérifiant que la petite fille est intacte avant la reconnaissance du statut de réfugié ainsi que l'obligation d'envoyer, en règle générale tous les 3 ans, un certificat médical prouvant que la fille n'a subi aucune MGF.⁶⁵ Une telle procédure n'existe pas au Luxembourg et il pourrait être intéressant de s'en inspirer.

Par ailleurs, les femmes et les filles disposant du statut de demandeuse (DPI) ou de bénéficiaire (BPI) de la protection internationale sont déjà reprises dans les données tenues par le STATEC. Elles ont donc été comptabilisées dans les estimations qui précèdent.

Dès lors, afin d'éviter tout double comptage et d'assurer la cohérence des estimations, les résultats présentés ci-avant reposent exclusivement sur la base de données du STATEC.

Données de l'Office National de l'Accueil (ONA)

Le tableau 16 recense l'ensemble des femmes et des filles, résidant dans le réseau d'accueil de l'ONA, disposant soit du statut de demandeuses de protection internationale (DPI), soit de bénéficiaires de la protection internationale (BPI), et ayant la nationalité d'un pays où les MGF sont pratiquées. À la date de l'enquête, 656 personnes étaient concernées. La très grande majorité sont de nationalité érythréenne (522, soit 80 %), puis somalienne (32, soit 5 %) et éthiopienne (23, soit 4 %). Parmi ces filles et femmes, 271 (41 %) sont encore demandeuses d'asile (statut DPI), tandis que 385 (59 %) ont déjà obtenu le statut de bénéficiaire de la protection internationale.

Ces données apportent un éclairage utile sur la présence de filles et femmes originaires de pays où les MGF sont pratiquées au sein des dispositifs d'asile. Elles montrent notamment la nécessité de tenir compte de leur situation spécifique et de leur vulnérabilité dans le cadre de la procédure de protection internationale, en ce compris l'aspect de l'accueil.

Données de l'Office National de l'Enfance (ONE)

Concernant la population féminine « enfants non accompagnés » (ENA)⁶⁶ bénéficiant d'une prise en charge au sein d'une structure de l'Aide à l'Enfance et à la Famille (AEF), l'ONE a indiqué, qu'au 21 novembre 2025, le nombre de jeunes filles ENA vivant dans une de ces structures est de 9 filles toutes nationalités confondues, 2 étant originaires de pays où les MGF sont pratiquées, dans un dispositif comptant 170 places agréées. L'âge de ces 9 filles se situe dans la tranche 12-18.

Dans le cadre des procédures de protection internationale ou autres procédures de séjour concernant ces filles non accompagnées, il est essentiel de tenir compte du fait qu'elles sont particulièrement vulnérables.

Tableau 16 : Nombre de femmes et filles originaires de pays où les MGF sont pratiquées et disposant du statut de demandeuse (DPI) ou de bénéficiaire (BPI) de la protection internationale, présenté par nationalité et par statut au 25 novembre 2025 (Source : ONA)

Nationalité	nombre de femmes et filles (DPI ou BPI) ayant la nationalité d'un pays où les MGF sont pratiquées
Erythréenne	522
Somalienne	32
Ethiopienne	23
Soudanaise	13
Camerounaise	12
Ivoirienne	12
Iraquienne	10
Yéménite	8
Guinéenne	6
Autres*	18
Total général	656

Statut	nombre de femmes et filles (DPI ou BPI) ayant la nationalité d'un pays où les MGF sont pratiquées
DPI	271
BPI	385
Total général	656

* Autres nationalités d'un pays où les MGF sont pratiquées

⁶⁵ <https://www.cgra.be/fr/formulaires/certificat-medical-mgf>.

⁶⁶ L'article 68 de la loi du 29 août 2008 portant sur la libre circulation des personnes et sur l'immigration définit l'enfant non accompagné comme : « tout ressortissant de pays tiers ou apatride âgé de moins de dix-huit ans, entrant sur le territoire sans être accompagné d'un adulte qui soit responsable de lui de par la loi ou la coutume, aussi longtemps qu'il n'est pas effectivement pris en charge par une telle personne, ou toute personne mineure qui est laissée seule après être entrée sur le territoire ».

Dynamiques de naissance

Pour analyser la dynamique des naissances au Luxembourg, dans la base de données du STATEC relative à la population résidente au Luxembourg, nous n'avons conservé que les enfants (garçons et filles) nés au Luxembourg depuis 2010. Puis, parmi ces naissances, seules ont été retenues celles pour lesquelles la mère est née dans un pays MGF. Cette approche permet d'identifier un flux de naissances potentiellement concerné par la problématique des MGF, sans pour autant préjuger de la situation individuelle des mères. Le nombre total de naissances ainsi identifiées s'élève à 3 361 (voir tableau 17).

Dans un second temps, une estimation du nombre de naissances associées à ces mères nées dans un pays MGF a été obtenue en appliquant à ces effectifs les prévalences générales⁶⁷ observées dans les pays d'origine des mères, telles que rapportées dans le tableau 3. Cette estimation conduit à un total de 1 490 enfants.

Les estimations les plus élevées concernent les enfants nés de mères originaires d'Érythrée (510, soit 34 %), de Guinée-Bissau (250, soit 17 %) et de Guinée (227, soit 15 %). Cela reflète à la fois le poids démographique des différentes communautés présentes au Luxembourg et les niveaux de prévalence des MGF observés dans les pays d'origine.

Ces résultats indiquent que la problématique des MGF ne relève pas uniquement de situations héritées de migrations passées, mais s'inscrit aussi dans une dynamique démographique active et durable au Luxembourg.

Le nombre de naissances au sein de ces communautés souligne l'importance d'actions de prévention précoces, en particulier dans les contextes périnatal, postnatal et de la petite enfance ainsi que la nécessité que les professionnels soient formés et informés pour une prise en charge adéquate lors de l'accouchement et du suivi.

Tableau 17 : Naissances (filles et garçons confondus) au Luxembourg depuis 2010 de mères nées dans des pays où les MGF sont pratiquées, et estimation du nombre de naissances associées à ces mères après application de la prévalence générale de ces pays (Source : calcul des auteurs à partir des données STATEC 2025).

Pays	Enfants nés au Luxembourg après 2010	Après application prévalence
Erythree	614	510
Cameroun	529	7
Guinee-Bissau	480	250
Senegal	316	64
Guinee	240	227
Iraq	207	15
Cote D'ivoire	166	61
Nigeria	127	19
Togo	123	<5
Ethiopie	101	66
Egypte	79	69
Somalie	50	50
Soudan	48	42
Indonesie	40	20
Gambie	39	28
Benin	33	<5
Mali	29	26
Kenya	27	<5
Ghana	22	<5
Burkina Faso	18	10
Tanzanie	17	<5
Ouganda	11	<5
Niger	11	<5
Djibouti	10	7
Yemen	9	<5
Central African Rep	7	<5
Mauritanie	<5	<5
Tchad	<5	<5
Liberia	<5	<5
Total	3361	1490

67 L'utilisation de la prévalence générale se justifie par l'absence de données disponibles permettant de désagréger les naissances selon l'âge de la mère au moment de l'accouchement.

SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

En résumé, nous estimons⁶⁸ que 3 324 filles et femmes, résidant au Luxembourg, ont subi des MGF ou risquent d'en subir.

Selon notre estimation, 1 086 filles et femmes résidant au Luxembourg sont à risque de subir des MGF. Ce total comprend 1 036 filles et adolescentes de deuxième génération (nées en Europe) ainsi que 50 filles de première génération de moins de 15 ans, statistiquement exposées à un risque de subir des MGF.

Nous estimons également que 2 238 filles et femmes nées dans un pays où se pratiquent les MGF et résidant sur le territoire luxembourgeois sont très probablement déjà excisées, et qu'environ 10 % d'entre elles sont en cours de demande de protection internationale.⁶⁹ S'y ajoutent environ 1 % de femmes⁷⁰ en situation de séjour irrégulier, qui nécessitent une prise en charge adaptée au sein du réseau d'accueil, en lien avec les associations accompagnant les demandeuses d'asile et les réfugiées ainsi que les associations qui viennent en aide aux personnes en situation de séjour irrégulier.

Tableau 18 : Estimation du nombre de filles à risque de MGF, résidant au Luxembourg, par tranche d'âge. Estimations fondées sur les données du STATEC arrêtées au 1^{er} octobre 2025. Les effectifs correspondent à des nombres attendus de filles et de femmes exposées à un risque potentiel de MGF, calculés à partir des prévalences observées dans les pays MGF.

Filles à risque de MGF	Nombre
Filles de moins de 5 ans :	
de 1 ^{ère} génération	15
de 2 ^{ème} génération	466
Filles :	
De 1 ^{ère} génération (de 5 à 14 ans)	35
De 2 ^{ème} génération (de 5 à 19 ans)	570
Total	1 086

Tableau 19 : Estimation du nombre de filles et de femmes ayant probablement déjà subi des MGF, résidant au Luxembourg, par tranche d'âge.

Estimations fondées sur les données du STATEC arrêtées au 1^{er} octobre 2025. Les effectifs correspondent à des nombres attendus de filles et de femmes de première génération ayant probablement déjà subi des MGF, obtenus par l'application des prévalences observées dans les pays MGF.

Filles et femmes probablement déjà excisées	Nombre
Filles de moins de 5 ans	13
Filles de 5 à 19 ans	353
Femmes de 20 à 49 ans	1 715
Femmes de plus de 50 ans	157
Total	2 238

68 Rappelons qu'il s'agit d'une estimation statistique du risque, obtenue par l'application de probabilités issues de prévalences observées dans les pays MGF, et non d'un comptage de cas effectivement observés ou déclarés. Les chiffres présentés correspondent donc à des nombres attendus et doivent être interprétés comme des ordres de grandeur.

69 Selon les données fournies par la Direction de l'immigration le 30 novembre 2025.

70 Aucune fille ou adolescente de moins de 20 ans ne figure dans les 62 personnes recensées dans le tableau 14.

11. RECOMMANDATIONS

EN MATIÈRE DE PRÉVENTION ET DE SENSIBILISATION :

- * Mener des campagnes de sensibilisation, en veillant à inclure les hommes, afin d'améliorer les connaissances et d'informer sur la thématique, les troubles causés par les MGF ainsi que les conséquences juridiques de celles-ci.
- * Renforcer les programmes de prévention communautaires : des multiplicateurs/trices issu.e.s des communautés concernées devraient participer à la conception et à la réalisation des campagnes afin de s'assurer que les méthodes et les langues appropriées soient utilisées pour sensibiliser le plus efficacement possible.⁷¹ Le GAMS Luxembourg démarre le travail pour contribuer à cette sensibilisation par les pairs. Il est essentiel que ce travail puisse se pérenniser.
- * Développer des outils visant à sensibiliser et à informer de manière concrète les professionnels et les familles concernées en s'inspirant, par exemple, de la « lettre de protection contre l'excision » disponible en Suisse qui rappelle l'interdiction légale, sert à la prévention et constitue également un soutien contre les pressions sociales et familiales.⁷²
- * Soutenir les professionnels (médecine scolaire et autres professionnels de la santé dont ceux travaillant dans les hôpitaux, prestataires pour l'accueil des demandeurs de protection internationale, ONA, ONE) via, par exemple, la formation continue, des guides de prise en charge des personnes concernées et des procédures à suivre en cas de suspicion de risque. La formation doit notamment tenir compte « compte de la culture, les conséquences physiques, psychologiques et sexuelles » des MGF.⁷³
- * Intégrer dès que possible la thématique des MGF au curriculum de base des professionnels (notamment santé et social) car il est plus difficile de toucher les gens ensuite par la formation continue.

EN MATIÈRE DE PRISE EN CHARGE ET D'ACCOMPAGNEMENT DES FEMMES ET FILLES :

- * Mener une large campagne d'information nationale pour faire connaître les différentes aides possibles et services existants comme le GAMS Luxembourg, le planning familial, l'ASBL Passerell et le Centre national pour victimes de violences (CNVV). Renforcer ou pérenniser ces services, en veillant à la formation continue et en outillant le personnel.
- * Viser à la création d'un centre au Luxembourg, comme ceux existant côté belge (CeMAViE au CHU St Pierre ou la VrouwenKliniek à l'UZ de Gand), qui offrira une prise en charge globale des filles et femmes concernées (psychologie, sexologie, chirurgie).
- * Mettre en place un parcours de soins visant à l'identification des victimes de MGF, le dépistage, le diagnostic, le traitement des blessures et l'orientation vers les services de soutien spécialisés appropriés dont les associations de défense des droits des femmes.⁷⁴
- * Mettre en place des lignes directrices pour le suivi gynécologique et médical de ces dernières et pour les accouchements de femmes ayant subi une MGF ainsi que les indications de désinfibulation, en veillant à les rédiger vers des professionnels impliqués dans la thématique comme le GAMS Luxembourg et le planning familial. Veiller ensuite à ce que ces lignes directrices soient appliquées dans chaque maternité du pays.

71 Rapport de l'Institut européen pour l'égalité entre les hommes et les femmes (EIGE), op. cit.

72 <https://www.baq.admin.ch/fr/lettre-de-protection-contre-lexcision#T%C3%A9l%C3%A9charger-la-lettre-de-protection>.

73 Article 36 5. de la Directive UE 2024/1385.

74 Rapport d'évaluation (de référence) du GREVIO, op. cit., § 21.

AU NIVEAU DE L'ASILE ET DE LA MIGRATION :

- * Apporter un soutien aux filles et femmes demandeuses de protection internationale (DPI) afin qu'elles puissent révéler tous les motifs pour lesquels elles demandent cette protection. Prendre des mesures pour améliorer la capacité de détection des cas de violence à l'encontre des filles et femmes, dont les MGF, et l'évaluation de la capacité des pays d'origine à assurer une réelle protection. Il faut davantage informer les filles et les femmes DPI de leurs droits, de la législation interdisant les MGF et des possibilités de faire valoir des motivations liées au genre, dont la crainte ou les conséquences des MGF, au cours de la procédure de protection internationale.⁷⁵
- * Réfléchir à la mise en place d'une procédure de protection pour les filles à risque bénéficiant d'une protection internationale en s'inspirant par exemple de la pratique belge.
- * Améliorer l'information, le soutien et la protection pour les filles et les femmes concernées également pour les familles venues via d'autres procédures de séjour comme le regroupement familial.

EN MATIÈRE PÉNALE :

- * Améliorer l'application de la législation pénale concernant les MGF et mener un examen approfondi des raisons conduisant à une utilisation très limitée de ces dispositions afin de remédier aux obstacles à l'engagement de poursuites pénales.⁷⁶
- * Intensifier le travail de sensibilisation et de formation de tous les professionnels concernés, en particulier les procureurs, juges, avocats, dans le but d'améliorer leurs connaissances et leur réactivité face aux MGF.⁷⁷

EN MATIÈRE DE DONNÉES ET DE RECHERCHE :

- * Mettre en œuvre un système national de recensement des cas de MGF. Au Luxembourg, il n'existe aucun système national pour recenser les cas de MGF. Les professionnels de santé devraient être tenus de recenser les cas de MGF de manière systématique et anonyme et être formés sur cette contrainte de recensement.⁷⁸
- * Centraliser davantage les données, par exemple, les données concernant les filles vivant au Luxembourg qui sont accueillies, placées en institution ou en famille d'accueil au Luxembourg ou à l'étranger afin de faciliter l'estimation des situations à risque pour mieux prendre en compte leur besoin au niveau santé et protection. Veiller aussi à récolter la nationalité d'origine ou nationalité à la naissance des personnes.
- * Mettre également en place la collecte systématique de données sur les MGF dans le cadre des demandes de protection internationale. Des données devraient ainsi être collectées concernant les motifs invoqués par les demandeurs de protection internationale et le fondement sur lequel la protection a été octroyée.⁷⁹
- * Mettre à jour l'étude sur le taux de prévalence tous les quatre ans afin de tenir compte de la migration et des nouvelles données de prévalence dans les pays d'origine.

AU NIVEAU DES PROGRAMMES INTERNATIONAUX :

- * Poursuivre le soutien aux programmes de prévention et de sensibilisation dans les pays de prévalence MGF.
- * Saisir toutes les occasions pour aborder la lutte contre les MGF dans les rencontres internationales et lors de discussions en matière de droits humains, dont les droits de l'enfant, avec les pays concernés.

75 *Ibidem*, § 53.

76 *Ibidem*, § 36 et rapport EIGE, *op. cit.*

77 Rapport d'évaluation (de référence) du GREVIO, § 36.

78 Rapport EIGE, *op. cit.*

79 *Ibidem*.

AS I AM NOT YET 18 I like to be at school
because my parent are dying to go to
school I want to study until I complet my
Education.

In my Futor I will be the R.D.C
As An R.D.C I will help people to
know the Fruts of Education such that
They will stop giving out their girls for
elav marreges. F.G.M

And I will make suor that I will
complet my Education
Also I will pray hard for God
to help me until I complet my school



THANK you FOR
God AND my
Gr. Country

Sin Sgin tuatig



UNICEF Luxembourg a.s.b.l. | R.C.S.: F553 | 6 rue Adolphe Fischer | L-1520 Luxembourg
+352 44 87 15 | contact@unicef.lu |