

**MINISTRE DE L'URBANISME,  
DE L'HABITAT, DES  
DOMAINES, DE  
L'AMENAGEMENT DU  
TERRITOIRE ET DE LA  
POPULATION**

\*\*\*\*\*

**SECRETARIAT GENERAL**



**DIRECTION NATIONALE DE LA POPULATION (DNP)**

*BP : E 791 - Tél 20 22 62 70 Fax 20 22 62 68 E-mail :dnp\_population@yahoo.fr*

**RAPPORT FINAL**

**ETUDE SUR LES MUTILATIONS GENITALES FEMINIENES  
(MGF/E) DANS LA REGION DE TOMBOUCTOU**



**Août 2021**

## TABLE DES MATIERES

SIGLES ET ABBREVIATIONS .....	7
REMERCIEMENTS .....	8
RESUME :.....	9
I. INTRODUCTION.....	10
II. CONTEXTE ET JUSTIFICATION .....	12
2.1. Objectifs et résultats attendus .....	15
2.1.1. Objectif général .....	15
2.1.2. Objectifs spécifiques .....	16
2.2. Résultats attendus .....	16
III. DEMARCHE METHODOLOGIQUE : .....	17
3.1. VOLET QUANTITATIF : .....	17
3.1.1. Sources de données.....	17
3.1.2. Préalables méthodologiques quantitatives.....	17
3.1.3. Préparation des fichiers d'analyse .....	19
3.1.4. Sélection des variables et recodage .....	19
3.1.5. Sélection des individus .....	22
3.1.6. Evaluation de la qualité des données.....	23
3.1.7. Méthode d'analyse.....	26
3.1.7.1. Analyse bivariée .....	26
3.1.7.2. Analyse multivariée.....	26
3.1.8. Outils d'analyse .....	27
3.2. VOLET QUANLITATIF : .....	28
3.2.1. Cibles de l'enquête .....	28
3.2.2. Echantillon qualitatif .....	28
3.2.3. Elaboration des outils de collecte .....	29
3.2.4. Recrutement, formation des agents de terrain et collecte de données .....	31
3.2.5. Traitement et analyse des données qualitatives .....	32
3.2.6. Considérations éthiques.....	32
3.2.7. Difficultés et limites de l'étude .....	32
IV. Aperçu sur la pratique des MGF/E au Mali.....	33
4.1. Cadre juridique et institutionnel malien en rapport avec les MGF/E .....	34
4.2. Les stratégies de lutte contre les MGF/E :.....	35
4.3. Les sciences sociales dans la lutte .....	35
V. RESULTATS ATTEINTS .....	37

5.1.	Présentation de la zone d'étude et populations cibles .....	37
5.2.	Santé.....	38
5.3.	RESULTATS DES DONNEES QUANTITATIVES .....	39
5.3.1.	Profil des échantillons quantitatifs .....	39
5.3.1.1.	Age des enquêtés .....	40
5.3.1.2.	Milieu de résidence.....	40
5.3.1.3.	Ethnie.....	41
5.3.1.4.	Niveau d'instruction .....	41
5.3.1.5.	Exposition aux médias.....	42
5.3.1.6.	Occupation.....	42
5.3.1.7.	Niveau de vie.....	43
5.3.2.	Connaissance de l'excision à Tombouctou .....	44
5.3.2.1.	Connaissance de l'excision et âge .....	44
5.3.2.2.	Connaissance de l'excision et statut matrimonial.....	45
5.3.2.3.	Connaissance de l'excision et lien de parenté avec le chef de ménage .....	45
5.3.2.4.	Connaissance de l'excision et Nombre de filles .....	46
5.3.2.5.	Connaissance de l'excision et milieu de résidence.....	46
5.3.2.6.	Connaissance de l'excision et ethnie .....	47
5.3.2.7.	Connaissance de l'excision et exposition aux médias .....	47
5.3.2.8.	Connaissance de l'excision et niveau de bien-être économique.....	48
5.3.2.9.	Connaissance de l'excision et occupation .....	48
5.3.2.10.	Représentations autour de la pratique des MGF/E (Perception des MGF/E, Pratique des MGF/E)49	
5.3.3.	Pratique de l'excision chez les femmes de 15-49 ans.....	50
5.3.3.1.	Effet du milieu de résidence .....	50
5.3.3.2.	Type d'excision selon le milieu de résidence .....	51
5.3.3.3.	Effet de l'appartenance ethnique .....	52
5.3.3.4.	Effet du niveau de vie.....	52
5.3.4.	Pratique de l'excision et âge à l'excision chez les filles de 0-14 ans à Tombouctou .....	53
5.3.5.	Liens entre fécondité et excision .....	54
5.4.	RESULTAT DES DONNEES QUALITATIVES .....	55
5.4.1.1.	MGF/E et exigence religieuse .....	55
5.4.1.	2. MGF/E et respect de la tradition .....	57
5.5.	Facteurs associés à la tendance à la hausse de la prévalence de l'excision à Tombouctou.....	57
5.6.	Excision mariage, sexualité et fécondité .....	59

5.7.	Liens excision et situation sécuritaire.....	59
5.8.	Conséquences de la pratique des MGF/E sur les femmes et les filles.....	61
5.9.	Changement de comportement social en faveur des MGF/E .....	62
5.10.	Les acteurs du changement pour l'abandon des MGF/E:.....	63
VI.	SYNTHESE DES RESULTATS : .....	63
6.1.	Connaissance de l'excision : .....	63
6.2.	Facteurs associés à la hausse de la prévalence de l'excision à Tombouctou :.....	64
6.3.	Liens entre la prévalence de l'excision et le niveau d'intervention des acteurs sur la question dans la localité .....	65
VII.	CONCLUSION .....	66
VIII.	RECOMMANDATIONS .....	68
IX.	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES : .....	69

## Liste des Tableaux

Tableau 1 : Résultats du test de comparaison de proportion .....	18
Tableau 2: variables opérationnelles de l'analyse et leurs modalités.....	20
Tableau 3 Répartition de l'échantillon des hommes et des femmes de 15-49 ans enquêtes à Tombouctou, EDSM IV 2006 et EDSM VI 2018.....	23
Tableau 4 : Taux de non réponse des variables dans l'échantillon des femmes Tombouctou, EDSM IV et EDSM VI.....	23
Tableau 5 : Taux de non réponse des variables dans l'échantillon des hommes Tombouctou, EDSM IV et EDSM VI.....	24
Tableau 6 : liste des cercles et villages enquêtés dans la région .....	28
Tableau 7 : Les effectifs par technique de collecte du volet qualitatif .....	29
Tableau 8 : Traités internationaux et régionaux .....	34
Tableau 9 : Estimation probit de l'excision des filles en 2006 et 2018.....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Tableau 10 : Parité moyenne et Indice Synthétique de fécondité (ISF) selon le statut d'excision des femmes de 15-49 ans.....	55

## Liste des graphiques

Graphique 1 : Répartition (en %) des femmes et des hommes de par groupe d'âges .....	40
Graphique 2 : Répartition (en %) des femmes et des hommes selon le milieu de résidence .....	40
Graphique 3 : Répartition (en %) des femmes et des hommes selon l'ethnie .....	41
Graphique 4 : Répartition (en %) des femmes et des hommes selon le niveau d'instruction .....	41
Graphique 5 : Répartition (en %) des femmes et des hommes selon leur exposition aux médias .....	42
Graphique 6 : Répartition (en %) des femmes suivant leur occupation .....	43
Graphique 7 : Répartition (en %) des femmes et des hommes selon le niveau de vie .....	43
Graphique 8 : Répartition (en %) des femmes et des hommes en fonction leur connaissance de l'excision selon l'âge .....	44
Graphique 9 : Répartition (en %) des femmes et des hommes en fonction leur connaissance de l'excision selon le statut matrimonial .....	45
Graphique 10 : Répartition (en %) des femmes et des hommes en fonction leur connaissance de l'excision selon le lien avec le chef de ménage .....	45
Graphique 11 : Répartition (en %) des femmes et des hommes en fonction leur connaissance de l'excision selon le nombre de fille .....	46
Graphique 12 : Répartition (en %) des femmes et des hommes en fonction leur connaissance de l'excision selon le milieu de résidence.....	46
Graphique 13 : Répartition (en %) des femmes et des hommes en fonction leur connaissance de l'excision selon l'ethnie .....	47
Graphique 14 : Répartition (en %) des femmes et des hommes en fonction leur connaissance de l'excision selon le statut matrimonial .....	47
Graphique 15 : Répartition (en %) des femmes et des hommes en fonction leur connaissance de l'excision selon le niveau de vie .....	48
Graphique 16 : Répartition (en %) des femmes et des hommes en fonction leur connaissance de l'excision selon l'occupation.....	48
Graphique 17 : Pourcentage de femmes de 15-49 ans et d'hommes de 15-59 ans qui ont entendu parler de l'excision, selon qu'ils pensent ou non que l'excision soit une exigence religieuse .....	49
Graphique 18 : pourcentage de femmes de 15-49 ans excisées, EDSM IV, 2006 et EDSM VI, 2018 .....	50
Graphique 19 : Prévalence de l'excision (en %) des femmes 15-49 ans selon le milieu de résidence .....	50
Graphique 20 : Type d'excision selon le milieu.....	51
Graphique 21 : Prévalence de l'excision selon l'ethnie, EDSM IV 2006 et EDSM VI 2018 .....	52
Graphique 22 : Prévalence de l'excision selon le niveau de vie, EDSM IV 2006 et EDSM VI 2018 .....	52
Graphique 23 : prévalence de l'excision chez les filles de femmes de 15-49 ans.....	53

## SIGLES ET ABBREVIATIONS

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 de 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 , 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 Individuelle
IEC	Information Education et Communication
INSTAT	Institut National de la Statistique
MPFEF	Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille
MGF/E	Mutilations Génitales Féminines et 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
PMA	Paquet Minimum d'Activités
SLIS	Système Local d'Information Sanitaire
SLPSIAP	Service Local de la Planification, de la Statistique, 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

## REMERCIEMENTS

### Nos remerciements s'adressent :

- Au Fonds des Nations Unies pour la Population (**FNUAP**) ;
- 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 l'équipe de Consultants pour son appui technique à la réalisation de cette étude ;
- A la Direction Régionale de la Planification, de la Statistique, de l'Informatique, de l'Aménagement du Territoire et de la Population de Tombouctou
- De même que la Direction Régionale de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille de Tombouctou pour leur implication dans la réalisation de la présente étude.

### Nos remerciements vont également :

- Aux services locaux de la Planification, de la Statistique, de l'Informatique, de l'Aménagement du Territoire et de la Population des cercles de Tombouctou, Goundam, Diré et Niafunké ;
- Aux services locaux de la Promotion de la Femme de l'Enfant et de la Famille de Tombouctou, , Goundam, Diré et Niafunké
- Aux services techniques de la région de Tombouctou pour leur accompagnement dans la réalisation de cette étude.
- Aux différentes autorités communales, villageoises, religieuses et traditionnelles des cercles de Diré, Goundam, Niafunké et de Tombouctou
- 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.



## **RESUME :**

La présente étude sur les mutilations génitales féminines a été menée dans la région de Tombouctou. Elle avait pour objectif général d'étudier les MGF/E dans un contexte de forte fécondité et surtout de crise humanitaire et sécuritaire en vue d'améliorer les connaissances sur la pratique des MGF/E et aider les pouvoirs publics à une meilleure coordination des activités de lutte contre les pratiques néfastes à travers la prise de décision basée sur les évidences.

L'étude compte deux parties qui ont été traitées suivant deux approches méthodologiques différentes. La première partie (quantitative) a été consacrée à l'exploitation et à l'analyse des données issues des enquêtes démographiques et de santé du Mali (EDSM) et la deuxième partie (qualitative) a été réalisée à travers l'analyse des données qualitatives récoltées auprès des populations avec la technique d'entretien semi-direct en individuel et en focus group.

L'analyse des données quantitatives a concerné au total 144 hommes et 720 femmes âgés de 15 à 49 ans pour l'EDSM IV (2006) contre respectivement 139 et 191 pour l'EDSM VI (2018).

Les données qualitatives, quant à elles ont été recueillies à travers les entretiens individuels (21) et les focus group (4) auprès de 70 personnes dans les quatre cercles (Tombouctou, Goundam, Diré, Niafunké) retenus dans l'étude.

Les résultats obtenus montrent que l'excision est connue et pratiquée dans la région de Tombouctou, mais que toutes les ethnies ne sont pas pratiquantes. Les sonrhaïs et les tamasheq la connaissent moins et la pratiquent faiblement. Comme facteurs favorisant l'augmentation de la pratique de l'excision dans la région, l'étude a identifié deux éléments essentiels qui sont : le brassage interethnique, le retrait de l'Etat et des services techniques consécutif à la crise sécuritaire et humanitaire qui se vit dans la zone depuis 2012. Cette situation a permis aux conservateurs de reprendre les pratiques néfastes avec la complicité des groupes radicaux favorables aux pratiques traditionnelles et opposés à toutes les activités de promotion et d'épanouissement de la gent féminine.

Pour réussir la lutte de l'abandon des MGF/E, il faut le retour effectif de l'Etat et des acteurs au développement dans la zone d'études. La présence des services techniques et des partenaires au développement permettra aussi de relancer les activités de sensibilisation et le développement des activités économiques des communautés vulnérables et exposées aux pratiques néfastes à la santé de la femme et de la jeune fille.

## I. INTRODUCTION

Les Mutilations Génitales Féminines et Excision (MGF/E) communément appelées excisions sont une pratique très ancienne en vigueur dans de nombreux pays africains dont le Mali. Elles sont définies par l'OMS, comme :« *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* ». Les MGF/E constituent de nos jours un problème de santé publique.

Selon les estimations de l'OMS, entre 100 et 140 millions de filles et de femmes dans le monde ont subi l'un des trois premiers types de mutilations. Des estimations fondées sur les données les plus récentes en matière de prévalence montrent qu'en Afrique, 91,5 millions de femmes et de filles de plus de 9 ans vivent actuellement avec les conséquences de mutilations sexuelles féminines.

Toujours en Afrique, on estime que 3 millions de filles par an risquent de subir ce type de mutilations. (Source : <https://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/prevalence/fr/>, consulté 25/09/2020)

En effet, une étude publiée en juin 2006 par l'OMS a montré que les femmes ayant subi une mutilation génitale féminine (MGF/E) ont sensiblement plus de risques d'éprouver des difficultés lors de l'accouchement et que leurs bébés sont davantage exposés au risque de mourir. Parmi les complications graves de l'accouchement figurent notamment les risques de césarienne, de forte hémorragie après la naissance et d'hospitalisation prolongée. L'étude en question a montré que la gravité des complications augmentait avec l'étendue et la sévérité de la mutilation. Chez les femmes qui ont subi la forme la plus extrême de la mutilation (type III) le risque de césarienne est de 30 % supérieur à celles qui n'ont subi aucune mutilation. De même, le risque d'hémorragie après la naissance est de 70 % plus élevé<sup>1</sup>. Ces résultats viennent à la suite d'autres risques connus liés à la pratique des MGF/E. Il s'agit notamment des douleurs intenses des parties génitales lors de l'opération, des saignements, des infections, des problèmes urinaires et menstruels et des conséquences sur la vie sexuelle.

Pour lutter contre cette pratique néfaste à la santé de la femme/fille et de l'enfant, les autorités du Mali ont entrepris plusieurs actions parmi lesquelles on peut retenir :

- Création du Comité National pour l'Eradication des pratiques néfastes à la santé de la femme et de l'Enfant (CNAEPN) par décret N°96-382/PM-RM, devenu le Comité National d'Actions pour l'Abandon des Pratiques néfastes à la Santé de la femme et de l'Enfant (CNAPN) par décret N°99/PM-RM du 16 juin 1999 ;
- Lettre circulaire n° 0019/MSPAS-SG du 16 janvier 1999 par le Ministre de la Santé interdisant l'excision dans les établissements sanitaires ;

---

<sup>1</sup> L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) 2 JUIN 2006 | GENÈVE -(<https://www.genreenaction.net/Les-risques-de-l-excision.html>)

<sup>2</sup> EDSM VI.2018

- Création du Programme National de Lutte contre la Pratique de l'Excision (PNLE) en 2002 par ordonnance N°02-53/P\_RM du 04 juin 2002.
- Création du Programme National pour l'abandon des Violences Basées sur le Genre (PNVBG) par la loi N 19-014 du 03 juillet 2019 de l'ensemble nationale

Malgré cette volonté manifeste du gouvernement malien, la prévalence de l'excision reste parmi les plus élevées. Selon les résultats de l'EDSM VI, l'excision concerne environ neuf femmes âgées de 15-49 ans sur dix (89%) et 73% des filles de 0-14 ans sont excisées au Mali<sup>2</sup>. Aussi, le cas de la région de Tombouctou est assez préoccupant. Dans cette région une tendance à la hausse de la prévalence est observée entre 2006 et 2018, respectivement de 44% à 50,1%. Cette situation coïncide avec une crise multiforme dans cette partie du pays qui n'est pas sans conséquences directes ou indirectes sur les attitudes, pratiques et comportements des individus ; toute chose susceptible de contribuer à la dégradation du niveau de certains indicateurs sociodémographiques telle que la prévalence de l'excision.

C'est dans ce cadre que la Direction Nationale de la Population (DNP) avec l'appui technique et financier de l'UNFPA dans le cadre du programme conjoint MGF/E « Accélérer l'abandon de la pratique de l'excision » dans sa phase 3, a envisagé de réaliser cette étude en vue de mieux comprendre pourquoi la prévalence des MGF/E a tendance à augmenter à Tombouctou afin d'orienter la prise de décision.

Pour mener à bien cette étude, différentes phases ont été observées : l'élaboration et la validation de la méthodologie et des outils de collecte par le comité technique de pilotage de l'étude, la collecte des données à travers l'exploitation des bases de données nationales, la collecte des données qualitatives par enquête de terrain, le traitement et l'analyse des données et l'élaboration du rapport d'étude.

**La partie quantitative de l'étude** a essentiellement concerné l'exploitation des bases de données issues des Enquêtes Démographiques et de Santé réalisées au Mali. Cependant, en vue d'une analyse de l'évolution récente du phénomène dans la région de Tombouctou et du fait que l'EDSM V (2012-2013) n'a pas tenu compte de cette région<sup>3</sup>, l'exploitation des bases a porté principalement sur les données des EDSM IV( 2006) et EDSMVI (2018).

**Quant à la partie qualitative**, elle a été effectuée sous forme d'entretiens individuels approfondis(EIA) et de focus groupes (FG). Les cibles concernées pour les entretiens individuels ont été les leaders communaux, communautaires, religieux, les responsables d'ONG, les agents des services techniques de la santé, de la promotion de la femme et de l'enfant et les exciseuses. Le focus a été réalisé avec les groupes de femmes et d'hommes.

La collecte des données qualitatives effectuées a concerné les milieux urbain et rural des quatre (4) cercles de la zone d'étude.

---

<sup>3</sup> Pour des raisons sécuritaires, l'EDSM V, 2012-2013 n'a pas tenu compte des régions de Tombouctou, Gao et Kidal

Le présent rapport comprend différentes parties qui sont : le résumé, l'introduction, le contexte et la justification, la démarche méthodologique, les résultats obtenus, la conclusion et les recommandations.

## 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 et programmes de développement telle que recommandé par les résolutions de la Conférence Internationale sur la Population et le développement (CIPD) tenue au Caire en 1994. Cette orientation politique majeure a permis au pays d'améliorer sa performance dans plusieurs domaines dont la santé maternelle et infantile, les violences basées sur le Genre (VBG). Ainsi, le taux de mortalité maternelle est passé de 577 en 1995 à 368 en 2012 puis à 325 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2018 (EDSM VI, 2018). Selon la même source, les quotients de mortalité infantile, juvénile et infanto-juvénile sont respectivement passés de 122, 131 et 237 en 1995 à 56, 41 et 95 en 2012 puis à 54, 49 et 101 en 2018. Quelle que soit la composante de la mortalité considérée, on constate que le risque de décès est plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain au Mali.

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 santé de la reproduction, « *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. Cela n'est possible qu'avec le respect de certaines normes en matière de santé de la reproduction notamment l'abandon des pratiques néfastes à la santé de la femme et de l'enfant dont les mutilations génitales féminines (MGF/E).

Les MGF/E communément appelées excisions 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* ». La procédure de la MGF/E peut comporter l'utilisation d'instruments non stérilisés, artisanaux, ou rudimentaires. Il existe plusieurs types de MGF/E<sup>4</sup>. Les motivations évoquées quant à la pratique

---

<sup>4</sup> Quatre principaux types selon l'OMS :

Type I : Excision du prépuce, avec ou sans excision partielle ou totale du clitoris.

Type II : Excision du clitoris, avec excision partielle ou totale des petites lèvres.

Type III : Excision partielle ou totale des organes génitaux externes avec suture de l'orifice vaginal (infibulation) ou non.

Type IV : diverses pratiques non classées telle que la ponction, le percement ou l'incision du clitoris et/ou des lèvres, l'étirement du clitoris et/ou des lèvres, la cautérisation par brûlure du clitoris et des tissus environnants, la scarification des tissus entourant l'orifice vaginal (« angurya ») ou l'incision du vagin (« gishiri »), l'introduction de substances ou herbes

de l'excision sont diverses. Elles relèvent souvent du socioculturel et 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/E ne semblent être 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/E était antérieure à l'Islam. Ces argumentations 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 touche 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.

Or, 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/E sont scientifiquement démontrées négatives pour la santé et les risques liés à cette pratique pour les filles et les femmes victimes qui 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.

Les chercheurs qui tentent de comprendre le pourquoi et le comment de la persistance des MGF/E sont-ils confrontés à ce qui apparaît comme un paradoxe ; à savoir que dans de nombreux cas, les parents ou autres membres de la famille perpétuent une tradition qu'ils savent être nuisibles pour la santé physique et psychologique de leurs filles ? Cette étude tente de répondre à l'attachement aux MGF/E dans un contexte de crise sécuritaire et humanitaire que connaît la région de Tombouctou.

En dépit de la volonté politique du Gouvernement à faire face au problème de l'excision<sup>5</sup>, 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.

---

corrosives dans le vagin pour provoquer un saignement ou pour le resserrer et toute autre pratique entrant dans la définition des mutilations sexuelles féminines citée plus haut.

<sup>5</sup> 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.

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 VI, 2018, l'excision concerne environ neuf femmes âgées de 15-49 ans sur dix (89%) et 73% des filles de 0-14 ans sont excisées au Mali. 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, Selon la même source. 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. 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 être maintenue.

La situation au Nord du Mali, spécifiquement dans la région de Tombouctou est assez particulière. La région connaît une situation humanitaire marquée essentiellement par les mouvements de populations, les conséquences des inondations survenues pendant la période hivernale et la fermeture de plusieurs écoles à partir de 2012 à cause du contexte sécuritaire. Les conflits intercommunautaires dans la région voisine de Mopti continuent d'impacter la région de Tombouctou avec des vagues de déplacement de populations qui fuient les violences.

Au plan démographique, en 2009, la région de Tombouctou comptait 681 691 habitants répartis dans 121 554 ménages, ce qui la place au 7<sup>ème</sup> rang national (RGPH, 2009). La population de Tombouctou est presque équitablement répartie par sexe car composée de 341 151 hommes et de 340 540 femmes, soit 50% de femmes.

Bien qu'ayant un taux de croissance démographique relativement moins élevé que le niveau national, la population de Tombouctou a été multipliée par près de 1,5% de 1998 à 2009 ; ce qui représente un taux de croissance annuel moyen de 3,3%. Cette croissance est la plus importante jamais constatée depuis 1976. Les augmentations les plus importantes sont observées dans les cercles de Tombouctou (+75%), Gourma-Rharous (+64 %) et Niafunké (+50%).

Comparativement aux régions du sud et du centre du Mali, l'excision est pratiquée dans la région de Tombouctou à un niveau moins élevé au sein des femmes en âge de procréer. En effet, la pratique concerne la moitié des femmes en âge de procréer (50,1%) selon le rapport de l'EDSM VI, 2018.

Les types d'excision pratiqués dans la région sont : entaille sans enlever de chair (21,5% des cas) ; les parties de la chair enlevée (58,4%) et la fermeture du vagin (3,1%). Dans cette zone administrative, l'excision est pratiquée avant l'âge de 10 ans (87%). A Tombouctou, la proportion des filles de moins de 15 ans excisées est de 29%.

Malgré des actions menées par le gouvernement en faveur de la maîtrise progressive de la fécondité et de la lutte contre les pratiques néfastes à la santé des femmes et des filles aussi bien au niveau national que dans les régions, ces deux questions de population émergentes se présentent avec acuité dans la région de Tombouctou. En effet, selon le rapport de l'EDSM VI, on observe une tendance à la hausse du niveau des indicateurs de ces deux phénomènes. Le nombre moyen d'enfants par femme est passé d'environ 6 enfants (5,8) en 2006 à 7,3 en 2018.

Sur la même période, la prévalence de l'excision est passée de 44% à 50%. **Qu'est ce qui explique cette situation ? Serait-il à cause de la situation humanitaire et sécuritaire de la région de Tombouctou ?**

L'excision est pratiquée dans toutes les régions du Mali. Cette pratique est traditionnelle chez les groupes ethniques au sud du Mali (Bambara, Soninké, Malinké, Sénoufo...) tandis qu'elle ne concerne qu'une minorité au sein des ethnies sonrhäï, maures et tamashek au nord du pays. Ces dernières années, certaines régions du Nord dont celle de Tombouctou ont enregistré un fort taux de la pratique (50% en 2018 contre 33% EDSM-III en 2001; 15,6% EDSM-IV en 2006 et 18,66% MICS 2010).

Il est important de rappeler que depuis 2012, le Mali et plus particulièrement les régions du Nord (dont Tombouctou) font face à une crise multiforme sans précédent. La poursuite des hostilités dans cette partie du pays a sérieusement éprouvé la population civile, en particulier les femmes et les filles, victimes de la multiplication des formes de violence. Avec comme implications les déplacements massifs de populations et la détérioration des conditions d'existence. Cette crise n'est pas sans conséquences directes ou indirectes sur les attitudes, pratiques et comportements des individus ; toute chose susceptible de contribuer éventuellement à la dégradation du niveau de certains indicateurs sociodémographiques ; en l'occurrence la prévalence de l'excision.

Cette crise a aussi aggravé le quotidien des maliens déjà affaiblis par des problèmes de pauvreté chroniques, d'insécurité alimentaire et de malnutrition. L'insécurité persistante dans le nord et le centre du pays continue de poser de sérieux risques de protection pour les civils, de limiter l'accès des populations aux services sociaux de base mais aussi l'accès des humanitaires à ces populations.

C'est compte tenu de toute cette situation, que le Ministère de l'Aménagement du Territoire et de la Population à travers la Direction Nationale de la Population (DNP) avec l'appui technique et financier de l'UNFPA dans le cadre du programme conjoint MGF/E « Accélérer l'abandon de la pratique de l'excision » dans sa phase 3, a envisagé de recruter un Consultant national pour réaliser une étude en vue de mieux comprendre pourquoi la prévalence des MGF/E a tendance à augmenter dans la région de Tombouctou afin d'orienter la prise de décision. Cette ébauche s'insère dans le programme des études et recherches de la DNP pour l'identification des problèmes nouveaux et émergents de population.

## **2.1. Objectifs et résultats attendus**

### **2.1.1. Objectif général**

L'objectif général de la présente est d'étudier les MGF/E dans un contexte de forte fécondité et surtout de crise humanitaire et sécuritaire dans la région de Tombouctou et ce, dans une posture compréhensive en vue d'améliorer les connaissances sur la pratique des MGF/E et aider les pouvoirs publics à une meilleure coordination des activités de lutte pour l'abandon des pratiques néfastes à travers la prise de décision basée sur les évidences.

### **2.1.2. Objectifs spécifiques**

- identifier et analyser les causes de la pratique de l'excision dans la région de Tombouctou ;
- déterminer les facteurs explicatifs de la tendance à la hausse de la prévalence des MGF/E à Tombouctou ;
- analyser les liens éventuels entre la prévalence des MGF/E et la situation de crise humanitaire et sécuritaire à Tombouctou ;
- appréhender les perceptions, connaissances, attitudes et pratiques des hommes et des femmes en matière de MGF/E ;
- connaître le vécu sur les plans physique et psychologique des femmes ayant subi une MGF/E ;
- comprendre dans quelle mesure la pratique de l'excision influence les relations de couple ;
- élucider la connaissance des risques sanitaires des MGF/E au sein de la population ;
- explorer les liens entre la pratique de l'excision et la fécondité ;
- faire ressortir les liens entre la prévalence de l'excision et le niveau d'intervention des acteurs sur la question dans la localité ;
- faire des suggestions sur la base des propositions de stratégies fournies par les populations des zones de l'étude pour lutter contre les MGF/E.

### **2.2. Résultats attendus**

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

- les causes de la pratique de l'excision dans la région de Tombouctou sont identifiées et analysées ;
- les facteurs explicatifs de la tendance à la hausse de la prévalence des MGF/E à Tombouctou sont déterminés ;
- les liens éventuels entre la prévalence des MGF/E et la situation de crise humanitaire et sécuritaire à Tombouctou sont analysés ;
- les perceptions, connaissances, attitudes et pratiques des hommes et des femmes en matière de MGF/E sont appréhendées ;
- le vécu sur les plans physique et psychologique des femmes ayant subi une MGF/E est connu ;
- l'influence de la pratique de l'excision dans les relations de couple est comprise ;
- la connaissance des méfaits des MGF/E chez les hommes et les femmes est mise en exergue ;
- les liens entre la prévalence de l'excision et le niveau d'intervention des acteurs sur la question dans la localité sont mis en exergue ;
- sur la base des propositions de stratégies fournies par les populations des zones de l'étude, des suggestions sont formulées pour lutter contre les MGF/E.



### **III. DEMARCHE METHODOLOGIQUE :**

Le processus d'étude et de recherche en Population invite à décrire la méthodologie appliquée pour faciliter la compréhension des résultats. C'est dans cette logique que ce chapitre présente les préalables méthodologiques des deux volets quantitatif et qualitatif.

Pour le volet quantitatif, la méthodologie a consisté à l'exploitation des bases des EDSM, la préparation des fichiers d'analyse, la spécification des variables et la méthode d'analyse. L'analyse proprement dite a porté sur les différentes sources de données existantes.

Quant au volet qualitatif, il a consisté au traitement, analyse et interprétation des discours issus des entretiens réalisés avec les différentes cibles retenues dans l'étude.

#### **3.1. VOLET QUANTITATIF :**

##### **3.1.1. Sources de données**

Les données quantitatives utilisées dans cette étude sont issues des Enquêtes Démographiques et de Santé du Mali (EDSM) réalisées par l'Institut National de la Statistique (INSTAT) en collaboration avec la Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF).

Les EDSM sont réalisées dans le but de disposer de données statistiques actualisées, désagrégées et de qualité au plan national sur la situation sociodémographique et sanitaire des populations maliennes et notamment des enfants et des femmes afin de rendre compte des progrès accomplis dans le sens des Objectifs du Développement Durable (ODD) et d'autres engagements nationaux et internationaux en matière de développement sanitaire et social.

Selon les besoins spécifiques en informations, différents fichiers de données (ou bases) sont constitués à l'issue des enquêtes sur le terrain: base homme, base femme, base enfant, base naissance, base ménage... Aux fins de l'analyse, les bases homme et femme ont été exploitées.

##### **3.1.2. Préalables méthodologiques quantitatives**

Pour mener une analyse approfondie de l'évolution d'un phénomène quantifié, un préalable méthodologique consiste à s'assurer que la situation observée est bien réelle ; et surtout lorsqu'on utilise des données portant sur des échantillons et non sur la population toute entière. Ceci renvoie aux tests statistiques. Ces tests permettent de statuer sur la signification du changement observé. En effet, une variation apparente d'une quantité (proportion, moyenne,...) peut être constatée sans que celle-ci ne soit significative lorsque l'échantillon a été tiré de façon aléatoire.

Aux regards des résultats attendus, le test de comparaison de proportions est indiqué pour jauger l'importance à accorder à la tendance observée sur la prévalence de l'excision à Tombouctou ces dernières années.

### ***Comparaisons de proportions (test unilatéral à gauche)***

Dans la pratique, la prise de décision est faite sur la base de la comparaison entre la valeur calculée de la statistique Z et sa valeur théorique. Si la valeur calculée est supérieure à la valeur théorique de la statistique Z (1,96 au seuil de 5%) alors on accepte l'hypothèse d'une variation significative.

La formule empirique de calcul de la statistique Z est :

$$Z = \frac{Pt_2 - Pt_1}{\sqrt{\frac{Pt_1(1-Pt_1)}{n_1} + \frac{Pt_2(1-Pt_2)}{n_2}}} \quad \text{où:}$$

$Pt_1$ : prévalence de l'excision au temps t1;

$Pt_2$ : prévalence de l'excision au temps t2;

$n_1$ : la taille de l'échantillon des femmes en t1;

$n_2$ : la taille de l'échantillon des femmes en t2.

Les résultats du test de comparaison de proportions (prévalences de l'excision à Tombouctou) sont consignés dans le tableau 1.

**Tableau 1** : Résultats du test de comparaison de proportion

Paramètres	Période		
	1996-2018	2001-2018	2006-2018
$Pt_1$ (en %)	7,4	51,3	44
$Pt_2$ en %)	50,1	50,1	50,1
$n_1$	60	421	720
$n_2$	191	191	191
Valeur de Z	9,93**	-0,28 <sup>ns</sup>	1,5 <sup>ns</sup>

\*\* test significatif au seuil de 5%

<sup>ns</sup>: test non significatif

Sources: exploitation des données EDSM II à VI.

L'application numérique de la formule précédente indique que le test n'est significatif qu'entre 1996 (EDSM II) et 2018 (EDSM VI). En d'autres termes, la prévalence de l'excision a certes évolué légèrement entre 2001 à 2018 à Tombouctou, mais la différence n'est pas statistiquement très significative.

Cependant, le contexte socioculturel dans lequel se réalise cette étude nécessite qu'une tendance à la hausse (même légère) de la prévalence de l'excision soit analysée et comprise. En effet, Tombouctou est une région où la pratique de l'excision se faisait rarement il y a deux décennies (7,4% selon l'EDSM II, 1995-1996). De plus en 1996, les données de Tombouctou dans la base

de données sont relatives au seul milieu urbain. Ce qui signifie que les données des deux enquêtes (EDSM II et VI) ne sont pas fondamentalement comparables pour cette région.

En vue de mettre en exergue la situation récente du phénomène de MGF/E dans la région de Tombouctou et compte tenu du fait que l'EDSM V, 2012-2013 ne tenait pas compte de cette région<sup>6</sup> l'analyse des données quantitatives de l'étude a principalement porté sur l'évolution des facteurs associés à la pratique de l'excision entre 2006 et 2018.

### **3.1.3. Préparation des fichiers d'analyse**

La préparation des fichiers d'analyse a débuté par la vérification de la conformité des données. Il s'agissait de savoir si :

- les informations étaient disponibles pour toutes les variables ;
- les informations étaient disponibles pour tous les individus ;
- il n'y avait pas d'erreurs de saisie ou de déclaration des valeurs des différentes variables ;
- etc.

Cette phase comportait les étapes suivantes : i) sélection des variables nécessaires à l'analyse et au recodage ; ii) sélection des individus concernés par l'analyse ; iii) Evaluation de la qualité des données.

### **3.1.4. Sélection des variables et recodage**

Le processus d'opérationnalisation des indicateurs clés de l'étude a conduit au choix de variables mobilisées pour l'analyse. On note que trois (3) variables ont été construites :

- type d'excision : cette variable est construite à partir des trois variables dichotomiques se rapportant aux types d'excision saisis par les EDSM : i) entaille, chair enlevée ; ii) entaille, pas de chair enlevée ; iii) vagin fermé
- la fréquence d'exposition aux médias : variable composite construite à partir de trois (3) autres variables : fréquence de lecture de journaux/magasins ; fréquence d'écoute radiophonique ; et le fait de regarder la télé.
- Le nombre de femmes excisées dans la communauté (grappe).

D'autre part, la variable niveau de vie a été utilisée. Traditionnellement, le niveau de vie du ménage est l'indicateur utilisé pour appréhender la pauvreté en se basant pour ce faire sur le revenu ou les dépenses de consommation courante du ménage. C'est la pauvreté dite monétaire. Mais comme les EDSM n'ont pas pour objectif de mesurer cet aspect monétaire de la pauvreté des ménages, il est particulièrement intéressant de construire un indice de bien-être fondé sur les conditions de vie du ménage.

A cet égard, le niveau de vie du ménage désigne l'ensemble des possibilités matérielles dont dispose ce dernier. Il est appréhendé à travers une combinaison de variables liées aux conditions de vie qui prend en compte les biens d'équipement, les caractéristiques de l'habitat ainsi que

---

<sup>6</sup> EDSM V, 2012-2013

différentes commodités qui s’y rattachent (la source d’eau et d’éclairage). Bien que nos analyses bivariée et multivariée soient faites au niveau individuel (femme et homme), néanmoins cet indicateur est mesuré au niveau du ménage. Ainsi, à chaque femme, est imputée la valeur de l’indicateur calculé au niveau de son ménage d’origine.

Afin de faciliter l’interprétation des résultats obtenus, certaines manipulations ont été effectuées sur les bases de données originales : personne qui a procédé à l’excision ; région de résidence antérieure ; religion ; occupation de la femme et du conjoint.

Seules les principales ethnies ont été retenues, les autres étant groupées sous la catégorie « autre ethnie ».

Une variable relative à la pratique de l’excision chez les femmes de 15-49 ans dans la communauté a été construite ; la grappe étant assimilée à la communauté. La procédure de tirage des grappes (ou sections d’énumération) lors des EDMS permet d’introduire une stratification implicite au niveau de toutes les unités administratives en dessous de la région. De ce fait, une grappe correspond à un village (ou des villages voisins) ou partie d’une ville et peut être assimilée à une communauté partageant des valeurs et ayant des pratiques (MGF) similaires.

En gros, les variables retenues sont de deux ordres : i) les variables d’analyse ; et ii) les variables explicatives.

Les premières (au nombre de 7) sont relatives à la connaissance et à la pratique de l’excision tandis que les secondes portent sur les facteurs et/ou caractéristiques socioculturels, démographiques, économiques susceptibles d’expliquer la tendance à la hausse de la prévalence de l’excision dans la région de Tombouctou.

Les variables clés de l’analyse quantitative sont consignées dans le tableau 2.

**Tableau 2:** variables opérationnelles de l'analyse et leurs modalités

Dimension d’analyse	Variables opérationnelles	Modalités
	Variables d’analyse	
Connaissance de l’excision	Entendu parler de l’excision	1. <b>Oui</b> 2. <b>non</b>
pratique de l’excision	Statut d’excision de la femme/de la fille	1. <b>Excisée</b> 1. <b>Non excisée</b>
	Type d’excision	2. entaille, chair enlevée 3. entaille, pas de chair enlevée 4. vagin fermé
	Personne qui a procédé à l’excision	1. <b>traditionnel</b> 2. <b>professionnel de santé</b>

Dimension d'analyse	Variables opérationnelles	Modalités
	Variables d'analyse	
		<b>3. ne sait pas/manquant</b>
	➤ Approbation de l'excision en tant que nécessité religieuse	<b>1. Oui 2. non</b>
	➤ Approbation du maintien de la pratique de l'excision	<b>1. Oui 2. non</b>
	➤ Intention d'exciser les filles	1. Oui 2. non
Variables explicatives		
Contexte de résidence	➤ Milieu de socialisation	1. Ville 2. Petite ville/campagne 3. Etranger
	➤ Milieu de résidence	1. Urbain 2. rural
	➤ région de résidence antérieure	1. Tombouctou 2. Hors Tombouctou
Caractéristiques socioculturelles	➤ Religion	1. Musulmane 2. Non musulmane
	➤ Ethnie	1. Peuhl 2. sonrhäï 3. Tamacheq 4. Autre ethnie
	➤ Niveau d'instruction de la femme/ ➤ Niveau d'instruction du conjoint	1. Sans niveau 2. Primaire 3. Secondaire/supérieur
	➤ Fréquence d'exposition aux médias	1. Pas du tout 2. Souvent 3. fréquemment
Caractéristiques économiques	➤ Niveau de vie de la femme	1. Faible 2. Moyen 3. Elevé
	➤ Occupation de la femme	1. Inoccupée 2. occupée
	➤ Occupation du conjoint	1. Secteur traditionnel 2. Secteur moderne

Dimension d'analyse	Variables opérationnelles	Modalités
	Variables d'analyse	
		3. Ne sait pas/manquant
Caractéristiques démographiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Age</li> <li>➤ Age à l'excision</li> <li>➤ Age du chef de ménage</li> </ul>	
	➤ Lien de parenté avec le chef de ménage	1. Chef de ménage 2. Pas chef de ménage
	➤ Sexe du chef de ménage	1. Masculin 2. Féminin
	➤ Nombre total de filles	1. N'a pas de fille 2. A au moins une fille
Effet communautaire	➤ Nombre de femmes excisées dans la communauté (cette variable a été construite à partir de la pratique de l'excision chez les femmes de 15-49 ans).	

### 3.1.5. Sélection des individus

Relativement aux objectifs spécifiques de la présente étude, la population cible du volet quantitatif est constituée des femmes et des hommes de Tombouctou âgés de 15 à 49 ans. La tranche d'âges 15-49 ans a été considérée pour les hommes en vue d'harmoniser les informations. En effet, dans le rapport de l'EDSM IV, l'analyse porte sur les hommes de 15-59 ans.

En plus de ces deux catégories de population, l'information sur l'excision des filles est basée sur la déclaration des mères enquêtées. Par ailleurs, la section de l'enquête sur les MGF/E est construite de manière à distinguer au départ deux types de mères : celles qui n'ont aucune fille vivante et celles qui ont au moins une vivante. Parmi ces dernières, on précise ensuite le nombre de filles excisées. Ainsi, dans le cadre de cette analyse portant sur l'excision des filles, nous nous intéressons uniquement au sous-échantillon de femmes qui ont au moins une fille vivante, la structure du questionnaire ne permettant pas de capter l'information pour les filles décédées.

Le tableau 3 ci-dessous présente la répartition de l'échantillon des hommes et des femmes enquêtés. Au total, 144 hommes et 720 femmes âgés de 15 à 49 ans ont été enquêtés lors de l'EDSM IV, 2006 contre respectivement 139 et 191 pour l'EDSMVI, 2018.

**Tableau 3** Répartition de l'échantillon des hommes et des femmes de 15-49 ans enquêtés à Tombouctou, EDSM IV 2006 et EDSM VI 2018

Enquêtes	Echantillon hommes	Echantillon Femmes
EDSM IV, 2006	144	720
EDSM VI, 2018	139	191

Sources : exploitation des données EDSM IV et EDSM VI

### 3.1.6. Evaluation de la qualité des données

Il est indispensable avant l'analyse des données d'examiner leur qualité et de dégager l'ampleur des différentes catégories d'erreurs. L'évaluation des taux de non réponse des variables retenues pour l'étude permet de déceler les erreurs éventuelles qui peuvent entacher la fiabilité des résultats issus des analyses. En effet, un taux de non réponse élevé (supérieur à 10%), affecte sensiblement la précision des estimations, cause des biais de représentativité et dans le cas des analyses multivariées des pertes d'informations importantes. Ainsi, pour qu'une variable soit retenue, il faut que son taux de non-réponse soit relativement faible.

**Tableau 4** : Taux de non réponse des variables dans l'échantillon des femmes Tombouctou, EDSM IV et EDSM VI

Variables	EDSM IV			EDSM VI		
	Effectifs valides	Valeurs manquantes	Taux de non réponses	Effectifs valides	Valeurs manquantes	Taux de non réponses
Groupe d'âges	720	0	0	191	0	0
Statut matrimonial	720	0	0	191	0	0
Lien de parenté avec le chef de ménage	720	0	0	191	0	0
Age du chef de ménage	720	0	0	191	0	0
Sexe du chef de ménage	720	0	0	191	0	0
Milieu de résidence	720	0	0	191	0	0
Religion	712	8	0	191	0	0
Ethnie	720	0	0	191	0	0
Niveau instruction	720	0	0	191	0	0
Niveau instruction conjoint	631	7	0	155	13	0
exposition aux médias	719		0	191	0	0
Niveau de vie	720	0	0	191	0	0
Occupation de la femme	715	4	0	191	0	0

Variables	EDSM IV			EDSM VI		
	Effectifs valides	Valeurs manquantes	Taux de non réponses	Effectifs valides	Valeurs manquantes	Taux de non réponses
Occupation du conjoint	708	12	0	139	28	0
Entendu parler de l'excision	720	0	0	191	0	0
Statut d'excision	546	174	0	147	44	0
Type d'excision	317	0	0	96	0	0
Age à l'excision	315	2	0	96	0	0
Personne qui a procédé à l'excision	312	5	0	96	0	0
Excision des filles	331	4	0	147	44	0
Approbation de l'excision en tant que nécessité religieuse	540	179	0	147	44	0
continuité	542	177	0	147	44	0
Nombre de femmes excisées dans la communauté	720	0	0	191	0	0

**Source :** Exploitation des bases de données des EDSM IV et VI

Tableau 5 : Taux de non réponse des variables dans l'échantillon des hommes Tombouctou, EDSM IV et EDSM VI

Variables	EDSM IV			EDSM VI		
	Effectifs valides	Valeurs manquantes	Taux de non réponses	Effectifs valides	Valeurs manquantes	Taux de non réponses
Groupe d'âges	144	0	0,0	139	0	0,00
Statut matrimonial	144	0	0,0	139	0	0,00
Lien de parenté avec le chef de ménage	144	0	0,0	139	0	0,00
Age du chef de ménage	144	0	0,0	139	0	0,00
Sexe du chef de ménage	144	0	0,0	139	0	0,00
Milieu de résidence	144	0	0,0	139	0	0,00
Religion	142	2	0,0	139	0	0,00
Ethnie	136	8	0,1	139	0	0,00
Niveau instruction	144	0	0,0	139	0	0,00



Variables	EDSM IV			EDSM VI		
	Effectifs valides	Valeurs manquantes	Taux de non réponses	Effectifs valides	Valeurs manquantes	Taux de non réponses
exposition aux médias	142	2	0,0	139	0	0,00
Niveau de vie	144	0	0,0	139	0	0,00
Occupation	144	0	0,0	136	3	0,02
Nombre de filles en vie	144	0	0,0	139	0	0,00
Entendu parler de l'excision	144	0	0,0	139	0	0,00
Approbation de l'excision en tant que nécessité religieuse	103	41	0,3	119	20	0,14
Approbation de la continuité de l'excision	122	22	0,2	119	20	0,14

**Source :** Exploitation des bases de données des EDSM IV et VI

Aussi bien dans les bases hommes que dans les bases femmes, nous constatons que quelle que soit la période de l'opération de collecte, les taux de non réponse des variables relatives aux caractéristiques sociodémographiques, culturelles et économiques sont inférieurs à 10%. Par contre, les variables d'analyse, relatives à la pratique de l'excision présente des taux de non-réponse supérieur à 10%. C'est pourquoi, les répondants (es) pour lesquels certaines données sont manquantes ou indéterminées ont été retirés de l'échantillon. En conséquence, ces données sont de bonne qualité et peuvent être utilisées pour les analyses.

Il convient de noter qu'étant donné que la collecte d'information s'est faite par le biais d'entrevues personnelles en face-à-face, la validité et la fiabilité des données utilisées dans le cadre de cette analyse reposent principalement sur l'honnêteté des répondants(es) à l'enquête. Il n'est donc pas à exclure la possibilité de biais ou de mensonge, particulièrement lorsqu'il est question d'un sujet aussi sensible tel que l'excision. Nous pouvons par exemple facilement imaginer une femme instruite qui choisirait de mentir plutôt que d'avouer l'excision de sa fille malgré tout ce qui se fait sur les conséquences néfastes de la pratique.

Si les questionnaires et la méthodologie des EDSM sont tels qu'un maximum de rigueur est assuré, il convient tout de même de mentionner ces genres de limite des données utilisées.

### **3.1.7. Méthode d'analyse**

Compte tenu des objectifs de l'étude, de la nature du phénomène étudié et eu égard au type de la variable d'intérêt (pratique de l'excision), deux niveaux d'analyse ont été distingués : i) une analyse bivariée ii) et une analyse multivariée.

Compte tenu du problème d'antériorité temporelle entre la variable dépendante et les variables explicatives, la régression logistique sera focalisée sur la pratique de l'excision chez les filles de 0-14 ans. En effet, les bases EDSM contiennent peu de variables se rapportant aux femmes au moment de l'excision. Les effets de celles qui satisfont à cette exigence (âge, milieu de résidence, ethnie) peuvent être analysés au niveau bivarié.

#### **3.1.7.1. Analyse bivariée**

L'analyse bivariée permet de cerner la tendance à la hausse de la prévalence de l'excision chez les femmes de 15-49 ans à Tombouctou ainsi que le lien avec la fécondité. A ce niveau, les variables d'analyse sont relatives à la connaissance et à la pratique de l'excision. Le croisement de ces variables avec les variables explicatives renseigne sur la prévalence de l'excision dans les différentes catégories sociales d'une part et d'autre part, d'établir les liens existant entre la pratique de l'excision et chacune des variables socioculturelles relatives aux femmes âgées de 15-49 ans. Les variables explicatives sont relatives au contexte de résidence (milieu de résidence, aux caractéristiques socioculturelles (ethnie, religion, niveau d'instruction, exposition aux médias), aux caractéristiques économiques (niveau de vie, occupation), aux caractéristiques démographiques (âge, caractéristiques du chef de ménages, nombre de filles).

L'interprétation des résultats à l'aide de paramètres statistiques appropriés (Khi-deux, coefficient de contingence...) permet d'analyser les facteurs socioculturels associés à la hausse de la prévalence de l'excision chez les femmes en âge de procréer à Tombouctou entre 2006 et 2018.

Le seuil de significativité retenu est de 10%.

#### **3.1.7.2. Analyse multivariée**

La revue de quelques travaux statistiques et anthropologiques sur la pratique de l'excision permet de dégager certains constats généraux en termes de facteurs socioculturels, démographiques et économiques susceptibles d'expliquer la tendance à la hausse de la prévalence du phénomène :

- La pratique est enracinée dans une toile de valeurs et de traditions culturelles et religieuses : l'affiliation ethnique, le lieu de résidence et l'appartenance religieuse sont généralement cités comme facteurs explicatifs ;
- Dans les zones où la pratique ne recule pas, on peut s'attendre à ce que l'excision soit aussi élevée auprès des femmes âgées qu'auprès des femmes plus jeunes ;
- L'étendue de la pratique devrait être plus faible auprès des femmes qui vivent en milieu urbain et celles instruites. Par conséquent, une forte mobilité résidentielle vers le milieu urbain pour diverses raisons, est un facteur explicatif d'une tendance à la hausse des niveaux du phénomène ;
- La pratique est transmise de mères en filles ;

- Il peut y avoir des divergences importantes entre l'étendue de la pratique et son taux de non approbation, particulièrement chez les mères plus jeunes ;
- La décision d'excision repose sur un schéma mental fortement enraciné dans la vie communautaire.

Ces constats ont servi de prémisses de base à l'élaboration du modèle d'analyse. C'est ainsi que recours a été fait à la régression logistique binomiale (modèle probit) pour expliquer la pratique de l'excision chez les filles de 0-14 ans en vue de fournir des éléments explicatifs de la tendance à la hausse de la prévalence de l'excision à Tombouctou tout en intégrant l'aspect générationnel du phénomène à travers les variables explicatives et quantitatives et qualitatives.

Le modèle d'analyse est spécifié ainsi qu'il suit :

$$Y_i = \beta_0 + \sum \beta_i * X_i + f_i + u_i$$

Avec  $X_i$  ( $i=1,2...n$ ) = variable indépendante.

Où  $Y_i = 1$  si au moins une fille est excisée et  $Y_i = 0$  si aucune fille n'est excisée ;

Et où

$X_i$  = caractéristiques de la mère et du ménage ;

$\beta_0$  = constante exprimant le niveau moyen pour toutes les variables indépendantes  $X_i$  introduites dans le modèle.

$\beta_i$  = coefficient de régression rattaché aux variables indépendantes ;

$f_i$  = effet « communautaire » représenté par le nombre moyen de femmes excisées par communauté (grappe). L'utilisation de la moyenne de femmes excisées par communauté permet de capter l'effet non-observable propre à chaque communauté ou village et ce, tant la dimension sociologique de l'excision (chansons, poèmes, célébrations, etc.) que sa dimension économique (valeur du mariage). En effet, il est raisonnable de postuler qu'un ratio élevé de femmes excisées dans une communauté s'accompagnera d'une mise en valeur de la « culture » de l'excision, tout en exerçant une pression sur les femmes et les filles à se conformer aux normes socioculturelles.

L'application de la régression logistique fournit entre autres statistiques: le nombre d'observations, la probabilité du Khi-deux associée au modèle, les rapports de chances (Odds ratio), le seuil de signification  $P > |z|$  des paramètres (coefficients  $\beta$ ), l'intervalle de confiance des Odds ratio pour chacune des modalités des variables introduites dans le modèle. Ces statistiques facilitent l'interprétation des résultats obtenus.

Dans le cas de cette analyse, le modèle sera jugé adéquat lorsque la probabilité associée au khi-deux sera inférieure ou égale à 5%.

### 3.1.8. Outils d'analyse

Dans le cadre de cette analyse, les logiciels SPSS 21, STATA 13, Word et Excel ont été utilisés. Le premier a permis de faire la préparation du fichier d'analyse (y compris le recodage) et les analyses bivariées. Le second a servi pour les analyses multivariées explicatives. Les logiciels Excel et Word ont permis de dessiner les tableaux, les graphiques et de faire le traitement de texte.

### 3.2. VOLET QUANLITATIF :

#### 3.2.1. Cibles de l'enquête

L'enquête qualitative a été faite essentiellement sous forme de focus groupes (FGD) et d'Entretiens Approfondis (EA) avec des informateurs clés comme les responsables d'ONG, les agents des services Techniques de la santé, de la promotion de la femme et de l'enfant. Le nombre de participants par focus group varie de six(06) à douze (12) personnes.

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

#### 3.2.2. Echantillon qualitatif

Pour l'enquête qualitative, nous avons opté pour un échantillonnage de type raisonné. Il s'agit d'effectuer des entretiens avec des personnes ressources susceptibles de fournir des informations pour la compréhension du sujet à l'étude. Les cibles visées sont : 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, l'éducation. Ceux-ci sont complétés par toutes autres personnes âgées de 15 ans et plus dans la population générale pouvant fournir des informations utiles à l'étude. Ces personnes ont été choisies dans les quatre (04) localités retenues (Tombouctou, Goundam, Diré, Niafunké) pour l'étude.

Tableau 6 : liste des cercles et villages enquêtés dans la région de Tombouctou.

Cercles	communes	Villages/quartiers
Diré	Diré	Gairama, Algalina, Barikobé
	Sarayemou	Sarayemou
Goundam	Tonka Goundam	Tonka Goundam
Niafunké	Soboundou Soumpi	Soumpi Tondidarou
Tombouctou	Alafia Tombouctou	Toya .Kabara, Sarekéina,

Les effectifs par technique de collecte du volet qualitatif sont dans le tableau suivant:

Tableau 7 : Les effectifs par technique de collecte du volet qualitatif

Cibles	Types d'entretien		Total
	Entretiens individuels	Focus group	
Exciseuses	2	-	2
Responsables communaux	2	-	2
Agent de santé	2	-	2
Responsables d'ONG	3	-	3
Responsable de jeunes	1	-	1
Chef de village/quartier	5	-	5
Agent promotion de la femme	2	-	2
Leaders religieux	4	-	4
Groupe de femmes (25 participantes)	-	2	2
Groupe d'hommes (24 participants)	-	2	2
Total	21	4	25

### 3.2.3. Elaboration des outils de collecte

En vue de collecter les données qualitatives, différents outils ont été élaborés pour les entretiens approfondis et pour les Focus Group.

#### ✓ L'entretien approfondis (EA) :

Des entretiens approfondis ont été réalisés avec les informateurs clés comme les responsables d'ONG, les agents des services Techniques de la santé, de la promotion de la femme et de l'enfant et de l'éducation.

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

Pour ce faire, nous avons élaboré différents types d'entretien approfondi

- **Entretien 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/E,
- ✓ Facteurs explicatif de la pratique des MGF/E,
- ✓ Causes et conséquences de la pratique
- ✓ Fréquence de la pratique des MGF/E (les raisons)
- ✓ Occupation djihadiste et pratique de l'excision dans la région
- ✓ Lien fécondité et excision

- ✓ Lien situation humanitaire et pratique de l'excision
  - ✓ Lien entre la pratique de l'excision et la fécondité dans la localité
  - ✓ Facteurs de blocage pour aller vers l'abandon de la pratique MGF/E
  - ✓ Identification des personnes influentes au sein de la communauté
  - ✓ Identification des stratégies pour aller vers l'abandon,
  - ✓ Attentes et Recommandations
- **Entretien Approfondi avec les leaders (élus communaux, religieux, coutumiers responsables des jeunes et des femmes).**

Les thématiques de discussion:

- ✓ Perception, Connaissances sur les MGF/E,
  - ✓ Identification des facteurs de maintien et de propagation de la pratique de l'excision,
  - ✓ 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.
  - ✓ Lien fécondité et excision
  - ✓ Lien situation humanitaire et pratique de l'excision
  - ✓ Lien excision et les différents acteurs qui interviennent de lutte pour l'abandon de la pratique dans les différentes localités
  - ✓ Recommandations.
- **Entretien Approfondi avec les exciseuses**

Les thématiques de discussion:

- ✓ Raisons de la pratique des MGF/E
- ✓ Types d'excision pratiqués
- ✓ Causes et conséquences des MGF/E,
- ✓ Pratique de l'excision sous occupation islamiste
- ✓ Lien entre excision et mariage, excision et fécondité, excision et accouchement,
- ✓ Stratégies d'abandon
- ✓ Recommandations.

- **Entretien Approfondi avec le personnel d'ONG**

Les thématiques de discussion:

- ✓ Domaines d'intervention

- ✓ Groupes cibles visés par les interventions
- ✓ Stratégies d'intervention
- ✓ Raisons de la pratique du MGF/E
- ✓ Partenariat
- ✓ Principaux résultats obtenus
- ✓ Difficultés
- ✓ Occupation des islamistes et la pratique des MGF/E dans la région
- ✓ Leçons apprises
- ✓ Orientations futures sur MGF/E,
- ✓ Recommandations

▪ **Les « Focus group »**

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

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

- ✓ Perceptions, connaissances, et pratiques des communautés sur les MFG/E,
- ✓ Facteurs justifiant la pratique des MGF/E,
- ✓ Facteurs d'augmentation de la pratique,
- ✓ Occupation djihadiste et pratique de l'excision dans la région
- ✓ Identification des opportunités/ obstacles pour le changement.
- ✓ Identification des actions prioritaires par catégories d'acteurs pour une meilleure promotion de la santé sexuelle et droits sexuels reproductifs
- ✓ Recommandations

**3.2.4. Recrutement, formation des agents de terrain et collecte de données**

En raison du contexte sécuritaire et sanitaire (propagation de COVID-19), le recrutement et la formation des agents de terrain, la collecte des données qualitatives et la supervision ont été assurées par la structure régionale en charge des questions de Population ; à savoir la DRPSIAP de Tombouctou sous l'égide de la DNP et de l'équipe Consultants.

Des enquêteurs et superviseurs de niveau d'instruction requis (minimum BAC+4) ont été recrutés au niveau local sur la base des critères définis qui garantissent la qualité du travail et le respect de l'éthique. Etant donné que pour le volet qualitatif, l'enquêteur a plus un statut de chercheur que d'enquêteur, il doit avoir une maîtrise du sujet, être au parfum des hypothèses que nous cherchons à évaluer dans le cadre de cette l'étude, etc.

Les agents de terrain retenus ont été formés sur le contexte, les objectifs, l'échantillonnage qualitatif et les outils de collecte (guides d'entretien approfondi et Focus Group) propres à cette étude. Cette formation vise à les familiariser au mieux avec les outils de collecte, les amener à

comprendre et à appliquer les règles pratiques de confidentialité, de consentement éclairé des répondants aux interviews, l'animation des Focus Group et l'enregistrement du discours. La formation vise aussi, en ce qui concerne les superviseurs, à leur donner une bonne maîtrise de l'échantillonnage sur terrain, du contrôle de la qualité des données et de la gestion de tout le processus des enquêtes.

Les superviseurs et les contrôleurs ont été chargés de l'organisation et de la bonne conduite des entretiens avec les enquêteurs.

Les entretiens ont été conduits en français au besoin et dans les langues locales : sonrhäi , Peuhl, Tamacheq...

### **3.2.5. Traitement et analyse des données qualitatives**

Le traitement et l'analyse des données qualitatives ont été faits en trois étapes. La première étape a concerné la transcription des entretiens enregistrés. La deuxième étape axée au codage des entretiens et à l'identification des thèmes récurrents et au contrôle de qualité des données. La troisième étape a concerné l'analyse proprement dite. Nous avons fait recours aux verbatim pour mieux interpréter et argumenter les passages du rapport.

Les informations quantitatives issues de l'exploitation des bases de données EDSM et celles issues des données collectées ont été triangulées pour une plus grande crédibilité des résultats. La triangulation consiste à comparer différents résultats de différentes sources.

L'étude a été complétée par la recherche documentaire en vue de comparer et d'appuyer les informations collectées sur le terrain et celles issues de l'exploitation.

### **3.2.6. Considérations éthiques**

Sur le terrain, le but, les principes et le déroulement de l'étude ont été clairement expliqués aux enquêtés. L'anonymat et la confidentialité sont garantis. Seules les personnes ayant donné leur consentement ont été enquêtées. Le respect des us et coutumes est de mise

L'assurance a été donnée aux enquêteurs que le présent travail ne portera aucun préjudice à qui que ce soit, adhérents et non adhérents et que les résultats ne seront utilisés que pour des fins scientifiques.

### **3.2.7. Difficultés et limites de l'étude**

Les principales difficultés de l'étude sont liées à certains facteurs qui sont entre autres : l'insécurité résiduelle dans la région qui a empêché les enquêteurs à aller dans certaines zones à haute prévalence; l'état des routes en cette période hivernale et la réticence de certains enquêtés devant la question sensible de l'excision.

En plus, la durée relativement courte de l'étude constitue une limite.



On peut également noter certaines limites concernant le volet quantitatif :

- non prise en compte de l'EDSM V, 2012-2013 dans les analyses,
- inexistence de certaines variables pertinentes dans les bases de données exploitées pour expliquer le phénomène étudié (vécu sur les plans physiques et psychologiques des femmes ayant subi une MGF/E ; situation sécuritaire ; prise de décision d'exciser les filles ;...).

#### **IV. Aperçu sur la pratique des MGF/E au Mali**

Il ressort de la littérature que la lutte contre les MGF/E au Mali a commencé quelque temps après l'indépendance du Pays. En effet, selon A. DIALLO, c'est en 1966 que l'Eglise Catholique, Diocèse de San, a commencé la lutte contre l'excision par la sensibilisation de ses adhérents<sup>7</sup>.

De cette époque à nos jours, plusieurs institutions, nationales et internationales ont initié des actions pour l'abandon de la pratique des MGF/E au Mali.

1980 à 1984 : L'UNFM à travers des activités de recherche et des séminaires régionaux et nationaux lança une campagne de sensibilisation et de formation de groupements féminins.

1981-à nos jours: Le Centre Djoliba exécute des activités de sensibilisation, de formation, et de recherche dans le District de Bamako et à l'intérieur du pays, à travers leurs centres de promotion féminine et leurs centres culturels.

Après 1991: Plusieurs organisations non-gouvernementales (ONGs) ont pris le flambeau de la lutte contre les MGF/E.

Les efforts du gouvernement malien dans le sens de la lutte contre les MGF/E ont été matérialisés par un certain nombre d'actions dont entre autres :

- En 1996 : Création du Comité National pour l'Eradication des pratiques néfastes à la santé de la femme et de l'Enfant (CNAEPN) par décret N°96-382/PM-RM, devenu le Comité National d'Action pour l'Abandon des Pratiques néfastes à la Santé de la femme et de l'Enfant (CNAPN) par décret N°99/PM-RM du 16 juin 1999 ;
- Lettre circulaire n° 0019/MSPAS-SG du 16 janvier 1999 par le Ministre de la Santé interdisant l'excision dans les établissements sanitaires ;
- En 2002 : création du Programme National de Lutte contre la Pratique de l'excision (PNLE) en 2002 par ordonnance N°02-53/P\_RM du 04 juin 2002.

La Ratification d'un certain nombre d'instruments juridiques internationaux et régionaux atteste de la volonté des autorités pour lutter contre les MGF/E.

Le tableau suivant présente un aperçu des traités internationaux et régionaux signés et ratifiés par le Mali.

---

<sup>7</sup> DIALLO, Assitan. Mutilations Génitales Féminines (MGF) au Mali : Revue de la littérature et des actions menées, National Fellow, Novembre 1997

#### 4.1. Cadre juridique et institutionnel malien en rapport avec les MGF/E<sup>8</sup>

Tableau 8 : Traités internationaux et régionaux

MALI	Signé	Ratifié	Adhéré <sup>9</sup>
<b>International</b>			
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	
<b>Régional</b>			
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	

Source : Thomson Reuters Foundation, *Mali : la loi et les MGF, septembre 2018*

Au Mali, il n'existe pas actuellement de législation nationale qui incrimine et punit spécifiquement la pratique des MGF/E. Cependant, la loi fondamentale dans son article 2 stipule : « tous les maliens naissent et demeurent libres et égaux en droit et en devoir. Toute discrimination fondée sur l'origine sociale, la couleur, la langue, la race, le sexe, la religion et l'opinion politique est prohibée. »<sup>10</sup> Cette disposition constitutionnelle garantit la promotion de

<sup>8</sup> Tiré de Thomson Reuters Foundation, *Mali : la loi et les MGF, septembre 2018*

<sup>9</sup> « **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.

<sup>10</sup> DECRET N°92-073 P-CTSP DU 25 FEVRIER 1992 promulguant la Constitution du Mali, 1992.

l'égalité de genre et l'élimination de toutes les formes de discriminations à l'égard des femmes et filles.

#### **4.2. Les stratégies de lutte contre les MGF/E :**

Dans leurs stratégies de lutte contre la pratique des MGF/E, les acteurs de la lutte s'appuient sur les conventions internationales auxquelles le Mali a adhéré. Ces conventions ont été rappelées ci-dessus.

Au plan national également, certains textes sont rappelés comme argumentaires en faveur de la protection de la femme et de l'enfant. Il s'agit notamment de :

La Constitution (25 février 1992) dans ses articles 1 et 2 ;

La politique et du plan d'action national 2010-2014 du PNLE pour l'abandon de la pratique de l'excision en 2010;

Le Plan d'action national 2015 – 2019 pour l'abandon de la pratique de l'excision au Mali ;

La lettre circulaire n°. 0019/MSPAS-SG du 7 janvier 1999 du Ministère de la Santé des Personnes Agées et de la Solidarité y interdit la pratique des MGF/Excision dans les établissements sanitaires.

En plus de ces instruments politiques et juridiques, les études et les campagnes de sensibilisation sont constamment en cours pour l'abandon des pratiques néfastes à la santé de la femme et de la fille. En matière de recherche pour l'abandon des MGF/E, les sciences sociales sont constamment sollicitées en vue d'avoir une meilleure compréhension du phénomène.

#### **4.3. Les sciences sociales dans la lutte**

En 2018, l'UNFPA et l'UNICEF dans la mise en œuvre de leur programme commun de lutte contre la mutilation génitale féminine dans les pays où les MGF sont les plus répandues cherchent à mettre en pratiques les découvertes récentes des sciences sociales pour la modification des normes sociales.

En effet, de nouvelles données issues des théories en matière de sciences sociales et de l'analyse des expériences tirées des programmes, indiquent que l'abandon des mutilations génitales féminines sur une grande échelle est l'aboutissement d'un processus d'évolution sociale positive et cela serait dû à la nature conventionnelle de la pratique. Pour ce faire, il faut qu'un nombre important de familles au sein d'une communauté fassent, de manière collective et coordonnée, le choix d'abandonner la pratique de façon à ce qu'aucune jeune fille ou famille ne soit désavantagée par la décision<sup>11</sup>. Selon cette théorie, la décision d'abandonner la pratique doit être collective et explicite de façon à ce que chaque famille soit convaincue que les autres familles abandonnent également la pratique. La décision doit être largement répandue au sein de la communauté pratiquant les mutilations afin d'être pérennisée. De fait, elle permettra de mettre en

---

<sup>11</sup> UNFPA-UNICEF, Programme conjoint sur l'élimination des mutilations génitales féminines, Rapport annuel, 2018

place une nouvelle norme sociale qui garantira la possibilité pour les filles de se marier ainsi que le statut social des familles qui ne pratiquent pas l'excision sur leurs filles ; une norme sociale qui ne porte pas préjudice aux filles ni ne viole leurs droits.<sup>12</sup>

Dans la déclaration inter institutions, il apparaît que les programmes qui incluent des activités d'éducation permettant aux populations de faire des choix, des discussions et des débats qui prévoient des engagements publics et une diffusion organisée permettent d'obtenir le consensus et la coordination nécessaires pour un abandon durable des mutilations sexuelles féminines au niveau de la communauté<sup>13</sup>.

En matière de campagne de sensibilisation, plusieurs organisations non gouvernementales sillonnent les villes et campagnes du pays pour l'abandon des pratiques néfastes à la santé de la femme et de la fille. Les plus connues sont : l'Association pour le Progrès et la Défense des Droits des Femmes Maliennes (APDF) ; l'Association Malienne pour le Suivi et l'Orientation des Pratiques Traditionnelles (AMSOPT), l'Association des Juristes Maliennes (AJM), l'Association de Soutien au Développement des Activités de Communication (ASDAP), le Comité d'Action pour les Droits de la Femme et de l'Enfant (CADEF), etc.

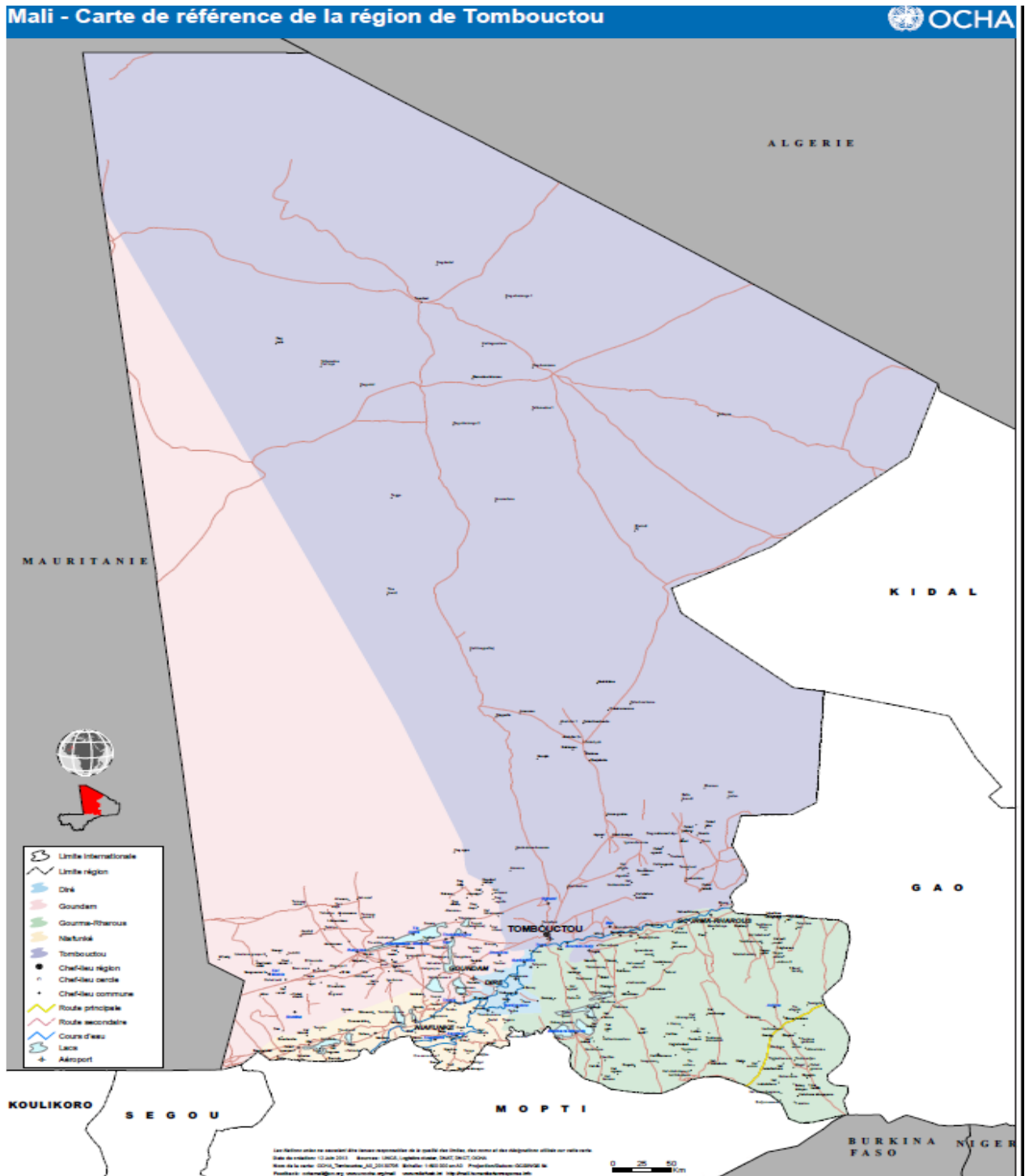
---

<sup>12</sup> Ibid. 2018

<sup>13</sup> Organisation Mondiale de la Santé, Eliminer les mutilations sexuelles féminines Déclaration inter institutions, HCDH, OMS, ONUSIDA, PNUD, UNCEA UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, 2008

## V. RESULTATS ATTEINTS

### 5.1. Présentation de la zone d'étude et populations cibles



**Source :** Carte de référence de la région de Tombouctou, OCHA, 2018

La région de Tombouctou couvre une superficie de 497 926 km<sup>2</sup>, environ 40% du territoire National, elle est située entièrement dans la partie septentrionale du Mali entre le 15<sup>ième</sup> et le 25<sup>ième</sup> parallèle de latitude Nord ; entre le 3<sup>ième</sup> et le 4<sup>ième</sup> degré de la longitude Ouest.

La région de Tombouctou est divisée en cinq cercles : Goundam, Diré, Tombouctou, Gourma Rharous et Niafunké. Chaque cercle comprend plusieurs communes rassemblant chacune des villages plus ou moins nombreux. Quatre grandes zones de peuplement sont réparties dans la région de Tombouctou : la zone des lacs, le Gourma, la vallée du fleuve Niger et le Haoussa.

Le fleuve Niger est la principale ressource en eau. Il traverse la région sur 400 km alimentant un système de mares et de lacs : Fati, Télé, Tanda, Horo, Faguibine... La plupart de ces mares et lacs connaissent depuis plusieurs années des baisses de niveaux d'eaux importantes dues aux faibles précipitations, à l'irrégularité des crues et à l'ensablement. La population est composée de Peuhl, de Sonhaï, de Tamacheq, d'autres ethnies. Malgré les difficultés rencontrées, l'économie des ménages de la région repose sur le secteur primaire : agriculture, élevage, pêche. Les principales langues parlées dans la région sont le songhaï, le tamasheq, le peulet le bambara. La majorité de la population est de confession musulmane.

Selon les projections démographiques de la DNP, la population de la région est estimée à environ 953 854 hbts en 2020<sup>14</sup>.

## 5.2. Santé

Le système de santé de la région de Tombouctou est identique à celui des autres régions du Mali. La pyramide sanitaire dans la région repose sur un réseau de centres de santé de 1<sup>er</sup> échelon appuyés par des centres de santé de 1<sup>ère</sup> Référence eux-mêmes appuyés par un hôpital de 2<sup>ème</sup> Référence (EPH). Au total on dénombre:

- Pour le premier échelon : 95 centres de santé communautaires (CSCoM), 6 Cabinets médicaux, 7 cabinets de soins privés, 4 infirmeries de garnison militaires, 1 centre médical inter entreprise et 1 centre de soins confessionnel ;
- Pour la première référence : 5 centres de santé de référence (CS Réf)
- Pour la deuxième référence : 1 hôpital érigé en Etablissement Public Hospitalier (EPH)<sup>15</sup>

L'hôpital régional de Tombouctou est équipé avec un matériel de base et sert la ville de Tombouctou ainsi que les communautés installées dans les alentours.

La région dispose également de deux écoles de santé, des officines de pharmacie privée, une officine de la PPM et un dépôt régional de médicament.

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

---

<sup>14</sup> Projections démographiques DNP 2020

<sup>15</sup> Annuaire Direction régionale de la santé Tombouctou, 2018

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 du développement social et de l'économie solidaire assiste les associations (de tous genres) enregistrées dans leur gestion et leur fonctionnement.

Quant aux services de la promotion de la femme et de l'enfant, ils existent aux niveaux région et cercle. Son rôle est d'appuyer les programmes et projets pour le bien-être des femmes et des enfants dans la région. Une grande partie de son travail se fait à travers les associations des femmes.

### **5.3. RESULTATS DES DONNEES QUANTITATIVES**

Les données collectées au cours des EDSM IV et VI permettent d'estimer la prévalence de l'excision parmi les femmes enquêtées, de connaître les types d'excision pratiqués, ainsi que l'âge des femmes au moment de l'excision et le type de personne qui a procédé à l'excision. On a également demandé aux femmes si, parmi leurs filles, certaines avaient déjà subi cette pratique pour déterminer dans quelle mesure elle se perpétuait d'une génération de femmes à l'autre. Pour connaître l'opinion des femmes au sujet de l'excision, on leur a également posé des questions sur leur opinion concernant la poursuite ou l'arrêt de cette pratique. En outre, une série de questions ont été posées aux hommes sur leur connaissance et leur opinion au sujet de l'excision.

#### **5.3.1. Profil des échantillons quantitatifs**

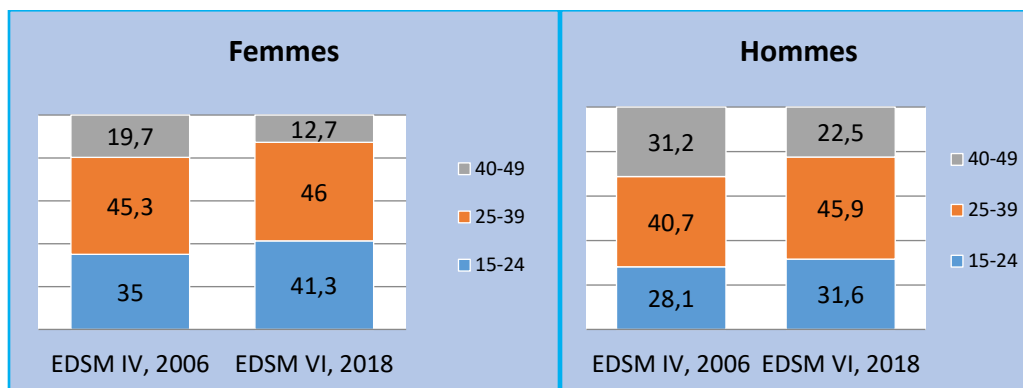
Un phénomène observé en un moment donné n'est pas isolé du contexte dans lequel il s'insère, mais il est relié à un ensemble de pratiques, de rôles, de valeurs, de normes qui définissent les systèmes sociaux en présence. De ce fait, la connaissance du profil des échantillons hommes et femmes est particulièrement utile pour comprendre les facteurs qui influencent la connaissance et la pratique de l'excision ainsi que leur évolution, en vue de mieux cerner la tendance à la hausse de la pratique de l'excision à Tombouctou.

Cette section présente les résultats concernant les caractéristiques sociodémographiques culturelles et économiques des hommes et femmes enquêtés à Tombouctou lors des EDSM IV et VI réalisées respectivement en 2006 et 2018. Il y a lieu de préciser que les informations portent sur les effectifs pondérés ; c'est-à-dire le nombre de femmes ou d'hommes auquel on a redonné leur poids réel dans la population totale de Tombouctou.

Le tableau 3.1 (en annexe) présente la répartition des femmes et des hommes de 15-49 ans par EDSM selon certaines caractéristiques sociodémographiques, culturelles et économiques. Quelle que soit l'année, la quasi-totalité des personnes enquêtées sont adeptes de la religion musulmane.

### 5.3.1.1. Age des enquêtés

Graphique 1 : Répartition (en %) des femmes et des hommes par groupe d'âges

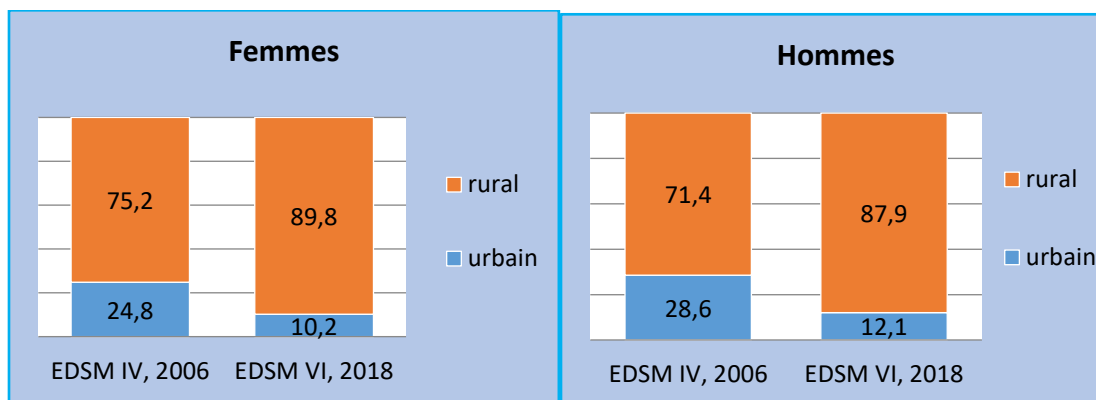


**Source :** Exploitation des bases de données des EDSM IV et VI

Les données du graphique ci-dessus révèlent une proportion plus élevée de jeunes hommes et de femmes enquêtés de 2006 à 2018. Environ un tiers (35%) des femmes étaient âgées de 15-24 ans en 2006 contre 41% en 2018. Cette même tendance est observée chez les hommes.

### 5.3.1.2. Milieu de résidence

Graphique 2 : Répartition (en %) des femmes et des hommes selon le milieu de résidence



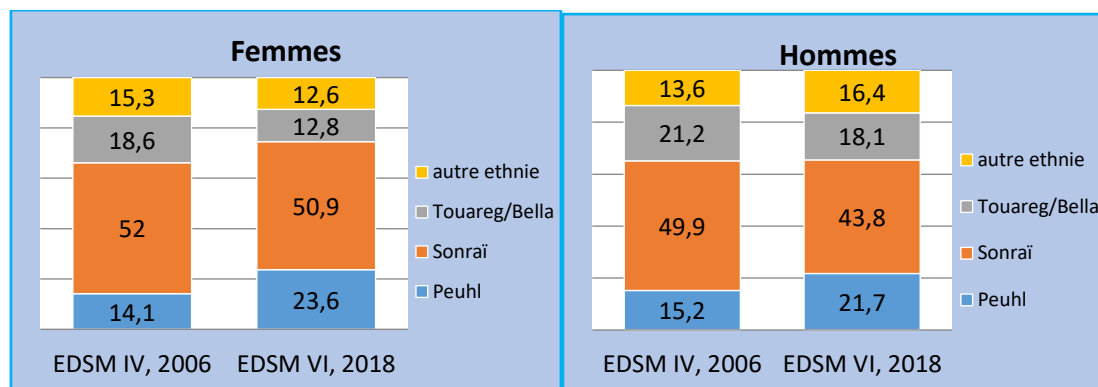
**Source :** Exploitation des bases de données des EDSM IV et VI

La grande majorité des hommes et des femmes enquêtés résident en milieu rural. De plus selon les données du graphique ci-dessus, ce milieu de résidence était plus représenté en 2018 qu'en 2006 quel que soit le sexe (90% contre 75% chez les femmes et 71% contre 88% chez les hommes). La surreprésentation du milieu rural pourrait impacter la connaissance et la pratique de l'excision sur la période d'analyse.



### 5.3.1.3. Ethnie

Graphique 3 : Répartition (en %) des femmes et des hommes selon l'ethnie

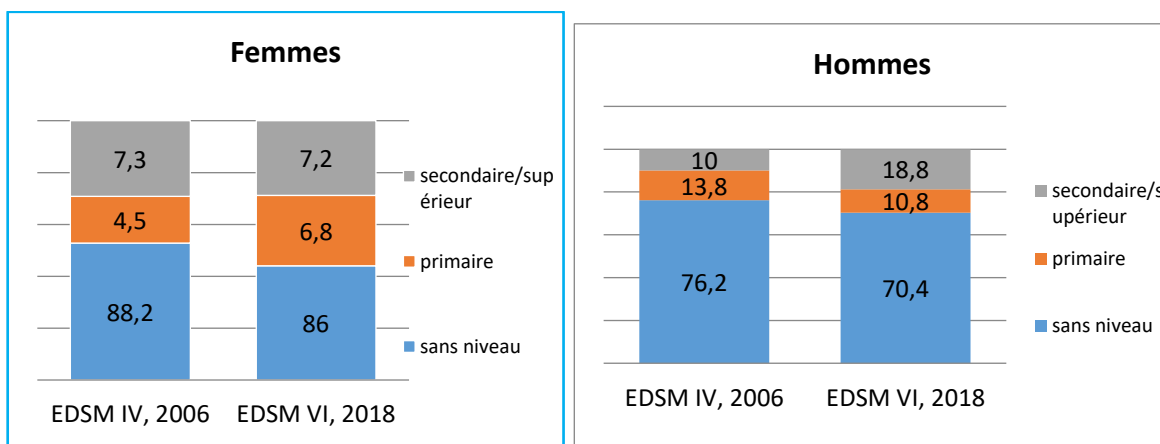


**Source :** Exploitation des bases de données des EDSM IV et VI

Les principales ethnies qui composent la région de Tombouctou sont : sonraï, peul, touareg et arabes. Suivant l'appartenance ethnique, l'analyse du graphique montre que la population, aussi bien masculine que féminine est presque à moitié composée de sonraï pour chacune des deux enquêtes. De plus, l'on constate une proportion plus élevée d'enquêtés appartenant à l'ethnie peuhl.

### 5.3.1.4. Niveau d'instruction

Graphique 4 : Répartition (en %) des femmes et des hommes selon le niveau d'instruction



**Source :** Exploitation des bases de données des EDSM IV et VI

Dans l'ensemble, les hommes ont un niveau d'instruction plus élevé que les femmes. En effet, 86 % des femmes de 15-49 ans enquêtées en 2018 n'avaient aucun niveau d'instruction contre 70 % des hommes du même groupe d'âges. En outre, 7 % des femmes et 10 % des hommes ont déclaré avoir dépassé le niveau primaire.

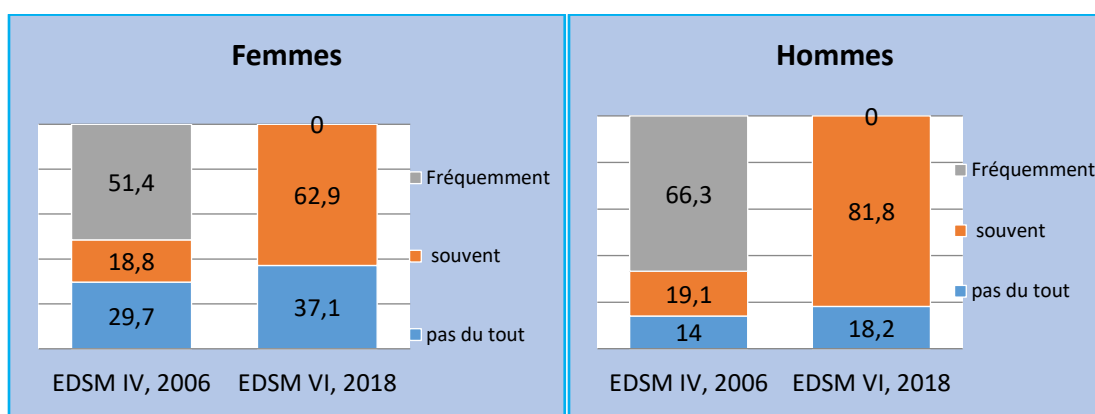
Quel que soit le sexe, la proportion de la population âgée de 15-49 ans, n'ayant aucun niveau d'instruction, a tendance à diminuer. Le pourcentage de femmes de 15-49 ans sans instruction est

passé de 88 % en 2006 et à 86 % en 2018. De même, chez les hommes, il est passé de respectivement de 76% à 70 %.

### 5.3.1.5.Exposition aux médias

Les données sur l'exposition aux différents médias sont particulièrement importantes pour la mise en place de programmes de sensibilisation et de diffusion d'informations dans tous les domaines, notamment ceux des pratiques traditionnelles néfastes et en particulier, les mutilations génitales féminines/excision. Elles sont utiles aussi pour évaluer l'accès de la population à l'information.

**Graphique 5** : Répartition (en %) des femmes et des hommes selon leur exposition aux médias



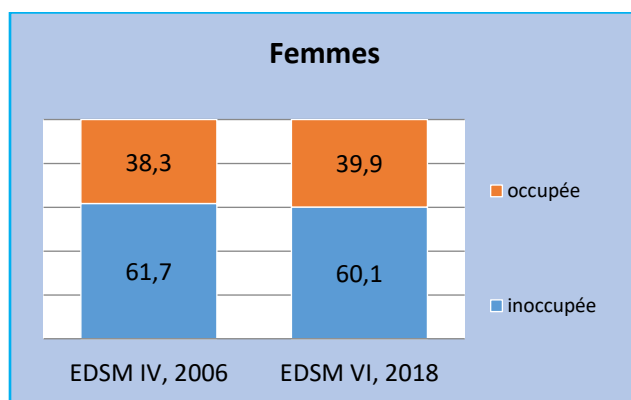
**Source :** Exploitation des bases de données des EDSM IV et VI

Globalement à Tombouctou, les femmes sont moins exposées aux médias. En effet, le pourcentage de femmes n'utilisant aucun des trois médias (journal, radio, télévision) pour s'informer est passé de 30% en 2006 à 37% en 2018 contre respectivement 14% et 18% chez les hommes. Par ailleurs, il faut noter que la fréquence d'exposition au moins à l'un des trois médias est plus faible en 2018 qu'en 2006.

### 5.3.1.6.Occupation

Lors des EDSM IV et VI, des questions relatives à l'emploi ont été posées aux hommes et aux femmes. Elles ont permis d'identifier les hommes et les femmes qui travaillaient au moment de l'enquête, c'est-à-dire au cours des 7 jours précédant l'enquête, et ceux qui avaient effectué un travail quelconque, à un certain moment, au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête. Dans cette analyse, la variable n'est pas exploitable pour les hommes à cause du taux de non-réponse très élevé en 2018 (67,5%).

**Graphique 6 :** Répartition (en %) des femmes suivant leur occupation

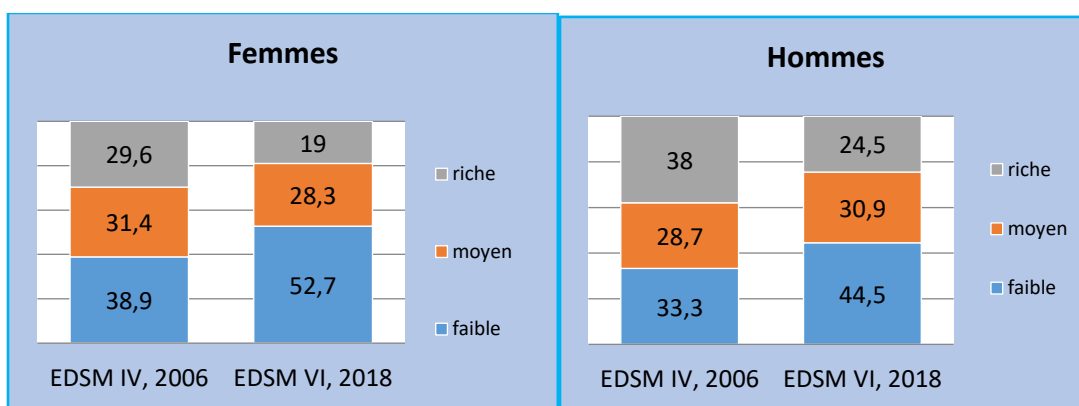


**Source :** Exploitation des bases de données des EDSM IV et VI

Environ quatre femmes sur dix (38% en 2006 et 40% en 2018) ont déclaré qu'elles travaillaient au cours des 7 jours avant l'enquête.

### 5.3.1.7. Niveau de vie

**Graphique 7 :** Répartition (en %) des femmes et des hommes selon le niveau de vie



**Source :** Exploitation des bases de données des EDSM IV et VI

De façon générale, le niveau de bien-être économique des populations de Tombouctou s'est détérioré entre 2006 et 2018. En effet, le pourcentage de femmes de 15-49 ans vivant dans les ménages de niveau de vie faible est passé de 39% en 2006 à 53% 2018 contre respectivement 33% et 44% pour les hommes de la même tranche d'âges. En outre, le pourcentage de femmes de 15-49 ans vivant dans les ménages riches est passé de 30% en 2006 à 19% 2018 contre respectivement 38% et 24% pour les hommes. Cette diminution du niveau de vie pourrait s'expliquer par la crise multidimensionnelle.

### 5.3.2. Connaissance de l'excision à Tombouctou

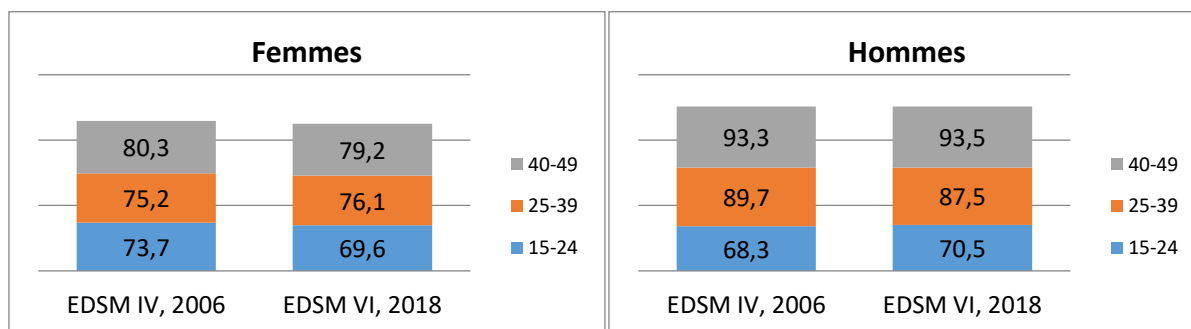
Les tableaux 3.2.A et 3.2.B (en annexe 3) décrivent l'association entre la connaissance de l'excision et les différentes variables explicatives chez les hommes et chez les femmes en 2006 et en 2018.

Au regard du test statistique (Khi-deux), la connaissance de l'excision varie selon certaines caractéristiques sociodémographiques, culturelles et économiques des hommes et femmes ; à savoir l'âge, le statut matrimonial, le lien de parenté avec le chef de ménage, le fait d'avoir une fille, l'ethnie, l'exposition aux médias, niveau de bien-être économique et l'occupation.

Les résultats indiquent que la majorité des femmes et des hommes de 15-49 ans connaissent l'excision. En effet, le pourcentage de femmes qui ont entendu parler de l'excision est passé de 75,8% en 2006 à 76,8% en 2018 contre respectivement 84,1% et 85,5% chez les hommes (voir tableau en annexe 3). L'arrivée massive des allogènes pourrait expliquer cette hausse.

#### 5.3.2.1. Connaissance de l'excision et âge

**Graphique 8** : Répartition (en %) des femmes et des hommes en fonction de leur connaissance de l'excision selon l'âge

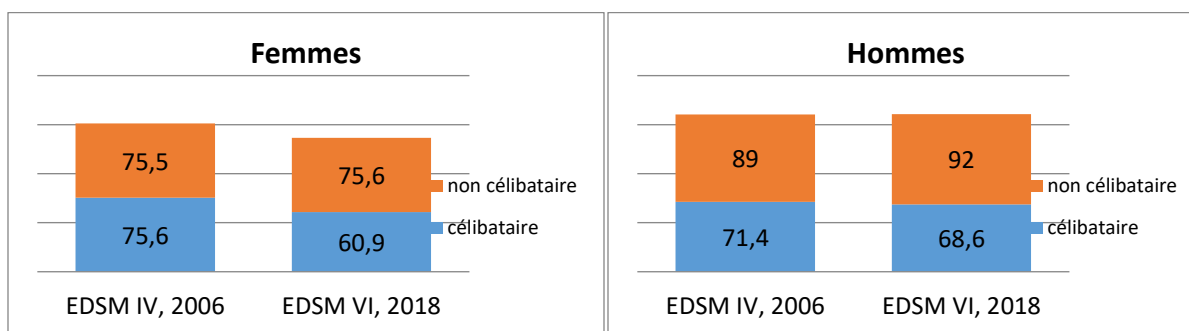


**Source** : Exploitation des bases de données des EDSM IV et VI

Les anciennes générations connaissent mieux l'excision que les plus jeunes. Ainsi, le pourcentage de femmes ayant entendu parler de l'excision est de l'ordre de 70% parmi la tranche d'âges 15-24 ans contre 80% chez les 40-49 ans en 2006 et 2018. Respectivement, 70 et 93% chez les hommes de la même tranche d'âges.

### 5.3.2.2. Connaissance de l'excision et statut matrimonial

Graphique 9 : Répartition (en %) des femmes et des hommes en fonction leur connaissance de l'excision selon le statut matrimonial

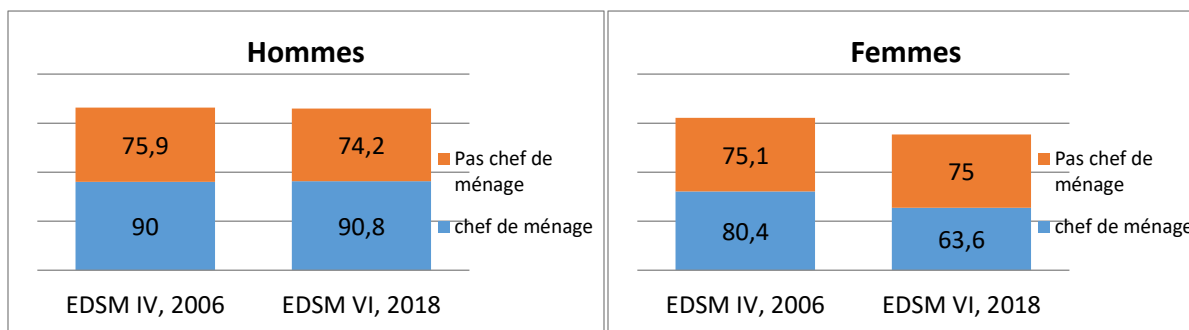


**Source :** Exploitation des bases de données des EDSM IV et VI

Contrairement aux hommes, le niveau de connaissance de l'excision ne diffère pas significativement chez les femmes aussi bien en 2006 qu'en 2018. Ce sont les hommes célibataires qui ont le moins entendu parler de la pratique (69% en 2018) contre 92% chez les non célibataires. On observe une diminution de la connaissance de l'excision chez les femmes célibataires entre les deux périodes (76% en 2006 contre 61% en 2018).

### 5.3.2.3. Connaissance de l'excision et lien de parenté avec le chef de ménage

Graphique 10 : Répartition (en %) des femmes et des hommes en fonction leur connaissance de l'excision selon le lien avec le chef de ménage



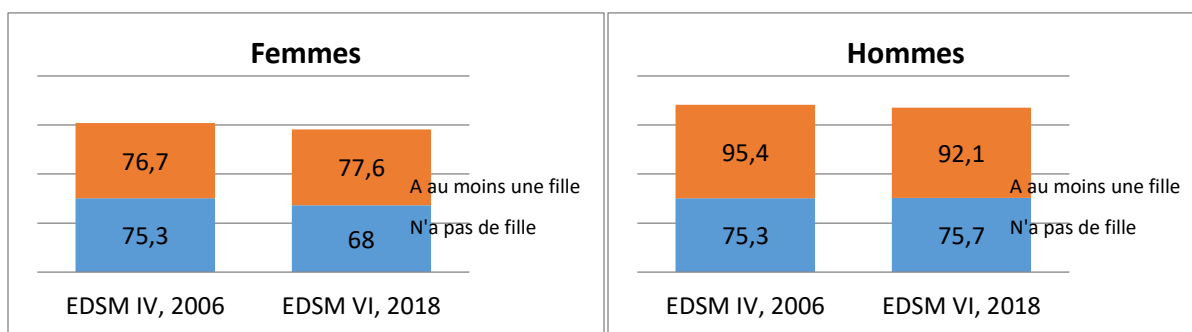
**Source :** Exploitation des bases de données des EDSM IV et VI

Le fait d'être chef de ménage n'influence pas significativement la connaissance de l'excision chez les femmes. Par contre, les données du graphique ci-dessus montrent que les hommes connaissent mieux (90,8%) l'excision quand ils sont chefs de ménage.

L'évolution des indicateurs montre une baisse de cette connaissance parmi les femmes chefs de ménages respectivement 80,4 en 2006 contre 63,6 en 2018.

### 5.3.2.4. Connaissance de l'excision et Nombre de filles

Graphique 11 : Répartition (en %) des femmes et des hommes en fonction leur connaissance de l'excision selon le nombre de fille

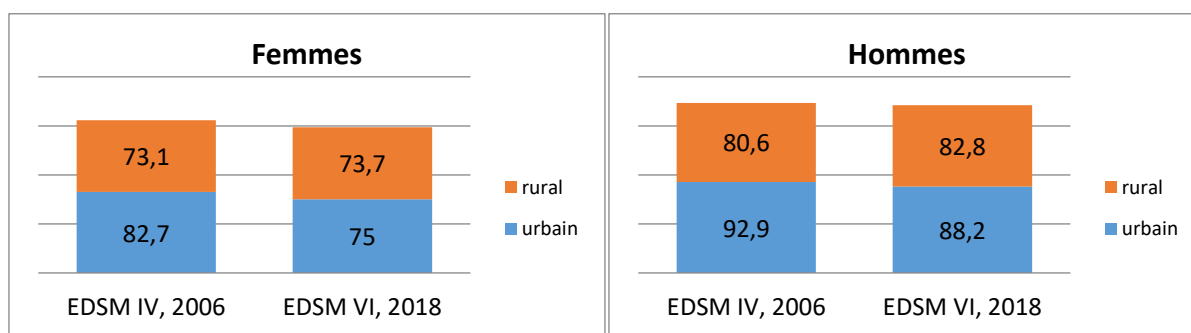


**Source :** Exploitation des bases de données des EDSM IV et VI

Contrairement aux femmes où la connaissance de l'excision est généralisée, les hommes qui ont une fille vivante connaissent mieux respectivement (95,4% contre 75,3% en 2006 et 92,1% contre 75,7% en 2018) l'excision que leurs confrères qui n'en ont pas.

### 5.3.2.5. Connaissance de l'excision et milieu de résidence

Graphique 12 : Répartition (en %) des femmes et des hommes en fonction leur connaissance de l'excision selon le milieu de résidence

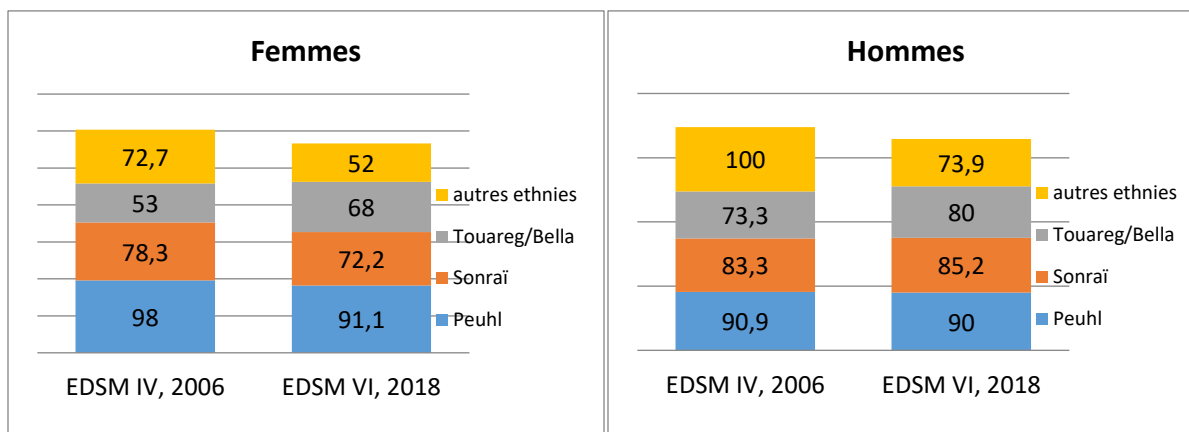


**Source :** Exploitation des bases de données des EDSM IV et VI

Chez les femmes en 2006, le milieu de résidence est significativement lié à la connaissance de l'excision au seuil de 10%. Chez les femmes vivant en milieu urbain on observe une diminution du niveau de connaissance de l'excision, autrement dit ces femmes enregistrent 82,70% en 2006 contre 75% en 2018.

### 5.3.2.6. Connaissance de l'excision et ethnie

Graphique 13 : Répartition (en %) des femmes et des hommes en fonction leur connaissance de l'excision selon l'ethnie

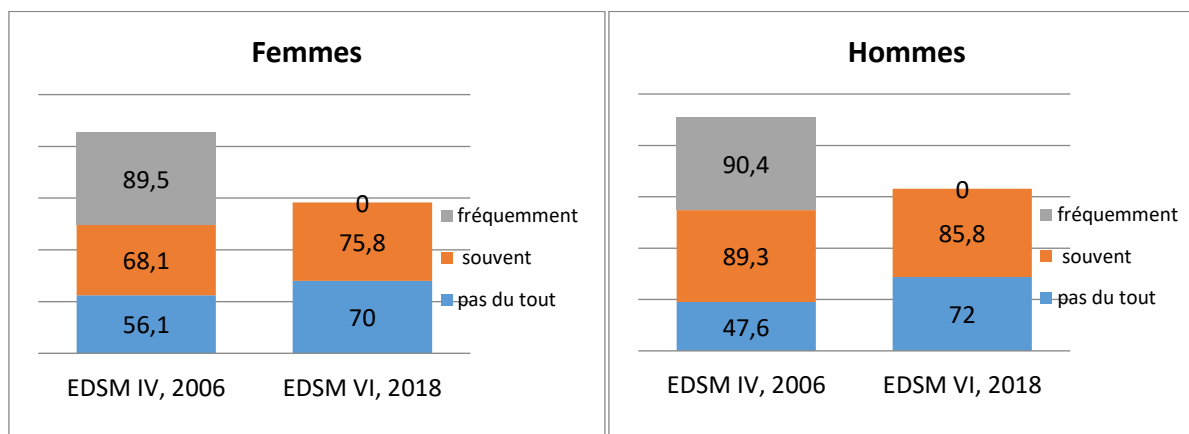


**Source :** Exploitation des bases de données des EDSM IV et VI

En 2006 aussi bien qu'en 2018, la connaissance de l'excision est liée à l'appartenance ethnique. Quel que soit le sexe, l'ethnie peuhl connaît mieux l'excision (90% en 2018) que les autres.

### 5.3.2.7. Connaissance de l'excision et exposition aux médias

Graphique 14 : Répartition (en %) des femmes et des hommes en fonction de leur connaissance de l'excision selon l'exposition aux médias.

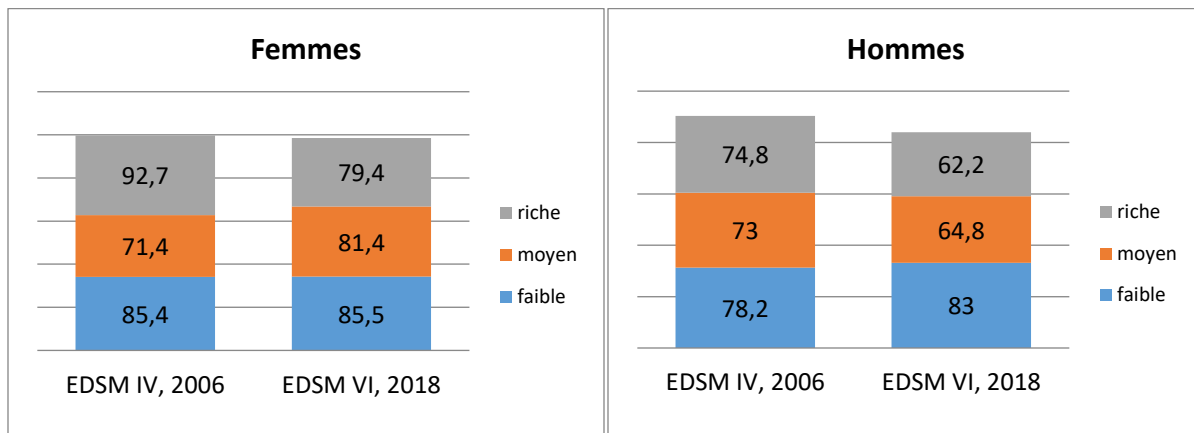


**Source :** Exploitation des bases de données des EDSM IV et VI

Tout comme chez les femmes en 2006, l'exposition aux médias est significativement liée à la connaissance de l'excision au seuil de 10%. On note une augmentation du niveau de connaissance de l'excision entre 2006 et 2018, même chez les personnes qui ont déclaré ne pas écouter la radio, ni regarder la télé, ni lu dans les journaux une fois par semaine.

### 5.3.2.8. Connaissance de l'excision et niveau de bien-être économique

Graphique 15 : Répartition (en %) des femmes et des hommes en fonction de leur connaissance de l'excision selon le niveau de vie



**Source :** Exploitation des bases de données des EDSM IV et VI

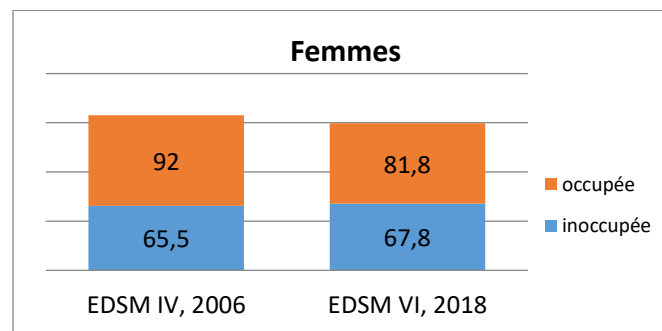
De 2006 à 2018, on constate que la connaissance de l'excision s'est renforcée chez les hommes vivants dans les ménages de niveau de vie faible (78,2% en 2006 et 83% en 2018) que dans les ménages riches. Par contre chez les femmes, c'est la classe moyenne qui enregistre une meilleure connaissance de la pratique ; soit 71% en 2006 et 81% en 2018.

Ces résultats sont confirmés par les données qualitatives : « *les hommes dans les ménages pauvres sont beaucoup plus conservateurs et pratiquent plus l'excision* ». FG-H. Niafunké.

En 2018, l'association entre le niveau de vie du ménage et la connaissance de l'excision est significative au seuil de 10%. Aussi les femmes vivant dans les ménages ayant un niveau de vie faible (83%) connaissent mieux l'excision que celles vivants dans les ménages riches (62,2%).

### 5.3.2.9. Connaissance de l'excision et occupation

Graphique 16 : Répartition (en %) des femmes en fonction de leur connaissance de l'excision selon l'occupation



**Source :** Exploitation des bases de données des EDSM IV et VI

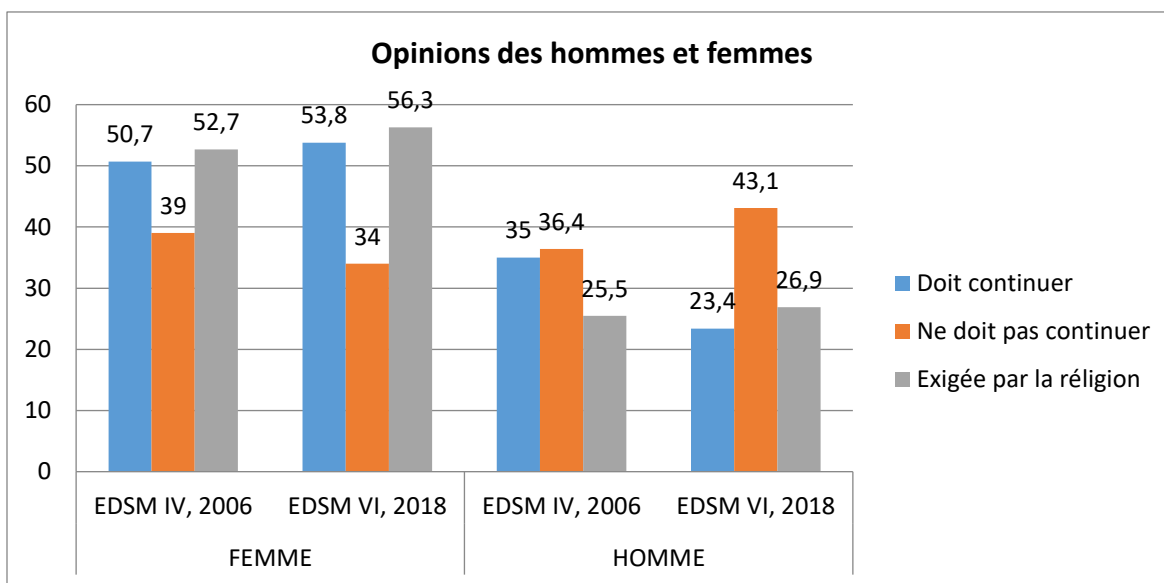


En 2006 aussi bien qu'en 2018, l'occupation de la femme est liée à la connaissance de l'excision. On constate que les femmes occupées connaissent plus l'excision que les femmes inoccupées durant les deux périodes. Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que les femmes allogènes sont enclines à mener des activités que les femmes autochtones qui sont conservatrices et traditionnalistes.

### 5.3.2.10. Représentations autour de la pratique des MGF/E (Perception des MGF/E, Pratique des MGF/E)

Pour mieux comprendre les raisons qui expliquent la tendance de la pratique de l'excision, il est nécessaire d'appréhender les représentations des hommes et des femmes autour de la pratique. Dans la revue de la littérature sur les MGF/E au Mali, il ressort que l'excision est une pratique ancestrale. Elle était célébrée comme une fête traditionnelle où l'ensemble des filles des familles du village et environ étaient regroupées au moment de la pratique. Généralement, les villages disposaient des endroits spécifiques (place publique) et des acteurs spéciaux (les exciseuses) pour la pratique. C'était un moment de communion et d'enseignement où les filles excisées étaient éduquées sur le rôle et la place de la femme dans le foyer conjugal.

**Graphique 17** : Pourcentage de femmes de 15-49 ans et d'hommes de 15-59 ans qui ont entendu parler de l'excision, selon qu'ils pensent ou non que l'excision soit une exigence religieuse.

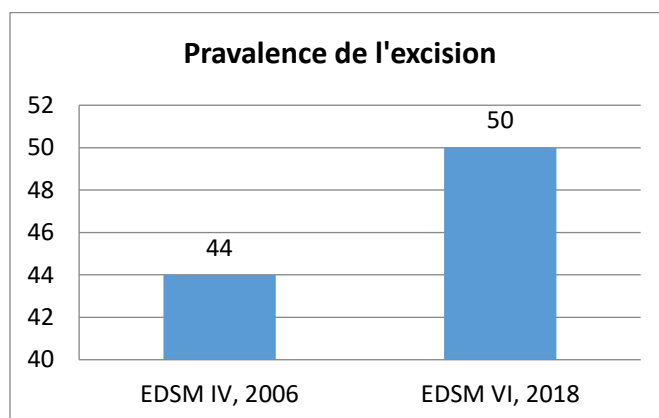


**Source :** Exploitation des bases de données des EDSM IV et VI

Globalement, même si la différence n'est pas statistiquement significative, le pourcentage de femmes estimant que l'excision doit continuer a légèrement augmenté ; passant de 51% en 2006 à 54% en 2018. Le pourcentage d'hommes et de femmes qui pensent que les MGF sont une exigence religieuse n'a pas significativement varié entre 2006 et 2018. A cette dernière période, il est de 56% pour les femmes contre 27% pour les hommes.

### 5.3.3. Pratique de l'excision chez les femmes de 15-49 ans

Graphique 18 : pourcentage de femmes de 15-49 ans excisées, EDSM IV, 2006 et EDSM VI, 2018



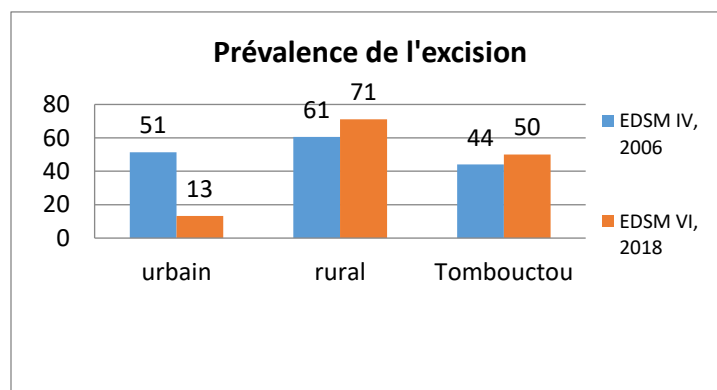
Source : exploitation des EDSM IV et EDSM VI.

A Tombouctou, le pourcentage de femmes de 15-49 ans excisées est passé de 44% en 2006 à 50% en 2018.

Il ressort de l'analyse du tableau (annexe 3) que le milieu de résidence, l'ethnie et le niveau de vie sont les variables explicatives de la tendance à la hausse de la pratique de l'excision chez les femmes de 15-49 ans à Tombouctou.

#### 5.3.3.1. Effet du milieu de résidence

Graphique 19 : Prévalence de l'excision (en %) des femmes 15-49 ans selon le milieu de résidence



Source : Exploitation des bases de données des EDSM IV et VI

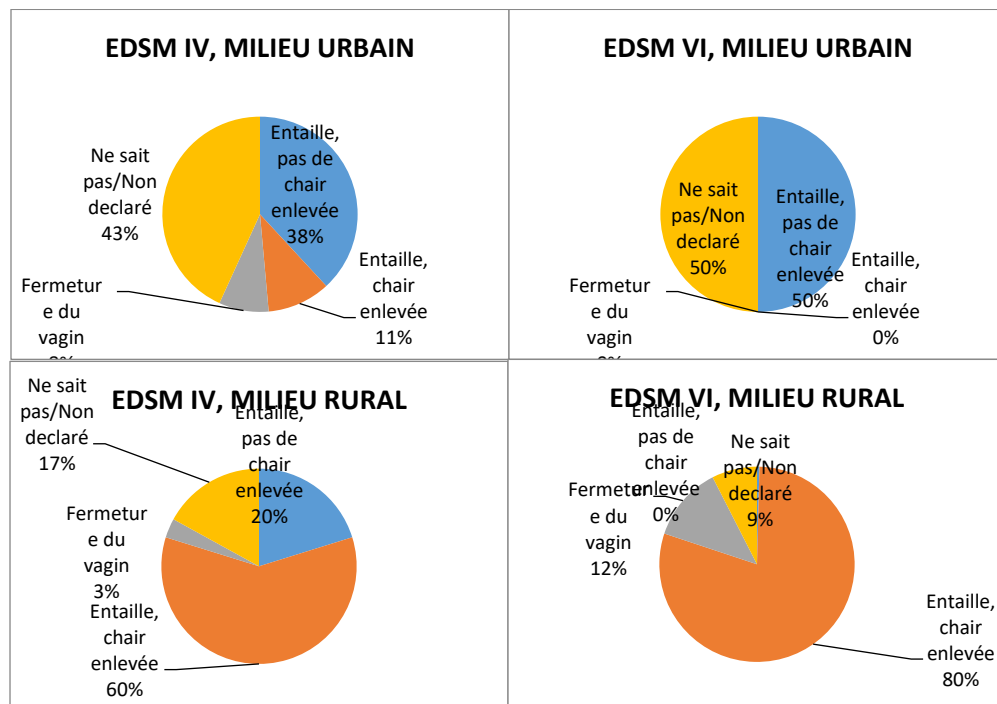
L'analyse de l'effet du milieu de résidence sur la tendance à la hausse de la prévalence de l'excision laisse entrevoir une augmentation de la prévalence en milieu rural. Cette prévalence est passée de 61% en 2006 à 71% en 2018 ; soit une augmentation de 10 points de pourcentage. Une baisse de la prévalence est constatée en milieu urbain ; soit 51% en 2006 contre 13% en 2018.

Cette augmentation en milieu rural peut être expliquée par le respect des valeurs ancestrales, us et coutumes. Elle peut être dû également aux poids de l'analphabétisme grandissant en milieu rural, car des études ont montré que les filles dont les mères sont instruites sont moins exposées (6,4%) au risque d'être excisées que les filles dont les mères ne sont pas instruites (25,9%) source : étude de base sur les mutilations génitales féminines dans région du Sud-Ouest du Burkina Faso.

Ces résultats trouvent également leur explication dans les discours : « avant la crise et avec la présence de l'Etat et des partenaires, il y avait beaucoup plus d'activités de sensibilisation. Maintenant, la nature ayant horreur du vide, les gens ont repris les anciennes pratiques y compris l'excision ». EIA. Une exciseuse abonde également dans le même sens « avant la crise, on avait peur d'aller pratiquer l'excision même si on nous faisait appel ». IA-E

### 5.3.3.2. Type d'excision selon le milieu de résidence

Graphique 20 : Type d'excision selon le milieu

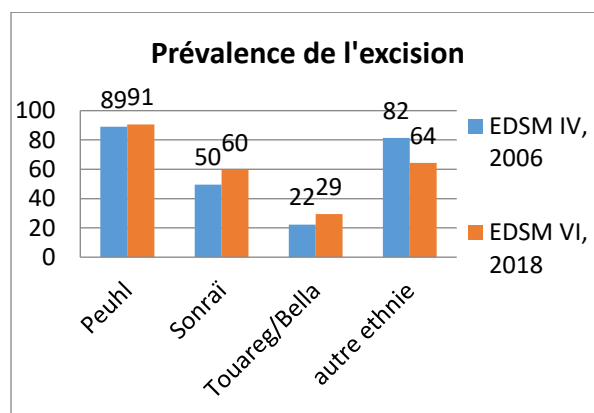


**Source :** Exploitation des bases de données des EDSM IV et VI

Les résultats du graphique portant sur les types d'excision par milieu de résidence font ressortir un pourcentage élevé du type « entaille, chair enlevée » en milieu rural (60% en 2006 contre 80% en 2018). Contrairement au milieu rural, le type le plus pratiqué en milieu urbain est « entaille, pas de chair enlevée » avec respectivement 38% et 50%. Le pourcentage de femmes ayant subi le type « fermeture de vagin » est passé de 3% en 2006 à 12% en 2018 en milieu rural.

### 5.3.3.3. Effet de l'appartenance ethnique

Graphique 21 : Prévalence de l'excision selon l'ethnie, EDSM IV 2006 et EDSM VI 2018



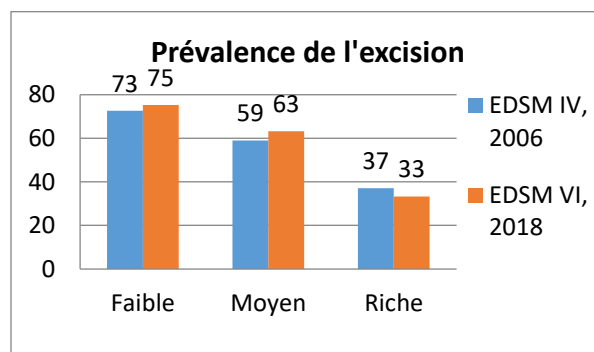
Source : Exploitation des bases de données des EDSM IV et VI

Le facteur démo-culturel et plus précisément le changement dans la composition ethnique de la population des femmes en âge de procréer, est un autre facteur explicatif de l'augmentation de la prévalence de l'excision à Tombouctou. Entre 2006 et 2018, la prévalence de l'excision est passée de 50% et 22% chez les femmes d'ethnie sonraï et touareg à respectivement 60% et 29%.

La modification du profil ethnique pourrait être expliquée d'une part par les mouvements de populations fuyant la région voisine de Mopti à cause de l'insécurité, et d'autre part par le brassage ethnique dans la région de Tombouctou qui fait adopter les MGF à d'autres ethnies qui ne les pratiquaient pas auparavant.

### 5.3.3.4. Effet du niveau de vie

Graphique 22 : Prévalence de l'excision selon le niveau de vie, EDSM IV 2006 et EDSM VI 2018



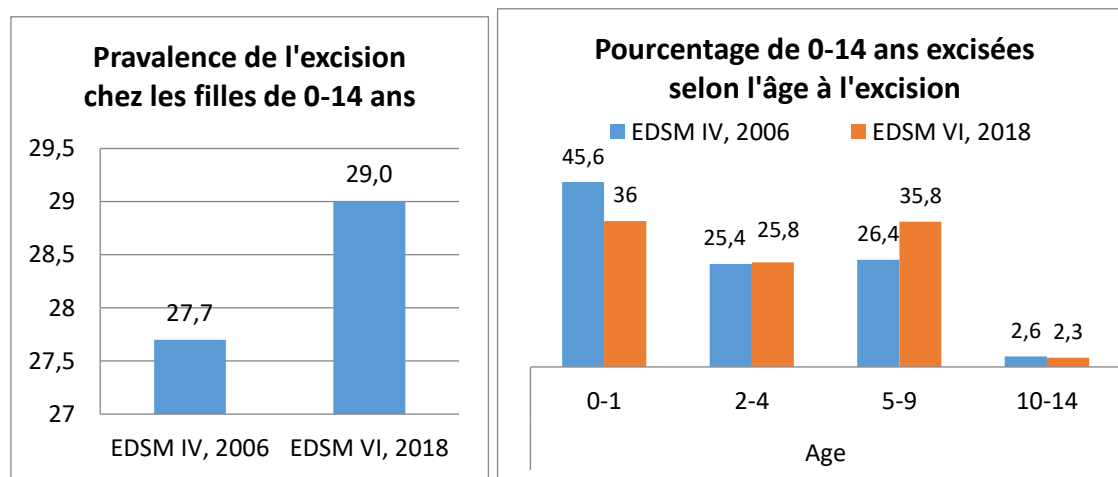
Source : Exploitation des bases de données des EDSM IV et VI

La légère augmentation de la prévalence de l'excision chez les femmes de niveau de vie faible (de 73% à 75% entre 2006 et 2018), couplée avec la plus grande représentativité de cette couche sociale, peut être invoquée comme facteur explicatif de la tendance à la hausse de la prévalence

globale de l'excision à Tombouctou. Les femmes issues des ménages pauvres sont moins exposées aux facteurs de modernité culturelle (exposition aux médias et aux messages) et de changement de comportement ; toutes choses qui peuvent expliquer la prévalence deux fois plus élevée de l'excision dans cette catégorie que leurs consœurs riches. De plus, les ménages pauvres paient le plus grand tribut des mouvements de population vers Tombouctou à cause de l'insécurité.

### 5.3.4. Pratique de l'excision et âge à l'excision chez les filles de 0-14 ans à Tombouctou

Graphique 23 : prévalence de l'excision chez les filles de femmes de 15-49 ans



Source : Exploitation des bases de données des EDSM IV et VI

De même que chez les mères, la prévalence de l'excision chez les filles 0-14 ans a légèrement augmenté entre 2006 et 2018.

Suivant l'âge à l'excision, les données du graphique ci-dessus mettent en exergue une différence dans la pratique chez les filles de moins de 15 ans. En effet, si environ 46% et 26% d'entre elles subissaient la pratique respectivement aux âges 0-1 ans et 5-9 ans en 2006, ces chiffres sont à 36% en 2018. On pourrait penser qu'en 2018, des filles qui n'étaient prédestinées à être excisées ont subi la pratique par la force des choses.

Le tableau (en annexe 3) présente les résultats des estimations de type probit qui font intervenir l'ensemble des variables explicatives de la pratique de l'excision chez les filles de 0-14 ans à Tombouctou. Ces résultats permettent de tirer quelques constats intéressants sur la tendance à la hausse de la prévalence de l'excision à Tombouctou entre 2006 et 2018:

➤ C'est l'ethnie plutôt que le milieu de résidence qui agit sur la décision d'exciser les filles: alors que l'on n'obtient aucun coefficient significatif pour le milieu de résidence en 2006 comme

en 2018, les coefficients obtenus pour certaines ethnies traduisent un impact intéressant de la composition ethnique de la population des femmes enquêtées lors des EDSM IV et VI. En effet, relativement aux femmes sonrhäï, les femmes issues des ethnies allochtones (autres que peuhls, sonrhäï et touareg avaient deux fois plus de risque de faire exciser leurs filles en 2006. Ce risque est dix fois plus élevé en 2018 même si l'on note une différence significative entre les femmes touareg et les sonrhäï ; les premières ayant 93% moins de risque d'exciser leurs filles.

C'est dire qu'en considérant l'ethnie, la tendance à la hausse de la prévalence de l'excision entre 2006 et 2018 à Tombouctou pourrait s'expliquer par la présence de femmes allochtones dans cette région d'une part ; et par l'accentuation de la pratique chez les femmes sonrhäï d'autre part. On pourrait également invoquer l'exogamie (mariage des femmes sonrhäï à d'autres ethnies) étant donné que l'information sur l'excision de la femme est captée à partir des déclarations de la mère et qu'en conséquence les filles ne sont pas forcément de l'ethnie de leurs mères.

➤ Contrairement en 2006, l'âge de la mère est une variable explicative significative positive en 2018 : plus celle-ci est âgée, plus ses filles seront excisées. En d'autres termes, les mères jeunes sont moins enclines à faire exciser leurs filles. Cette situation pourrait s'expliquer par le fait que les jeunes générations plus exposées aux facteurs de modernité culturelle à la faveur d'un niveau d'instruction plus élevé et d'un faible attachement à certaines pratiques traditionnelles de surcroît jugées néfastes. On peut également soupçonner une incitation à l'excision des filles chez les femmes qui ne la pratiquaient pas par le passé.

➤ En 2006 comme en 2018, l'attitude de la mère, représentée ici par son état (excisée ou non) de la pratique, est une variable significative, positive et forte. En effet par rapport aux femmes non excisées, le risque pour les filles d'une femme excisée de subir aussi la pratique est passé 50 fois en 2006 à 75 fois en 2018. Ces chiffres dénotent d'une tendance à la perpétuation du phénomène de mère à fille. Cependant, l'approbation (ou non) de la continuité de l'excision a perdu sa significativité entre 2006 et 2018. Relativement à leurs consœurs qui étaient pour la continuité de la pratique, si en 2006 les femmes qui estimaient que l'excision ne devrait pas continuer avaient 84% moins de risque d'exciser leurs filles; ces deux catégories de femmes ne se comportent pas différemment quant à l'excision des filles en 2018 à Tombouctou. En d'autres termes, les filles de certaines femmes sont excisées même si ces dernières pensent que l'excision ne doit pas continuer.

### **5.3.5. Liens entre fécondité et excision**

Les résultats des différentes EDSM (IV et VI) laissent présager un lien éventuel entre la fécondité et l'excision. Le tableau ci-dessous indique les différents liens.

**Tableau 9** : Parité moyenne et Indice Synthétique de fécondité (ISF) selon le statut d'excision des femmes de 15-49 ans

Statut d'excision	Parité moyenne		ISF	
	EDSM IV, 2006	EDSM VI, 2018	EDSM VI, 2006	EDSM VI, 2018
<b>excisée</b>	3,4	3,45	5,4	7,6
<b>non excisée</b>	3,6	2,85	5,9	6,6
<b>Ensemble</b>	3.5	3,2	5,8	7,3

Source : EDSM IV 2006 et VI 2018.

L'analyse du niveau de fécondité suivant le nombre de femmes excisées dans une communauté ne met pas en exergue une différence significative. En d'autres termes, la fécondité est élevée à Tombouctou aussi bien dans les communautés où l'excision est pratiquée que dans les autres où elle l'est moins. On peut toutefois noter une très légère inversion de tendance quand on sait qu'en 2006, la relation était négative alors qu'elle est positive en 2018 (coefficient de corrélation respectif de -0,01 et 0,10). Peut-on dire qu'à Tombouctou, les femmes excisées faisaient moins d'enfants en 2006 et l'inverse en 2018 ?

## **5.4.RESULTAT DES DONNEES QUALITATIVES**

### **5.4.1. Perception des enquêtés sur les MGF/E,**

#### **5.4.1.1. MGF/E et exigence religieuse**

La relation entre les MGF/E et l'Islam est expliquée de deux façons. Selon certains musulmans, le Prophète Mahomet (PSL) aurait laissé une exciseuse (Oum Aqiya) faire son travail tout en lui recommandant la modération dans l'opération, ce geste prophétique est à leurs yeux une preuve que les MGF/E sont une tradition non écrite ("Hadith") de l'Islam. La seconde interprétation de la relation entre les MGF/E et l'Islam est basée sur la sourate qui se réfère à la religion d'Abraham et exhorte les musulmans à reconnaître son importance dans l'avènement de l'Islam. Cette prescription musulmane semble justifier pour certains, le caractère obligatoire de la circoncision des hommes et des femmes à l'image de celle d'Abraham et de sa famille<sup>16</sup>.

Dans le milieu islamique Bambara, les MGF/E sont souvent justifiées comme une purification du corps de la femme; c'est ainsi qu'on s'y réfère en Bambara comme «Seli-ji» (où Seli = prière, ji = eau) qui est l'appellation donnée aux ablutions avant la prière chez les musulmans (A. Diallo, 1980)

Aussi, dans le rapport d'étude de la Direction Nationale de la Population sur les MGF/E à Sikasso, il ressort que les leaders musulmans sont les fervents défenseurs de la pratique de l'excision et restent opposés à son abandon. Ils pensent que l'excision permet de purifier la femme quand elle est faite 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. (DNP-2019)

<sup>16</sup> Imam Mohamed Dicko, in Assitan Diallo 1991

Dans la même étude, 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. »

Pour les religieux enquêtés dans cette étude, la question de l'excision n'est toujours pas tranchée par la religion musulmane. Pour certains, c'est une pratique facultative. Ce n'est pas une exigence religieuse. Un imam s'exprime en ces termes : « *la religion condamne tout ce qui fait mal à l'être humain, mais le prophète Mohamed SWS ne l'a pas condamné de son vivant. En effet, il a laissé la femme la pratiquer sans l'interdire.* » (EIA-I) Un autre ajoute que la pratique de l'excision est autorisée par l'islam, mais pas une obligation, donc facultative

Comme dans la plupart des régions du Mali, l'excision est pratiquée dans la région de Tombouctou. Elle était très courante et répandue dans la région jusqu'à une certaine époque. Selon les enquêtés, c'était une pratique liée aux coutumes et aux traditions qui a tendance à disparaître avec l'appui des ONG. Cependant, jusqu'à présent, certains le font en cachette ou transportent leurs filles dans d'autres localités pour leur faire subir la pratique: « *avec la sensibilisation ça a beaucoup diminué. On nous la cache. D'autres transportent leurs petits enfants dans les petits villages pour le faire, mais pas ici.* » (EIA-CV).

Pendant cette étude, certaines sources parlent de l'abandon de la pratique dans la cité « des trois cent trente-trois (333) saints. » Les raisons avancées sont toutes en rapport avec la contamination des filles excisées lors de l'opération. Selon un récit, rapporté par Awa sur le site benbere.org du 06 février 2019, l'historien Salem Ould El hadj, parlant de l'excision, a confié que Tombouctou n'était pas comme Gao où il n'a jamais entendu parler de l'existence de cette pratique. « *A Tombouctou, on pratiquait l'excision jusque vers 1905. Il a fallu une épidémie de tétanos pour mettre fin à la pratique. Une centaine de jeunes filles sont décédées avec seulement une seule survivante, détaille-t-il. Les parents de toutes celles qui sont décédées ont ainsi décidé ensemble qu'il était temps que cela s'arrête. Avant on comptait seulement un ou deux décès parmi les excisées. Une centaine, d'un coup, c'était trop.* » Et de compléter : « *On décréta que c'était la ville même qui refusait l'excision et que toute personne qui y contrevenait allait trouver la mort. Les gens y crurent et oublièrent la dimension sociale et culturelle et religieuse qu'ils donnaient à l'excision.* »<sup>17</sup>

Une autre source venant d'un chef de quartier de Tombouctou parle du bannissement de la pratique par un souverain de Gao lors d'une visite à Tombouctou. « *Vers le 14<sup>e</sup> siècle, le souverain ASKIA Daou a quitté Gao pour une mission à Tombouctou et a coïncidé avec une épidémie de rougeole où toutes les excisées sont décédées. Il a par conséquent banni l'excision à Tombouctou qui n'est qu'une coutume sans autres valeurs* » (EIA-CQ).

Il ressort dans la plupart des entretiens réalisés dans le cercle de Tombouctou que l'excision n'est pas pratiquée. D'après un responsable d'ONG, de 2015 à nos jours, le cercle n'a enregistré aucun

---

<sup>17</sup><https://benbere.org/au-grin/> Awa, septembre 2019



cas d'excision. Dans la population générale, certains enquêtés déclarent ne pas connaître la pratique, parce que ne faisant pas partie de leur tradition.

Par contre, dans les autres cercles (Diré, Goundam, Niafunké) la pratique est toujours en cours et la forme la plus courante est celle du type I qui consiste à couper le prépuce avec incision partielle du clitoris. « *Maintenant on fait une excision légère, une petite incision pour faire couler un peu de sang* ». (EIA-E)

Dans la pratique de l'excision dans la région de Tombouctou, certains changements sont intervenus, il s'agit notamment de la lame rasoir qui a remplacé le couteau, de l'utilisation des produits pharmaceutiques à la place des médicaments traditionnels pour les pansements, le caractère individuel de la pratique et non collectif actuellement.

Les raisons évoquées pour soutenir la pratique de l'excision sont entre autres : la religion, la stigmatisation, les coutumes et traditions.

#### **5.4.1. 2. MGF/E et respect de la tradition**

L'excision est une pratique ancienne très répandue au Mali. Elle constituait un rite de passage et d'initiation de la jeune fille au statut de femme accomplie et lui ouvrait les portes du mariage et de la procréation. Au-delà de cette conception, les MGF sont généralement perçues au Mali comme un moyen de diminution de la sensualité et de l'activité sexuelle de la femme. Cette perception est assez répandue parmi les groupes ethniques du Mali qui les pratiquent. Les MGF sont aussi considérées comme un support de la fidélité chez la femme mariée, à cause de la très grande maîtrise de soi et de la résistance au désir sexuel qu'elle est supposée lui apporter.

Sur le plan social, la pratique de l'excision facilite l'intégration sociale de la fille parce que conforme aux normes sociales en vigueur dans plusieurs localités du pays. En effet, une fille non-excisée s'intègre difficilement dans les milieux où la pratique est de coutume. Pour protéger leurs filles et les mettre à l'abri de ces stigmatisations, certains parents continueraient la pratique de l'excision.

Les mêmes raisons sont avancées par les pratiquants de l'excision dans la région de Tombouctou. D'après une exciseuse, « *une femme non excisée a un excès de désir de l'homme et a des difficultés de s'abstenir des relations sexuelles, donc pour réduire le désir sexuel des filles, les parents passent par l'excision, une pratique qui leur permet de rester tranquilles* ». Une autre trouve que « *les femmes non excisées sont victimes de stigmatisation, d'injures et de rejets dans la communauté.* » (EIA-E).

#### **5.5. Facteurs associés à la tendance à la hausse de la prévalence de l'excision à Tombouctou**

Les résultats des EDMS IV 2006 et EDMS VI 2018 montrent une hausse de la prévalence de l'excision parmi les femmes âgées de 15-49 ans et les filles de 0-14 ans.

Depuis le coup d'État de 2012, les autorités maliennes connaissent jusqu'à présent d'importantes difficultés dans les régions du Nord et du centre du pays. En effet l'État s'est retiré de nombreuses zones du nord et du centre du pays. Les représentants des services étatiques et

sociaux ne pouvant plus y exercer, bon nombre ont fui vers le sud et la capitale. En conséquence, de nombreuses localités du pays s'auto administrent souvent sur une logique communautaire et religieuse tant au nord qu'au centre<sup>18</sup>. Ce laisser-aller ouvre la voie à des pratiques incontrôlées et à l'abandon des programmes de développement économique et social. Dans ce contexte, les activités de sensibilisation des ONG se trouvent paralysées et les populations laissées à elles-mêmes. Ainsi, les études récentes (l'EDSM VI 2018. MICS 2105) ont montré que la prévalence des MGF/E est en hausse dans la région de Tombouctou. Il s'agissait de rencontrer les populations pour savoir les raisons de cette hausse dans cette étude.

Il ressort des entretiens réalisés avec les différentes cibles que la raison fondamentale de la hausse de la prévalence des MGF/E dans la région est l'absence de l'Etat consécutive à la crise sécuritaire et au brassage de population suite aux mutations des agents de l'état et au déplacement des populations suite aux conflits intercommunautaires dans la région voisine de Mopti.

En effet, la population autochtone du cercle de Tombouctou est composée majoritairement d'ethnies sonrhaïs, tamasheq et arabes qui, selon les résultats des différentes enquêtes pratiquent faiblement les MGF/E. Les populations étrangères venues avec leurs us et coutumes dans le nouveau milieu d'accueil seraient aussi responsables de la hausse du niveau des indicateurs.

Une autre raison avancée par les enquêtés est l'occupation djihadiste. Selon eux, la période de l'occupation a été une période sombre pour la population de la région où toutes les cérémonies à caractère festif étaient interdites et les agents des ONG et des services techniques étatiques avaient abandonnés la zone.

Cette situation a eu un impact sérieux sur la prévalence des MGF/E parce que ceux-là qui étaient sensibilisés et qui étaient censés avoir abandonné les pratiques néfastes, ont repris avec l'absence des acteurs de la lutte contre les pratiques néfastes. Les programmes de suivi ont été abandonnés sur une bonne partie du territoire de la région restée sous le contrôle des groupes djihadistes.

Il ressort également des discours que les groupes radicaux sont favorables aux pratiques traditionnelles et réfractaires à tout ce qui touche à la promotion et à l'épanouissement de la femme. Selon un responsable d'ONG. « *Si vous partez dans les zones comme Diré et Goundam qui sont entre les mains des djihadistes, vous trouverez qu'il n'y a plus de programmes de sensibilisation, pas d'activités cela favorise les pratiques néfastes. Nous pouvons dire que la présence des groupes radicaux a exacerbé toutes les pratiques néfastes y compris l'excision. Selon moi, les groupes radicaux sont favorables à tout ce qui est traditionnel.* » (EIA-A.ONG)

La hausse est aussi dû à la pauvreté des exciseuses « *durant les quinze jours de la cérémonie d'excision, nous avons à manger, à boire et nous avons de l'argent, il serait difficile pour nous d'abandonner cette pratique car nous n'avons pas d'autre source de revenu pour nourrir nos familles* » (EIA-E)

---

<sup>18</sup> Institut de Relations Internationales et Stratégiques(IRIS), Le contexte sécuritaire au Nord et Centre du Mali : Les jeux d'acteurs à l'horizon 2019 Août 2018, <https://www.iris-france.org/>

Pour les enquêtés, la tendance se maintient à la hausse parce que la situation sécuritaire ne s'est pas toujours améliorée, l'emprise des groupes radicaux est toujours croissante et ne font que gagner du terrain.

### **5.6. Excision mariage, sexualité et fécondité**

Dans cette rubrique les questions de mariage, de fécondité et d'accouchement ont été abordées. Il ressort des entretiens que la non-excision ne constitue pas un obstacle pour le mariage des filles dans la région de Tombouctou. Le mariage se fait sans considération de cet aspect chez la femme. Aussi, même si la fille n'est pas excisée, elle n'a aucun problème pour se marier. Les propos de certains responsables enquêtés témoignent cette assertion : « *Les filles non excisées doivent pouvoir se marier comme toutes les autres filles, donc aucun problème à ce niveau. Aucune difficulté dans ma localité* » **(EI Maire)**

« *Aucun problème de santé de reproduction et ne souffre pas de discrimination dans le mariage* » **(EI CV)**

« *Aucune difficulté actuellement et contrairement dans le passé où il était rappelé aux enfants que leur maman n'était pas excisée.* » **(E I. Imam)**

Dans le domaine de la sexualité et de la fécondité, l'excision est perçue comme un moyen d'exercer un certain contrôle sur la sexualité de la femme. Elle permet à la femme d'éviter les relations extraconjugales. Une femme excisée se maîtrise mieux qu'une femme non excisée. Outre ce moyen de contrôle, elle faciliterait le rapport sexuel et favoriserait la fécondité. Cependant, cette perception n'est pas assez partagée par les enquêtés de la région.

A Tombouctou, la quasi-totalité des enquêtés trouvent que l'excision nuit au rapport sexuel et à la fécondité. Pour eux, les séquelles de l'excision font que certaines femmes ne trouvent pas de plaisir dans les rapports sexuels, elles le font par devoir conjugal et non par plaisir. Les propos suivants attestent cette perception : « *La femme excisée a une faible sensibilité pour les rapports sexuels que celle non excisée, la femme excisée a peur de l'homme, manque d'intimité, son affection diminue.* » **(F GF.G)** « *Le traumatisme de l'excision rend certaines femmes frigides* » **(EI Resp Jeune)**

Du côté de la fécondité et de l'accouchement, les enquêtés trouvent que les femmes excisées sont plus exposées au risque d'infections qui peuvent provoquer l'infertilité chez elles. De même, elles sont plus à risque pour les complications pendant l'accouchement que celles non excisées.

« *Moins d'enfant et la stérilité pour les femmes excisées et beaucoup plus d'enfants et la bonne santé pour les femmes non excisées, aussi les femmes excisées ont toujours des problèmes de santé et moins d'enfants alors que les femmes non excisées ont une santé rigide et beaucoup d'enfants.* » **(EIA\_CV).**

### **5.7. Liens excision et situation sécuritaire**

Quelques témoignages d'enquêtés sur le lien entre la hausse de la prévalence des MGF/E et la crise sécuritaire :

« Les acteurs de la lutte contre les VGB sont très limités dans leurs activités par rapport à l'accès au terrain. Le fait que les communautés sont laissées à elles-mêmes et compte tenu des conditions sécuritaires, économiques, les acteurs n'ont pas accès aux communautés. Cette rupture de contact avec les acteurs, l'état et d'autres partenaires fait que les communautés sont en train de revenir sur les anciennes pratiques qu'elles avaient commencé à abandonner parce que personne n'est plus là pour leur rappeler les méfaits de la pratique. » **Agent ONG Goundam**

« L'occupation a eu un impact sur la pratique de l'excision, parce que c'était le laisser-aller, il n'y avait pas de contrôle. » **Elu communal Niafunké**

« Il n'avait pas d'excision dans la zone de Goundam. Si le taux est actuellement élevé, cela veut dire que les gens qui la pratiquent, manquent de sensibilisation. L'occupation djihadiste a eu un impact sur le taux parce que la sensibilisation ne se fait pas et cela continue jusqu'à présent parce qu'il y a des endroits où on ne peut pas aller sensibiliser. L'augmentation du nombre de cas est due à l'arrêt de la sensibilisation et à l'inaccessibilité des zones favorables à la pratique de l'excision. » **(DTC Goundam)**

« Les zones sous occupation échappent au contrôle de l'état » **(Responsable des jeunes Tombouctou.)**

« Les acteurs sont absents suite à l'occupation, mais même après l'occupation, il y a certains coins où on n'ose pas aller. Quand on parle de violence basée sur le genre, certains pensent que nous sommes les défenseurs des droits des femmes et cela ne passe pas dans certains endroits. Ils sont hostiles à tout ce qui parle de la promotion de la femme, de l'émancipation de la femme. Cette mentalité plus l'absence de l'administration et des partenaires fait que la sensibilisation ne se fait plus et les gens reprennent ce qu'ils avaient tendance à abandonner.

Le maintien du taux à ce niveau s'explique par le fait qu'il y a la rupture dans la sensibilisation sur les conséquences de la pratique de l'excision sur la santé de la femme. » **(Agent promotion de la femme Tombouctou)**

« L'excision est toujours d'actualité dans la localité mais la pratique est en train de s'accroître avec l'absence de l'Etat. . » **(F.F. Niafunké)**

Les enquêtés dans leur majorité attribuent l'augmentation de la prévalence des MGF/E dans la région de Tombouctou à l'occupation djihadiste et à la crise sécuritaire. Ces deux phénomènes ont certes eu à influencer la prévalence, mais pas toujours de façon directe. Par exemple, pendant l'occupation, les djihadistes ne se mêlaient pas de ce que la population avait comme pratique culturelle, mais interdisaient les rassemblements et les manifestations à caractère festif. De ce fait, les gens étaient libres de continuer la pratique de l'excision mais sans rassemblement ni tapage comme auparavant. Ce qui peut être attribuable aux groupes djihadistes, c'est qu'ils ont fait fuir des agents de développement de la région, toute chose qui a créé une rupture dans les campagnes de sensibilisation. Les acteurs pour le changement de comportement ont été éloignés des communautés. Cela a eu comme conséquence la reprise des pratiques traditionnelles qui avaient tendance à être abandonnées.

Deuxième aspect attribuable aux djihadistes, est leur position vis-à-vis de la promotion et de l'épanouissement de la femme. Ce sont en général des groupes obscurantistes qui sont hostiles à l'épanouissement de la femme. De ce fait, ils s'opposent à tout programme qui va dans le sens du bien-être de la femme. Leur présence dans la zone dissuade les agents des ONG et des services techniques de parler des pratiques traditionnelles néfastes sous peine de réprimande.

En résumé, l'augmentation de la prévalence de l'excision dans la région de Tombouctou peut être expliquée par deux facteurs importants : Le premier facteur est lié à la démographie et le second à l'insécurité.

La population de la région a augmenté ces dernières années à cause du déplacement massif des populations fuyant les conflits intercommunautaires dans la région voisine de Mopti et le retour d'importants réfugiés en provenance du Burkina Faso<sup>19</sup>.

L'insécurité résiduelle fait que les acteurs de développement ne vont plus vers les communautés pour les campagnes de promotion d'abandon des pratiques néfastes à la santé de la femme et de l'enfant. Cette rupture entre les acteurs du changement et les communautés a été mise à profit selon certains enquêtés par les conservateurs des pratiques traditionnelles pour récupérer le terrain jadis perdu sous l'influence des campagnes de sensibilisation. « *Nous sommes bloqués par l'insécurité et nous sommes en train de perdre tout ce qu'on avait engrangé comme bénéfice dans la lutte contre les MGF/E dans la région* » s'exprimait ainsi un agent d'ONG.

### **5.8. Conséquences de la pratique des MGF/E sur les femmes et les filles**

Il a été scientifiquement prouvé que les femmes ayant subi les MGF/E ont sensiblement plus de risque de rencontrer des difficultés lors de l'accouchement et que leurs bébés sont plus à risque de mourir que celles qui n'en ont pas subies.

Dans cette étude, les enquêtés aussi reconnaissent que la pratique de l'excision présente des risques et pour la femme et pour l'enfant. Pour un enquêté, « *avant, les gens ne pouvaient pas mesurer ses conséquences sur la santé de la femme ou bien, il n'y en avait pas trop puisque que l'état de santé des uns et des autres était plus solides que maintenant. De plus en plus, on se rend compte que c'est une pratique qui présente beaucoup de conséquences pour les femmes.* » (**EIA PJ**). Les conséquences citées peuvent être regroupées en trois grandes catégories qui sont: les conséquences physiologiques (complications liées à l'accouchement, à l'hémorragie, aux infections, à la stérilité, voire au décès), les conséquences psychologiques (la douleur de l'opération, le traumatisme engendré, la peur du rapport sexuel) et enfin les conséquences sociales (, le rejet et le divorce). Ces conséquences sont connues mais pas réellement vécues. La plupart des enquêtés disent avoir entendu parler de ces conséquences, mais ne les ont jamais rencontrées. Une seule enquêtée aurait vu une fille excisée en difficulté d'accouchement qui a été prise en charge par l'ONG « Debo Alafia »

---

<sup>19</sup> OCHA, profils humanitaire de la région de Tombouctou, septembre 2020

L'une des difficultés dans la lutte contre les MGF/E est le rapport entre les conséquences évoquées et les conséquences vécues. La plupart des enquêtés disent n'avoir jamais vu de conséquences liées à l'excision véhiculées dans les messages, ce qui les font douter. A la question « Pouvez-vous nous donner des exemples concrets en termes de conséquences qu'une femme/fille a subies? » Une présidente d'association de femmes a répondu, « *pas d'exemple à Kabara mais on apprend qu'il existe beaucoup de fistuleuses abandonnées par leur mari, leur famille* » (EIA Pf).

### **5.9.Changement de comportement social en faveur des MGF/E**

Le changement de comportement est un long processus. Il demande de la pédagogie pour faire adhérer le maximum d'individus à l'objectif visé. Pour ce faire, les acteurs du changement doivent développer des stratégies impliquant les personnes influentes des communautés sujettes au changement. Dans la lutte contre les pratiques néfastes à la santé de la femme dans la région de Tombouctou, plusieurs acteurs interviennent. Pour atteindre leurs objectifs ils collaborent avec d'autres organes au sein des communautés. Il s'agit entre autres des services techniques de l'état, des organisations de femmes, de jeunes, des artistes, etc.

Pour renseigner cette partie, les entretiens ont été réalisés avec les agents des services techniques (santé, promotion de la femme) et les agents des ONG opérant dans la lutte contre les VGB dans la région de Tombouctou. Il ressort de ces entretiens que les services techniques de l'état de mêmes que les ONG sont assez ralentis dans leurs activités de lutte contre les VGB et cela à cause de l'insécurité dans la zone. Certains responsables d'ONG et de service techniques donnent leurs avis sur la situation : « *Nous sommes en rupture de contact avec les communautés, en rupture avec nos partenaires financiers, toute chose qui paralyse nos activités. Nous ne partons plus vers les populations pratiquantes. L'état à travers ses services techniques qui doivent faire la relance n'est pas présent.*» (EIA\_ AONG) « *L'inaccessibilité des humanitaires aux populations, entraine une diminution de l'assistance favorisant ainsi le retour aux anciennes pratiques traditionnelles avec l'emprise des groupes radicaux. En un mot, le faible accès des humanitaires aux populations vulnérables suite à la présence des djihadistes a fait exploser les pratiques néfastes y compris l'excision* » (EIA\_ AONG)

Dans la communauté, certains trouvent que la pratique de l'excision était en baisse dans la région de Tombouctou et que c'est la crise sécuritaire qui serait à la base de l'augmentation actuelle de sa prévalence « *La pratique était en baisse avant la crise et en hausse actuellement à cause de l'absence de l'Etat donnant un feu vert tacite aux exciseuses sans craintes* ». (FG.F)

« *L'insécurité est la cause de la faible présence de l'Etat et de l'affaiblissement de son autorité. Elle est également la cause de l'arrêt des campagnes de sensibilisation* » (EI CV)

Dans le domaine du partenariat, les ONG évoluant dans le domaine de la lutte contre les pratiques traditionnelles néfastes travaillent en même temps avec les services techniques qu'avec les organisations féminines, les leaders religieux, les imams, les exciseuses et d'autres connaisseurs, les services techniques de la santé, les artistes, les personnes influentes, etc. En un mot toute personne capable de véhiculer le message. Les interlocuteurs ont une bonne appréciation de la

collaboration entre acteurs, mais déplorent l'insuffisance de financement pour continuer les activités de lutte pour l'abandon des pratiques traditionnelles néfastes à la santé de la femme et de la jeune fille. Un responsable d'ONG s'exprime sur la collaboration entre les acteurs dans la lutte contre les MGF/E : « *La collaboration avec les partenaires n'est pas du tout mal chacun fait son de mieux, mais c'est sur le plan financier que nous sommes limités. Nous n'avons pas assez de financement pour bien faire nos activités* » (EIA\_ AONG)

#### **5.10. Les acteurs du changement pour l'abandon des MGF/E:**

Les raisons fondamentales de la hausse et du maintien du niveau des indicateurs des MGF/E dans la région étant connues, il s'agit de trouver les solutions pour leur diminution voire leur abandon. Pour cela, les enquêtés ont identifié certains acteurs comme étant essentiels. Au niveau familial, les personnes qui sont susceptibles d'amorcer le changement sont les femmes (grand-mères, mère d'enfant), les chefs de famille. Au niveau village, il faut l'adhésion des chefs de village, les chefs religieux, les exciseuses, les associations surtout féminines. Au niveau communal, il s'agit de regrouper les associations des différents villages dans un réseau qui doit être soutenu et accompagné par les ONG et les services techniques de l'état intervenant dans le domaine des MGF/E. Ce réseau doit rendre fonctionnel les comités de veille et les mécanismes de communications réguliers et permanents sur les méfaits des MGF/E sur la santé de la femme. Il serait nécessaire de développer des stratégies de communication impliquant l'ensemble des leaders de la communauté pour que le maximum de personnes puisse opter pour l'abandon de la pratique des MGF/E. Il faudrait également une reconversion des exciseuses dans les activités génératrices de revenu avec des financements conséquents.

### **VI. SYNTHÈSE DES RESULTATS :**

L'étude sur les MGF/E à Tombouctou a été réalisée sur la base de deux approches méthodologiques : quantitative et qualitative. La partie quantitative de l'étude a eu comme support essentiel, les documents nationaux(EDSM). Quant à la partie qualitative, elle a été traitée avec les données issues d'enquêtes qualitatives légères sur le terrain à travers les entretiens individuels et les discussions de groupe auprès des populations de la région de Tombouctou réparties entre les quatre cercles retenus dans l'étude. La synthèse des résultats des deux approches révèle un certain nombre de constats au niveau des sous thèmes suivants : connaissance de l'excision, perception de l'excision, facteurs associés à la hausse de la prévalence de l'excision à Tombouctou, les raisons de l'excision, excision et fécondité, excision et situation sécuritaire.

#### **6.1. Connaissance de l'excision :**

L'analyse des données quantitatives indique que la majorité des femmes et des hommes de 15-49 ans connaissent l'excision dans la région de Tombouctou. En effet, le pourcentage de femmes qui ont entendu parler de l'excision est passé de 75,8% en 2006 à 76,8% en 2018 contre respectivement 84,1% et 85,5 chez les hommes.

Du côté des données qualitatives, l'analyse montre que l'excision n'est pas assez connue dans le cercle de Tombouctou parce que peu pratiquée par la population autochtone. Dans la plupart des entretiens réalisés dans le cercle de Tombouctou, il ressort que l'excision n'est pas pratiquée. Cela ressort dans le témoignage d'un responsable d'ONG qui affirme que de 2015 à nos jours, le cercle n'a enregistré aucun cas d'excision. Aussi, dans la population générale, certains enquêtés déclarent ne pas connaître la pratique, parce que ne faisant pas partie de leur tradition. Cependant, la pratique existe dans la région sous la forme légère qui consiste à faire une entaille sur clitoris. Dans les données quantitatives, le type d'excision trouvé est le type1 (entaille, pas de chair enlevée 50% pour le milieu urbain) qui est conforme à la pratique déclarée par les enquêtés lors des entretiens : « Maintenant on fait une petite incision pour faire couler un peu de sang ; Excision légère » (E.I.E). Aussi, il a été constaté que la prévalence a évolué entre les deux EDSM (44% en 2006 contre 50 % en 2018). La même évolution du taux est remarquable selon les ethnies. Par exemple entre 2006 et 2018, la pratique a augmenté chez les sonrhâï s, les Bella et les autres ethnies de la région, respectivement de : 49,5% et 22,2% contre 59,5% et 29,4%. Du côté des entretiens, il ressort que l'augmentation du niveau de la prévalence entre les deux périodes serait attribuable à l'arrêt des activités de sensibilisation et à l'absence des autorités.

Pour ce qui est de la perception de la pratique de l'excision, elle est considérée comme une pratique traditionnelle liée aux coutumes. Ce qui fait que certaines ethnies de la région la pratiquaient peu ou ne la pratiquaient pas du tout.

En somme, le taux relativement élevé de la connaissance de l'excision proviendrait des cercles de Diré, Niafunké et une partie de Goundam qui ont la pratique dans leurs coutumes.

## **6.2. Facteurs associés à la hausse de la prévalence de l'excision à Tombouctou :**

Plusieurs facteurs ont été identifiés comme ayant une influence sur la hausse de la prévalence de l'excision à Tombouctou. Parmi ces facteurs, il a été retenu pour le volet quantitatif: l'ethnie et le niveau de vie.

Les coefficients obtenus pour certaines ethnies traduisent un impact intéressant de la composition ethnique de la population des femmes enquêtées lors des EDSM IV et VI. En effet, relativement aux femmes sonrhâï, les femmes issues des ethnies allochtones (autres que sonrhâï et touareg) ont deux fois plus de risque de faire exciser leurs filles en 2006. Ce risque est dix fois plus élevé en 2018. Cela veut dire qu'en considérant l'ethnie, la tendance à la hausse de la prévalence de l'excision entre 2006 et 2018 à Tombouctou pourrait s'expliquer par la présence de femmes allochtones dans cette région d'une part ; et par l'accentuation de la pratique chez les femmes sonrhâï d'autre part. On pourrait également invoquer l'exogamie (mariage des femmes sonrhâï à d'autres ethnies) étant donné que l'information sur l'excision de la fille est captée à partir des déclarations de la mère et qu'en conséquence les filles ne sont pas forcément de l'ethnie de leurs mères.



Dans l'analyse des données du volet qualitatif, l'ethnie ressort également comme un élément favorisant l'augmentation de la prévalence dans la région. En effet, la population autochtone de la région de Tombouctou est composée majoritairement d'ethnies sonraï, tamasheq et arabes qui, selon les résultats des différentes enquêtes pratiquent moins les MGF/E. Les populations étrangères c'est-à-dire composées d'autres ethnies (fonctionnaires et déplacés) venues avec leurs us et coutumes dont l'excision dans la région seraient responsables de la hausse du niveau des indicateurs. Ces femmes allochtones continuent la pratique de l'excision qui fait partie des normes sociales dans leur culture

En plus de l'ethnie, l'absence des services de l'Etat et des partenaires suite à la crise sécuritaire a également été citée comme étant un facteur d'augmentation de la prévalence des MGF/E dans la région de Tombouctou. La crise sécuritaire a créé une rupture entre les acteurs du changement et les communautés. Les communautés ont été abandonnées sans campagne d'information ni de sensibilisation sur les méfaits des pratiques néfastes à la santé de la femme.

### **6.3.Liens entre la prévalence de l'excision et le niveau d'intervention des acteurs sur la question dans la localité**

Le niveau de la prévalence actuelle de l'excision est dû en grande partie à l'absence de l'état qui a comme corollaire le départ des partenaires au développement. Les données de l'exploitation des bases de données ont trouvé une augmentation de la prévalence des MGF/E dans la région de Tombouctou entre 2006 et 2018 (44%contre 50%). Cette période coïncide avec l'arrêt des activités des partenaires au développement dans la région. Donc, nous pouvons en déduire que l'intervention des partenaires au développement dans les activités pour l'abandon des MGF/E est nécessaire. Leur absence impacte négativement sur l'abandon des pratiques néfastes à la santé de la femme et de l'enfant. « *Nous sommes bloqués par l'insécurité et nous sommes en train de perdre tout ce qu'on avait engrangé comme bénéfice dans la lutte contre les MGF/E dans la région* » s'exprimait ainsi un agent d'ONG. Ce cri de cœur montre qu'il existe un lien important entre l'intervention des partenaires et la prévalence de l'excision dans la région de Tombouctou.

En résumé, l'étude a trouvé que l'excision se pratique à Tombouctou mais que son ampleur actuelle serait due au brassage ethnique, et à l'absence de l'Etat suite à la crise sécuritaire.

## VII. CONCLUSION

L'étude sur les MGF/E dans la région a été réalisée à l'aide de deux approches méthodologiques ; la méthode quantitative et la méthode qualitative. La première méthode a été basée sur l'exploitation des données des EDSM IV ET VI. Quant à la méthode qualitative, elle a été effectuée à travers la collecte des données primaires auprès des populations des cercles de Diré, Niafunké, Goundam et Tombouctou dans la région de Tombouctou. Les résultats de l'analyse quantitative révèlent une proportion plus élevée de jeunes hommes et de femmes de 2006 à 2018 dont la majorité réside en milieu rural. Environ 86% de ces femmes n'avaient aucun niveau d'instruction. Au niveau de l'analyse descriptive, le test de khi-deux au niveau bivarié a permis de déceler d'éventuelles associations entre la connaissance de l'excision et quelques variables explicatives à savoir: l'âge, le statut matrimonial, le lien de parenté avec le chef de ménage, le fait d'avoir une fille, l'ethnie, l'exposition aux médias, le niveau de bien-être économique et l'occupation. Quant à la pratique de l'excision, il ressort que le milieu de résidence, l'ethnie et le niveau de vie sont les variables explicatives de la tendance à la hausse de la pratique de l'excision chez les femmes de 15-49 ans à Tombouctou. Environ 60,5% des femmes de 15-49 ans vivant en milieu rural ont subi l'excision en 2006 contre 71,2% en 2018.

Concernant, l'analyse explicative compte tenu de la nature qualitative et dichotomique de la variable dépendante, nous avons utilisé la méthode de régression logistique binomiale (modèle probit). Ces résultats nous révèlent que les facteurs explicatifs de l'excision chez les filles de 0-14 ans à Tombouctou sont : l'ethnie, l'âge de la mère, le statut d'excision et l'exposition au média

Les résultats de l'analyse qualitative laissent apparaître une dichotomie dans la pratique. D'un côté, les populations autochtones des cercles de Tombouctou et de Goundam ne pratiquent pas l'excision parce que ne faisant pas partie de leur culture. Par contre de l'autre côté, elle est pratiquée par les allochtones de Tombouctou et Goundam et certaines communautés (généralement peulh et Bambara) des cercles de Diré et de Niafunké. Cependant, selon les enquêtés, la pratique de l'excision avait assez diminué avant l'avènement de la crise sécuritaire suite aux actions des ONG et des services techniques de l'état. Les campagnes d'information et de sensibilisation sur les conséquences de la pratique de l'excision avaient commencé à porter leurs fruits. L'équipe d'enquête a constaté cela à travers les réponses données sur les conséquences de la pratique sur la santé de la femme. La plupart des enquêtés sont unanimes que l'excision peut être cause d'infertilité à travers les infections et de complication d'accouchement. Ils répondent généralement par : « les femmes excisées sont plus exposées au risque de stérilité et de complication lors de l'accouchement que les femmes non excisées », cela atteste que les enquêtés ont une connaissance des méfaits de la pratique de l'excision sur les femmes.» Malgré cette connaissance supposée, certains parents continuent à exciser leurs filles. Les raisons avancées pour justifier la pratique sont d'ordre religieux, coutumier et social.

L'augmentation récente de la prévalence est fondamentalement attribuée à la crise sécuritaire qui a stoppé les campagnes de sensibilisation au niveau des communautés. Elle a fait partir les ONG

et les services techniques des zones à haute prévalence des MGF/E. Cette situation a permis aux conservateurs de reprendre les pratiques néfastes avec la complicité des groupes radicaux favorables aux pratiques traditionnelles et opposés à toutes les activités de promotion et d'épanouissement de la gent féminine.

## **VIII. RECOMMANDATIONS**

Pour réussir la lutte contre les MGF/E dans la région de Tombouctou, quelques recommandations sont formulées aux différents acteurs. Aussi, estimons-nous que toutes ces recommandations doivent être effectuées à court et moyen termes.

### **A l'Etat et aux autorités communales**

- assurer la sécurité des populations dans la région de Tombouctou ; en raison de la présence de bandits armés les activités de sensibilisation sont impossible dans le gourma de Niafunké ;
- renforcer la présence des services techniques de l'Etat et des partenaires
- appuyer les programmes nationaux de lutte contre les MGF/E à travers des financements conséquents soutenus par le budget d'Etat et non adossées aux financements extérieurs qui sont souvent aléatoires et limités dans le temps;
- Impliquer les chefs religieux (érudits, cadis) de la région dans les activités de sensibilisation pour l'abandon des pratiques néfastes à la santé de la femme et de la jeune fille à Tombouctou ;
- Organiser des ateliers de réflexions de la base au sommet pour dégager un plan d'action dans les interventions futures ;
- Intensifier les activités de sensibilisation pour l'abandon des pratiques néfastes à la santé de la femme et de la jeune fille à Tombouctou ;
- surveiller l'évolution de la prévalence de l'excision à Tombouctou à travers un système de collecte de données de routine.
- Adopter une loi spécifique contre la pratique des MGF/E
- Orienter les enquêtes sur le milieu rural ;
- Intégrer les Indicateurs du Programme National pour l'abandon des Violences Basées sur le Genre dans le système d'information de la famille (SIFEF)
- Intégrer les actions de lutte contre les MGF dans le PDSEC des cercles de Tombouctou ;
- Redynamiser les comités de veille des MGF /E dans tous les villages de la région ;
- Renforcer la synergie d'actions des acteurs intervenant dans les MGF ;

### **Aux organisations de la société civile (ONG)**

- multiplier les campagnes de sensibilisation auprès des populations les plus vulnérables notamment en milieu rural.
- Renforcer les capacités des femmes dans la gestion des activités génératrices de revenus pour une autonomisation économique des femmes ;
- Assurer la prise en charge les victimes des MGF/E

### **Aux Partenaires Techniques et Financiers:**

- accompagner l'état dans la mise en œuvre des projets et programmes de lutte contre les VBG.

## **IX. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :**

1. Annuaire Direction régionale de la santé Tombouctou, 2018
2. Assan Konté, Mémoire de fin d'étude, la pratique de l'excision au Mali, Novembre 2007
3. DECRET N°92-073 P-CTSP DU 25 FEVRIER 1992 promulguant la Constitution du Mali, 1992
4. DIALLO, Assitan. Mutilations Génitales Féminines (MGF) au Mali : Revue de la littérature et des actions menées, National Fellow, Novembre 1997
5. EDSM V, 2012-2013
6. EDSM VI.2018
7. Enquête MICS 2010 ;
8. Enquête MICS 2015 ;
9. <https://benbere.org/au-grin/> Awa, septembre 2019
10. Imam Mohamed Dicko, Mutilations Génitales Féminines, AMSOPT 1991, in Assitan Diallo 1997
11. Institut de Relations Internationales et Stratégiques(IRIS), Le contexte sécuritaire au Nord et Centre du Mali : Les jeux d'acteurs à l'horizon 2019 Août 2018, <https://www.iris-france.org>
12. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) 2 JUIN 2006 / GENÈVE -  
(<https://www.genreenaction.net/Les-risques-de-l-excision.html>)
13. OCHA, profils humanitaires de la région de Tombouctou, septembre 2020
14. OMS, Eliminer les mutilations sexuelles féminines Déclaration inter institutions, HCDH, OMS, ONUSIDA, PNUD, UNCEA UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, 2008
15. PNLE, *Enquête nationale sur le phénomène de l'excision au Mali. Rapport de Synthèse*, 2009 ;
16. THOMSON Reuters Foundation, *Mali : la loi et les MGF*, septembre 2018
17. UNFPA-UNICEF, Programme conjoint sur l'élimination des mutilations génitales féminines, Rapport annuel, 2018.