

Etude de prévalence des femmes excisées et des filles à risque d'excision en Belgique (résumé), 2014

Mise à jour au 31 décembre 2012

Promoteur : SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement

Chercheurs principaux : Dominique Dubourg¹, Fabienne Richard¹

Comité d'accompagnement :

Valentine Audate², Rita Eggermont³, Martine Hendrickx⁴, Els Leye⁵, Sophie Maes⁶, Samuel Ndamè⁷, Frances Nicholson⁸

¹ Institut de Médecine Tropicale d'Anvers, IMT

² Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides, CGRA

³ Kind en Gezin, K&G

⁴ Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile, Fedasil

⁵ International Centre for Reproductive Health, ICRH

⁶ Institut scientifique de Santé Publique, ISP (maintenant OMS)

⁷ Office de la naissance et de l'enfance, ONE

⁸ Haut-Commissariat des Nations-Unis pour les réfugiés, UNHCR

Contexte

Plus de 125 millions de filles et de femmes actuellement en vie dans 29 pays d'Afrique et du Moyen-Orient ont subi une forme de mutilation génitale : clitoridectomie, excision ou infibulation. Trente millions d'autres filles risquent d'en être victimes au cours des dix prochaines années (UNICEF 2013).

Ces pratiques sont également présentes à un degré moindre dans d'autres parties du monde (Asie et Amérique Latine) mais on ignore le nombre exact de filles et de femmes concernées faute d'études nationales.

En Afrique et au Moyen-Orient, la prévalence diffère beaucoup selon les régions, y compris au sein même des pays. Le groupe ethnique et la région de résidence en sont les facteurs déterminants, ainsi que la réponse des pouvoirs publics (campagne de sensibilisation, loi,...).

Pour les familles établies en Europe, la pratique continue, dans des proportions moindres, lors de vacances dans le pays d'origine ou sur le territoire du pays d'accueil. La Belgique a voté en 2001 une loi spécifique punissant l'excision (Art.409 du code pénal). La loi peut être appliquée pour une excision faite à l'étranger si les auteurs des faits résident en Belgique. Des associations spécialisées dans la prévention des mutilations génitales

féminines font également un travail de sensibilisation auprès des communautés concernées.

Le problème a plusieurs composantes, car il s'agit non seulement de protéger les petites filles qui sont à risque de subir cette pratique mais aussi de prendre en charge les complications gynéco-obstétricales et psycho-sexuelles que peuvent présenter les femmes excisées et de répondre à une demande croissante de chirurgie réparatrice.

Définition et classification des mutilations génitales féminines

L'Organisation mondiale de la santé définit les mutilations génitales féminines comme étant toutes les interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toute autre lésion des organes génitaux féminins pratiquée à des fins non thérapeutiques (WHO 2008). Les mutilations ont été classées par l'OMS en quatre types.

Les quatre types de mutilations génitales féminines (MGF)

Le type 1 ou clitoridectomie est l'ablation partielle ou totale du clitoris ou du capuchon du clitoris.

Le type 2 ou excision concerne l'ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres.

Le type 3 ou infibulation est le rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par l'ablation et l'accolement des petites lèvres ou des grandes lèvres, avec ou sans excision du clitoris.

Le type 4 comprend toutes les autres interventions nocives pratiquées sur les organes féminins à des fins non thérapeutiques, comme la ponction, le percement, l'incision, la scarification et la cautérisation.

(WHO 2008)

Le type de mutilation pratiquée, l'âge auquel elle est pratiquée et la personne qui l'exécute varient selon le pays et l'ethnie d'origine.

Selon la dernière étude de l'UNICEF (2013), plus d'une fille sur cinq a subi une mutilation de type III (infibulation) à Djibouti, en Erythrée, au Niger, au Sénégal et en Somalie.

Dans la moitié des pays disposant de données nationales, la majorité des filles sont excisées avant l'âge de 5 ans. En Egypte, en République centrafricaine, en Somalie et au Tchad, au moins 80% des filles sont excisées entre 5 et 14 ans.

Les mutilations génitales féminines sont habituellement effectuées par des praticiens ou praticiennes traditionnelles. Toutefois, en Egypte, au Kenya et au Soudan, une proportion importante de prestataires de santé réalise ces interventions (UNICEF 2013).

Objectif de l'étude

Cette étude quantitative vise à actualiser les données de 2008 sur la prévalence des mutilations génitales féminines en Belgique.

Les objectifs de cette étude sont de mettre à jour les données sur :

- Le nombre de femmes probablement excisées qui vivent en Belgique
- Le nombre de filles à risque d'excision qui vivent en Belgique
- La population cible des différents services médico-sociaux concernés par les mutilations génitales féminines.

Promoteur et chercheurs

Cette étude répond aux recommandations de la Commission Européenne en matière d'amélioration des statistiques sur le sujet¹ et a été menée à la demande du Ministère fédéral de la santé publique par l'Institut de médecine tropicale d'Anvers avec le soutien d'un comité d'accompagnement (CGRA, Fedasil, ICRH, K&G, ONE, OMS, UNHCR).

Méthode²

L'étude a été faite en deux étapes :

Etape 1 : estimation la plus précise possible de la population féminine originaire d'un des pays concernés qui vit sur le territoire belge (1^{ère} génération) et des filles nées de ces mères (2^{ème} génération)

Etape 2 : application de la prévalence observée (par tranche d'âge) dans le pays d'origine où les MGF sont pratiquées (Etudes DHS et MICS)³ à la population de filles et femmes qui vit en Belgique.

Etape 1

Plusieurs sources complémentaires ont été utilisées.

Les données fournies par la Direction générale statistique et information économique (DGSIE) sur la population féminine originaire d'un des pays où les mutilations génitales féminines sont pratiquées qui vivait en Belgique au 31 décembre 2012.

Les données de l'Office des Etrangers sur les populations féminines qui ont demandé l'asile en Belgique en 2012 et sur les filles et femmes, non demandeuses d'asile, qui ont été hébergées dans le réseau d'accueil en 2012.

Les données de naissances issues de mères originaires d'un des pays concernés, fournies par l'ONE et K&G pour les années 1998 à 2012.

¹ Communication from the Commission to the European Parliament and the Council : Towards the elimination of female genital mutilation, Brussels, 25.11.2013 [COM (2013) 833 final].

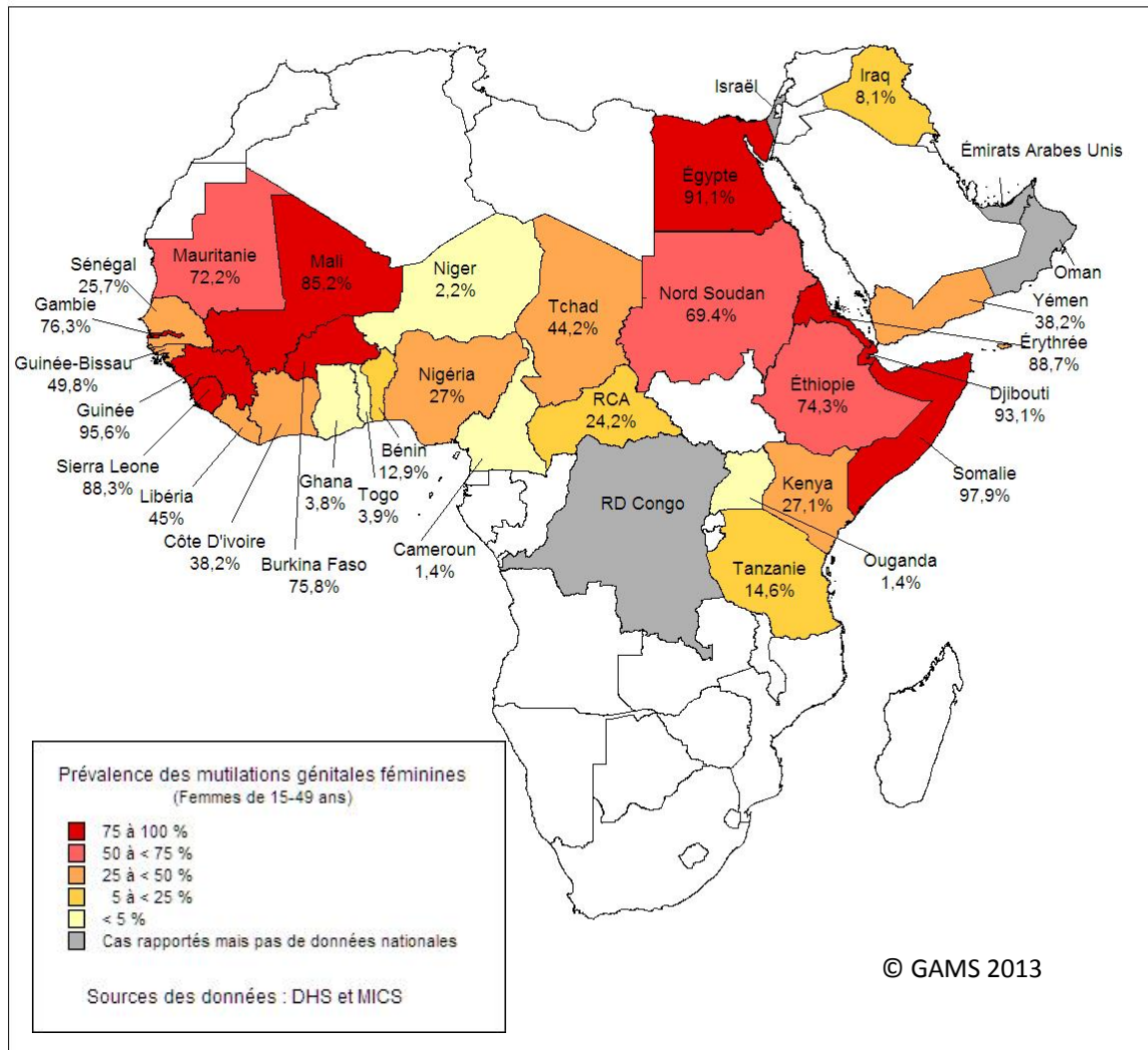
² Tous les détails méthodologiques, les forces et limites de l'étude sont repris dans la version longue du rapport de recherche disponible sur le site du SPF Santé publique.

³ DHS : Enquête démographique et de santé, MICS : Enquêtes en grappes à indicateurs multiples

Etape 2

Les prévalences par tranche d'âge (de 15 à 49 ans) des études DHS et MICS les plus récentes ont été colligées et appliquées à la population féminine déterminée à l'étape 1. Les données de prévalence ont été extraites des études DHS et MICS publiées au 23 décembre 2013 sur les sites officiels <http://www.measuredhs.com> et http://www.childinfo.org/mics4_surveys.html (voir le tableau en annexe 1).

Figure 1. Répartition géographique et prévalence des mutilations génitales féminines de type 1,2 et 3 en Afrique et au Moyen-Orient, 2013 (sources annexe 1)



Cette nouvelle étude utilise la même méthodologie que la première étude publiée en 2010 qui portait sur les données au 1^{er} janvier 2008. Cependant les données utilisées sont plus complètes et précises sur quatre points :

1. Le premier changement concerne l'inclusion de l'Iraq comme pays où l'excision est pratiquée. La pratique de l'excision en Iraq – plus particulièrement dans le Kurdistan iraquien au nord du pays - est connue depuis longtemps, mais lors de l'étude précédente, il avait été impossible d'inclure les femmes originaires de ce pays dans

les estimations car aucune étude de prévalence n'était disponible pour ce pays. En 2012, une étude MICS a publié les données de prévalence des MGF en Iraq pour l'année 2011⁴. L'accès à ces données récentes de prévalence des MGF nous a donc permis d'inclure les populations féminines originaires d'Iraq dans l'étude de prévalence de 2013.

2. Une seconde amélioration concerne les données sur les demandeurs d'asile qui ne sont pas enregistrés dans les registres de population. Pour la première étude de prévalence, un questionnaire avait été envoyé aux centres du réseau d'accueil des demandeurs d'asile pour recenser le nombre de filles et femmes originaires des pays concernés, mais certaines données des ILA (Initiative Locale d'Accueil gérée par les CPAS) et du réseau d'accueil de la Croix-Rouge étaient incomplètes. Pour cette étude, l'Office des étrangers a fourni les données exhaustives concernant les femmes et filles qui ont demandé l'asile en Belgique en 2012 et les femmes et filles non demandeuses d'asile qui ont été hébergées par le réseau d'accueil en 2012.
3. Le troisième point concerne les données sur la deuxième génération. Les données fournies par l'ONE et K&G ont été complétées pour les 5 années supplémentaires depuis la dernière étude et concernent les naissances en Belgique pour la période 1998-2012, c'est-à-dire pour les filles de 0 à 14 ans qui sont nées en Belgique d'une mère originaire d'un pays où se pratiquent les MGF quelle que soit sa nationalité actuelle.
4. Un dernier point concerne la mise à jour des données de prévalence par âge dans les pays d'origine afin de tenir compte de l'évolution de la pratique.

Hypothèse de calcul

Pour l'estimation du nombre de femmes probablement déjà excisées ou des filles à risque de subir une mutilation génitale nous avons fait l'hypothèse que les filles et femmes nées dans un pays où se pratiquent les mutilations génitales féminines étaient probablement déjà excisées ou infibulées tandis que les filles ou femmes nées en Belgique ou dans un autre pays où les MGF n'est pas une pratique connue étaient à risque de MGF.

Pour ce qui concerne les naissances, nous faisons l'hypothèse que les filles nées en Belgique entre 1998 et 2012 vivent toujours en Belgique et qu'il n'y donc pas eu de retour au pays d'origine ou de migration vers un autre pays.

Comme pour l'étude précédente et les autres études faites au niveau européen, nous ne disposons pas des données sur le groupe ethnique des femmes. Cette donnée est importante pour certains pays où la pratique de l'excision est liée à l'appartenance ethnique.

⁴ Central Statistics Organization and Kurdistan Regional Statistics Office of Iraq. Iraq Multiple Indicator Cluster Survey (MICS) 2011.

Les auteurs de l'étude ont tenu compte des différents biais et limites méthodologiques connus (EIGE 2013, p 28-31) dans leur hypothèse de calcul et l'analyse des résultats. Cette étude reste une estimation statistique de la prévalence des MGF en Belgique et n'est pas basée sur un diagnostic clinique mais elle essaye – en croisant différentes sources de données – d'être la plus précise possible. Les prévalences par tranche d'âge ont été appliquées pour tenir compte de l'évolution des pratiques dans le temps. Concernant la catégorie des « filles à risque », s'il est évident qu'avec l'impact de la migration sur la pratique, toutes ces filles ne seront pas sujettes à l'excision, elles restent néanmoins un groupe cible pour des actions de prévention par les services de prévention de la petite enfance (ONE, K&G) et de l'école (PSE/PMS- CLB). C'est dans ce but – d'évaluer les besoins en matière de prévention – que ce groupe a fait l'objet d'une attention particulière.

Résultats

Au 31 décembre 2012 vivaient en Belgique 48 092 femmes et filles⁵ dont la nationalité (d'origine ou actuelle) est celle d'un pays où se pratique l'excision. Parmi ces filles et femmes, nous estimons que 13 112 sont « *très probablement déjà excisées* » et 4 084 sont « *potentiellement à risque d'excision* ».

Figure 2. Estimation du nombre de filles et femmes excisées ou à risque de l'être vivant en Belgique au 31 décembre 2012 (schéma adapté de Andro & Lesclingand 2007).

	Nées dans un pays où l'on pratique les MGF	Nées dans un pays où l'on ne pratique pas les MGF*
Non excisées ou pas à risque	22 886	8 010
Très probablement excisées ou à risque d'excision	13 112 Très probablement excisées	4 084 A risque d'excision

* Filles et femmes nées dans un pays où l'on ne pratique pas l'excision. Ceci comprend les 10 433 filles de 0 à 14 ans nées en Belgique, 1 075 filles et femmes de plus de 15 ans nées en Belgique ainsi que les filles et femmes dans un autre pays d'Europe (311), dans un pays d'Afrique où ne se pratique pas l'excision (126), au Moyen-Orient (108), en Amérique Latine ou en Amérique du Nord (23) et en Asie de l'Est (15). Pour 3 femmes le pays de naissance est inconnu.

En 2008, on estimait à 6 260 le nombre de femmes très probablement excisées et 1 975 le nombre de filles à risque de l'être. On observe donc un doublement de l'effectif dans les deux catégories « très probablement excisées » et « à risque ». L'inclusion de l'Iraq dans cette étude est responsable d'une faible part de cette augmentation (1,8% des femmes concernées sont originaires d'Iraq). Cette augmentation s'explique surtout par l'arrivée entre 2008 et 2012 de primo-arrivantes issues des pays concernés par les MGF (1^{ère}

⁵ Dans ce cas, la nationalité de la mère

génération) qui se retrouvent dans la catégorie « très probablement excisées » (68,6 % de l'augmentation) et par les naissances au sein des communautés concernées (2^{ème} génération) qui se retrouvent dans la catégorie « à risque » (24,8 % de l'augmentation). Les données fournies par l'Office des étrangers sont plus exhaustives que lors de l'étude précédente, mais l'arrivée de nouvelles demandeuses d'asile n'est responsable que de 6,6 % de l'augmentation.

Les données par tranche d'âge nous donnent une idée des populations cibles des services socio-médicaux aux différentes périodes de la vie.

Les **moins de 5 ans**, qui fréquentent les services de l'ONE, de K&G et du CLB⁶ : on estime à **2 493**, les filles potentiellement à risque de subir une excision ou peut-être déjà excisées pour celles nées dans un pays où se pratique l'excision.

Les **5-19 ans** : on estime à **3 887**, les filles et adolescentes qui fréquentent les services de promotion de la santé à l'école.

Les **femmes de 20 à 49 ans** : on estime à **9 846**, les femmes qui fréquentent les services de médecine générale et les services de santé de la reproduction.

Les femmes de **50 ans et plus** : on estime à **970**, les femmes susceptibles de souffrir de complications tardives.

Les **demandeuses d'asile** : on estime à **1 300** les femmes très probablement excisées nécessitant une prise en charge appropriée au sein du réseau d'accueil et des associations travaillant avec les demandeuses d'asile et réfugiées.

Tableau 1. Estimation de la population féminine très probablement excisée ou à risque de l'être par région au 31 décembre 2012 (source DGSIE, ONE, Kind & Gezin)

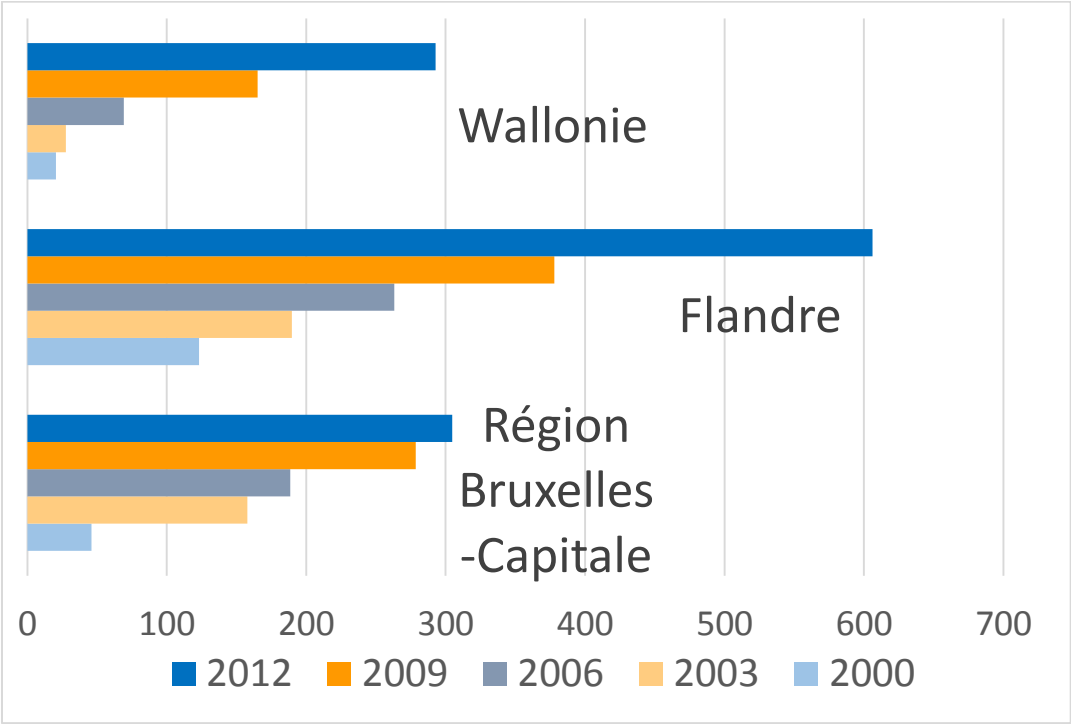
Tranche d'âge	Flandre	Wallonie	Bruxelles-capitale	Office des étrangers	Total Belgique	Dont nées dans un pays MGF
< 5 ans	1 071	563	707	151	2 493	414
5-19 ans	1 574	725	1 308	280	3 887	2 290
20-49 ans	3 788	1 839	3 392	827	9 846	9 478
50 ans et +	328	177	423	41	970	930
Total	6 761	3 303	5 831	1 300	17 196	13 112

Le nombre de petites filles de moins de 5 ans qui ont besoin d'une attention spéciale afin d'éviter qu'elles ne soient victimes d'une excision a plus que doublé par rapport aux données de l'étude de 2008. Elles étaient 1 042 en 2008 et sont 2 493 en 2012 potentiellement à risque de subir une excision soit sur le territoire belge soit lors d'un retour au pays pendant les vacances.

⁶ K&G (0 à 3 ans), CLB (3 à 6 ans)

Le nombre de femmes très probablement excisées qui ont accouché en Belgique a lui aussi augmenté. Ces femmes ont donné naissances à 637 enfants (filles et garçons) en 2008 et à 1203 en 2012. Ces données sont utiles pour évaluer le besoin de prise en charge spécifique pendant la grossesse et l'accouchement dans les services de maternité.

Figure 3. Evolution entre 1998 et 2012 des naissances vivantes (filles et garçons) issues de mères probablement excisées (sources K&G et ONE)



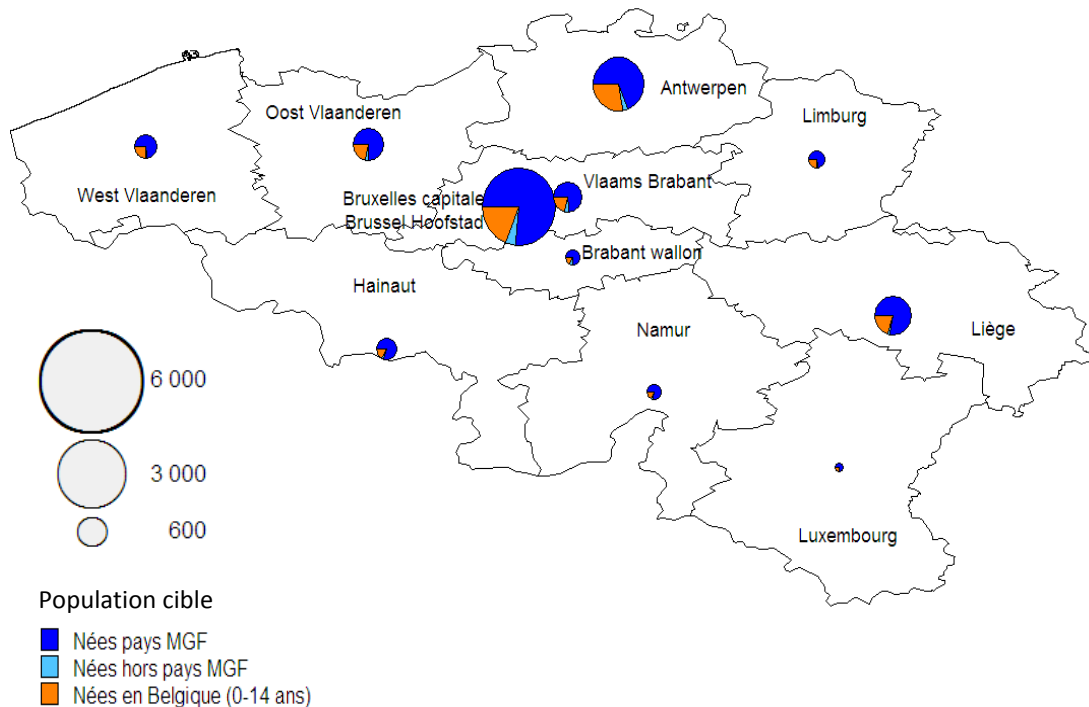
Qui sont ces femmes et où vivent-elles ?

Tableau 2. Estimation de la population féminine très probablement excisée ou à risque pour les dix nationalités d'origine les plus concernées par région, Belgique, 2012.

Flandre		Wallonie		Bruxelles capitale		Office des étrangers		Total	
Nationalité d'origine	Nbre	Nationalité d'origine	Nbre	Nationalité d'origine	Nbre	Nationalité d'origine	Nbre	Nationalité d'origine	Nbre
Guinée	1 166	Guinée	1 162	Guinée	2 838	Guinée	706	Guinée	5 872
Somalie	826	Côte d'Ivoire	445	Somalie	331	Somalie	188	Somalie	1 698
Nigéria	740	Somalie	352	Egypte	308	Djibouti	66	Egypte	1 134
Egypte	704	Ethiopie	184	Côte d'Ivoire	296	Erythrée	34	Ethiopie	1 099
Ethiopie	691	Burkina Faso	170	Djibouti	265	Côte d'Ivoire	32	Côte d'Ivoire	984
Sierra Leone	401	Sénégal	147	Mauritanie	208	Mauritanie	31	Nigéria	983
Soudan	265	Djibouti	130	Burkina Faso	206	Nigéria	29	Sierra Leone	602
Sénégal	216	Mali	118	Sénégal	201	Sénégal	29	Sénégal	593
Côte d'Ivoire	211	Egypte	99	Ethiopie	200	Burkina Faso	29	Burkina Faso	547
Iraq	197	Mauritanie	65	Nigéria	156	Ethiopie	23	Djibouti	534
Total <i>top ten</i>	5 417		2 873		5 009		1 169		14 046
Total général	6 761		3 303		5 831		1 298		17 195
% top ten	80%		87%		86%		90%		82%

Dans les trois régions, six pays sont présents dans le *top ten*, il s'agit de la Guinée, de la Somalie, de l'Égypte, de la Côte d'Ivoire, du Sénégal et de l'Éthiopie. Ces pays se retrouvent dans le *top ten* car de nombreuses femmes originaires de ces pays vivent en Belgique (Sénégal, Côte d'Ivoire) ou parce que la prévalence est très élevée dans le pays d'origine (Éthiopie, Somalie et Égypte) ou pour ces deux raisons combinées (Guinée).

Figure 4. Estimation de la population féminine très probablement excisée ou à risque de l'être par province au 31 décembre 2012. (Sources : DGSIE, ONE, K&G)



Dubourg D., Richard F.

Etude de prévalence des femmes excisées et des filles à risque d'excision en Belgique.

IMT 2014

Conclusion

Cette mise à jour de l'étude de prévalence des mutilations génitales féminines - qui utilise une méthodologie similaire mais avec des données plus complètes et plus récentes - permet de mettre en évidence un nombre important de femmes très probablement excisées ou de filles à risque d'excision vivant en Belgique. Ce nombre plus élevé par rapport à 2008 s'explique par l'accueil entre 2008 et 2012 de primo-arrivantes issues des pays concernés par les MGF (1^{ère} génération) et par les naissances au sein des communautés concernées (2^{ème} génération). Il n'est pas noté de changements majeurs en termes de répartition des communautés concernées en Belgique. La Région de Bruxelles-Capitale, la province d'Anvers et la province de Liège restent les zones géographiques qui accueillent le plus de femmes issues de ces communautés. En termes de pays d'origine, la Guinée, la Somalie et l'Égypte sont toujours les trois pays les plus représentés au sein de la population féminine concernée en Belgique.

Ce travail reste une estimation mais constitue une bonne base pour évaluer les besoins en termes de prévention et de prise en charge de cette population cible.

Recommandations

Ce travail montre que les besoins de prévention (filles à risque d'être excisées) et de prise en charge médico-sociale (femmes déjà excisées) sont importants en Belgique.

Des efforts ont déjà été faits en termes de **formation des professionnels** par des associations ou institutions spécialisées⁷ avec l'appui des différentes entités fédérales, régionales et communautaires. Les associations spécialisées dans la **prévention des MGF** ont depuis 2008 ouvert des antennes en Flandre et Wallonie pour répondre aux besoins de prévention et accompagnement des personnes concernées mais ces efforts doivent être soutenus et consolidés.

Cependant, la **prise en charge des séquelles** de l'excision en Belgique doit encore être améliorée via l'ouverture de centres de prise en charge globale des femmes excisées (psychologie, sexologie, chirurgie) et un remboursement des soins par l'INAMI.

Sur le plan de la **recherche**, il est souhaitable de faire des mises à jour régulières de ces estimations afin de tenir compte de la migration et des nouvelles données de prévalence dans les pays d'origine.

Références

European Institute for Gender Equality, *Female Genital Mutilation in the European Union and Croatia – Report*. European Union, 2013.

United Nations Children's Fund, *Female Genital Mutilation/Cutting : a statistical overview and exploration of the dynamics of change*, UNICEF, New-York, 2013.

World Health Organization, *Eliminating female genital mutilation: an interagency statement*, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCHR, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO, Geneva, 2008.

⁷ GAMS Belgique asbl, INTACT asbl, ICRH Gand, Collectif Liégeois contre les mutilations génitales féminines.

Etudes récentes de prévalence des MGF dans des pays européens

Ces études peuvent être retrouvées sur le site de EIGE

<http://eige.europa.eu/resources/female-genital-mutilation>

Exterkate M. Female Genital Mutilation in the Netherlands. Prevalence, incidence and determinants. Pharos Centre of Expertise on Health for Migrants and Refugees Ed. 2013.

AkiDWA & Royal College of Surgeons in Ireland. Female genital mutilation. Information for health-care professionals working in Ireland, 2nd edition. Dublin: AkiDWA; 2013

United Nations High Commissioner for Refugees. Trop de souffrance: Mutilations génitales féminines et asile dans l'Union européenne – Une analyse statistique. UNHCR, Bureau pour l'Europe 2013.

Kőszeghy L. FGM Prevalence in Hungary-estimation. Budapest: MONA Foundation; 2012

Fondazione L'Albero della Vita. Il diritto di essere bambine. Dossier sulle Mutilazioni Genitali Femminili. Scattoni O, Rossitto A. Ed. 2011

Colombo A, Vignali P. Indagine sulla presenza del territorio Lombardo di popolazione a rischio in relazione alla salute sessuale e riproduttiva e alle mutilazioni genitali femminili. Rapporto finale. Istituto Regionale di ricerca della Lombardia Ed. 2010.

Degani P, De Stefani P, Urpis O. Mutilazioni dei genitali femminili e diritti umani nelle comunità migranti. Rapporto di ricerca nelle regioni veneto e Friuli Venezia Giulia. 2009.

Andro A, Lesclingrand M. Les mutilations sexuelles féminines : le point sur la situation en Afrique et en France. Population & Sociétés INED (438) ; 2007.

Dorkenoo E, Morison L, Macfarlane A. A statistical study to estimate the prevalence of Female Genital Mutilation in England and Wales. Foundation for Women's Health, Research and development (FORWARD); 2007.

Gruber F, Kalthegener R. Statement of Terre des Femmes e. V. - Human Rights of Women at the Public Hearing of the Committee on Family Affairs, Senior Citizens, Women and Youth on the subject, "Fighting Female Genital Mutilation" on September 19th, 2007

Thierfelder C. Female genital mutilation and the Swiss health care system. Basel: University of Basel, Faculty of Medicine; 2003.

Annexe 1. Sources des études DHS et MICS utilisées dans l'étude de prévalence

	Prévalence générale	Source
Bénin	12,9	DHS 2006
Burkina Faso	75,8	DHS 2010
Cameroun	1,4	DHS 2004
Central African Rep.	24,2	MICS 2010
Côte d'Ivoire	38,2	DHS 2012
Djibouti	93,1	MICS 2006
Egypte	91,1	DHS 2008
Erithrée	88,7	DHS 2002
Ethiopie	74,3	DHS 2005
Gambie	76,3	MICS 2010
Ghana	3,8	MICS 2011
Guinée	95,6	DHS 2005
Guinée-Bissau	49,8	MICS 2010
Iraq	8,1	MICS 2011
Kenya	27,1	DHS 2008
Libéria	65,7	DHS 2007
Mali	85,2	DHS 2006
Mauritanie	72,2	MICS 2007
Niger	2,2	DHS 2006
Nigéria	27	MICS 2011
Ouganda	1,4	DHS 2011
Sénégal	25,7	DHS 2010/2011
Sierra-Léone	88,3	MICS 2010
Somalie	97,9	MICS 2006
Soudan (15 états du Nord)	69,4	MICS 2006
Tanzanie	14,6	DHS 2010
Tchad	44,2	MICS 2010
Togo	3,9	MICS 2010
Yemen	38,2	PAPFAM 2003