

**MINISTRE DE L'AMENAGEMENT DU
TERRITOIRE ET DE LA POPULATION**

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple -Un But - Une Foi

SECRETARIAT GENERAL

DIRECTION NATIONALE DE LA POPULATION (DNP)

BP : E 791 - Tél 2022 62 70 Fax 2022 62 68 E-mail :dnp_population@yahoo.fr



Rapport Final

**ETUDE SUR LES MUTILATIONS GENITALES FEMININES
DANS LES ZONES A FORTE FECONDITE : CAS DE SIKASSO**

Janvier 2020

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|-----|
| SIGLES ET ABREVIATIONS | i |
| RESUME EXECUTIF | vii |
| I. INTRODUCTION | 10 |
| II. CONTEXTE ET JUSTIFICATION | 11 |
| III. OBJECTIFS ET RESULTATS DE L'ETUDE..... | 13 |
| 3.1 Objectif général : | 13 |
| 3.2 Objectifs spécifiques :..... | 13 |
| 3.3 Résultats attendus..... | 13 |
| IV DEMARCHE METHODOLOGIQUE : | 14 |
| 4.1 Démarche globale..... | 14 |
| Méthode qualitative..... | 14 |
| Méthode quantitative | 15 |
| Revue documentaire | 15 |
| 4.2 Les outils de collecte de données..... | 15 |
| Partie qualitative | 15 |
| • Les « Focus groups »..... | 16 |
| 4.3 Echantillonnage | 17 |
| 4.3.1 Pour la méthode quantitative | 18 |
| Calcul de la Taille de l'échantillon : | 18 |
| Technique d'échantillonnage | 18 |
| 4.3.2 Traitement et analyse des données | 19 |
| 4.4 Considérations éthiques :..... | 19 |
| 4.5 Limites de l'étude : | 19 |
| V . PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ETUDE | 20 |
| 5.1 Aperçu du cadre juridique et institutionnel malien en rapport avec les MGF..... | 20 |
| 5.2. Présentation de la zone d'étude : | 22 |
| ❖ Système de santé | 23 |
| 5.2 CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES ENQUETES | 24 |
| 5.3 CONNAISSANCES DE L'EXCISION | 29 |
| 5.3.1 Connaissance des types d'excision :..... | 29 |
| 5.3.2 Connaissance des conséquences de l'excision sur la santé de la femme/fille..... | 30 |
| 5.3.3 Connaissance des cas de complication de l'excision dans votre communauté | 32 |

| | |
|--|----|
| 5.4 LA PRATIQUE DE L'EXCISION | 34 |
| Prévalence de l'excision dans la zone de l'étude | 37 |
| 5.5 caractère obligatoire de l'excision..... | 38 |
| 5.6 Les raisons de l'excision :..... | 39 |
| ❖ Religion et excision | 41 |
| 5.8 Inconvénients de la non excision..... | 42 |
| 5.9 PERCEPTION SUR LES NON EXCISEES : | 43 |
| 5.11 Difficultés liées à l'abandon de l'excision | 49 |
| 5.12 Difficultés liées à l'abandon de l'excision selon les enquêtés..... | 50 |
| 5.13. Personnes influentes pouvant faciliter l'abandon de l'excision..... | 51 |
| VI Conclusion et recommandations : | 53 |
| Bibliographie :..... | 55 |
| | |
| Tableau II : Répartition de la population enquêtée par tranche d'âge..... | 24 |
| | |
| Figure I :Répartition des enquêtés selon le sexe: Répartition des enquêtés selon le sexe..... | 24 |
| Figure II : Répartition des enquêtés selon le statut matrimonial..... | 25 |
| Figure III : Répartition des enquêtés selon l'ethnie | 25 |
| Figure IV : Répartition des enquêtés selon la Religion..... | 26 |
| Figure V : Répartition des enquêtés selon le niveau d'instruction | 26 |
| Figure VI : Répartition des enquêtés selon la profession | 27 |
| Figure VII : Répartition des enquêtés selon qu'ils mènent une activité génératrice de revenu..... | 28 |
| Figure VIII : Répartition des enquêtés selon le type d'activité génératrice de revenu (AGR)..... | 28 |
| Figure IX : Répartition des enquêtés selon la connaissance du type d'excision | 29 |
| Figure X : Répartition des enquêtés selon la connaissance des conséquences de l'excision | 30 |
| Figure XI : Répartition des conséquences dues à l'excision citées par les enquêtés..... | 31 |
| Figure XII : Répartition des conséquences immédiates dues à l'excision citées par les enquêtés | 31 |
| Figure XIII : Répartition des conséquences long terme dues à l'excision citées par les enquêtés | 32 |
| Figure XIV : Répartition des enquêtés selon qu'ils aient eu à faire face à des complications ou pas... | 32 |
| Figure XV : Répartition des complications vécues par les enquêtés..... | 33 |
| Figure XVI : Type de soins utilisé lors des complications..... | 33 |
| Figure XVII : Répartition des enquêtés selon la connaissance de la pratique de l'excision dans leur localité | 34 |
| Figure XVIII : Comparaison de la pratique de l'excision en milieu rural et urbain : | 35 |
| Figure XIX : Répartition des auteurs de l'excision | 36 |
| Figure XX : Prévalence de l'excision chez les filles..... | 37 |
| Figure XXI: Pratique de l'excision chez les femmes..... | 38 |
| Figure XXII : Répartition des enquêtés selon leur opinion sur l'obligation ou non de l'excision | 38 |
| Figure XXIII : Les raisons avancées par les enquêtés pour justifier la pratique de l'excision | 40 |
| Figure XXIV : Opinion des enquêtés sur les avantages de l'excision..... | 41 |

| | |
|--|----|
| Figure XXV : Opinion des enquêtés sur les inconvénients de la non excision | 42 |
| Figure XXVI : Les inconvénients de la non excision cités par les enquêtés dans la communauté | 42 |
| Figure XXVII : Perception des enquêtés sur les femmes non excisées dans la communauté | 43 |
| Figure XXVIII : Reproches faites aux femmes non excisées selon les enquêtés dans la communauté | 43 |
| Figure XXIX : Répartition des enquêtés selon la croyance aux reproches faits aux femmes non excisées..... | 44 |
| Figure XXX : Répartition des enquêtés selon leur opinion sur l'existence d'interdits pour les femmes non excisées..... | 44 |
| Figure XXXI : Les interdits pour les femmes non excisées dans la communauté selon les enquêtés .. | 45 |
| Figure XXXII : Les décideurs de l'excision dans le couple selon les enquêtés | 46 |
| Figure XXXIII : Les décideurs de l'excision dans le ménage selon les enquêtés | 46 |
| Figure XXXIV : Les décideurs de l'excision dans le village/ quartier selon les enquêtés..... | 47 |
| Figure XXXV : La personne la mieux écoutée dans la famille selon les enquêtés | 48 |
| Figure XXXVI : La personne la mieux écoutée dans la communauté selon les enquêtés | 48 |
| Figure XXXVII : L'opinion des enquêtés sur l'abandon de l'excision..... | 48 |
| Figure XXXVIII : Opinion des enquêtés sur les difficultés liées à l'abandon de l'excision | 49 |
| Figure XXXIX : Opinions des enquêtés sur l'abandon de l'excision..... | 50 |
| Figure XL : Difficultés liées à l'abandon de l'excision selon les enquêtés | 50 |
| Figure XLI : Personnes influentes pouvant faciliter l'abandon de l'excision selon les enquêtés..... | 51 |
| Figure XLII : Solutions proposées par les enquêtés pour l'abandon de l'excision | 52 |
| | |
| CARTE : infrastructures de la région de Sikasso | 23 |

REMERCIEMENTS

Nos remerciements s'adressent :

- A l'Institut National de la Statistique pour son appui technique et financier.
- A l'équipe du Consultant pour son appui technique à la réalisation de cette étude.
- Au staff technique de la Direction Nationale de Population pour sa disponibilité et son engagement pour le suivi et la réalisation de l'étude.
- A la Direction des Finances et du Matériel du département de l'Aménagement du Territoire et de la Population pour son appui dans l'exécution des procédures financières indispensables à la réalisation de la présente étude.

Nos remerciements également :

- Aux services techniques du cercle de Sikasso pour leur accompagnement dans la réalisation de cette étude.
- Aux différentes autorités communales et villageoises (Wayerma 1, Fama, Dandéresso)
- A toutes les populations des villages enquêtés pour leur hospitalité, leur disponibilité et leur bonne compréhension dans l'exécution de notre mission.

Nos remerciements vont enfin à l'endroit de tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de cette étude.

SIGLES ET ABREVIATIONS

| | |
|----------|---|
| AGR | Activité Génératrice de Revenu |
| ASACO | Association de Santé Communautaire |
| ASC | Agent de Santé Communautaire |
| CADBE | Charte Africaine des Droits et du Bien-être de l'Enfant |
| CADHP | Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples |
| CCSC | Communication pour le Changement Social et Comportement |
| CDE | Convention relative aux droits de l'enfant |
| CDOCIDTP | Convention contre la Torture et autres Peines ou Traitements Cruels, Inhumains ou Dégradants |
| CEDEF | Convention sur l'Elimination de toutes les formes de Discrimination à l'Egard des Femmes |
| CIPD | Conférence Internationale sur la Population et le Développement |
| CNA | Cinéma Numérique Ambulant |
| CSCOM | Centre de Santé Communautaire |
| CSREF | Centre de Santé de Référence |
| DNP | Direction Nationale de la Population |
| DRPSIAP | Direction Régionale de la Planification, de la Statistique et de l'Informatique, de l'Aménagement du Territoire et de la Population |
| DS | District Sanitaire |
| DTC | Directeur Technique du Centre |
| EDSM | Enquête Démographique et de Santé du Mali |
| EIA | Enquête Individuelle Approfondie |
| EI | Enquête Individuel |
| IEC | Information Education et Communication |
| INSTAT | Institut National de Statistique |
| MPFEF | Ministère de la Promotion de la Femme de l'Enfant et de la Famille |
| MGF/E | Mutilations Génitales Féminines et l'Excision |

| | |
|-------------|---|
| MICS | Enquête à Indicateurs Multiples (Multiple Indicators Cluster Survey) |
| ODD | Objectifs de Développement Durable |
| OMS | Organisation Mondiale de la Santé |
| ONG | Organisation Non Gouvernementale |
| PDESC | Programme de Développement Economique Social et Culturel |
| PIDCP | Pacte International relatif aux Droits Civils et Politiques |
| PIDESC | Pacte International relatif aux Droits Economiques, Sociaux et Culturels |
| PNLE | Programme National de Lutte contre l'Excision |
| PFEF | Promotion de la Femme de l'Enfant et de la Famille |
| PMA | Paquets Minimums d'Activités |
| SLIS | Système Local d'Information Sanitaire |
| SLPSIAP | Service Local de la Planification, de la Statistique et de l'Informatique, de l'Aménagement du Territoire et de la Population |
| TDR | Termes De Références |
| UNICEF | United Nations Children Fund (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance) |
| VBG | Violences Basées sur le Genre |

RESUME EXECUTIF

La présente étude sur les MGF (Mutilations Génitales Féminines) a été menée dans le cercle de Sikasso et a concerné deux communes. La commune urbaine de Sikasso et la commune rurale de Danderesso. Dans la commune urbaine de Sikasso, deux quartiers ont été sélectionnés de façon raisonnée. (Wayerma 1, Fama) et 4 villages retenus dans la commune rurale de Danderesso par le même procédé, (Dandéréso, Lerasso, N'golodougouni et Niaradougou).

Le but de l'étude est d'apporter une réponse à la question principale soulignée dans les TDR, à savoir : « pourquoi les parents ou autres membres de la famille perpétuent une tradition qu'ils savent être nuisible pour la santé physique et psychologique de leurs filles ? ». Pour ce faire, il a été adopté la méthode de recherche socio-anthropologique qui a combiné à la fois la revue documentaire, les techniques de collecte qualitative et quantitative.

Les cibles de l'étude étaient les femmes âgées de 15-49 ans et les hommes de 15 ans et plus. En plus de ces cibles, les entretiens approfondis ont été réalisés avec les leaders communautaires (chefs de village, Imams, chefs de cultes, responsables d'association de femmes, de jeunes) et les agents des services techniques (médecin SR du CSREF, sage femme et DTC, agents de Service Local de la PFEF).

Au total, 122 entretiens par questionnaire, 19 entretiens individuels, 8 focus groups de discussion ont été réalisés dans l'ensemble des 6 sites d'enquêtes.

Au terme de l'étude, les résultats suivants ont été obtenus :

Les cibles de l'étude étaient majoritairement de l'ethnie Sénoufo (50,8%) suivie des Bambara (14,8%) et de peulh (9,8%). Elles étaient de sexe masculin à 51,6% et la plupart d'entre eux sont mariés (93,4%). Les non instruits sont également plus nombreux (50,8%). La religion dominante observée est l'islam avec 95,1%.

En dehors de leurs activités traditionnelles (agriculture, ménage, commerce,...) peu d'enquêtés exercent d'autres activités génératrices de revenus (27,10% contre 77,90%).

Concernant la connaissance des types d'excision, les enquêtés dans leur majorité (93,3%) ont désigné le type 1 qui consiste à l'ablation du prépuce, avec ou sans excision partielle ou totale du clitoris.

Quant aux conséquences de l'excision, 48,4% des enquêtés affirment les connaître contre 47,5% et 4,1% ne se sont pas prononcés. Les conséquences les plus citées ont été l'hémorragie (30,51%) et les difficultés d'accouchement (18,36%).

Pour la pratique de l'excision, 94,3% des enquêtés reconnaissent qu'elle se fait dans leur localité, les fondements de la pratique sont la tradition et la religion musulmane. Pour ceux qui sont du côté de la tradition, ils pensent que c'est une façon de la perpétuer : « *Nous avons trouvé nos ancêtres faire et nous aussi nous allons la continuer* ». Et selon eux, pour les adeptes de la religion musulmane, ils trouvent que l'excision purifie la femme.

Cependant, plus de la moitié des enquêtés attestent que l'excision n'est pas obligatoire dans leur localité et que c'est la peur de la stigmatisation et d'aller à l'encontre de la tradition (abandonner la voie des ancêtres) qui les oblige à la pratiquer.

L'avantage de l'excision le plus cité est relatif à la maîtrise de la sexualité de la femme (58,06%). En revanche, presque la même proportion d'enquêtés trouvent comme inconvénient principal de la non excision, la débauche sexuelle (58, 84%).

Malgré ce préjugé sur les non excisées, la majorité des enquêtés ne se sont pas prononcés sur les reproches à leur endroit (37,73%). Les principaux reproches formulés sont l'impurété (23,73%) et l'insatiabilité sexuelle (16,08%), qui du reste, ne sont pas partagés par la majorité des répondants (53,25%).

Beaucoup d'interdits ne semblent pas toucher les non excisées dans la zone de l'étude. En effet, 82,8% des enquêtés trouvent qu'il n'y a pas d'interdits frappant les non excisées, 11,5% ne se sont pas prononcées et seulement 5,8% affirment le contraire. Ceux-ci indiquent comme interdit les rituels du mariage traditionnel, et l'encadrement de nouveaux mariés.

Ces résultats démontrent que les messages sur l'excision sont assez mitigés. Beaucoup d'enquêtés ont des connaissances éronnées sur l'excision : accouchement facile pour les femmes excisées et difficile pour les non excisées, débauche chez les non excisées et fidélité chez les excisées.

Comme stratégies pour accélérer l'abandon, certaines recommandations ont été formulées par les enquêtés à l'endroit de certains acteurs clés.

Il s'agit entre autres des gouvernants, des partenaires techniques et financiers et des communautés:

❖ **Pour le gouvernement**

- ✓ initier des lois interdisant la pratique sur toute l'étendue du territoire ;
- ✓ doter les services techniques de moyens financiers et matériels leur permettant d'être permanents sur le terrain pour la continuité des actions de communication pour le changement social et comportemental (CCSC);
- ✓ impliquer les agents de santé dans les actions de sensibilisation pour l'abandon de la pratique ;
- ✓ identifier et faire la cartographie des leaders religieux du cercle pour une campagne de sensibilisation de proximité.

❖ **Pour les partenaires techniques et financiers :**

- ✓ appuyer les ONG intervenant dans la zone de l'étude dans leurs actions de lutte contre les VGB qui prend en compte les MGF/E ;
- ✓ appuyer les initiatives locales de lutte contre l'excision ;

❖ **Pour les autorités locales (collectivités, communautaires)**

- ✓ encourager les témoignages à visage découvert (victimes);
- ✓ impliquer les grand-mères dans les actions de sensibilisation;
- ✓ promouvoir les organes de dialogue communautaire autour des questions de MGF (chef de village, leader religieux, association de jeunes, association de femme) ;
- ✓ constituer des groupes de femmes volontaires pour des animations de porte à porte sur la problématique de l'excision.

I. INTRODUCTION

La présente étude sur les Mutilations Génitales Féminines (MGF) dans les zones à forte fécondité : cas du cercle de Sikasso dans la région de Sikasso, au Mali ; est une initiative de la Direction Nationale de la Population (DNP) en partenariat avec l'INSTAT. Elle s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre du programme des études et recherches de la DNP sur financement du Fonds National de développement de la Statistique (FNDSTAT).

L'étude a été réalisée à travers différentes phases : la reconnaissance géographique de la zone d'étude, l'élaboration et la validation de la méthodologie et des outils de collecte, la collecte des données, le traitement et l'analyse des données, l'élaboration et la validation du rapport d'étude.

En ce qui concerne la collecte de données, elle s'est déroulée dans six (6) zones dont deux (2) quartiers de la commune urbaine de Sikasso et quatre villages (4) de la commune rurale de Dandéréso.

Sur le plan qualitatif, il s'agissait d'identifier et décrire les connaissances, les représentations/perceptions, les pratiques des communautés vivant dans le cercle de Sikasso sur les MGF, ses conséquences mais également d'identifier les facteurs motivant/entravant l'abandon de ces pratiques pour un changement social et de comportement.

En outre, l'étude a permis de recueillir les témoignages des déviants positifs et négatifs quant aux représentations/perceptions, connaissances sur les risques sanitaires, à la prévalence des femmes excisées et aux stratégies d'abandon.

Sur le plan quantitatif, elle a permis de mesurer et de comparer les connaissances, les perceptions, les pratiques des communautés sur l'excision, de mesurer le niveau de connaissances des communautés sur les conséquences de la pratique et également des mesures pour l'abandon.

Le rapport de l'étude est structuré en six (6) grandes parties :

- ✓ contexte et justification ;
- ✓ démarche méthodologique ;
- ✓ résultats obtenus ;
- ✓ conclusion et recommandations ;
- ✓ bibliographie ;
- ✓ annexes.

II. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Le Mali à l'instar d'autres pays africains poursuit depuis plusieurs années son processus global d'intégration des questions de population dans les politiques, stratégies, programmes et projets de développement tel que recommandé dans les résolutions de la Conférence Internationale sur la Population et le développement (CIPD) tenue au Caire en 1994. Cette orientation politique majeure permet au pays d'améliorer sa performance dans plusieurs domaines dont la santé maternelle et infantile et les violences basées sur le Genre. Ainsi, le taux de mortalité maternelle est passé de 577 en 1995 à 368 en 2012 (EDSM V, 2012-2013) puis à 325 pour 100 000 naissances vivantes en 2018 (EDSM VI). Selon la même source, les quotients de mortalité infantile et infanto-juvénile sont respectivement passés de 122 en 2012-2013 à 54 en 2018, 131 en 2012-2013 à 101 en 2018 pour 1000 naissances vivantes.

Malgré ces résultats encourageants, beaucoup d'insuffisances restent encore à combler en vue d'atteindre les objectifs de développement durable (ODD) notamment ceux relatifs à la santé de la reproduction qui occupe une place de choix dans les politiques et programmes de développement aussi bien au niveau national qu'international. On entend par là, « *un état de bien-être physique, mental et social de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement, et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités* » (OMS, 2000). Cela implique que les individus aient la possibilité de se reproduire, que les femmes puissent accoucher sans risque et que la reproduction ait une issue heureuse. En ce qui concerne le cas particulier des adolescents et des jeunes, c'est la notion de l'éducation à la vie familiale, la lutte contre les pratiques sexuelles à risque notamment les Mutilations Génitales Féminines (MGF).

Les MGF communément appelées excision sont une pratique extrêmement ancienne en vigueur dans de nombreux pays de l'Afrique dont le Mali.

Selon la définition de l'OMS, on entend par MGF « *toutes les interventions aboutissant à l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toute autre mutilation des organes génitaux féminins qui sont pratiquées pour des raisons culturelles ou autres et non à des fins thérapeutiques* ».

Au Mali, l'excision consiste en l'ablation du clitoris et /ou des petites et grandes lèvres, suivie ou non de la fermeture de l'orifice vaginal (infibulation)¹.

La procédure de la MGF peut comporter l'utilisation d'instruments non stérilisés, artisanaux, ou rudimentaires.

Les motivations évoquées quant à la pratique de l'excision sont diverses. Elles relèvent souvent du socioculturel et de l'économique, de l'hygiène, de l'esthétique, de la préservation de la virginité, du contrôle de la sexualité de la femme ..., des croyances y compris religieuses.

Cependant, les MGF ne sont d'aucune obligation religieuse (islam ou christianisme) dans la mesure où le Coran ne fait aucune allusion à l'excision et les différentes argumentations religieuses démontrent que la pratique des MGF était antérieure à l'Islam. Ces argumentations

¹ FANE T, 2000, l'accouchement chez les femmes excisées, pronostic materno-foetal, Thèse de Doctorat med, n°97.

constituent davantage des spéculations ou des interprétations controversées. On remarque que la pratique n'est pas répandue dans le monde arabe où la loi islamique est appliquée: Arabie saoudite, Iran, Maroc... Les chrétiens qui pratiquent l'excision invoquent la tradition plutôt que la religion.

Selon l'UNICEF en 2016, l'excision touchait 200 millions de filles et de femmes dans 30 pays du monde et si les tendances actuelles se poursuivent, 86 millions de filles supplémentaires âgées de 15 à 19 ans risquent, elles aussi, de subir des mutilations génitales d'ici à 2030.

En dépit de la volonté politique du Gouvernement à faire face au problème de l'excision², le Mali demeure l'un des pays où la prévalence est très élevée. La pratique est presque généralisée dans l'espace territorial et ne diffère que très légèrement selon diverses caractéristiques socioculturelles, démographiques et économiques. L'excision est pratiquée dans toutes les régions du Mali aussi bien dans les villes que dans les campagnes et au sein de tous les groupes ethniques.

Les résultats récents ne mettent pas en évidence une diminution de la pratique de l'excision au fil du temps. En effet, selon le rapport de l'EDSM V, 2012-2013, l'excision concerne 91 % des femmes âgées de 15 à 49 ans contre 92% en 2001. Selon la même source, la majorité des femmes excisées ont subi la procédure avant l'âge de 5 ans, y compris dans la petite enfance ; soit 73 %. La grande majorité des femmes et des filles excisées (respectivement 91 % et 98 %) ont été excisées par des praticiennes traditionnelles, essentiellement des exciseuses traditionnelles (88 % parmi les femmes de 15-49 ans et 92 % parmi les filles de 0-14 ans). Une proportion élevée de femmes et d'hommes de 15-49 ans (respectivement 71 % et 66 %) pensent que l'excision est une pratique exigée par la religion. En majorité, les femmes et les hommes de 15-49 ans (respectivement 72 % et 79 %) pensent que la pratique devrait être maintenue.

En 2018, les mêmes tendances sont observées. Environ 89 % des femmes de 15- 49 ans et 73 % des filles de 0-14 ans sont excisées. Pour environ trois quart des femmes excisées (76 %), l'excision a eu lieu avant l'âge de 5 ans, y compris dans la petite enfance. Les excisions sont effectuées principalement par une exciseuse traditionnelle : 94 % des filles de 0-14 ans et 89 % des femmes de 15-49 ans ont été excisées par des exciseuses traditionnelles.³

Selon l'OMS en 2016, «*Les mutilations sexuelles féminines sont une violation des droits des jeunes filles et des femmes* ». Par son ampleur et ses conséquences graves sur la santé, l'excision au Mali constitue un réel problème de santé publique. En effet, les MGF sont scientifiquement démontrées négatives pour la santé et les risques liés à cette pratique pour les filles et les femmes victimes sont nombreuses. On peut citer entre autres, les douleurs intenses des parties génitales, les saignements, les infections, les problèmes urinaires et menstruels, les conséquences sur la vie sexuelle, les complications obstétricales ainsi que les répercussions sur le nouveau-né et au pire des cas la mort.

² En juin 2002, cette volonté politique s'est concrétisée par la création du Programme National de Lutte contre la Pratique de l'Excision (PNLE) par ordonnance N° 053/PRM du 4 juin 2002.

³ Mali, Enquête Démographique et de Santé, 2018

Malgré tous ces méfaits liés aux MGF, elles semblent avoir l'adhésion des Maliens, en témoignent les statistiques récentes fournies par l'EDSM VI de 2018. En effet, dans l'opinion nationale, 70 % des femmes et 68 % des hommes de 15-49 ans pensent que l'excision est une nécessité religieuse. De plus, 76 % des femmes et 74 % des hommes de 15-49 ans ont déclaré que la pratique de l'excision doit continuer⁴.

Quels peuvent être les fondements de ce paradoxe ?

Pour répondre à cette question centrale, l'étude a proposé une approche socio anthropologique qui a combiné les techniques de collecte quantitative et qualitative. A ces deux techniques, l'étude a associé la revue documentaire qui a été réalisée tout le long de l'étude afin d'actualiser les données et réorienter la recherche.

III. OBJECTIFS ET RESULTATS DE L'ETUDE

3.1 Objectif général :

L'objectif général de la présente étude était d'améliorer les connaissances sur la pratique des MGF dans un contexte de forte fécondité et ce, dans une posture compréhensive en vue d'éclairer la prise de décision et aider les pouvoirs publics à une meilleure coordination des activités de lutte contre les pratiques néfastes.

3.2 Objectifs spécifiques :

Plus spécifiquement, il s'agissait :

- ✓ d'élucider les opinions, connaissances, attitudes et pratiques des hommes et des femmes à propos des MGF ;
- ✓ de connaître le vécu sur les plans physique et psychologique des femmes ayant subi une MGF ;
- ✓ de comprendre dans quelle mesure la pratique de l'excision influence les relations de couple;
- ✓ d'appréhender la connaissance des risques sanitaires des MGF au sein de la population (en mettant un focus sur les niveaux d'instruction et de revenu);
- ✓ d'explorer le lien entre la pratique de l'excision et la fécondité ;
- ✓ de formuler des recommandations concrètes pour l'abandon de la pratique des MGF.

3.3 Résultats attendus

A la fin de cette étude, il est attendu les résultats suivants :

- ✓ les opinions, connaissances, attitudes et pratiques que se font les hommes et les femmes des MGF sont élucidées dans la zone ;
- ✓ le vécu sur les plans physique et psychologique des femmes ayant subi une MGF est connu ;
- ✓ l'influence de la pratique de l'excision dans les relations de couple est comprise ;
- ✓ la connaissance des méfaits des MGF chez les hommes et les femmes est mise en exergue ;

⁴ Ibid, 2018.

- ✓ la connaissance des risques sanitaires du MGF selon les niveaux d'instruction et de revenu est appréhendée ;
- ✓ le lien éventuel entre la pratique de l'excision et la fécondité est établi ;
- ✓ des recommandations concrètes pour l'abandon à la pratique des MGF sont formulées

IV DEMARCHE METHODOLOGIQUE :

4.1 Démarche globale

Pour mieux traiter la problématique de l'excision dans le cercle de Sikasso où les populations sont profondément attachées à leur tradition, l'étude a procédé par une approche communautaire pour atteindre les cibles capables de renseigner sur le phénomène. Pour cela, l'implication des leaders communautaires dès le départ a été sollicitée. A cet effet, une lettre d'information et d'introduction a été envoyée aux autorités administratives et coutumières pour leur expliquer les objectifs et la démarche méthodologique de l'étude. A cette approche communautaire, deux autres types d'approche ont été adoptés :

✓ **une approche participative** : elle a impliqué le personnel de la Direction Nationale de la Population et les membres du comité de pilotage mis en place à cet effet. Le comité de pilotage sous la supervision de la Direction Nationale de la Population a procédé à la validation de toutes les phases de l'étude.

Pour un meilleur ciblage des zones d'étude, une mission de reconnaissance géographique a été organisée. Au cours de cette mission, un certain nombre d'acteurs ont été touchés tels que:

- Préfecture ;
- Direction régionale de la Promotion de la Femme et son service service local ;
- Direction régionale de la santé (ASACO, ASC, CSCOM, CSREF) ;
- Direction régionale de la Planification, de la Statistique, de l'Informatique, de l'Aménagement du Territoire et de la Population de Sikasso et son service local (SLPSIAP) ;
- ONG intervenant dans le domaine au niveau régional et local.

✓ **Une approche empirique**: elle a consisté à aller au contact des cibles sur le terrain pour mieux appréhender la réalité. Pour ce faire, les enquêteurs ont été tenus de développer de réelles capacités d'écoute et d'observation afin de recueillir le maximum d'informations utiles à la compréhension du phénomène de l'excision dans le cercle de Sikasso.

En plus de ces approches, l'étude a utilisé pour la collecte des données, **la méthode qualitative et la méthode quantitative** qui ont été soutenues par une **revue documentaire**.

Méthode qualitative

Son intérêt dans le cadre de cette mission était de recueillir les discours relatifs aux représentations/perceptions, connaissances, et pratiques des hommes et des femmes sur les MGF.

Il a été aussi question d'analyser le vécu des femmes et jeunes filles ayant subi la pratique des MGF et d'en déduire le lien entre l'excision et le mariage; le lien entre l'excision et la fécondité (grossesse, accouchement).

Méthode quantitative

Dans le but de collecter des données quantitatives, un questionnaire a été élaboré et administré dans la population générale auprès d'hommes et de femmes âgés de plus de 15 ans (15-49 ans pour les femmes).

Cet outil a permis de mesurer le niveau de connaissances des enquêtés sur les MGF, les conséquences sanitaires liées à la pratique, les types de recours possibles pour bénéficier des soins en cas de complication. Le questionnaire a aussi permis de mesurer la prévalence des femmes excisées, de faire la proportion des acteurs influents à impliquer dans les stratégies de lutte pour l'abandon des MGF.

Revue documentaire

La revue documentaire a consisté à faire une analyse documentaire de façon transversale pour compléter les données primaires (**terrain**).

Elle a porté sur les documents suivants:

- ✓ les Enquêtes Démographique et de Santé du Mali;
- ✓ les Rapports MICS.

Au-delà de ces documents, nous avons exploité d'autres sources pour la mise en œuvre de l'étude.

4.2 Les outils de collecte de données

Partie qualitative

- ✓ **L'entretien Individuel Approfondi (E. I.A) :**

Des entretiens individuels approfondis ont été réalisés avec les informateurs clés comme les, responsables d'ONG, les agents de la santé, les services techniques de l'Etat (promotion de la femme et de l'enfant).

Dans le but de prendre en compte la diversité des acteurs, des entretiens individuels approfondis ont été également réalisés avec les élus, les leaders religieux, les représentants des jeunes et des femmes, dans les zones concernées par l'étude.

Pour ce faire, différents types d'entretien approfondi ont été élaborés.

- ✚ **Entretien Individuel Approfondi avec les agents des services techniques de la santé et de la promotion de la femme et de l'enfant.**

Les thématiques de discussion:

- ✓ connaissances sur les pratiques des MGF ;
- ✓ facteurs explicatifs de la pratique des MGF ;
- ✓ fréquence de la pratique des MGF ;
- ✓ facteurs de blocage pour aller vers l'abandon de la pratique des MGF ;
- ✓ identification des personnes influentes au sein de la communauté ;
- ✓ identification des stratégies pour aller vers l'abandon ;
- ✓ attentes et recommandations pour l'abandon de la pratique.

+ Entretien Individuel Approfondi avec les leaders (élus communaux, religieux, responsables des jeunes et des femmes).

Les thématiques de discussion:

- ✓ perception, connaissances et pratiques face aux MGF ;
- ✓ identification des facteurs de blocage liée à l'abandon de la pratique ;
- ✓ identifier les stratégies porteuses pour le changement de comportement des communautés en faveur de l'abandon de l'excision ;
- ✓ identification des catégories d'acteurs à impliquer dans la lutte contre la pratique des MGF/E ;
- ✓ recommandations pour l'abandon de la pratique.

+ Entretien Individuel Approfondi avec le personnel d'ONG

Les thématiques de discussion:

- ✓ thématiques d'intervention ;
- ✓ groupes cibles visés par les interventions ;
- ✓ stratégies d'intervention ;
- ✓ partenariat ;
- ✓ principaux résultats obtenus ;
- ✓ difficultés ;
- ✓ leçons apprises ;
- ✓ orientations futures sur MFG ;
- ✓ recommandations pour l'abandon de la pratique.

+ Les « Focus groups »

Les focus groups ont été utiles pour confronter les points de vue des acteurs et approfondir certaines problématiques identifiées lors des entretiens individuels. Le focus group sera utilisé avec des groupes de femmes et de jeunes hommes, de façon séparée pour récolter les données.

La réalisation des entretiens focalisés de groupe a permis d'apprécier un certain nombre de thématiques :

- ✓ perceptions, connaissances, et pratiques des communautés sur les MFG ;
- ✓ facteurs justifiant la pratique des MGF ;
- ✓ identification des opportunités/ obstacles pour le changement social et de comportement ;
- ✓ identification des actions prioritaires par catégorie d'acteurs pour une meilleure promotion de la santé sexuelle et droits sexuels reproductifs ;
- ✓ recommandations pour l'abandon de la pratique.

Partie quantitative

- ✓ Le questionnaire quantitatif

Il a permis de collecter les données pour analyser et/ou mesurer :

1. les connaissances de base des populations cibles sur les MGF ;
2. la prévalence de l'excision ;

3. le lien entre les MGF, la sexualité, la grossesse, l'accouchement, le mariage et la fécondité ;
4. les attitudes positives en matière d'abandon de la pratique des MGF ;
5. le soutien du maintien de la pratique des MGF au sein des populations;
6. les avis favorables à l'abandon des pratiques des MGF ;
7. la formulation des recommandations phares pour l'abandon de la pratique de l'excision.

4.3 Echantillonnage

Pour la méthode qualitative, un échantillonnage de type **raisonné a été adopté**. Il s'agissait d'effectuer des entretiens avec des personnes ressources susceptibles de fournir des informations pour la compréhension du sujet à l'étude. Les cibles visées étaient : les leaders communautaires (chefs coutumiers, leaders religieux, responsables d'association de femmes et de jeunes) ; les responsables d'ONG, des services techniques de la santé, de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille. Ceux-ci ont été complétés par toutes autres personnes âgées de 18 ans et plus dans la population générale, jusqu'à la saturation de l'information. Elles ont été choisies dans les deux entités retenues (milieu urbain et milieu rural) pour l'étude.

Le tableau suivant présente les effectifs par technique de collecte de données:

Tableau N°1 : Répartition des enquêtés du volet qualitatif

| Cibles | Entretiens individuels | Focus groupes | Nombre de village/quartier | Total |
|---|-------------------------------|------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| chefs de village/quartier | Un par village/quartier | | 6 | 6 entretiens individuels |
| Leaders religieux | Un par village/quartier | | 6 | 6 entretiens individuels |
| Association de femmes | | 1 par village/quartier | 2 comm urbaine 2 comm rurale | 4 focus |
| Association de jeunes | | 1 par village/quartier | 4 (2 urbains, 2 ruraux) | 4 focus |
| Agents de santé, | Un responsable par commune | | 2 com urbaine 1com rurale | 3 entretiens individuels |
| Responsables communaux (maires ou adjoint au maire) | Un responsable par commune | | (1 par commune) | 2 entretiens individuels |
| Responsables | Un responsable | | 1 | 1 entretien individuel |

| | | | | |
|--|----------------|--|---|-------------------------------|
| d'ONG | | | | |
| Responsable du service local de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille | Un responsable | | 1 | 1 entretien individuel |

4.3.1 Pour la méthode quantitative

Calcul de la Taille de l'échantillon :

La taille minimale de l'échantillon pour cette étude a été calculée selon la formule de **Daniel SCHWARTZ** en sachant que la prévalence de l'excision dans la région de Sikasso est de 96 % :

$$N = Z^2 \times [p \times (1-p)] / i^2$$

$$N = (1,96)^2 \times (0,96 \times 0,04) / 0,0025 \quad N = 59$$

- N : est la taille de l'échantillon,
- p: Prévalence de l'excision dans le cercle de Sikasso estimée à 96 % (EDS VI),
- Z : la constante de l'écart-réduit, égal à 1,96 ,
- i: est la précision souhaitée de l'estimation, fixée à 5%.

L'application numérique de cette formule donne une taille minimale de 59 femmes à enquêter. En tenant compte d'éventuels cas de refus ce nombre est majoré à 10%. Ce qui donne une taille d'échantillon minimale de 64. Pour augmenter la puissance de l'étude, un échantillon de 120 participants a été retenu.

Les 120 enquêtés retenus ont été répartis de façon raisonnée entre les 6 villages/quartiers sélectionnés dont 20 personnes par villages/quartiers soit 10 femmes et 10 hommes.

Technique d'échantillonnage

Pour le choix des villages, l'étude a retenu les critères ci-après:

Urbanité/ruralité :

L'étude a retenu 6 localités dont deux (2) quartiers urbains de la ville de Sikasso(Wayerma 1 et Fama) et quatre (4) villages dans la commune rurale de Dandéreso. Ce sont les villages de Danderesso, de Lerasso, de N'golodougouni et de Niaradougou. Ces localités ont été simplement tirées au sort (par hasard).

Age :

Les tranches d'âge retenues étaient de 15-49 ans pour les femmes et 15 ans et plus pour les hommes.

Pour le choix des enquêtés, l'étude a utilisé une technique empirique simple qui a consisté à partir de la maison du chef de village/quartier et à choisir le premier enquêté dans la première concession à partir de la droite. La progression a été faite d'une maison sur trois jusqu'à l'atteinte de l'échantillon arrêté pour la zone.

4.3.2 Traitement et analyse des données

Deux procédés ont été utilisés en fonction des deux techniques d'enquête utilisées.

Pour l'enquête qualitative, le traitement et l'analyse des données ont été faits en trois étapes. La première étape a concerné la transcription des entretiens enregistrés. La deuxième étape a été axée sur la codification, le contrôle de qualité des données et l'identification des thèmes récurrents. La troisième étape a concerné l'analyse proprement dite. Pour mieux interpréter et argumenter les passages du rapport, le recours aux thèmes et au verbatim a été fait.

Quant aux données de l'enquête quantitative, elles ont été saisies avec le logiciel Epi Info, nettoyées et analysées par le logiciel SPSS.statistics 21. Les tableaux et les figures ont été utilisées pour illustrer le niveau des indicateurs par zone d'enquête.

4.4 Considérations éthiques :

Sur le terrain, le but, les principes et le déroulement de l'étude ont été clairement expliqués à chaque enquêté. Seules les personnes ayant donné leur consentement ont été enquêtées.

L'anonymat et la confidentialité ont été pris en compte. Les renseignements recueillis n'ont été utilisés que dans le seul but du présent travail ou à des fins scientifiques. Les données récoltées n'ont porté aucun préjudice à qui que ce soit, adhérents et non adhérents.

4.5 Limites de l'étude :

La principale limite de cette étude est liée à la non participation des exciseuses. En effet, aucune exciseuse n'a pu être rencontrée. La raison évoquée par les enquêtés est qu'elles ne résident pas dans les villages sélectionnés pour l'étude. Elles viennent dans les villages en cas de besoin et retournent après l'opération. Leur rencontre pouvait mieux renseigner sur les différents types d'excision et les raisons de leur attachement à la pratique.

De même, les accoucheuses traditionnelles n'ont pas été interrogées. Elles se font rares avec la proximité des centres de santé. Leur écoute pouvait permettre de situer la différence en matière de difficulté d'accouchement entre les deux catégories de femmes (excisées et non excisées).

V . PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ETUDE

5.1 Aperçu du cadre juridique et institutionnel malien en rapport avec les MGF⁵

La figure suivante présente un aperçu des traités internationaux et régionaux signés et ratifiés par le Mali.

Traités internationaux et régionaux

| MALI | Signé | Ratifié | Adhéré⁶ |
|--|--------------|----------------|---------------------------|
| International | | | |
| Pacte international relatif aux droits civils et politiques (1966) (<i>PIDCP</i>) | | | ✓ 1974 |
| Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux & culturels (1966) (<i>PIDESC</i>) | | | ✓ 1974 |
| Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (1979) (<i>CEDEF/CEDAW</i>) | ✓ 1985 | ✓ 1985 | |
| Convention contre la torture & autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (1984) (<i>CDOCIDTP</i>) | | | ✓ 1999 |
| Convention relative aux droits de l'enfant (1989) (<i>CDE</i>) | ✓ 1990 | ✓ 1990 | |
| Régional | | | |
| Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (1981) (<i>CADHP</i>) (Charte de Banjul) | ✓ 1981 | ✓ 1981 | |
| Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant (1990) (<i>CADBE</i>) | ✓ 1996 | ✓ 1998 | |
| Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique (2003) (Protocole de Maputo) | ✓ 2003 | ✓ 2005 | |

Au Mali, il n'existe actuellement aucune législation nationale au Mali qui incrimine et punit spécifiquement la pratique des MGF. Le droit civil est fondé sur le modèle français et influencé par le droit coutumier ; le contrôle juridictionnel des actes législatifs est assuré par la Cour Constitutionnelle.

⁵ Tiré de Thomson Reuters Foundation, *Mali : la loi et les MGF, septembre 2018*

⁶ « **Signé** » : un traité est signé par les pays après négociation et accord sur son contenu.

« **Ratifié** » : une fois signés, la plupart des traités et conventions doivent être ratifiés (c'est-à-dire approuvés par la procédure législative nationale standard) pour avoir force de loi dans ce pays.

« **Adhéré** » : lorsqu'un pays ratifie un traité qui a déjà été négocié par d'autres États.

La Constitution du Mali (1992) est limitée dans son engagement pour la protection des femmes et des filles. Elle ne fait pas expressément référence aux violences contre les femmes et les filles, aux pratiques néfastes ou aux MGF.

En l'absence de législation nationale interdisant les MGF au Mali, il existe des dispositions du Code pénal (2001) qui pourraient être considérées comme pertinentes au regard de la pratique (bien qu'à ce jour il n'y ait pas de preuve qu'elles aient été utilisées avec succès pour traduire en justice les auteurs de MGF), notamment :

Les articles 202 et 207 – incriminent et punissent quiconque infligeant « coups, blessures et violences volontaires » à autrui ;

L'article 220 – dispose que quiconque s'abstient de porter assistance à une personne en danger, sans risque pour lui-même ou pour autrui, soit par une action personnelle, soit en provoquant un secours, sera passible de sanctions.

Au titre du **Code des personnes et de la famille (2011)** au Mali, **l'article 4** dispose que « chacun a droit au respect de son corps » et que « le corps humain est inviolable ». **L'article 5** dispose que l'intégrité de la personne humaine peut être affectée seulement en cas de nécessité médicale (bien qu'il n'apporte pas de définition de la « nécessité médicale »). Il indique en outre que « les actes d'ordre religieux ou coutumier, dès lors qu'ils ne sont pas néfastes à la santé, ne sont pas visés par la présente disposition ». Les MGF, en raison de leurs effets néfastes sur la santé, devraient donc être considérées comme relevant de l'article 5.

La circulaire n°99-00197, émise en 1999 par le **Ministère de la Santé, des Personnes âgées et de la Solidarité**, contenait une instruction administrative à l'attention des Directeurs d'hôpitaux, **l'interdiction de l'excision au sein des établissements de santé**. Elle stipulait que « la pratique de l'excision n'y saurait être tolérée » et enjoignait les Directeurs d'hôpitaux « de prendre les dispositions voulues aux fins d'empêcher la pratique, présumée ou réelle, de l'excision dans les établissements sanitaires sous leur responsabilité morale et technique ». Cette circulaire est toujours en vigueur ; toutefois, elle ne prévoit aucune sanction en cas de non-respect et n'a pas la force contraignante d'une loi adoptée par le Parlement. En théorie également, les professionnels de santé employés par le **Ministère de la Santé** pourraient être passibles de sanctions disciplinaires pour manquement à leurs devoirs au sens de **l'article 73 de la loi n°02/53/ANRM8** du 16 décembre 2002 portant **statut général des fonctionnaires** ; mais cela ne semble pas avoir été appliqué jusqu'à ce jour.

Dans certains pays où les MGF sont devenues illégales, la pratique est poussée à la clandestinité et a franchi les frontières pour éviter les poursuites. Le Mali partage ses frontières avec le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, la Guinée, la Mauritanie, le Niger et le Sénégal, où la prévalence des MGF, la mise en oeuvre et l'application des législations varient très largement.

L'absence de législation nationale interdisant les MGF au Mali donne aux familles et aux exciseuses des pays avoisinants l'opportunité de traverser les frontières pour éviter les poursuites. Les MGF transfrontalières constituent un défi permanent en Afrique de l'Ouest. Les lois nationales existantes au Mali ne contiennent aucune disposition pour la sanction des MGF transfrontalières. De plus, il n'y a aucune sanction spécifique pour les crimes transfrontaliers en général dans le Code pénal.

5.2. Présentation de la zone d'étude :

L'étude a eu lieu dans le cercle de Sikasso qui est situé dans la partie sud du Mali. Il couvre une superficie de 1 370 km² soit 21,41% de la superficie de la Région de Sikasso. Le climat est de type soudanien et se caractérise par une alternance entre la saison sèche dominée par des vents secs et la saison des pluies qui dure environ 6 mois. La pluviométrie varie entre 1100 et 1400 mm⁷.

La population du cercle de Sikasso est estimée à 1 010 500 habitants en 2019⁸. Cette population se répartit entre 43 communes dont une urbaine (commune urbaine de Sikasso). Elle est composée en majorité de Senoufo qui cohabitent avec d'autres ethnies comme les Minianka, les Gana, les Gamogos et les Bambaras. A côté de ces ethnies majoritaires vit une faible proportion de Peulh éleveurs, de Soninkés et de Kakolos⁹. Les langues de communication les plus répandues sont le sénoufo et le bambara. Le paysage religieux est dominé par trois croyances qui sont l'islam, le christianisme et l'animisme.

La population de Sikasso est à plus de 80 % rurale. Les activités principales sont l'agriculture, la foresterie, le commerce et la pêche. La population est sédentaire dans son ensemble, mais malgré cela, le cercle est confronté à d'importants flux migratoires. La migration interne est alimentée par l'exode rural temporaire ou définitif. Le climat relativement favorable à l'agriculture a attiré des populations venant des autres régions du pays, notamment des zones sahéliennes : les Bambaras de Ségou, les Dogons, les Peuhls, les Sonrhaïs. Il faut également noter un important courant migratoire vers la Côte d'Ivoire. Dans le cadre de la transhumance, le cercle reçoit pendant la saison sèche les Peuhls venant de l'intérieur du pays, de la Côte d'Ivoire et du Burkina Faso.

D'une manière générale, la société Sénoufo est organisée en villages totalement indépendants les uns des autres et dont les seuls liens réciproques se situent à travers les alliances. Le village est placé sous l'autorité d'un chef de village qui est entouré de conseillers. Le conseil de village est l'organe délibérant du village. Il statue sur les grandes questions intéressant la vie du village, et décide de quelque chose, les conseillers en informent les chefs de famille qui, à leur tour informent les membres de leur famille respective. La décision du conseil de village s'impose à tout le village.

Dans la ville de Sikasso, les chefs de quartier sont les responsables administratifs du quartier. Ils sont intermédiaires entre l'administration et la population. Pour la gestion des affaires publiques du quartier, ils sont aidés par des conseillers qui sont au nombre de quinze par quartier répartis entre les différents secteurs du quartier. Les décisions concernant le quartier passent par eux. Ils en informent les conseillers du quartier qui, à leur tour, informent les chefs de famille. Dans le cadre de la mobilisation sociale, le chef de quartier et ses conseillers sollicitent les différentes associations évoluant dans le quartier à travers leurs présidents.

Dans les familles (rurales ou urbaines), ce sont généralement les hommes qui en sont les chefs, et c'est à eux que revient le pouvoir de décision. Les situations dans lesquelles d'autres personnes peuvent décider dans une autre famille sont rares. Même si cela arrivait, c'est

⁷ Conseil de cercle de Sikasso, Plan de développement Social et Culturel (PDSC), 2014-2018, août 2013

⁸ Direction Nationale de la Population, Projection de la population, cercle de Sikasso, 2019

⁹ Conseil de cercle de Sikasso PDSC 2014-2018 Ibid , août 2013

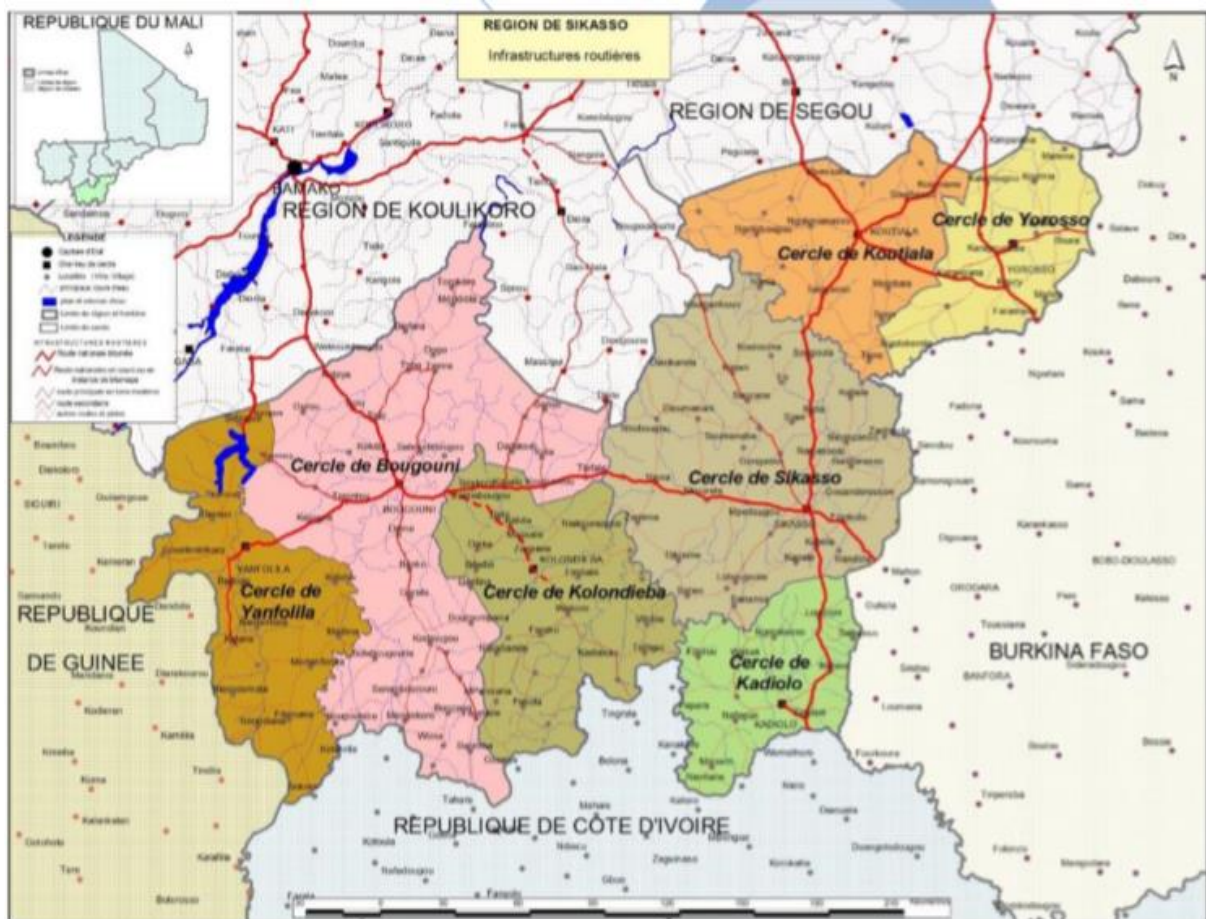
généralement d'autres parents du chef de famille qui le font. La décision de défricher un nouveau champ ou d'amener un enfant au centre de santé, par exemple, incombe au chef de famille.

Les associations et les organisations au niveau du village/quartier constituent des organismes importants dans la vie villageoise. Elles sont indispensables dans les activités de changement social.

A côté d'elles, existent des personnalités bien influentes dont la collaboration est décisive dans la réussite des activités et des programmes.

Comme susmentionné, les chefs de village, les leaders religieux et les associations représentent des canaux de communication importants.

Carte : infrastructures de la région de Sikasso



Source : PDSEC Sikasso 2014- 2018

❖ **Système de santé**

Le système de santé du DS de Sikasso est identique à celui des autres districts du Mali. Il est représenté au premier échelon par les centres de santé communautaire (CSCOM) et au deuxième échelon par le centre de santé de référence (CSREF). Les structures confessionnelles parapubliques et privées évoluent parallèlement à ces deux échelons. Aux

du représentant du médecin, le district sanitaire de Sikasso compte un CSREF, 47 CSCOM dont 43 fonctionnels et 4 non fonctionnels.

Les CSCOM et les cabinets privés offrent le paquet minimum d'activités (PMA) à la population. Leur existence a rendu les services de santé accessibles (en 2012, 70 % de la population vivant dans un rayon de 5 km avaient accès au PMA)¹⁰.

Les CSCOM sont dirigés par les Directeurs Techniques de Centre (DTC) sous la tutelle des Associations de Santé Communautaire (ASACO).

Au niveau du village, les ASC et les relais appuient les services de santé dans l'information et la sensibilisation des populations sur les programmes et activités de santé.

Au niveau du cercle, il existe une équipe cadre composée d'agents de la santé du CSREF, du Développement Social et de l'économie solidaire et du Service de la Promotion des Femmes et de l'Enfance. Cette équipe effectue des missions conjointes dans le cadre de la promotion de la santé et du développement local. Le district sanitaire et le Service de Développement Social assistent et appuient les communautés dans l'établissement et le fonctionnement des ASACO et des CSCOM. Parallèlement à l'appui au district sanitaire, le service de développement social et de l'économie solidaire assiste les associations (de tous genres) enregistrées dans leur gestion et leur fonctionnement.

Quant au service de la promotion de la femme et de l'enfant, il existe pour appuyer le bien-être des femmes et des enfants au niveau du cercle. Une grande partie de son travail se fait à travers les associations des femmes.

5.2 CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES ENQUETES

Tableau I : Répartition de la population enquêtée par tranche d'âge

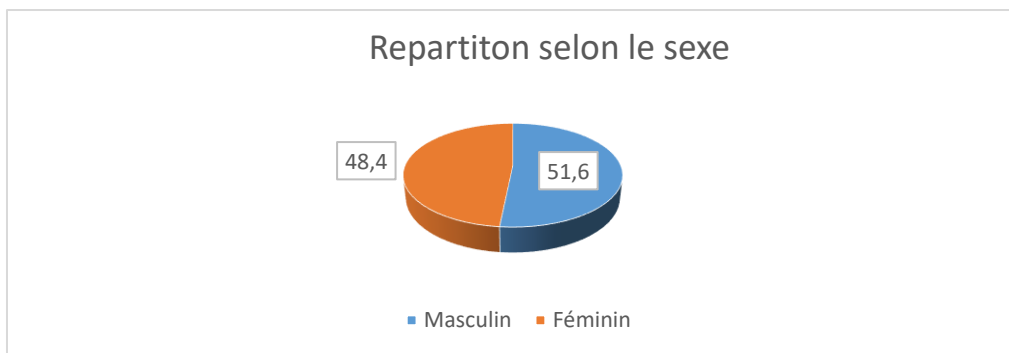
| Tranche Age en année | Effectifs | Pourcentage |
|----------------------|------------|--------------|
| 15 - 25 | 20 | 16,4 |
| 25 – 35 | 38 | 31,1 |
| 36 -45 | 49 | 40,2 |
| 46 et plus | 15 | 12,3 |
| Total | 122 | 100,0 |

La plupart des enquêtés se situe dans les tranches d'âges 25 - 35 ans et 36 - 45 ans.

Pour le volet qualitatif, les entretiens ont été effectués avec les informateurs clés dont l'âge est compris entre 20 ans et 78 ans.

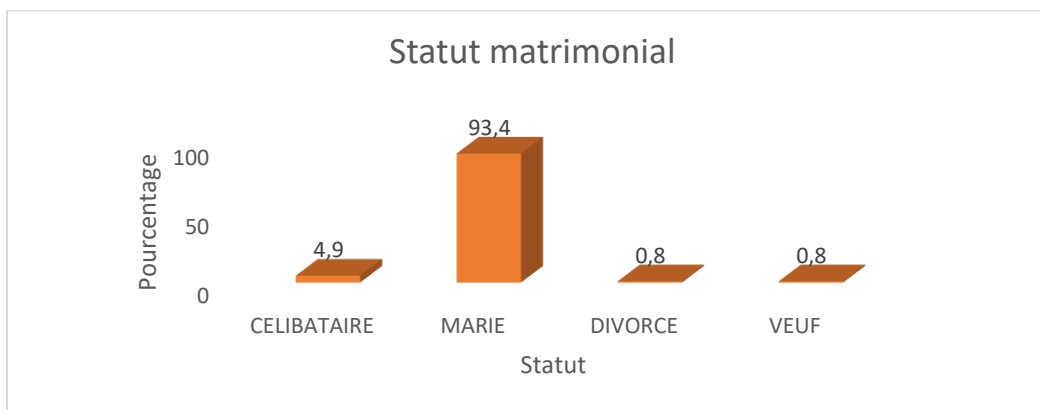
Figure 1 : Répartition des enquêtés selon le sexe

¹⁰ SLIS 2012



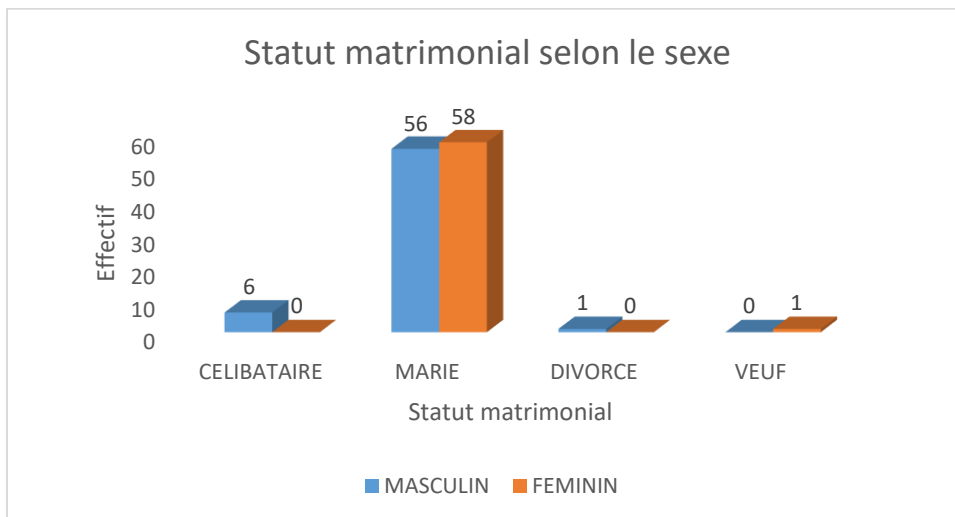
Les enquêtés sont majoritairement de sexe masculin avec 51,6 % ;

Figure II : Répartition des enquêtés selon le statut matrimonial



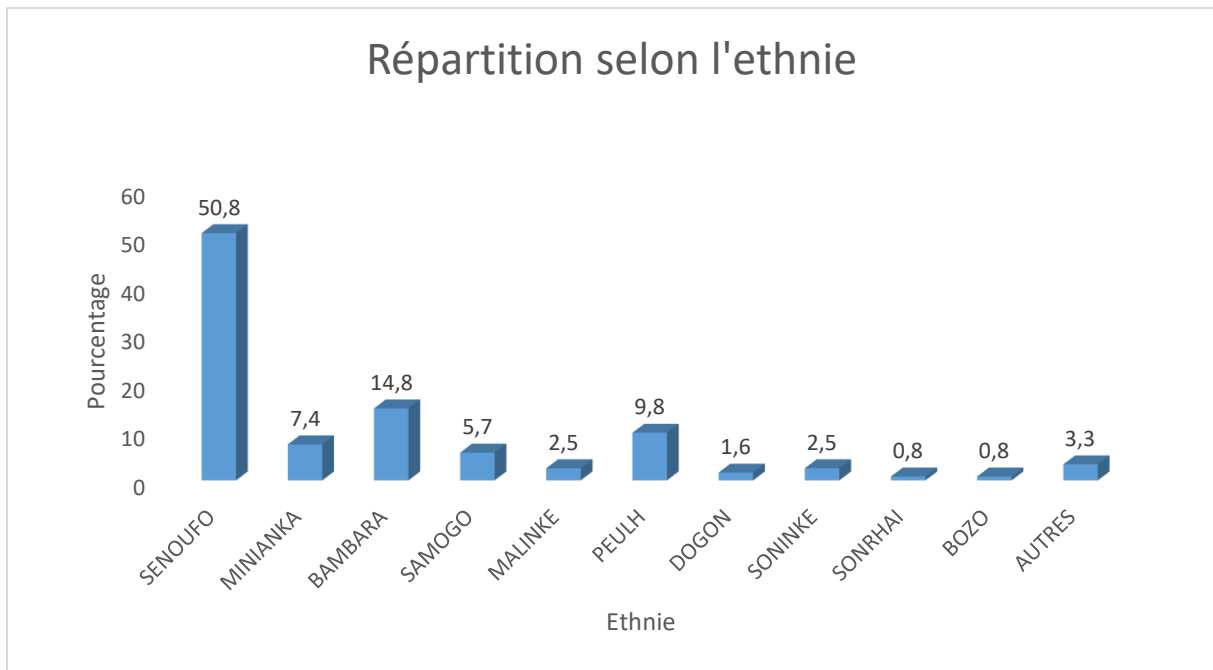
Les mariés sont les plus nombreux. Ils représentent plus de 93,4 % de l'échantillon.

Figure III : Répartition des enquêtés selon le statut matrimonial et par sexe



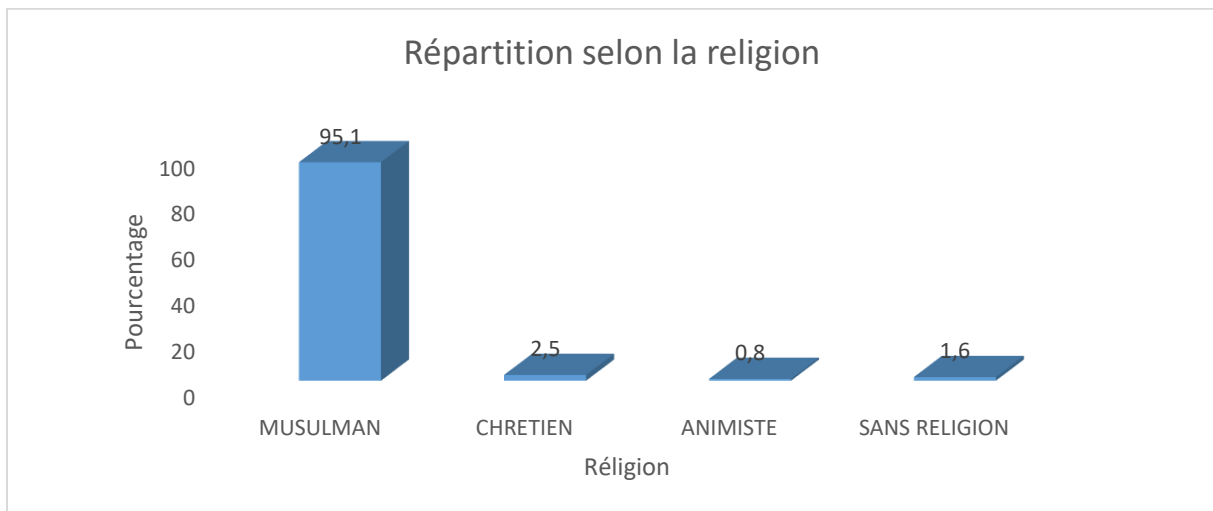
La répartition de l'échantillon par sexe montre le même statut pour les enquêtés. Les mariés sont les plus dominants.

Figure IV : Répartition des enquêtés selon l'ethnie



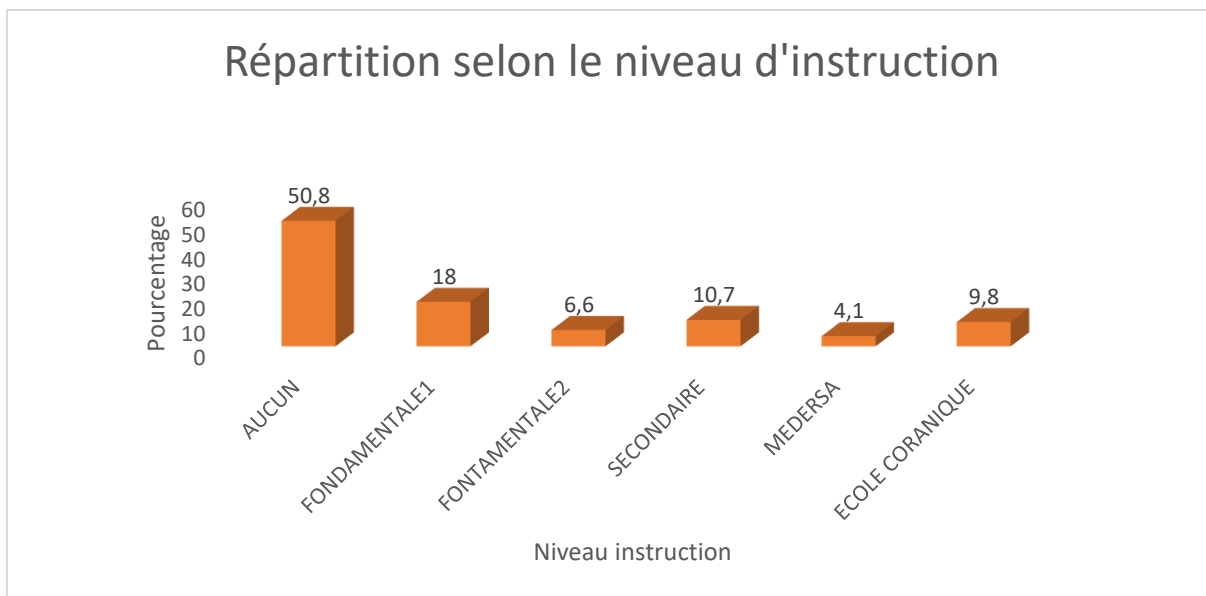
L'ethnie senoufo est majoritaire (50,8 %) dans la zone de l'étude. Elle est suivie de l'ethnie bambara (14,8%).

Figure V : Répartition des enquêtés selon la Religion



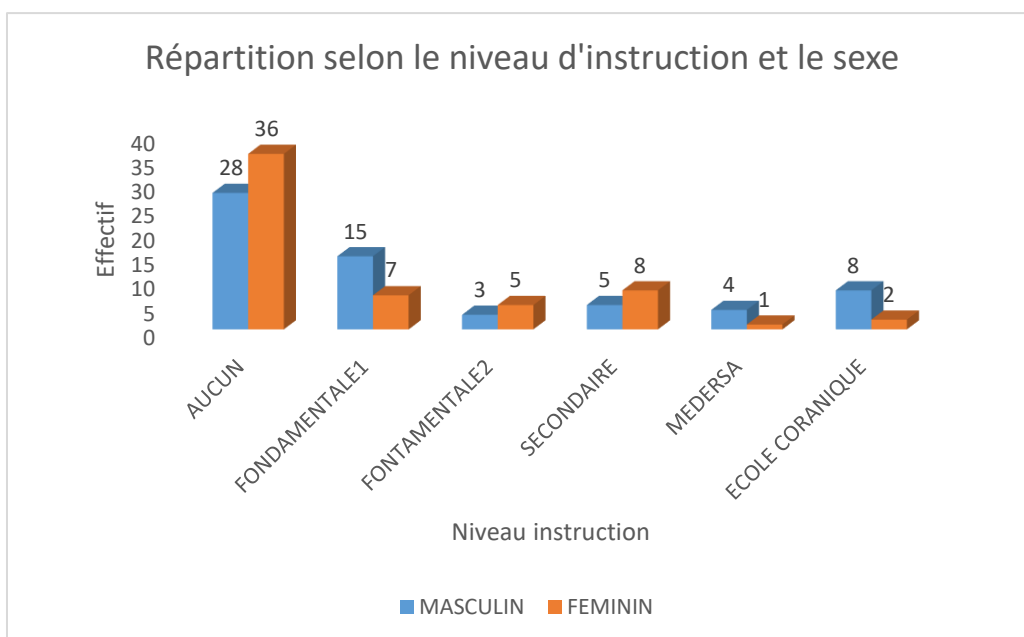
Parmi les enquêtés les musulmans occupent le premier rang. Ils représentent plus de 95,1 % des enquêtés.

Figure VI : Répartition des enquêtés selon le niveau d'instruction



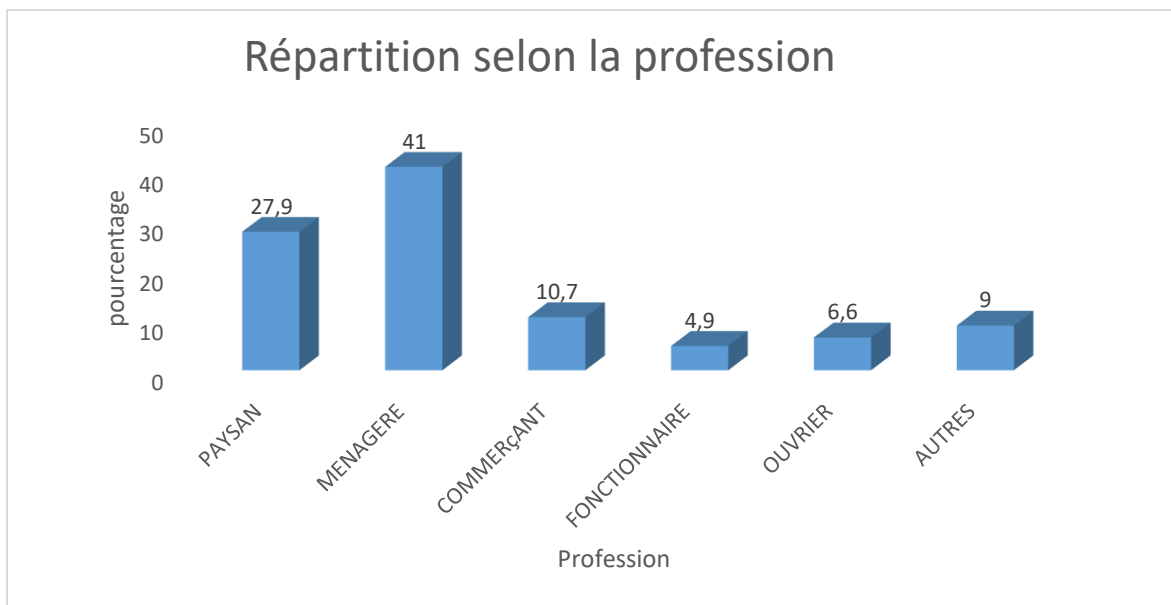
Plus de la moitié des enquêtés (50,8 %) n'a fréquenté ni une école conventionnelle, ni l'école coranique. Les enquêtés de niveau fondamental 1 représentent 18% de l'échantillon et le secondaire 10,7%.

Figure VII : Répartition des enquêtés selon le niveau d'instruction et le sexe



Parmi les enquêtés, ceux qui n'ont aucun niveau sont les plus nombreux et le sexe féminin est le plus dominant.

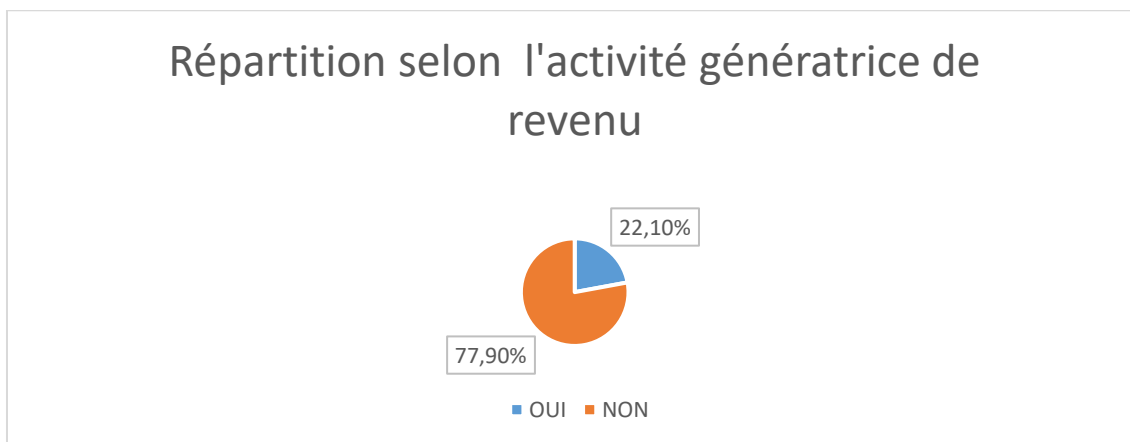
Figure VIII : Répartition des enquêtés selon la profession



Autres : chauffeur, chômeur, tailleur, réparateur, éleveur

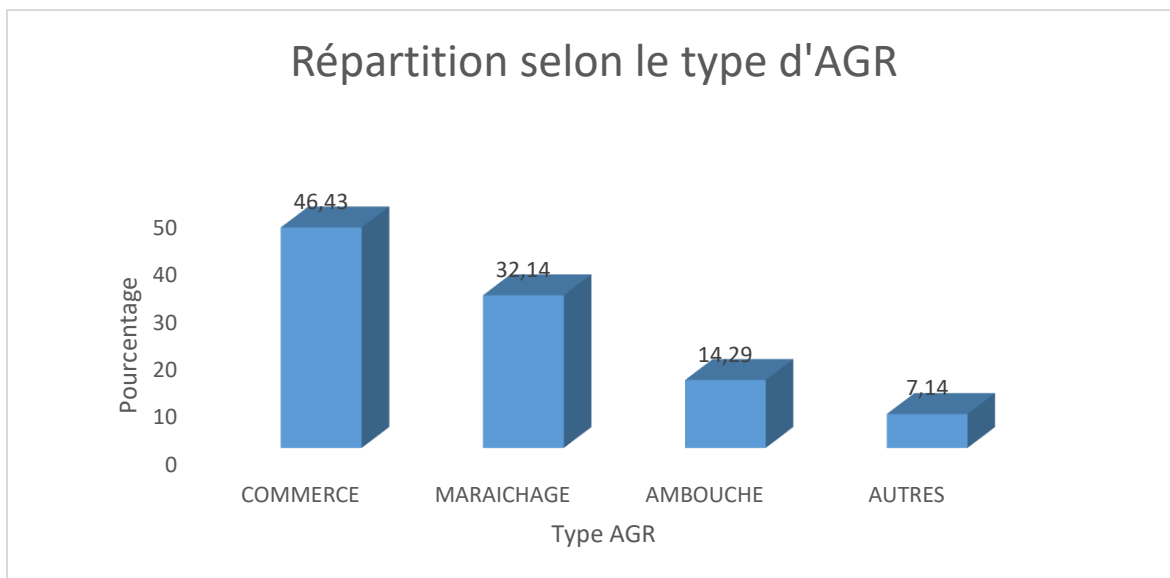
La profession dominante pour les femmes est le ménage (41 %). Quant aux hommes, ils sont paysans à 27,9 %.

Figure IX : Répartition des enquêtés selon qu'ils mènent une activité génératrice de revenu



A part leurs activités traditionnelles, peu d'enquêtés exerce d'autres activités génératrices de revenu. (22,10 %).

Figure X : Répartition des enquêtés selon le type d'activité génératrice de revenu (AGR)



Le petit commerce et le maraichage sont des activités génératrices de revenu les plus menées par les enquêtés.

De manière générale, l'étude a concerné les populations de deux communes du cercle de Sikasso, une urbaine et une rurale. Les enquêtés non instruits sont les plus nombreux et les professions les plus citées sont le ménage pour les femmes et l'agriculture pour les hommes. Les tranches d'âge majoritaires au niveau de l'enquête quantitative sont : (25 - 35 ans et 36 - 45 ans) et l'échantillon est constitué de 93% de mariés. Au niveau de l'enquête qualitative, les âges sont variés et sont compris entre 20 ans et 78 ans. L'ethnie majoritaire est le Sénoufo, suivie du Bambara. L'étude a montré que peu d'enquêtés exercent des activités génératrices de revenu.

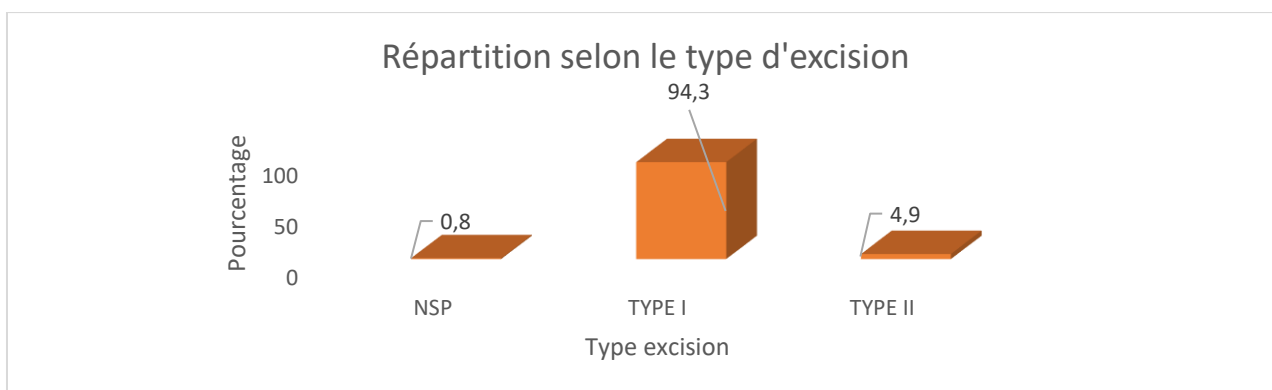
5.3 CONNAISSANCES DE L'EXCISION

5.3.1 Connaissance des types d'excision :

Les enquêtés dans leur majorité affirment avoir entendu parler de l'excision qui d'ailleurs est une pratique courante dans leurs localités.

Elle consiste en général à l'ablation totale ou partielle du clitoris.

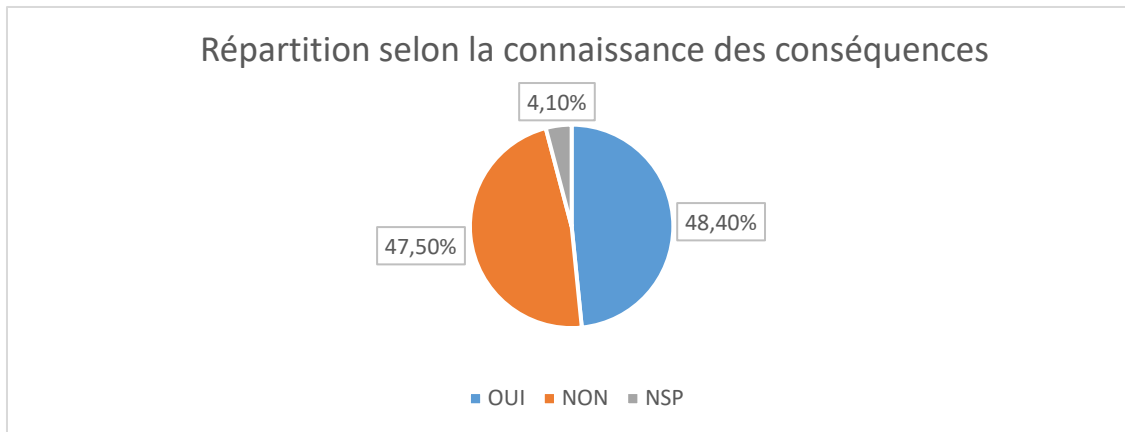
Figure XI : Répartition des enquêtés selon la connaissance du type d'excision



Il existe différents types d'excision au Mali ; mais le type 1 est le plus connu dans le cercle de Sikasso. Il est cité par la plupart des enquêtés (94,3%).

5.3.2 Connaissance des conséquences de l'excision sur la santé de la femme/fille

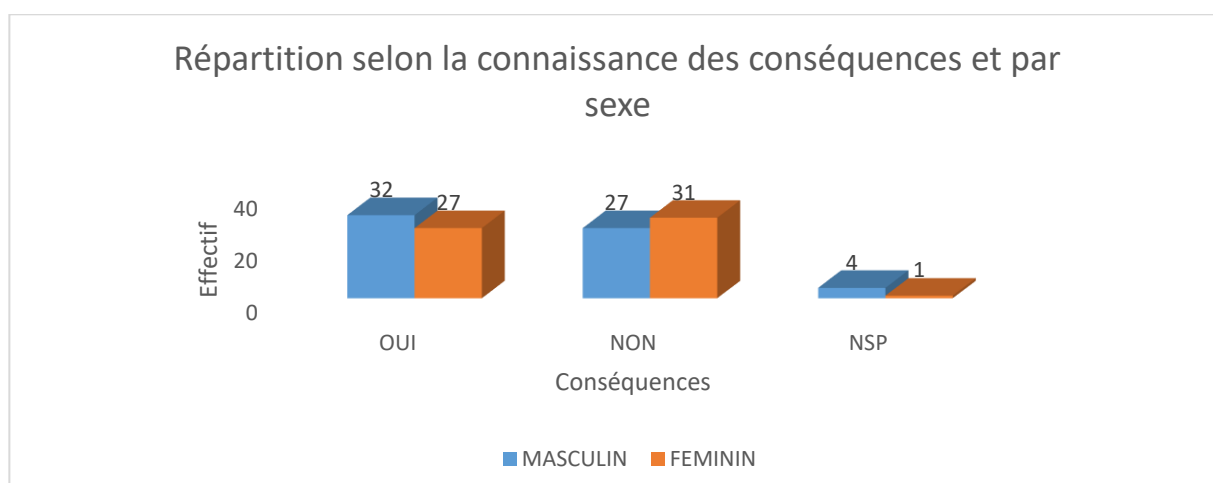
Figure XII : Répartition des enquêtés selon la connaissance des conséquences de l'excision



Parmi les enquêtés, 48 % ont déclaré connaître les conséquences de l'excision contre 47 % qui les ignorent.

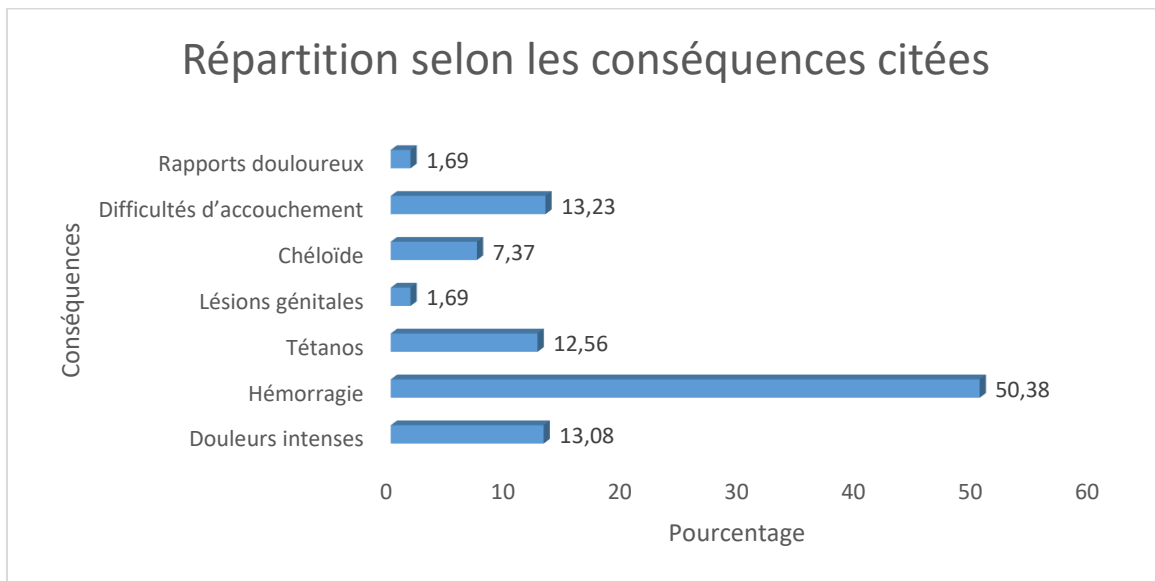
Dans les récits, les enquêtés surtout de sexe masculin lors des entretiens reconnaissent que l'excision est une pratique qui mutile la femme et a des conséquences fatales. Comme conséquences, ils citent entre autres: l'hémorragie, le tétanos, la chéloïde cicatricielle, l'infection, la difficulté d'accouchement et le décès de la femme. « *La pratique de l'excision peut causer des déchirures, provoquer des kystes, le sida, le tétanos etc. c'est une mauvaise chose. L'excision a vraiment de nombreuses conséquences néfastes.* » (E.I.A Chef de village)

Figure XIII : Répartition des enquêtés selon la connaissance des conséquences de l'excision par sexe



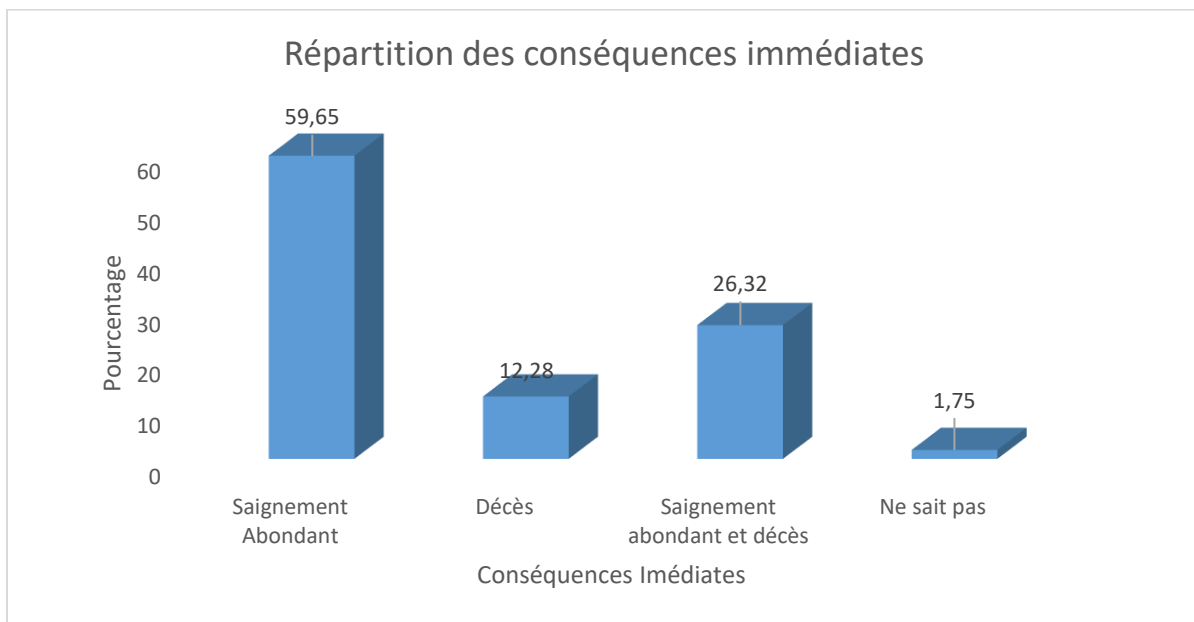
Les hommes semblent mieux connaître les conséquences liées à l'excision que les femmes (32 contre 27).

Figure XIV : Répartition des enquêtés selon les conséquences citées



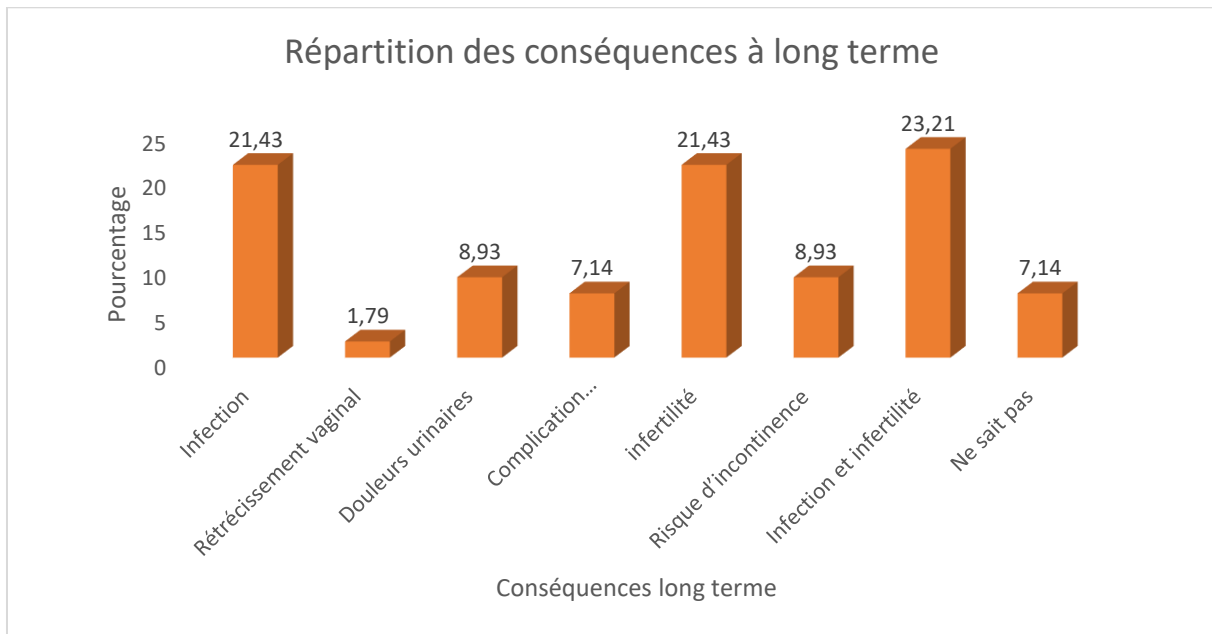
La conséquence de l'excision la mieux connue par les enquêtés est l'hémorragie (50,38). Les difficultés d'accouchement sont en deuxième position.

Figure XV : Répartition des conséquences immédiates dues à l'excision citées par les enquêtés



Les conséquences immédiates les plus citées par la majorité des enquêtés sont : les saignements abondants (59,65%) et les saignements aboutissant au décès de la victime (26,32%).

Figure XVI : Répartition des conséquences à long terme dues à l'excision citées par les enquêtés

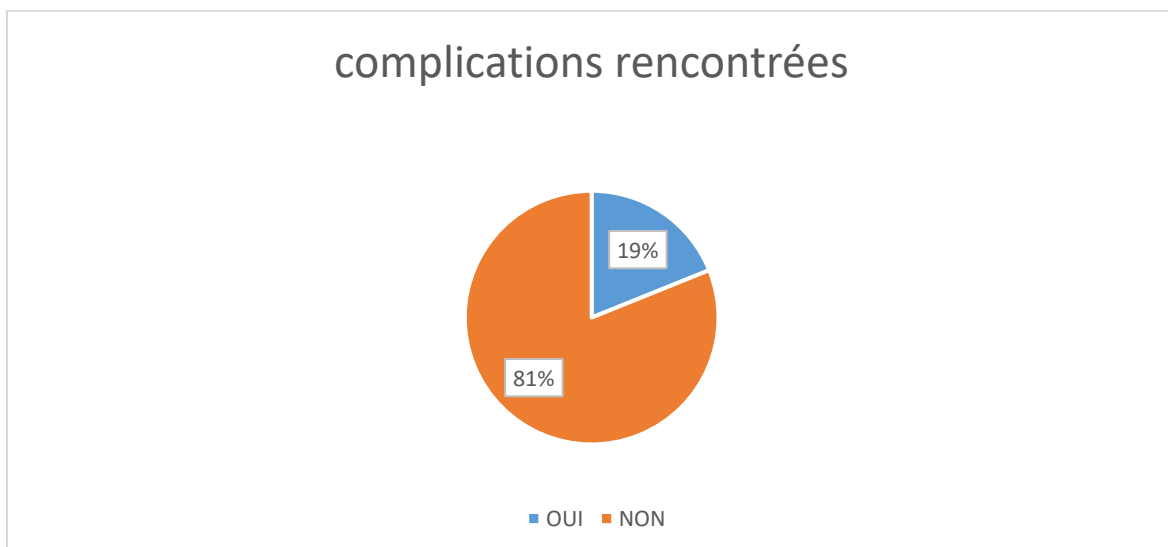


Les infections et l'infertilité (23,21 %), l'infertilité seule (21,43 %) sont des conséquences de l'excision à moyen et long termes citées par les enquêtés.

5.3.3 Connaissance des cas de complication de l'excision dans votre communauté

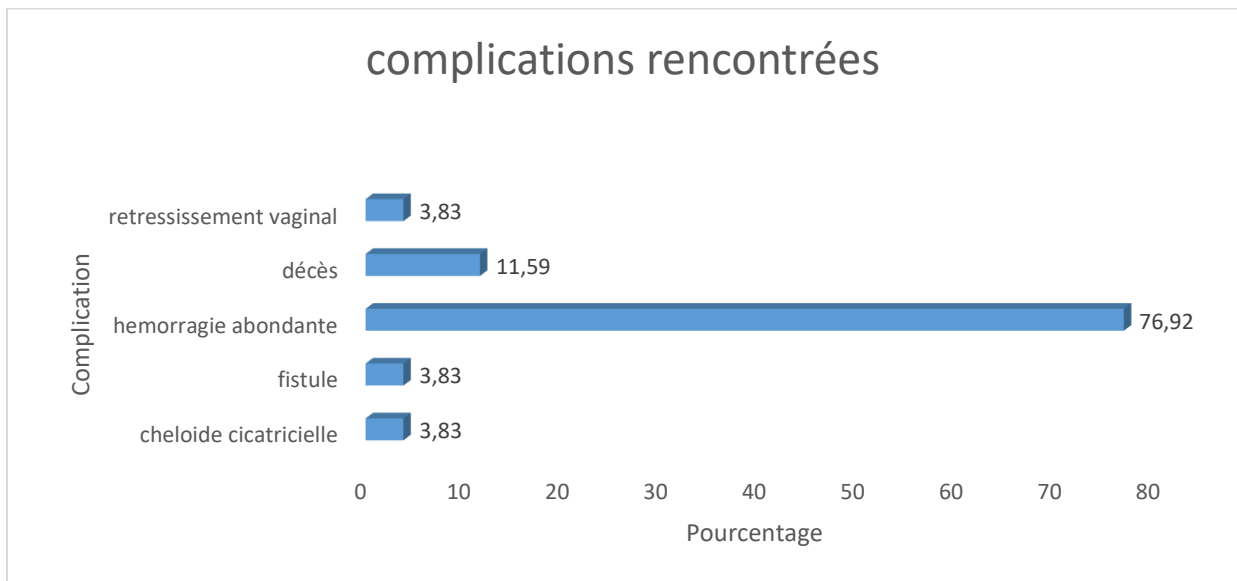
L'une des particularités rencontrées pendant cette étude est le fait que la plupart des enquêtés déclarent n'avoir pas vu de cas de complication lié à l'excision. Ils déclarent avoir entendu, mais jamais vu.

Figure XVII : Répartition des enquêtés selon qu'ils aient eu à faire face à des complications ou pas



Ils sont à 81 % à déclarer n'avoir jamais rencontré de complications dues à l'excision. Ceux qui ont eu à gérer les cas de complication représentent 19%.

Figure XVIII : Répartition des complications vécues par les enquêtés



Parmi les enquêtés qui ont eu à voir les cas de complication, 76,92 % parlent d'hémorragie, 11,59% de décès, etc...

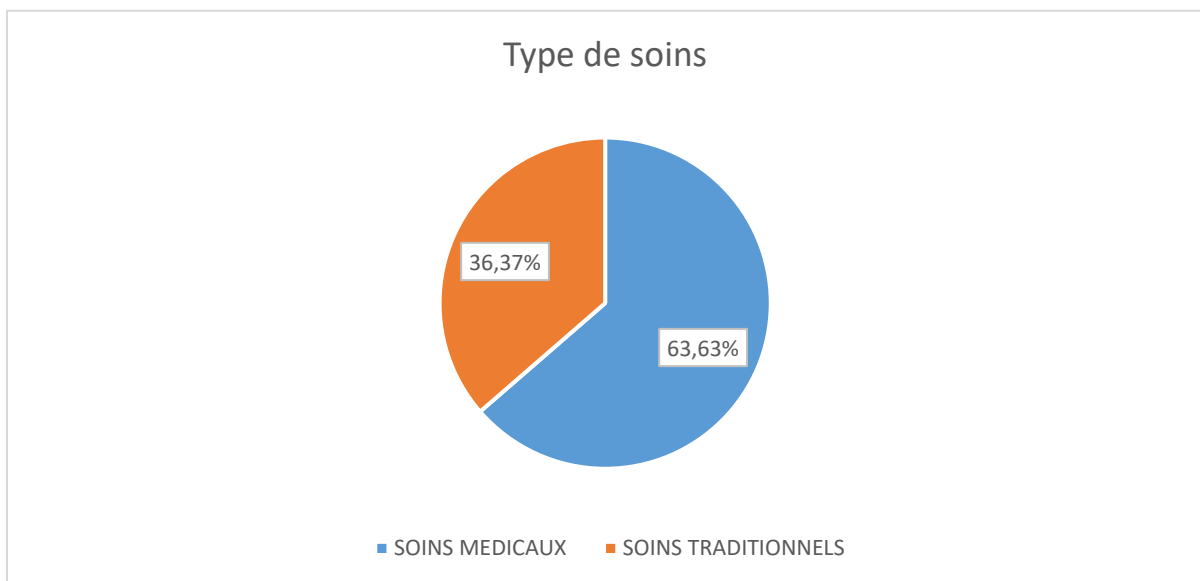


Figure XIX : Type de soins utilisés lors des complications

Face aux complications, le recours aux soins médicaux a été le plus souligné (63,63 %) et celui des soins traditionnels dont l'exciseuse même.

Contrairement aux enquêtés, les agents de santé gèrent fréquemment les cas de complication-
 « Le cas le plus fréquent, c'est ce qu'on appelle les kystes du clitoris. Il peut apparaître sur différentes parties de l'organe génital féminin ; mais le plus fréquent, c'est au niveau du clitoris. C'est là-bas qu'on fait l'excision pour ceux qui savent la faire. C'est juste une masse qui est là, une boule. Le contenu peut être liquide ou un peu solide et qui gêne le plus souvent

la femme. Il peut être de petite taille ou de grande taille. Quand c'est un kyste de grande taille, il ferme pratiquement quelque fois l'orifice de l'organe génital féminin. Donc, il devient gênant, c'est le cas le plus fréquent. »(EIA Agent de santé)

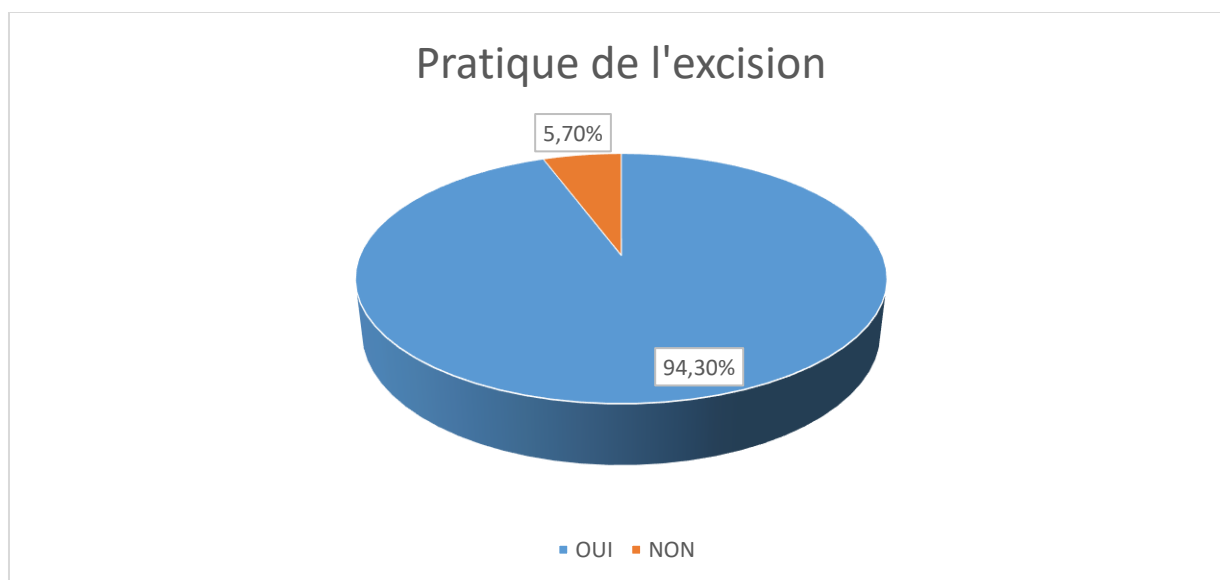
Le même agent poursuit en relatant un cas de complication qu'ils ont eu à gérer au centre de santé : « Il y a quelques mois de cela, nous avons eu un cas où, dans la chambre nuptiale, il y a deux ou trois jours où les choses ne se passaient pas bien. C'est un problème. Alors, on nous appelle pour nous dire, qu'on va vous envoyer une femme. Ce n'est qu'au quatrième ou le cinquième jour qu'on nous amène la femme. Effectivement la « porte » était fermée. Il a fallu faire une petite intervention pour l'ouvrir. Après cela, elle est rentrée chez elle. Puis elle est venue en contrôle après. Donc vous voyez, ce sont des conséquences aussi qui rendent impossible l'acte sexuel. Et lorsque la femme se marie, ça pose des problèmes au niveau de la chambre nuptiale. Souvent les parents cherchent à gérer d'abord, c'est quand ils constatent qu'il y a échec qu'on amène la femme au centre de santé » (EIA Agent de santé).

Egalement, une sage femme enquêtée a relaté le cas d'une petite fille de 7 ans dont les séquelles de l'excision avaient bouché l'orifice urinaire.

5.4 LA PRATIQUE DE L'EXCISION

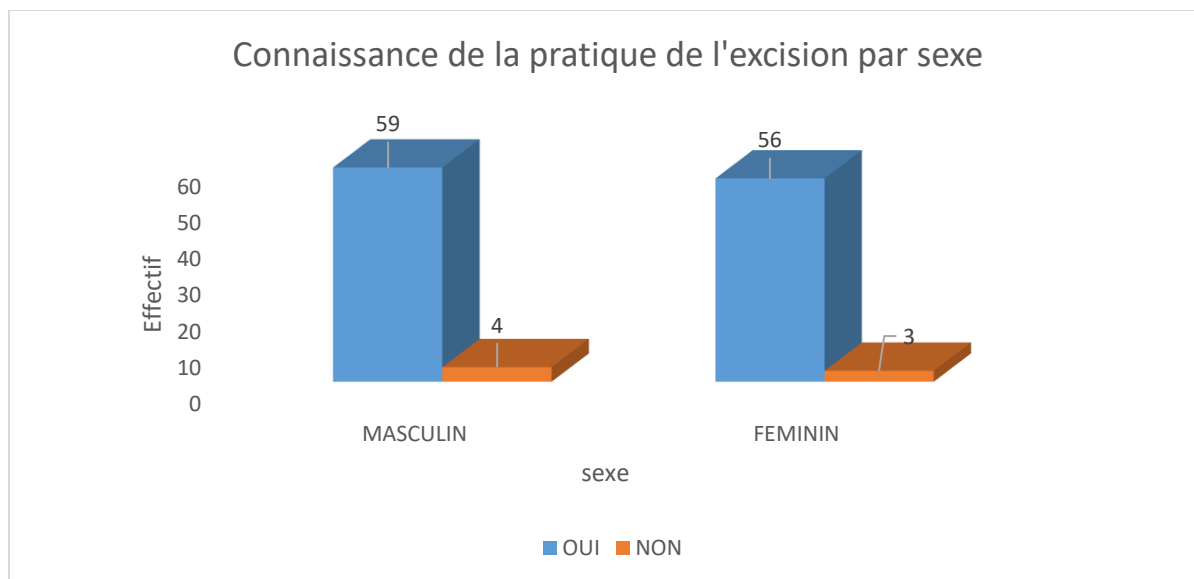
En tenant compte des propos des enquêtés, nous pouvons dire qu'il est rare, sinon difficile de rencontrer des femmes ou filles non excisées dans la zone de l'étude. Le graphique suivant donne la proportion selon les enquêtés.

Figure XX : Répartition des enquêtés selon la connaissance de la pratique de l'excision dans leur localité



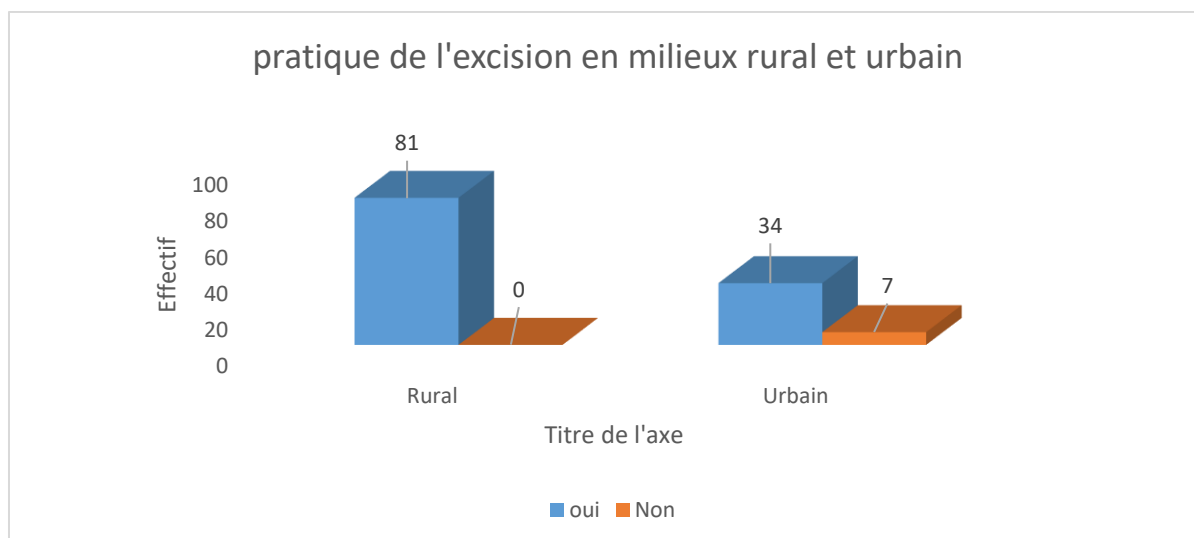
Plus de 94 % des enquêtés reconnaissent la pratique de l'excision dans leur localité.

Figure XXI : Répartition des enquêtés selon la connaissance de la pratique de l'excision par sexe



La pratique de l'excision est reconnue par la majorité des enquêtés des deux sexes.

Figure XXII : Comparaison de la pratique de l'excision en milieu rural et urbain :



Le graphique ci-dessus montre que dans le cercle de Sikasso, l'urbanisation ne semble pas assez changer les mentalités des populations sur la pratique de l'excision. Elle est pratiquée par les populations dans les deux milieux (rural et urbain).

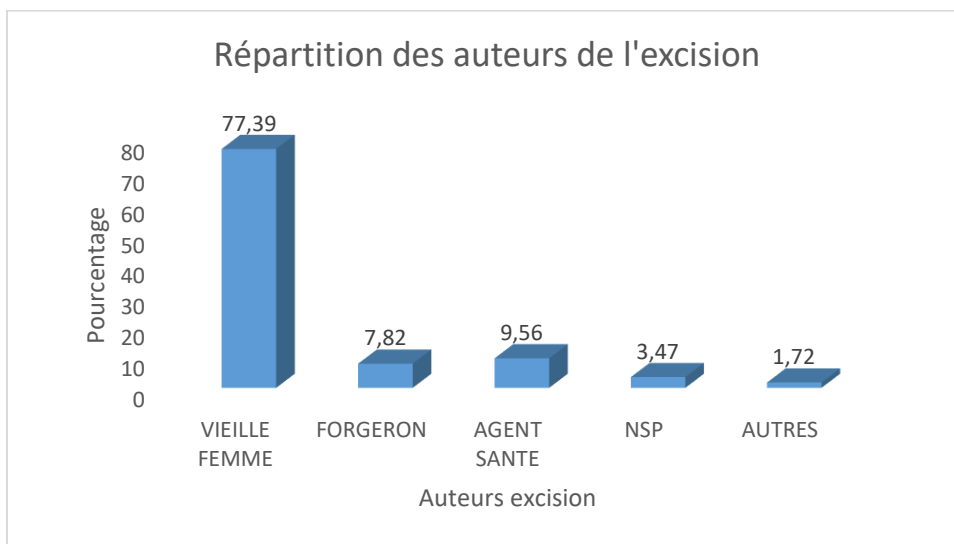
Cette vision être partagée en général au Mali où il y a pas de différence significative entre le milieu urbain et le milieu rural selon l'enquête MICS 2015. Cette enquête indique un taux de 84% de pratique de l'excision en milieu urbain et 82% en milieu rural. (MICS 2015).

Le même document montre (MICS 2015) que la prévalence des MGF/E est plus élevée dans les ménages plus riches (87%) que dans les ménages plus pauvres (64%). Il montre

également que plus de la moitié des filles de 0-4 ans ont déjà été excisées. Le pourcentage d'excisées parmi les filles de 5 à 10 ans est à 87%, et de 94% pour les filles de 10-14 ans. Les filles de moins de 10 ans sont par conséquent à grand risque d'être excisées avant d'atteindre l'âge de 15 ans.¹¹

La pratique des MGF/E est devenue ainsi une sérieuse préoccupation aussi bien pour le corps médical que pour les défenseurs des droits de l'homme, comme le montrent les articles de presse et qui demandent un positionnement clair des pays accueillant les femmes excisées. Par exemple, Roth-Bernasconi, dans la Tribune de Genève des 9-10 décembre 2006 affirme : « Les mutilations sexuelles féminines accentuent les inégalités dont sont victimes les jeunes filles et les femmes dans les communautés où elles sont pratiquées »¹²

Figure XXIII : Répartition des auteurs de l'excision



Pour les enquêtés désignent à 77,39%, les vieilles femmes comme principales actrices de l'excision dans la communauté.

Une frange non négligeable d'enquêtés (9,56%) désigne les agents de santé comme auteurs de l'excision de leurs filles.

La même dénonciation est faite par les enquêtés lors des entretiens. « *une semaine après la naissance, les femmes retournent avec les filles là où elles sont nées pour les exciser.* » (**chef de village**). « *Il y a des cliniques qui se font de l'argent dans l'excision ici* » (**Focus_Group homme_Wayerma 1**)

L'implication des agents de santé est aussi indiquée dans l'EDSM VI. Selon cette source, pour les filles de 0-4 ans, les personnels de santé (sage-femme/infirmier, médecin) sont cités comme ceux qui ont procédé à leur excision respectivement : 1,5% pour les professionnels de

¹¹ MICS 2015

¹² Tribune de Genève, 2006

santé ; 0,8% pour les sage-femmes/infirmiers et 0,2% pour les médecins¹³. Ces données confortent les résultats de l' étude qui trouve également que les agents de santé sont toujours cités comme acteurs de l'excision dans le cercle de Sikasso.

Ce qui reste vrai et indéniable dans le cercle de Sikasso, l'excision est pratiquée par les différentes communautés et de façon fréquente. A en croire les enquêtés (entretiens) pratiquement toutes les filles sont excisées et ce sont les vieilles femmes et les forgeronnes qui restent les exciseuses principales.

« Je sais que l'excision se pratique ici et chacun la pratique selon ses convictions. Certains la font dans l'optique religieuse, d'autres pour respecter la tradition, certains mêmes la pratiquent parce que les autres le font. » (**EIA Elu communal**)

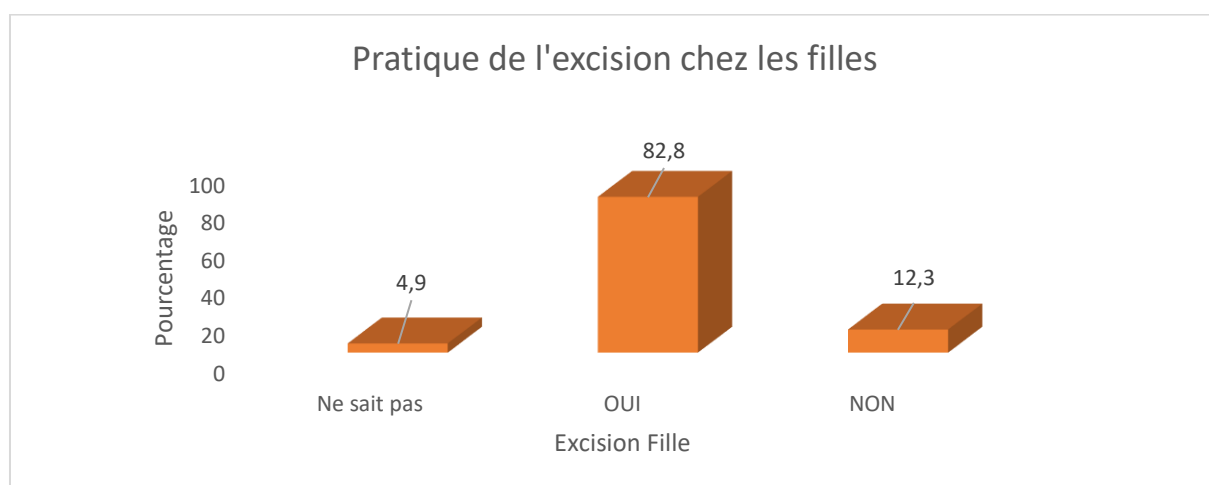
Dans les temps anciens, l'excision se faisait en groupe et était l'objet de cérémonies festives dans les villages. Actuellement elle se fait individuellement et même en cachette. Les rituels et les festivités qui l'accompagnaient ont été abandonnés ; ce qui reste c'est l'acte de mutiler les filles.

Prévalence de l'excision dans la zone de l'étude

La prévalence de l'excision chez les filles pendant cette étude a été estimée en fonction des réponses données par les parents et cela, suivant la question ci-après : *Vos filles sont-elles excisées ?*

Pour les femmes, la prévalence a été établie à partir de la question suivante : *dans votre ménage y a-t-il des femmes non excisées ?*

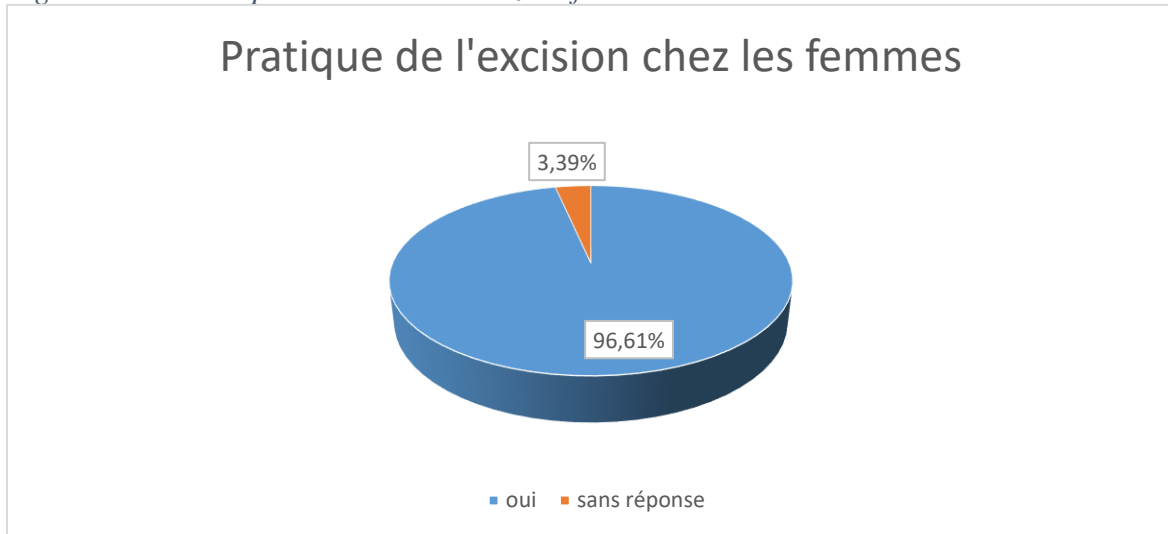
Figure XXIV : Prévalence de l'excision chez les filles



Les filles sont excisées dans 82,8 % des cas selon les déclarations des enquêtés.

¹³ EDSM VI 2018

Figure XXV: Pratique de l'excision chez les femmes

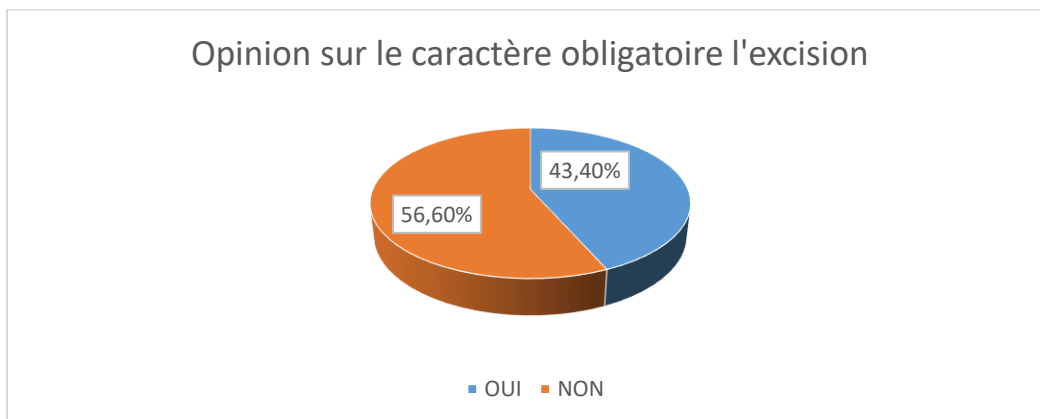


Parmi les femmes enquêtées, plus de 96 % ont affirmé que les femmes de leur ménage sont excisées contre 3 % qui sont restées sans réponse. Ce qui signifie qu'elles sont à 96,61% excisées.

Les Mutilations Génitales Féminines/l'excision est la violence basée sur le genre la plus répandue au Mali avec un taux de 83% des femmes âgées de 15-49 ans ayant subi cette violence (MICS 2015). Quant aux filles âgées de 0 à 14 ans, 76% ont été excisées, le taux variant de 90% dans la région de Kayes à moins 1% de la région de Gao (MICS 2015).

5.5 caractère obligatoire de l'excision

Figure XXVI : Répartition des enquêtés selon leur opinion sur l'obligation ou non de l'excision



Plus de la moitié des enquêtés (56,6 %) pensait que l'excision n'est pas une obligation dans leur localité.

Les enquêtés qui pensent que l'excision est obligatoire, arguent lors des entretiens que c'est une pratique ancestrale et une prescription religieuse qu'il faut perpétuer. Ils estiment qu'une femme non excisée est impure et sexuellement insatiable, par conséquent infidèle au foyer. De peur de ces mauvaises perceptions sur les non excisées, les parents préfèrent exciser leurs filles pour les mettre à l'abri de la stigmatisation. Un des enquêtés a illustré son propos en

donnant un exemple sur une fille qui s'est faite excisée elle-même pour échapper aux moqueries de ses copines.

« Un cas est arrivé à la fille d'une connaissance. Elle vivait avec un garçon dont elle est tombée enceinte. Au moment de l'accouchement, la maman du garçon et son amie l'ont accompagnée à la maternité. Sur la table d'accouchement, elle a vu que la fille n'était pas excisée. Elle en a fait un scandale et est rentrée à la maison avant la naissance de l'enfant en disant qu'elle déteste cet enfant qui est issu d'une femme non excisée. » **(Focus Femme Fama)**

Un autre enquêté relate l'histoire d'une fille qui fréquentait le même lycée que sa fille. « Tous les garçons du lycée profitaient sexuellement de la fille parce qu'elle n'était pas excisée. » . Il termine son propos en disant qu'aucun de ses enfants ne va épouser une fille non excisée ; car si une femme n'est pas excisée, les autres femmes vont se moquées d'elle et cela est une honte chez nous ici.

5.6 Les raisons de l'excision :

Plusieurs raisons justifient la pratique de l'excision au Mali. Ces raisons ont des fondements sociaux.

Les pages qui suivent présentent quelques raisons de la pratique des MGF :

a) Le passage du statut de fillette à celui de femme

Par le rite de l'excision, il s'agirait, entre autre, d'initier les jeunes filles à devenir des femmes, d'assurer leur insertion sociale et de maintenir la cohésion sociale (UNICEF, 2007). Traditionnellement, l'excision permettait le passage du statut de jeune fille à celui de femme adulte, de l'impubère à la femme pubère. Toutefois, de nos jours, la pratique se fait également sur les nouveaux-nés. Ainsi Diallo, dans l'Humanité Hebdo (1999), nous affirme : Quelque soit l'origine de ce geste, l'immense majorité de ceux qui le perpétuent ignorent l'interprétation qu'en donnaient leur ancêtres. Non seulement plus personne ne se souvient des mythes originels, mais la pratique est de plus en plus vidée de sa raison d'être socioculturelle.

Traditionnellement, l'excision constituait un rite de passage entre l'enfance et l'âge adulte ; or aujourd'hui, en milieu urbain, on va jusqu'à exciser les nourrissons tandis que l'âge moyen dans les campagnes est tombé à douze ans. La période de retraite et les chants initiatiques qui transmettaient les principes moraux et les interdits de la communauté aux jeunes filles ont pratiquement disparu. Ce qui donnait lieu à une fête collective devient, en ville surtout, une pratique individualisée, voire médicalisée. (p.55).

b) L'intégration dans la société malienne

Au Mali, l'excision des jeunes mariées apparaît généralement comme un facteur d'acceptation dans la belle famille. En effet, l'entourage et surtout la belle famille disposent d'une force importante dans la communauté malienne. Le régime polygamique étant accepté et répandu au Mali, le critère d'excision, est alors plus important.

Au plan social, pour éviter le rejet de la communauté, l'excision confère une marque d'honorabilité aux femmes. Une fille ne peut être considérée comme membre de la communauté que si elle a subi l'excision ; sinon, elle sera très mal vue au sein de sa propre famille et de sa belle-famille. Elle aura de la peine à trouver un mari. La plupart des parents, en continuant ces pratiques, n'agissent pas en pensant faire du mal à leurs enfants ; bien au contraire, ils souhaitent avant tout faciliter l'intégration sociale de leur petite fille (Welcome akwaba, Bienvenue Karibu dans l'univers des belles lettres africaines, 2007, 4 avril) (Diallo, 1997, p. 17).

c) La purification

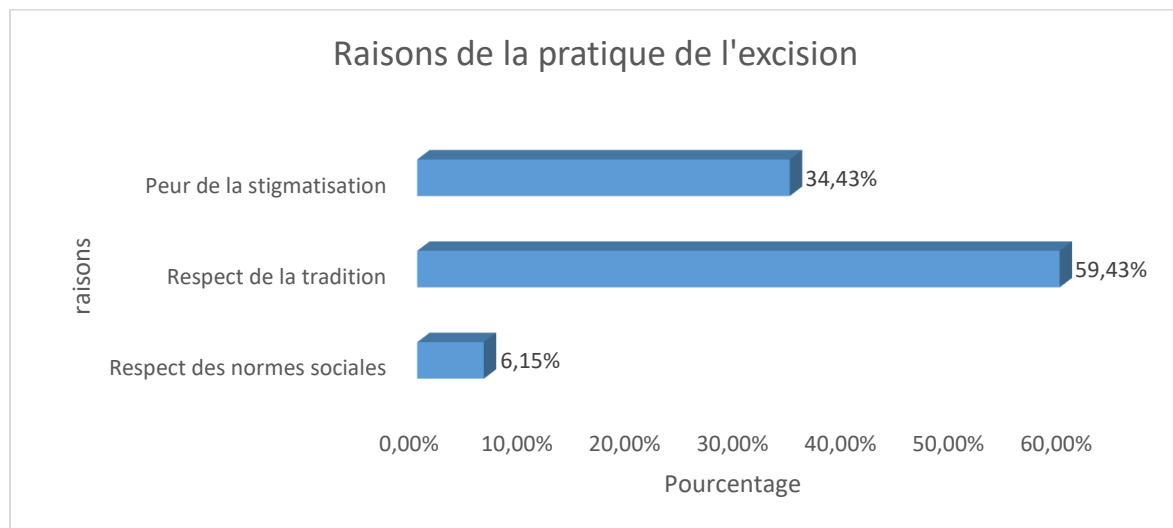
L'excision est aussi justifiée comme étant un élément de purification (en bambara : *selidji*), ce qui signifie les « ablutions nécessaires à l'acceptation de la prière ». En effet, la présence du clitoris est sujette à des jugements qui argumentent la pratique de l'excision. D'une part, le clitoris serait considéré comme un organe sale, une source de problème au moment de l'accouchement en lien avec la sortie du nouveau-né et un handicap lors des rapports sexuels ; d'autre part, le clitoris peut être porteur de malheur pour la jeune fille.

d) La fidélité envers l'époux et le contrôle de la sexualité

Dans les communautés d'ethnies Sarakolé, dans lesquelles les hommes voyagent beaucoup, l'excision est un prétexte pour contrôler la sexualité des jeunes femmes mariées et, en même temps, leur éviter d'avoir des relations extraconjugales. Notons que, pendant l'absence des l'époux, les femmes sont obligées de rester dans leur belle-famille ; de ce fait, elles sont sous la responsabilité des belles-mères.

Plus spécifiquement, la figure ci-dessous présente les raisons de la pratique des MGF/E dans les zones d'enquête.

Figure XXVII : Les raisons avancées par les enquêtés pour justifier la pratique de l'excision



Le graphique ci-dessus fait ressortir également le respect de la tradition et la peur de la stigmatisation qui sont les principales raisons de la pratique de l'excision avancées par les enquêtés.

❖ Religion et excision

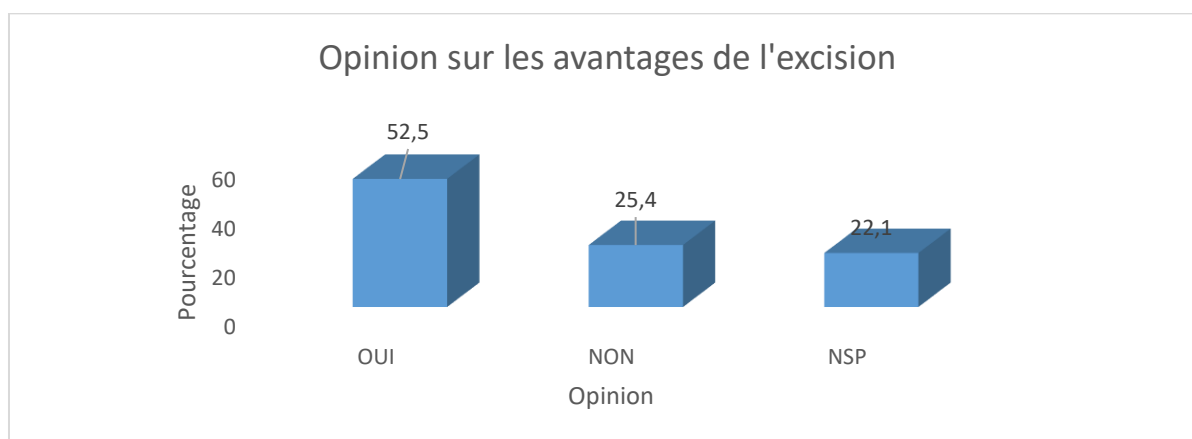
L'étude a permis de rencontrer des leaders religieux surtout musulmans. Ils sont en majorité fervents défenseurs de la pratique de l'excision et restent inflexibles par rapport à leur position. Ils pensent que l'excision permet de purifier la femme mais qu'il faut la faire de façon raisonnée. Beaucoup d'entre eux trouvent que l'excision permet à la femme de rester fidèle à son mari ce qui est recommandé par l'islam. « *l'excision permet de réduire le désir sexuel de la femme. Cela lui permet d'être stable dans son foyer ; toute chose prônée par l'islam.* » (E.I.Iman Wayerma)

Certains responsables communautaires trouvent que les leaders musulmans se réservent de parler d'excision. Ils préfèrent ne pas en parler pour éviter d'être traités à la solde des blancs et désavoués par la communauté.

Cependant, à Fama (commune urbaine de Sikasso) l'avis est autre. Il y a un imam qui pense que si l'excision a des conséquences et que cela soit confirmé par la médecine, il faut l'arrêter. Il trouve que l'islam n'est pas en déphasage avec la médecine. Il donne l'exemple de quelqu'un qui veut aller en pèlerinage à la Mecque ; si les services médicaux attestent qu'il n'est pas apte, l'islam l'interdit d'y aller. Lui, il ne comprend pas que la médecine découvre que l'excision ait des conséquences pour la femme et que le musulman essaye de la perpétuer. Dieu dit « d'aller chercher la connaissance » alors si cela est le fruit de la connaissance, pourquoi ne pas l'abandonner.

5.7 Avantages de l'excision

Figure XXVIII : Opinion des enquêtés sur les avantages de l'excision



Dans l'enquête quantitative, 52,5 % des enquêtés trouvent que l'excision a des avantages. 25,4% trouvent le contraire et 22,1% ne se sont pas prononcés.

La même idée est avancée par les enquêtés lors des entretiens. Les avantages cités résident essentiellement dans le contrôle de la sexualité de la femme. « *Il faut diminuer le clitoris de la*

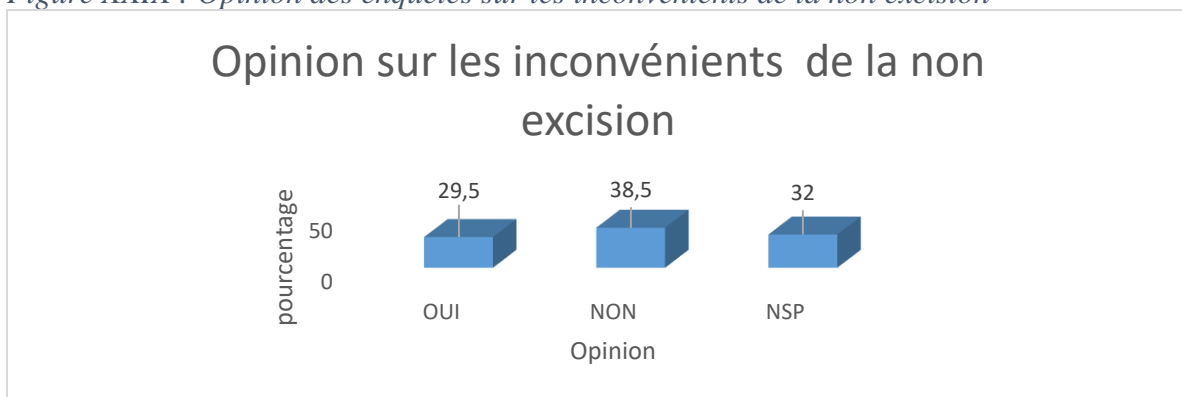
fillette, sinon en grandissant, elle ne pourra pas se contrôler sur le plan sexuel. »(EIA Chef de village)

D'autres idées erronées sont entretenues dans les deux milieux comme avantages de l'excision. Il s'agit entre autres de : la facilité du rapport sexuel, la facilité d'accouchement et la purification de la femme. « *Une fille non excisée est considérée comme sale.* »

5.8 Inconvénients de la non excision

La majorité des enquêtés trouvent que la non excision a plus d'inconvénients que l'excision. Le graphique ci-dessous donne l'illustration.

Figure XXIX : Opinion des enquêtés sur les inconvénients de la non excision

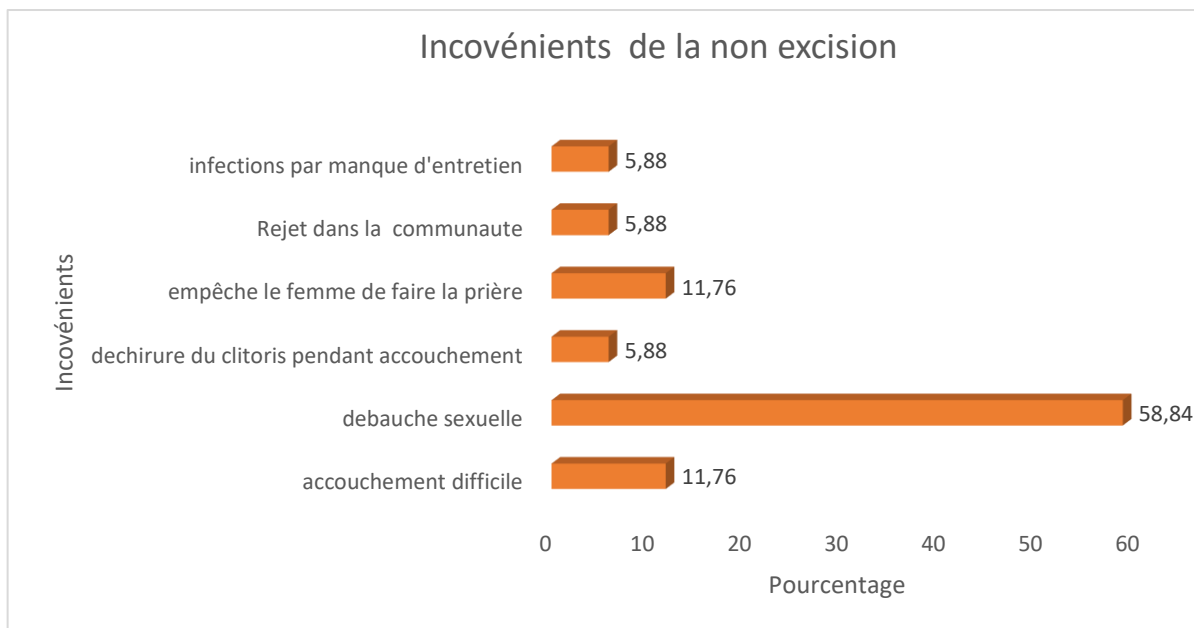


Dans l'ensemble, 38,5% des enquêtés avouent que la non excision n'a pas d'inconvénients contre 29,5 % qui trouvent le contraire.

Cependant une frange importante des enquêtés n'ont pas voulu se prononcés. Ils représentent 32% de l'échantillon.

Pendant les entretiens, les mêmes points de vue ont été soutenus.

Figure XXX : Les inconvénients de la non excision cités par les enquêtés dans la communauté

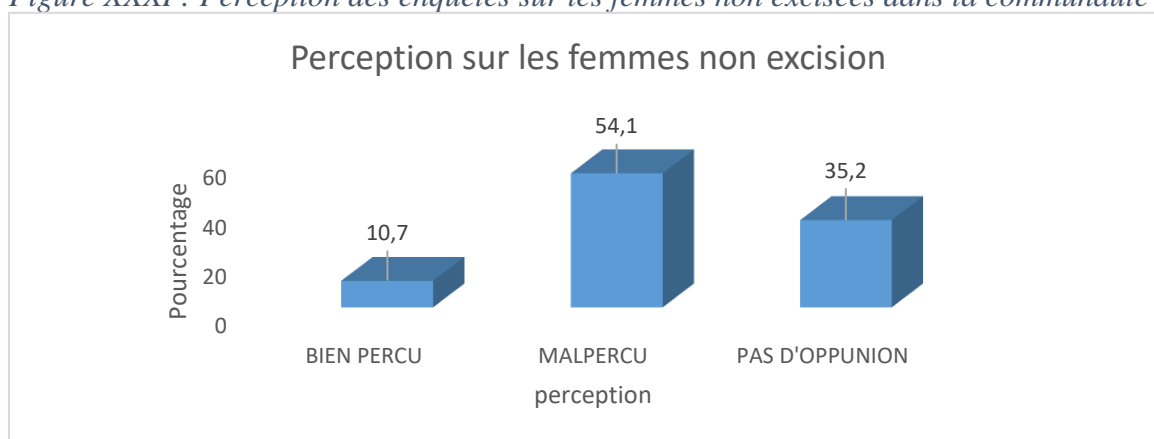


La débauche sexuelle a été citée comme le principal inconvénient de la non excision dans la communauté.

5.9 PERCEPTION SUR LES NON EXCISEES :

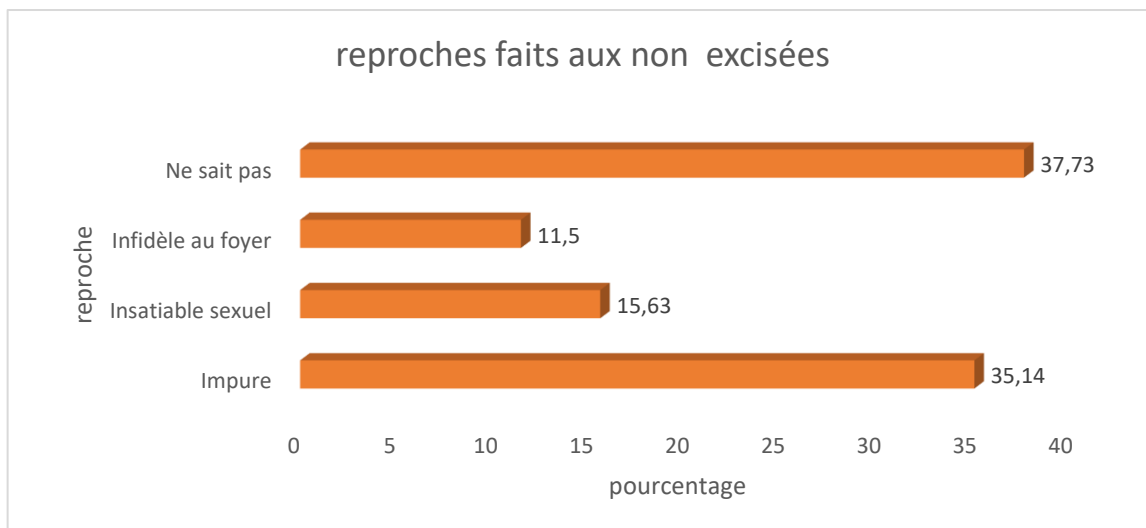
La perception est l'idée que la personne se donne d'un phénomène, d'une situation. Dans le cadre de cette étude, il a été fait cas de la perception que les populations ont sur les non excisées. Les données ci-dessous donnent les différentes perceptions recueillies.

Figure XXXI : Perception des enquêtés sur les femmes non excisées dans la communauté



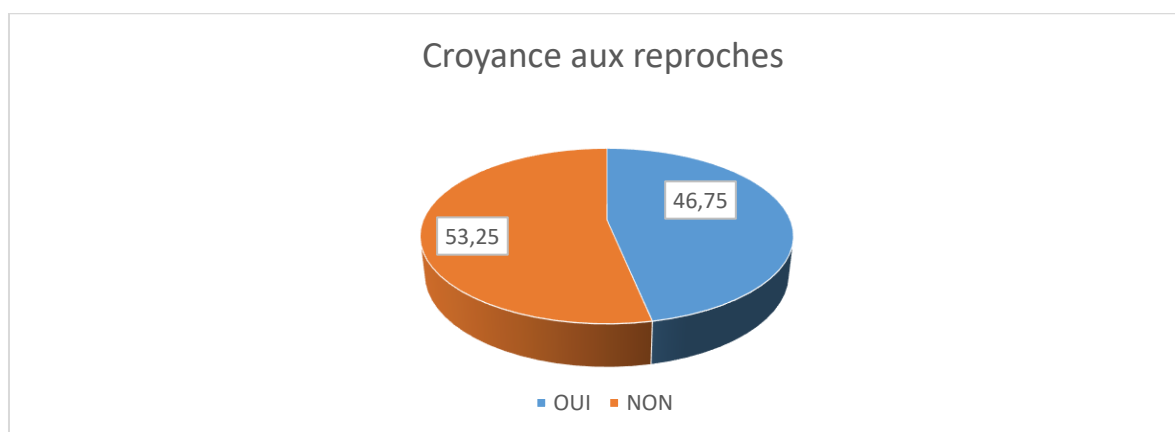
Dans la plupart des cas (54,1%) affirme que la femme non excisée est mal perçue dans la communauté.

Figure XXXII : Reproches faits aux femmes non excisées selon les enquêtés dans la communauté



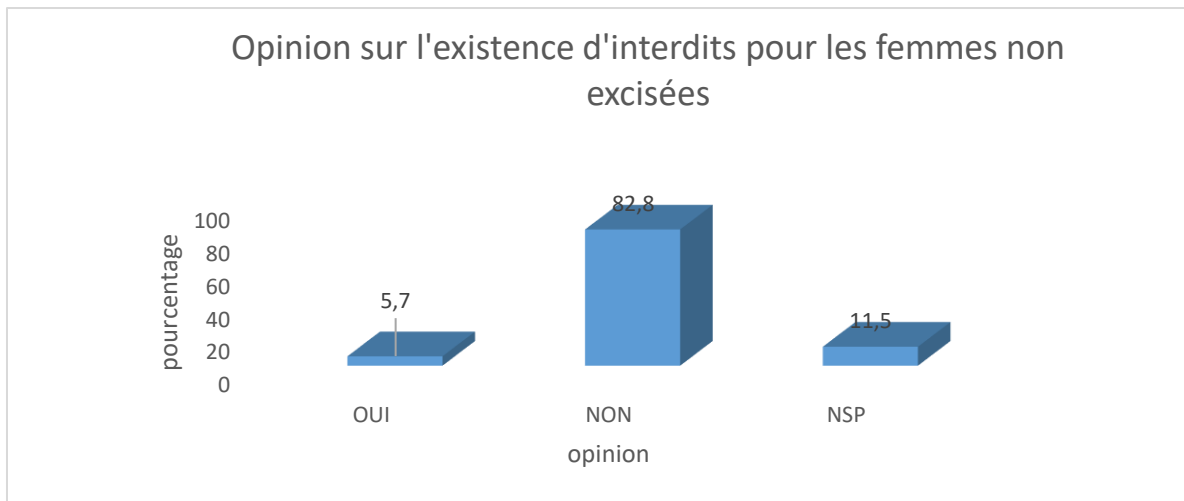
La majorité des enquêtés n'ont pas voulu se prononcer sur les reproches à l'endroit des non excisées (37,73%). Ceux qui se sont prononcés les traitent d'impures et d'insatiables sexuelles.

Figure XXXIII : Répartition des enquêtés selon la croyance aux reproches faits aux femmes non excisées



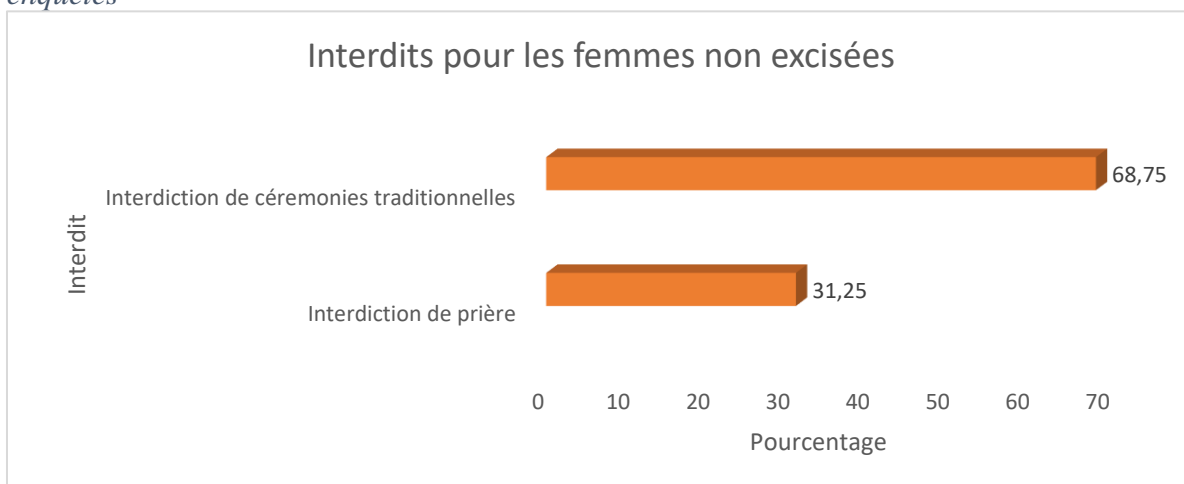
Plus de la moitié des enquêtés ont déclaré ne pas croire aux reproches faits aux femmes non excisées.

Figure XXXIV : Répartition des enquêtés selon leur opinion sur l'existence d'interdits pour les femmes non excisées



Selon les constats, il y a peu d'interdits (5,7 %) dans la communauté qui concernent les femmes non excisées.

Figure XXXV : Les interdits pour les femmes non excisées dans la communauté selon les enquêtés



*Cérémonies traditionnelles : rituels du mariage traditionnel, encadrement de nouveaux mariés

Parmi les interdits aux femmes non excisées, certaines cérémonies traditionnelles telles que les rituels du mariage traditionnel, et l'encadrement de nouveaux mariés étaient les principaux interdits.

En résumé, les populations enquêtées pensent que l'excision est obligatoire car c'est une pratique qui est là depuis des temps immémoriaux donc qu'il faut perpétuer. Elle est une bonne chose car purifie la jeune fille et la différencie du garçon. Les femmes non excisées ne sont pas bien perçues dans la communauté et font l'objet de stigmatisation. Il leur est reproché d'être impures et sexuellement insatiables par conséquent infidèles au foyer.

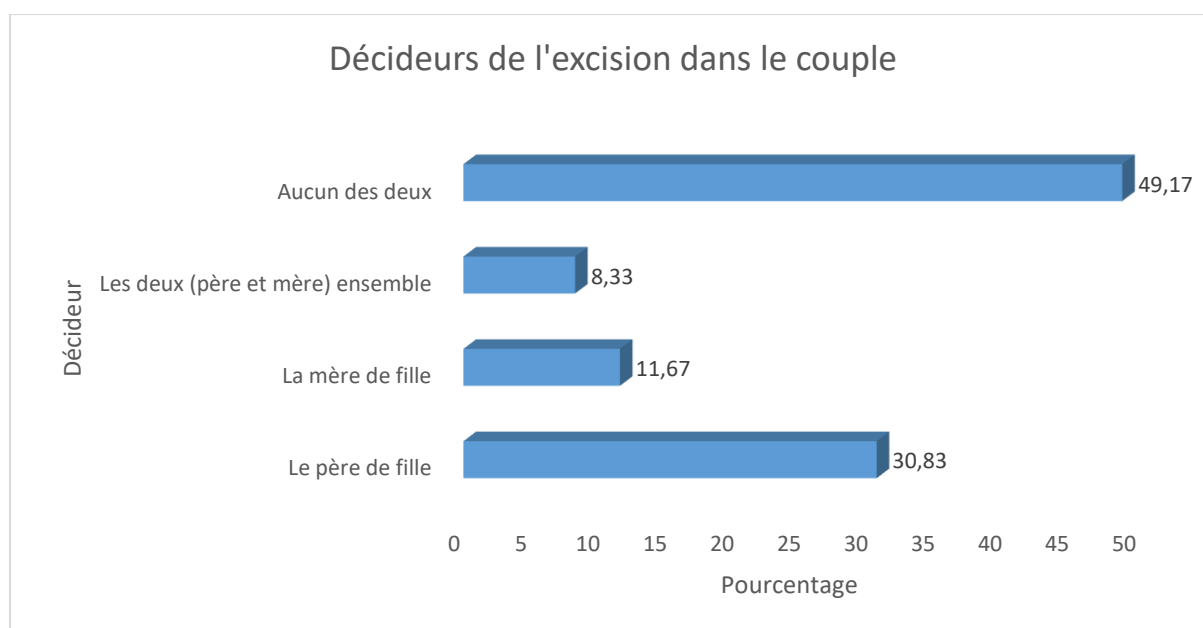
Peu d'interdits frappent les non excisées hormis certaines cérémonies comme les rituels du mariage traditionnel et l'encadrement des nouveaux mariés.

5.10 QUI DECIDE DE L'EXCISION ?

La décision de faire ou ne pas faire exciser une fille ne revient généralement pas à une seule personne. Le mécanisme de prise de décision peut impliquer les membres de la famille ou aussi les membres du village entier selon les communautés et le milieu rural ou urbain. Cependant, dans tous les milieux confondus, les femmes, mères, grand-mères et parfois tantes, jouent le rôle principal dans l'organisation de l'excision et des éventuelles festivités.¹⁴

En général, dans les zones investiguées du cercle de Sikasso, les décisions d'exciser des filles viennent des femmes (grand-mères ou mères), les hommes n'ont seulement qu'une voie consultative et souvent ne sont même pas informés.

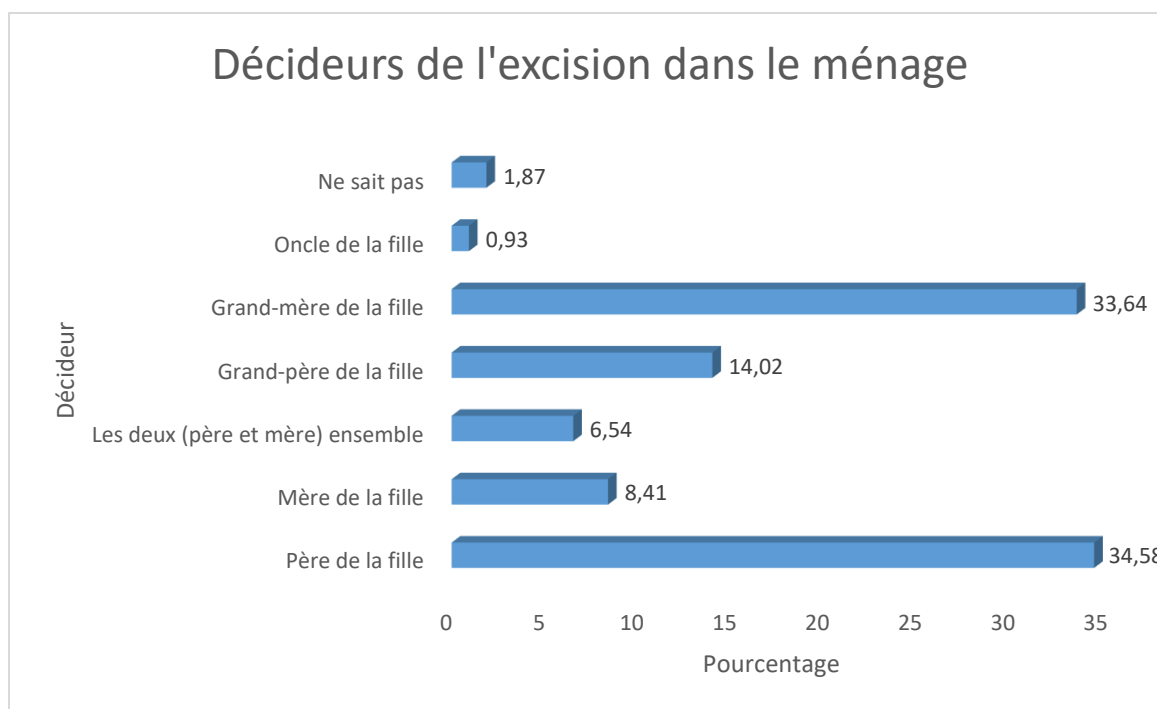
Figure XXXVI : Les décideurs de l'excision dans le couple selon les enquêtés



Dans le couple, la décision d'exciser la fille ne dépend ni du père ni de la mère dans plus de 49 % des cas.

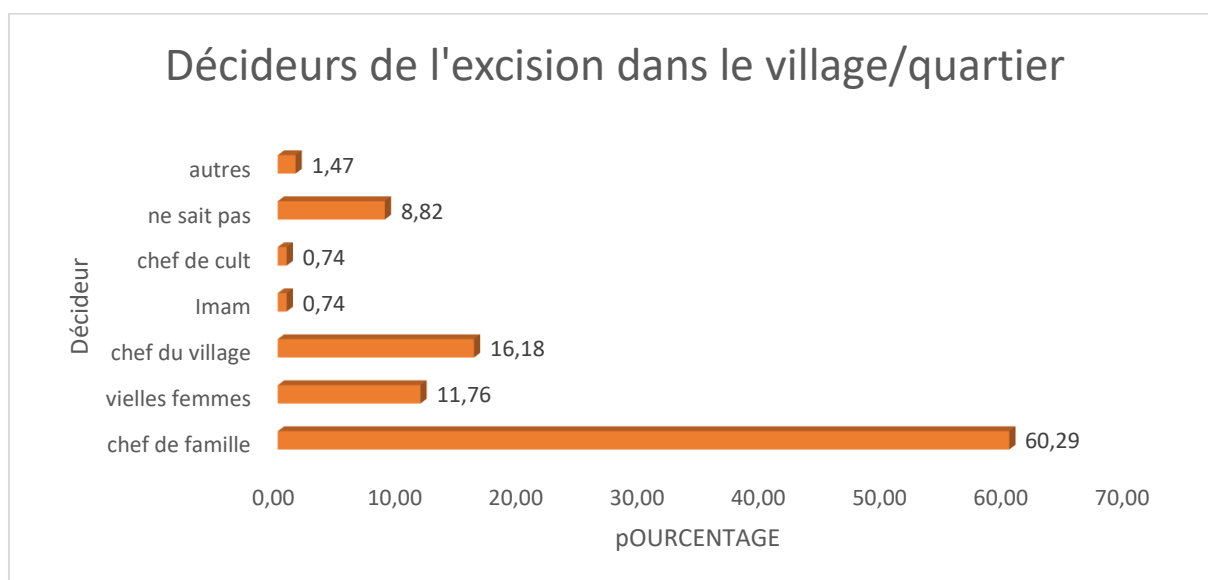
Figure XXXVII : Les décideurs de l'excision dans le ménage selon les enquêtés

¹⁴ PNLE, *Enquête nationale sur le phénomène de l'excision au Mali. Rapport de Synthèse*, 2009



Dans le ménage, la décision d'exciser la fille est prise généralement par la grand-mère. Elle informe le père de la fille, mais dont l'avis ne compte pas. Il est informé pour la prise en charge des dépenses éventuelles.

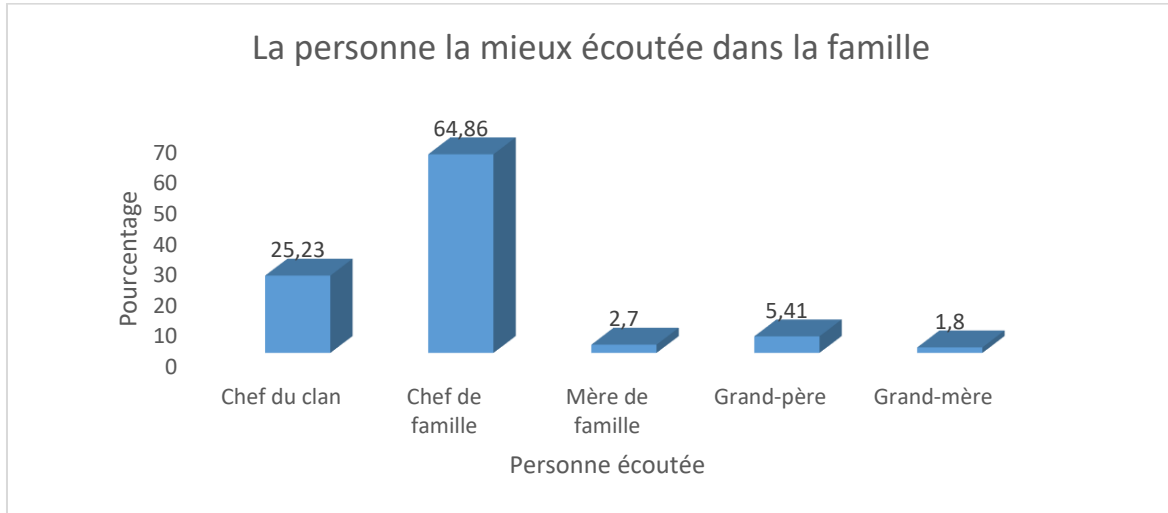
Figure XXXVIII : Les décideurs de l'excision dans le village/ quartier selon les enquêtes



Autrefois, la décision d'exciser les filles du village se prenait par les chefs de famille en conseil de village. En ce moment c'était une cérémonie festive pour le village et les filles étaient excisées en groupe qui constituaient les classes d'âge. Aujourd'hui, ce rassemblement ne se fait plus. Chaque famille est libre dans la prise de décision d'exciser ses filles. Pour cela, ce sont les chefs de famille qui décident. C'est ce qui ressort du graphique ci-dessus. Au

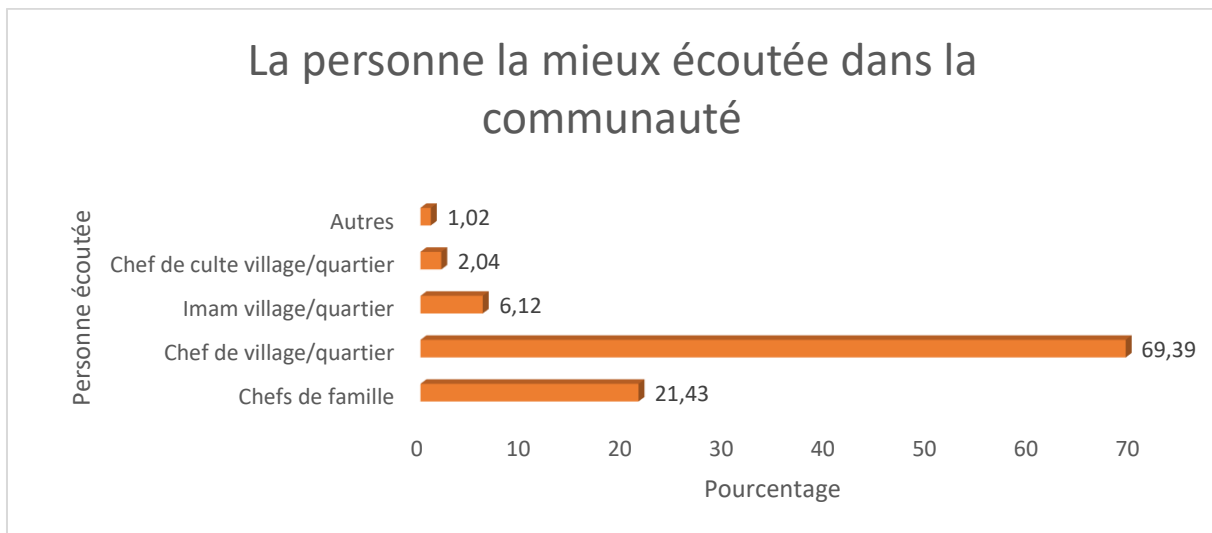
niveau village/quartier, ce sont les chefs de famille qui décident majoritairement de l'excision des filles.

Figure XXXIX : La personne la mieux écoutée dans la famille selon les enquêtés



Dans les familles, les chefs de famille sont les mieux écoutés et sont à la base de la prise de plusieurs décisions.

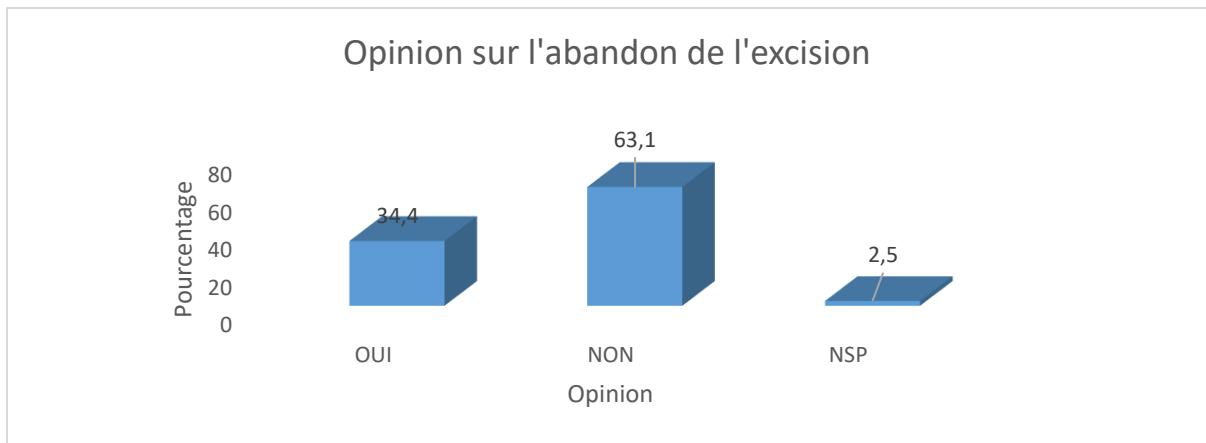
Figure XL : La personne la mieux écoutée dans la communauté selon les enquêtés



*Autres : leader des jeunes

Dans la communauté, le chef de village/quartier et les chefs de famille sont les mieux écoutés. Il a le pouvoir décisionnel et dissuasif.

Figure XLI : L'opinion des enquêtés sur l'abandon de l'excision

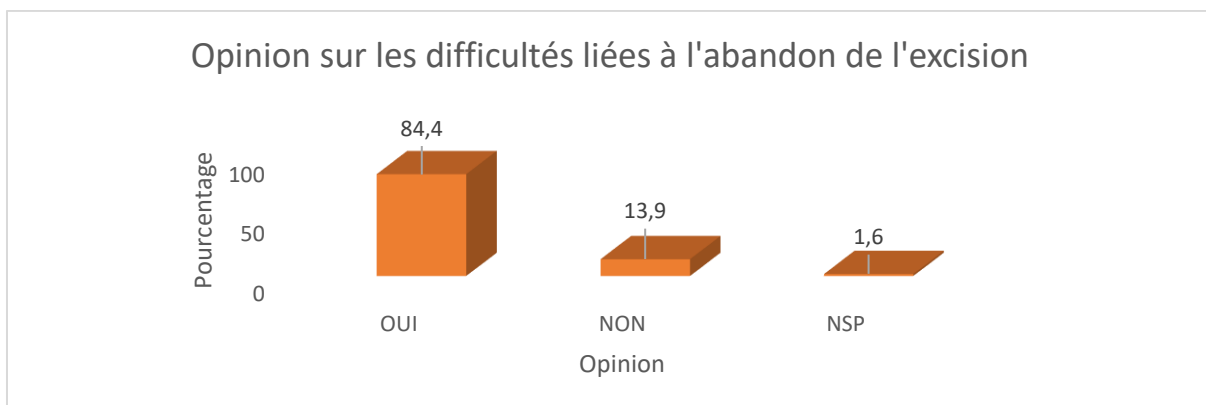


L'abandon de l'excision a été majoritairement rejeté par les enquêtés à 63,1 % dans les zones investiguées dans le cercle de Sikasso.

Dans ce même ordre d'idées, une comparaison des données de la MICS de 2010 et celles de 2015 montrent que dans les régions où les MGF sont très répandues, il n'y a pas eu de changement significatif dans les attitudes envers cette forme de VBG. Par contre pour les régions de Tombouctou et de Gao, où les MGF sont moins ou peu pratiquées, le taux d'approbation pour la continuation des MGF est passé respectivement de 39% à 6% à Tombouctou et de 72% à 30% à Gao parmi les femmes enquêtées. Cette augmentation significative peut être due à certains facteurs comme le déplacement massif des populations durant la période d'occupation de la partie nord du pays par différents groupes islamistes. Mais également à des questions méthodologiques (par exemple au niveau de l'échantillon dû aux déplacements des populations, difficulté d'accès etc.). (MICS 2015).

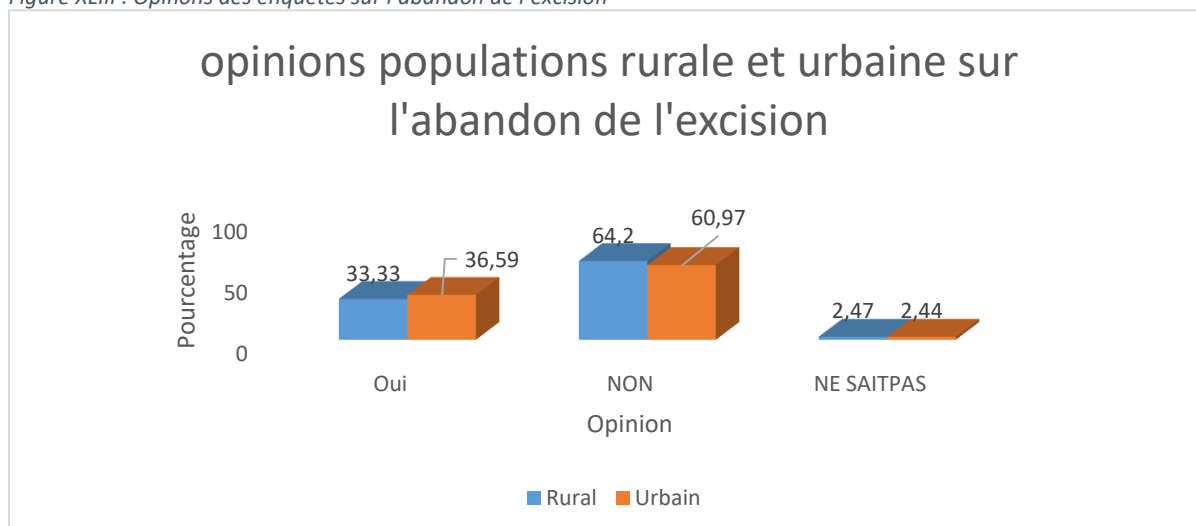
5.11 Difficultés liées à l'abandon de l'excision

Figure XLII : Opinion des enquêtés sur les difficultés liées à l'abandon de l'excision



Plus de 84 % des enquêtés pensent qu'il y a des difficultés liées à l'abandon de l'excision. Cette vision est la même dans les deux milieux (urbain et rural).

Figure XLIII : Opinions des enquêtés sur l'abandon de l'excision



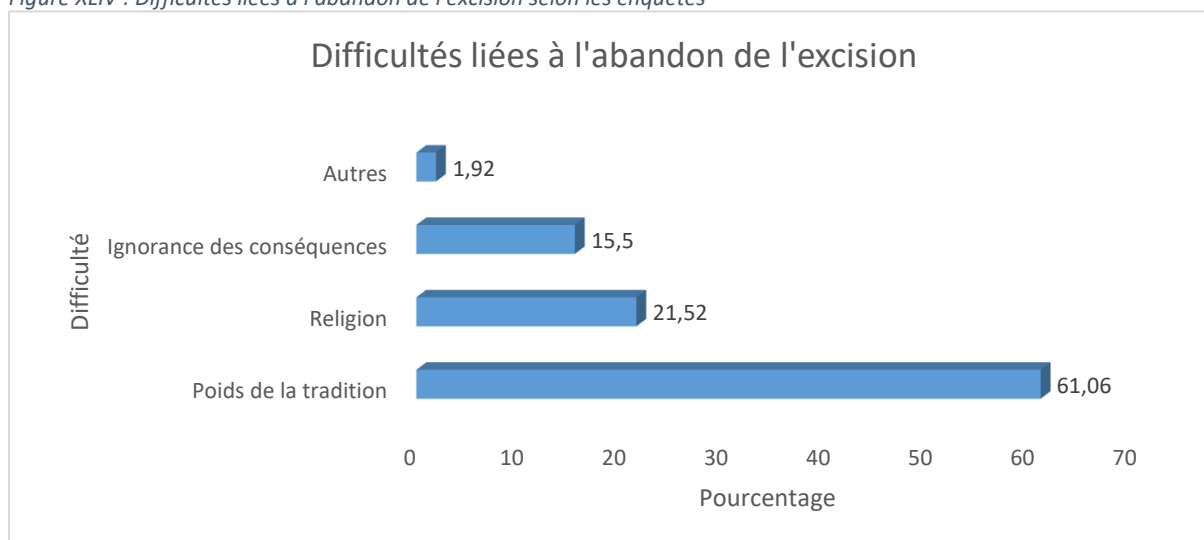
De façon générale, les populations (rurale/urbaine) ne sont pas prêtes à abandonner l'excision. En milieu rural 64,2% des enquêtés ne sont pas pour l'abandon contre 33,33% qui déclarent être favorables à l'abandon. De même, en milieu urbain, 60,97% des enquêtés sont contre l'abandon de l'excision contre 36,59% qui sont pour son abandon.

La même tendance est ressortie dans les discussions et les raisons fondamentales évoquées sont la coutume, la tradition, la religion et le tout sous la peur de la stigmatisation. « *Nous voulons que l'excision se pratique dans notre quartier, parce que c'est une tradition de nos ancêtres.* » (**Focus_femmes Fama**)

« *La religion n'est pas contre l'excision, parce qu'elle permet de réduire l'envie sexuelle de la femme, chose qui permet de la maintenir sur place* » (**Imam Wayerma1**)

5.12 Difficultés liées à l'abandon de l'excision selon les enquêtés

Figure XLIV : Difficultés liées à l'abandon de l'excision selon les enquêtés



Le poids de la tradition et la religion constituent les difficultés majeures dans l'abandon de la pratique de l'excision.

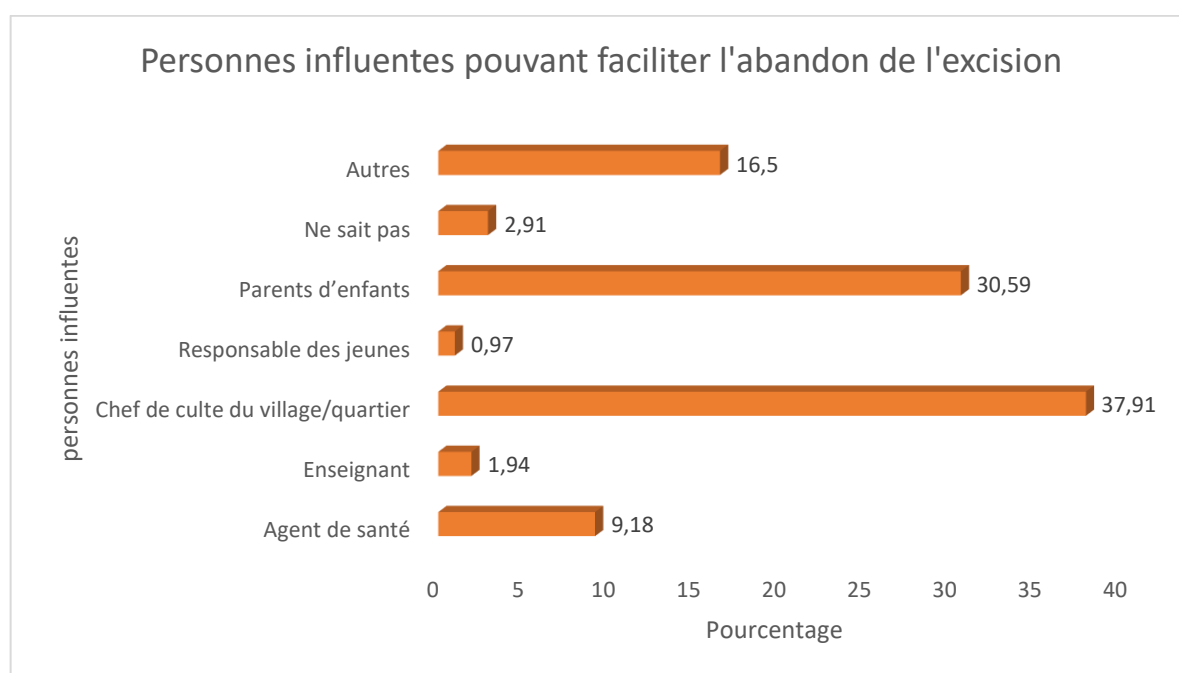
D'après un chef de village enquêté, il n'est pas imaginable de laisser les filles non excisées. C'est une coutume que nous avons hérité de nos ancêtres. Nous souhaitons continuer la pratique sauf si les autorités nous obligent d'arrêter.

Quant aux religieux musulmans, ils se réservent dans le débat, mais trouvent que la pratique est bonne parce qu'elle permet à la femme d'être chaste, toute chose recommandée par l'islam.

Pour surmonter ces difficultés, les personnes les plus influentes ont été désignées par les enquêtés.

5.13. Personnes influentes pouvant faciliter l'abandon de l'excision

Figure XLV : Personnes influentes pouvant faciliter l'abandon de l'excision selon les enquêtés



**Autres : un musulman ne doit pas défendre l'abandon de l'excision, autorités administratives du pays, avoir un consensus avec les communautés, les vieilles personnes, un natif du village n'osera défendre publiquement l'abandon malgré son rang.*

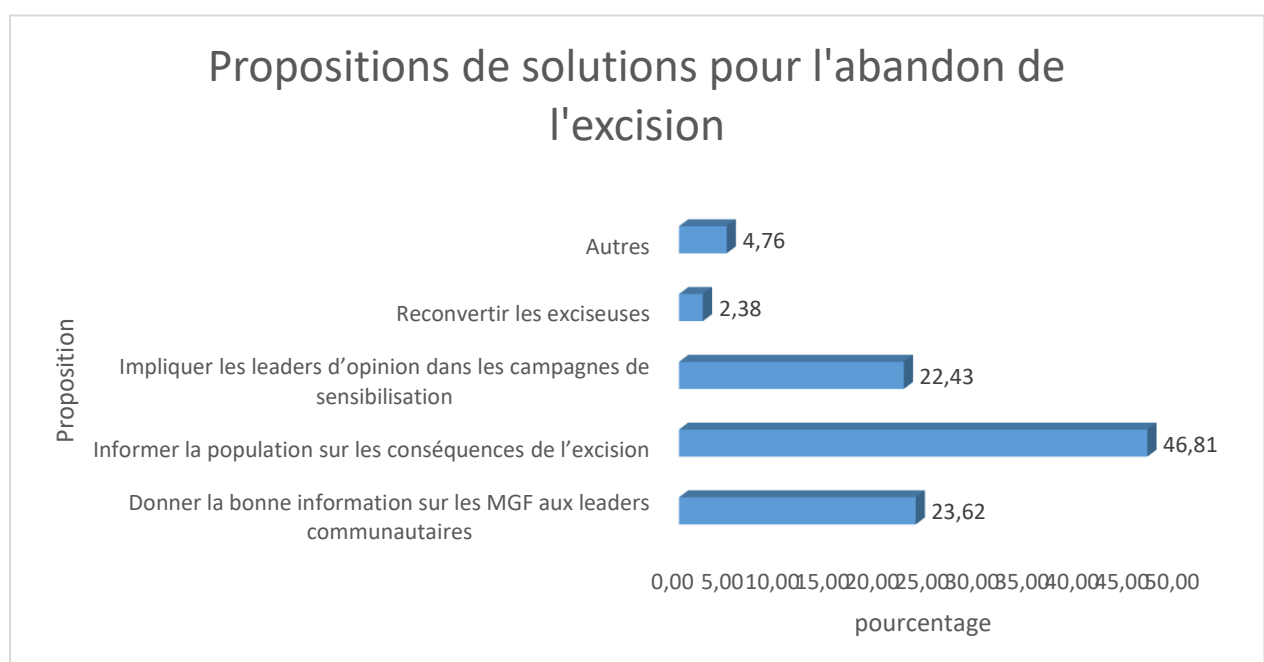
Du point de vue des enquêtés, les chefs de culte du village/quartier, les parents d'enfants sont les principaux acteurs cités pour faciliter l'abandon de l'excision.

Ce qui reste vrai et indéniable est que l'excision est pratiquée par les différentes communautés et de façon fréquente. A en croire les enquêtés pratiquement toutes les filles sont excisées et se sont les vieilles femmes et les forgeronnes qui restent les exciseuses.

En général les décisions d'exciser les filles viennent des femmes (grand-mères ou mères), les hommes n'ont seulement qu'une voie consultative et souvent ne sont même pas informés. En se fiant aux propos tenus par les enquêtés, nous pouvons dire qu'il est rare sinon difficile de rencontrer des femmes ou filles non excisées. Dans les temps anciens, l'excision se faisait en groupe et était l'objet de cérémonies festives dans les villages. Actuellement, ça se fait individuellement et même en cachette car, tout le monde sait que les autorités s'y opposent.

5.14 Propositions de solutions pour l'abandon de l'excision

Figure XLVI : Solutions proposées par les enquêtés pour l'abandon de l'excision



Parmi les solutions proposées par les enquêtés pour l'abandon de l'excision, il y a entre autre l'information de la population sur les conséquences de l'excision et la sensibilisation sur les MGF à l'endroit des leaders communautaires ont été les plus citées respectivement (46,81 %) et (23,62 %).

Beaucoup d'autres solutions ont été également proposées par les différentes catégories d'enquêtés lors des entretiens (individuel et de groupe).

Un agent du service local de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille suggère de mettre l'accent sur la sensibilisation en maintenant les animateurs sur place pour pérenniser ce qui a été commencé : *« Il faut des activités de proximité ; des gens qui seront permanemment auprès de la population, qui les sensibilisent. Vous savez, le cinéma numérique et le théâtre forum sont bien, mais quand nous nous retournons, ceux qui sont contre (les religieux, les traditionnalistes) sont là. Il vivent dans la communauté, tout ce que nous nous disons à la communauté, ils les détruit après notre départ. Pour remédier à cela, il faut qu'il ait des ONG permanentes qui continuent le travail commencé avec le CNA et le théâtre forum. »*

Un agent de santé propose de maintenir le cap et de continuer avec la sensibilisation. Il ajoute qu'il faut toucher les leaders. Si le message passe auprès des leaders, on a beaucoup de chance que les gens adhèrent.

Un élu communal pense comme solution *« de trouver dans le milieu des exemples de pratiques traditionnelles qui ont été abandonnées. Par exemple avec l'islamisation le culte au Komo a disparu dans beaucoup de milieux. Multiplier les exemples et les séances de sensibilisation. Les choses se complètent et c'est une œuvre de longue haleine. Si les choses viennent d'ailleurs, les gens vont dire que ce sont les fabrications des blancs »*.

Les jeunes trouvent qu'il faut l'implication des religieux. Actuellement au Mali, ce sont les religieux qui dominent. *« Tout ce qu'ils disent est facilement acceptés »*

Les jeunes dames pensent qu'il faut passer par les vieilles femmes qui leur mettent la pression pour l'excision des filles.

VI Conclusion et recommandations :

Au terme de cette étude, il ressort que l'excision est une pratique courante dans le cercle de Sikasso. Les données recueillies montrent que la plupart des femmes/filles sont excisées. Selon les enquêtés l'excision est la règle et la non excision l'exception. Ils trouvent que la pratique a des avantages parce que permet de purifier la femme et la rend chaste, donc fidèle à son mari. Certaines conséquences sont connues mais pas vécues. La quasi-totalité des

enquêtés dans la communauté n'ont pas vu de cas de complication liés à l'excision. Chacun affirme qu'il a oui dire et le seul recours aux soins reste les structures de santé ou l'exciseuse même. En dehors de ces structures, il n'y a pas d'autres services pour la prévention et la prise en charge.

Les populations pensent que l'excision a un aspect obligatoire car, pratiquée par la majorité de la population. Celles qui ne sont pas excisées sont indexées et marginalisées. Il leur est reproché d'être impures et sexuellement insatiables par conséquent infidèles au foyer. Cependant, l'étude n'a pas relevé assez d'interdits à l'endroit des non excisées à part quelques rituels du mariage traditionnel. Les difficultés recensées sont d'ordres culturel, social et religieux.

Pour lever ces difficultés, les personnes influentes ont été identifiées. Il s'agit entre autres des chefs de village, des chefs religieux, les vieilles femmes du villages/quartier.

Comme stratégies pour accélérer l'abandon de l'excision, certaines recommandations ont été formulées par les enquêtés à l'endroit de certains acteurs clés. Il s'agit entre autres des gouvernants, des partenaires techniques et financiers et des communautés:

❖ **Pour le gouvernement**

- ✓ initier des lois interdisant la pratique de l'excision sur toute l'étendue du territoire du pays ;
- ✓ doter les services techniques de moyens financiers et matériels leur permettant d'être permanents sur le terrain pour la continuité des actions;
- ✓ identifier et faire la cartographie des leaders religieux du cercle pour une campagne de sensibilisation de proximité.

❖ **Pour les partenaires techniques et financiers :**

- ✓ appuyer les ONG intervenant dans la zone de l'étude dans leurs actions de lutte contre les VGB ;
- ✓ appuyer les initiatives locales de lutte contre l'excision ;

❖ **Pour les autorités locales (collectivités, communautaires)**

- ✓ encourager les témoignages à visage découvert (victimes) ;
- ✓ promouvoir les organes de dialogue communautaires autour des questions de MGF (chef de village, leader religieux, association de jeunes, association de femmes) ;
- ✓ constituer des groupes de femmes volontaires pour des animations de porte en porte sur la problématique de l'excision.

Bibliographie :

- 1- Assan Konté, Mémoire de fin d'étude, la pratique de l'excision au Mali, Novembre 2007 ;
- 2- Enquête Démographique et de Santé du Mali, édition 2012-2013 ;
- 3- Enquête Démographique et de Santé du Mali, édition 2018 ;
- 4- Enquête MICS 2010 ;
- 5- Enquête MICS 2015 ;
- 6- FANE T, 2000, l'accouchement chez les femmes excisées, pronostic materno-fœtal, Thèse de Doctorat med, n°97 ;
- 7- Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille MPFEF), Stratégie nationale holistique pour mettre fin aux violences basées sur le genre au Mali, 2019- 2030 ;
- 8- Programme de Développement Economique, Social et Culturel du cercle de Sikasso 2014-2018 ;
- 9- PNLE, *Enquête nationale sur le phénomène de l'excision au Mali. Rapport de Synthèse*, 2009 ;
- 10- Présidence de la République, juin 2002, ordonnance N° 053/PRM du 4 juin 2002 portant création du programme National de Lutte contre l'Excision (PNLE) ;
- 11- Système Local d'information sanitaire du cercle de Sikasso (SLSIS 2015) ;
- 12- Tribune de Genève des 9-10 décembre 2006 ;
- 13- Welcome akwaba, Bienvenue Karibu dans l'univers des belles lettres africaines, 2007, 4 avril) ;
- 14- Thomson Neuters Foundation, *Mali : la loi et les MGF, septembre 2018, pages 2 :6.*

ANNEXES

QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL
(femmes/hommes)

Introduction

Bonjour Mr / Mme, Je m'appelle et je suis enquêteur (trice) dans le cadre de l' « étude sur les Mutilations Génitales Féminines dans les zones à forte fécondité : cas de Sikasso » organisée par la Direction Nationale de la Population. Notre équipe est en train d'effectuer une enquête dans votre localité sur les mutilations génitales féminines (MGF). Il s'agit pour nous de recueillir les opinions, les attitudes et pratiques sur les MGF. Les informations que vous nous fournirez seront d'une importance capitale pour mieux comprendre le phénomène dans la localité et orienter la prise de décision pour le bien-être des femmes et des enfants. Elles resteront strictement confidentielles. Vous avez été choisi par tirage et nous espérons que vous accepterez de participer à cette étude.

Avez-vous des questions ?
Puis-je maintenant commencer l'entretien ?

FICHE N° : /___/___/___ Date : / 2020

Nom de l'enquêteur :

I- Identification du répondant :

Cercle de : Commune de :

Village/quartier :

Nom et prénom :

Sexe : /___/ 1= M ; 2= F

Age: /.../.../ ans

Statut matrimonial : /___/ 1=célibataire ; 2= marié(e); 3= divorcé(e) ; 4= veuf (ve)

Ethnie : /___/

1=Sénoufo

7=Dogon

2=Minianka

8=Soninké

3=Bambara

9=Sonrhaï

4=Samogo

10=Tamasheq

5=Malinké

11=Bozo

6=Peulh

12=Autres à préciser

Religion : /__/

1= musulmane ; 2=chrétienne ; 3=animiste ; 4=sans religion ; 5=autre à préciser

Niveau d'instruction : /__/

1= aucun ; 2= fondamental I ; 3= fondamental II; 4=secondaire ; 5=Supérieur ; 6= médersa ; 7=Ecole coranique ; 8=Autres à préciser.....

Profession : /__/

1=paysan/ne ; 2= Ménagère ; 3=Commerçant(e) ; 4= Fonctionnaire ; 5= ouvrier(ère) ; 6=Autres à préciser

Avez-vous d'Autres activité génératrice de revenu ?

1=Oui /__/; 2= Non/__/

Si oui laquelle ? /__/

1=Commerce; 2=Maraichage; 3=Embouche (bovine, ovine); 4=Autres à préciser

Ce revenu vous permet-il de satisfaire à vos besoins ? /__/

1=Oui /__/; 2= Non/__/ ; 3=NSP

II- CONNAISSANCES DE L'EXCISION

Avez-vous entendu parler de l'excision ? /__/ 1=oui ; 2= non

Si oui, en quoi consiste l'excision ? (Cocher la réponse donnée par l'enquêté)

1= type I : Excision du prépuce avec ou sans excision de la totalité ou d'une partie du clitoris /__/

2= type II : Excision du clitoris avec excision partielle ou totale des petites lèvres /__/

3= type III : Excision partielle ou totale de l'appareil génital externe avec suture/ rétrécissement de l'orifice vaginal /__/.

4= type IV : Autres types d'excision non classés /__/

L'excision a-t-elle des conséquences sur la santé de la femme/fille ?

1=Oui /__/; 2= Non/__/ ; Ne sait pas /__/

Si oui lesquelles ? Cocher toutes les réponses données par l'enquêté

- a. Douleur intense /__/
- b. Choc psychologique /__/
- c. Hémorragie /__/ ;
- d. Tétanos /__/
- e. Rétention d'urine /__/
- f. Lésions des parties génitales /__/
- g. Rapports difficiles et douloureux /__
- h. Chéloïde cicatricielle /__/
- i. Difficulté d'accouchement
- j. NSP /__/

k. Autres à préciser / __/.....

Quelles sont les conséquences immédiates : (cocher toutes les réponses données)

- a. Saignements abondants / __/
- b. État de choc violent (coma) / __/
- c. Décès / __/
- d. NSP / __/
- e. Autres à préciser / __/.....

Quelles sont les conséquences à moyen et à long terme ? (cocher toutes les réponses données)

- a. Infections (tétanos, maladies sexuellement transmissibles...) / __/
- b. Rétrécissement vaginal / __/
- c. Douleurs en urinant / __/
- d. Douleurs pendant les rapports sexuels / __/
- e. Les menstruations douloureuses / __/
- f. Risques d'incontinence / __/
- g. Complications lors des grossesses et des accouchements / __/
- h. Infertilité / __/
- i. Détresse psychologique / __/
- j. NSP / __/
- k. Autres à préciser / __/

Avez-vous déjà eu à faire face à des complications de l'excision dans votre communauté ?

1=Oui / __/; 2= Non / __/

Si oui, lesquelles ? (Inciter l'enquête à nommer les complications)

.....

Face à ces complications avez-vous eu recours à des soins ?

1=Oui / __/; 2= Non / __/

Quel type de soins avez-vous utilisé ?

1=Soins médicaux / __/ ; 2=Soins traditionnels / __/ ; 3=Autres à préciser / __/.....

III. PRATIQUES DE L'EXCISION

Dans votre localité l'excision est-elle pratiquée ?

1=Oui / __/; 2= Non/ __/ ; 3=NSP / __/

Si oui, qui font l'excision ? (cocher toutes les réponses données)

- a. Vieille femme / __/
- b. Forgeronne / __/

c. NSP /__/

d. Autres à préciser /__/

Vos filles sont –elles excisées ?

1=Oui /__/; 2= Non/__/ ; 3=NSP /__/

Êtes-vous excisée ? (*dans votre ménage y a-t-il des femmes non excisées ?*)

1=Oui /__/; 2= Non/__/ ; 3=NSP /__/

IV. PERCEPTIONS SUR L'EXCISION

Pensez-vous que l'excision est obligatoire dans votre localité?

1=Oui /__/; 2= Non/__/ ; 3=NSP /__/

Si non pourquoi la pratiquez-vous ? (*cocher toutes les réponses données*)

- a. Respect des normes sociales /__/
- b. Respect de la tradition /__/
- c. Peur de la stigmatisation /__/
- d. Eviter le rejet des Autres /__/
- e. NSP /__/
- f. Autres à préciser...../__/

Si oui, en quoi est-elle obligatoire ? (*cocher toutes les réponses données*)

- a. C'est une prescription Religieuse /__/
- b. C'est pour respecter la tradition /__/
- c. C'est pour rendre la femme pure/propre /__/
- d. C'est pour être conforme aux normes sociales de la localité /__/
- e. NSP /__/
- f. Autres à préciser...../__/

Pour vous l'excision a-t-elle des avantages pour la femme dans votre communauté ?

1=Oui /__/; 2= Non/__/ ; 3=NSP /__/

Si oui, citer trois avantages par ordre d'importance

1.....

2.....

3.....

La non excision a-t-elle des inconvénients dans votre communauté?

1=Oui /__/; 2= Non/__/ ; 3=NSP /__/

Si oui, citer trois inconvénients par ordre d'importance

1.....

2.....

3.....

Comment les non excisées sont-elles perçues dans votre communauté ?

1=Bien perçues /___/ ; 2=Mal perçues /___/ ; 3=Pas d'opinions /___/

Quels reproches fait-on aux non excisées dans votre communauté ? (cocher toutes les réponses données)

- a. Impures /___/
- b. Porteuses de malheur pour son mari /___/
- c. Insatiables sexuellement /___/
- d. Infidèles au foyer /___/
- e. NSP /___/
- f. Autres à préciser/___/.....

Croyez-vous à ces reproches ?

1=Oui /___/ ; 2= Non/___/ ; 3=NSP /___/

Y-a-t-il des interdits pour les non excisées dans votre communauté ?

1=Oui /___/ ; 2= Non/___/ ; 3=NSP /___/

Si oui, quels sont ces interdits (cocher toutes les réponses données)

- a. Elle ne doit pas prier parce que malpropre/___/
- b. Elle ne doit pas participer à certaines cérémonies traditionnelles /___/

Préciser ces cérémonies s'il y en a.....

- c. Elle ne doit pas partager les mêmes espaces que les Autres/___/
- d. Elle ne doit pas participer aux rites culturels sacrés du village /___/

Préciser ces rites s'il y en a.....

- e. NSP /___/
- f. Autres à préciser...../___/

V. Excision et santé de la reproduction

Que pensez-vous de l'accouchement chez une femme excisée ? (cocher toutes les réponses données)

- a. Difficile /___/
- b. Facile /___/
- c. A risque /___/

- d. Autres à préciser /__/.....
- e. Ne sait pas/__/

Que pensez-vous de l'accouchement chez une femme non excisée (cocher toutes les réponses données)

- a. Difficile /__/
- b. Facile /__/
- c. A risque /__/
- d. Ne sait pas /__/
- e. Autres à préciser/__/

VI. STRATEGIES D'ABANDON :

Qui décide de l'excision dans votre couple ?

- 1. Le père de la fille /__/
- 2. La mère de la fille /__/
- 3. Les deux (père et mère) ensemble /__/
- 4. Ni l'un, ni l'autre /__/

Qui décide de l'excision dans votre ménage ?

- 1. Le père de la fille /__/
- 2. La mère de la fille /__/
- 3. Les deux (père et mère) ensemble /__/
- 4. Le grand-père de la fille /__/
- 5. La grand-mère de la fille /__/
- 6. La tante de la fille /__/
- 7. L'oncle de la fille /__/
- 8. NSP /__/
- 9. Autres à préciser..... /__/

Qui décide de l'excision dans le village/quartier ?

- 1. Les chefs de famille /__/
- 2. Les vieilles du village /__/
- 3. Le chef du village /__/
- 4. L'imam du village/quartier /__/
- 5. Le chef de culte du village/quartier /__/
- 6. NSP /__/
- 7. Autres à préciser /__/.....

Quelle est la personne la mieux écoutée dans votre famille ?

- 1. Le chef du clan /__/
- 2. Le chef de famille /__/ ;
- 3. la mère de famille /__/

4. le grand-père /__/
5. La grand-mère/__/
6. la tante /__/
7. L'oncle /__/
8. NSP /__/
9. Autres à préciser/__/

Quelle est la personne la mieux écoutée dans votre communauté ?

1. Les chefs de famille /__/
2. Le chef du village/quartier /__/
3. L'imam du village/quartier /__/
4. Le chef de culte du village/quartier /__/
5. Autres à préciser...../__/

Selon vous doit-on abandonner l'excision ?

1=Oui /__/; 2= Non/__/ ; 3=NSP /__/

Si oui, que faut-il faire ? (cocher toutes les réponses données)

- a. Donner la bonne information sur les MGF aux leaders communautaires/__/
- b. Informer la population sur les conséquences de l'excision /__/
- c. Impliquer les leaders d'opinions dans les campagnes de sensibilisation /__/
- d. Reconvertir les exciseuses /__/
- e. Autres à préciser /__/.....

Existe-t-il des difficultés liées à l'abandon de l'excision ?

1=Oui /__/; 2= Non/__/ ; 3=NSP /__/

Si oui, lesquelles ? (cocher toutes les réponses données)

- a. Poids de la tradition /__/
- b. Religion /__/
- c. Ignorance des conséquences /__/
- d. Autres à préciser /__/.....

Qui peut faciliter l'abandon de l'excision dans votre communauté ? (cocher toutes les réponses données)

- a. L'agent de santé /__/
- b. L'enseignant du village/quartier /__/
- c. Le chef de culte du village/quartier /__/
- d. Le maire de la commune /__/
- e. La présidente des femmes /__/
- f. Le responsable des jeunes /__/
- g. Les parents d'enfants /__/

- h. Les exciseuses /__/
- i. NSP /__/
- j. Autres à préciser/__/

Merci pour votre participation !

Guide Entretien semi-structuré avec les Agents des ONG, des Services techniques de l'Etat (Agents de santé, Responsable du service local de la promotion de la femme de l'enfant et de la famille)

Identification

Date de l'entretien: /.../.../.../ ; Lieu :Durée :.....
 Cercle :.....Commune :.....village :.....
 Nom et prénom :.....
 Âge : /..../.../ans
 Nom de la structure:.....
 Fonction dans la structure.....
 Durée dans la fonction :.....
 Durée dans la structure :
 Noms des enquêteurs :.....

Thème 1 : Pratique des MGF

- Pouvez-vous nous parler de la pratique des MGF dans la localité ?
- Selon vous quels sont les facteurs qui soutiennent la pratique des MGF?
- Quelles sont les actions réellement menées par votre service dans la lutte contre les MGF ? (sondez les points forts et faibles).

Thème 2 : partenariat dans la lutte contre l'excision

- Dans vos activités de lutte contre les MGF avez-vous des partenaires? Lesquels?
- Pouvez-vous parler de la collaboration avec ces partenaires?
- Quels types de services offrent-ils dans le cadre de la lutte contre les MGF ?
- Que pensez-vous de la qualité de ces services?
- Quelle est l'opinion de la population sur ces services?
- Selon vous, quelle serait la meilleure façon de sensibiliser et d'informer la communauté sur l'abandon de la pratique des MGF?
- **A poser uniquement aux agents de santé**
- Quelles sont les conséquences des MGF/E sur la santé de la fille et de la femme ?
- Quels sont les cas de complications les plus fréquents que vous recevez en consultation?
- Ces cas de complications sont liés généralement à quel type d'excision?

- Le personnel de Csréf, cscom est-il mieux outillé pour faire la prise en charge des cas de complications ? Si oui, comment ? Si non pourquoi ?
- Quelles sont les difficultés auxquelles vous faites face dans la lutte contre les MGF?
- Que proposez-vous comme solution pour surmonter ces difficultés ?

Thème 3 : Lien entre la pratique de l’excision et la fécondité

- Selon vous existe-t-il un lien entre l’excision et la santé de la reproduction ?
- Pouvez-vous nous parler un peu de ce lien ? (excision/sexualité, excision/mariage ; excision/fécondité ; excision/accouchement)
- Que pensez-vous de la fécondité chez une femme excisée ? chez une femme non excisée ? Qu’est-ce qui explique cela ?

Thème 4 : Changement de comportement social

- Selon vous qu’est-ce qui retarde le changement de comportement face aux MGF dans la localité?
- Quelles sont les stratégies qu’on doit mettre en place pour la promotion de l’abandon de la pratique des MGF dans la localité?
- Selon vous quels sont les acteurs les plus influents qu’il faut impliquer dans la promotion de l’abandon de l’Excision dans la localité ?

Merci !

Entretien semi-structuré avec les leaders communaux

Leaders religieux, Chefs de village, président de la jeunesse, groupement féminin.....

Identification

Date de l’entretien: /.../.../.../ ; Lieu :Durée :.....
 Cercle :Commune :village :.....
 Nom et prénom :.....
 Âge : /.../.../ans
 Statut dans le village/quartier.....
 Noms des enquêteurs :.....

Thème 1 : Représentations autour de la pratique des MGF

- Que savez-vous sur les MGF ? (sondez son importance, degré d’attachement des membres de la communauté à la pratique?)
- Que dit la religion sur la pratique de l’excision (*pour les religieux*) ?

- Comment les MGF sont organisées dans votre village/quartier ?
- Y-a-t-il des ethnies ou des familles qui ne pratiquent pas les MGF/E ? si oui, Pourquoi ?
- Comment se passe la prise de décision dans les familles pour la pratique des MGF?
- Avez-vous déjà réalisé des activités de promotion de l'abandon de la pratique des MGF/E ? si oui les quelles ? (sondez les points forts et faibles) ?
- Quelles sont les stratégies nécessaires pour accélérer l'abandon de la pratique des MGF ?
- En tant que leader, quel rôle vous pouvez jouer dans ce processus ?

Thème 2: Conséquences de la pratique des MFG sur les femmes et les filles

- Quelles sont les conséquences de la pratique des MGF ? Expliquez
- Parmi ces conséquences, lesquelles sont les plus fréquentes et pourquoi ?
- Pouvez-vous nous donner des exemples concrets en termes de conséquences qu'une femme/fille a subies ? si oui relatez les faits, comment ce cas a été géré, qui a fait quoi et où ?
- Qu'est ce qui explique les conséquences de la pratique de l'excision ?
- Quels sont les risques liés à la pratique de l'excision ?
- Quelles sont les causes de ces risques?

Thème 3 : Disponibilité des services de prise en charge des cas de complications liés à l'excision ?

- Quels sont les acteurs ou institutions qui font la prévention et la prise en charge des victimes des conséquences de l'excision ?
- Quel est le niveau d'accès des victimes aux services disponibles ?
- Que pensez-vous de la qualité des services offerts ?
- Quels sont vos besoins futurs pour que les victimes de l'excision puissent bénéficier de services de qualité ?

Thème 4 : Lien entre la pratique de l'excision et la fécondité

- Que pensez-vous de la fécondité chez une femme excisée ? quel est le cas de celle qui n'a pas été excisée ?
- Quelles sont les spécificités pour chaque catégorie de femmes (excisée et non excisée) ? donnez les raisons ?
- De votre point de vue, l'accouchement difficile est plus fréquent chez quelle catégorie de femme (excisée et non excisée) ?

Thème 5: Changement de comportement social

- Quels sont les facteurs favorables dans la communauté pouvant faciliter l'abandon de la pratique des MGF ?
- Quelles sont les stratégies d'action qu'on doit mettre en place pour la promotion de l'abandon de la pratique des MGF ?
- Quels sont les acteurs les plus influents qu'il faut impliquer dans la promotion de l'abandon des MGF?

Merci !

Guide d'entretien focus group (hommes/femmes)

Identification (préciser la nature du groupe)

Date de l'entretien: /.../.../.../ ; Lieu :Durée :

Cercle : Commune :village/quartier :

Etablir la liste de présence

| N° d'ordre ou code | Prénoms | Noms | Âge | Fonction |
|--------------------|---------|------|-----|----------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |

Thème 1: Représentations sur l'excision

- Selon vous, qu'est-ce que l'excision ?
- Que pensez-vous de l'excision ?
- Que représente pour vous une femme excisée ? non excisée ?
- Que pense la communauté d'une femme excisée ? non excisée ?
- Dans votre communauté, une fille non excisée peut-elle avoir facilement un mari ? Oui ou non ? expliquez ?

- Dans votre communauté, avez-vous connaissances des ethnies, des familles qui ne pratiquent pas l'excision ? Oui ou non expliquez ?
- Au sein de votre communauté, quels sont les acteurs qui contribuent au maintien de la pratique de l'excision ?

Thème 2: Connaissances sur les conséquences de l'excision

- Selon vous, l'excision a-t-elle des conséquences ?
- Quelles sont ces conséquences? Citez-les et comment ces conséquences se manifestent
- Parmi ces conséquences, lesquelles sont les plus fréquentes ? pourquoi ?
- Pouvez-vous nous donner des exemples concrets de conséquences qu'une femme/fille a subies ? si oui relatez les faits, comment ce cas a été géré, qui a fait quoi et où ?
- Quelles sont les causes des risques liés à la pratique de l'excision ?

Thème 3: Connaissance sur les services disponibles de prise en charge des cas de complications liés à l'excision

- Existence de services de prévention de l'excision ?
- Existence de services de prise en charge des complications liés à l'excision ?
- Quel est le niveau d'accès des femmes et filles victimes de complications à ces services ?
- Que pensez-vous de la qualité de ces services dans la prise en charge des victimes de l'excision ?
- Comment mieux promouvoir l'offre de ces services dans la communauté ?

Thème 4: Influence de la pratique de l'excision dans les relations de couple

- Comment se fait la prise de décision relative à l'excision de la fille au sein de votre couple ?
- Quelles sont les difficultés que cela entraîne dans la vie du couple ?
- Avez-vous l'habitude de vous opposer à l'excision d'une de vos filles ? Oui ou non expliquez ?
- Au sein de votre communauté, les mères peuvent-elles s'opposer à l'excision de leurs filles ? Oui ou non expliquer ?

Thème 5 : Identification des acteurs de la perpétuation de l'excision

- Quels sont les individus et acteurs qui encouragent la perpétuation de la pratique de l'excision ? Pourquoi ? Comment ?
- Quelles sont les stratégies et actions pour chaque individu et acteur identifié ?
- Quel est le niveau d'adhésion des jeunes (filles et garçons) à ces stratégies et actions ?
- Comment mieux promouvoir l'abandon de la pratique ?

Thème 6: Lien entre la pratique de l'excision et la fécondité

- Selon vous existe-t-il un lien entre l'excision et la santé de la reproduction ?
- Que pensez-vous de la fécondité chez une femme excisée ? non excisée?
- Pouvez-vous parler un peu du lien entre excision et sexualité, excision et mariage ; excision et fécondité ; excision et accouchement ?
- De votre point de vue, les difficultés liées à l'accouchement sont-elles plus fréquentes chez quelle catégorie de femme excisée ou non excisée ?

Merci !