Rapports Comparatifs Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS)

12

L'Excision dans les Enquêtes Démographiques et de Santé: Une Analyse Comparative

MEASURE *DHS*+ fournit de l'assistance technique pour la collecte et l'utilisation des données pour mieux suivre et évaluer les programmes démographiques et de santé à travers le monde. Mis en œuvre par ORC Macro de Calverton, Maryland, MEASURE *DHS* + est financé par l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID).

Les objectifs principaux du programme MEASURE *DHS* + sont les suivants :
1) rendre disponibles des données utiles pour la formation des politiques des dirigeants des programmes,
2) élargir la base des données concernant les variables démographiques et de santé au plan international,
3) améliorer la méthodologie des enquêtes,
4) développer les ressources et les capacités requises pour la mise en œuvre des enquêtes démographiques et de santé de qualité supérieure.

Des informations supplémentaires sur le projet MEASURE *DHS* + ou les enquêtes en cours est disponible sur l'Internet à : https://www.measuredhs.com On peut aussi contacter le bureau :

ORC Macro
11785 Beltsville Drive,
Suite 300
Calverton, MD 20705 USA
Téléphone : 301-572-0200
Fax : 301-572-0999
Courriel : reports@orcmacro.com

Rapports Comparatifs EDS Numéro 12

L'excision dans les Enquêtes Démographiques et de Santé : Une Analyse Comparative

P. Stanley Yoder
Noureddine Abderrahim
Arlinda Zhuzhini

Traduction de l'anglais
Jill Mac Dougall

ORC Macro
Calverton, Maryland, USA

Décembre 2005

Ce rapport a été publié grâce au soutien de l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID) sous les termes du contrat no. HRN-C-00-97-00019-00. Les opinions exprimées ici n'engagent que les auteurs et ne reflètent pas nécessairement celles de l'USAID.

Éditeur : Sidney Moore
Production des documents : John Chang

Citation conseillée :

Yoder, P. Stanley, Noureddine Abderrahim et Arlinda Zhuzhuni. 2005. *L'excision dans les Enquêtes Démographiques et de Santé : Une Analyse Comparative.* Traduction de l'anglais : Jill Mac Dougall. Rapports Comparatifs EDS Numéro 12. Calverton, Maryland : ORC Macro.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX v
AVANT-PROPOS vii
REMERCIEMENTS viii
RÉSUMÉ ix
INTRODUCTION 1

1.1 Termes et concepts 1
1.2 But de cette étude 3
1.3 Sujets de réflexion 4

ÉTUDES SUR L'EXCISION 7

2.1 Estimations de la prévalence 7
2.2 Types d'excision 8
2.3 Les conséquences pour la santé de la femme 10
2.4 Continuation de la pratique 12
2.5 Priorités de recherche 14

DÉVELOPPEMENT DES QUESTIONNAIRES *EDS* CONCERNANT L'EXCISION 17

3.1 Premières enquêtes qui abordaient le sujet de l'excision 17
3.2 Enquêtes des années 1994 à 2002 18
3.3 Détermination de qui a été excisée ou pas 19
3.4 Récits des femmes enquêtées sur leur excision 20

3.4.1 Façons d'aborder la question du type d'excision 21
3.4.2 Identité de la personne ayant procédé à l'excision 23

3.5 Récits des mères sur l'excision de leur fille 23
3.6 Perceptions de l'excision parmi les femmes et les hommes 24

ANALYSE DES DONNÉES PORTANT SUR L'EXCISION DANS LES RAPPORTS EDS 27

4.1 Taux nationaux de prévalence 27
4.2 Classification des données dans les rapports d'enquêtes nationales 28

4.2.1 Prévalence selon l'âge et le milieu de résidence 29
4.2.2 Prévalence selon la région 29
4.2.3 Prévalence selon le niveau d'éducation 30
4.2.4 Prévalence selon la religion 31
4.2.5 Prévalence selon l'appartenance ethnique 33

4.3 Le contexte de l'excision 35

4.3.1 L'âge lors de l'excision 35

4.3.2 Type d'excision....37
4.3.3 Identité de la personne ayant procédé à l'excision....39

4.4 Données sur les conséquences de l'excision pour la santé de la femme....40
4.5 Perceptions de la pratique d'excision....41

4.5.1 Soutien à l'excision parmi les femmes....41
4.5.2 Raisons données pour continuer la pratique....44
4.5.3 Soutien à l'excision parmi les hommes....45

ÉVOLUTION DE LA PRATIQUE....47

5.1 Comparaisons selon les groupes d'âge....47
5.2 Comparaisons mères/filles....51
5.3 Comparaison des résultats sur deux périodes....51

CONCLUSION : UTILISATION DES DONNÉES *EDS* SUR L'EXCISION....55

RÉFÉRENCES....57

ANNEXE....61

Module Excision (Questionnaire femme)....61

Module Excision (Questionnaire homme)....65

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 3.1 Sujets relatifs à l'excision traités dans les enquêtes d'EDS, 1989-2002 ..... **Error! Bookmark not defined.**

Tableau 3.2 Enquêtes regroupées selon l'identification de la fille (l'aînée ou celle excisée le plus récemment) dans les questions posées aux mères sur l'excision de leur fille, EDS 1989-2002..... 24

Tableau 4.1 Prévalence de l'excision selon le regroupement des pays en grandes régions, EDS 1989-2002..... 28

Tableau 4.2 Variables socio-démographiques utilisées pour classifier les données de prévalence d'excision, EDS 1989-2002 29

Tableau 4.3 Parmi les femmes enquêtées ayant au moins une fille vivante, le pourcentage des aînées excisées, classifié selon le niveau d'éducation de la mère, EDS 1989-1999 30

Tableau 4.4 Parmi les femmes enquêtées ayant au moins une fille vivante, le pourcentage ayant fait exciser au moins une fille, selon le niveau d'éducation de la mère, EDS 1995-2002 31

Tableau 4.5 Prévalence de l'excision classifiée par religion (musulmane ou chrétienne), EDS 1989-2001 32

Tableau 4.6 Écarts de prévalence de l'excision parmi les groupes ethniques pour huit pays, EDS 1998-2001 33

Tableau 4.7 Prévalence de l'excision parmi des ethnies de quatre pays, EDS 1998-2001 34

Tableau 4.8 Répartition en pourcentages des excisées selon l'âge lors de l'excision, EDS 1989-2002..... 36

Tableau 4.9 Pourcentages cumulatifs parmi les enquêtées excisées selon l'âge lors de l'excision, EDS 1989-2002 37

Tableau 4.10 Pourcentage des enquêtées excisées classifiés selon trois types d'excision (types indiqués par l'enquêteuse), EDS 1995-1999..... 38

Tableau 4.11 Pourcentage des excisées selon la personne qui a fait l'excision (praticienne traditionnelle ou professionnel médical), EDS 1989-2002 39

Tableau 4.12 Pourcentage des filles ayant souffert de problèmes de santé suite à leur excision, selon les réponses des mères, EDS 1999-2001..... 40

Tableau 4.13 Parmi les femmes excisées, pourcentage qui déclarent vouloir arrêter ou continuer la pratique, EDS 1989-2002..... 42

Tableau 4.14 Parmi les femmes excisées ayant au moins une fille vivante, prévalence de l'excision des aînées selon la déclaration de la mère pour l'arrêt ou la continuation de la pratique, EDS 1995-99 43

Tableau 4.15 Parmi les femmes qui souhaitent la continuation de la pratique, pourcentages selon les raisons données, EDS 1989-99 44

Tableau 4.16 Pourcentage des femmes et des hommes interrogés qui disent que l'excision doit continuer, EDS 1995-2001 45

Tableau 5.1 Pourcentage des excisées réparti par groupe d'âge, EDS 1989-2002..... 48

Tableau 5.2 Selon le groupe d'âge, pourcentage des femmes excisées par un(e) professionnel(le) en médecine, EDS 1989-2002 49

Tableau 5.3 Pourcentage des enquêtées déclarant qu'elles soutiennent la pratique selon le groupe d'âge, EDS 1989-2002 50

Tableau 5.4 Prévalence d'excision parmi les filles aînées selon que la mère a subi l'excision ou pas (basée sur l'information fournie par les enquêtées ayant entendu parlé de la pratique et ayant au moins une fille vivante), EDS 1995-99 51

Tableau 5.5 Comparaison des taux de prévalence de l'excision et de la fréquence de soutien à la pratique basée sur deux enquêtes successives dans quatre pays, EDS 1994-2002.....52

Tableau 5.6 Comparaison des aspects de l'excision basée sur deux enquêtes successives dans quatre pays, EDS 1994-2002 53

AVANT-PROPOS

Une des contributions les plus importantes du programme MEASURE *DHS* est la création d'une banque de données sur les caractéristiques démographiques et de santé des pays en voie de développement qui permet des comparaisons au niveau international. La série *Rapports comparatifs EDS* compare des données de différents pays. La série *Études analytiques EDS* se focalise sur des sujets précis. Les buts principaux de ces deux séries sont de rendre disponibles les données utiles pour l'élaboration de politiques par les responsables de programmes de santé au niveau international et d'examiner les résultats des pays concernés dans un cadre international.

Les rapports comparatifs portent sur un nombre de pays variable, selon les données d'enquêtes disponibles. Lorsque cela est possible, les données d'enquêtes nationales successives sont utilisées pour évaluer des changements qui ont lieu au fil du temps dans un pays donné. Chaque rapport présente des tableaux détaillés qui regroupent les données par pays ou par région. Ces rapports peuvent aussi aborder des questions relatives à la recherche démographique, comme la comparabilité des questionnaires, les procédures de collecte, la qualité des données et les approches méthodologiques.

Les sujets traités dans les *Rapports comparatifs EDS* sont sélectionnés par le personnel de MEASURE *DHS*+ en collaboration avec le *Scientific Advisory Committee* d'EDS et avec l'USAID. Certains rapports constituent des mises à jour ou des prolongements de rapports précédents.

Nous nous attendons à ce que cette série fournisse des informations comparables pour un grand nombre de pays en voie de développement afin d'approfondir la compréhension des problèmes importants dans le domaine de la santé et de la population.

Martin Vaessen
Directeur du programme

REMERCIEMENTS

Les auteurs tiennent à remercier vivement toutes les personnes qui ont lu ce document en anglais et qui ont donné des commentaires utiles, en particulier Bettina Shell-Duncan et Ylva Hernlund de l'Université de Washington, et Sunita Kishor d'ORC Macro.

Nous remercions aussi Jill Mac Dougall qui a composé cette version française du rapport, ainsi que Fabienne Papin qui a corrigé les textes.

RÉSUMÉ

L'excision des filles est une pratique répandue dans plusieurs sociétés africaines subsahariennes, en Égypte et au Yémen. Presque universelle dans quelques pays, l'excision est pratiquée par de différents groupes ethniques dans 25 pays africains, dans quelques pays orientaux dont le Yémen, et parmi certaines populations immigrantes en Europe et en Amérique du nord. Le terme *excision* (ou *circoncision de la femme*) recouvre une variété de coupures des parties génitales de la jeune fille, allant d'une simple piqûre au clitoris à l'infibulation (l'ablation totale du clitoris et des lèvres génitales avec suture de la zone vaginale). Le contexte rituel varie d'une brève opération à l'hôpital ou la maison effectuée par un(e) professionnel(le) de la santé à des rites d'initiation complexes en groupe qui comprennent une période de réclusion de plusieurs semaines ou de plusieurs mois et des cérémonies. Dans certaines sociétés les filles sont systématiquement excisées lors des premières semaines ou des premiers mois de leur vie (voir le Yémen et l'Érythrée). Dans la plupart des sociétés qui pratique l'excision, la fille est excisée plus tard, lors de l'enfance ou près de la puberté.

Ce rapport comparatif résume les données sur l'excision collectées dans les enquêtes menées par EDS (enquêtes démographiques et de santé, ORC Macro) entre 1989 et 2002. Notre intention première est de rendre plus accessible des informations de base sur la répartition de la pratique et d'encourager des études plus approfondies spécifiques aux pays concernés. Ce rapport décrit les sortes de données disponibles, compare les taux de prévalence, dégage les *patterns* globaux, identifie les changements au fil du temps et commente les questions posées dans le module sur l'excision utilisé entre 1989 et 2002. À la fin de l'année 2002, il existait un total de 20 enquêtes nationales (recouvrant 15 pays africains plus le Yémen) qui comprenaient des questions sur l'excision.

Les taux de prévalence nationale de cette pratique rapportée par les femmes de 15 à 49 ans varient entre 5 % (Niger 1998) et 99 % (Guinée 1999). Parmi les quinze pays africains étudiés, huit montre une prévalence de 71 à 99 % et sept une prévalence de 5 à 45 %. Le regroupement de ces pays selon des grandes régions géographiques permet de dégager des similarités. Par exemple, les taux en Afrique du nord-est (Égypte, Érythrée, Éthiopie, Soudan du nord) varient entre 80 et 97 %. Les taux en Afrique de l'est (Kenya, Tanzanie) varient entre 18 et 38 %.

Mis à part les quelques pays qui ont un taux de prévalence de plus de 90 %, la fréquence d'excision varie largement selon les ethnies. Il importe d'étudier la question de l'appartenance ethnique, car elle explique plus que tout autre facteur sociodémographique la variation de la prévalence de l'excision. À l'intérieur d'un même pays la prévalence peut aller de 1 à 95 % selon le groupe ethnique. La répartition des taux de prévalence selon la religion ou le milieu de résidence (rural/urbain) ou le niveau d'éducation est inégale et n'explique que partiellement ces grands écarts de prévalence au niveau national.

Ce rapport analyse comment les questions sur l'excision ont évoluées dans les EDS entre 1989 et 2002. Des variations du module sur l'excision paraissent dans les questions posées à propos du type de coupure génitale subie et l'identification de la fille que la mère aurait fait excisée. Les variations existent aussi dans les questions sur la perception de la pratique et le désir de la continuer ou de l'abandonner.

Les études récentes menées dans des sociétés africaines montrent que la pratique d'excision varie largement et qu'elle est en train de changer. La littérature suggère que la prévalence diminue, que les filles sont coupées plus tôt, que les aspects rituels et cérémonieux s'estompent graduellement et qu'une proportion plus grande est excisée par une praticienne médicale plutôt que par une exciseuse traditionnelle. Les données EDS soutiennent la véracité de ces résultats dans certains pays, mais pas dans d'autres. Il importe de suivre l'évolution de la pratique, afin que les interventions contre l'excision puissent être planifiées efficacement selon le contexte.

1

INTRODUCTION

1.1 Termes et concepts

L'excision réfère à la pratique qui consiste à « inciser et enlever de la chair des organes génitaux des jeunes filles afin de se conformer aux attentes sociales » (Gruenbaum 2001 : 2). Dans ses textes, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) parle de la blessure ou de l'ablation des parties génitales féminine « pour des raisons culturelles ou pour toute autre raison non thérapeutique » (OMS 1996). Nommée « circoncision féminine » dans plusieurs sociétés, cette pratique—tout comme la circoncision des mâles—est souvent considérée comme un rite de passage et fait partie du processus d'initiation à l'état adulte (voir Droz 2000, Gessain 1960, Jackson 1977). Cependant, beaucoup d'auteurs rejettent l'utilisation du terme « circoncision » car il laisse supposer à tort que la pratique d'excision est équivalente à celle de la circoncision mâle (voir Transgrud 1994), alors que l'excision féminine est très différente de la circoncision, aussi bien au niveau physique qu'au niveau des conséquences médicales et sociales.

Au niveau de la langue anglaise, en 1990 l'OMS, parmi d'autres groupes, a adopté le terme « *female genital mutilation* » (mutilation génitale féminine) pour décrire la pratique d'excision, car il souligne l'effet permanent de l'intervention sur le corps de la femme. La plupart des anglophones—aussi bien des chercheurs que des militants qui planifient des interventions pour abandonner la pratique—continuent à utiliser ce terme. Cependant, on a tendance actuellement à préférer le terme « *female genital cutting* » (coupure génitale féminine). Un autre terme anglais suggéré mais peu utilisé est « *female genital surgeries* » (Obermeyer 1999).

L'excision est pratiquée couramment dans des sociétés au nord de l'Afrique sub-saharienne, ainsi qu'en Égypte ou au Yémen.

Récemment les chercheurs et d'autres personnes impliquées ont exprimé leur malaise vis-à-vis du terme « *female genital mutilation* » qui « stigmatise la pratique et nuit ainsi aux programmes qui essaient d'effectuer des changements » (USAID 2000). De nombreux spécialistes originaires de pays africains ont émis des objections au terme de *mutilation* qui semble porter un jugement et démontrer un manque de respect (Eliah 1996). Selon Shell-Duncan et Hernlund, ce sont des Ougandais travaillant sur le projet REACH qui ont en premier suggéré le terme plus neutre de « *female genital cutting* » (Shell-Duncan et Hernlund 2000 : 6). Ce terme est aussi celui utilisé par l'Agence pour le Développement International Américaine (USAID).

Le terme francophone le plus souvent utilisé est *excision,* quel que soit le type d'intervention, d'une incision symbolique à l'infibulation. Bien que le terme « excision » désigne une forme spécifique d'ablation, il sera le terme employé dans ce document pour parler de la pratique en général.

L'excision est pratiquée couramment dans des sociétés au nord de l'Afrique sub-saharienne, ainsi qu'en Égypte ou au Yémen. Considérée comme la norme dans quelques pays, l'excision est pratiquée parmi plusieurs groupes ethniques dans 25 pays

africains, au Yémen et dans certaines populations immigrantes d'Europe et d'Amérique du nord. Dans quelques sociétés (par exemple, en Érythrée ou au Yémen), l'intervention a lieu lorsque la fille est âgée de quelques semaines ou de quelques mois, mais dans la plupart des cas l'excision a lieu lors de la puberté, soit pendant l'enfance, soit au début de l'adolescence. Dans ce dernier cas, l'excision est considérée comme une initiation rituelle qui prépare la jeune fille à son rôle de femme. Elle comporte une période de réclusion et un apprentissage des droits et des obligations d'épouse et de mère.

Le terme *excision* recouvre une variété de pratiques, allant d'une petite entaille du clitoris pour tirer quelques gouttes de sang à l'ablation totale du clitoris et des lèvres vaginales.

Le terme *excision* recouvre une variété de pratiques, allant d'une petite entaille du clitoris pour tirer quelques gouttes de sang à l'ablation totale du clitoris et des lèvres vaginales.

À titre d'exemple des attitudes courantes vis-à-vis de la pratique, nous citons le paragraphe suivante qui introduit l'article « Female circumcision : Rite of passage or violation of rights ? » de Frances Althaus (1997 : 130).

> La circoncision des femmes, l'ablation partielle ou totale des organes génitaux féminins externes, est pratiquée depuis des siècles dans certaines sociétés africaines. Généralement, elle fait partie des rites de passage qui préparent la jeune fille à son rôle de femme adulte et d'épouse. Souvent pratiquée sans anesthésie dans des conditions sanitaires douteuses par une personne sans connaissances médicales ou de l'anatomie humaine, l'intervention peut provoquer la mort ou des problèmes de santé durant le reste de la vie de la femme, sans compter les douleurs sévères lors de l'opération. Malgré ces risques importants, les personnes qui pratiquent l'excision la considèrent comme une caractéristique inhérente de leur identité culturelle et ethnique ; certaines la voient comme une obligation religieuse.

Cette vision de l'excision—d'un rite de passage pénible qui met la vie des jeunes filles en danger—est bien connue par les chercheurs et les militants qui présument souvent que « la pratique est ancienne et bien enracinée dans la culture, qu'elle fait partie de l'initiation à la puberté et qu'elle est associée avec l'islam et le pouvoir patriarcal » (Shell-Duncan et Hernlund 2000 : 3). Cependant, ces auteurs signalent que la pratique est relativement récente dans plusieurs sociétés, qu'elle n'est pas toujours un rite initiatique et que la majorité du monde islamique ne la pratique pas. Il semble que l'excision existait dans les régions qui font actuellement partie de l'Égypte et du Soudan des siècles avant la naissance de l'islam, alors que son introduction dans certaines régions d'Afrique de l'ouest est relativement récente, datant de la fin du 19e ou le début du 20e siècle (Ottenberg 1994). Des recherches ethnographiques menées en Gambie et au Mali démontrent que la pratique change rapidement, soit qu'elle se modifie, soit qu'elle tend à disparaître (Gosselin 2000, Hernlund 2003, Leonard 2000).

Si l'excision n'est pas vraiment une pratique islamique, si elle n'est pas forcément un rite de passage, si elle n'est pas systématiquement pratiquée depuis plusieurs siècles et si elle tend à être modifiée ou à disparaître, nous devons remettre en question l'idée de la pratique comme tradition ancienne et immuable. La meilleure façon de corriger les stéréotypes est de recueillir des données sur la pratique et d'observer les changements dans le temps en faisant des enquêtes démographiques et ethnographiques sur les pratiques en cours. Même s'il existe des données démographiques, peu d'études ethnographiques ont été faites sur l'excision. Bien des chercheurs hésitent à mener de

telles études, de peur de paraître en accord avec la pratique. Quelques études ethnographiques ont été menées récemment (voir Gosselin 2000, Hernlund 2003, Leonard 1996, Yoder et al. 1999).

Depuis 1984, le programme EDS (Enquêtes Démographiques et de Santé, ORC Macro) financé par l'USAID, a aidé des pays en voie de développement à mener des enquêtes nationales sur différents sujets se rapportant à la santé et à la population. Les sujets abordés dans le questionnaire standard destiné aux femmes comprennent les questions sur les caractéristiques démographiques, la fertilité, la planification familiale, la santé maternelle et infantile, la nutrition, le VIH/SIDA. En plus du questionnaire de base, il existe plusieurs modules se rapportant à des sujets spécifiques (comme la malaria, l'excision, la violence conjugale). À la fin de l'année 2002, EDS avait mené plus de 150 enquêtes dans 68 pays. Les enquêtes dans 16 de ces pays comprenaient une série de questions sur l'excision.

L'excision est relativement récente dans plusieurs sociétés ; elle n'est pas toujours un rite initiatique ; la majorité du monde islamique ne la pratique pas.

Des questionnaires sur la pratique de l'excision sont utilisés dans les enquêtes nationales de plusieurs pays africains depuis 1989. EDS a commencé à collecter des données sur l'excision dans l'enquête 1989-90 au nord du Soudan, après que la mission USAID et le Ministère de la Santé au Soudan aient manifesté un grand intérêt dans la collecte d'informations sur l'excision. Lors de cette enquête on a demandé aux femmes si elles avaient été excisées, quel type d'excision elles avaient subi, et qui avait procédé à l'excision. Depuis lors ce questionnaire a évolué et a été appliqué lors des enquêtes dans plusieurs pays où l'excision est pratiquée.

1.2 But de cette étude

Cette étude résume les données recueillies sur l'excision dans les enquêtes EDS menées entre 1989 et 2002 qui comprenaient des questions sur l'excision et sa prévalence. Notre but est, premièrement, de rendre plus accessible l'information de base (notamment en précisant comment et à quel âge l'excision a lieu) et, deuxièmement, de favoriser des analyses plus approfondies des données EDS pour chaque pays où l'excision est pratiquée.

Ce rapport décrit la sorte de données pertinentes qui sont disponibles et les tendances actuelles dans l'évolution de la pratique. Il identifie les changements qui ont eu lieu et apporte des commentaires sur les questions utilisées dans les enquêtes de 1989 à 2002. À la fin de l'année 2002, un total de 20 enquêtes EDS avait été mené comprenant des questions sur l'excision dans 15 pays africains et au Yémen.

Examiner les données de 20 enquêtes menées sur une période de 14 ans permet de dégager des variables, de les re-classifier et de voir les tendances qui se dessinent à travers le temps. Il est important d'examiner les changements apportés aux questionnaires et de voir quelles questions fournissent l'information la plus utile. Notre étude cherche à souligner les tendances qui se dessinent à partir des données, illustre comment elles peuvent servir dans des projets d'intervention et propose une réflexion sur leur processus de collecte. Cette étude soulève aussi des questions par rapport à la pratique d'excision et les filles qui la subissent dans différents pays, questions qui trouveraient des réponses en analysant plus en profondeur les données spécifiques à chaque pays.

Cette analyse comparative se base en grande partie sur celle déjà effectuée par Dara Carr intitulée « Female Genital Cutting : Findings from the Demographic and Health Surveys Program » (1997). Dans son rapport, Carr résume les données se rapportant à l'excision qui s'avèrent très utiles à ceux qui désirent l'abolition de cette pra-

tique. Comme la première publication fournissant des informations sur la prévalence et la nature de l'excision tirées des enquêtes nationales, ce rapport reste une des sources les plus riches en information sur l'excision et son utilisation dans les programmes de prévention.

1.3 Sujets de réflexion

Les chercheurs qui étudient l'excision dans différents pays se préoccupent surtout de sa fréquence, des types d'excision, des conséquences médicales possibles et des indications montrant que la pratique est en train de changer. La littérature sur l'excision a été pendant longtemps dominée par des récits personnels d'événements tragiques, par des études en milieu restreint—comme un petit centre rural ou un village—et par les études de cas médicaux concernant des problèmes éprouvés par les femmes excisées qui accouchaient à l'hôpital. Ceci a changé dans les années 1990 avec des enquêtes démographiques et des études à l'échelle nationale portant sur les types d'excision pratiqués. Récemment, Toubia et Sharief (2003) ont noté une évolution dans les approches des agents de développement international. Si on se penchait principalement dans le passé sur les conséquences médicales de l'excision, on s'intéresse actuellement d'avantage à ses implications en matière de droits humains.

Nous avons des données sur la prévalence de l'excision dans 16 pays qui peuvent être classifiées en trois catégories selon les taux nationaux :

1. Des pays où presque toutes les filles sont excisées et où la prévalence est élevée (70 à 99 %)
2. Des pays où seulement certaines ethnies pratiquent l'excision et les taux sont modérés (23 à 50 %)
3. Des pays où quelques minorités pratiquent l'excision et où les taux sont bas (5 à 20 %)

L'information sur l'excision en tant qu'événement est importante dans la conceptualisation et la planification des campagnes contre la pratique.

Les données sur les changements de la pratique au fil du temps sont obtenues en comparant les expériences des mères et de leurs filles, en comparant l'excision parmi des groupes des plus jeunes et des plus âgées, ou encore en comparant des résultats de deux enquêtes (ce qui était possible en Côte d'Ivoire, en Égypte, en Érythrée et au Mali). Cette étude examine les données sur les taux de prévalence au niveaux national et régional, sur les types d'excision effectués, sur l'âge au moment de l'excision, et sur le type de praticienne (exciseuse) qui a procédé à l'excision.

L'information sur l'excision en tant qu'événement paraît cruciale pour comprendre comment la pratique se déroule et comment elle est répartie dans une population donnée. Cette information est importante dans la conceptualisation et la planification des campagnes contre la pratique. En ce qui concerne l'excision, les familles habitent trois sortes d'environnement social où : 1) la plupart font exciser leurs filles, 2) aucun ne fait exciser leurs filles, 3) certains font exciser leurs filles, tandis que d'autres ne le font pas. Cette dernière situation existe surtout dans les grands centres urbains et dans les régions de diversité ethnique. Il semble raisonnable d'élaborer des stratégies d'intervention différentes selon le nombre ; une situation où la grande majorité des filles sont excisées diffère de celle où seulement une petite minorité l'est. Des informations concernant le contexte de l'événement et l'identité de la personne qui fait l'excision sont aussi importantes pour la planification d'interventions. Par exemple, selon l'EDS 2000 en Égypte, plus de la moitié des interventions ont été faites par un

médecin ou une infirmière, tandis que dans les pays étudiés en Afrique de l'ouest et en Afrique du centre, de 80 à 90 % des excisions ont été faites par des praticiennes traditionnelles (exciseuses). De plus, les informations sur l'évolution de la pratique peuvent fournir des idées sur comment intervenir d'une façon efficace pour que la population abandonne la pratique.

Finalement, ce rapport traite des changements dans la façon de formuler les questions spécifiques se rapportant à l'excision dans les enquêtes entre 1989 et 2002. Il y a des différences dans la formulation des questions pour savoir si les femmes sont excisées et quel type d'excision elles ont subi, tout comme dans les questions se rapportant aux filles excisées ou pas et des questions se rapportant à la perception populaire de la pratique.

L'information contenue dans cette étude provient de données prélevées dans les rapports finaux EDS, d'analyses complémentaires effectuées au niveau de chaque pays, de contacts parmi des chercheurs dans le domaine de l'excision et de la littérature pertinente récente. Les données sont classifiées de façon à montrer des *patterns* à l'intérieur du pays et entre différents pays. Nous avons porté une attention particulière à la façon dont ces informations peuvent nourrir un projet d'intervention et à en déterminer ses priorités. Les dates fournies pour les enquêtes correspondent à celles de l'enquête sur le terrain.

La méthode statistique utilisée dans cette analyse des données EDS est bivariée. Des informations complémentaires pourraient être obtenues avec une analyse multi variée. Par exemple, il serait possible d'évaluer l'importance relative des variables telles que le milieu de résidence (urbain ou rural), la religion, et l'appartenance ethnique selon la prévalence et la répartition régionale de la pratique. De telles analyses pourraient aussi expliquer des anomalies dans certains tableaux.

Ce rapport est organisé autour des questions suivantes :

1. Quelles sont les préoccupations majeures des chercheurs étudiant l'excision ?
2. Comment le processus de collecte des données a t-il évolué ?
3. Que savons-nous de la prévalence d'excision dans différents pays et grandes régions?
4. Que pouvons-nous apprendre en examinant la répartition de la pratique à travers un pays ou une région ?
5. Quels sont les indices de changements dans la façon de faire l'excision que l'on peut découvrir dans les données disponibles?
6. Comment pouvons-nous utiliser les données sur les perceptions individuelles de la pratique pour mieux comprendre la situation ?

Le deuxième chapitre de ce rapport comparatif résume les études faites sur l'excision. Le troisième chapitre examine le développement du module EDS sur l'excision. Le quatrième chapitre présente et analyse les résultats des enquêtes. Le cinquième chapitre se concentre sur l'évolution de la pratique d'excision. La conclusion traite des implications des études sur l'excision et de la continuation des enquêtes EDS pour servir les organisations et les programmes qui cherchent à enrayer la pratique.

2

ÉTUDES SUR L'EXCISION

La littérature existante sur l'excision est composée, d'un côté, de biographies et de récits personnels qui racontent un événement tragique, et de l'autre, d'études médicales et de rapports d'enquêtes démographiques. Les militants qui cherchent à éliminer la pratique, ainsi que des chercheurs qui l'étudient, discutent depuis longtemps de la terminologie appropriée et des priorités de recherche et d'intervention.

La littérature existante sur l'excision est composée, d'un côté, de biographies et de récits personnels qui racontent un événement tragique, et de l'autre, d'études médicales et de rapports d'enquêtes démographiques.

De nombreuses publications qui résument cette littérature existent. Dans leur anthologie *Female « Circumcision » in Africa*, Shell-Duncan et Hernlund présentent une synthèse globale du discours qui entoure la pratique, en commençant par le rapport Hosken paru en 1979 (Shell-Duncan et Hernlund 2000). Cette publication comprend une discussion autour de la polémique suscitée par la pratique et sa politisation nationale et internationale. Les auteurs maintiennent que l'excision doit être abordée du point de vue interne des participants, aussi bien que du point de vue des observateurs externes. Elles constatent également que la pratique est en train de changer rapidement.

De son côté, Ellen Gruenbaum décrit la prévalence et les types d'excision et contribue au débat sur le fondement de la pratique (Gruenbaum 2001). Son œuvre est axée sur le Soudan, mais les résultats de sa recherche peuvent s'appliquer largement à d'autres régions où la pratique existe.

Une autre chercheuse, Carla Obermeyer, résume les résultats de 435 rapports publiés qui traitent de la prévalence et des conséquences médicales, sociales et psychologiques de l'excision (Obermeyer 1999). L'auteur souligne le fait que les ressources vouées aux études de l'excision sont généralement accordées aux projets qui cherchent à abolir la pratique et que les études qui démontrent les conséquences médicales néfastes manquent.

Notre revue succincte des études sur l'excision est centrée sur les questions suivantes :

- Dans quel pays et quelles grandes régions a lieu l'excision ?
- Comment est-elle pratiquée ?
- Quelles sont ses conséquences pour la santé de la femme ?
- Pourquoi la pratique continue t-elle ?

2.1 Estimations de la prévalence

Il importe d'avoir des chiffres sur les taux de fréquence de l'excision afin d'estimer l'étendu du phénomène et combien de femmes sont affectées. Une fois les taux de prévalence établis, nous pouvons évaluer combien de femmes sont impliquées en Afrique sub-saharienne. Ces pourcentages peuvent servir pour diffuser des informations sur le risque posé à la santé de la femme et la violation de ses droits humains.

Francis Hosken a fait la première tentative d'évaluer la prévalence au niveau national. *The Hosken Report* (1982) comprenait des données sur la prévalence nationale dans 28 pays. Cependant, ce rapport se base surtout sur des données anecdotiques. Publié en 1993, le rapport de Dr. Nahid Toubia, *Female Genital Mutilation : A Call for Global Action*, résume les données disponibles sur la prévalence. Lors de cette publication aucune enquête sur l'excision à l'échelle nationale n'avait été menée. En 1990 Macro avait publié un rapport démographique sur le Soudan qui recouvrait seulement les six provinces du nord du pays. La prévalence de l'excision citée dans ce rapport était de 89 %. Les enquêtes suivantes contenant des questions similaires ont été menées en 1994. La première analyse comparative publiée par Macro est apparue en 1997 (Carr 1997).

Les premières estimations de prévalence même si elles ont été effectuées de bonne foi étaient basées sur des données limitées. Ces estimations n'ont pas été souvent confirmées lors des enquêtes ; elles étaient soit trop élevées soit trop basses.

Il importe d'avoir des estimations justes des taux de fréquence de l'excision pour trois raisons : pour juger des conséquences néfastes sur la santé de la femme, pour la distribution des ressources et pour planifier des interventions. Or ces estimations sont souvent floues ou erronées et mènent à des conclusions erronées. Se basant sur les données provenant du rapport de Hosken, Nahid Toubia (1993) a cité un taux de 50 % pour le Nigeria. Ceci a conduit Ellen Gruenbaum à dire « Près d'un tiers des cas aurait lieu au Nigeria, non parce que la prévalence y est forte, mais à cause de sa population nombreuse. Selon Toubia, 30,6 millions des 114,3 millions de cas en Afrique auraient lieu dans ce pays. Or l'enquête nationale EDS en 1999 au Nigeria indique une prévalence de 25 % et non de 50 %.

Dans une publication de 2000, les auteurs déclarent que « se basant sur les estimations courantes, 18 pays africains ont des taux de prévalence de 50 % ou plus » (Rahman et Toubia 2000 : 7). Les EDS ont trouvé seulement huit pays dans lesquels la prévalence dépasse 50 %. Cependant, le module sur l'excision n'était pas appliqué en Somalie, au Djibouti, en Gambie ou en Sierra Léone. Le nombre total des pays où la pratique dépasse 50 % de la population adulte féminine est estimé à au moins 12.

Les premières estimations de prévalence—même si elles ont été effectuées de bonne foi—étaient basées sur des données limitées. Ces estimations n'ont pas été souvent confirmées lors des enquêtes ; elles étaient soit trop élevées soit trop basses. Plusieurs documents suggèrent que plus de deux millions de filles par an risquent d'être excisées, la plupart en Afrique sub-saharienne. À la fin de 2003, EDS avait recueilli des données sur la prévalence de l'excision dans 17 des 28 pays cités dans le texte de Toubia. Trois pays des onze restants (la Gambie, la Guinée-Bissau et le Djibouti) ont de petites populations. À partir des enquêtes nationales, les chiffres indiquant le nombre de sujets féminins à risque dans les pays africains est actuellement calculable selon les taux de naissances annuels et la prévalence d'excision dans ces pays.

2.2 Types d'excision

Savoir exactement la nature de l'intervention que la fille a subie lors de l'excision est important dans l'évaluation des conséquences médicales à court et à long terme, conséquences qui s'étendent de la détresse psychologique à la mort. Il importe de mettre en relation la fréquence des conséquences médicales et la gravité de l'opération, ainsi que le contexte de l'excision (Obermeyer 1999). Les deux extrêmes de l'excision sont : 1) une légère incision (pincement et blessure) du clitoris pour tirer quelques gouttes de sang qui laisse peu de traces et ne nuit pas à la santé de la femme ; 2) l'infibulation qui implique l'ablation du clitoris et les lèvres génitales avec des sutures qui ferment la zone vaginale, opération qui engendre souvent des infec-

tions, met en danger la vie de la jeune fille, et peut laisser de grosses cicatrices qui entrave ses accouchements. Entre ces deux extrêmes, il existe une gamme de pratiques qui sont faciles à décrire mais difficile à identifier pour le sujet excisé.

Après les recommandations de Toubia, l'OMS a adopté la classification suivante de quatre types d'excision :

- L'ablation totale ou partielle du clitoris (clitoridectomie)
- L'ablation totale du clitoris et l'ablation totale ou partielle des labia minora (excision)
- L'ablation totale du clitoris et l'ablation totale ou partielle des labia minora et des labia majora avec une fermeture partielle de l'ouverture vaginale (infibulation)
- Toute autre variation

Savoir exactement la nature de l'intervention que la fille a subie lors de l'excision est important dans l'évaluation des conséquences médicales à court et à long terme.

Les enquêtes auprès des populations et des examens médicaux ont permis de recueillir des données systématiques sur la sorte d'excision que les femmes ont subie. Lors des premières enquêtes rapportant des données sur l'excision, on a posé des questions aux femmes pour savoir ce qu'elles ont subi et leurs réponses ont été enregistrées par les enquêteuses selon des catégories pré codées. Dans le contexte clinique, le médecin demandait parfois à la femme si elle avait été coupée en plus de faire l'examen gynécologique pour déterminer quel type d'excision elle avait subie. Les enquêtes ont l'avantage de fournir de l'information sur un grand nombre de femmes, mais les données ne sont pas toujours précises. Les examens cliniques sont plus précis mais ne recouvrent qu'un petit nombre de femmes.

Quelques études sur les types d'excision ont été menées par des chercheurs médicaux. L'EDS en Égypte en 1995 comprenait un volet clinique afin de comparer les réponses des femmes avec les résultats de l'examen physique. Cette étude était menée dans cinq hôpitaux universitaires, plusieurs hôpitaux ruraux et une clinique urbaine. Les femmes qui fréquentaient le centre de planification familiale ou qui venaient pour des visites gynécologiques ont été interviewées avant d'être examinées par des gynécologues formés pour reconnaître les différentes sortes d'excision. Cette étude comprenait 1 339 femmes âgées de 15 à 49 ans. Dans 94 % des cas, les réponses des femmes correspondaient au constat du médecin. Dans 5 % des cas, les femmes disaient avoir été excisées, mais la preuve physique n'était pas visible. Cette étude n'a pas précisé les sortes d'excision observées.

En 1999 R.C. Snow et ses collègues ont mené une étude sur la santé reproductive des femmes âgées de 15 à 49 ans qui fréquentaient des cliniques prénatales ou des centres de planification familiale des trois hôpitaux dans l'état d'Edo au Nigeria. Des infirmières et des sages-femmes ont posé des questions aux patientes à propos de leur statut social et démographique, de leur histoire reproductive, et de leur expérience d'excision. Les entrevues ont été suivies d'un examen gynécologique au cours duquel on notait le type d'excision observé chez les femmes qui avaient été excisées (Snow et al. 2002). Cet article affirme que sur un échantillon de 1 709 femmes dans les villes de Benin et d'Irrua, 46 % (N=789) avaient subi une forme d'excision. Selon l'examen physique, 34 % avait subi la clitoridectomie, 12 % l'excision, et 1 % l'infibulation. Une comparaison entre les données recueillies verbalement et les examens cliniques indiquent que 79 % des femmes ont donné des informations exactes concernant leur exci-

sion, que 14 % se sont dites incertaines, et que 7 % ont fourni des informations qui ne correspondaient pas au constat clinique. Parmi le 14 % qui se disait incertaines (proportion qui était bien plus forte que supposée à priori), 85 % n'avaient pas été coupées.

De leur côté, Linda Morison et ses collègues ont mené une enquête communautaire en 1999 parmi les femmes de 15-49 ans dans des villages de Gambie pour « estimer la prévalence de la morbidité reproductive basée sur des rapports des femmes, des examens gynécologiques et l'analyse de spécimens en laboratoire » (Morison et al. 2001 : 643). Un total de 1 346 femmes ont été interviewées, avec 1 157 ayant consenti à un examen gynécologique. Cinquante-huit pour cent des femmes interviewées (58 % ou 789 sur 1 346) à partir d'un questionnaire structuré ont déclaré avoir été coupées. Trois de celles-ci ont déclaré avoir été « scellées » (infibulation). L'examen clinique a montré que 58 % des femmes examinées (779 sur 1 346) portaient des signes d'excision.

L'étude de Morison et al. raconte que les récits des femmes correspondaient à la preuve clinique dans 97 % des cas. Vingt et une femmes ont dit avoir été excisées alors que l'examen physique démontrait le contraire. Dix femmes ont déclaré avoir subies l'ablation totale du clitoris et des petites lèvres, mais l'examen a indiqué qu'elles avaient aussi subi l'infibulation. Sept femmes ont déclaré ne pas avoir été coupées, alors que l'examen indiquait le contraire. Ainsi dans 38 sur 1157 cas, ou 3 % des cas, les récits des femmes différaient des résultats des examens cliniques.

Les résultats des études citées indiquent que les déclarations des femmes enquêtées sont généralement fiables et justifient largement la continuation d'enquêtes démographiques pour calculer la prévalence de l'excision. Des études qui comprennent un volet clinique avec des entrevues fournissent une plus grande richesse de données et éclaircissent mieux la façon selon laquelle l'excision est pratiquée.

2.3 Les conséquences pour la santé de la femme

Les études et les publications dans la littérature scientifique, ethnographique et populaire démontrent toutes un souci pour la santé de la femme après l'excision. On peut constater des conséquences sur la santé et des problèmes d'ordre médical possibles dans tous les cas d'excision, mais les risques varient radicalement selon le type d'excision. Jusqu'au milieu des années 1990, les effets sur la santé de la femme étaient cités comme la raison principale pour abolir la pratique.

Si beaucoup de récits relatant des effets souvent désastreux de la pratique existent, peu d'études évaluant l'étendu du problème ou son impact global sur de grandes populations sont disponibles. En fait, mesurer l'impact global sur la santé de la femme s'avère un défi. En appliquant les critères épidémiologiques, Carla Obermeyer a trouvé que l'évaluation de la gravité de l'excision selon le type pratiqué est problématique (Obermeyer 2002). La mesure des conséquences médicales de l'excision est souvent biaisée par les faits suivants : on demande aux femmes de se rappeler un événement qui a eu lieu bien des années avant ; les chercheurs tendent à voir des conséquences néfastes chez les femmes qui ont subi l'excision plutôt que les incidences dans la population générale. Il n'est pas facile d'identifier et d'isoler les conséquences de la pratique en elle-même.

L'OMS a établi une liste de conséquences possibles, les divisant en trois catégories : les conséquences médicales à court terme, celles à long terme et les conséquences d'ordre social, mental ou sexuel (OMS 1996). Les effets à court terme compren-

nent la douleur, l'hémorragie, la rétention urinaire, le choc et les infections. Les effets à long terme comprennent les cicatrices chéloïdes, des infections du bassin, l'infertilité, des difficultés lors des menstruations et des problèmes lors des grossesses et des accouchements. Bien d'autres problèmes sont cités dans la littérature. Les chercheurs ont largement démontré les conséquences néfastes possibles. Il est plus difficile de démontrer combien ces effets sont directement attribuables à l'excision et d'évaluer l'impact global sur la santé de la femme. Comment évaluer ces risques ?

Les données sur les complications médicales dues à l'excision peuvent être obtenues à partir des études de cas qui comparent les effets parmi les femmes ayant subi l'opération ou non à travers leurs récits recueillis dans les enquêtes démographiques et lors des examens physiques. Peu d'études de cas contrôlés existent jusqu'à maintenant. Celle conduite en Gambie par Linda Morison et al. mentionnée plus haut en est un exemple. Les entrevues (N = 1 346) et les examens (N = 1 157) ont révélé que 58 % des femmes étaient excisées. Celles qui avaient subi une forme d'excision avaient une prévalence d'infections vaginales sensiblement plus élevée (odds ratio = 1,66) et une prévalence du virus herpes plus élevée (odds ratio = 4,7). L'étude n'a pas démontré que le taux de prévalence d'autres problèmes cités comme causés par l'excision (des formations chéloïdes, des dégâts au périnée, des rapports sexuels douloureux, l'infertilité, la chute des organes, d'autres infections des voies reproductives, des accouchements entravés) était plus élevé chez les excisées que chez les non excisées.

En 1998 Heidi Jones et ses collègues ont mené une étude sur les conséquences médicales de l'excision au Mali et au Burkina Faso, mais celle-ci n'était pas une étude de cas contrôlés (Jones et al. 1999). Les chercheurs ont interviewé des femmes qui fréquentaient des cliniques pour des services gynécologiques et prénataux ou de planification familiale en demandant ensuite aux femmes de subir un examen gynécologique. Les observateurs étaient formés pour noter si les femmes avaient été excisées, le type d'excision subi et toute preuve de complications médicales. Cependant, les observateurs n'ont pas noté si les femmes non excisées éprouvaient des problèmes semblables. Cette étude a démontré que 5 % de l'échantillon du Mali et 14 % de celui du Burkina Faso manifestaient des symptômes pathologiques qui pourraient être, directement ou indirectement, attribués à l'excision. La complication la plus courante s'est révélée être des cicatrices (3/4 des cas). L'étude a aussi déterminé que plus l'incision/l'ablation est sévère, plus grand est le risque d'avoir des complications de santé.

Une étude menée en 1998 a déterminé que plus l'incision/l'ablation est sévère, plus grand est le risque d'avoir des complications de santé.

L'étude menée dans l'état d'Edo au Nigeria citée plus haut a également démontré un rapport entre le fait d'être excisée et certains problèmes lors de l'accouchement. Se basant sur les récits des femmes, les auteurs ont trouvé que celles qui avaient subi l'excision encouraient des risques plus élevés de déchirure et d'enfants morts à la naissance que les non excisées. Cependant, il ne semble pas que la durée du travail soit plus longue, ni qu'il y ait plus d'épisiotomies ou de césariennes (Larsen et Okonofua 2002).

Dans une première publication, Carla Obermeyer note que seulement 30 % des 435 études publiées avant 1996 traitaient des effets néfastes de l'excision et que seulement huit de ces 30 études étaient conçues de façon à faire des généralisations d'ordre démographique (Obermeyer 1999). Dans ces huit études, les complications à court terme citées (telles que le choc, l'hémorragie, l'infection, les cicatrices) étaient de 0 à 15 % selon les récits des femmes interviewées. Dans une deuxième publication, Obermeyer rapporte que l'infibulation, parmi tous les types d'excision, provoque le plus grand nombre de complications médicales (Obermeyer 2003).

Les données EDS qui proviennent des réponses directes des femmes n'existent que pour un nombre limité de pays et de régions. Les enquêtes posaient des questions sur l'expérience des femmes dans seulement trois cas : Érythrée 1995 et 2002, et Egypte 1995. En Érythrée (2002), on a demandé aux femmes si elles avaient éprouvé des douleurs lors des rapports sexuels ou lors de l'accouchement qui pourraient être attribuées à l'excision. Les réponses indiquent clairement que les femmes infibulées court un plus grand risque de conséquences pour la santé. Parmi les femmes interviewées, plus de celles ayant subi l'infibulation ont déclaré avoir des problèmes lors des rapports sexuels (15 %) et lors de l'accouchement (22 %) que celles ayant subi une forme d'excision moins sévère (dont 1 % rapportait des douleurs attribuables à l'excision lors des rapports sexuels et 3 % lors de l'accouchement).

On a posé des questions sur les conséquences pour la santé aux mères ayant au moins une fille excisée dans six enquêtes nationales EDS : Yémen 1997, Egypte 1995, Bénin 2001, Guinée 1999, Mali 2001, Mauritanie 2000-1. Au Yémen et en Egypte on a demandé si l'excision de leurs filles provoquait des problèmes et, si oui, de quelle nature ils étaient. Onze pour cent au Yémen et 5 % en Egypte ont répondu que leurs filles avaient des complications.

Un certain nombre de mères enquêtées ont rapporté des conséquences suite à l'excision de leurs filles : 21 % au Bénin, 22 % au Mali, 41 % en Guinée, 53 % en Mauritanie.

La même question a été posée dans quatre pays ouest africains. On a demandé aux mères ayant au moins une fille excisée si celle-ci avait éprouvé un ou plusieurs des effets suivants : 1) saignements excessifs, 2) difficulté à uriner, 3) gonflement des organes génitaux, 4) des plaies qui mettaient longtemps à se fermer, la cicatrisation longue ou incomplète. Un certain nombre d'entre elles ont rapporté des conséquences suite à l'excision de leurs filles : 21 % au Bénin, 22 % au Mali, 41 % en Guinée, 53 % en Mauritanie. Des saignements excessifs et des difficultés d'uriner étaient les problèmes le plus souvent cités.

Ces données nous permettent d'estimer la proportion des filles ayant souffert de conséquences pour leur santé suite à l'excision, mais non de juger de la gravité de ces conséquences au niveau médical. Les questions sont floues : par exemple, qu'est-ce qui constitue un « saignement excessif » pour la femme enquêtée parlant de sa propre expérience ou de celle de sa fille? Des analyses plus approfondies des réponses aux questions se rapportant au type d'excision faite, qui a procédé à l'excision, quel instrument a été utilisé, et même l'âge qu'avait la fille lors de l'opération pourraient indiquer un rapport entre la pratique et ses conséquences. Malgré le fait que ces questions pourraient mener à surestimer les conséquences, ceci ne diminue pas la gravité d'une pratique qui met en danger la santé de tant de filles.

2.4 Continuation de la pratique

Les chercheurs, les militants et les observateurs se sont souvent demandés pourquoi la pratique de l'excision continue. Il est difficile pour les observateurs étrangers de comprendre pourquoi des familles adhèrent à une pratique qui fait souffrir les filles et risque de nuire à leur santé. Il faut orienter la question selon la société où l'excision est pratiquée : pourquoi est-ce que des gens dans la société X pratiquent l'excision ? Comprendre les raisons de l'intérieur peut permettre de mieux identifier les moyens de combattre la pratique.

Dans son livre, *The Female Circumcision Controversy*, Ellen Gruenbaum fournit un survol des problèmes qui émergent de l'étude de l'excision dans des sociétés spécifiques. Elle écrit à partir de la perspective d'une anthropologue ayant mené des études

sur le terrain, principalement au Soudan. Ses commentaires sur les raisons de la continuation de la pratique (Gruenbaum 2001 : 33) sont souvent cités :

> Il n'y a pas de réponse facile à cette question. Différentes personnes proposent différentes et multiples raisons. La circoncision des filles est pratiquée par des peuples d'ethnies diverses et de religion différente, comprenant des musulmans, des chrétiens et des juifs, ainsi que par ceux qui pratiquent des religions traditionnelles africaines. Pour certains, elle constitue un rite de passage. Pour d'autres non. Certains la considèrent comme esthétique. D'autres la relient à des valeurs morales et sexuelles.

Comme la citation l'indique, l'excision est pratiquée pour de nombreuses raisons. Dans certaines sociétés ethniques de l'est et de l'ouest de l'Afrique (par exemple chez les Coniagui, Kuranko, Kono, Mandingue, Kikuyu, Okiek), la circoncision fait partie des rites de socialisation de l'adolescente et la prépare au mariage. Dans d'autres sociétés (en Érythrée, en Éthiopie, au Yémen) l'excision a lieu pendant les premiers mois de la vie du bébé, sans grande cérémonie. De surcroît, les raisons données dans n'importe quelle société diffèrent selon l'interlocuteur. Le chef de famille ou la mère peut donner une raison, tandis qu'un meneur religieux, un poète, un philosophe ou un sociologue peut invoquer d'autres raisons.

En cherchant à comprendre pourquoi une société donnée continue à pratiquer l'excision, le chercheur doit aussi réfléchir à qui il pose les questions et avoir conscience que les explications fournies sont déterminées par le milieu de la recherche. Est-ce que le contexte est celui des sociétés, des familles, des individus ? La plupart des discussions centrées sur la pratique sont basées sur des entrevues d'individus ou des groupes de discussion dirigée qui demandent aux gens d'expliquer pourquoi ils pratiquent l'excision. La question est abstraite et implique une réponse pour tous les membres de la société. Ainsi, les réponses sont aussi abstraites—ressassant ce qui est vu comme la norme ou disant que c'est pour des raisons de « tradition, religion, culture, volonté des ancêtres »—et éclairent très peu sur les raisons réelles des décisions prises.

Au niveau de la famille ou du lignage, la question de savoir si les filles seront excisées ou non relève de l'autorité des femmes les plus âgées et dominantes. Comme Ellen Gruenbaum (2001) et Molly Melching (2003) le signalent, ce sont le plus souvent les mères qui organisent l'excision de leurs filles, car ceci est considéré comme la façon de bien élever sa fille et d'être une mère responsable. Dans les discussions en petits groupes parmi des femmes du centre de la Guinée, la présence de l'excision dans le Coran est ressortie. Celles qui affirmaient que leur religion exige l'excision disaient que les prescriptions du Coran stipulent les obligations suivantes : « les éduquer, les circoncire, leur trouver un mari » (Yoder et al. 1999). Dans les ethnies où la quasi-totalité fait exciser leurs filles, ce n'est pas un problème à débattre en terme de « Est-ce que je le fais ou non ? ». Ce n'est qu'une question de savoir comment et quand ça se fait.

Au niveau de la famille ou du lignage, la question de savoir si les filles seront excisées ou non relève de l'autorité des femmes les plus âgées et dominantes.

Ylva Hernlund, qui a soumis une thèse de doctorat en 2003 sur la pratique en Gambie, traite de telles décisions dans un de ses chapitres « Contingency and context : the dynamics and dilemma of decision making ». Le titre se réfère aux circonstances atténuantes et au contexte de la décision de faire exciser sa fille. Hernlund dit « Je crois qu'il existe une gamme de réalités différentes pour celles qui pratiquent l'excision, qui s'étend d'un fort soutien à une forte opposition, mais, à travers le temps

des glissements ont lieu, dus à des individus ou même à des communautés entières » (Hernlund 2003 : 209). L'auteur fournit des récits de mères qui voulaient que leurs filles soient excisées, des récits de celles qui ne le voulaient pas, mais qui ne pouvaient pas l'empêcher, et de celles qui ont réussi à l'empêcher. Hernlund note aussi que les campagnes contre la pratique en Gambie ouvraient le débat pour la première fois, là où la pratique était auparavant routinière.

Des récits de mère qui réfléchit sur la question de savoir si oui ou non sa fille doit être excisée ou de la fille ou femme qui décide d'elle-même d'entreprendre l'excision sont très rares, mais quelques-uns sont relatés (voir Leonard 2000). La raison donnée dans ces cas est liée au statut social. Hernlund (2003) rapporte que les filles dans la région de Bakau en Gambie craignaient que leurs paires se moquent d'elles si elles n'étaient pas circoncises. Les données recueillies dans plusieurs pays démontrent que dans les contextes sociaux où un pouvoir politique dominant pratique systématiquement l'excision, les sous-groupes tendent à en faire de même.

Dans les pays où plusieurs ethnies pratiquent l'excision, tandis que d'autres ne le font pas—comme c'est souvent le cas en Afrique de l'est et de l'ouest—les contextes urbains ou ruraux influent sur le profil de la pratique. La diversité ethnique en milieu urbain fait que les familles qui pratiquent l'excision côtoient les familles qui ne le font pas. Il y a parfois des mariages entre les membres des deux groupes (Hernlund 2003). On peut s'attendre à ce que les groupes urbains aient plus de choix, mais ce phénomène n'a pas encore été démontré au niveau des familles. Au niveau régional et national, les données d'enquêtes EDS démontrent effectivement un contraste entre les milieux urbains et ruraux. Comme nous le verrons plus tard, dans la plupart des pays les taux de prévalence sont plus bas dans les milieux urbains.

2.5 Priorités de recherche

La documentation en anglais sur les pratiques d'excision a augmenté considérablement dans les dernières années lors de la publication d'articles et de livres sur le sujet. La diffusion des rapports de pays EDS et des données d'autres organismes ont augmenté les sources d'informations disponibles sur les taux de prévalence et la répartition de la pratique. Plusieurs rapports de projets intervenants contre la pratique par les institutions gouvernementales et des organisations non gouvernementales (ONG) ont été publiés. L'OMS est en train de mener une étude dans plusieurs sites traitant des conséquences médicales de l'excision.

Il est important que les chercheurs fournissent l'information sur la façon dont l'excision est pratiquée afin de concevoir des programmes d'intervention appropriés et efficaces.

Il est important que les chercheurs fournissent l'information sur la façon dont l'excision est pratiquée afin de concevoir des programmes d'intervention appropriés et efficaces. Il faut comprendre qui mène les discussions sur comment et quand a lieu l'excision et qui effectue l'opération. Dans leur traitement des stratégies contre la pratique, Toubia et Sharief (2003 : 255) ont fait le commentaire suivant :

> À cause du manque de compréhension des motivations de ceux qui cherchent à protéger et promouvoir la pratique et de ceux qui risquent de profiter des bénéfices éventuels d'un changement, les aboutissements de l'investissement vont souvent à l'encontre des intentions des concepteurs de projets contre la pratique et de celles des donateurs.

La plupart des filles qui subissent l'excision se trouvent dans deux contextes sociaux :

1. Dans les clans ou les ethnies qui la pratiquent régulièrement
2. Dans le contexte urbain (et plus rarement rural) où certaines familles la pratiquent et d'autres pas.

Dans les contextes où la pratique est routinière, la stratégie de recherche devrait s'axer sur la processus de décision, à savoir quand et comment l'excision a lieu et qui y participe, afin que l'on identifie les façons les plus efficaces pour intervenir. Dans les cas ou les familles et les individus qui entretiennent la pratique interagissent avec ceux qui ne le font pas, il faut rechercher comment les décisions d'exciser ou non sont prises dans les familles et les groupes ethniques afin de soutenir ceux et celles qui s'y opposent. Une meilleure compréhension de la façon dont la décision est prise dans les deux contextes fournirait des informations utiles pour les programmes qui cherchent à faire abandonner la pratique.

3

DÉVELOPPEMENT DES QUESTIONNAIRES EDS CONCERNANT L'EXCISION

CCe chapitre décrit l'évolution des questionnaires EDS se rapportant à l'excision, partant de la première enquête au nord du Soudan (1989-90) jusqu'au module 2002 (compris dans l'Annexe). Les questions concernant le type d'excision pratiquée et les perceptions et opinions des individus sont celles qui ont le plus changé. Après une présentation des premières enquêtes, ce chapitre traite en détail des leçons apprises à propos des avantages à poser de différentes façons les questions sur le type d'excision, sur quelle fille dans la famille a été excisée et sur les perceptions individuelles de la pratique. Comprendre l'ordre séquentiel des questions utilisées dans chaque pays peut aussi apporter un nouvel éclairage sur la comparaison des données recueillies lors de différentes enquêtes.

Les enquêtes EDS dans certains pays incluaient des questions sur l'excision à partir de l'année 1989.

EDS a posé des questions sur l'excision dans certains pays à partir de l'année 1989. Les questions posées variaient au fil des années pour répondre aux soucis et aux besoins des agents du Ministère de la Santé des pays concernés et à ceux des missions USAID, ainsi qu'à ceux du bureau central d'USAID et d'autres donateurs ou d'ONGs. Les discussions avec ces parties intéressées et l'expérience sur le terrain ont permis le développement d'un module sur l'excision standard, avec des questions spécifiques suggérées selon le pays où la pratique a lieu.

3.1 Premières enquêtes qui abordaient le sujet de l'excision

La première enquête EDS qui a posé des questions sur l'excision est celle menée au nord du Soudan en 1989-90. La section concernant l'excision a commencé avec trois questions pour les femmes :

- Avez-vous été excisée ?
- Quel type d'excision avez-vous subi ?
- Qui a procédé à votre excision ?

Ensuite on a demandé aux mères si toutes leurs filles étaient excisées et, si non, est-ce qu'elles avaient l'intention de les faire exciser. Neuf questions sur les opinions des femmes vis-à-vis de la pratique suivaient. (Dans l'enquête menée au Yémen en 1991-92, trois questions sur l'excision étaient posées, mais on n'a pas demandé pas aux femmes si elles avaient été excisées. Donc cette première enquête au Yémen ne figure pas dans cette présentation des données).

Les enquêtes suivantes qui posaient des questions sur la pratique et l'expérience de l'excision ont eu lieu en Côte d'Ivoire et en République Centrafricaine (RCA) en 1994. L'enquête en Côte d'Ivoire ne posait que trois questions : « Avez-vous été excisée ? À quel âge ? Qui a fait l'excision ?». L'enquête en RCA comprenait sept questions dont les quatre suivantes :

- Êtes-vous excisée ?
- (Si oui) À quel âge avez-vous été excisée ?
- Avez-vous eu des problèmes après l'excision ?
- De quelle nature étaient ces problèmes ?

Les questions posées concernant les opinions des femmes sur l'excision lors de cette enquête étaient :

- Approuvez-vous ou non de l'excision des femmes ?
- Pourquoi ?
- Quelle est votre raison principale ?

Depuis ces deux enquêtes en 1994 le nombre de questions sur l'excision dans les EDS a augmenté et elles ont été uniformisées. Celles-ci se regroupent en trois catégories :

- La condition d'excisée (si oui ou non le sujet interrogé ou une de ses filles a été excisé)
- Le contexte de l'événement pour la mère et la fille (c'est-à-dire, l'âge lors de l'intervention, le type d'excision, la personne qui a procédé à l'excision)
- Les perceptions de la pratique (soutien, avantages, inconvénients, conséquences pour la santé, les raisons sous-tendant la continuation de la pratique)

Dans la majorité des enquêtes menées après 1996, la question de savoir si oui ou non la femme avait entendu parlé de l'excision a été posée en premier, avant de demander aux femmes si elles avaient été excisées. Généralement, cette première question agit comme un filtre : si la femme déclare ne rien connaître de la pratique, on ne pose plus de questions sur l'excision. Cette approche a été utilisée dans un peu plus de la moitié des enquêtes (11 sur 20). Dans deux autres enquêtes (Kenya 1998 et Tanzanie 1996), on a posé la question à savoir si les femmes « dans cette région » ou « dans cette communauté » étaient excisées, mais la question n'a pas servi de filtre. Dans les sept autres enquêtes, la séquence des questions commençait avec celle pour déterminer si oui ou non la femme avait été excisée.

3.2 Enquêtes des années 1994 à 2002

La plupart des enquêtes menées entre 1994 et 2002 abordant l'excision posait des questions sur l'excision de la femme et d'une de ses filles, ainsi que des questions concernant les perceptions individuelles de la pratique.

La plupart des enquêtes menées entre 1994 et 2002 abordant l'excision posaient des questions sur l'excision de la femme et d'une de ses filles, ainsi que des questions concernant les perceptions individuelles de la pratique. Quoi que les questions initiales restaient à peu près les mêmes, il y a des variations majeures dans la formulation des questions posées sur les types d'intervention, dans la façon d'identifier la fille de la famille qui aurait été excisée ou non et dans les questions se rapportant aux opinions sur la pratique.

Dans les sections qui suivent, nous examinons les différentes façons de formuler les questions dans le module sur l'excision, ainsi que la façon dont les réponses peuvent

servir pour raffiner les questions. En général, on pose trois questions à propos de l'expérience de l'excision : « Quel âge aviez-vous ? Qu'est-ce qu'on vous a fait (type d'excision) ? Qui (quel type de praticienne) a fait l'excision ? ». Les questions sur les effets sur la santé et la perception de la pratique ont variées considérablement, fait qui sera analysé par la suite.

3.3 Détermination de qui a été excisée ou pas

Le tableau 3.1 montre les sujets principaux figurant dans les 20 enquêtes concernant l'excision entre 1990 et 2002. Ce tableau ne comprend pas une colonne indiquant si oui ou non la femme avait été excisée, étant donné que cette question a été posée d'office dans les régions où l'excision a lieu. Cette question figuraient dans les 20 enquêtes avec des variations dans la formulation telles que :

- Êtes-vous excisée (ou circoncise) ?
- Est-ce que vous avez été excisée ?
- Est-ce que vous avez subi la coupure de vos organes génitaux (externes) ?

Il faut supposer que les trois formulations de la question de base sont équivalentes et qu'elles impliquent une réponse de « oui » ou « non ». Il n'existe pas de code pour indiquer les réponses de celles qui ne sont pas certaines d'être excisée ou pas. Les taux de prévalence dans les populations enquêtées sont calculés suivant les réponses à cette question de base.

Tableau 3.1
Sujets relatifs à l'excision traités dans les enquêtes d'EDS 1989-2002

Enquête	A entendu parler de l'excision	Excision chez les femmes	Excision chez les filles des femmes enquêtées	Soutien à l'excision	Pourquoi continuer l'excision	Avantages de l'excision	Exigée par la religion	Problèmes de santé
Soudan (nord) 1989-90				X	X			
Côte d'Ivoire 1994		X						
RCA 1994-95				X	X			X
Égypte 1995	X	X	X	X	X		X	X
Érythrée 1995		X	X	X	X			X
Mali 1995-96		X	X	X	X			
Tanzanie 1996		X	X					
Yémen 1997	X	X	X	X	X			X
Niger 1998	X	X	X	X	X			
Kenya 1998		X	X	X	X			
Côte d'Ivoire 1998-99	X	X	X	X	X			
Burkina Faso 1998-99	X	X	X	X	X			
Nigeria 1999		X	X	X	X			
Guinée 1999	X	X	X	X		X	X	X
Égypte 2000	X		X	X		X	X	
Éthiopie 2000	X	X	X	X				
Bénin 2001	X	X	X	X		X	X	X
Mali 2001	X	X	X	X		X	X	X
Mauritanie 2000-01	X	X	X	X		X	X	X
Érythrée 2002	X	X	X	X		X	X	X

Il peut s'avérer utile d'inclure un code qui permet de tenir compte des femmes qui ne sont pas sûres d'avoir subi une excision. Les données recueillies au Nigeria et au Ghana laissent croire que les femmes ne savent pas toujours si elles ont été excisées. Deux études menées dans les hôpitaux au Nigeria ont montré que 20 à 35 % des femmes ont répondu à cette question en disant « je ne le sais pas » (Adinma 1997, Snow et al. 2002). Il se peut que beaucoup de ces femmes n'aient jamais entendu parler de la pratique. L'équipe de recherche Navrongo dans le nord du Ghana a mené des enquêtes avec des grands échantillons dans le district de Kassena-Nankana en 1995 et en 2000 qui comprenaient des questions sur l'excision. Ils ont noté que parmi les 2 391 femmes qui ont participé aux deux enquêtes et à qui on a posé la question « Êtes-vous excisée ? » 15 % ont répondu de façon différente la deuxième fois (Jackson et al. 2003). Même si ces résultats indiquent que certaines femmes ne comprennent pas le terme ou ne sont pas sûres, la proportion de celles-ci reste minime.

Il peut s'avérer utile d'inclure un code qui permet de tenir compte des femmes qui ne sont pas sûres d'avoir subi une excision.

Les deuxième et troisième colonnes du tableau 3.1 font référence aux questions concernant l'événement spécifique de l'excision pour la femme interviewée et l'une de ses filles, sujets qui sont traités en détail dans les sections 4 et 5 de ce chapitre. La quatrième colonne, « Soutien à l'excision », se réfère à la question « Est-ce que vous pensez qu'il faut continuer la pratique d'excision ou la cesser ? ». Avant 1999, on demandait aussi pourquoi les enquêtées pensaient qu'il fallait continuer ou abandonner la pratique. La sixième colonne, « Avantages de l'excision », fait référence à deux questions concernant les avantages et les inconvénients d'être excisée. La septième colonne se rapporte à la question de la religion et si elle exige la pratique ou non. La dernière colonne « Problèmes de santé » fait référence à toute question concernant les problèmes de santé ou des complications médicales dont les femmes ou leurs filles auraient soufferts à cause de l'excision.

3.4 Récits des femmes enquêtées sur leur excision

Dans la plupart des enquêtes EDS, on pose des questions sur les circonstances de l'événement de l'excision aux femmes excisées. Trois aspects sont abordés : l'âge du sujet lors de l'excision, ce qu'on lui a fait, qui a procédé à l'opération. De telles informations sont importantes pour juger de l'étendu et de la nature de l'excision qui a eu lieu. Les deuxième et troisième colonnes du tableau 3.1 font référence aux questions concernant ces trois aspects.

Dans l'enquête Égypte 2000 on n'a pas posé de questions sur l'expérience de la femme enquêtée, mais on a posé des questions détaillées sur l'excision d'une de ses filles. Lors de l'enquête en Côte d'Ivoire 1994, on a seulement posé la question de l'âge qu'avait le sujet lors de l'intervention, mais dans la plupart des autres enquêtes on a aussi posé la question sur qui a fait l'excision et ce qui a été fait à la femme.

Savoir l'âge de la fille lors de l'excision éclaire le contexte de l'événement.

Il est essentiel de connaître l'âge précis du sujet au moment de l'excision, car ceci donne des indices sur la nature de l'événement. On ne peut pas comparer l'excision d'un bébé de deux semaines qui a lieu à la maison en Érythrée avec l'expérience d'une fille de 15 ans dans le nord de la Guinée qui est excisée avec un groupe de ses paires lors de rituels d'initiation à l'état d'adulte et de préparation pour le mariage. Les deux événements diffèrent radicalement en ce qui concerne la participation individuelle, la signification sociale et les rapports entre les personnes impliquées.

3.4.1 Façons d'aborder la question du type d'excision

Il importe de savoir exactement quel type d'excision la fille a subi afin de juger des conséquences éventuelles pour sa santé à court et à long terme. Celles-ci s'étendent de la détresse psychologique à la mort. S'il est logique de supposer que la fréquence et la gravité des conséquences sont en rapport avec la gravité de la coupure et les conditions de l'opération, il existe peu de données fiables reliant ces éléments. Cependant, les données montrent clairement que plus sévère est l'excision, plus grand est le risque de complications médicales (Obermeyer 1999).

La recherche démographique sur l'excision pose deux sortes de problèmes : celui du témoignage des femmes par rapport à un événement passé et celui des équivalences linguistiques. En ce qui concerne le témoignage, il est difficile pour les enquêtées de se rappeler des circonstances de leur excision qui a pu avoir lieu plus de vingt ans plus tôt. Certaines femmes peuvent ne pas savoir du tout ce qu'elles ont subi (voir Snow et al. 2002), tandis que d'autres peuvent l'avoir oublié. En ce qui concerne la linguistique, chaque société utilise sa propre langue et sa propre classification de l'excision, classification qui ne correspond pas forcément à celle définie par l'OMS. Il n'est pas facile de trouver des correspondances adéquates entre les définitions locales et celles de l'OMS.

La plupart des enquêtes EDS avant 2000 ont utilisé les directives de l'OMS sur les trois formulations principales de l'excision : la clitoridectomie, l'excision, l'infibulation. La majorité des questionnaires sur l'excision comprenaient des questions sur l'expérience de l'interviewée, c'est-à-dire son âge lors de l'excision, le type de coupure et qui l'a effectuée. EDS s'est servi de plusieurs approches pour déterminer le type d'excision.

> **Approche #1 : Réponses pré codées :** Il s'agit d'établir une liste de réponses possibles et de leur attribuer un code numérique. Les enquêteuses demandent aux femmes ce qui leur a été fait et de choisir parmi les trois types : la clitoridectomie, l'excision, l'infibulation. Dans cette approche ce sont les interviewées elles-mêmes qui font la classification que les enquêteuses notent selon le code établi.

Cette approche a été utilisée dans six enquêtes : Érythrée 1995, Tanzanie 1996, Mali 1995-96, Niger 1998, Nigeria 1999 et Burkina Faso 1998-99. Elle s'est avérée utile dans la répartition des données des six enquêtes. Par exemple, la proportion des réponses dans les trois catégories a montré les variations de la pratique entre les différentes ethnies, ce qui suggère que les catégories portent un sens pour ces femmes. Cependant, la validité de la question dépend 1) de la traduction des termes ou phrases descriptives équivalentes en langue locale et 2) de la précision avec laquelle les femmes peuvent se rappeler de ce qui leur a été fait lors de l'événement.

> **Approche #2 : Classification par l'enquêteur :** Il s'agit de demander aux enquêtées de nommer et décrire l'intervention qu'elles ont subi. L'enquêteur écrit les réponses et par la suite les classifie selon les trois types définis par l'OMS. Dans cette approche ce sont les enquêteurs qui trouvent les correspondances linguistiques et effectuent la classification.

Cette approche a été utilisée dans deux enquêtes en Afrique de l'ouest : Côte d'Ivoire 1998-99 et Niger 1998. Après avoir noté les réponses des femmes sur ce qui leur a été fait, les enquêteurs ont essayé de classifier les sortes d'excision selon la typologie de l'OMS. Cette stratégie a bien fonctionné au Niger, mais en Côte d'Ivoire les analystes n'ont pas réparti les réponses en trois catégories. Ceux-ci ne tenaient pas compte de la proportion des excisées interviewées ayant subi l'infibulation.

> **Approche #3 : Noter les incidences d'infibulation :** Il s'agit de demander directement aux femmes si la chair génitale était incisée et/ou enlevée, et, si oui, est-ce que l'ouverture de la plaie et de la zone vaginale a été suturée.

Cette approche qui cherche à déterminer les formes les plus radicales de l'excision a été utilisée dans quatre enquêtes : Mali 2001, Bénin 2001, Mauritanie 2000-01, Érythrée 2002. En 2002 elle a été systématiquement incorporée dans le module sur l'excision. Il avait été décidé que les efforts de classifier l'excision en trois ou plusieurs types ne produisaient pas des résultats satisfaisants et que les enquêtes devraient plutôt identifier les cas aux deux extrêmes, c'est-à-dire les coupures symboliques et les ablations avec infibulation. Trois questions étaient posées à cet effet :

À partir de 2000, EDS a adopté une approche qui permet d'identifier uniquement les cas aux deux pôles extrêmes, c'est-à-dire les coupures symboliques et les ablations avec infibulation.

- Est-ce qu'on a enlevé la chair des organes génitaux ?
- Est-ce que la chair génitale était simplement píncée et légèrement incisée ou est-ce qu'une partie a été enlevée ?
- Est-ce que la zone vaginale était cousue et fermée ?

Les réponses à ces questions peuvent indiquer le pourcentage de femmes qui n'ont subi qu'une excision symbolique et celles qui ont subi sa forme la plus radicale qui est l'infibulation. Mais cette approche ne permet pas de calculer les états intermédiaires, spécifiés par l'OMS, à savoir la clitoridectomie et l'ablation des lèvres vaginales.

Si l'on considère ces approches de façon globale, la première et la dernière peuvent être comparées au fil du temps dans seulement deux pays : l'Érythrée et le Mali. La première approche a été utilisée lors de la première enquête dans chaque pays où l'on a demandé aux enquêtées de choisir la sorte d'excision qu'elles auraient subie. La troisième approche (indiquant si les femmes étaient infibulées) a été utilisée lors de la deuxième enquête qui a eu lieu cinq à six ans plus tard. Les premiers résultats d'Érythrée 1995 indiquaient que 34 % des femmes avaient subies l'infibulation. Utilisant la troisième stratégie, les données d'Érythrée 2002 indiquent un pourcentage de 39. En ce qui concerne le Mali, la proportion des infibulées lors de l'enquête 1995 (avec la première approche) était de 0.5 %, alors que l'enquête 2001 (avec la troisième approche) donne des taux de 2 %. Dans les cas des deux pays, il semble que la troisième façon de poser la question spécifique de l'infibulation (« Avez-vous été cousues ? ») donne des résultats plus précis. Le fait que les deux façons de poser la question d'infibulation ont fourni des résultats cohérents—avec l'Érythrée ayant un taux élevé et Mali ayant un taux bas—laisse croire que les instruments de mesure sont valables.

Une autre approche mérite l'attention, celle utilisée dans l'enquête EDS Guinée 1999 (voir Yoder et al. 1999 et 2001) qui a établi des termes en langues locales pour

ensuite demander aux femmes ce qu'elles ont subi comme excision. Avant cette enquête, Macro a mené une étude sur l'expérience des femmes excisées dans quatre régions et les quatre langues principales du pays. Les femmes ont relaté leurs expériences et leurs définitions des types d'excision étaient utilisées dans la formulation des questions. Cette étude a démontré que quatre sortes d'excision sont pratiquée en Guinée (mise à part l'infibulation, qui est plutôt rare en Guinée), comprenant une excision symbolique qui consiste à faire une petite incision au clitoris pour tirer quelques gouttes de sang. Les résultats de cette enquête montrent que les types d'excision varient largement selon les ethnies et les groupes d'âge et permet une analyse plus complète de l'excision en Guinée que dans d'autres pays étudiés.

3.4.2 Identité de la personne ayant procédé à l'excision

Identifier la sorte de praticienne qui a procédé à l'excision aide à comprendre les circonstances de l'intervention. Si un professionnel de la santé fait l'opération, il est plus probable qu'elle ait lieu dans des conditions hygiéniques avec moins de risque d'infection que dans les cas où une praticienne traditionnelle s'en charge. Généralement, la praticienne médicale fait l'opération dans un cadre sanitaire et utilise un anesthésique, tandis que l'exciseuse traditionnelle opère dans la brousse ou à la maison dans des conditions sanitaires douteuses et sans anesthésie. Les instruments utilisés diffèrent aussi. Ainsi, il importe de savoir qui a fait l'excision.

Dans 16 des 20 enquêtes menées par EDS, on a demandé aux enquêtées qui a fait l'excision. La question était posée plus ou moins de la même façon. Dans trois enquêtes (Égypte 2000, Éthiopie 2000, Yémen 1997) on n'a pas posé de questions à propos de qui aurait fait l'opération pour la femme enquêtée, mais la question a été posée au sujet d'au moins une de ses filles excisées. Les réponses pré codées quant à l'identité de la personne qui a fait l'excision incluaient médecins, infirmières, sages-femmes médicalement formées et des accompagnatrices traditionnelles de l'accouchement, les exciseuses et « d'autres ». La plupart des enquêtes comprenaient un code pour celles qui disaient ne pas savoir qui avait fait l'opération.

3.5 Récits des mères sur l'excision de leur fille

Les EDS incluant le module sur l'excision ont posé des questions sur l'excision d'une des filles des mères interviewées. Jusqu'en 1999, on a demandé aux excisées interviewées de dire si oui ou non leur fille aînée avait été excisée. À celles qui disaient non, on a demandé si elles avaient l'intention de le faire. À partir de 1999, plutôt que de poser la question sur la fille aînée, les enquêtes demandaient si une fille de la famille était excisée. À celles qui disaient non, on a demandé si elles avaient l'intention de le faire. Ensuite, on a posé des questions sur leur perception individuelle de la pratique. À celles qui disaient oui, on a demandé combien de leurs filles étaient excisés et comment cela s'est passé pour celle qui avait été excisée le plus récemment. Dans la plupart des cas les questions de base—sur l'âge lors de l'excision, le type d'excision, et la praticienne—que l'on posait à la mère ont été aussi posées pour sa fille. Ce n'est que dans les premières enquêtes (Soudan du nord 1989-90, Côte d'Ivoire 1994, RCA 1994-95) que la question de l'excision de la fille n'a pas été posée (tableau 3.2).

Tableau 3.2
Enquêtes regroupées selon l'identification de la fille (l'aînée ou celle excisée le plus récemment) dans les questions posées aux mères sur l'excision de leur fille, EDS 1989-2002

Fille aînée	Fille excisée le plus récemment	Pas d'information sur la fille (pas de question posée)
Soudan (nord) 1989-90	Égypte 1995	Côte d'Ivoire 1994
Érythrée 1995	Yémen 1997	RCA 1994-95
Mali 1995-96	Guinée 1999	
Tanzanie 1996	Égypte 2000	
Niger 1998	Éthiopie 2000	
Kenya 1998	Bénin 2001	
Nigeria 1999	Mali 2001	
Côte d'Ivoire 1998-99	Mauritanie 2000-01	
Burkina Faso 1999-99	Érythrée 2002	

3.6 Perceptions de l'excision parmi les femmes et les hommes

Presque toutes les enquêtes comprenant le module sur l'excision pose des questions sur les perceptions de l'excision et les opinions à son sujet. À part celles de la Côte d'Ivoire 1994 et la Tanzanie 1996, toutes les enquêtes ont demandé aux répondantes si elles pensaient que la pratique devrait continuer ou cesser. Dans les années 1990 la question du « soutien » se plaçait après la série de questions sur la fille et avant celles sur la perception de l'excision. On a demandé aux enquêtées de dire pourquoi, à leur avis, la pratique devrait continuer ou cesser. Quelques-unes de ces questions ont aussi été posées dans le questionnaire des hommes.

Presque toutes les enquêtes comprenant le module sur l'excision posent des questions sur les perceptions de l'excision et les opinions à son sujet.

Au début de l'année 1999, EDS a modifié le questionnaire sur l'excision. Deux changements ont été apportés : la façon de poser les questions qui suivaient celles sur l'excision de la fille et l'ordre des questions traitant de la perception avec la question de soutien en dernier. Les enquêtes menées à partir de la fin de 1999 (Guinée 1999, Égypte 2000, Mauritanie 2000-01, Bénin 2001, Mali 2001, Érythrée 2002) posaient des questions sur l'excision de la fille, sur des complications médicales éventuelles, ainsi que sur les avantages et les inconvénients de l'excision avant de poser une ou deux questions sur les perceptions de la pratique et finalement si oui ou non la répondante souhaitait qu'elle continue. Il faudrait plus de recherches sur le terrain pour savoir si l'ordre des questions et le placement de la question sur le soutien a joué dans les réponses.

Quel que soit la position de la question du soutien, il reste des ambiguïtés en ce qui concerne l'interprétation des réponses. Dans le contexte d'une enquête qui demande des réponses binaires avec des codes prédéterminés, quelle importance faut-il attacher à la réponse qui dit qu'il faut cesser la pratique ? Est-ce que le fait de savoir qu'une telle proportion des femmes déclare que la pratique doit continuer nous apprend quelque chose sur la situation de l'excision dans un pays donné ? Est-ce que celles qui déclarent que la pratique doit cesser ne vont pas faire exciser leurs filles ? Quel est le rapport entre la proportion des femmes qui disent que la pratique doit continuer et le taux de prévalence national ? Ce ne sont pas de questions faciles.

Dans son étude sur l'excision au Mali en 1997-98, Claudie Gosselin a interviewé 223 femmes dans quatre centres régionaux (Gosselin 2000). On a demandé aux femmes si elles soutenaient ou non l'excision. Puisque les questions étaient ouvertes, les

femmes pouvaient répondre plus amplement que par des simples « oui/non ». Gosselin a découvert qu'une minorité de femmes soutenaient activement la pratique, mais que la grande majorité était indifférente ou que les femmes ne s'étaient jamais posées la question, soit parce qu'elles ne voyaient pas d'autres options, soit parce qu'elles n'osaient pas mettre en question l'autorité des anciennes. Gosselin note aussi que si dans l'enquête EDS au Mali 1995-96, 75 % des femmes ont déclaré qu'elles souhaitaient que l'excision continue ces réponses variaient selon le niveau d'éducation et le milieu de résidence urbain/rural. Il est logique de supposer que les femmes dans une communauté où la grande majorité est excisée et où le taux de scolarité est bas donneraient une autre signification à la question « Pensez-vous que cette pratique doit être maintenue ou qu'elle doit disparaître ? » que les femmes vivant dans un milieu diversifié ou celles ayant fréquenté l'école.

On pourrait croire que poser des questions sur les avantages et les inconvénients de l'excision fournirait des réponses plus spécifiques que lorsque l'on demande si la pratique doit continuer ou cesser. Mais, sans connaître la façon dont la femme enquêtée comprend la question—qu'elle entend souvent pour la première fois—les réponses restent toujours un peu abstraites.

Il est utile de poser la question du soutien de la pratique en général, car elle permet de suivre les changements de pourcentage d'une enquête nationale à l'autre. Les réponses à la question « Pensez-vous que la pratique doit être maintenue ou disparaître ? » éclairent les autres données dans les pays spécifiques. Une déclaration de soutien sera sans doute en rapport avec la prévalence de l'excision et la proportion de femmes qui font exciser au moins une de leurs filles. Logiquement, on peut supposer que les femmes qui déclarent soutenir l'excision sont elles mêmes excisées, comme les données recueillies l'indiquent. Cependant, puisque la question du soutien à la pratique est teintée de valeurs normatives, il se peut que la femme réponde qu'elle n'est pas en accord avec la pratique, surtout si elle a entendu des émissions radiophoniques de campagnes menées contre la pratique. On peut donc s'attendre à ce que la proportion qui se déclare en accord avec la pratique soit moins élevée que le taux de prévalence nationale.

Les enquêtes dans quatre pays sur deux périodes différentes permettent de comparer les résultats et d'évaluer les changements de l'excision au fil du temps. Entre 1995 et 2002 en Érythrée la prévalence a baissé de six points (de 95 à 89 %) et les déclarations de soutien ont baissé de huit points (de 57 à 49 %). Entre 1995 et 2000 en Égypte, la prévalence nationale est restée la même (97 %), mais les déclarations de soutien ont baissé de sept points (de 82 à 75 %). En Côte d'Ivoire, la prévalence est restée à peu près la même (environ 45 % lors de l'enquête 1994 et lors de l'enquête 1995-96). Au Mali la proportion des femmes qui ont déclaré que la pratique devrait être maintenue a augmenté, passant de 75 % en 1995-96 à 80 % en 2001. Le taux de prévalence a légèrement baissé (passant de 94 à 92 %).

Il faut se demander pourquoi la prévalence au Mali est restée à peu près la même, tandis que la proportion soutenant la pratique semble avoir monté. Il se peut que l'effet de la campagne anti-excision ait eu pour conséquence de mobiliser les gens autour de la tradition. Il se peut aussi que le changement dans l'ordre des questions ait donné lieu à l'augmentation des déclarations en faveur de la pratique. En 1995 la question de soutien était posée après une série de questions sur l'excision de la fille aînée, tandis qu'en 2001 la question de soutien suivait une série de questions sur les avantages de faire exciser ou non et une question concernant l'excision comme un devoir religieux.

Nous présumons qu'il y a un lien entre l'expression de soutien de la pratique et le fait de faire exciser ses filles. On s'attend à ce que la majorité des femmes qui déclarent vouloir continuer la pratique fasse exciser une ou plusieurs de leurs filles et que celles qui déclarent vouloir la cesser ne fassent pas exciser leurs filles. Ce lien sera analysé plus en détails dans le chapitre suivant.

Finalement, pour mesurer l'évolution de la perception de l'excision dans chaque pays, il faut aussi prendre en considération les avis des hommes. En plus des questions sur la perception des femmes, EDS a ajouté quelques questions au module des hommes concernant leur perception de la pratique. Celles-ci étaient posées dans les huit enquêtes suivantes : Érythrée 1995, Niger 1998, Burkina Faso et Côte d'Ivoire 1998-99, Guinée 1999, Mauritanie 2000-01, Bénin 2001, Mali 2001. On a demandé aux hommes de citer des avantages et des inconvénients de la pratique de leurs points de vue et de dire s'ils souhaitaient la voir continuer ou cesser. Dans ces huit enquêtes, la proportion des hommes qui ont déclaré que l'excision devrait cesser était plus élevée que celle des femmes (voir tableau 4.16). Dans plusieurs pays, on a demandé aux hommes si la religion exigeait l'excision et s'ils pensaient que le risque d'avoir des rapports sexuels avant le mariage étaient moindre chez les excisées. En Guinée, où l'excision est quasi universelle, on a demandé aux hommes s'ils préféraient épouser une femme excisée ou non excisée ou si ce fait n'avait pas d'importance. Un tiers des hommes interviewés ont déclaré soit qu'ils préféraient se marier avec une non excisée, soit que cela n'avait pas d'importance. Ces résultats sont aussi analysés dans le chapitre suivant.

Dans les enquêtes qui ont compris la question du soutien à la pratique dans le questionnaire des hommes, la proportion des hommes déclarant que l'excision devrait cesser était plus élevée que celle des femmes.

4

ANALYSE DES DONNÉES PORTANT SUR L'EXCISION DANS LES RAPPORTS EDS

Les chercheurs menant des études sur l'excision ont depuis longtemps recherché des informations fiables sur la proportion des filles et des femmes excisées dans un pays donné et la répartition des excisées selon le pays et les grandes régions géographiques. Des données précises concernant aussi le contexte et les spécifiques de la pratique aux niveaux national et régional peuvent servir plusieurs buts : montrer où la pratique a lieu et suggérer des associations avec la langue, l'ethnie, la religion et d'autre facteurs identitaires ; évaluer le nombre de filles qui risquent l'excision selon la région ; faciliter l'observation des tendances à travers le temps. Les données sur l'expérience des femmes enquêtées à propos de leur excision ou celle d'une de leur fille (par exemple l'âge, le type d'excision, l'instrument utilisé, la praticienne/exciseuse) peuvent fournir des informations sur l'évolution de la pratique et permettre d'évaluer les conséquences médicales éventuelles.

Pour les enquêtes EDS qui incorporent le module sur l'excision au questionnaire destiné aux femmes, les rapports finaux comprennent un chapitre sur les résultats (à l'exception d'Éthiopie 2000). Ces résultats sont analysés dans le chapitre présent qui compare les taux nationaux de prévalence, la répartition régionale de la pratique à l'intérieur des pays, les circonstances de l'événement pour les femmes enquêtées et pour leurs filles et les opinions et perceptions des femmes vis-à-vis de la pratique. Nous espérons que les comparaisons et les descriptions présentées ici engendreront des questions pour des analyses futures dans les pays spécifiques.

4.1 Taux nationaux de prévalence

Les études démographiques recherchent avant tout à définir les taux de prévalence au niveau national. Ceci est important pour évaluer l'étendue de la pratique dans un pays donné et pour calculer le nombre de femmes excisées annuellement. Le tableau 4.1 montre les pays pour lesquels le taux de prévalence nationale est disponible par EDS (à l'exception du Soudan, où les taux sont disponibles uniquement pour la région nord du pays). Puisque les pays sont regroupés selon de larges sphères géographiques, certaines ressemblances régionales apparaissent. L'échantillonnage (femmes âgées de 15 à 49 ans) pour chaque pays indique le nombre de femmes enquêtées dans chaque enquête. En Égypte (1995 et 2000), au Soudan nord et au Yémen, l'échantillon comprenait seulement les femmes (entre 15-49 ans) mariées ou ayant été mariées, tandis que les autres enquêtes comprenaient les femmes entre 15 et 49 ans, qu'elles soient mariées ou non.

Il est important de définir les taux de prévalence au niveau national, afin d'évaluer l'étendue de la pratique dans un pays donné et pour calculer le nombre de femmes excisées annuellement.

Ce regroupement de pays principalement du continent africain révèle des similarités régionales de prévalence. Dans la catégorie « Afrique du nord-est », la prévalence varie entre 80 et 97 %. Dans la catégorie « Afrique de l'ouest (nord) » la prévalence varie entre 71 % (Mauritanie) et 99 % (Guinée), à l'exception du Niger (5 %). Dans la catégorie « Afrique de l'ouest (sud) et Afrique du centre » les taux vont de 17 % (Bé-

nin) à 45 % (Côte d'Ivoire). Les taux de prévalence dans les deux pays d'Afrique de l'est cités sont 38 % (Kenya) et 18 % (Tanzanie).

Tableau 4.1
Prévalence de l'excision selon le regroupement des pays en grandes régions, EDS 1989-2002

Région/pays	Année	Prévalence en %	Échantillon
Afrique du nord-est			
Égypte[1]	1995	97	14 779
Égypte[1]	2000	97	15 573
Érythrée	1995	95	5 054
Érythrée	2002	89	8 754
Soudan (nord)[1]	1989-90	89	5 860
Éthiopie	2000	80	15 367
Afrique de l'ouest (nord)			
Guinée	1999	99	6 753
Mali	1995-96	94	9 704
Mali	2001	92	12 849
Burkina Faso	1998-99	72	6 445
Mauritanie	2000-01	71	7 728
Niger	1998	5	7 577
Afrique de l'ouest (sud) et Afrique du centre			
Côte d'Ivoire	1994	43	8 099
Côte d'Ivoire	1998-99	45	3 040
RCA	1994-95	43	5 884
Nigeria	1999	25	8 206
Bénin	2001	17	6 219
Afrique de l'est			
Kenya	1998	38	7 881
Tanzanie	1996	18	8 120
Asie de l'ouest			
Yémen[1]	1997	23	10 414

[1] Échantillon ne comprenant que des femmes mariées ou ayant été mariées

Ce tableau démontre que dans cinq pays—l'Égypte, l'Érythrée, le Soudan du nord, la Guinée et le Mali—la pratique d'excision, sous une forme ou une autre, est répandue dans la grande majorité de la population, les taux allant de 89 à 99 %, alors qu'en Afrique de l'ouest (sud) et dans l'Afrique du centre, ainsi que dans les deux pays d'Afrique de l'est représentés, une minorité de la population (variant entre 17 et 45 %) est affectée.

4.2 Classification des données dans les rapports d'enquêtes nationales

Les rapports EDS présentent des données sur la prévalence nationale d'excision classifiées selon les variables démographiques standard : l'âge, la résidence rurale/urbaine, la région ou la province. Beaucoup de rapports utilisent aussi des variables telles que le niveau d'éducation, l'ethnie et la religion. L'éducation est divisée selon trois niveaux : pas de scolarité, niveau primaire, niveau secondaire ou plus élevé. L'ethnie est exprimée par les désignations spécifiques (telles que Kikuyu, Bambara, Yorouba) ou comme un regroupement plus large (comme Mandé du nord). L'affiliation religieuse est généralement classifiée en quatre catégories : musulmane, chrétienne, animiste ou sans religion. La catégorie chrétienne est parfois divisée en protestante/catholique.

Le tableau 4.2 montre les variables utilisées pour classifier les données sur la prévalence d'excision dans les 20 enquêtes comparées. Dans les pays qui ont des taux de prévalence élevés, on perçoit peu de variation de pourcentage entre les catégories, alors que dans les pays où une petite portion de la population pratique l'excision, on peut remarquer de grandes différences selon les variables sociodémographiques.

Tableau 4.2
Variables sociodémographiques utilisées pour classifier les données de prévalence d'excision, EDS 1989-2002

Région/pays	Groupe d'âge	Urbain/ rural	Régions	Éducation	Religion	Ethnie
Afrique du nord-est						
Égypte 1995	X	X	X	X		
Égypte 2000	X	X	X	X		
Érythrée 1995	X	X	X			
Érythrée 2002	X	X	X			
Soudan (nord) 1989-90	X	X	X		X	
Éthiopie 2000	X	X	X	X		
Afrique de l'ouest (nord)						
Guinée 1999	X	X	X	X	X	X
Mali 1995-96	X	X	X	X	X	X
Mali 2001	X	X	X	X	X	X
Burkina Faso 1998-99	X	X	X	X	X	X
Mauritanie 2000-01	X	X	X	X		
Niger 1998	X	X		X	X	X
Afrique de l'ouest (sud) et Afrique du centre						
Côte d'Ivoire 1994	X	X	X	X	X	
Côte d'Ivoire 1998-99	X	X		X	X	X
RCA 1994-95	X	X	X	X		X
Nigeria 1999	X	X	X	X		-
Bénin 2001	X	X	X	X		X
Afrique de l'est						
Kenya 1998	X	X		X		X
Tanzanie 1996	X	X	X			
Asie de l'ouest						
Yémen 1997	X	X	X	X		

4.2.1 Prévalence selon l'âge et le milieu de résidence

Dans tous les rapports d'enquêtes EDS, les taux de prévalence sont classifiés par groupe d'âge et selon le milieu de résidence (urbain ou rural) des enquêtées. On pouvait s'attendre à une proportion plus élevée d'excisées parmi le groupe le plus âgé que celui des plus jeunes, ainsi qu'une proportion plus élevée parmi les résidantes en milieu rural que celles en milieu urbain. En fait, si la prévalence est nettement plus élevée en milieu rural dans plus de la moitié des enquêtes, les taux dans trois cas (Érythrée 1995, Éthiopie 2000, Mali 2001) sont à peu près égaux et les taux en milieu urbain s'avèrent nettement plus élevés dans quatre cas : le nord du Soudan, le Burkina Faso, le Nigeria et le Yémen. Ceci peut s'expliquer en prenant en considération des facteurs associés comme l'ethnie dominante dans les grandes villes de ces pays.

4.2.2 Prévalence selon la région

Les taux de prévalence sont présentés par région à l'intérieur des pays dans toutes les enquêtes sauf trois. La catégorisation des données par région est utile pour les agences

de gouvernement et ceux qui développent de programmes se préoccupant de la pratique dans ces pays. Les taux de prévalence peuvent varier entre les régions d'un pays selon les effets des campagnes contre la pratique dans certaines régions ou la variation ethnique entre les régions. Dans la plupart des cas, les variations de prévalence entre les régions s'expliquent par les facteurs confondants d'ethnie ou de religion.

Dans la plupart des cas, les variations de prévalence entre les régions s'expliquent par les facteurs associés, tels que l'ethnie ou la religion.

4.2.3 Prévalence selon le niveau d'éducation

La majorité des rapports EDS (16 sur 20) présente les taux de prévalence selon le niveau d'éducation des femmes enquêtées. L'hypothèse qui sous-tend la mise en rapport de la scolarité avec l'excision est que les femmes ayant reçu plus d'éducation risquent moins de favoriser l'excision. À première vue, ceci peut sembler logique, étant donné que le niveau d'éducation joue souvent dans les décisions des femmes dans d'autres domaines de la santé. Cependant, l'éducation ne joue pas forcément un rôle chez l'excisée elle-même, qui a généralement subi l'opération avant que sa scolarité soit complétée ou, souvent, avant même qu'elle ne la commence. La classification des données de prévalence selon l'éducation des excisées suppose un lien qui n'existe pas et peut induire en erreur.

Par contre, on peut présumer un lien entre l'éducation de la mère et la décision de faire exciser sa ou ses filles, c'est-à-dire que les mères ayant poursuivi leur scolarité auront moins tendance à faire exciser leurs filles. En fait, les données montrent un lien entre le niveau d'éducation de la mère et la probabilité qu'elle évitera de faire exciser sa fille.

Les données montrent un lien entre le niveau d'éducation de la mère et la probabilité qu'elle fera exciser ou non sa fille.

Le tableau 4.3 montre les taux de prévalence de l'excision des filles aînées classifiés selon l'éducation de la mère dans huit pays. Dans six de ces pays, on remarque une baisse très nette dans le pourcentage des filles aînées excisées parmi les mères ayant poursuivi leur scolarité jusqu'au niveau secondaire. Les exceptions sont le Mali et le Nigeria où on ne trouve pas de rapport apparent entre l'éducation et la prévalence. Il se peut que le facteur confondant dans le cas du Nigeria soit l'ethnie, car l'excision y est pratiquée surtout parmi les Yoroubas qui constituent aussi le groupe le plus éduqué. Pour le cas du Mali, le manque de rapport peut s'expliquer par le niveau général de scolarité des filles qui est très bas : plus de 81 % des enquêtées n'avaient jamais fréquenté l'école et seulement 7 % avaient suivi des études jusqu'en secondaire.

Tableau 4.3
Parmi les femmes enquêtées ayant au moins une fille vivante, le pourcentage des aînées excisées, classifié selon le niveau d'éducation de la mère, EDS 1989-1999

Enquête	Prévalence d'excision des filles selon la scolarité de la mère			Taux global	Nombre de mères enquêtées
	Aucune	Primaire	Secondaire		
Érythrée 1995	73,7	64,7	59,9	71,4	2 005
Soudan (nord) 1989-90	62,7	57,2	30,5	57,7	4 386
Mali 1995-96	73,6	73,6	75,0	73,6	6 399
Burkina Faso 1998-99	47,3	35,1	16,1	45,5	3 499
Niger 1998	16,3	6,7	2,2	14,2	1 348
Côte d'Ivoire 1998-99	36,0	9,3	3,9	25,8	1 595
Nigeria 1999	14,6	29,2	23,3	20,2	4 503
Kenya 1998	23,2	10,4	5,8	11,3	4 554
Tanzanie 1996	10,7	4,8	0,5	6,7	4 753

Le tableau 4.4 qui suit montre le rapport entre le niveau d'éducation de la mère et le fait d'avoir fait exciser une ou plusieurs de ses filles. La question posée était « Est-ce que certaines de vos filles ont été excisées ? ». Les données indiquées dans ce tableau sont similaires à celles du tableau précédent. Elles diffèrent de par le fait que la question s'applique à n'importe quelle fille ou à toutes celles de la mère enquêtée plutôt qu'à seulement l'aînée. Il faut aussi noter que la prévalence réelle parmi les filles vivantes de la femme enquêtées risque d'être plus élevée qu'indiquée, car elle peut avoir des filles plus jeunes qui seront excisées plus tard. Cependant, ces différences n'affectent pas le vecteur d'association entre l'éducation de la mère et l'excision des filles.

Tableau 4.4
Parmi les femmes enquêtées ayant au moins une fille vivante, le pourcentage ayant fait exciser au moins une fille, selon le niveau d'éducation de la mère, EDS 1995-2002

Enquête	Prévalence d'excision des filles selon la scolarité de la mère			Taux global	Nombre de mères enquêtées
	Aucune	Primaire	Secondaire		
Égypte 1995	59,5	60,5	22,1	49,7	10 840
Égypte 2000	64,7	62,6	21,2	49,5	11 540
Érythrée 2002	67,5	59,4	40,0	62,5	4 604
Éthiopie 2000	55,7	35,4	25,4	51,8	7 659
Guinée 1999	54,7	44,0	55,1	53,9	4 275
Mali 2001	73,1	73,9	64,8	72,8	8 094
Mauritanie 2000-01	77,4	60,6	41,1	70,9	3 606
Bénin 2001	11,1	2,5	0,7	8,2	2 759
Yémen 1997	41,4	23,9	29,0	38,3	4 032

Les données de ce tableau montrent un rapport entre l'excision des filles et l'éducation de la mère dans tous les pays étudiés sauf la Guinée. Il faut noter que dans ce cas 76 % des femmes enquêtées n'avaient jamais été à l'école et seulement 5 % avaient atteint le niveau secondaire ou plus.

Mais globalement—comme le démontre les tableaux 4.3 et 4.4—il paraît évident que les filles des mères ayant poursuivi leur scolarité risquent moins de subir une excision que celles dont les mères qui ont peu (ou qui n'ont pas du tout) fréquenté l'école. Ce lien se dégageait de 15 des 18 rapports des enquêtes où des données de ce type étaient disponibles.

4.2.4 Prévalence selon la religion

L'affiliation religieuse peut parfois expliquer la répartition de l'excision dans certains pays, mais ce lien n'apparaît pas de façon systématique. Dans les rapports EDS, les taux de prévalence sont classifiés par religion dans 6 sur 16 pays (8 des 20 enquêtes comparées dans cette analyse). À part le Soudan du nord, tous ces pays se trouvent en Afrique de l'ouest. La majorité des habitants dans les six pays sont musulmans. Le tableau 4.5 montre les taux de prévalence de l'excision dans les huit enquêtes, classifiés selon la religion musulmane ou chrétienne. Les données sur la prévalence de l'excision classifiées selon la religion dans les autres rapports EDS sont présentées sous forme textuelle plutôt que tabulaire.

L'affiliation religieuse peut parfois expliquer la répartition de l'excision dans certains pays, mais ce lien n'apparaît pas de façon systématique.

Tableau 4.5
Prévalence de l'excision classifiée par religion (musulmane ou chrétienne), EDS 1989-2001

Région/pays	Musulmane	Chrétienne	Taux global
Afrique du nord-est			
Soudan (nord) 1989-90	90,0	46,8	89,2
Afrique de l'ouest (nord)			
Guinée 1999	99,4	93,8	98,6
Mali 1995-96	94,3	84,6	93,7
Mali 2001	91,9	75,5	91,6
Burkina Faso 1998-99	77,9	66,0	71,6
Niger 1998	4,5	0[a]	4,5
Afrique de l'ouest (sud)			
Côte d'Ivoire 1994	80,1	16,0	42,7
Côte d'Ivoire 1998-99	78,7	17,0	44,5

[a] Seulement quatre cas enregistrés parmi les enquêtées

Dans les pays tels que le Soudan du nord ou le Niger dont la population est à 98-99 % musulmane, le fait que les femmes appartenant à une autre religion pratiquent l'excision ou non n'affecte pas les taux de prévalence globale. Par contre, la population chrétienne dans les pays comme la Côte d'Ivoire (41 %) ou le Burkina Faso (27 %) est suffisamment grande pour avoir un impact sur la prévalence totale de l'excision. Il faut noter que les taux de prévalence parmi les chrétiennes au Burkina Faso (66 %) sont bien plus élevés que parmi celles en Côte d'Ivoire (17 %).

D'autres configurations se dégagent des données qui ne sont pas classifiées selon la religion. Par exemple, dans le cas de l'Éthiopie, avec une population de 55 % copte orthodoxe, de 29 % musulmane et de 16 % protestante, il existe très peu de différence de prévalence entre les différentes religions. Si on ne tient pas compte des cas manquants (Nombre = 1 252), 86 % des coptes orthodoxes, 93 % des musulmanes et 81 % des protestantes sont excisées.

Dans le cas du Bénin, la population comprend 32 % de catholiques, 22 % de musulmans, 17 % « d'autres chrétiens » (voire non catholique ou protestant) et 17 % qui suivent des religions traditionnelles. La prévalence de l'excision pour ces groupes est de 49 % parmi la population musulmane, 12 % parmi la population qui pratique une religion traditionnelle, 7 % parmi la population catholique et 1 % parmi les « autres chrétiens ». Le fait que la population peule est surtout musulmane et que 89 % des femmes peules sont excisées joue dans le calcul global de la prévalence des groupes musulmans au Bénin.

Au Nigeria, la relation entre l'islam et l'excision diffère de la situation dans les autres pays, car la majorité des musulmans nigérians ne pratiquent pas l'excision. L'enquête de 1999 indiquait que 15 % des enquêtées musulmanes étaient excisées, alors que la proportion de l'ensemble des groupes chrétiens divers qui pratiquent l'excision est d'environ 40 %. Il faut noter également que les données classifiées selon les grandes régions du pays montrent que la prévalence de l'excision est moins élevée dans les régions où la religion dominante est l'islam que dans les autres régions. La prévalence est de 2 % dans le nord-est et de 3 % dans le nord-ouest—régions à majorité musulmane—alors que dans d'autres régions la prévalence est plus élevée : au sud-est elle monte à 37 % et au sud-ouest à 48 %. Il se peut que cette répartition de la pratique s'explique par l'identité ethnique, mais il n'y a pas de données qui permettraient de vérifier cette hypothèse.

Les résultats actuels ne permettent pas de faire des généralisations sur le lien entre la religion et l'excision. Tout ce que nous pouvons conclure actuellement est que : 1) dans la plupart des pays où l'excision est pratiquée et où les religions musulmane et chrétienne co-existent, il est plus probable que les musulmans pratiquent l'excision que les chrétiens ; 2) l'ethnie est un facteur confondant dans la définition du rôle que la religion pourrait jouer.

4.2.5 Prévalence selon l'appartenance ethnique

Si la plupart des questionnaires EDS 1998-2002 comprenaient une question sur l'ethnie de la femme enquêtée, plusieurs pays ne souhaitaient pas inclure cet élément dans la collecte des données. Les taux de prévalence d'excision sont classifiés selon les ethnies dans les rapports EDS pour 9 des 20 enquêtes nationales et pour 7 des 16 pays étudiés. À l'exception du Kenya, ces pays se trouvent tous en Afrique de l'ouest.

Les taux de prévalence selon l'ethnie varient plus que toute autre variable sociodémographique dans les rapports EDS qui comprennent cet élément. Ceci n'est pas surprenant, car bien des chercheurs ont noté que la proportion des excisées varie selon l'ethnie et que l'excision est, en elle-même, une façon de marquer l'identité ethnique (voir Shell-Duncan et Hernlund 2000, Gruenbaum 2001).

Le taux de prévalence selon l'ethnie varie plus que toute autre variable sociodémographique, ce qui n'est pas surprenant, car l'excision est, en elle-même, une façon de marquer l'identité ethnique.

L'écart entre les taux de prévalence selon l'ethnie à l'intérieur d'un pays peut être très grand. Par exemple, la prévalence de l'excision classifiée par ethnie en Éthiopie varie de 51 à 100 %, celle du Mali de 15 à 98 % et celle du Kenya de 1 à 97 %. Utilisant les trois groupes avec les taux de fréquence de l'excision les plus élevés et les deux groupes avec les taux les plus bas, le tableau 4.6 montre les écarts de prévalence dans huit pays répartis en grandes régions géographiques.

Tableau 4.6
Écarts de prévalence de l'excision parmi les groupes ethniques pour huit pays, EDS 1998-2001

Régions/pays	Taux des trois groupes ethniques ayant la prévalence la plus élevée			Taux des deux groupes ethniques ayant la prévalence la plus basse	
Afrique de l'ouest (nord)					
Guinée 1999	99,7	99,6	99,5	99,4	89,0
Mali 2001	98,0	97,9	97,2	40,8	15,3
Burkina Faso 1998-99	92,6	90,1	89,3	47,8	46,4
Niger 1998	30,4	13,4	8,6	1,5	1,1
Afrique de l'ouest (sud) et Afrique du centre					
Côte d'Ivoire 1998-99	74,7	74,6	69,6	13,4	2,0
RCA 1994-95	83,9	71,0	42,0	5,6	3,0
Bénin 2001	88,4	77,4	72,0	0,3	0
Afrique de l'est					
Kenya 1998	97,0	88,8	54,2	1,6	1,2

Il faut noter que certains autres pays (comme le Soudan du nord, le Nigeria, la Tanzanie, le Yémen) ne figurent pas dans le tableau 4.6, car la question sur l'ethnie n'était pas posée. Cependant, en utilisant des informations tirées d'autres sources sur les grands groupes ethniques de ces régions, il est possible d'estimer les taux de prévalence selon l'ethnie.

En considérant de tels contrastes, il faut toute fois rappeler que l'appartenance ethnique n'est qu'un des éléments qui joue dans la structuration des rapports sociaux et la distribution du pouvoir et des privilèges à l'intérieur d'une société ou d'un pays.

Les intervenants menant des campagnes pour faire abandonner l'excision devraient tenir compte des variations ethniques à l'intérieur de leurs pays et adapter leur campagne selon le public cible.

Le tableau 4.7 montre comment la prévalence de l'excision varie entre des groupes ethniques de quatre pays : le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, le Bénin et le Kenya. Ces pays sont sélectionnés à titre d'exemple, car ces cas démontrent clairement combien les taux de prévalence peuvent varier selon les ethnies et expliquent en partie les grands écarts de prévalence.

Dans les pays tels que la Côte d'Ivoire ou le Bénin, certains groupes ethniques ne pratiquent pas l'excision. Des filles qui grandissent parmi ces groupes ne risquent pas l'excision, quel que soit la prévalence au niveau national. Mais, dans les pays comme le Burkina Faso, une proportion importante des populations ethniques pratique l'excision. Les intervenants menant des campagnes pour faire abandonner l'excision devraient tenir compte de ces différences et adapter leur campagne selon le public cible.

Tableau 4.7
Prévalence de l'excision parmi des ethnies de quatre pays, EDS 1998-2001

	Prévalence	Nombre		Prévalence	Nombre
Bénin 2001			**Burkina Faso 1998-99**		
Peul	88,4	236	Dafing	92,6	104
Bariba	77,4	511	Senoufo	91,2	148
Yoa & Lokpa	72,0	227	Lobi	89,3	83
Autres	27,6	54	Dagara	86,3	79
Yorouba	21,7	742	Samo	86,9	140
Dendi	18,8	165	Bobo	84,8	302
Étrangers	18,7	229	Bissa	74,8	224
Betamaribé	7,0	320	Mossi	74,1	3 787
Fon	0,3	2 797	Peul	68,4	417
Adja	0	937	Autres	66,9	292
			Gourmantché	47,8	527
Total	16,8	6 219	Gourounsi	46,4	340
			Total	71,6	6 445
Côte d'Ivoire 1998-99			**Kenya 1998**		
Autres	74,7	676	Kisii	97,0	860
Mandé (nord)	74,6	366	Masai	88,8	113
Mandé (sud)	69,6	313	Kalenjin	62,2	992
Gur	66,5	442	Taita/Taveta	59,2	81
Krou	13,4	335	Meru/Embu	54,2	564
Akan	2,0	907	Kikuyu	42,5	1 414
			Kamba	33,0	1 008
Total	44,5	3 040	Autres	19,2	234
			Mijikenda	12,2	391
			Luhya	1,6	1 142
			Luo	1,2	1 074
			Total	37,6	7 881

Que disent des chercheurs spécialisés dans le domaine de l'excision sur le rôle que joue l'appartenance ethnique dans la compréhension de la pratique ? Dans son livre sur le problème de l'excision et de son contexte, Ellen Gruenbaum fait la remarque suivante (2001 : 102) :

> Les pratiques d'excision, où qu'elles se situent, sont profondément imbriquées dans l'identité ethnique. Comprendre ce fait nous éclaire sur les

raisons de la persistance de la pratique et la résistance au changement, et peut aider à expliquer pourquoi la pratique peut même s'étendre.

Cependant, il faut noter que l'identité ethnique n'est pas tout à fait stable. Les enfants de couples mixtes peuvent avoir le choix de leur appartenance ethnique. Les regroupements ethniques peuvent recouvrir plusieurs sous-ethnies aux caractéristiques distinctes. Cette situation apparaît dans le cas de la Côte d'Ivoire 1998-99, où les grands groupes cités comme « Mandé du nord, Mandé du sud, Akan » comprennent en fait des multiples ethnies. La fluidité de l'appartenance ethnique dans beaucoup de contextes sociaux peut faire varier les réponses à la question sur l'identité ethnique.

Le but principal de la classification des taux de prévalence de l'excision selon l'ethnie est de montrer les grandes variations à l'intérieur d'un pays. Indiquer seulement le taux national donne une fausse impression d'uniformité de la pratique, ce qui est loin d'être le cas. Dans la plupart des pays, le contexte socioculturel vis-à-vis de la pratique varie. La situation des familles et des jeunes filles appartenant à des ethnies où toutes sont systématiquement coupées diffère radicalement de celle où aucune—ou très peu—des filles sont excisées. Comme disait Molly Melching dans une communication sur le *Tostan Project*—projet mené au Sénégal qui cherche à éliminer l'excision en travaillant avec les femmes sur le terrain « Nous allons dans les villages qui pratiquent l'excision, pas dans ceux qui ne le font pas. Nous savons tous quels groupes pratiquent l'excision et ceux qui ne le font pas. » (Melching 2003).

Le but principal de la classification des taux de prévalence de l'excision selon l'ethnie est de montrer les grandes variations à l'intérieur d'un pays. Indiquer seulement le taux national donne une fausse impression d'uniformité de la pratique.

4.3 Le contexte de l'excision

Dans la plupart des enquêtes nationales qui comprenaient le module sur l'excision, des questions sur l'expérience vécue des femmes et de leurs filles excisées étaient posées. Les informations recherchées concernaient l'âge de la femme et de la fille lors de leur excision, le type d'excision subi et la personne qui a fait l'intervention.

4.3.1 L'âge lors de l'excision

Les données sur l'âge lors de l'excision sont recueillies régulièrement car elles laissent entrevoir les circonstances de l'évènement et permettent de suivre l'évolution des tendances. L'âge du sujet lors de l'excision joue un grand rôle dans la signification sociale de la pratique. Il est évident que dans les cas où les filles sont coupées à l'âge de quelques mois ou même de quelques années, la signification rituelle pour la fille elle-même ne sera pas la même que pour une adolescente. Dans les contextes où l'excision a lieu entre 12 et 15 ans, l'intervention est souvent vécue comme un rite de passage faisant partie de cérémonies initiatiques et de grandes fêtes (voir Gessain 1960, Kratz 1994, Jackson 1977, Johnson 2000).

Le tableau 4.8 montre les pourcentages des enquêtées excisées à des âges différents. L'âge de l'intervention varie énormément d'un pays à un autre. Selon les deux enquêtes en Égypte (1995 et 2000), environ 90 % des filles sont excisées entre l'âge de 5 et 14 ans, tandis qu'en Érythrée (1995 et 2002), en Éthiopie (2000), au Mali (2001) et en Mauritanie (2000-01), 60 % des filles ont subi l'excision avant leur cinquième anniversaire. Dans les autres pays de l'Afrique de l'ouest, seulement un tiers des filles ont été excisées au cours des cinq premières années de leur vie. Au Kenya et en Tanzanie, environ 60 à 70 % des filles ont été excisées entre 10 et 19 ans. Finalement au Yémen, 76 % des filles ont été excisées lorsqu'elles étaient nourrissons, lors des deux premières semaines de leur vie.

Tableau 4.8
Répartition en pourcentages des excisées selon l'âge lors de l'excision, EDS 1989-2002

Région/pays	Âge lors de l'excision					« Ne sait pas l'âge» ou données manquent	Total
	0-4 ans	5-9 ans	10-14 ans	15-19 ans	19 ans ou plus		
Afrique du nord-est							
Égypte 1995	2,6	46,0	42,9	0,9	0,0	7,6	100,0
Égypte 2000	6,2	42,2	49,8	0,5	0,0	1,3	100,0
Érythrée 1995	60,0	11,1	1,0	0,0	0,0	27,9	100,0
Érythrée 2002	75,1	15,0	1,1	0,1	0,0	8,7	100,0
Éthiopie 2000	64,4	20,0	10,8	4,3	0,5	0,2	100,0
Afrique de l'ouest (nord)							
Guinée 1999	4,2	48,1	35,2	2,8	0,5	9,2	100,0
Mali 1995-96	41,3	24,8	15,6	1,7	0,0	16,6	100,0
Mali 2001	61,3	20,5	13,1	1,4	0,0	3,7	100,0
Burkina Faso 1998-99	20,5	29,6	7,8	1,7	0,1	40,3	100,0
Mauritanie 2000-01	76,3	0,7	0,2	0,1	0,0	22,7	100,0
Niger 1998	28,8	18,8	7,2	11,1	0,3	33,8	100,0
Afrique de l'ouest (sud) et Afrique du centre							
Côte d'Ivoire 1994	24,3	27,3	27,6	10,5	0,8	9,6	100,0
Côte d'Ivoire 1998-99	55,1	17,3	18,2	6,7	1,5	1,4	100,0
RCA 1994-95	2,4	29,3	59,2	8,0	0,9	0,1	100,0
Nigeria 2000	30,8	5,0	3,6	4,0	1,9	54,6	100,0
Bénin 2001	34,0	40,0	18,6	3,6	0,8	3,0	100,0
Afrique de l'est							
Kenya 1998	2,7	18,9	43,1	29,7	2,2	3,5	100,0
Tanzanie 1996	5,1	19,6	37,0	19,3	3,8	15,1	100,0
Asie de l'ouest							
Yémen 1997	99,2	0,4	0,3	0,0	0,0	0,1	100,0

Note : La question de l'âge de l'excision n'était pas posée dans l'EDS Soudan du nord 1990, donc ce pays ne figure pas dans ce tableau. L'information sur l'âge lors de l'excision en Égypte, en Érythrée et au Yémen est basée sur les réponses des à enquêtées l'égard d'une de leurs filles.

Le tableau 4.9 montre les proportions cumulatives des enquêtées excisées en fonction de l'âge au moment de l'intervention. Nous trouvons ainsi dans l'enquête République Centrafricaine 1994-95 que seulement 2 % des enquêtées étaient coupées avant l'âge de 4 ans et 91 % avant l'âge de 14 ans. En Érythrée, en Éthiopie et au Yémen, la majorité des filles était excisée au cours de la première année de leur vie. Au Kenya 78 % des filles n'étaient pas excisées avant neuf ans.

Tableau 4.9
Pourcentages cumulatifs parmi les enquêtées excisées selon l'âge lors de l'excision, EDS 1989-2002

Région/pays	Âge lors de l'excision					« Ne sait pas l'âge» ou données manquent
	< 1 an	0-4 ans	0-9 ans	0-14 ans	0-15 ans et plus	
Afrique du nord-est						
Égypte 1995	0,6	2,6	48,6	91,5	92,4	7,6
Égypte 2000	1,3	6,2	48,5	98,3	98,6	1,3
Érythrée 1995	44,1	60,0	71,1	72,1	72,1	27,9
Érythrée 2002	62,2	75,1	90,1	91,2	91,3	8,7
Éthiopie 2000	52,5	64,1	81,2	94,7	99,4	0,6
Afrique de l'ouest (nord)						
Guinée 1999	0,3	4,2	52,3	87,5	90,8	9,2
Mali 1995-96	28,6	41,3	66,1	81,7	83,4	16,6
Mali 2001	6,9	61,3	81,8	94,9	96,3	3,7
Burkina Faso 1998-99	10,6	20,5	50,1	57,9	59,7	40,3
Mauritanie 2000-01	18,8	76,3	77,0	77,2	77,3	22,7
Niger 1998	12,5	28,8	47,6	54,8	66,2	33,8
Afrique de l'ouest (sud) et Afrique du centre						
Côte d'Ivoire 1994	15,8	24,3	51,6	79,2	90,5	9,6
Côte d'Ivoire 1998-99	0,3	55,0	72,4	90,6	98,8	1,3
RCA 1994-95	0,2	2,4	31,7	90,9	99,8	0,2
Nigeria 1999	41,6	49,4	57,5	63,3	72,7	27,3
Bénin 2001	0,1	34,0	74,0	92,6	96,8	3,1
Afrique de l'est						
Kenya 1998	0,0	2,7	21,6	64,7	96,6	3,5
Tanzanie 1996	0,6	5,1	24,7	61,7	84,8	15,1
Asie de l'ouest						
Yémen 1997	99,2	99,6	99,9	99,9	99,9	0,1

Note : L'information sur l'âge lors de l'excision en Égypte, en Érythrée et au Yémen est basée sur les réponses des mères à l'égard de leurs filles.

4.3.2 Type d'excision

L'information sur le type d'excision peut aider à prévoir la gravité des conséquences médicales qui peuvent suivre l'intervention. Des données classifiées selon les trois types d'excision définis par l'OMS—la clitoridectomie, l'excision, l'infibulation— sont disponibles pour six enquêtes. Dans cinq de ces enquêtes, on a demandé aux femmes excisées d'identifier un des trois types. Dans le cas de Niger 1998, on leur a demandé de dire ce qu'elles ont subi et ensuite les spécialistes sur place ont classifié les réponses selon les trois types. Le tableau 4.10 présente ces résultats.

Dans le cas de Niger 1998, on a demandé aux femmes enquêtées de dire ce qu'elles ont subi. Ensuite les spécialistes sur place ont classifié les réponses selon les trois types d'excision.

Tableau 4.10
Pourcentage des enquêtées excisées classifiés selon trois types d'excision (types indiqués par l'enquêteuse), EDS 1995-1999

Enquête	Clitori-dectomie	Excision	Infibulation	Autre ou non-disponible	Total	Nombre de femmes
Érythrée 1995	61,5	4,4	34,0	0,1	100,0	4 775
Mali 1995-96	52,1	46,9	0,5	0,5	100,0	9 097
Burkina Faso 1998-99	26,2	56,3	0,6	16,9	100,0	5 539
Niger 1998	66,5	4,8	0,0	28,7	100,0	340
Nigeria 1999	50,8	4,2	2,3	42,7	100,0	3 327
Tanzanie 1996	56,6	35,3	5,1	3,0	100,0	1 476

La façon de présenter les types d'excision différait dans d'autres pays. Par exemple, en Côte d'Ivoire (1998-99) on a demandé aux femmes ce qui leur a été fait lors de l'excision, mais ces réponses n'étaient pas classifiés par type. Au Soudan du nord on a classifié les types en demandant aux enquêtées d'identifier leur type d'excision selon d'autres nomenclatures utilisées dans d'autres enquêtes qui correspondent aux trois types définis par l'OMS :

1. pharaonique (infibulation), opération subie par 82 %
2. intermédiaire (excision) subie par 3 %
3. *sunna* (clitoridectomie) subie par 15 %

La pratique d'infibulation semble affecter un grand nombre de femmes dans deux pays étudiés : l'Érythrée et le Soudan du nord.

À 82 %, le Soudan du nord montre le taux d'infibulation le plus élevé de tous les pays dont les données sont disponibles.

Le terme *sunna* vient de la langue arabe et se réfère à une obligation religieuse musulmane, même si ceci n'est pas stipulé dans le Coran. Ce terme est souvent utilisé comme explication de l'excision et d'une certaine façon de la faire, mais son interprétation varie selon les sociétés. Par exemple, dans la société sosso en Guinée, *sunna* dénote ce que la population croit être le devoir islamique d'exciser les filles et se réfère spécifiquement à l'ablation du clitoris et les labia minora (Yoder et al. 1999). Au Tchad une excision *sunna* signifie l'ablation partielle du clitoris (Leonard 2000).

Le tableau 4.10 montre une proportion d'infibulation plus élevée en Érythrée que dans les cinq autres pays. Il est difficile de savoir dans quelle mesure les femmes enquêtées comprennent les termes utilisés lors de l'enquête pour désigner les trois types d'excision. Si les termes utilisés par les enquêteuses correspondent à ceux utilisés dans la langue locale, ces chiffres peuvent être fiables. Mais si celles qui font les entrevues n'utilisent pas les expressions correspondantes à la réalité sur le terrain, on ne peut pas se fier à ces statistiques. Dans les études cliniques mentionnées dans le chapitre 2 on a examiné la correspondance entre les déclarations des femmes à propos de leurs excisions et des examens gynécologiques, mais ces rapports ne mentionnent que si oui ou non les femmes ont subi une excision et non quel type d'excision aurait eu lieu.

Un certain nombre de réponses sont indiquées comme « autre ou non-disponible ». Il se peut qu'au Nigeria (à 42,7 %) il y ait eu un problème dans la saisie des données. Le problème au Niger (à 28,7 %) pourrait refléter une difficulté de classification des réponses sur ce que les enquêtées auraient subi.

Dans les autres enquêtes les questions spécifiques sur le type d'excision qu'auraient subi les femmes enquêtées ou leurs filles n'étaient pas posées. Dans trois enquêtes

(Bénin 2001, Mali 2001, Érythrée 2002) on a demandé aux femmes excisées de dire si la zone vaginale avait été cousue. Les réponses affirmatives indiquent que 39 % des femmes en Érythrée, 2 % au Mali et 4 % au Bénin ont subies l'infibulation. Ces taux étaient moins élevés en Érythrée et au Mali lors des enquêtes précédentes (taux cités dans le tableau 4.10).

La pratique d'infibulation semble affecter un grand nombre de femmes dans deux pays étudiés : l'Érythrée où, selon l'EDS 2002, 39 % des excisées ont subi l'infibulation, et le Soudan du nord où 82 % sont infibulées (EDS 1989-90).

4.3.3 Identité de la personne ayant procédé à l'excision

Dans presque toutes les enquêtes, EDS a recueilli des informations sur l'identité de la personne qui a fait l'excision, car cette donnée est cruciale pour comprendre comment l'intervention a lieu et en déduire les conséquences possibles pour la santé de la femme. Le tableau 4.11 montre la proportion des femmes excisées par une praticienne traditionnelle ou par un(e) professionnel(le) médical(e). Par « praticienne traditionnelle » nous entendons les spécialistes locales (exciseuses ou accoucheuses). Ce sont généralement les femmes plus âgées de la communauté qui assument ses rôles. Par « professionnel médical » nous entendons médecins, infirmières, ou sage-femmes certifiées. La catégorie « autre » se réfère à tout autre réponse ou aux réponses non disponibles (nd).

Tableau 4.11
Pourcentage des excisées selon la personne qui a fait l'excision (praticienne traditionnelle ou professionnel médical), EDS 1989-2002

Enquête	Tradition-nelle	Médical	« Ne le sait pas »	Autre	Total	Nombre de femmes
Afrique du nord-est						
Égypte 1995	79,6	17,3	1,7	1,4	100,0	14 330
Égypte 2000	38,3	61,4	0,3	nd	100,0	5 709
Érythrée 1995	95,0	0,2	4,8	nd	100,0	4 775
Érythrée 2002	92,2	0,6	4,9	2,3	100,0	7 765
Soudan (nord) 1989-90	63,9	35,6	0,2	0,3	100,0	5 226
Éthiopie 2000	98,4	0,8	0,8	nd	100,0	3 984
Afrique de l'ouest (nord)						
Guinée 1999	89,8	9,4	0,8	nd	100,0	6 656
Mali 1995-96	87,7	2,0	10,2	0,1	100,0	9 097
Mali 2001	91,4	2,3	6,3	nd	100,0	11 767
Burkina Faso 1998-99	86,3	0,8	12,1	1,0	100,0	5 539
Mauritanie 2000-01	70,9	1,1	27,5	0,6	100,0	5 508
Niger 1998	93,1	2,6	2,4	1,9	100,0	340
Afrique de l'ouest (sud) et Afrique du centre						
Côte d'Ivoire 1994	90,5	0,9	4,7	3,9	100,0	3 459
Côte d'Ivoire 1998-99	93,2	0,4	5,1	1,3	100,0	1 354
Nigeria 1999	72,8	12,9	12,0	2,3	100,0	2 088
Bénin 2001	95,9	0,5	3,7	nd	100,0	1 047
Afrique de l'est						
Kenya 1998	62,2	34,4	3,3	0,3	100,0	516
Tanzanie 1996	81,6	3,5	6,2	7,4	100,0	1 476
Asie de l'ouest						
Yémen 1997	90,8	8,6	0,7	nd	100,0	1 546

Note : Information en Égypte, en Éthiopie et en Kenya est basée sur les réponses des enquêtées à l'égard de leurs filles.
nd = Données inconnues ou non-disponibles

La croissance du nombre des professionnels de la médecine qui font l'intervention d'excision est souvent citée comme une preuve de la « médicalisation » de l'excision. Ce phénomène qui est apparent surtout en Égypte, en Guinée et au Mali sera traité de façon plus détaillée dans le chapitre 5 qui suit.

4.4 Données sur les conséquences de l'excision pour la santé de la femme

Il est difficile d'évaluer l'impact global de l'excision sur la santé des femmes et les enquêtes EDS ne permettent pas de saisir beaucoup d'information sur les effets néfastes de l'excision. Dans 9 des 20 enquêtes, on a posé des questions sur les conséquences sur sa santé pour la femme enquêtée ou pour ses filles.

Lors de l'enquête Érythrée 1995, 19 % des enquêtées excisées ont rapporté des problèmes lors des rapports sexuels ou lors des accouchements.

En Érythrée, 1995 et 2002, on a demandé aux enquêtées si elles avaient éprouvé des problèmes lors des relations sexuelles ou pendant leurs accouchements qui pourraient être attribués à l'excision. Lors de l'enquête 1995, 19 % des femmes ont déclaré avoir éprouvé des problèmes lors des relations sexuelles ou lors de l'accouchement. Ce taux est tombé à 13 % lors de l'enquête 2002. En Égypte 1995 on a demandé aux mères si elles avaient eu des complications quant à leur santé suite à l'excision ; 5 % ont répondu qu'elles en avaient eu. La question sur des complications éventuelles en matière de la santé que leurs filles auraient éprouvées suite à l'excision était posée aux du enquêtées Yémen ; 15 % ont affirmé que oui. En RCA (1994-95) on a demandé aux enquêtées de dire simplement si elles avaient éprouvé des difficultés suite à l'excision ; 27 % disaient qu'elles en avaient eu, principalement des douleurs et des saignements excessifs.

Dans quatre autres enquêtes (Guinée 1999, Mauritanie 2000-01, Mali 2001, Bénin 2001) EDS a incorporé une question au module sur des complications spécifiques suivant l'excision de la fille la plus récemment excisée. On préférait poser des questions à propos de cette dernière pour que le souvenir de la mère soit le plus proche possible de l'événement. Lors de l'entrevue, l'enquêteuse citait les complications possible suivantes : saignements excessifs, infection ou fièvre, difficulté à uriner, gonflements, oedèmes, guérison lente. Le tableau 4.12 montre les résultats tirés de ces quatre enquêtes.

Tableau 4.12
Pourcentage des filles ayant souffert de problèmes de santé suite à leur excision, selon les réponses des mères, EDS 1999-2001

Enquête	Saignement	Difficulté à uriner	Infection	Gonflement	Guérison lente	Nombre de filles
Guinée 1999	30,9	16,8	12,4	4,4	10,2	2 340
Mali 2001	16,8	21,1	7,8	4,6	nd	5 999
Mauritanie 2000-01	24,6	25,1	32,4	11,6	22,6	2 574
Bénin 2001	11,5	14,8	13,1	8,7	nd	246

Note : Dans les enquêtes au Mali et au Bénin, les réponses concernant l'infection et la guérison lente étaient regroupées, donc les pourcentages exacts de celles qui rapportaient une guérison lente sont considérés comme non-disponibles. Il faut aussi noter que la plus forte proportion de filles ayant éprouvé des conséquences d'ordre médicale se trouve en Mauritanie, qui a aussi la plus haute prévalence d'infibulation parmi les quatre pays.
nd = Données inconnues ou non-disponibles.

Il est difficile d'évaluer l'impact réel de l'excision sur la santé de la femme à partir d'un questionnaire de cette sorte. Les femmes ont souvent des difficultés à se rappeler

leur propre excision et à juger de ce qui serait normal ou extraordinaire par rapport aux saignements ou aux autres difficultés. Il est plus facile pour elle de rappeler l'événement concernant une de ces filles, mais les questions restent toujours ambiguës en quant à ce qui est normal ou excessif. Une compréhension plus profonde de la façon dont les femmes interprètent ces questions—notamment en ce qui est considéré comme normal ou ce qui considéré comme alarmant—et le rapport entre les conséquences et le type d'excision s'impose. Dans les sociétés où la souffrance est considérée comme faisant partie de l'initiation et où l'endurance lors de l'excision est valorisée, les femmes peuvent ne pas considérer les problèmes éprouvés comme anormaux ou d'ordre médical. Dans les pays où une campagne agressive contre la pratique était menée, les femmes pourraient avoir tendance à minimiser les conséquences médicales de l'excision de leurs filles afin d'éviter la critique.

4.5 Perceptions de la pratique d'excision

Toutes les enquêtes EDS contenant le module sur l'excision posaient des questions sur les opinions et les perceptions de la pratique d'excision, mais les questionnaires variaient. Comme il est indiqué dans le tableau 3.1 dans le chapitre 3, toutes les EDS nationales (à l'exception de la Côte d'Ivoire 1994 et de la Tanzanie) ont posé la question de savoir si la pratique devrait continuer ou cesser. Dans les premiers questionnaires sur l'excision, on a demandé si les enquêtées soutenaient ou non la pratique. À partir de 1994, on a demandé aux enquêtées de citer les avantages et les inconvénients à faire exciser les filles.

4.5.1 Soutien à l'excision parmi les femmes

On pouvait s'attendre à ce que les femmes excisées veuillent continuer la pratique et que celles qui n'étaient pas coupées ne la soutiendraient pas. Il s'agit de savoir quelle proportion de femmes excisées désirent continuer ou abolir la pratique. Est-ce que ça serait un petit nombre ? Comment est-ce que ça varierait d'un pays à l'autre ? Y'aurait-il de grandes différences de prévalence par rapport à cette question entre les enquêtes nationales ?

Le tableau 4.13 donne des informations pertinentes. Il montre la proportion des excisées par rapport à celles qui déclarent vouloir abandonner la pratique ou la continuer. Le chiffre principal dans ce tableau est la proportion des femmes excisées qui déclarent vouloir arrêter l'excision, car ce sont celles-ci qui sont susceptibles de provoquer des changements.

Les données démontrent qu'une proportion signifiante des femmes excisées se déclare contre l'excision.

Les enquêtes dans les pays d'Afrique du nord-est—où la prévalence est souvent plus de 80 %— indiquent que le soutien de la pratique parmi les excisées varie énormément. Il faut s'attendre à ce qu'un certain nombre de femmes excisées se déclarent contre la pratique après des campagnes contre l'excision. Les enquêtes en Égypte et au Soudan du nord indiquent que 10 à 14 % des excisées sont contre la pratique ; en Éthiopie les excisées déclarant qu'elles s'opposent à la pratique monte à 25 %. Une grande portion des excisées en Érythrée (36 % en 1995 et 44 % en 2002) a dit qu'il fallait cesser la pratique.

Tableau 4.13
Parmi les femmes excisées, pourcentage qui déclarent vouloir arrêter ou continuer la pratique, EDS 1989-2002

Région/pays	Arrêt	Continuation	« Ne sais pas » ou réponses manquantes	Total	Nombre de femmes
Afrique du nord-est					
Égypte 1995	10,4	84,0	5,6	100,0	14 332
Égypte 2000	13,3	76,9	9,7	100,0	15 153
Érythrée 1995	36,2	59,3	4,5	100,0	4 775
Érythrée 2002	44,2	53,3	2,5	100,0	7 765
Soudan (nord) 1989-90	13,9	86,0	0,0	100,0	5 226
Éthiopie 2000	24,8	70,5	4,7	100,0	12 280
Afrique de l'ouest (nord)					
Guinée 1999	21,6	68,.8	9,5	100,0	6 656
Mali 1996	10,0	79,7	10,2	100,0	9 097
Mali 2001	8,7	85,2	6,0	100,0	11 767
Burkina Faso 1999	63,7	23,8	12,5	100,0	4 615
Mauritanie 2001	13,1	77,7	9,1	100,0	5 508
Niger 1998	21,2	70,0	8,7	100,0	340
Afrique de l'ouest (sud) et Afrique du centre					
Côte d'Ivoire 1999	35,5	57,4	7,1	100,0	1 354
RCA 1994	33,5	61,3	5,2	100,0	2 555
Nigeria 1999	37,0	54,4	8,6	100,0	2 056
Bénin 2001	75,7	14,0	10,3	100,0	1 047
Afrique de l'est					
Kenya 1998	56,7	40,9	2,5	100,0	2 965
Asie de l'ouest					
Yémen 1997	16,6	78,2	5,2	100,0	2 354

Note : La question de continuer la pratique ou de la cesser n'était pas posée lors des enquêtes en Côte d'Ivoire 1994 et en Tanzanie 1996.

À l'exception du Niger (5 %), les pays au nord de l'Afrique de l'ouest ont des taux de prévalence élevés (71 à 98 %). À l'exception de Burkina Faso— où seulement 24 % des femmes enquêtées ont dit qu'il fallait continuer la pratique et 64 % qu'il fallait l'abandonner—les taux de soutien sont forts, allant de 64 à 80 %. Le pourcentage élevé des femmes se déclarant contre la pratique au Burkina Faso pourrait s'expliquer par une campagne menée dès les années 1980 sous la présidence de Thomas Sankara (1983-87) et le fait que depuis lors la pratique est illégale. Lors de l'enquête 1999, on a demandé aux femmes burkinabées si elles savaient que l'excision était interdite selon la loi. Parmi les 78 % qui ont répondu «oui », 74 % ont dit que la pratique devrait être abandonnée, 16 % ont dit qu'il fallait la continuer et 9 % ont déclaré qu'elles ne savaient pas.

Le pourcentage élevé des femmes se déclarant contre la pratique au Burkina Faso pourrait s'expliquer par une campagne contre l'excision menée dès les années 1985-90.

La proportion des enquêtées qui disent vouloir abolir la pratique est plus élevée dans les pays du sud de l'Afrique de l'ouest qu'ailleurs. Il faut noter que ces pays ont aussi une prévalence basse (17 à 45 %). Le cas du Bénin est remarquable avec 76 % des excisées se déclarant contre la continuation de la pratique. Au Bénin, 60 % de la population sont Fon ou Adja, des ethnies qui ne pratiquent pas l'excision. Les taux de prévalence sont élevés (72 à 88 %) parmi les ethnies minoritaires, les Peuls, les Baribas et les Yoas, mais ceux-ci ne constituent que 19 % de la population. D'autres groupes ethniques béninois qui composent ensemble 19 % de la population ont un taux de prévalence d'environ 20 % et la plupart des enquêtées de ces groupes se décla-

raient contre l'excision. Cependant, 27 % des femmes qui ont dit s'y opposer avaient fait exciser au moins une de leurs filles.

Le tableau 4.14 examine le rapport entre le nombre de femmes se disant contre la pratique et celles qui ont fait exciser leurs filles aînées. Dans sept enquêtes on a demandé aux enquêtées si elles soutenaient la pratique ou non et si elles avaient fait exciser leurs aînées ou non. Utilisant le dénominateur de toutes les enquêtées excisées ayant au moins une fille vivante, ce tableau montre la prévalence parmi les filles dont les mères se déclaraient pour ou contre l'excision. Ce tableau indique des différences entre les deux groupes pour tous les pays sauf le Mali.

Tableau 4.14
Parmi les femmes excisées ayant au moins une fille vivante, prévalence de l'excision des aînées selon la déclaration de la mère pour l'arrêt ou la continuation de la pratique, EDS 1995-99

Enquête	Prévalence de l'excision parmi les aînées (Mères se disant pour l'arrêt ou la continuation de l'excision)		Total des aînées excisées
	Arrêt	Continuation	
Érythrée 1995	60,3	79,4	73,5
Mali 1995-96	75,8	77,3	77,2
Burkina Faso 1998-99	47,9	61,7	51,7
Niger 1998	33,7	57,7	52,4
Côte d'Ivoire 1998-99	37,5	55,6	49,2
Nigeria 1999	35,4	76,2	59,8
Kenya 1998	16,2	39,9	24,8

Les résultats du Kenya diffèrent de ceux des autres pays par la prévalence basse parmi les filles aînées des femmes excisées (25 %) et par l'écart de prévalence entre les partisanes et les opposantes à la pratique : 16 % de celles qui déclaraient vouloir cesser l'excision ont fait exciser leur fille aînée par rapport à 40 % de celles qui soutiennent la pratique. Dans les autres enquêtes les taux de prévalence chez les aînées varie de 49 à 77 %.

À l'exception du Kenya, un tiers à trois quarts des mères excisées qui se sont déclarées contre la pratique avait tout de même fait exciser leur fille aînée. On peut supposer que certaines ont changé d'avis après l'excision de l'aînée ou que leur fille a été excisée contre sa volonté, mais ces cas semblent rares. Il faut donc se demander pourquoi tant de femmes excisées se déclarant contre la pratique auraient participé à l'excision de leurs filles. Gerry Mackie avance l'argument suivant : même si les femmes prises individuellement sont réellement contre la pratique, elles ne peuvent pas l'arrêter seules, donc l'excision continue (Mackie 2000).

À l'exception du Kenya, un tiers à trois quarts des mères excisées se déclarant contre la pratique ont tout de même fait exciser leur fille aînée.

Il se peut aussi qu'une réponse à une question posée lors d'une enquête ne reflète pas réellement les positions des femmes. Il arrive souvent que les déclarations faites dans le contexte d'une enquête ne soient pas en accord avec les actions dans la vie quotidienne. Des chercheurs en communication pour la santé ont depuis longtemps débattu de la raison des écarts entre les désirs déclarés et le comportement individuel. Ceux qui adhèrent à la théorie de la diffusion argumentent que de telles déclarations peuvent être des signes précurseurs de changement. Mais il arrive souvent que les campagnes de santé publique produisent de grands changements au niveau des connaissances sans apporter de changements de comportement (Hornik et al. 2002).

4.5.2 Raisons données pour continuer la pratique

Dans onze enquêtes, on a demandé aux femmes de dire si elles souhaitaient la continuation de la pratique et, si oui, pour quelles raisons. Les réponses pré-codées comprenaient : 1) la coutume, la tradition ; 2) bonne tradition ; 3) la religion l'exige ; 4) la propreté, l'hygiène ; 5) la virginité, la moralité ; 6) meilleures possibilités de mariage. Les enquêtées pouvaient citer plusieurs raisons. Le tableau 4.15 montre les raisons données le plus fréquemment par les enquêtées en faveur de la continuation de la pratique.

Dans neuf sur onze enquêtes, entre 50 et 71 % des femmes ont cité « coutume et tradition » comme les raisons principales de continuer l'excision.

Une grande proportion des enquêtées ont cité « la tradition » ou « la coutume » —termes considérés comme plus ou moins équivalents—comme la raison principale de procéder à l'excision. Le terme « bonne tradition » figurait dans plusieurs questionnaires et était aussi souvent cité comme raison. Le terme « religion » pose la question de l'obligation d'exciser comme un impératif de leur religion. Les termes « virginité » et « moralité » sous-entendent que l'excision protège la virginité de la fille et empêche un comportement immoral selon les normes de la communauté. Les termes « propreté » ou « hygiène » s'appliquent plus aux normes esthétiques du corps de la femme qu'à la notion de ce qui est sale ou propre.

Tableau 4.15
Parmi les femmes qui souhaitent la continuation de la pratique, pourcentages selon les raisons données, EDS 1989-99

Enquête	Coutume	Bonne tradition	Virginité	Religion	Propreté	Mariage
Égypte 1995	nd	58,0	9,0	31,0	36,0	9,0
Érythrée 1995	69,0	53,0	15,0	12,0	15,0	4,0
Soudan du nord 1989-90	68,0	19,0	7,0	14,0	8,0	5,0
Mali 1995-96	61,0	28,0	5,0	13,0	6,0	3,0
Burkina Faso 1998-99	71,0	nd	10,0	9,0	10,0	4,0
Niger 1998	22,0	nd	27,0	6,0	2,0	29,0
Côte d'Ivoire 1998-99	68,0	nd	15,0	11,0	17,0	36,0
RCA 1994-95	70,0	26,0	13,0	0,4,0	1,0	9,0
Nigeria 1999	50,0	35,0	14,0	2,0	5,0	7,0
Kenya 1998	56,0	42,0	30,0	5,0	4,0	18,0
Yémen 1997	36,0	12,0	6,0	33,0	46,0	3,0

nd = Données inconnues ou non-disponibles.

Il faut noter que les dénominateurs dans ces enquêtes varient largement et que les raisons pour continuer la pratique de l'excision n'ont été demandées qu'aux femmes qui se déclaraient pour la continuation de la pratique. Par exemple, en Égypte 1995, 82 % des enquêtées (84 % des excisées) ont déclaré que la pratique devrait continuer et 58 % de celles-ci ont cité la tradition comme raison. Au Kenya, seulement 20 % ont dit que la pratique devrait continuer et 56 % de celles-ci ont cité la coutume ou la tradition comme raison.

Dans neuf sur onze enquêtes, entre 50 et 71 % des femmes ont cité « coutume et tradition » comme les raisons principales de continuer l'excision. Une bonne proportion a donné « bonne tradition » comme raison. Qu'est-ce que ces réponses signifient réellement ? Elles suggèrent que parmi les femmes qui déclarent vouloir continuer la pratique, la moitié aux deux tiers considère que l'excision fait partie des obligations de bonnes mères envers leurs filles, qu'elles élèvent leurs filles selon les normes en cours dans leur communauté.

Dans deux pays, seulement une petite proportion des enquêtées ont évoqué la tradition pour expliquer pourquoi la pratique devrait continuer : Niger (22 %) et Yémen (36 %). Ces pays ont aussi des taux de prévalence nationale très bas, avec 5 % au Niger et 23 % au Yémen.

On a demandé aux femmes qui ont dit que la pratique devrait cesser d'expliquer pourquoi. La plupart des réponses se rangeaient sous des termes « complications médicales » et « mauvaise tradition ». Dans six des enquêtes, la raison dominante était des conséquences pour la santé de la femme, allant de 37 à 67 %. Dans cinq autres enquêtes la réponse majoritaire était « mauvaise tradition », allant de 50 à 72 %. Il n'y a pas de rapport évident entre la prévalence d'excision et les raisons données pour cesser la pratique. Les raisons principales données dans les pays à haute prévalence ne diffèrent pas de celles données dans les pays à basse prévalence. Il est intéressant de constater que la raison majeure pour continuer la pratique serait « la (bonne) tradition », alors que la raison la plus souvent citée pour la cesser serait « la mauvaise tradition ». Ces résultats suggèrent qu'il faudrait effectuer plus de recherches pour savoir ce que les gens entendent par ces réponses normatives.

Dans six des enquêtes plus récentes, on a posé des questions sur les avantages à faire exciser les filles et aussi les avantages à ne pas les faire exciser. Dans quatre enquêtes l'approbation sociale était l'avantage cité le plus souvent (35 à 65 %). Au Bénin (2001), 41 % déclarait qu'elles ne voyaient pas d'avantage dans la pratique. En Égypte (2000) 58 % disait que c'était pour maintenir la tradition. Les réponses concernant les inconvénients variaient considérablement. Lors de l'enquête Égypte 2000, 75 % des femmes ont dit qu'elles ne voyaient pas d'inconvénient. Cinquante-neuf pour cent des enquêtées au Mali (2000), 43 % en Érythrée (2002), et 48 % au Bénin (2001) ont dit aussi qu'elles ne voyaient pas de désavantages à la pratique de l'excision.

4.5.3 Soutien à l'excision parmi les hommes

Dans sept pays d'Afrique de l'ouest et en Érythrée les enquêtes comprenaient des questions sur l'excision à poser aux hommes. Une de ces questions était « Pensez-vous que cette pratique doit être maintenue ou qu'elle doit disparaître ? ». Le tableau 4.16 compare le pourcentage d'hommes et de femmes qui ont déclaré vouloir continuer l'excision. Les dénominateurs sont ceux qui ont entendu parler de l'excision.

Tableau 4.16
Pourcentage des femmes et des hommes enquêtés qui disent que l'excision doit continuer, EDS 1995-2001

Enquête	Femmes	Hommes
Érythrée 1995	57,0	46,0
Guinée 1999	68,0	52,0
Mali 2001	80,0	73,0
Burkina Faso 1998-99	21,0	17,0
Mauritanie 2000-01	64,0	37,0
Niger 1998	32,0	14,0
Côte d'Ivoire 1998-99	30,0	23,0
Bénin 2001	5,0	5,0

Ce tableau montre qu'une proportion plus élevée de femmes que d'hommes est en faveur de la pratique dans tous les pays étudiés, à part le Bénin où les pourcentages sont à peu près égaux (5 %). Comment expliquer que plus d'hommes que de femmes s'opposent à la pratique ? Il y a trois explications possibles à considérer :

Premièrement, il est fort probable que les femmes pensent que l'excision des filles relève de leur responsabilité ; les hommes ne jouent qu'un rôle très marginal dans la prise de décision et la préparation de l'excision. Cet avis était souvent exprimé par des femmes comme des hommes interviewés lors d'une recherche qualitative menée par ORC Macro en Guinée (Yoder et al. 1999). Dans son étude en Gambie, Ylva Hernlund a aussi trouvé que les hommes ne jouaient pas vraiment de rôle dans la pratique (Hernlund 2003). Si les femmes se croient responsables pour l'excision de leurs filles, il est logique que plus de femmes que d'hommes soutiennent la pratique.

Dans tous les pays étudiés sauf le Bénin, une proportion plus élevée de femmes que d'hommes se déclarait en faveur de la continuation de la pratique d'excision.

Deuxièmement, il se peut que le soutien à l'excision ait diminué dans ces pays ces dernières années de par le fait que de plus en plus de meneurs sociaux et politiques se prononcent contre la pratique et que plus de gens déménagent en ville. De par la structure sociale, les hommes tendent à rentrer plus souvent dans la vie publique que les femmes, donc ils risquent d'être d'avantage exposé aux courants de changements.

Finalement, l'opposition peut être liée à l'éducation. Comme nous l'avons démontré avant, il y a un lien étroit entre le niveau de scolarité complétée par les femmes et leur décision de faire exciser leurs filles. Puisque le niveau d'éducation joue un rôle déterminant dans l'abandon de la pratique, il est logique que plus d'hommes s'opposent à l'excision, car les hommes fréquentent l'école plus souvent et plus longtemps que les femmes dans ces pays. Donc, il est probable que tout impact qu'aurait l'éducation en réduisant la pratique se verrait d'abord parmi les hommes.

5

ÉVOLUTION DE LA PRATIQUE

Des études récentes sur l'excision dans des sociétés africaines démontrent que la pratique varie largement et que dans certaines sociétés elle est en train de changer (Shell-Duncan et Hernlund 2000, Gruenbaum 2001). La littérature indique que les filles sont souvent plus jeunes lors de l'intervention, que les aspects rituels s'estompent, qu'une plus grande proportion des filles est coupée par un intervenant médical plutôt que par une exciseuse traditionnelle et que la prévalence globale tend à baisser. Existe-il des preuves statistiques qui permettent de vérifier ces affirmations ? Peut-on identifier les changements de la pratique à travers les résultats des enquêtes EDS ?

Ce chapitre examine les indications de changement dans les taux de prévalence, dans les façons de pratiquer l'excision et dans les déclarations de soutien ou d'opposition au fil du temps. Il est difficile d'évaluer l'évolution de la pratique à partir de données démographiques à cause des écarts temporels. On demande aux femmes de se souvenir d'un événement qui a pu avoir lieu des décades plus tôt, voire lors de sa petite enfance. Prenons comme exemple le Mali, où l'enquête 2001 indique que 61 % des filles étaient excisées avant l'âge de cinq ans et 81 % avant l'âge de dix ans. Ceci veut dire qu'une femme de 17 ans parle d'un événement qui a eu lieu dix à quinze ans dans le passé, c'est-à-dire entre 1986 et 1991. Or les campagnes contre l'excision n'ont commencé qu'au début des années 1990. Il faut donc recueillir des données plus récentes pour déterminer les changements réels qui ont eu lieu au Mali, comme ailleurs.

Cependant, des indications de l'évolution de l'excision se dégagent des rapports d'enquêtes existants si nous classifions les données de façon à pouvoir comparer les groupes d'âge, l'expérience des mères par rapport à celle de leurs filles et les donnés sur deux périodes dans les quelques pays où deux enquêtes successives ont été menées. Des données permettant d'examiner des changements qui ont lieu entre deux périodes sont disponibles pour quatre pays : l'Égypte, l'Érythrée, le Mali et la Côte d'Ivoire. À partir de ces enquêtes nationales, on peut comparer la prévalence de l'excision, les descriptions de la procédure et les perceptions individuelles de la pratique afin d'identifier les changements qui ont eu lieu sur une période de cinq ans.

Des indications de l'évolution de l'excision se dégagent des rapports d'enquêtes existantes si nous classifions les données de façon à pouvoir comparer les groupes d'âge, les expériences des mères par rapport à celles de leurs filles et les données sur deux périodes dans les quelques pays où deux enquêtes successives ont été menées.

5.1 Comparaisons selon les groupes d'âge

La classification des femmes enquêtées entre 15 et 49 ans en sept groupes d'âge permet de comparer l'expérience d'excision à des moments différents dans le passé. Le tableau 5.1 montre la prévalence de l'excision selon différents âges—regroupés par tranche de cinq ans—pour seize pays. Dans neuf de ces pays il y a une diminution nette de la prévalence parmi les trois groupes les plus jeunes (15-19, 20-24, 25-29), tandis que parmi les quatre autres groupes la prévalence est restée à peu près la même. Ces taux suggèrent que dans neuf pays sur seize (l'Érythrée, l'Éthiopie, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, la RCA, le Nigeria, le Bénin, le Kenya et la Tanzanie) la pré-

valence d'excision est en baisse, quoi que ce déclin est moins marqué en Érythrée et au Burkina Faso. En général, les pays qui montrent moins de changement (où le taux baisse peu ou reste à peu près le même) sont aussi ceux qui ont la plus forte prévalence nationale.

Tableau 5.1
Pourcentage des excisées réparti par groupe d'âge, EDS 1989-2002

	Groupe d'âge							
Région/Pays	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Total
Afrique du nord-est								
Égypte 2000 [a]	99,1	97,4	97,2	96,7	97,4	96,9	97,9	97,3
Érythrée 2002	78,3	87,9	90,8	93,4	92,6	94,1	95,0	88,7
Soudan (nord) 1989-90 [a]	86,8	89,7	88,6	89,7	89,0	89,0	90,9	89,2
Éthiopie 2000	70,7	78,3	81,4	86,1	83,6	85,8	86,8	79,9
Afrique de l'ouest (nord)								
Guinée 1999	96,6	98,5	99,1	99,1	99,1	99,3	99,5	98,6
Mali 2001	91,2	91,3	91,9	92,1	92,3	91,2	91,0	91,6
Burkina Faso 1998-99	64,2	70,7	75,0	73,7	74,1	76,7	74,1	71,6
Mauritanie 2000-01	65,9	71,1	73,4	74.2	71,7	76,5	68,6	71,3
Niger 1998	5,0	4,8	4,3	5,3	3,8	3,3	3,3	4,5
Afrique de l'ouest (sud) et Afrique du centre								
Côte d'Ivoire 1989-99	41,2	42,7	42,4	49,0	44,5	51,4	51,0	44,5
RCA 1994-95	34,6	42,7	44,3	44,1	47,5	51,4	53,1	43,4
Nigeria 1999	8,8	19,6	26,4	31,3	31,0	37,9	48,3	25,1
Bénin 2001	12,1	13,4	16,9	18,4	18,3	25,1	23,7	16,8
Afrique de l'est								
Kenya 1998	26,0	32,2	40,4	40,9	49,3	47,4	47,5	37,6
Tanzanie 1996	13,5	15,9	19,6	20,8	18,7	21,3	22,2	17,9
Asie de l'ouest								
Yémen 1997 [a]	19,3	22,2	21,3	22,9	23,6	25,1	25,0	22,6

[a] Échantillon de femmes mariées

Si certains pays ayant une prévalence de moins de 50 % montrent une baisse parmi les groupes les plus jeunes, ce n'est pas le cas pour le Niger et le Yémen. Les résultats du Niger pourraient s'expliquer par le taux faible de prévalence qui est seulement de 5 %. Au Yémen (prévalence de 22,6 %) il ne semble pas y avoir eu de grands changements.

L'âge médian lors de l'excision a baissé considérablement dans quatre pays : le Mali, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire et le Kenya.

Les données exposées ici correspondent à trois catégories d'âge lors de l'excision : 1) les pays où l'excision a généralement lieu vers la puberté (entre 9 et 13 ans) qui comprennent l'Égypte, la Guinée, la RCA, la Côte d'Ivoire, le Kenya et la Tanzanie ; 2) les pays où l'excision a lieu entre cinq et sept ans qui comprennent le Mali, le Burkina Faso, le Niger et le Bénin ; 3) les pays où l'excision a lieu lors de la petite enfance (lors des premières semaines de vie jusqu'à trois ans) qui comprennent l'Érythrée, l'Éthiopie, la Mauritanie, la Côte d'Ivoire, le Nigeria et le Yémen. L'enquête au Soudan 1989-90 n'a pas posé la question de l'âge de la fille lors de l'excision. Il faut noter que la présentation des données à l'échelle nationale ne permet pas de déceler la variation d'âge d'excision parmi les différents sous-groupes au sein d'un pays.

L'âge médian lors de l'excision a baissé considérablement dans quatre pays : le Mali, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire et le Kenya. Au Mali l'âge moyen de l'excision parmi les femmes enquêtées entre 30 et 49 ans était autour de trois ans, tandis que parmi celles de 15 à 29 ans, l'âge moyen d'excision était d'un an. Dans d'autres pays l'âge d'excision a légèrement baissé ou est resté à peu près le même. Les tendances ne

peuvent pas être évaluées en Mauritanie, car l'âge médian d'excision était de moins d'un an pour tous les groupes d'âge.

Le tableau 5.2 montre le pourcentage de femmes excisées par un(e) professionnel(le) de la médecine. Les données de quatre pays (Égypte 2000, Éthiopie 2000, Kenya 1998, Yémen 1997) sont basées sur les expériences de filles telles que rapportées par leurs mères. Les données de neuf enquêtes (sept pays) montrent que moins d'un pour cent des filles sont excisées par un(e) intervenant(e) médical(e). Le cas de la Tanzanie montre que 4 % sont excisées par un professionnel de la santé et que ceci n'a pas changé. En somme, environ la moitié des enquêtes démontrent une évolution vers la médicalisation de l'excision.

Une tendance vers la médicalisation de la pratique se dessine dans la moitié des enquêtes.

Dans huit enquêtes (six pays) les données sur les groupes d'âge les plus jeunes indiquent que de plus en plus d'excisions sont faites par un professionnel médical. Cette tendance paraît clairement dans les cas d'Égypte 1995, de Soudan du nord 1989-90, et de Guinée 1999. La tendance à médicaliser la pratique paraît nettement lorsqu'au moins 9 % des filles sont excisées par un professionnel médical. Au Mali (2001) la proportion globale de femmes ayant été coupées par une professionnelle monte à 5 % parmi le groupe d'âge de 15 à 19 ans, comparé à moins d'un pour cent parmi le groupe des plus âgées (45 à 49 ans).

Tableau 5.2
Selon le groupe d'âge, pourcentage des femmes excisées par un(e) professionnel(le) en médecine, EDS 1989-2002

	Groupe d'âge							
Enquête	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Total
Afrique du nord-est								
Égypte 1995	32,4	25,4	20,2	17,3	14,9	10,8	9,1	17,3
Égypte 2000 [a]	0,0*	57,3*	68,0	66,5	62,7	62,6	56,5	61,4
Érythrée 1995	0,6*	0,2*	0,2*	0,1*	0,0*	0,0*	0,0*	0,2*
Érythrée 2002	1,2*	0,6*	0,7*	0,1*	0,5*	0,1*	0,2*	(0,6)
Soudan (nord) 1989-90	46,7	46,3	38,6	36,7	28,3	26,4	24,4	35,6
Éthiopie 2000 [a]	0,0*	0,1*	0,2*	0,9*	1,6*	1,1*	0,5*	(0,9)
Afrique de l'ouest (nord)								
Guinée 1999	21,8	16,2	7,7	(5.2)	2,2*	0,4*	0,8*	9,4
Mali 1996	3,6	(2,5)	(2,8)	1,4*	1,1*	0,6*	0,2*	2,0
Mali 2001	4,8	3,2	(2,6)	0,8*	1,4*	0,4*	0,3*	2,3
Burkina Faso 1998	0,7*	0,9*	0,5*	0,2*	0,4*	0,2*	0,0*	(0,5)
Mauritanie 2001	1,5*	1,3*	1,0*	0,5*	0,2*	0,4*	0,0*	(0,9)
Niger 1998	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Afrique de l'ouest (sud) et Afrique du centre								
Côte d'Ivoire 1994	1,1*	0,8*	0,7*	1,4*	0,9*	0,6*	0,3*	(0,9)
Côte d'Ivoire 1998-99	0,4*	1,2*	0,3*	0,3*	0,0*	0,0*	0,0*	0,4*
Nigeria 1999	(20,5)	17,8	14,7	(10,6)	(13,2)	7,4*	6,8*	12,7
Bénin 2001	2,1*	0,0*	0,5*	0,6*	0,0*	0,0*	0,0*	0,5*
Afrique de l'est								
Kenya 1998 [a]	-	0,0*	56,5	53,6	41,6	17,2	25,2	34,4
Tanzanie 1996	3,1*	4,1*	2,6*	3,1*	7,3*	2,8*	1,5*	3,5
Asie de l'ouest								
Yémen 1997 [a]	8,2*	(13,7)	8,2*	(7,9)	(8,6)	7,8*	5,6*	8,6

Note : Cette question n'a pas été posée lors de l'enquête en RCA. Les chiffres entre parenthèses sont basés sur 25 à 49 cas non-pondérés. Les astérisques indiquent que le chiffre est basé sur moins de 25 cas non-pondérés.

[a] L'information saisie de ces enquêtes s'appliquent à une fille de la femme enquêtée (soit l'aînée, soit celle qui a été excisée le plus récemment).

Les données EDS montrent que dans certains pays, une plus grande proportion de filles sont excisées plus tôt dans leur vie, que l'excision tend à être faite par une praticienne médicale plutôt que par une exciseuse traditionnelle, et que la prévalence globale baisse. Si ces données ne montrent pas directement un changement au niveau des aspects rituels de la pratique, elles laissent entendre que l'excision comme cérémonie initiatique s'estompe et que sa signification sociale se réduit.

Généralement, la plus grande différence au niveau du soutien de la pratique se situe entre les groupes des plus âgés et ceux des plus jeunes.

Le tableau 5.3 montre le pourcentage des femmes enquêtées se déclarant contre l'excision selon leur groupe d'âge. Dans toutes les enquêtes nationales contenant un module sur l'excision— à part Côte d'Ivoire 1994 et Tanzanie 1996—on a demandé aux femmes si la pratique devrait continuer ou cesser. Les réponses à la question du soutien sont classifiées selon les groupes d'âges pour 14 pays. Le dénominateur correspond au nombre de femmes enquêtées ayant entendu parler de l'excision.

À l'exception de la Guinée, où le taux des femmes qui soutiennent la pratique paraît légèrement plus bas parmi les deux groupes plus jeunes (15 à 24), les pays avec la plus forte prévalence (Égypte, Soudan du nord, Guinée, Mali) ne montrent pas une tendance à diminuer le soutien à l'excision parmi les femmes plus jeunes. Du tableau 5.3 il se dégage que la plus grande différence au niveau du soutien de la pratique se situe entre les groupes des plus âgés et ceux des plus jeunes. Une analyse plus approfondie des données pour chaque pays pourrait permettre d'identifier les caractéristiques de celles qui s'opposent à la continuation de l'excision par rapport à celles qui la soutiennent.

Tableau 5.3
Pourcentage des enquêtées déclarant qu'elles soutiennent la pratique selon le groupe d'âge, EDS 1989-2002

	Groupe d'âge							
Enquête	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Total
Afrique du nord-est								
Égypte 1995	84.8	83,9	81,7	79,2	81,3	80,8	82,2	81,6
Égypte 2000	80,5	75,4	75,7	72,6	74,8	75,5	76,7	75,3
Érythrée 1995	40,9	49,0	59,0	60,9	68,2	66,6	71,2	56,8
Érythrée 2002	36,1	44,4	46,0	54,0	54,7	60,3	63,2	48,4
Soudan (nord) 1989-90	77,1	74,4	76,7	78,9	81,2	82,2	81,3	78,5
Éthiopie 2000	53,4	57,0	58,5	65,2	63,6	66,3	66,7	59,7
Afrique de l'ouest (nord)								
Guinée 1999	60,5	65,7	72,1	69,9	70,7	72,8	71,5	68,3
Mali 1995-96	70,0	75,9	78,2	77,0	76,9	75,4	74,7	75,3
Mali 2001	78,3	78,6	81,0	78,1	77,9	79,0	78,9	78,8
Burkina Faso 1998-99	18,2	17,2	20,0	17,2	16,9	17,1	21,2	18,1
Mauritanie 2000-01	58,0	59,9	61,7	59,2	54,1	62,7	60,8	59,4
Niger 1998	7,3	8,1	9,6	9,9	9,4	10,5	11,5	9,0
Afrique de l'ouest (sud) et Afrique du centre								
Côte d'Ivoire 1998-99	25,8	27,2	25,3	29,2	32,5	31,6	38,0	28,4
RCA 1994-95	27,6	30,6	30,2	30,5	30,2	31,2	35,5	30,2
Nigeria 1999	6,3	13,2	15,4	19,2	17,5	22,3	29,9	15,4
Bénin 2001	4,2	4,0	2,5	2,7	2,6	4,4	3,2	3,4
Afrique de l'est								
Kenya 1998	20,6	19,5	20,2	17,1	19,4	20,5	21,9	19,8
Asie de l'ouest								
Yémen 1997	17,5	22,3	19,2	20,2	22,5	20,8	23,4	20,8

Note : Cette question n'était pas posée lors des enquêtes Côte d'Ivoire 1994 et Tanzanie 1996.

5.2 Comparaisons mères/filles

Nous avons déjà parlé de comment les données sur les filles excisées sont prélevées à partir des rapports des mères (voir le chapitre 3, section 3.5) et de l'avantage d'examiner l'expérience de la fille aînée ou de celle qui a été excisée le plus récemment par rapport au fait d'examiner l'expérience de la mère enquêtée elle-même. Tout en reconnaissant les problèmes inhérents à ces comparaisons (principalement, la capacité de la mère à se rappeler de sa propre expérience d'excision et le fait qu'il n'est pas possible d'enquêter sur toutes ses filles qui ont été ou seront excisées), une comparaison entre la prévalence de l'excision des mères par rapport à celle de leurs filles s'impose. Basé sur les informations des enquêtées ayant entendu parler de l'excision et qui avaient au moins une fille vivante lors de l'enquête, le tableau 5.4 montre la corrélation. La dernière colonne indique la prévalence parmi des filles aînées.

Tableau 5.4
Prévalence d'excision parmi les filles aînées selon que la mère a subi l'excision ou pas (basée sur l'information fournie par les enquêtées ayant entendu parlé de la pratique et ayant au moins une fille vivante), EDS 1995-99

	Fille aînée excisée		Fille aînée non-excisée		Pourcentage des aînées excisées
Enquête	Mère non-excisée	Mère excisée	Mère non-excisée	Mère excisée	
Érythrée 1995	19,5	73,8	80,5	26,2	71,4
Mali 1995-96	11,6	77,4	88,4	22,6	73,6
Burkina Faso 1998-99	7,6	54,4	92,4	45,6	47,4
Niger 1998	7,5	50,1	92,5	49,9	14,2
Côte d'Ivoire 1998-99	1.3	49.2	98,7	50,8	25,8
Nigeria 1999	1,9	59,2	98,1	40,8	20,2
Kenya 1998	0,6	24,9	99,4	75,1	11,3
Tanzanie 1996	0,6	30,4	99,4	69,6	6,8

Vu que la prévalence de l'excision baisse parmi des femmes les plus jeunes dans tous les pays sauf le Niger, on peut s'attendre à ce que la prévalence parmi les filles soit moins élevée que celle des mères. Ceci est vérifié en comparant la colonne 2 (mères excisées) avec la colonne 5 (filles aînées excisées). Il faut noter que la petite proportion des aînées excisées au Kenya et en Tanzanie relève probablement du fait que les filles sont généralement excisées plus tard (autour de 12 ans) dans ces pays, donc les filles qui n'avaient pas été excisées lorsque l'enquête a eu lieu pourraient l'être plus tard.

5.3 Comparaison des résultats sur deux périodes

À la fin de 2002, les données sur l'excision étaient disponibles à partir de deux enquêtes successives dans quatre pays : l'Égypte, l'Érythrée, le Mali et la Côte d'Ivoire. Ces données permettent d'évaluer les changements qui ont pu avoir lieu à l'intérieur d'un même pays. À la fin de 2004, EDS avait mené une deuxième enquête dans quatre autres pays (le Burkina Faso, le Nigeria, le Kenya, la Tanzanie), mais ces résultats plus récents ne figurent pas dans ce rapport comparatif.

Le tableau 5.5 présente des résultats sur la prévalence de l'excision et sur son soutien lors de deux enquêtes menées entre 1994 et 2002 dans quatre pays. Il n'y a qu'en Érythrée où l'on peut voir une baisse sensible de la prévalence d'excision. Les différences en Côte d'Ivoire ne peuvent pas être considérées comme un changement réel, étant donné le différentiel minime qui pourrait être englobé dans la marge d'erreur.

En Égypte la proportion des filles excisées par un(e) professionnelle médical(e) a augmenté, tandis que la proportion excisée par une praticienne traditionnelle a diminué.

Le pourcentage de femmes soutenant l'excision semble avoir baissé de 6 à 8 points en Égypte et en Érythrée, mais de telles diminutions n'apparaissent pas dans l'enquête du Mali. Il se peut que l'ordre des questions posées au Mali lors des enquêtes 1995-96 et 2001 ait joué dans les réponses : dans la première enquête la question du soutien était posée immédiatement après les questions concernant l'excision de la fille, tandis que dans la deuxième elle était posée après les questions sur les avantages et inconvénients et celle de la religion. Il n'est pas impossible que l'ordre des questions influe sur le taux de soutien plus élevé dans l'enquête Mali 2001.

Tableau 5.5
Comparaison des taux de prévalence de l'excision et de la fréquence de soutien à la pratique basée sur deux enquêtes successives dans quatre pays, EDS 1994-2002

Pays/enquête	Prévalence d'excision	Soutien à la pratique
Égypte 1995	97,0 %	81,6 %
Égypte 2000	97,3 %	75,3 %
Érythrée 1995	94,5 %	56,8 %
Érythrée 2002	88,0 %	48,8 %
Mali 1995-96	93,7 %	75,3 %
Mali 2001	91,6 %	80,3 %
Côte d'Ivoire 1994	42,7 %	nd
Côte d'Ivoire 1998-99	44,0 %	30,0 %

nd = Données inconnues ou non-disponibles.

Le tableau 5.6 compare deux enquêtes dans les quatre pays selon les variables suivantes : l'âge de la fille, le taux d'infibulées, le taux d'excisées par un professionnel de la santé et le taux excisé par une praticienne traditionnelle. Les chiffres donnés pour l'Égypte correspondent à l'expérience de la fille de la mère enquêtée. Dans trois des quatre pays, la proportion des filles excisées avant cinq ans a augmenté, indiquant que l'excision tend à avoir lieu à un âge plus jeune. En Côte d'Ivoire, le pourcentage de femmes excisées avant l'âge de cinq ans a doublé (passant de 24 à 55 %). Au Mali, le taux de celles excisées avant cinq ans est passé de 41 à 61 %. On ne perçoit pas de changement sensible dans le taux des infibulées, mais il faut noter que le nombre de cas est bas en Côte d'Ivoire et au Mali et que la question a été modifiée lors de la deuxième enquête au Mali et en Érythrée (voir chapitre 3, section 3.4.1 sur les types d'excision), donc la comparaison statistique n'est pas valable.

Tableau 5.6
Comparaison des aspects de l'excision basée sur deux enquêtes successives dans quatre pays, EDS 1994-2002

Pays/enquête	Pourcentage excisé avant 5 ans	Pourcentage infibulé	Pourcentage excisé par une professionnelle	Pourcentage excisé par une praticienne traditionnelle
Égypte 1995	5,0[a]	nd	54,8[a]	42,4
Égypte 2000	6,2[a]	nd	61,4[a]	38,3[a]
Érythrée 1995	60,0	34,0	0,1	95,0
Érythrée 2002	75,1	38,6[b]	0.6	91,2
Mali 1995-96	41,3	0,5	2,0	87,7
Mali 2001	61,2	1,9[b]	2,3	91,4
Côte d'Ivoire 1994	24,3	nd	0,9	90,6
Côte d'Ivoire 1998-99	55,0	2,3	0,4	92,8

nd = Données inconnues ou non-disponible
[a] Ces pourcentages correspondent aux filles aînées selon les rapports des mères enquêtées.
[b] La question sur l'infibulation différait.

Ce tableau montre qu'en Égypte la proportion des filles excisées par un(e) professionnelle médical(e) a augmenté, tandis que la proportion des femmes excisées par une praticienne traditionnelle a diminué.

Les indications de changement dans la pratique d'excision qui se dégagent des résultats comparés dans ce chapitre sont :

1. Généralement, les filles sont excisées à un âge plus jeune que par le passé.
2 La prévalence diminue pour les groupes d'âge les plus jeunes dans à peu près la moitié des pays étudiés.
3 Quelques pays montrent une tendance à faire exciser les filles par des professionnels de la santé plutôt que par des praticiennes traditionnelles.

Les données EDS indiquent les pays qui ont démontré le plus de changements et ceux qui méritent des analyses plus approfondies afin de comprendre quelques résultats surprenants (comme en Érythrée, au Bénin et au Burkina Faso). Toutes les données en rapport avec l'évolution de la pratique devraient être prises en considération dans la planification efficace des campagnes contre l'excision.

6

CONCLUSION : UTILISATION DES DONNÉES EDS SUR L'EXCISION

Les données EDS sur la pratique d'excision collectées dans 16 pays entre 1989 et 2002 révèlent des variations considérables dans les taux de prévalence entre les pays et à l'intérieur des pays. La prévalence nationale s'étend d'un pourcentage élevé de 99 % en Guinée (1999) à un pourcentage bas de 5 % au Niger (1998). Les données démographiques disponibles permettent d'examiner les variables de la pratique afin de mieux comprendre la dynamique sociale qui sous-tend l'excision. Dans les pays où l'excision est pratiquée, EDS continuera à l'avenir de poser des questions sur le phénomène lors de ses enquêtes.

Les données démographiques, aussi bien que les études approfondies des spécialistes en excision, indiquent de grandes variations au niveau de la prévalence nationale et au niveau de la façon dont elle est pratiquée : à quel âge, qui procède à la coupure, la gravité de l'excision, et quelle importance rituelle revêt l'excision. L'âge de l'excision varie de quelques semaines (Yémen) à douze ans (Kenya et Tanzanie). La gravité de l'excision varie d'une légère piqûre à l'ablation du clitoris et des lèvres vaginales avec des sutures de la zone vaginale. Les aspects rituels varient d'une simple intervention courte à l'hôpital ou à la maison à l'excision d'un groupe de filles ensemble, ce qui comporte une période d'initiation et de réclusion, des cérémonies et des fêtes dans la communauté.

Les résultats EDS indiquent que la pratique est en train de changer depuis quelques années. Les données de plusieurs pays démontrent que les filles sont excisées plus jeunes et que la coupure est moins sévère que par le passé. Il y a tendance à médicaliser la pratique dans certains pays, surtout en Égypte. Il faudrait surveiller de tels changements afin que les intervenants puissent concevoir des campagnes appropriées.

Compte tenu de la grande variation dans la pratique selon les pays, il serait utile d'élaborer des profils spécifiques pour chaque pays ou région. Ces profils ou analyses de situation devraient comprendre le taux de prévalence, la répartition régionale de la pratique, les types d'excision pratiqués, le degré de médicalisation de la pratique et l'importance relative des aspects rituels de l'événement. De telles analyses préliminaires aideraient à planifier des programmes qui cherchent à faire abolir la pratique. Les campagnes contre l'excision doivent s'adapter aux besoins de chaque pays selon ses différences régionales et ethniques. Il faut développer une stratégie pour une population nationale où la pratique est presque universelle et une autre où la pratique varie largement parmi une population diversifiée.

Les campagnes contre l'excision doivent s'adapter aux besoins de chaque pays selon ses différences régionales et ethniques. Il faut développer une stratégie pour une population nationale où la pratique est presque universelle et une autre où la pratique varie largement parmi une population diversifiée.

Jusqu'à présent, on a porté peu d'attention à l'utilisation des données EDS pour examiner la répartition de l'excision dans des pays spécifiques ou pour étudier l'évolution de la pratique. À partir de ces données, nous pouvons apprendre beaucoup du contexte social, comprenant le rôle que jouent la résidence rurale versus la résidence urbaine, l'ethnie et la religion. Le rapport entre la prévalence des mères et des filles est aussi à explorer.

Les spécialistes en sciences sociales devraient faire d'avantage de recherches sur la pratique d'excision. En plus des études démographiques, des études ethnographiques sur la façon dont la pratique est organisée, qui y participe et comment, qui en paie les frais et ce qui arrive aux filles après l'excision fourniraient des informations précieuses pour organiser des campagnes efficaces contre la pratique qui prendraient en compte les sensibilités et les intérêts des populations cibles.

RÉFÉRENCES

Adinma, J.I.B. 1997. Current stage of female circumcision among Nigerian Igbos. *West African Journal of Medicine* 16(4): 227-231.

Althaus, F.A. 1997. Female circumcision: Rite of passage or violation of rights? *International Family Planning Perspectives* 23(3): 130-133.

Caldwell, J.C., I.O. Orubuloye, and P. Caldwell. 2000. Female genital mutilation: Conditions of decline. *Population Research and Policy Review* 19(3): 233-254.

Carr, D. 1997. *Female genital cutting: Findings from the Demographic and Health Surveys program*. Calverton, Maryland: Macro International Inc.

Daffeh, J., S.A. Dumbuya, and A. Sosseh-Gaye. 1999. Listening to the voice of the people: A situation analysis of female genital mutilation in The Gambia. Unpublished paper for WHO, UNFPA, and UNICEF.

Droz, Y. 2000. Circoncision féminine et masculine en pays kikuyu. *Cahiers d'études africaines* 158(XL-2): 215-240.

Eliah, E. 1996. REACHing for a healthier future. *Populi* (May): 12-16.

Gessain, M. 1960. Femmes Coniagui (Guinée). In D. Paulme (ed.), *Femmes d'Afrique Noire*. Paris: Mouton & Co.

Gosselin, C. 2000. Handing over the knife: Numu women and the campaign against excision in Mali. In B. Shell-Duncan and Y. Hernlund (eds.), *Female "circumcision" in Africa*. Boulder, Colorado: Lynne Reinner Publishers, Inc.

Gruenbaum, E. 2001. *The female circumcision controversy: An anthropological perspective*. Philadelphia, Pennsylvania: University of Pennsylvania Press.

Hernlund, Y.K. 2003. *Winnowing culture: negotiating female "circumcision" in The Gambia.* Ph.D. dissertation, Department of Anthropology, University of Washington, Seattle, Washington.

Hornik, Robert C. et al. 2002. Communication in support of Child Survival: Evidence and explanation from eight countries. In *Public health communication: Evidence for behavior change,* R.C. Hornik, ed. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Hosken, F. 1982. *The Hosken report: Genital and sexual mutilation of females*. Lexington, Massachusetts: Women's International Network News.

Jackson, E.E., P. Akweongo, E. Sakeah, A. Hodgson, R. Asuru, and J.E. Phillips. 2003. Inconsistent reporting of female genital cutting status in northern Ghana: Explanatory factors and analytical consequences. *Studies in Family Planning* 34(3): 200-210.

Jackson, M. 1977. *The Kuranko: Dimensions of social reality in a West African society.* New York: St. Martin's Press.

Johnson, M.C. 2000. Becoming a Muslim, becoming a person: Female "circumcision," religious identity, and personhood in Guinea-Bissau. In B. Shell-Duncan and Y. Hernlund (eds.), *Female "circumcision" in Africa*. Boulder, Colorado: Lynne Reinner Publishers, Inc.

Jones, H., N. Diop, I. Askew, and I. Kabore. 1999. Female genital cutting practices in Burkina Faso and Mali and their negative health outcomes. *Studies in Family Planning* 30: 219-230.

Kratz, C. 1994. *Affecting performance: Meaning, movement, and experience in Okiek women's initiation.* Washington, D.C.: Smithsonian Institution Press.

Lane, S.D., and R.A. Rubinstein. 1996. Judging the other: Responding to traditional female genital surgeries. *Hastings Center Report* 26(3): 31-40.

Larsen, U. and F.E. Okonofua. 2002. Female circumcision and obstetric complications. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 77: 255-265.

Leonard, L. 1996. Female circumcision in southern Chad: Origins, meanings, and current practice. *Social Science and Medicine* 43(2): 255-263.

Leonard, L. 2000. Adopting female "circumcision" in southern Chad: The experience of Myabé. In B. Shell-Duncan and Y. Hernlund (eds.), *Female "Circumcision" in Africa*. Boulder, Colorado: Lynne Reinner Publishers, Inc.

Mackie, G. 2000. Female genital cutting: The beginning of the end. In B. Shell-Duncan and Y. Hernlund (eds.), *Female "circumcision" in Africa*. Boulder, Colorado: Lynne Reinner Publishers, Inc.

Melching, M. 2003. Oral presentation to the Inter-Agency Working Group of USAID. Washington, D.C.

Morison, L., C. Scherf, G. Ekpo, K. Paine, B. West, R. Coleman, and G. Walraven. 2001. The long-term reproductive health consequences of female genital cutting in rural Gambia: A community-based survey. *Tropical Medicine and International Health* 6(8): 643-653.

Obermeyer, C. 1999. Female genital surgeries: The known, the unknown, and the unknowable. *Medical Anthropology Quarterly* 13(1): 79-105.

Obermeyer, C. 2002. Systematic review of the health consequences of female genital cutting: An update. Paper presented at the Conference to Advance Research on the Health Effects of Female Genital Cutting. Bellagio, Italy. April.

Obermeyer, C. 2003. The health consequences of female circumcision: Science, advocacy, and standards of evidence. *Medical Anthropology Quarterly* 17(3): 394-412.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). 1996. *Female genital mutilation* : *Information kit*. Geneva : OMS.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). 1998. *Female genital mutilation* : *An overview.* Geneva : OMS.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). 1999. *Female genital mutilation programmes to date* : *What works and what doesn't. A review.* Geneva : OMS.

Ottenberg, S. 1994. Male and female secret societies among the Bafodea Limba of northern Sierra Leone. In T.D. Blakely, W.E.A. van Beek, and D.L. Thomson (eds.), *Religion in Africa: Experience and expression.* London: James Curry.

Rahman, A. and N. Toubia. 2000. *Female genital mutilation: A guide to laws and policies worldwide*. London: Zed Books.

Shell-Duncan, B. 2001. The medicalization of female circumcision: Harm reduction or promotion of a dangerous practice? *Social Science and Medicine* 52: 1013-1028.

Shell-Duncan, B. and Y. Hernlund (eds.). 2000. *Female "circumcision" in Africa*. Boulder, Colorado: Lynne Reinner Publishers, Inc.

Shell-Duncan, B., W.O. Obiero, and L.A. Muruli. 2000. Women without choices: The debate over medicalization of female genital cutting and its impact on a northern Kenyan community. In B. Shell-Duncan and Y. Hernlund (eds.), *Female "circumcision" in Africa.* Boulder, Colorado: Lynne Reinner Publishers, Inc.

Snow, R.C., T.E. Slanger, F.E. Okonofua, F. Oronsaye, and J. Wacker. 2002. Female genital cutting in southern urban and peri-urban Nigeria: Self-reported validity, social determinants and secular decline. *Tropical Medicine and International Health* 7(1): 91-100.

Tostan. 1999. Eclosion au Sénégal: Pourquoi les populations abandonnent la pratique de l'excision. Washington, D.C.: USAID.

Toubia, N. 1993. *Female genital mutilation: A call for global action*. New York: Women, Ink.

Toubia, N. 1994. Female circumcision as a public health issue. *New England Journal of Medicine*. 331(12): 712-716.

Toubia, N.F. and E.H. Sharief. 2003. Female genital mutilation: Have we made progress? *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 82: 251-261.

Trangsrud, K. 1994. Female genital mutilation: Recommendations for education and policy. *Carolina Papers in International Health and Development*, Vol. 1, No. 1. University Center for International Studies, University of North Carolina at Chapel Hill: Chapel Hill, North Carolina.

U.S. Agency for International Development (USAID). 2000. *USAID policy on female genital cutting (FGC)*. Washington, D.C.: USAID.

Yoder, P.S. and M. Mahy. 2001. *Female genital cutting in Guinea: Qualitative and quantitative research strategies.* DHS Analytical Studies No. 5. Calverton, Maryland: Macro International Inc.

Yoder, P.S., P.O. Camara, and B. Soumaoro. 1999. *Female genital cutting and coming of age in Guinea.* Calverton, Maryland: Macro International Inc.

ANNEX: MODULE EXCISION[1]
(Questionnaire femme)

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	Aller à
001	Avez-vous déjà entendu parler de l'excision ?[2]	OUI .....1 NON 2	→003
002	Dans certains pays, il existe une pratique qui consiste à couper une partie des organes génitaux externes des filles. Avez-vous déjà entendu parler de cette pratique ?	OUI .....1 NON 2	→FIN
003	Est-ce que vous avez été excisée ?	OUI .....1 NON 2	→009
004	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur ce qui a été fait à ce moment-là. Vous -a-t-on coupé quelque chose dans la zone génitale ?	OUI .....1 NON .....2 NE SAIT PAS 8	→006
005	Vous a-t-on seulement entaillé les parties génitales sans rien couper ?	OUI .....1 NON .....2 NE SAIT PAS 8	
006	Vous a-t-on fermé la zone du vagin par une couture ?	OUI .....1 NON .....2 NE SAIT PAS 8	
007	Quel âge aviez-vous lorsque vous avez été excisée ? SI L'ENQUÊTÉE NE CONNAIT PAS L'ÂGE EXACT , ESSAYER D'OBTENIR UNE ESTIMATION.	ÂGE ANNÉES RÉVOLUES ..... [ ][ ] DURANT ENFANCE .....95 NE SAIT PAS 98	
008	Qui a procédé à votre excision ?[3]	TRADITIONNEL EXCISEUSE TRAD. .....11 ACCOUCHEUSE TRAD.....12 AUTRE TRADITION._____ 16 (PRÉCISER) PROFESSIONNEL SANTÉ DOCTEUR.....21 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME.....22 AUTRE PROFESSIONNEL SANTÉ _____ 26 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 98	
009	Vérifier 214 et 216: A AU MOINS UNE FILLE VIVANTE [ ] ▼ N'A PAS DE FILLE VIVANTE [ ]_____		→019
010	Est-ce que certaines de vos de vos filles ont été excisées ? SI OUI: Combien ?	NOMBRE EXCISÉES..... [ ][ ] AUCUNE FILLE EXCISÉE.....95	→018
011	Sur laquelle de vos filles a t-on procédé à l'excision le plus récemment? (NOM DE LA FILLE) ENQUÊTRICE: VÉRIFIER 212 ET ENREGISTRER LE NUMÉRO DE	NUMÉRO DE LIGNE POUR LA FILLE DE Q.212..... [ ][ ]	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	Aller à
	LIGNE POUR LA FILLE.		
012	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur ce qui a été fait à (NOM DE LA FILLE DE Q.011) à ce moment-là ? A-t-on enlevé quelque chose de ses parties génitales ?	OUI .....1 NON.....2 NE SAIT PAS 8	→014
013	A-t-on seulement entaillé ses parties génitales sans rien enlever ?	OUI .....1 NON.....2 NE SAIT PAS 8	
014	Son vagin a-t-il été fermé par une couture ?	OUI .....1 NON.....2 NE SAIT PAS 8	
015	Quel âge avait (NOM DE LA FILLE DE Q.011) au moment de l'excision ? SI L'ENQUETÉE NE CONNAIT PAS L'AGE, INSISTER POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.	AGE EN ANNÉES RÉVOLUES .. [ ][ ] DURANT ENFANCE .....95 NE SAIT PAS 98	
016	Qui a procédé à l'excision ?[3]	TRADITIONNEL "EXCISEUSE TRAD".....11 ACCOUCHEUSE TRAD. .....12 AUTRE TRADITIONNEL _____ 16 (PRÉCISER) PROFESSIONNEL SANTÉ DOCTEUR.....21 INFIRMIÈRE,SAGE-FEMME.....22 AUTRE PROFESSIONNEL SANTÉ _____ 26 (PRÉCISER NE SAIT PAS 98	
017	Est-ce que vous avez une fille qui n'est pas excisée ?	OUI .....1 NON.....2	
018	Dans l'avenir, avez-vous l'intention de faire exciser vos filles ?	OUI .....1 NON.....2 NE SAIT PAS 8	
019	Quels sont les avantages pour une fille d'être excisée ? INSISTER: D'autres avantages ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	MEILLEURE HYGIÈNE..... A RECONNAISSANCE SOCIALE ..... B MEILLEURE CHANCE MARIAGE ..... C PRESERVATION VIRGINITÉ/PREVIENT REL SEX. AVANT MARIAGE..... D PLUS DE PLAISIR SEXUEL POUR L'HOMME ..... E NÉCESSITÉ RELIGIEUSE ..... F AUTRE _____ X (PRÉCISER) AUCUN AVANTAGE ..... Y	
020	Pensez-vous que le recours à cette pratique est exigé par votre religion ?	OUI .....1 NON.....2 NE SAIT PAS 8	
021	Pensez-vous que cette pratique doit être maintenue ou qu'elle doit disparaître ?	MAINTENUE .....1 DISPARAITRE .....2 CELA DÉPEND .....3 NE SAIT PAS 8	

[1] Ce module peut être inséré à différents endroits du questionnaire en fonction des autres modules utilisés. Pour cette raison, le module est maintenant numéroté 000.

[2] La formulation doit être adaptée selon le pays.

[3] Les codes doivent être développés localement et révisés sur la base du pré-test en fonction des informations collectées avant l'enquête et au moment du pré-test; cependant, les grandes catégories doivent être conservées. Les codes détaillés concernant "les professionnels de la santé" ne présentent un intérêt que dans les pays où l'excision est fréquemment effectuée par des professionnels de la santé.

MODULE EXCISION[1]
(Questionnaire homme)

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	Aller à
001	Avez-vous déjà entendu parler de l'excision ?[2]	OUI ..... 1 NON 2	→003
002	Dans certains pays, il existe une pratique qui consiste à couper une partie des organes génitaux externes des filles. Avez-vous déjà entendu parler de cette pratique ?	OUI ..... 1 NON 2	→FIN
003	Quels sont les avantages pour une fille d'être excisée ? INSISTER: d'autres avantages ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	MEILLEURE HYGIÈNE ..... A RECONNAISSANCE SOCIALE ..... B MEILLEURE CHANCE MARIAGE ..... C PRESERVATION VIRGINITÉ/PREVIENT REL SEX. AVANT MARIAGE ..... D PLUS DE PLAISIR SEXUEL POUR L'HOMME ..... E NÉCESSITÉ RELIGIEUSE ..... F AUTRE _____ X (PRÉCISER) AUCUN AVANTAGE ..... Y	
004	Pensez-vous que cette le recours à cette pratique est exigée par votre religion ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS 8	
005	Pensez-vous que cette pratique doit être maintenue ou qu'elle doit disparaître ?	MAINTENUE ..... 1 DISPARAITRE ..... 2 CELA DÉPEND ..... 3 NE SAIT PAS 8	

[1] Ce module peut être inséré à différents endroits du questionnaire en fonction des autres modules utilisés. Pour cette raison, le module est maintenant numéroté 000.

[2] La formulation doit être adaptée selon le pays.

.