

Université de Montréal

Les pratiques culturelles des excisions et des infibulations à Bamako au Mali : La contribution de la dignité humaine au respect de l'intégrité physique des femmes

Par

Moïse DEMBÉLÉ

Faculté des Arts et des Sciences

Sciences humaines appliquées

Thèse présentée à la Faculté des Arts et des Sciences en vue de

l'obtention du grade de philosophiae doctor (Ph.D)

Programme Sciences Humaines Appliquées

Option bioéthique

Août 2015

© Moïse Dembélé, 2015

Université de Montréal

Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée

Les pratiques culturelles des excisions et des infibulations à Bamako au Mali : La contribution de la dignité humaine au respect de l'intégrité physique des femmes

Présentée par

Moïse DEMBÉLÉ

A été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Lemay, Violaine

Présidente- rapporteure

Godard, Beatrice

Directrice de recherche

Hatem, Marie

Membre du jury

Bouffard, Chantal

Examinatrice externe

Bergeron, Sophie

Représentante du doyen de la Faculté des études supérieures et postdoctorales

Thèse soutenue le 22 décembre 2015

LE RÉSUMÉ

Une des questions les plus débattues dans le domaine de l'éthique en ce XXI^{ème} siècle entre l'Afrique et le monde occidental concerne le respect de l'intégrité physique des femmes. Parmi les actions humaines qui touchent le plus l'intégrité corporelle, les excisions et les infibulations sont les plus dénoncées en Afrique. Longtemps considérées comme des rites d'initiation pubertaire des filles, ces pratiques sont maintenant considérées comme néfastes à la santé, et communément désignées par la communauté internationale de « mutilations sexuelles féminines ». Au cours des dernières décennies, ces pratiques ont été progressivement interdites légalement tant dans la plupart des pays d'Afrique que dans les pays occidentaux. Le Comité Inter-Africain (CIAF) contre les mutilations sexuelles demande la « tolérance zéro » par rapport à ces pratiques. La communauté internationale les combat avec des armes juridiques, en se référant aux conséquences médicales et aux droits de l'homme.

Notre thèse est née d'une interrogation sur les raisons pour lesquelles ces rites se poursuivent encore en Afrique et plus spécialement au Mali, alors que dans les pays occidentaux, on élève fortement la voix pour les dénoncer comme sévices infligés aux femmes. Sur le plan international, on hésite à imposer des valeurs universelles à un phénomène perçu dans une large mesure comme une tradition conforme aux normes sociales des communautés qui les maintiennent. Afin de mieux cerner le sujet, notre questionnement a été le suivant : « *Comment les pratiques culturelles des excisions et des infibulations, dans la ville de Bamako au Mali, interpellent-elles l'éthique : en quoi l'analyse de ces rites constitue-t-elle un domaine légitime d'application des principes de la bioéthique ?* » Notre réflexion part du postulat que la dignité humaine est une norme à l'aune de laquelle se mesurent les défis éthiques liés à ces rites.

Un proverbe Bambara dit ceci : « Une seule main ne lave pas proprement un éléphant ». La logique de cette sagesse met en évidence qu'une seule approche disciplinaire ne saurait faire ressortir les enjeux éthiques de ces pratiques. Notre analyse bioéthique se veut une démarche interdisciplinaire, qui permet d'articuler les approches philosophiques, anthropologiques, sociologiques et biomédicales de ces pratiques. Le premier chapitre, à travers la revue des écrits, présente la problématique de ces rites. Le deuxième chapitre présente le cadre théorique basé sur la notion de dignité humaine et délimite « ses contours, ses sources, ses formes et ses conséquences » afin de la rendre plus efficace et opérationnelle comme moyen de protection de l'être humain. Le troisième chapitre présente la méthodologie de la recherche basée sur la méthode qualitative et l'induction analytique et décrit le contexte de l'étude. Le quatrième chapitre présente les résultats de la recherche qui font ressortir que ces pratiques se résument essentiellement au contrôle du désir sexuel féminin. Ces pratiques sont par ailleurs déritualisées, touchent de plus en plus des enfants, comportent des risques et des conséquences sur la santé avec des coûts humains et financiers pour la société. Le cinquième chapitre analyse ces pratiques avec les principes éthiques qui démontrent qu'elles constituent un problème de santé publique malgré leur caractère culturel. Enfin, le sixième chapitre présente la portée et la limite de la thèse. Celle-ci montre qu'il est possible de mener un débat sur les excisions et les infibulations à travers une éthique de discussion. Elle offre un moyen pour y parvenir avec une vision de la notion de dignité humaine comme une

« valeur éthique universelle » susceptible d’être utilisée dans toutes les actions impliquant l’être humain et dans tous les contextes socio-culturels. Notre démarche élargit ainsi le champ d’application des principes bioéthiques à des pratiques non-médicales.

Par cette thèse, nous souhaitons contribuer à enrichir la réflexion éthique sur les excisions et les infibulations et inspirer les politiques de santé publique dans le respect des diversités culturelles. Nous espérons pouvoir inspirer aussi d’autres recherches en vue de rapprocher la bioéthique des pratiques culturelles traditionnelles afin de trouver des compromis raisonnables qui pourraient renforcer le rôle de protection de la dignité humaine.

Mots clés : Bioéthique, dignité humaine, excision, femme, infibulation, intégrité physique, personne humaine, pratique culturelle.

ABSTRACT

One of the most debated issues in the area of ethics in the twenty first century between Africa and the Western world concerns the respect for the women's physical integrity. Among human actions that most affect the bodily integrity of women, female circumcision and infibulation are the most denounced in Africa. Long regarded as rites of puberty and initiation of girls, these practices are now considered as exceedingly harmful to health, and commonly called "female genital mutilation" (FGM) by the international community. In recent decades, these practices have gradually been legally prohibited in most African countries as well as in Western countries. The *Inter-African Committee on Traditional Practices Affecting the Health of Women and Children* (IAC) demands 'zero tolerance'. The international community fights them with legal weapons, basing on the medical consequences and the infringement of human rights.

Our thesis was born from a question on the reasons why these rites are still going on in Africa and more especially in Mali, while in Western countries; voices are strongly raised to denounce them as abusive to women. On the international front, we hesitate to impose universal values to a phenomenon, perceived to a large extent as a tradition in conformity with the social norms of the communities that maintain them. In order to better circumscribe the subject, our question is as follows: "*How do the cultural practices of female circumcision and infibulation in the city of Bamako, Mali, challenge ethical norms : in what way does the analysis of these rites constitute a legitimate sphere of application of the principles of bioethics?*" Our reflection starts from the assumption that human dignity is a standard against which measuring the ethical challenges associated with these rites.

A Bambara proverb says: "*One hand does not properly wash an elephant.*" The logic of this wisdom highlights the fact that using only one approach from a certain discipline cannot bring out the ethical issues of these practices. Our bioethical analysis is meant to be an interdisciplinary approach that allows one to articulate the philosophical, anthropological, sociological and biomedical approaches to these practices. The first chapter, through the literature review, presents the problem associated with these rites. The second chapter presents the theoretical framework based on the concept of human dignity, and delineates its contours: its sources, its forms and its consequences in order to make it more effective and operational as means of protection of the human being. The chapter three presents the methodology of the research based on the qualitative method and analytical induction, and describes the context of the study. The chapter four presents the results of the research which highlights the fact that these practices essentially refer to the control of female sexual desire. These practices are also "deritualized" and affect more and more children, which involves risks and consequences on health with enormous human and financial costs to society. The fifth chapter analyses these practices with the ethical principles which demonstrate that these ritual practices constitute a public health problem despite their cultural character finally. The sixth chapter presents the scope and the limit of the thesis. It shows that it is possible to have a debate on female circumcision and infibulation through an ethic of discussion. It provides a way to achieve this with a vision of the concept of human dignity as a "universal ethical value" which can be used in all actions

involving the human being and in all socio-cultural contexts. Our approach broadens the field of application of the bioethical principles to non-medical practices.

By this thesis, we wish to contribute to the enrichment of the ethical reflection on female circumcision and infibulation and to inspire public health policies keeping in mind the respect for cultural diversity. We also hope to inspire further research in view of bringing together the bioethics of traditional cultural practices in order to find reasonable compromises which could strengthen the role of protection of human dignity.

Keywords: Bioethics, human dignity, female circumcision, woman, infibulation, physical integrity, human person, cultural practice.

TABLE DES MATIÈRES

LE RÉSUMÉ	iii
ABSTRACT	v
LA LISTE DES IMAGES	xv
LA LISTE DES GRAPHIQUES	xvi
LA LISTE DES SIGLES ET DES ABRÉVIATIONS	xvii
LES ABRÉVIATIONS	xix
LA DÉDICACE	xx
LES REMERCIEMENTS	xxi
Introduction.....	1
CHAPITRE 1. LA REVUE DE LITTERATURE ET LA PROBLÉMATIQUE.....	20
Introduction.....	20
1.1 La définition et la classification des termes	21
1.2 L'éthique des terminologies.....	26
1.3 L'aperçu historique des excisions et des infibulations.....	28
1.3.1 Des pratiques simultanées dans le monde occidental et non-occidental.....	29
1.3.2 Des pratiques d'origines diverses et incertaines ?	29
1.3.2.1 L'hypothèse égyptienne	29
1.3.2.2 L'hypothèse extra-africaine.....	31
1.3.3 Pourquoi les excisions et les infibulations ?	32
1.3.3.1 Des pratiques thérapeutiques ou des croisades contre le vice solitaire ?	32
1.3.3.2 Les excisions et les infibulations en Afrique : des pratiques coutumières initiatiques ou répressives ?	35
1.4 Les excisions et les infibulations au Mali	38
1.4.1 Les données statistiques : une forte prévalence des excisions.....	39
1.4.1.1 La prévalence sur le plan national.....	39
1.4.1.2 La prévalence selon les régions administratives	41
1.4.1.3 La prévalence selon les groupes ethniques	42
1.4.1.4 La prévalence selon la religion.....	46
1.4.1.5 La prévalence selon les âges de la pratique.....	47

1.4.1.6	La répartition des filles excisées en fonction des praticiens	48
1.4.1.7	L'opinion envers les excisions et les infibulations.....	48
1.4.1.8	La prévalence des complications sur la santé.....	50
1.4.2	Les conséquences sociales des excisions et des infibulations	52
1.5	Les interprétations socioanthropologiques des excisions et des infibulations	54
1.5.1	La théorie des récits mythologiques	54
1.5.1.1	Le mythe Dogon.....	55
1.5.1.2	Le mythe Bambara	56
1.5.2	L'apport de la théorie conventionnelle	60
1.5.3	L'apport de la théorie fonctionnaliste	62
1.5.3.1	La logique de rite d'initiation.....	62
1.5.3.1.1	Les excisions : épreuve de la douleur.....	64
1.5.3.1.2	Les excisions : la période de réclusion et de formation	65
1.5.3.2	La logique liée au conformisme social et aux préjugés de la non-excision	67
1.5.3.3	Les considérations liées au contrôle de la sexualité féminine.....	68
1.5.3.4	Les considérations liées aux effets maléfiques du clitoris	70
1.5.3.5	La logique liée à la fécondité et à l'accouchement	71
1.5.3.6	Les considérations hygiéniques et esthétiques	71
1.5.3.7	Les considérations religieuses.....	73
1.5.4	L'apport de la théorie psychologique	74
1.5.5	L'apport des théories féministes	78
1.5.5.1	Les excisions et les infibulations : phallocratie ou oppression des femmes ?.	82
1.5.5.2	Les excisions et les infibulations : contrat de genre et empowerment des femmes ?	86
1.6	La problématique de la recherche	89
1.6.1	Le début d'une prise de conscience internationale	89
1.6.1.1	Les excisions et les infibulations : des pratiques non chrétiennes	89
1.6.1.2	Des initiatives morales transversales.....	91
1.6.1.3	Les premières approches biomédicales	92
1.6.1.4	L'insertion de la cause des pratiques des excisions et des infibulations dans le droit international.....	94

1.6.1.5	Les pratiques des excisions et des infibulations : insertion de la cause dans les textes régionaux africains	97
CHAPITRE 2.	LE CADRE CONCEPTUEL.....	104
Introduction	104
2.1	Le choix du concept de dignité et ses valeurs dans une perspective bioéthique	106
2.1.1	Les complexités théoriques liées à la notion de dignité humaine	109
2.1.1.1	La diversité dans l'usage du concept de dignité humaine	109
2.1.1.2	La dignité humaine : un concept ambigu ?	110
2.2	Le fondement théorique du concept de dignité humaine	112
2.2.1	L'approche Kantienne.....	112
2.2.2	L'approche contemporaine du concept de dignité humaine	115
2.2.3	Les sources de la dignité humaine	116
2.2.3.1	La nature humaine	116
2.2.3.2	Le bien commun.....	118
2.2.3.3	L'obligation et le droit.....	119
2.2.4	Les formes de la dignité humaine	125
2.2.4.1	La dignité inhérente.....	125
2.2.4.2	La dignité sociale	126
2.2.4.2.1	La dignité de soi	127
2.2.4.2.2	La dignité dans la relation	129
2.2.4.2.3	La dignité éthique ou dignité actée.....	131
2.2.5	Les conséquences du concept de dignité humaine.....	134
2.2.5.1	L'obligation du respect de la dignité de soi-même	136
2.2.5.2	L'obligation du respect de la dignité d'autrui	137
2.2.5.2.1	Le respect fondé sur l'évaluation	138
2.2.5.2.2	Le respect fondé sur la reconnaissance	139
2.2.5.3	Les devoirs d'amour, de bienveillance et de bienfaisance	140
2.2.5.3.1	Le devoir d'amour	141
2.2.5.3.2	La maxime de bienveillance.....	142
2.2.5.3.3	Le devoir de bienfaisance.....	143
2.3	La dignité humaine : point de vue religieux.....	145

2.3.1	La dignité humaine selon l’islam.....	145
2.3.1.1	La dignité : principe fondateur de l’Islam.....	146
2.3.1.2	Le Coran protège la dignité humaine.....	147
2.3.2	La dignité humaine selon la religion traditionnelle Bambara.....	148
2.3.2.1	L’humanité : fondement de la dignité de la personne humaine dans la religion traditionnelle Bambara.....	150
2.3.2.2	Le contenu de la protection de la dignité humaine dans la religion traditionnelle Bambara : la justice et l’honneur.....	153
2.3.3	L’approche chrétienne de la notion de dignité humaine.....	156
2.3.3.1	Dieu : source de la dignité humaine.....	156
2.3.3.2	Les droits qui découlent de la dignité humaine selon le christianisme.....	158
CHAPITRE 3. LA MÉTHODOLOGIE ET LE CONTEXTE DE L’ÉTUDE.....		165
Introduction.....		165
3.1	La méthodologie.....	166
3.1.1	Le choix de la méthode de type qualitatif.....	166
3.1.2	L’entrevue semi-dirigée.....	168
3.1.3	La préparation du terrain de recherche au Mali.....	170
3.1.3.1	Les instruments de recherche.....	170
3.1.3.2	Le séjour à Bamako au Mali.....	172
3.1.3.3	Les démarches administratives.....	173
3.1.3.4	Les dispositions éthiques.....	174
3.2	La collecte des données sur le terrain.....	175
3.2.1	L’échantillonnage.....	175
3.2.2	La sélection des participants et participantes.....	179
3.3	La position épistémologique du chercheur.....	183
3.3.1	La théorie de la réflexivité.....	185
3.3.2	La réflexivité réflexe dans la collecte des données.....	187
3.4	L’analyse des données.....	191
3.5	Le contexte de la recherche.....	195
3.5.1	La ville de Bamako : géographie, population et infrastructures.....	196
3.5.2	La situation politique et sociale.....	198

CHAPITRE 4. LA PRÉSENTATION DES RÉSULTATS : LES EXCISIONS ET LES INFIBULATIONS : DES PRATIQUES DYNAMIQUES DANS LA VILLE DE BAMAKO AU MALI.....	201
Introduction.....	201
4.1 Des changements dans les pratiques des excisions et des infibulations.....	203
4.1.1 Les variables et les enjeux dans la ville de Bamako.....	203
4.1.1.1 Les mécanismes de prise de décision.....	204
4.1.1.2 Le fondement des pratiques des excisions et des infibulations à Bamako....	207
4.1.1.3 Les pratiques des excisions et des infibulations à Bamako : quelle fonction dans les communautés qui les maintiennent ?	208
4.1.1.3.1 Le contrôle ou l'éducation sexuelle des femmes ?.....	208
4.1.1.3.2 Les excisions et les infibulations : des contraintes sociales ?	215
4.1.1.4 Les excisions et les infibulations : des pratiques clandestines à Bamako.....	218
4.1.1.5 Les excisions et les infibulations : la tendance au rajeunissement.....	220
4.1.1.6 Les excisions et les infibulations : des pratiques déritualisées.....	222
4.1.1.7 La tendance à la médicalisation et vers des formes moins extensives	223
4.1.2 Des arguments sur les risques et les complications	226
4.1.2.1 La douleur liée aux excisions et aux infibulations	227
4.1.2.2 L'hémorragie.....	228
4.1.2.3 Des accouchements difficiles	230
4.1.3 Les excisions et les infibulations : vers une opposition timide.....	232
4.1.3.1 Des communautés maliennes qui ne pratiquent pas les excisions et les infibulations comme rites d'initiation.....	232
4.1.3.2 Les excisions et les infibulations : les arguments des acteurs chrétiens	235
4.1.3.3 Des initiatives d'abandon des excisions et des infibulations : vers des pratiques alternatives.....	239
4.1.3.3.1 Le rite d'intégration sociale sans excisions ni infibulations : l'exemple des femmes touarègues.....	240
4.1.3.3.2 Le rite d'intégration sociale sans les pratiques d'excisions ni d'infibulations : l'exemple des Maures et des Bwa	241
4.2 Les paradigmes des arguments de défense des excisions et des infibulations	244
4.2.1 La remise en cause des risques et des conséquences	244

4.2.2	Les excisions et les infibulations : la résistance et la dynamique culturelle.....	246
4.2.3	Les excisions et les infibulations : le contexte d'une islamisation paradoxale.	248
4.2.3.1	Les excisions et les infibulations : des pratiques religieuses obligatoires, recommandées ou permises en Islam ?.....	251
4.2.3.1.1	Les excisions et les infibulations : l'approche de la <i>Sunnah</i>	252
4.2.3.1.2	Les excisions et les infibulations : l'approche par « consensus »	254
4.2.3.1.3	Les excisions et les infibulations : l'approche par « analogie »	255
4.2.3.2	Les excisions et les infibulations : des pratiques permises en Islam ?.....	257
4.2.4	Les excisions et les infibulations : impasse et dilemme pour les populations ?	259
CHAPITRE 5. LES EXCISIONS ET LES INFIBULATIONS : L'APPLICATION DES PRINCIPES BIOÉTHIQUES		266
Introduction		266
5.1	La présentation de la personne humaine et son corps : « la corporéité ».....	268
5.1.1	La personne humaine et son corps	271
5.1.2	Le corps et ses valeurs	275
5.2	Les excisions et les infibulations évaluées à l'aune de la dignité humaine.....	279
5.2.1	Le principe du respect de la dignité humaine	281
5.2.2	La dignité au service de l'inviolabilité de la personne humaine et de son intégrité physique ontologique.....	285
5.2.2.1	Le principe de l'inviolabilité.....	286
5.2.2.2	Le principe de l'intégrité physique ontologique	289
5.2.2.2.1	Le principe d'intégrité corporelle orienté vers la personne : PIC-P	297
5.2.2.2.2	Le principe d'intégrité corporelle orienté vers le corps : PIC-C	298
5.2.3	La dignité comme appui au principe de bienfaisance/non-malfaisance	304
5.2.4	La dignité humaine fonde l'autodétermination et le consentement face aux pratiques des excisions et des infibulations	314
5.2.4.1	Le principe d'autonomie	314
5.2.4.2	Le principe de consentement éclairé ou informé	320
5.2.4.2.1	L'exigence du consentement éclairé face aux décisions des pratiques des excisions et des infibulations.....	322
5.2.4.2.2	Le consentement éclairé : les exigences des informations valables et rationnelles sur les excisions et les infibulations	326

5.2.4.2.3	Le caractère volontaire et libre des consentements aux excisions et aux infibulations.....	329
5.2.5	La dignité humaine : pivot du principe de responsabilité sociale face aux pratiques des excisions et des infibulations.....	332
5.2.5.1	La responsabilité sociale : l'obligation éthique de promouvoir la santé.....	334
5.2.5.2	La responsabilité sociale : l'engagement contre la marginalisation liée au non-respect des excisions et des infibulations.....	342
5.2.5.2.1	La responsabilité sociale : l'éducation familiale des enfants.....	344
5.2.5.2.2	La responsabilité sociale : le témoignage de la « dignité actuée » des parents au sujet des excisions et des infibulations.....	346
5.2.6	La dignité humaine au service du principe de justice, d'égalité et d'équité face aux pratiques des excisions et des infibulations.....	349
5.2.6.1	Le respect du principe de justice, d'égalité et d'équité, selon l'approche philosophique, face aux pratiques des excisions et des infibulations.....	349
5.2.6.2	Le respect du principe de justice, d'égalité et d'équité, selon l'approche religieuse, face aux pratiques des excisions et des infibulations.....	355
CHAPITRE 6.	LA PORTÉE ET LES LIMITES DE LA THÈSE.....	367
Introduction	367
6.1	La portée de la thèse.....	368
6.1.1	Le rappel de la question de recherche.....	368
6.1.2	La dignité humaine : considérée comme « un dénominateur éthique commun de valeurs universelles ».....	370
6.1.3	La dignité humaine : le fondement de l'appréciation éthique des excisions et des infibulations.....	373
6.1.3.1	La primauté de la personne humaine dans les pratiques sociales.....	373
6.1.3.2	La logique de l'impératif catégorique dans les prises de décisions.....	375
6.1.4	Les principes à l'aune desquels se mesurent les défis éthiques liés aux excisions et aux infibulations.....	379
6.2	Les limites de la thèse.....	385
6.2.1	La remise en cause de la « nature donnée » comme norme sociale.....	386
6.2.2	La critique de la mise en œuvre des principes bioéthiques.....	389
CONCLUSION	399
BIBLIOGRAPHIE	417

ANNEXE 1. Les schémas des organes touchés par les excisions et les infibulations	I
ANNEXE 2. Le guide d’entrevue	III
ANNEXE 3. Les approbations éthiques et autorisations municipales.....	V
ANNEXE 4. Le formulaire de consentement	XIII
ANNEXE 5. Les aperçus statistiques sur les mutilations génitales féminines	XVII
ANNEXE 6. La lettre circulaire du ministre de la santé et des personnes âgées	XX

LA LISTE DES IMAGES

Image 1 : Type I, clitoridectomie

Image 2 : Type II, excision

Image 3 : Type III, infibulation (adulte)

Image 4 : Type III, infibulation (enfant)

LA LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique n°1 : Répartition de l'échantillon selon le genre

Graphique n°2 : Répartition de l'échantillon selon l'âge

Graphique n°3 : Répartition de l'échantillon selon la religion

Graphique n°4 : Répartition de l'échantillon selon l'ethnie

Graphique n°5 : Répartition de l'échantillon selon le niveau d'instruction

LA LISTE DES SIGLES ET DES ABRÉVIATIONS

SIGLES

AEN :	Aide de l'église Norvégienne.
AMSOPT :	Association malienne pour le suivi et l'orientation des pratiques traditionnelles
APDF :	Association pour le progrès et la défense des droits des femmes
ASDAP :	Association de soutien au développement des activités de population
CEDEF :	Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes
CERES :	Comité d'éthique de la recherche en santé
CIAF :	Comité Inter-Africain
CNAPN :	Comité national d'action pour l'abandon des pratiques néfastes
ENMP :	École nationale de médecine et de pharmacie
ENSUP :	École normale supérieure
FMPOS :	Faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie
FIGO :	Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique
FIV :	Fécondation in vitro
IEC :	Information éducation communication
LGDJ :	Librairie générale de droit et de jurisprudence
MGF :	Mutilations génitales féminines
MPFEF :	Ministère de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille
MSPAS-SG :	Ministère de la santé des personnes âgées et de la solidarité, secrétaire général.
NPWJ :	No peace without justice
OMS :	Organisation mondiale de la santé

ONG :	Organisation non gouvernementale
PIC-C :	Principe intégrité corporelle orienté vers le corps
PIC-P :	Principe intégrité corporelle orienté vers la personne
PM-RM :	Premier ministre République du Mali
PNLE:	Programme national de lutte contre l'excision
P-RM :	Président République du Mali
SHA :	Sciences humaines appliquées
SOGC :	Société d'obstétrique et de gynécologie du Canada
SRS :	Sollicitudo rei socialis
SRY :	Sex determining region Y gene
UNESCO :	Organisation des Nations Unies pour l'éducation la science et la culture
UNFM :	Union nationale des femmes du Mali
UNFPA :	Fonds des Nations Unies pour la population
UNICEF :	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VIH/SIDA :	Virus d'immunodéficience humaine/ Syndrome immunodéficience acquis

LES ABRÉVIATIONS

Al :	Autre
Av :	Avant
Cor :	Corinthien
Dir :	Direction
Éd :	Édition
Gn :	Genèse
GS :	Gaudium et spes
JC :	Jésus-Christ
Km2 :	Kilomètre carré
N°:	Numéro
P :	Page
R :	Roi
T :	Tome
Tb :	Tobie
Trad :	Traduction

LA DÉDICACE

Cette thèse est d'abord dédiée à la mémoire de mon père Casimir Kariba Dembélé, qui m'a toujours éduqué dans le sens du respect de la dignité humaine, et à la mémoire des personnes ressources et amis qui ont tous été rappelés en la vie éternelle avant que cette thèse ne soit terminée :

- Le docteur Philippe Dembélé qui m'a soutenu et encouragé au début de cette thèse ;
- Le docteur Anatole Tounkara, ancien directeur national du centre de transfusion sanguine et doyen de la Faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie de Bamako, a souligné tout l'intérêt de la bioéthique dans le domaine de la santé ;
- Et à mon grand ami monsieur Barnabé Diarra, un laïc idoine, bien engagé dans sa communauté à Kati, qui m'a soutenu et encouragé dès le début de mes études doctorales, et a été brusquement arraché à notre affection.

Que la terre leur soit légère et qu'ils reposent tous en paix dans la vie éternelle.

LES REMERCIEMENTS

Il est difficile de remercier nommément tous ceux et toutes celles qui ont participé à notre recherche et qui nous ont soutenu tout au long de ce travail. Nous tenons quand même à remercier particulièrement les personnes ressources et les institutions sans lesquelles cette thèse n'aurait pu être menée :

- Ma chère maman Anna Awa Koné, qui m'a toujours encouragé et soutenu dans mes recherches (elle a été rappelée en la vie éternelle le 3 septembre 2015 avant la soutenance de notre thèse) ;
- L'archevêque de Bamako, son Excellence Monseigneur Jean Zerbo, qui ayant senti le besoin et la place incontournable de la bioéthique dans le respect de la personne humaine et dans la promotion de la santé en Afrique, m'a envoyé pour cette formation ;
- Je suis très reconnaissant à ma directrice de recherche, madame Béatrice Godard, qui a su encadrer cette thèse avec beaucoup de professionnalisme et de délicatesse ;
- Mes professeurs de la Faculté des Arts et des sciences : programme des sciences humaines appliquées, spécialement le professeur Gilles Bibeau, qui a encouragé ce projet ; et mes professeurs de l'École de la Santé publique : programme de bioéthique, spécialement le professeur Williams-Jones Bryn ;
- La Faculté des Études supérieures et postdoctorales (Bureau des bourses) Université de Montréal, pour la bourse d'exemption des droits de scolarité supplémentaires et la bourse d'appui à la diffusion ; la Direction Arts et sciences pour la bourse de rédaction ; la Faculté de médecine sociale et préventive programme bioéthique (groupe de recherche OMINS-ETHICS) pour la bourse de recherche ;
- La Société des Missionnaires d'Afrique (« Pères blancs ») à Montréal, qui m'ont hébergé durant tout le temps de cette thèse ;
- Les Sœurs Servantes du Saint-Cœur de Marie de la maison provinciale au Canada, qui ont contribué aux paiements des droits de scolarité durant cette thèse ;
- Le père Julien-Marie Cormier, les membres de sa famille et amis, et le père Marc Beaudry qui ont cru à ce projet et qui l'ont soutenu ;
- Le professeur Lamine Boubacar Traoré, anthropologue et chercheur ;
- Le professeur Aly Dourou Tembely de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie de Bamako et chirurgien urologue à l'hôpital du Point G ;
- Le professeur Moustapha Touré, gynécologue obstétricien à l'hôpital du Mali ;
- La professeure Rokia Sanogo, docteure en pharmacie et en pharmacognosie ;
- Madame Josephine Traoré, directrice du programme nationale de lutte contre les excisions ;
- Monsieur Jules Anaye Sagara, programme national de lutte contre les excisions ;
- Le centre Djoliba, spécialement Virginie Moukoro et le personnel de la bibliothèque ;
- Et toutes les personnes qui ont pris leurs temps de lire ce travail en y apportant leur savoir-faire : Marie-Baptiste de Jérusalem, Gilles Barrette et Joseph Tanden Diarra dont les appuis ont grandement enrichi cette thèse.

Introduction

Les pratiques des excisions et des infibulations chez les femmes ainsi que les défis qui y sont associés ont été documentés dans beaucoup de pays d'Afrique, d'Asie et du Moyen-Orient. Une des questions les plus débattues dans le domaine de l'éthique en ce XXI^{ème} siècle entre l'Afrique et le monde occidental concerne le respect de l'intégrité physique et de la vulnérabilité des femmes et des enfants. Parmi les actions humaines qui touchent le plus l'intégrité corporelle des femmes, les excisions et les infibulations sont les plus dénoncées à travers le monde entier et spécialement en Afrique. Longtemps considérées comme des rites d'initiation ou des rites pubertaires chez les filles, les excisions et les infibulations sont maintenant qualifiées de pratiques néfastes à la santé, et communément appelées « mutilations génitales ou mutilations sexuelles féminines » (OMS, 2014).

Cependant, en Afrique subsaharienne, elles sont encore considérées comme des pratiques culturelles traditionnelles à but éducatif (Traoré, 2008 ; Erlick, 1986 ; Diallo, 1978). Les principales motivations qui sous-tendent ces pratiques sont ancrées dans des valeurs culturelles ou des croyances religieuses pour certains groupes musulmans. Par contre en Europe, l'histoire des altérations sexuelles féminines s'ordonne, à partir de la fin du XVIII^{ème} siècle, autour de deux axes principaux : l'un médical et l'autre ethnologique (Erlick, 1986). Le premier s'organise autour de l'intégration de ces pratiques dans l'arsenal répressif de la sexualité des femmes. Le second s'inscrit dans les débuts de l'ethnologie, nouvelle discipline scientifique combinant la réflexion philosophique de l'histoire et l'analyse des caractères physiques des diverses populations (Erlick, 1986). Qu'elles soient pratiquées en Europe, en Afrique ou ailleurs, les raisons socioculturelles qui justifient et maintiennent les excisions et

les infibulations sont diverses et variées. Alors qu'en Occident le discours revêt un ton plutôt médicolégal, organisé autour de l'intégration de ces pratiques dans l'arsenal repressif de la sexualité féminine, en Afrique, le discours relève de l'ethnologie d'ordre culturel ou traditionnel. Ces pratiques ont été abandonnées en Occident mais elles continuent encore dans plusieurs pays en Afrique en tant qu'identifiants culturels de ceux qui les maintiennent.

Notre thèse est née d'une interrogation sur les raisons pour lesquelles se poursuivent encore les excisions et les infibulations en Afrique et plus spécialement au Mali, en tant que pratiques culturelles, alors que dans les pays occidentaux, on élève fortement la voix pour les dénoncer comme des « mutilations sexuelles féminines ». On les décrit comme des sévices comportant des risques vitaux infligés à des femmes et à des filles. Elles sont jugées contraires au plus élémentaire des droits de l'homme, le droit à l'intégrité physique, appelant ainsi à une répression pénale très sévère (Dijon, in *ETHICA*, 2012). En effet, peut-on représenter ces pratiques traditionnelles comme des violences contre les femmes, et les condamner moralement sans sombrer dans une forme d'ethnocentrisme déguisé, souvent au nom de l'émancipation des femmes ? Sur le plan international, on hésite à « imposer » des valeurs universelles, soutenues par la philosophie occidentale, à un phénomène perçu dans une large mesure comme une tradition conforme aux normes sociales des peuples qui les maintiennent.

Lorsque l'expansion coloniale a atteint son apogée au début du XX^{ème} siècle, elle a diffusé des discours dominateurs de l'Occident gréco-judéo-chrétien à travers le monde (Erlich, 1986). La remise en cause contemporaine de certaines pratiques traditionnelles non-occidentales, pour des raisons humanitaires ou sanitaires, s'inscrit directement dans cette dialectique hégémonique à vocation universaliste, dont les normes institutionnalisées sont

devenues celles de la communauté internationale (Eirilch, 1986). Aujourd'hui, la vivacité des débats menés au sujet des excisions et des infibulations ravive les querelles déjà anciennes entre les défenseurs de valeurs éthiques universelles, à l'aune desquelles toutes les pratiques culturelles doivent être jugées, et les tenants d'une approche qui défend la diversité culturelle (Dijon, Mbonda, in *ETHICA*, 2012). Entre ceux qui adoptent une position neutre au nom du respect des cultures, des coutumes et des traditions, et ceux qui voient les décideurs de ces pratiques comme des « barbares », le dialogue est difficile, pour ne pas dire impossible (Dijon, Mbonda, in *ETHICA*, 2012 ; Dorée, 2012). Les uns sont qualifiés de culturalistes, partisans du relativisme culturel et complices d'un crime, les autres, d'ethnocentrisme, incapables de reconnaître les différences entre les peuples (Zwang, in Dorée, 2012 ; Cabane, 2008 ; Henry et Weil-Curiel, 2007).

Sur le plan international, les premières initiatives pour porter les excisions et les infibulations à l'ordre du jour remontent au début des années 1950, lorsque la question fut abordée au sein de la Commission des droits de l'homme (Latoures, 2008). Cependant, la communauté internationale évite soigneusement de se positionner sur la question de ces pratiques traditionnelles, considérant qu'elles résultent de conceptions sociales et culturelles et relèvent de l'appréciation de chaque pays. Ce silence international est progressivement remis en cause, car en 1958, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a été invitée à entreprendre une étude sur la persistance des coutumes soumettant les femmes et les filles à ces interventions rituelles. Ces initiatives furent, certes, importantes pour attirer l'attention internationale sur la question, mais leurs impacts restèrent limités.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) trouve, d'une part, que les excisions et les infibulations sont des pratiques culturelles qui ne relèvent pas de son domaine de compétence scientifique, interprété ici au sens strict comme étant le domaine médical. D'autre part, elle précise que son organisme n'a été contacté par aucun ministère de santé, et qu'aucun pays n'a formulé de demande vis-à-vis de ces pratiques. Sa légitimité repose en grande partie sur les connaissances et les informations qu'elle produit pour les acteurs internationaux concernant la santé. Or, sur la question des excisions et des infibulations, peu de données étaient encore disponibles en 1958, attestant du caractère néfaste de ces rituels. Dans ce contexte d'incertitude, une prise de position à l'encontre de ces pratiques reposerait donc largement sur des arguments normatifs, ce qui remettrait en cause sa légitimité fondée sur une expertise qui se veut scientifique et neutre. Selon Latoures (2008), l'Organisation mondiale de la santé (OMS) invoque le caractère « non médical » des excisions et des infibulations, qui les place hors du champ de son domaine de compétence scientifique.

Dans cette mouvance, les années 1960 et 1970 furent marquées par une prise de conscience croissante des droits des femmes dans de nombreuses parties du monde, et les associations féministes commencèrent à organiser des campagnes de sensibilisation sur les conséquences médicales des excisions et des infibulations sur la santé des femmes (Dorée, 2012 ; Latoures, 2008 ; Prolongeau, 2006 ; Diallo, 1990 ; Dembélé, 1985 ; Thiam, 1983 ; Diallo 1978). Au départ, ce furent les écrits de militantes féministes, en majorité occidentales, qui contribuèrent à porter l'attention internationale sur la question de ces pratiques (Mackie, 1996 ; Toubia, 1993 ; Auffret, 1983 ; Hosken, 1983, 1979 ; Daly, 1978). La problématique à cette époque fut non seulement prise en compte, mais elle devint même centrale, au point qu'en 1996 le gouvernement américain a soumis l'attribution de ses soutiens financiers aux

pays africains concernés, à des conditions de réalisations d'actions positives en faveur de l'abandon de ces pratiques (Latoures, 2008).

Suite à ces mouvements, en 2000, No Peace Without Justice (NPWJ) se joint à la campagne de sensibilisation contre les excisions et les infibulations. Sous l'impulsion de sa fondatrice Emma Bonino, cette organisation internationale déplace le débat sur ces pratiques du plan socio-sanitaire à celui des droits de l'homme, par la promotion de leur reconnaissance comme une violation de l'intégrité physique de la personne (Unicef, 2005). Cette approche innovante a permis la création de synergies entre les activistes qui opèrent dans les différents pays d'Afrique, et a donné un nouvel élan à la promotion des instruments législatifs à tous les niveaux. Cela a permis à Amnistie Internationale, après avoir longtemps refusé de s'intéresser à ces pratiques considérées comme des violences privées, de les définir « comme une violation très grave du droit des femmes à leur intégrité physique et psychologique » (Unicef, 2005). Dans cette dynamique, le Comité Inter-Africain (CIAF) contre les mutilations sexuelles demande la « tolérance zéro » par rapport à ces pratiques traditionnelles (Henry, Weil-Curiel, 2007). La dimension légale de ces pratiques vient mettre ainsi en évidence la volonté de la communauté internationale de les combattre avec des armes juridiques.

Au Mali, la cause des excisions et des infibulations a d'abord intéressé le Centre Djoliba¹ qui fut l'une des premières structures à faciliter la formation des associations de femmes, et à démarrer des programmes sur les pratiques traditionnelles affectant la santé des

¹ Le Centre Djoliba est une structure de nature « Association socioculturelle ». Il a été fondé à Bamako en 1964 grâce aux Missionnaires d'Afrique communément appelés « Pères blancs ». Le Centre Djoliba a pour mission de promouvoir la démocratie par l'information et la formation d'hommes et de femmes en responsabilité au sein de la société civile malienne. C'est une institution d'études sociales, de documentation et de formation. C'est un lieu d'influence pour bâtir l'avenir, il a beaucoup contribué à l'avènement de la démocratie au Mali.

femmes et des enfants, spécialement les excisions. Une section de « Promotion Féminine » fut créée dans ce centre et chargée de s'investir pour l'éradication des excisions (Traoré, 2007). Ces actions de sensibilisation s'inscrivaient dans un important courant de l'histoire du mouvement pour l'abolition de ces pratiques (Latoures, 2008). En 1996, un Comité national d'action pour l'abandon des pratiques néfastes (CNAPN) a été créé sous l'égide du Commissariat à la promotion des femmes au Mali. Après un remaniement de ce comité en 1999, un Programme national de lutte contre la pratique de l'excision (PNLE) fut créé par le gouvernement en juin 2002, et une loi fut adoptée pour la santé de la reproduction, garantissant les soins et services y compris le traitement des conséquences des excisions (Siby et al; in Enquête Démographique et de Santé du Mali, 2007).

Au cours des dernières décennies, les excisions et les infibulations deviennent des pratiques légalement interdites tant dans la plupart des pays où elles sont pratiquées que dans les pays occidentaux. La Déclaration de Londres, promulguée à la première Conférence européenne sur les mutilations sexuelles en 1992, représente un jalon dans ce processus. Par la présence des organismes internationaux comme l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le Fond des Nations-Unies pour l'enfance (UNICEF), le Centre des Nations Unies pour les droits de l'homme et la démocratie, de la Gambie, ainsi que celle de représentants de certains pays d'immigration européenne et nord-américaine, le résultat de cette conférence mena vers un consensus international en faveur d'une action unifiée visant à éradiquer ces pratiques. Ce consensus a conduit à l'adoption de stratégies reposant sur une approche législative de tolérance zéro, invitant ainsi les pays concernés, à punir toute personne engagée dans ces pratiques traditionnelles (Vissandjée et al. In Massé et Mondou, 2013).

C'est ainsi qu'en France, ces pratiques traditionnelles constituent des réalités sociales pour lesquelles la Chambre criminelle de la Cour de cassation a formulé un arrêt réprimant toutes les mutilations génitales sexuelles le 20 août 1983, au sens de l'article 312-3 du Code pénal. Le même Code précise, dans les articles 222.9 et 222.10, les contours d'une loi qui assimile à un crime les coups et blessures ayant entraîné une mutilation. Dans cet esprit, les excisions et les infibulations sont considérées, en France, comme un crime passible du tribunal pénal (Dorée, 2012). C'est dans cette mouvance qu'une exciseuse d'origine malienne, Awa Gréou, fut accusée devant la Cour d'assises de Paris d'avoir excisé 48 fillettes. Elle fut condamnée à huit ans d'emprisonnement en 1999. Les 27 parents de ces fillettes, tous Africains, furent jugés aussi pour avoir fait exciser leurs filles, et furent condamnés à des peines allant de deux à cinq ans de prison, avec ou sans sursis (Dorée, 2012 ; Henry et Weil-Curiel, 2007).

En 1997, le Code criminel canadien fut amendé dans la même logique de condamnation, par le projet de loi C-27, déclarant les excisions et les infibulations des offenses criminelles. Toutes les personnes accusées de pratiquer ces actes sont sujettes à des poursuites. Les prestataires de services de santé et de services sociaux sont tenus eux aussi de rapporter aux autorités statutaires pertinentes sous les législations provinciales du Canada protégeant le bien-être de l'enfant, les cas des jeunes filles qu'ils estiment à risques de subir ces pratiques au Canada ou hors du pays, ou celles qui les ont déjà subies sur le territoire canadien (Kouri et Philips-Nootens, 2012). La position légale du Canada converge ainsi vers celle prise par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), ainsi que l'Association mondiale et la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO), et la Société d'obstétrique et de gynécologie du Canada (SOGC), (Vissandjée et al. In Massé et Mondou, 2013).

Malgré toutes ces mesures légales, les excisions et les infibulations restent encore des faits culturels toujours présents dans certaines cultures en Afrique, surtout au Mali. Devant ce phénomène, force est de reconnaître que ces pratiques sont parties intégrantes des croyances de la plupart des peuples africains (Tamire et Mallo, 2013 ; Dorée 2012 ; Carbonne, 2011 ; Traoré, 2008). Elles constituent de ce fait le support des valeurs, des normes et des symboles qui conduisent certaines sociétés qui les pratiquent à se définir non seulement par rapport à elles, mais aussi à les transporter et à les maintenir dans les pays d'immigration. En cohabitation pluriculturelle, il devient de plus en plus difficile de maintenir un discours présentant ces pratiques traditionnelles comme des rites de passage bénins, sans tenir compte des séquelles sexuelles et psychologiques de ces opérations sur celles qui les subissent (Kaplan et al. 2013 ; Salmona, 2013 ; Dorée, 2012 ; Cabane, 2008 ; Lyons, 2007).

Plus la communauté internationale condamne ces rites en se référant aux conséquences médicales et aux droits de l'homme, plus, les défenseurs de ces pratiques mettent en relief la complexité des conséquences socioculturelles qui y sont associées. Ce constat appelle à la réflexion, notamment lorsque ces rites sont imbriqués dans la trajectoire d'intégration des migrants issus des communautés qui les pratiquent, dans des sociétés d'accueil dont les lois ajoutent des conséquences supplémentaires (Vissandjée et al. In Massé et Mondou, 2013). Les excisions et les infibulations représentent désormais un problème juridique, social et sanitaire.

En 2011, lors de sa soixante-sixième session, l'Union Africaine a demandé à l'Assemblée générale des Nations-Unies d'adopter une résolution visant à limiter et à mettre fin à ces pratiques traditionnelles au niveau mondial. Elle a invité les États membres à harmoniser les mesures prises, à émettre des recommandations et des lignes directrices pour

l'élaboration et le renforcement des outils internationaux, régionaux, et des législations nationales relatives aux excisions et aux infibulations (UNFPA, 2012). Le 20 décembre 2012, l'Assemblée générale des Nations-Unies a adopté, par consensus, une résolution décisive demandant de mettre fin aux pratiques des excisions et des infibulations au niveau mondial.

Soutenu par les deux tiers des États membres, notamment le groupe des États africains, le texte condamne ces pratiques traditionnelles et reconnaît leur caractère néfaste pour les femmes et les fillettes, et dangereux pour leur santé (UNFPA, 2012). Les États membres exhortent donc tous les gouvernements à prendre les mesures nécessaires pour préserver les femmes et les fillettes de ces pratiques par une législation à cet effet (UNFPA, 2012). Dans cet esprit, vingt-quatre pays africains ont mis en place des mesures légales contre les excisions et les infibulations. Les sanctions s'étalent de six mois de prison minimum, à une condamnation maximale de prison à vie. De plus, de nombreux pays imposent des amendes. La plupart des pays ont légiféré au niveau national, alors que d'autres pays, comme le Nigeria, ont légiféré au niveau de l'État (UNFPA, 2012). Cependant, il y a encore des pays, comme le Mali, qui n'ont aucune législation interdisant ces pratiques (UNFPA, 2012).

Le débat autour de ces rituels constitue un véritable paradoxe : Pour quelles raisons les excisions et les infibulations choquent-elles autant la communauté internationale que des intellectuels africains, alors qu'elles semblent relever du bon sens chez les communautés qui les pratiquent ? Qu'est-ce qui fait qu'elles semblent acceptables aux uns et irrecevables aux autres ? Ces pratiques sont-elles sources de problèmes dans la société, et si tel est le cas, de quels genres de problèmes ? Peut-on porter un jugement vis-à-vis de ces pratiques ancrées dans des valeurs morales locales des peuples qui s'y identifient ? Quelles sont les valeurs ou

principes qui sous-tendent la condamnation de ces pratiques par la communauté internationale ? Peut-on penser qu'il soit possible de faire l'analyse de ces pratiques en utilisant des valeurs véritablement universelles visant le respect de l'intégrité physique et la vulnérabilité de la personne humaine ? Ces valeurs communes, si elles existent, peuvent-elles servir à évaluer ces pratiques rituelles et en dégager les enjeux éthiques dans le respect des diversités culturelles et religieuses ? Ce sont ces questions que nous avons voulu analyser dans notre thèse à partir d'une approche éthique basée sur la notion de dignité humaine.

Les différentes recherches réalisées sur les excisions et les infibulations que nous avons consultées ont mis l'accent, dans les stratégies d'approches, sur les dimensions sociosanitaire et légale qu'impliquent ces rituels (Dorée, 2012 ; Carbone, 2011 ; Traoré, 2008 ; Lefevre-Déotte, 1997). Au Mali, sous l'influence ou la pression des nombreuses campagnes de sensibilisation et de mobilisation des partenaires techniques et financiers, ces pratiques jadis populaires, collectives et festives, sont entrées dans la clandestinité en prenant de nouvelles formes. Cette clandestinité caractérise une certaine résistance de la population et s'est faite au détriment des enfants qui sont de plus en plus touchés. Ces nouvelles formes d'excisions et d'infibulations suscitent des interrogations sur les liens entre les paradigmes sociaux, culturels, philosophiques, juridiques et éthiques qui sous-tendent les politiques de santé publique dans la lutte contre ces pratiques. N'est-ce pas à partir de la juste perception de ces liens que doit se construire une réflexion éthique pour analyser ces pratiques ? Ce qui nous amène à poser la question qui fait l'objet de notre recherche :

« Comment les pratiques culturelles des excisions et des infibulations, dans la ville de Bamako au Mali, interpellent-elles l'éthique : en quoi l'analyse de ces rites constitue-t-elle un domaine légitime d'application des principes de la bioéthique ? »

Nous pensons qu'une analyse éthique peut guider les choix moraux dans les pratiques qui impliquent les êtres humains, afin d'assurer leur santé tout en garantissant leur intégrité physique et psychologique (Parizeau, in Sperber, 2004). Cette réflexion nous amène à formuler notre postulat :

« La dignité humaine est une norme à l'aune de laquelle se mesurent les défis éthiques liés aux excisions et aux infibulations. »

Peu de recherches ont abordé la question des excisions et des infibulations sous l'angle du respect dû à la personne humaine au moyen de la notion de « dignité humaine ». Ce concept est pourtant à la base de beaucoup de textes législatifs internationaux, régionaux et nationaux, relatifs au respect de l'intégrité physique, de la vulnérabilité humaine et des droits de l'homme. Cette approche éthique va nous permettre d'approfondir les réflexions afin de trouver un instrument de délibération éthique pour les décideurs en politique de la santé publique. Cependant, l'universalité des valeurs et des normes liées à la notion de dignité humaine et aux principes éthiques est-elle susceptible de répondre à l'obligation du respect de l'intégrité physique de la personne et de sa vulnérabilité dans des pratiques culturelles des excisions et des infibulations ?

Cette recherche ne vise pas à alimenter le flot des études et analyses condamnant les excisions et les infibulations, mais elle se situe dans un autre registre, en amont de ces

questions. Il s'agit notamment de s'interroger sur la dimension éthique de ces pratiques à travers la notion de dignité humaine. Notre objectif général vise alors à examiner comment la bioéthique peut contribuer à une analyse plus juste des pratiques culturelles des excisions et des infibulations sous l'angle de la notion de dignité humaine, afin d'en dégager les dilemmes et les enjeux éthiques. L'objectif spécifique vise à orienter la politique de santé vers des prises de décisions éthiques au niveau de la santé publique. Mais pourquoi une approche éthique ?

L'intérêt initial de la bioéthique concernait l'utilisation des sujets humains dans les expérimentations médicales et l'application des nouvelles technologies pour les transplantations d'organes (*Comité consultatif national d'éthique*, 2013 ; Hirt, 2012 ; Durant, 2011 ; Feldmann, 2010 ; Hottois, 2009). Aujourd'hui, selon l'UNESCO (2006), la bioéthique d'une manière générale se réfère à l'étude systématique, pluraliste et interdisciplinaire et procède à la résolution des questions d'ordre éthique que posent la biomédecine et les nouvelles technologies qui s'y réfèrent, les sciences de la vie et les sciences sociales appliquées aux êtres humains et à leur relation avec l'écosystème.

De nature dynamique, la bioéthique, qui pour certains constitue une discipline, combine le savoir biologique avec la connaissance du système des valeurs humaines. Elle existe comme tentative de réflexion systématique sur toutes les interventions de l'être humain sur les êtres vivants, une réflexion qui se fixe comme objectif spécifique et strict : celui d'identifier les valeurs et les normes qui guident l'agir de l'être humain, l'intervention de la science et de la technologie sur la vie elle-même et sur la biosphère (Sgreccia 2004). Elle est considérée comme une maïeutique, c'est-à-dire comme une science capable de cueillir les

valeurs par les biais du dialogue et de la confrontation entre la médecine, la philosophie et l'éthique (Sgreccia, 2004).

Dans ses approches, la bioéthique a très souvent des discours qui ont une visée normative pour orienter les actions mais ils n'excluent pas des perspectives théoriques ou spéculatives (Parizeau, in Canto-Sperber, 2004). Elle se définit donc par cette forte interaction langagière et symbolique qui la caractérise comme « pratique discursive et discours pratique » (Hottois, 1990). Dans cette optique, Parizeau (in Canto-Sperber, 2004), souligne que l'analyse éthique en bioéthique possède deux volets principaux :

- Le premier volet est de nature plus réflexive : il accentue le travail de clarification et d'explication des enjeux éthiques proprement dits dans des actions ou des pratiques. Dans ce contexte, l'analyse éthique se situe dans un arrière-plan méta-éthique et analytique, et elle se propose de cerner la question éthique en jeu, d'indiquer les méthodes de réflexion, de dégager les valeurs et les principes en cause dans ces situations précises, de mettre en évidence les arguments contradictoires ou tautologiques (Parizeau, in Canto-Sperber, 2004). Dans ce cas précis, il s'agit moins de prendre position que de faciliter le débat éthique entre les personnes qui sont directement impliquées dans le problème (Parizeau, in Canto-Sperber, 2004).
- Le deuxième volet, qui est de nature plus normative, conduit généralement dans des situations concrètes, soit à une prise de décision pratique ou à une prise de position assortie de recommandations précises. L'analyse éthique se donne alors comme objectif de répondre concrètement à une question ou à des problèmes spécifiques et circonscrits (Parizeau, in Canto-Sperber, 2004).

Dans notre thèse, nous allons articuler les deux volets ensemble. L'aspect que nous nous proposons de prendre en considération dans les pratiques des excisions et des infibulations est de caractère éthique. Nous nous baserons sur les différentes approches biomédicales, sociales, anthropologiques et philosophiques pour évaluer ces pratiques à la lumière de l'éthique rationnelle, par-delà les appréciations. Cette démarche qui est celle de la bioéthique devrait servir de point de rencontre entre les croyants monothéistes vivant au Mali (musulmans et chrétiens) et les adeptes de religions traditionnelles, et définir la ligne de l'éthique dans ces pratiques culturelles.

Notre démarche et notre point de vue dans cette thèse peuvent certes être limités mais ils ne sont pas moins fondamentaux : car il s'agit d'examiner dans les pratiques des excisions et des infibulations si le concept de dignité humaine constitue ou non une condition sine qua non du respect de la personne humaine, de son intégrité physique et de sa vulnérabilité. Dans le cas affirmatif, nous allons vérifier à travers une analyse éthique si ces pratiques peuvent se justifier encore du point de vue éthique. De cette réponse, qui est celle de la bioéthique articulée aux données des sciences humaines et sociales, découlent des conséquences au niveau décisionnel qui fournissent un outil de délibération éthique à la politique de santé publique. Il s'agit moins pour nous de prendre position, pour ou contre les excisions et les infibulations, que de faciliter le débat éthique entre les personnes directement impliquées dans ces pratiques.

Nous avançons que la bioéthique, fondée sur la déontologie kantienne du respect de la personne humaine et sur les théories de principes ou « principlisme », exercera une fonction normative à ces pratiques culturelles, seulement si la critique ou l'analyse sérieuse de ces rituels

est fondée sur des valeurs et normes morales propres aux groupes culturels concernés (Marchand, 2009). Car, l'objet de l'éthique n'est pas uniquement les valeurs de l'être humain mais la valeur qu'est l'être humain en tant que tel. Cette considération oblige l'éthique à ne pas se limiter à la description d'une situation, mais elle doit se caractériser par sa faculté de proposer des valeurs normatives et contraignantes (Tettamanzi, 2005). En d'autres termes, la tâche de l'éthique n'est pas seulement de dire ce que les gens « font », mais plutôt de dire ce que les gens « devraient » faire, même s'ils ne le font pas et pourraient ne pas le faire (Tettamanzi, 2005). Mais cela suppose que l'on accepte l'existence des *valeurs objectives, universelles et immuables*, des valeurs fondées sur la primauté et la réalité de la personne humaine ontologique en tant que telle. Les valeurs, précisément dans la mesure où elles sont objectives, universelles et pérennes, vont au-delà des individus, des lieux et des époques (Tettamanzi, 2005).

Pour notre réflexion, nous allons nous inspirer de l'éthique descriptive comme toile de fond. Car elle consiste en l'examen des coutumes et des comportements relatifs aux valeurs, aux principes et aux normes morales d'une population déterminée. Ce modèle propose une morale éthique fondée sur les « faits », ce point est décisif face aux interprétations éthiques qui font dépendre les valeurs du consentement libre et volontaire du sujet, de la position adoptée par la majorité ou de la culture qui change. Dans ce contexte, notre recherche a porté sur certaines expériences pratiques et certains arguments envers les excisions et les infibulations de trente personnes dont seize hommes et quatorze femmes dans la ville de Bamako. Ces personnes ont participé à des prises de décisions pour ou contre ces pratiques dans leur famille, et chacune argumente les raisons ou les motivations de ses décisions.

Notre motivation, dans la présente thèse, vise dans un premier temps, à montrer comment la bioéthique, malgré ses orientations biomédicales, peut contribuer à une meilleure compréhension des enjeux éthiques des excisions et des infibulations dans le respect des diversités culturelles et religieuses. Cette démarche fera ressortir à travers la notion de dignité humaine comment les théories de la bioéthique peuvent avoir, au-delà des discours, une prise réelle sur des pratiques traditionnelles et les valeurs morales ancrées dans les mondes locaux, afin de protéger la valeur « personne humaine ». Cette dimension mettra en évidence aussi une convergence des valeurs et des normes locales et les principes universels de la bioéthique. Dans un deuxième temps, la thèse, à travers la théorie déontologique de Kant basée sur l'obligation du respect de la dignité de la personne humaine articulée aux théories de principes, vise à éclairer ou guider les décisions et les choix moraux des décideurs face aux pratiques des excisions et des infibulations.

Notre thèse vise à montrer qu'il est tout à fait possible d'étendre l'application des principes bioéthiques à des pratiques culturelles sans les imposer, et de dépasser les débats classiques sur le relativisme culturel et l'universalisme renfermant un potentiel d'ethnocentrisme et de domination culturelle. La reconnaissance d'un « dénominateur éthique commun » (la dignité humaine) entre les cultures occidentales et non-occidentales est aussi possible, si elle est fondée sur l'obligation du respect de l'être humain, tout simplement parce qu'il est humain. Cette démarche propose par la suite un outil de délibération éthique à la politique de santé publique dans le respect des cultures concernées d'une manière flexible et pragmatique. Une réponse éthique dans notre contexte contribuera en outre à éclaircir les problèmes sociaux et juridiques posés par les excisions et les infibulations. C'est donc d'une

façon pleine et légitime que l'éthique est appelée à se prononcer sur ces pratiques culturelles tout en respectant les diversités culturelles et religieuses.

Cette thèse est rédigée en six chapitres plus la conclusion. Le premier chapitre portera sur la recension des écrits. La démarche que nous suivrons consiste, dans un premier temps, à faire ressortir le contexte, la problématique et la question de recherche de notre thèse à travers toute la complexité liée à la définition et à l'éthique des terminologies des excisions et des infibulations. Dans un deuxième temps, elle aborde ces pratiques dans le contexte malien avec les données statistiques, l'opinion envers ces pratiques et les conséquences sociales. Dans un troisième temps, elle analyse les interprétations socio-anthropologiques à travers les récits mythologiques et les apports des théories explicatives de ces pratiques. Et enfin, dans un quatrième temps, elle met en évidence les différentes approches chrétiennes, des initiatives morales transversales, les approches biomédicales et l'insertion de la cause de ces pratiques dans le droit international et dans les textes régionaux africains.

Le deuxième chapitre présentera la perspective théorique de la thèse. Ce parcours explique d'abord le choix de la notion de dignité humaine comme cadre conceptuel de notre réflexion en analysant les complexités philosophiques liées à cette notion de dignité humaine. Dans un deuxième temps, il fait ressortir le fondement théorique en mettant en évidence les sources, les formes et les conséquences de la notion de dignité humaine, pour délimiter ses contours afin de la rendre plus efficace et opérationnelle dans son rôle de protection de la personne humaine. Dans un troisième temps, ce chapitre examine les approches religieuses musulmane, chrétienne et traditionnelle Bambara de la notion de dignité humaine afin de

promouvoir son universalité comme une valeur éthique qui n'a ni frontière géographique ni culturelle ni religieuse, et applicable à tous sans exception.

Le chapitre trois présente la méthodologie et le contexte de l'étude. Le sujet de recherche portant sur l'intimité et la vie privée des individus, nous avons adopté pour la méthode de type qualitatif qui nous paraît adéquate avec la technique des entrevues semi-dirigées. Pour la collecte des données sur le terrain nous avons privilégié la méthode de l'échantillonnage par cas multiples avec le principe de diversification externe ou échantillonnage en « boule de neige ». Cette technique nous a permis d'interviewer trente personnes : seize hommes et quatorze femmes.

Le quatrième chapitre présentera les résultats des entrevues. Cette démarche, dans un premier temps, analyse certaines expériences des décideurs sur les excisions et les infibulations. Elle fait ressortir des changements perçus dans ces pratiques à travers des variables et des enjeux qu'elles sous-tendent dans la ville de Bamako au Mali. Dans un deuxième temps, elle met en évidence les paradigmes des arguments de défense de ces pratiques tout en examinant certaines motivations et certaines justifications basées sur le contrôle du désir sexuel féminin.

Le chapitre cinq consistera à l'application des principes bioéthiques aux excisions et aux infibulations. Dans un premier temps, cette démarche présente la personne humaine et son corps à travers la théorie de la « corporéité » : l'être humain est « uni-totalité » (corps et âme). Dans un deuxième temps les excisions et les infibulations, qui portent sur l'être humain, sont analysées à l'aune de la dignité humaine. Cette analyse est fondée sur le respect des six principes éthiques promus par la notion de dignité humaine : le respect de la dignité de la personne humaine, le respect de l'invulnérabilité et de l'intégrité physique de l'être humain, le respect du principe de

bienfaisance/non-malfaisance, le respect de l'autonomie et de consentement éclairé, le respect du principe de responsabilité sociale et le respect du principe de justice/d'égalité et d'équité. La mise en œuvre de ces principes éthiques dans les décisions à prendre pour les excisions et les infibulations permettra d'assurer la protection de la dignité de celles qui les subissent.

Le chapitre six présentera la portée et les limites de la thèse. Par rapport à la portée, la thèse présente un outil, la notion de dignité humaine et les principes éthiques, qui peut être considéré comme un « dénominateur éthique commun » de valeur universelle qui protège tout être humain du seul fait qu'il est humain dans le respect des diversités culturelles et religieuses. Pour ce qui concerne les limites, ce chapitre montre que la dignité humaine, avec le manque de consensus philosophique sur son sens et sa signification, n'est pas un moyen de protection parfait en soi dans l'analyse des excisions et des infibulations.

Et enfin, la conclusion montrera que les excisions et les infibulations ont des enjeux éthiques à l'aune de la dignité humaine ; car la valeur éthique de toute action devra être considérée sous l'angle subjectif de son caractère intentionnel mais aussi selon son contenu objectif et ses conséquences. Elle mettra en évidence que l'approche éthique n'est pas en soi une solution toute faite pour résoudre les problèmes soulevés par ces pratiques culturelles, mais qu'il est aussi possible de les analyser avec des outils imparfaits qui contribueront à enrichir et à maintenir le débat ouvert sur ces pratiques dans le respect des diversités culturelles.

CHAPITRE 1. LA REVUE DE LITTÉRATURE ET LA PROBLÉMATIQUE

Introduction

Historiquement, les premières remises en cause des excisions et des infibulations émanent des missionnaires chrétiens et des administrateurs coloniaux essentiellement britanniques (Erlick, 1986). Ensuite, avec les écrits de militantes féministes et l'apport des « entrepreneurs moraux transnationaux » de la cause des excisions et des infibulations, ces pratiques ont été critiquées comme un problème de santé et en même temps comme une domination des hommes sur les femmes (Latoures, 2008). Ainsi se forment progressivement des mouvements de mobilisations internationales et nationales regroupant les humanitaires et les féministes contre les excisions et les infibulations (*Développement et Santé*, 2014 ; Dorée, 2012 ; Latoures, 2008 ; Erlick, 1986).

Les débats sur les excisions et les infibulations sont aujourd'hui abondamment documentés, depuis les grands classiques en ethnographie jusqu'à la littérature féministe du XXI^{ème} siècle relative à ces rites (Salmona, 2013 ; Doré, 2012 ; Carbonne, 2011 ; Latoures, 2008 ; Traoré, 2008, 2007 ; Erlick, 1986 ; Hosken, 1983 ; Auffret, 1982 ; Diallo, 1978 ; Nelli, 1972 ; Bettelheim, 1971 ; Gennep, 1969 ; Griaule, 1966 ; Zahan, 1960 ; Dieterlen, 1951). Les arguments se réfèrent tant aux textes religieux qu'aux recherches effectuées en sciences humaines, sociales et biomédicales (Tamire et Molla, 2013 ; Berg et Denison, 2012 ; Abdulcadir et al. 2011 ; Einstein, 2011 ; Battagli, 2010 ; Jirovsky, 2010 ; Suardi et al. 2010 ; Latoures, 2008 ; Cabane, 2008, 2006 ; Traoré, 2008, 2007, 2003).

Mener une réflexion sur un tel sujet oriente dans la direction des recherches fondamentales qui ont marqué nos réflexions par leur pertinence et des études appliquées destinées à l'action sur le terrain (Latroues, 2008 ; Traoré, 2008, 2007 ; Centre Djoliba, 2000). Pour répondre à notre question de recherche, notre revue de littérature va mobiliser, dans un premier temps, des ouvrages en ethno-anthropologie et en sociologie sur les rites traditionnels des excisions et des infibulations (Shear et al. 2012 ; Latoures, 2008 ; Traoré, 2008, 2003 ; Erlick, 1986 ; Bettelheim, 1971 ; Gennep, 1969 ; Griaule, 1966 ; Zahan, 1960 ; Dieterlen, 1951). Ces ouvrages vont nous permettre de faire un parcours historique et de percevoir les fondements anthropologiques et les raisons socioculturelles qui expliquent, justifient et maintiennent ces pratiques. Dans un deuxième temps, des ouvrages en sciences sociales et médicales sur les excisions, particulièrement au Mali, seront exploités en fonction des approches académiques et des interprétations qu'ils proposent. Les idées centrales de ces textes sont articulées autour des théories explicatives, des risques et des complications médicales, psychologiques et sociales des excisions (Traoré, 2008 ; Fané, 1999 ; Soumaré, 1996 ; Diallo, 1990 ; Tiema, 1984 ; Diallo, 1978). À la lumière de ces écrits, nous analyserons les dimensions sanitaires et légales au Mali. Enfin, dans un troisième temps, des ouvrages philosophiques sur le concept de dignité humaine seront analysés afin de dégager les enjeux éthiques et les dilemmes que sous-tendent les excisions et les infibulations (De Konink, 2005 ; Baertschi, 2005 ; Gaboriau, 2004 ; Kant, 1994, 1993).

1.1 La définition et la classification des termes

Le terme excision désigne plusieurs variétés opératoires détruisant par divers moyens, partiellement ou totalement, les structures érectiles et les petites lèvres (Erlick, 1986).

Lorsqu'elles ne portent que sur le clitoris et ses annexes, il peut y avoir lésion ou destruction exclusive du prépuce, du gland, du corps clitoridien ou de l'ensemble de ces formations. Dans certaines formes à minima, il ne s'agit que d'une simple piqûre du gland clitoridien. Lorsqu'elle ne touche que les petites lèvres, la destruction peut être totale ou partielle, antérieure ou postérieure. L'excision sous ses diverses modalités est le plus souvent isolée; mais elle participe également au processus d'occlusion vulvaire de l'infibulation. Dans le langage courant, les excisions désignent aussi la pratique des infibulations.

L'infibulation est définie comme la création d'une obstruction vulvaire partielle permanente laissant subsister un petit orifice résiduel habituellement postérieur, permettant à peine l'issue des urines et du flux menstruel. Elle est obtenue par la juxtaposition des petites ou des grandes lèvres dont les bords préalablement avivés sont réunis par une ligne médiane dans le but d'en faciliter l'accolement (Erlick, 1986). L'infibulation peut subvenir aussi à la suite d'une excision qui touche les formations labiales, petites et grandes lèvres, et tout l'appareil érectile entraînant ainsi des occlusions vulvaires accidentelles et non désirées sans suture. Ces cas sont souvent fréquents à la suite d'excisions pratiquées sur les nouveau-nés (Cabane, 2008).

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les excisions et les infibulations sont définies comme des pratiques sociales qui recouvrent toutes les interventions incluant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme, et/ou la lésion des organes génitaux féminins pour des raisons culturelles ou pour toute autre raison non thérapeutique. Entre 100 et 140 millions de femmes et de filles à travers le monde entier ont subi une forme de ces pratiques traditionnelles dans 29 pays à travers l'Afrique, l'Asie et le

Moyen-Orient, et trois millions de jeunes filles sont à risque chaque année (OMS, 2014). Avec l'immigration, certaines communautés ont perpétué ces pratiques dans d'autres pays, notamment en Europe et en Amérique du Nord. Le nombre total de filles et de femmes qui ont subi ces pratiques est sans doute légèrement plus élevé au niveau mondial. Cependant, il est difficile de connaître les chiffres exacts de ces pratiques car il existe très peu de données fiables sur l'ampleur du phénomène au sein de ces groupes de population (Cappa, in *Développement et Santé*, 2014). Selon la classification de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), nous retenons quatre catégories avec des sous-types :

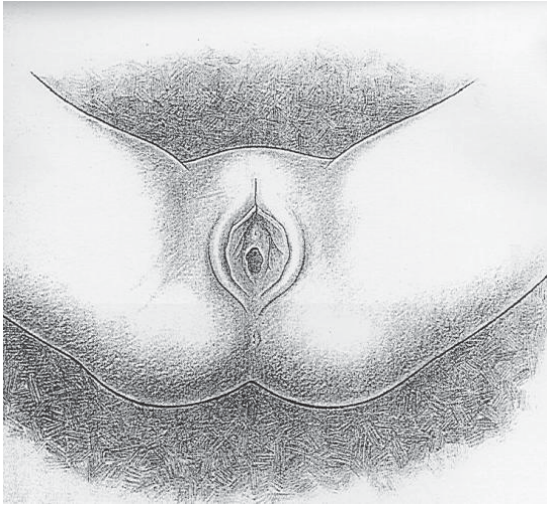
- Type I : Ce type est composé de deux formes de pratiques. Le type Ia qui consiste en l'ablation partielle du capuchon du clitoris ou du prépuce clitoridien. Ce type semble rare et serait généralement effectué dans un contexte médical plutôt que traditionnel. Le type Ib consiste en l'ablation du clitoris et du prépuce en même temps.
- Type II : Consiste en l'ablation totale ou partielle du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres. Il se divise en trois sous-types : le type IIa est l'ablation des petites lèvres seulement ; le type IIb est l'ablation totale ou partielle du clitoris et des petites lèvres ; le type IIc est l'ablation totale ou partielle du clitoris, des petites lèvres et des grandes lèvres.
- Type III : Appelé aussi infibulation consiste à rétrécir l'orifice vaginal par la création d'une fermeture réalisée en coupant et en repositionnant les lèvres intérieures. Ce type présente lui aussi trois sous-types : le type IIIa consiste à repositionner les lèvres intérieures ; le type IIIb concerne le repositionnement des lèvres extérieures ; le type

IIIc repositionne les lèvres intérieures et les lèvres extérieures, avec ou sans ablation du clitoris.

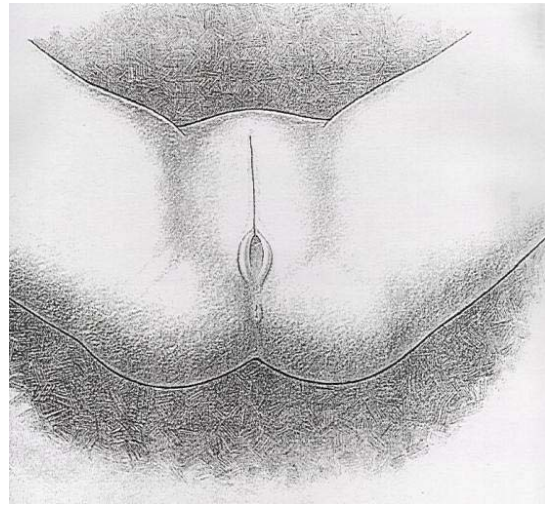
- Type IV : Non classifié, concerne toutes les autres interventions néfastes au niveau des organes génitaux réalisées à des fins non médicales : la cautérisation, l'étirement, le grattage et le raclage vaginaux, l'introcision, le tailladage de la cavité vaginale appelé aussi balayage vaginal, les piqûres et les introductions (Cuzin, in *Développement et Santé*, 2014 ; OMS, 2013 ; Doré, 2012²).

Les excisions et les infibulations sont encore pratiquées à cause d'un sentiment d'obligation sociale. En d'autres termes, les parents croient que leurs filles doivent passer par ces rituels parce qu'ils pensent que c'est ce que l'on attend d'elles dans les communautés où elles vivent. L'acceptation sociale paraît être la raison couramment avancée pour maintenir et justifier ces rites traditionnels. Et c'est à cause de ce sentiment d'obligation sociale que certains parents continuent à exciser ou à infibuler des filles. En dépit de tous les efforts pour abandonner ces pratiques, on estime qu'environ trente millions de filles risquent de subir ces rituels dans la prochaine décennie (Cuzin, in *Développement et Santé*, 2014).

² Pour plus d'information sur les détails du type IV des mutilations sexuelles, on peut consulter le livre de Dorée (2012), sur *Le drame de l'excision*. P. 82-88.



Type I : Clitoridectomie



Type II : Excision³



Type III : Infibulation⁴

³ Source des images types I et II : Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille, (2008). *Manuel du participant sur la prise en charge médicale, psychosociale et juridique des complications liées aux MGF/Excision*. Bamako.

⁴ Source des images type III : Touré, M. (2003). *Excision et Santé de la femme*. Bamako : Éditions Ganndal.

1.2 L'éthique des terminologies

Selon le Grand Robert de la langue française, le terme « mutilation » est défini comme :

« Perte accidentelle ou ablation d'un membre, d'une partie du corps ; elle vient du verbe mutiler du latin mutilare, retrancher, diminuer ; de mutilus, amoindri, diminué, mutilé. Mutiler veut dire altérer (un être humain ou un animal) dans son intégrité physique, soit en le privant d'un membre ou de quelque autre partie externe du corps, soit en lui infligeant des blessures qui le déforment gravement ; opération dont le but est de modifier, transformer ou supprimer certaines parties du corps ».⁵

Ce verbe « mutiler » est utilisé avec plusieurs termes coexistant pour désigner les opérations, portant sur les organes sexuels des femmes, effectuées lors des pratiques culturelles traditionnelles : « mutilations génitales féminines (MGF) », « mutilations sexuelles féminines/excision », « pratiques traditionnelles néfastes », « infibulation ». Ces termes utilisés, pour désigner ces pratiques traditionnelles, sont parfois source de controverses et requièrent une attention particulière dans notre réflexion. En effet, la dénomination est progressivement devenue un enjeu symbolique substantiel qui révèle une activité concurrentielle de définition de ces pratiques (Latoures, 2008). Selon leur classification, l'hétérogénéité de ces pratiques se confronte à la difficulté de dégager un terme suffisamment englobant et qui fasse consensus.

Les termes les plus utilisés aujourd'hui : « mutilations génitales féminines », « mutilations génitales féminines/excision » et « mutilations sexuelles féminines », attirent l'attention sur la gravité des dommages causés par ces pratiques. Ils ont été utilisés lors des

⁵ ROBERT P., *Mutilation*, in : *Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*, Robert, Paris 1985². T.VI, p. 660-661.

premières campagnes de sensibilisation comme des outils efficaces pour toute intervention contre ces pratiques. Au niveau international, la Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes et son programme d'action, Vienne 1993,⁶ est le document international qui nomme pour la première fois les « mutilations génitales féminines » explicitement dans son texte et les définit en même temps comme violence à l'égard des femmes. Au niveau régional, le Protocole de Maputo adopté en 2003⁷ sur le droit de la femme africaine mentionne pour la première fois le terme « mutilation génitale féminine ».

Les termes « mutilations » sont remis en cause par les populations qui pratiquent les excisions et les infibulations, et par les défenseurs des droits culturels les qualifiant « d'expressions hégémoniques » (Mbonda, in *ETHICA*, 2012). Ces mots sont perçus par certains comme incendiaires, à charge émotive et stigmatisante, particulièrement pour les femmes ayant déjà subi l'une ou l'autre forme de ces rites (Mbonda, in *ETHICA*, 2012). Ces femmes ne voient aucunement dans ces pratiques des actes de mutilation, ni de leur corps, ni de celui de leurs filles (Vissangdée et al. In Massé et Mondou, 2013). Pour marquer leur neutralité, beaucoup d'auteurs se réfèrent à des expressions comme « pratiques traditionnelles féminines », « pratiques de santé traditionnelle » et « initiations » (Vissangdée et al. In Massé et Mondou, 2013). D'autres utilisent des termes empruntés à un vocabulaire d'inspiration médicale comme « clitoridectomie ou opérations génitales féminines » (Latoures, 2008). Ces termes sont moins chargés et illustrent certaines expressions préférées de ceux et celles qui

⁶ Bibliothèque Jeanne Hersch. TRAITÉS MULTILATÉRAUX. Les instruments internationaux des droits de l'homme. Récupéré le 21 janvier 2015 de http://www.aidh.org/Biblio/Trait_internat/HP_TI.htm

⁷ Bibliothèque Jeanne Hersch. TEXTES AFRICAINS. Les instruments des droits de l'homme. Récupéré le 21 janvier 2015 de http://www.aidh.org/Biblio/Trait_internat/HP_TI.htm

souscrivent à l'hypothèse des bénéfices socioculturels de ces pratiques (Mbonda, in *ETHICA*, 2012).

Les termes « excision » et « infibulation » se retrouvent dans la majorité des écrits et des discussions. Ils traduisent l'importance d'utiliser une terminologie neutre et plus éthiquement sensible permettant d'induire une certaine neutralité des auteurs auprès des communautés qui les pratiquent (Vissangdée et al. In Massé et Mondou, 2013). Il serait plus approprié de parler « d'*Excisions* », à propos de ces opérations variées, réalisées dans un contexte non-médical, dont l'objectif commun réside dans la réduction ou la suppression des formations érectiles et/ou labiales des organes génitaux féminins (Erlick, 1986). Dans cet esprit, aux fins de cette thèse, nous retiendrons les expressions « les excisions » et « les infibulations » au pluriel, pour référer à toutes les procédures qui altèrent les organes sexuels féminins pour des raisons culturelles traditionnelles, soit non-médicales. Le pluriel que nous employons fait référence aux différents types et sous-types de l'excision et de l'infibulation, selon la classification ci-dessus de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2014).

1.3 L'aperçu historique des excisions et des infibulations

L'intérêt d'une recherche historique sur les excisions et les infibulations est important sur le plan éthique, surtout si cette recherche est orientée de manière à mettre en lumière les motivations, les raisons et les conceptions de la morale qui leur sont sous-jacentes. Cette étude historique soulève un vif intérêt, en particulier en ce qui concerne la norme chez les différents peuples et dans les diverses civilisations, grâce aux travaux d'experts en ethnologie, en anthropologie culturelle, médicale et en histoire des coutumes.

1.3.1 Des pratiques simultanées dans le monde occidental et non-occidental

Les excisions et les infibulations ont longtemps intéressé d'abord la littérature ethnographique, médicale, psychanalytique en Europe avant d'être un champ d'intérêt en Afrique et en Asie Orientale (Erlick, 1986 ; Nelli, 1972). L'un des ouvrages francophones qui fournit une documentation assez détaillée sur l'histoire de ces pratiques est celui de Michel Erlick dans son livre « *La femme blessée. Essai sur les mutilations sexuelles féminines* ». Médecin et ethnologue, il est l'un des auteurs qui a signalé la pratique des excisions et des infibulations en Occident - certes sur une échelle plus restreinte -, précisément en Europe et aux États-Unis jusqu'à la fin du XVIII^{ème} siècle et début XIX^{ème} siècle, avant qu'elle ne constitue un champ d'investigation en Afrique par les africanistes (Erlick, 1986). Longtemps considérées comme des pratiques archaïques encore inconnues du grand public, les excisions et les infibulations ont défrayé la chronique depuis les années 1970 (Latoures, 2008 ; Cabane, 2008, 2006 ; Erlick, 1986 ; Auffret, 1983 ; Hosken, 1983 ; Nelli, 1972). Ces pratiques ont été décriées comme d'intolérables sévices, gravées de complications médicales importantes, infligées à des femmes et à des filles (Salmona, 2013 ; Tamire et Molla 2013, Kaplan et al. 2013 ; Dorée 2012 ; Carbonne, 2011). Beaucoup de commentaires et d'analyses ont présenté ces rituels comme des coutumes qui portent atteinte à la dignité et à l'intégrité physique et psychologique des femmes (Dijon, in ETHICA, 2012 ; Doré, 2012 ; Prologeau 2006). Mais d'où viennent ces pratiques ?

1.3.2 Des pratiques d'origines diverses et incertaines ?

1.3.2.1 L'hypothèse égyptienne

D'origines incertaines, la grande ancienneté des excisions et des infibulations est un fait établi (Erlick, 1986 ; Auffret, 1983 ; Nelli, 1972 ; Henry 1910). Mais les recherches

paléopathologiques n'ont apporté jusqu'à présent aucun élément convaincant sur les origines et l'ancienneté de ces pratiques (Erlick, 1986 ; Nelli, 1972). Leur existence attestée, par quelques témoignages remontant au début de l'ère chrétienne, a été confirmée au courant du XX^{ème} siècle par la mise à jour de vestiges archéologiques dans la vallée du Nil (Erlick, 1986 ; Nelli, 1972). Dans les écrits anthropologiques, on souligne qu'un paléopathologue allemand a fait état de la découverte en 1915 et 1920 de deux cadavres féminins datant du néolithique inférieur dans les tourbières de l'Allemagne du Nord. Les corps, dont le bon état de conservation a permis une identification anthropologique, semblent être de type chamito-sémitique; ils présentaient des cicatrices génitales évocatrices de l'infibulation (Erlick, 1986). Les stigmates retrouvés chez ces deux femmes originaires de l'ère « pharaonique » se trouvant en Europe septentrionale pour des raisons indéterminées pourraient accréditer la thèse de l'existence de cette pratique dans l'Égypte prédynastique (Erlick, 1986).

La mention officielle des excisions, pratiques également égyptiennes, apparaît au II^{ème} siècle avant J.C. Ces pratiques sont explicitement évoquées dans les anciens papyrus grecs où il est question d'un litige pécuniaire entre un homme et une femme dont la fille est en âge de subir la circoncision conformément à la tradition égyptienne :

« Au 1^{er} siècle, Philon le juif apporte des précisions sur l'excision en Égypte en termes qui seront intégralement repris par saint Ambroise trois siècles plus tard (...) Tout d'abord, en effet, les Égyptiens, selon la coutume du pays, circoncisent les futurs époux, garçon comme fille à l'âge de quatorze ans, quand le jeune homme commence à disposer de la semence et la jeune fille à se trouver réglée » (Erlick, 1986).

L'analyse de l'hypothèse égyptienne fait ressortir la pratique des excisions, en lien avec la circoncision des garçons, comme un rituel traditionnel qui marque la maturité physiologique des filles. L'ancienneté des excisions, en Égypte, peut se justifier à travers le

lien étroit établi entre ces pratiques et le mariage dans la société, le mariage étant considéré comme un facteur de stabilisation et de reproduction de la population. Dans cette perspective, les excisions ne sont pas des pratiques isolées, elles sont associées à la circoncision des garçons.

1.3.2.2 L'hypothèse extra-africaine

Des localisations extra-africaines des excisions ont été signalées en Asie, dans le sud de la péninsule arabique, en Malaisie et en Indonésie. Des foyers très limités ont été signalés en Amérique latine, particulièrement en Amazonie, dans quelques tribus indiennes péruviennes et vénézuéliennes (Erlick, 1986). Les « mutilations sexuelles » masculines et féminines se rencontrent principalement dans les régions tropicales, avec une nette prévalence pour les pratiques féminines.

Dans sa recherche basée sur les expériences de terrain, Erlick (1986) part d'une étude historique et clinique pour apporter une interprétation des pratiques traditionnelles des excisions et des infibulations. Par une analyse de leur facteur de causalité sociologique et psychologique, il dégage la signification de ces rites multiséculaires pratiqués jusqu'à présent dans quelques localités à travers le monde. Il trouve que ces pratiques sont d'étranges signifiants d'une logique plutôt patriarcale et universelle. Elles proclament, par leur marque indélébile, la suprématie de l'homme sur la femme et de la culture sur la nature. Dans une perspective ethno-psychanalytique, ces coutumes dominées par l'angoisse de castration masculine s'inscrivent dans la problématique de l'identité sexuelle (Erlick, 1986). À travers le foisonnement des écrits relatifs à ces pratiques rituelles souvent trop attribuées à tort à l'Islam et associées à une sorte de

« barbarie » exotique, Erlick (1986) éclaire et dépassionne les discours ethnocentriques occidentaux et même africains.

1.3.3 Pourquoi les excisions et les infibulations ?

1.3.3.1 Des pratiques thérapeutiques ou des croisades contre le vice solitaire ?

Dans ses écrits, Erlick (1986) a montré, historiquement, que l'infibulation, un terme d'origine latine, désigne initialement une opération exclusivement masculine : « instrument de chirurgie, espèce de boucle ou anneau dont les anciens se servent dans une opération particulière, par laquelle ils se proposent d'empêcher les jeunes hommes d'avoir commerce avec les femmes » (Erlick, 1986). Certains jeunes sont soumis à ces pratiques dans le but de faire d'eux des gladiateurs. Erlich (1986) cite Celse qui en donne la première description : « On infibule quelques fois les jeunes gens pour leur conserver la santé » (Erlick, 1986). Les infibulations des hommes s'inscrivent dans une perspective malthusienne. Elles font partie surtout des mesures répressives de la masturbation des garçons. Du dix-huitième au vingtième siècle, aux Etats-Unis, les mêmes pratiques étaient préconisées pour lutter contre les onanistes récalcitrants (Erlick, 1986). En France, à la même période (dix-huitième au vingtième siècle), l'usage de la ligature prépuçiale était recommandé chez les hommes dans le traitement des « érections génitales morbides » (Erlick, 1986).

En ce qui concerne la clitoridectomie, il est généralement admis qu'elle marque les débuts officiels de la répression de la masturbation des femmes et des filles au début du XVIII^{ème} siècle en Europe (Erlick, 1986). Elle constitue une véritable croisade contre « le vice solitaire » au moment où ce problème s'est déplacé du domaine religieux et social à celui de la médecine. L'amputation du clitoris est préconisée par certains médecins à cette époque. D'autres, en plus

de la clitoridectomie, ont pratiqué la cautérisation clitoridienne au fer rouge pour masturbation compulsive (Erlick, 1986). Garnier (1897), dans son livre sur l'onanisme, se fait l'avocat des différents moyens dissuasifs de cette pratique. Il passe en revue les diverses techniques de destruction du clitoris, telles que l'usage des caustiques (huile de croton, pierre infernale), la cautérisation par le feu, le bistouri, les ciseaux, l'écraseur (Garnier, 1897). Cette énumération n'a rien à envier à celles que l'on retrouve dans les écrits ethnographiques à propos des pratiques identiques en usage chez les « sauvages », et qualifiées de « barbares » par les civilisés (Erlick, 1986 ; Nelli, 1972).

Ces références nous montrent que les infibulations sur le plan historique sont d'abord pratiquées sur les hommes depuis le 1^{er} siècle de l'ère chrétienne. Il faudra attendre douze siècles plus tard pour qu'apparaisse la première mention des infibulations des femmes. Ces pratiques furent signalées pour la 1^{ère} fois en Afrique Orientale au XIV^{ème} siècle et en Asie au XVI^{ème} siècle simultanément avec l'Afrique (Erlick, 1986 ; Nelli, 1972). En Europe, elle fut utilisée chez les filles dans le cadre médical. À la différence des hommes, on ne procède pas par la méthode de l'anneau qui ne met pas à l'abri l'organe érectile des attouchements directs ; cette opération avive les grandes lèvres en haut et les réunissent par des points de suture.

Dans un contexte médical, à Montréal, à la fin des années 1970, Denise Boucher dans son livre « *Cyprine : essai-collage pour être une femme* », signale des pratiques similaires sur le plan médical. L'auteure est d'abord surprise par une annonce parue dans le journal de Montréal de l'automne 1975 où il est écrit : « Ne soyez plus frigides. Une simple intervention chirurgicale » (Boucher, 1978). En approfondissant sa recherche et après vérification auprès de l'agence qui annonce ses services, elle découvre que cette intervention en question est la

circuncision du clitoris. Par une technique chirurgicale on met tout simplement le clitoris à vif. Selon son constat, il y avait tous les mois au moins une bonne centaine de femmes québécoises qui subissaient cette intervention. Certaines femmes se rendaient aussi à New York par autobus ou par avion grâce à cette agence, à la clinique York Medical Associate, dans le Manhattan, pour subir ces opérations (Boucher, 1978). Par rapport à l'infibulation médicale par les gynécologues, l'auteure poursuit :

« Les gynécologues piquent et coupent. Automatiquement (...) Ils coupent et ils recousent. Serré. Serré. Serré. Pour que le monsieur soit content, dit le gynécologue. Comme si on n'avait pas des muscles élastiques. Et après ces coutures, demandez voir aux femmes, comme la pénétration du pénis fait mal ensuite, pendant un bon moment » (Boucher, 1978).

De l'Occident au Moyen-Orient, ces pratiques ont eu les mêmes fonctions : « médicolégale » et « répressive ». Néanmoins, la dimension coutumière vient étoffer la liste des raisons qui les justifient et les maintiennent (Auffret, 1983 ; Nelli, 1972). Des sources arabo-byzantines sont dominées par les témoignages médicaux et des textes littéraires arabo-persans, attestant de la pratique généralisée de l'excision dans un contexte coutumier à travers une grande partie du Moyen-Orient (Erlick, 1986). Les communautés observant l'hypersensibilité du clitoris au contact des vêtements considèrent que cela pousse vers l'acte charnel. En Egypte, cet organe est amputé avant qu'il ne grossisse trop, principalement à la période où la fille est apte au mariage. L'héritage médical gréco-byzantin sert de source d'inspiration pour certains médecins pour décrire les organes génitaux féminins et l'ablation du clitoris (Erlick, 1986).

Ces pratiques ont longtemps servi comme un moyen de contrôle et de répression du plaisir solitaire féminin, considéré comme responsable de certaines affections nerveuses. La pratique de la clitoridectomie pendant des années a fini par susciter des réactions résolument

hostiles de la part de beaucoup de citoyens de l'époque, surtout dans le milieu médical (Erlick, 1986). L'amputation du clitoris est considérée comme un moyen peu rationnel, car le clitoris n'est pas le siège des désordres ou des troubles de comportement qui lui sont attribués : « Nous ne pensons pas qu'un seul chirurgien oserait proposer aujourd'hui une telle opération » (Erlick, 1986). Ces modes de traitements ont été finalement déplorés par des médecins, certains les qualifiant de stupides, et d'autres de mutilation simple et nette (Erlick, 1986 ; Boucher, 1978). Les critiques ont suffi pour mettre fin à ces pratiques d'ordre médical (Erlick, 1986).

1.3.3.2 Les excisions et les infibulations en Afrique : des pratiques coutumières initiatiques ou répressives ?

Les excisions et les infibulations en Afrique, d'une façon générale, se caractérisent par leurs dimensions coutumières et initiatiques. Des explorateurs et africanistes ont découvert des peuples qui ont plus ou moins ces pratiques en commun ou des rituels similaires (Erlick, 1986 ; Bettlheim, 1971 ; Gennep, 1969 ; Zahan, 1960). Il s'agit, le plus souvent, d'une enfant ou d'une préadolescente, d'âge variable entre les débuts de la vie et la période pré-pubertaire, selon les cultures et les ethnies, devant remplir des conditions plus ou moins strictes parmi lesquelles le statut sexuel joue un rôle important (Erlick, 1986 ; Traoré, 2003). Le premier témoignage des excisions en Afrique Occidentale est, selon Carreira (1965) cité par Erlick (1986), celui du père Manoël Alvares, résultant d'un voyage effectué entre 1606-1616. Celui-ci précise dans son récit que les femmes ne portent rien sur elles-mêmes avant d'être circonscises à l'âge de seize à dix-sept ans, lors de cérémonies festives. Une pratique similaire a été observée en Orient, précisément en Perse en 1624 (Erlick, 1986).

Depuis cette période, beaucoup de voyageurs mentionnent la « circoncision » des femmes en Afrique et au Proche-Orient. Mais, il a fallu attendre le début du XIX^{ème} siècle pour qu'apparaissent les premières descriptions de ces rituels avec des témoignages directs, en majorité par des médecins. Les excisions sont en lien avec des cérémonies organisées pour les jeunes filles excisées. Ces événements qui n'ont aucune signification religieuse sont suivis d'une période de repos pour les filles à l'issue de laquelle les mariages sont fréquents (Erlick, 1986 ; Auffret, 1983 ; Diallo, 1978 ; Nelli, 1972 ; Henry, 1910). Les Bambaras et les Mandingues les pratiquent à la puberté avec des cérémonies festives. Quant aux Maures, ce sont les fillettes d'environ un an qui sont excisées (Erlick, 1986).

Cependant, les infibulations sont plus circonscrites géographiquement que les excisions. Elles se rencontrent dans quelques sociétés d'Afrique de l'Est, ayant en commun un héritage hamitique, la religion musulmane et présentant entre elles de nombreuses analogies structurales (Erlick, 1986). Au Mali, elles sont pratiquées par les Soninkés et les Peulhs du Macina (Traoré, 2008). Selon les recherches d'Erlick (1986) et Traoré (2008) la chasteté est une obligation absolue pour la pratique des infibulations ; elle doit se maintenir jusqu'au mariage, ce que les opérations contribuent en principe à favoriser, malgré quelques dérogations chez certaines jeunes infibulées (Erlick, 1986). Les infibulations sont généralement individuelles, elles ne sont précédées d'aucune phase préliminaire et ne donnent lieu à aucune cérémonie festive particulière dans certaines ethnies comme les Somali et les Afar de Djibouti (Erlick, 1986). Néanmoins, il arrive que ces pratiques regroupent plusieurs fillettes d'âge voisin d'une même famille (Erlick, 1986). Par contre, les recherches de Trimmingham (1949) signalent, dans certaines tribus du nord du Soudan, que les futures infibulées sont quelques fois parées et maquillées

comme au jour des grands événements sociaux. Ce qui sous-entend une cérémonie festive autour de ces rites.

Parallèlement à ces données, les infibulations sont décrites parfois comme des pratiques qui concernent les femmes esclaves au Darfour, pour les empêcher d'attraper des grossesses qui abaisseraient leur valeur (Erlick, 1986). Les filles de condition libre sont quelques fois soumises à cette même opération entre onze et douze ans (Erlick, 1986). Plusieurs autres localités à travers le monde ont observé des pratiques semblables, surtout les excisions : en Russie, au Sud de Moscou pour des motifs religieux, une secte pratique des « mutilations génitales féminines et masculines » (Erlick, 1986). La mention de cérémonies festives autour des excisions n'est signalée qu'en Afrique. Cela confirme cette hypothèse que ces pratiques sont généralement des cérémonies culturelles ou coutumières collectives, associées ou non à des rites initiatiques pour les peuples qui les maintiennent (Henry, 1910).

Que chaque sorte de pratique ait été inventée une fois seulement puis transmise de peuple à peuple par emprunt ou qu'elle ait été inventée plusieurs fois indépendamment, cela demeure une interrogation plus ou moins pertinente sur le plan anthropologique (Gennep, 1969). Le même auteur note à ce sujet que chaque sorte de pratique étant un procédé de différenciation collective, l'emprunt ne peut pas se faire cependant entre tribus limitrophes, mais seulement si cette forme, inconnue encore, peut servir à différencier davantage un groupement donné de ses voisins (Gennep, 1969). Suite à cette logique, les excisions et les infibulations sont des moyens culturels de différenciation définitive entre les peuples. Mais qu'en est-il pour le Mali ? Comment ces pratiques peuvent-elles différencier les groupes ethniques les uns des autres si les femmes sont majoritairement excisées de part et d'autre ? Comment expliquer l'introduction

récente des excisions chez les Bwa,⁸ les Sonhraïs et les Tamashecks, qui auparavant ne les pratiquaient pas et qui sont entourés de communautés où ces rites sont ancrés dans les mentalités ? Suite à ce constat, peut-on parler d'emprunt entre les tribus limitrophes au Mali ?

Replacer les excisions et les infibulations dans le contexte local de notre étude (à Bamako au Mali) nécessite ce que Latoures (2008) appelle une « radiographie » de ces pratiques. Cette démarche ne doit cependant pas conduire à masquer l'ancrage de ces rituels dans la modernité au Mali : en effet, ces pratiques ont considérablement évolué dans leur forme et leur contenu au Mali, particulièrement dans la ville de Bamako.

1.4 Les excisions et les infibulations au Mali

Au Mali, les excisions et les infibulations sont souvent désignées en français par le terme générique d'« excision », sans aucune distinction entre les formes que ces pratiques couvrent dans les différentes communautés. Dans la langue Bambara, qui est une langue majoritairement parlée au Mali, le terme « générique » pour désigner ces pratiques est : « nègè koro sigi » qui veut dire « asseoir sous le fer ». Cette appellation Bambara ne fait pas non plus de distinction entre les types de pratiques. Elle désigne l'acte opératoire de couper ou de trancher avec un instrument - sous forme de couteau - confectionné en métal. Les excisions sont donc appelées en terme de : « musomani ka nègè koro sigi », littéralement, le fait « d'asseoir la petite fille sous le fer ». D'une manière générale, le nom des organes génitaux concernés n'est pas mentionné en Bambara, seule l'action de les couper est sous-entendue à travers le terme « asseoir sous le fer ».

⁸ Le mot « Bwa » est le pluriel de « Bo » qui indique un individu de cette ethnie au Mali.

À travers le Mali, des expressions à connotations religieuses, surtout musulmanes, sont utilisées aussi pour désigner les excisions : « sélijili », « bolokoli » (l'eau de prière ou rite d'ablution, lavage de main ou bain de purification avant les prières). Dans d'autres ethnies il y a d'autres expressions pour désigner les mêmes pratiques. Les Bambaras du Wasulun (au Sud-Ouest du Mali) disent « K'a bla kola » qui veut dire « mettre dans le marigot ». Ces expressions font allusion au nom du cours d'eau où les excisions ont lieu, généralement en dehors du village. L'ethnie Kassoké du Kartha utilise le terme « Niaga » - ce terme a été utilisé par un interviewé de notre recherche -. Quant au Sonrhāi, c'est le terme « horow bangou » qui est généralement utilisé pour désigner les excisions (Traoré, 2008). Le fait que ces ethnies possèdent un vocabulaire propre pour désigner ces pratiques signifie qu'elles sont ancrées dans leurs coutumes.

1.4.1 Les données statistiques : une forte prévalence des excisions

1.4.1.1 La prévalence sur le plan national

Les données statistiques des excisions et des infibulations sont assez documentées dans les enquêtes démographiques de santé du Mali (EDSM IV, 2006) et par les enquêtes nationales sur le phénomène des excisions volet quantitatif du Ministère de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille (MPFEF, 2009). Le Fond des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF, 2013), dans un aperçu statistique des excisions et des infibulations, fait un bilan et un examen des dynamiques du changement de ces pratiques à travers le monde. Ces recherches fournissent des données à la fois sur la prévalence nationale, les types de pratiques, l'âge des filles au moment des excisions, les catégories de personnes qui font les excisions, et sur l'opinion des communautés sur ces pratiques (UNICEF, 2013 ; MPFEF, 2009 ; EDSM IV, 2006). Les

données confirment que les excisions sont très répandues au Mali : au niveau national 89% des femmes sont excisées d'après les enquêtes démographiques et de santé (EDS), (in UNICEF, 2013),⁹ contre 85,2% selon les enquêtes démographique et de santé du Mali (EDSM IV, 2006). L'analyse de ces données ci-dessus montre une légère augmentation des excisions de 3,8% par rapport aux résultats des enquêtes de 2006.

La prévalence des excisions des filles âgées de 0-14 ans est de 84% (MPFEF, 2009), les femmes de 15-49 ans déjà excisées est de 85% dans les zones des enquêtes de l'EDSM IV (2006). Les recherches de l'UNICEF (2013) donnent une prévalence de 88% pour les filles âgées de 15-19 ans qui ont subi les excisions, et 89% pour les femmes âgées de 45-49 ans qui ont déjà subi les excisions, dans les zones des enquêtes (EDS et MICS, 1997-2011, in UNICEF, 2013). Selon ces données statistiques, l'augmentation nationale du taux des excisions s'explique par la prévalence constatée au niveau des filles âgées de 0-14 ans. En effet, les enquêtes démographiques et de santé du Mali (EDSM IV, 2006) ne disposaient pas de données sur les filles excisées de moins de 15 ans. C'est en 2009 que le Ministère de la promotion de la femme, de l'Enfant de la Famille (MPFEF), après une enquête nationale sur le phénomène des excisions, a produit des données statistiques comprenant les filles âgées de 0-14 ans.

La légère augmentation de 3,8% constatée montre que les excisions sont de plus en plus pratiquées sur les enfants de moins 15 ans au Mali. Cependant, nous retenons que ces données statistiques fournissent des indices de grandeur mais ces chiffres sont à interpréter avec prudence parce que, avec la clandestinité, il est difficile de connaître les chiffres exacts des excisions et

⁹ Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS), Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS), et les Enquêtes sur la santé des ménages soudanais, 1997-2012, in UNICEF (2013).

des infibulations, et selon Cappa (in *Développement et Santé*, 2014), il existe très peu de données fiables sur l'ampleur du phénomène au sein des groupes de population concernée.

1.4.1.2 La prévalence selon les régions administratives

Dans les régions administratives du Mali la prévalence des filles âgées de 0-14 ans excisées est la suivante : Kayes 97,3% ; Koulikoro 95,2% ; Sikasso 81,7% ; Bamako 81,1% ; Ségou 76,4% ; Mopti 52,9% (MPFEF, 2009). Selon l'enquête du Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille (2009), les régions de Gao, Tombouctou et Kidal, sont considérées comme des zones à faible pratique des excisions et des infibulations, raison pour laquelle elles n'ont pas été prises en compte par l'étude concernant les filles âgées de 0-14 ans.

La prévalence des excisions chez les femmes de 15-49 ans se présente comme suit : Kayes 98,3% ; Koulikoro 97,4% ; Sikasso 94,7% ; Bamako 92,6% ; Ségou 92,2% ; Mopti 75,4% ; Tombouctou 44% ; Gao 1,8% ; Kidal 0,9% (EDSM IV, 2006). L'analyse de ces prévalences montre que les excisions se pratiquent dans toutes les régions du Mali, aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural, respectivement 81% en ville et 87% en campagne. Cependant, la pratique des excisions varie de manière importante selon les régions. En effet, dans les régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso et Ségou, la quasi-totalité des femmes a subi l'un ou l'autre type des excisions ; par contre, dans la région de Mopti, la proportion est plus faible. Les régions du Nord, comme Gao, Tombouctou et Kidal, présentent aussi des taux faibles, car les populations qui dominent, - surtout les Touaregs, les Sonrhaïs, les Tamasheks, les Maures et les Arabes -, pratiquent moins ou pas du tout les excisions et les infibulations (MPFEF, 2009 ; Latoures, 2008 ; Traoré, 2008).

1.4.1.3 La prévalence selon les groupes ethniques

Les résultats selon les groupes ethniques mettent aussi en évidence des écarts importants entre les ethnies. Les filles âgées de 0-14 ans : Malinkés 98,3% ; Sarakolés 95,2% ; Sénoufos/Miniankas 91,3% ; Bambaras 91,2% ; Peulhs 90,4% ; Dogons 87% ; Sonrhaïs 46,2% ; Bwa 45,7% (MPFEF, 2009). Pour les femmes âgées de 15-49 ans : Malinkés 98% ; Bambaras 97,7% ; Sarakolés 96,9% ; Peulhs 94,3% ; Senoufos/Miniankas 92,9% ; Bwa 80,6% ; Dogons 76% ; Tamasheks 32% ; Sonrhaïs 28,4% (EDSM IV, 2006). L'analyse de ces données permet de constater que les excisions et les infibulations sont très répandues chez les Malinkés, les Sarakolés, les Sénoufos/Miniankas, les Bambaras et les Peulhs. En revanche, ces pratiques sont moins généralisées mais restent néanmoins importantes chez les Bwa, les Dogons, en fonction de l'âge de la pratique (15-49 ans). Par contre elles sont moins répandues chez les Tamasheks, les Maures, les Arabes et les Sonrhaïs (EDSM IV, 2006).

Suivant les mêmes résultats, les facteurs ethniques et régionaux semblent donc des éléments assez importants de la prévalence, mais des variations significatives peuvent également être observées entre les milieux urbains (95,4% de prévalence EDSM IV 2006) et le milieu rural (87,4% EDSM IV, 2006), et en fonction du niveau de revenu économique, avec une prévalence de 93,7% pour le quintile le plus bas et 85,7% pour le quintile le plus élevé (EDSM IV, 2006). En ce qui concerne les types d'excisions, les enquêtes de démographie et de santé au Mali (EDSM) offrent des informations peu précises, spécialement sur les infibulations, et qui seraient « la conséquence d'une mauvaise interprétation de la question concernant le type d'excisions » (EDSM IV, 2006). Cependant, il apparaît que la majorité des femmes excisées ont subi des formes de types I ou II selon les classifications de l'Organisation

mondiale de la santé (OMS, 2014). Les infibulations selon les recherches de Traoré (2008) sont fréquentes chez les Soninkés et les Peulhs du Macina dans la région de Mopti. Elles sont moins répandues et représentent environ 2% des femmes excisées au Mali (EDSM IV, 2006).

L'analyse des données ci-dessus montre que l'appartenance ethnique apparaît déterminante dans les pratiques des excisions et des infibulations, surtout chez les Sonrhaïs, les Tamasheks, les Maures où les taux sont plus faibles que ceux des Sarakolés, des Bambaras et des Peulhs. Les pratiques des excisions et des infibulations se concentreraient donc sur la zone sahélo-soudanaise, et seraient résiduelles dans la zone saharienne, selon le Ministère de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille (2009). Or, cela recoupe également en partie la répartition des groupes ethniques au Mali, comme nous venons de le souligner plus haut. Selon Latoures (2008), le Mali serait divisé ainsi entre le Nord, avec peu de population, qui ne connaîtrait pas ou peu les excisions et les infibulations ; et le Sud, plus peuplé, où ces pratiques sont systématiques.

Toutefois, cette représentation spatio-territoriale des excisions et des infibulations n'est pas neutre. La même auteure a noté par exemple qu'à la tête des principales associations de lutte et de sensibilisation contre ces pratiques au Mali se trouvent souvent des femmes et des hommes originaires des régions du Nord qui ne connaissent donc pas *a priori* ces pratiques (Latoures, 2008). Mais comment expliquer le phénomène de ces taux faibles par rapport à ceux du Sud du pays ?

Selon les recherches de l'Aide de l'Église Norvégienne (AEN, 2004) sur les pratiques des excisions et des infibulations dans les régions du Nord du Mali, il ressort que, dans la région de Kidal, les populations autochtones ne pratiquent pas ces rites, de même que dans la

région de Gao. Ces études précisent d'abord que les populations de Kidal qui suivent en général un Islam de rite malikite dans lequel les excisions et les infibulations ne sont pas des pratiques obligatoires, n'en ont pas fait leur tradition. Il est aussi signalé dans ces études que les familles immigrées de ces régions, essentiellement des familles de militaires dans les camps, ne font pas exciser leurs filles sur place parce qu'il n'y a pas de femmes exciseuses. Les Sonrhaïs autochtones de Gao ne connaissent pas ces pratiques non plus. Mais les Bozos qui ont aussi immigré dans cette région pratiquent ces rites dans leurs campements. Ils profitent de leur séjour dans leur village d'origine d'une manière cyclique, tous les trois ans, pour faire exciser leurs filles souvent âgées de trois à quatre ans (AEN, 2004).

Pour ce qui est de la région de Tombouctou, les excisions et les infibulations ne sont pas pratiquées en ville, mais elles sont répandues dans certains cercles de la même région comme Diré, Goudam et Niafuké. Selon Latoures (2008), une hypothèse intéressante expliquerait ces taux faibles pour la ville de Tombouctou et ses alentours. En effet, ces pratiques étaient très répandues dans le passé, mais les populations les auraient abandonnées suite, surtout, à une cérémonie d'excision massive qui aurait causé le décès de plusieurs jeunes filles au début du siècle. Cette histoire, déclinée en différentes formes, est très souvent évoquée avec une certaine fierté par les Sonrhaïs ou les Tamasheks selon le rapport de Latoures (2008) :

« À Tombouctou par le passé, la communauté a excisé les filles. Malheureusement, beaucoup de filles en sont mortes et certaines sources disent qu'elles en sont toutes mortes. Suite à cela, les marabouts ont interdit la pratique sur le sol de Tombouctou » (AEN, 2004).

La même auteure (Latoures, 2008) poursuit que la même histoire a été racontée à Kabara, cercle de Tombouctou, pour justifier la disparition de ces pratiques :

« L'excision a été faite trois fois sans succès à Kabara, il y a plus de cent ans. Sur un total de 150 filles (3 tentatives successives) 1/3 des filles sont devenues sourdes, muettes, aveugles et les 2/3 qui ont survécu sont devenues stériles. Et puis l'excision a été bannie » (AEN, 2004).

Les villages avoisinants ont aussi abandonné ces pratiques suite à cet incident. Par contre, elles existent parmi les populations des autres cercles de Tombouctou. Dans les recherches de Sanogo et Giani (2009), au Sud du Mali cette fois-ci, un récit similaire fait ressortir la légende des trois filles excisées transformées en collines. En effet, lors des débats pour savoir si les acteurs qui travaillent sur le terrain de sensibilisation - dans les localités de Zégoua et Kadiolo, région de Sikasso- avaient rencontré des éléments culturels qui pourraient être utilisés comme porte d'entrée pour l'abandon des excisions et des infibulations, les participants ont relaté ce récit :

« Selon la légende, trois jeunes filles ont été transformées en trois collines : les exciseuses, pour une fois qu'elles n'ont pas eu la bénédiction des vieux, qui s'asseyaient à la sortie du village sur leur passage, ont eu des problèmes avec les jeunes filles excisées, dont trois sont mortes à cause d'une hémorragie massive. Pour ne pas ramener les filles mortes au village, les vieilles les ont transformées en collines ».

L'analyse de ces légendes nous fait penser aux récits mythologiques qui expliquent l'origine et le maintien des excisions et des infibulations dans certaines localités. Dans cette perspective mythologique, peut-on penser, à travers ces données, à des fondements légendaires qui expliqueraient l'origine de l'abandon ou le refus de perpétuer ces pratiques traditionnelles à cause des risques et des complications qu'elles comporteraient ?

Nous retenons ici que les excisions et les infibulations sont donc finalement quasi systématiques sur l'ensemble du territoire malien : seules quelques régions et les zones très localisées ou peu peuplées ne les pratiquent pas. On ne peut comprendre cette répartition que

par le croisement des facteurs géographiques et ethniques, notamment en ce qui concerne les régions du Nord du Mali où les pratiques suivent plutôt une répartition spatiale que strictement ethnique (Latoures, 2008).

1.4.1.4 La prévalence selon la religion

À un autre niveau, le taux de ces pratiques varie très peu en ce qui concerne les principales croyances religieuses au Mali. Rappelons qu'au Mali, il y a 65% de musulmans, 33% d'adeptes des religions traditionnelles, et 2% de chrétiens (New Peoples, 2010). Le taux des excisions et des infibulations chez les musulmans est de 91,9% ; chez les animistes 95,5% et chez les chrétiens 75% (EDSM IV, 2006).

Si nous considérons ces mêmes pratiques dans le temps, c'est-à-dire, dans la durée et l'espace, le taux des excisions varie de façon significative selon la religion. Ainsi, entre 1996 et 2006, le taux était plus élevé chez les musulmans : en 1996 le taux était de +10 points ; en 2001 le taux est passé à +16,4 points et 2006, il a atteint +17,6 points (Traoré, 2008). Chez les chrétiens le taux en baisse est plus sensible que chez les musulmans : -16,7% pour les chrétiens contre -08,8% chez les musulmans durant les dix dernières années (Traoré, 2008; EDSM IV, 2006). Selon Traoré, « Faut-il en conclure que les efforts de sensibilisation portent davantage lorsque l'impératif religieux est moins catégorique comme c'est le cas avec les chrétiens ? » (Traoré, 2008).

Cependant, Latoures (2008) souligne que le clivage Nord/Sud, constaté au Mali, permet de revisiter le facteur religieux, et plus précisément l'appartenance à la confession musulmane, pour déterminer la forte prévalence de la pratique des excisions et des

infibulations au Mali. Les différentes enquêtes de l'EDSM (2006, 2009) mettent en évidence le fait que la majorité de la population considère que ces pratiques sont rendues « obligatoires » par l'Islam. Cela expliquerait donc qu'elles soient systématiques au Mali dans la mesure où il y a 65% de musulmans (News Peoples, 2010).

Mais pourtant, en y regardant de près, l'islamisation du Mali s'est effectuée historiquement d'abord à partir du Nord, qui a connu une conversion également plus rapide. Selon Fauvelle-Aymar (2013), le souverain de Gao est le premier roi converti à l'Islam au X^{ème} siècle. Puis à partir du milieu du XI^{ème} siècle, les conversions des dynasties régnantes dans les royaumes sahéliens se multiplient, comme dans une sorte de compétition. En revanche, le roi du Manding au Sud, dont les populations étaient réputées pour leur résistance farouche à l'Islam, s'est converti en 1050 selon Ki-Zerbo (1972). Ensuite les grands mouvements de djihads populaires des XVIII^{ème} et XIX^{ème} siècles ont contribué à convertir les Peulhs, les Toucouleurs et les Bambaras (Fauvelle-Aymar, 2013). Jusqu'à la fin du XIX^{ème} siècle, l'islamisation restait un phénomène urbain très limité. Si ce mouvement d'islamisation s'est aujourd'hui généralisé, il n'en reste pas moins que c'est dans la zone islamisée la plus ancienne que les pratiques des excisions et des infibulations sont moins systématiques. Au Mali le facteur religieux joue un rôle essentiel mais ambivalent dans les pratiques, dans leurs évolutions et dans les discours qui y sont associés (Latoures, 2008).

1.4.1.5 La prévalence selon les âges de la pratique

Concernant l'âge des excisions, il ressort, selon les ethnies, que les opérations ont lieu le plus souvent pendant la petite enfance. Les résultats obtenus dans les zones d'enquête en interrogeant les mères par âge auquel les excisions ont été pratiquées permettent de déceler

une évolution significative en faveur d'un rajeunissement de l'âge de la pratique, comme nous l'avons souligné plus haut. Selon UNICEF (in, EDS et MICS, 2000-2010), la prévalence des filles excisées à l'âge de 0-4 ans est de 89%, les filles âgées de 5-9 ans 8% et les filles de 10-14 ans 1%, les filles âgées de 15 ans et plus au moment des excisions est de 0%, et celles qui ne savent pas l'âge 2%.

L'analyse de ces données remet en cause la fonction des excisions comme des pratiques culturelles d'initiation. En effet, beaucoup de recherches ont mis en relief la dimension initiatique avec des formations données aux filles, et l'âge des excisions dans ces écrits varie entre 8 et 18 ans selon les ethnies et les localités (Traoré, 2008 ; Erlick, 1986 ; Diallo, 1978 ; Genep, 1969). Par contre, la baisse considérable actuelle de l'âge des fillettes (0-4 ans 89%) permet difficilement de soutenir la thèse des excisions comme des pratiques d'initiation (Cabane, 2008).

1.4.1.6 La répartition des filles excisées en fonction des praticiens

Par rapport aux praticiens, il ressort que les exciseuses traditionnelles se chargent le plus souvent des excisions et des infibulations : 94% (EDS, MICS et enquête sur la santé des ménages soudanais, 1997-2011, in UNICEF, 2013). Cependant, il semble qu'une tendance à la médicalisation soit également observable : 5% (EDS, MICS et enquête sur la santé des ménages soudanais, 1997-2011, in UNICEF, 2013).

1.4.1.7 L'opinion envers les excisions et les infibulations

Selon les données que nous avons consultées, il apparaît que l'opinion des personnes qui ont participé aux différentes enquêtes soit globalement favorable pour le maintien des

excisions. Le cas des infibulations n'ayant pas été spécifié. Les résultats de l'enquête démographie et de santé du Mali (EDSM IV, 2006) ont donné : 76% de femmes et 69,5% des hommes sont pour le maintien des excisions. Les études de l'UNICEF (2013),¹⁰ ont donné les résultats suivant : 71% des femmes sont pour le maintien des excisions, 20% pensent que ces pratiques doivent cesser et 9% pensent que cela dépend ou ne sont pas sûrs. Quant aux hommes, 70% pensent que les excisions doivent être maintenues, 20% pensent qu'elles doivent cesser, et 10% pensent que cela dépend ou ne sont pas sûrs.

Si nous comparons ces résultats aux données de l'EDSM IV (2006), il y a une légère augmentation de 0.5% dans l'opinion des hommes entre 2006 et 2010 : 69,5% des hommes en 2006 étaient pour le maintien des excisions, contre 70% en 2010 (EDS, MICS, 2010).¹¹ Par contre pour les femmes qui veulent le maintien, nous notons une baisse de 6% dans leur opinion : 76% des femmes étaient favorables aux excisions en 2006 (EDSM IV, 2006) contre 71% en 2010, selon l'EDS, MICS (2011)¹². Quant aux motifs de ce maintien, il faut noter que la majorité des femmes considèrent que les excisions sont exigées par l'Islam 63,6% (EDSM IV, 2006), alors que les hommes mettent moins l'accent sur la religion musulmane 38,2% (EDSM IV, 2006).

Même si ces pratiques sont maintenues par une forte majorité de la population malienne, on peut se demander, comme l'anthropologue Mackie (1996), si on peut décrire aujourd'hui les excisions et les infibulations tout en écartant « les dommages » corporels et

¹⁰ EDS, MICS et Enquêtes sur la santé des ménages soudanais, 1997-2011; EDS, MICS et Enquêtes sur la santé des ménages soudanais, 1995-2010, in, Un aperçu statistique, Mutilations génitales féminines/excision : Bilan statistique et examen des dynamiques du changement, UNICEF, 2013.

¹¹ Ibidem.

¹² Ibidem.

psychologiques qu'elles peuvent occasionner chez les femmes. Aussi importantes qu'elles puissent paraître dans les sociétés qui les pratiquent, des études ont montré que ces pratiques peuvent avoir des risques et des conséquences sur la santé physique et psychologique des femmes (Cuzin, in *Développement de Santé*, 2014).

1.4.1.8 La prévalence des complications sur la santé

La question des complications médicales se trouve au centre des mouvements de mobilisation, non seulement des occidentaux, mais aussi de beaucoup d'Africains, pour l'abolition de toute forme d'excisions et d'infibulations (Cuzin, in *Développement de Santé*, 2014; Tenenbaum, 2014 ; Kaplan, 2013; Tamire, 2013; Doré, 2012 ; Carbonne, 2011 ; Traoré, 2008 ; Prolongeau, 2006). Erlick (1986), affirme que la littérature antérieure au XIX^{ème} siècle ne mentionne pratiquement pas les complications médicales des excisions, même si Saranos y évoquait déjà les risques hémorragiques. C'est à travers l'article de Fröhlich, cité par Erlick (1986), faisant état des complications médicales gravissimes des infibulations en Nubie, qu'apparaît dans la littérature médicale un discours parfois excessif, mais toujours justifié sur le plan humanitaire (Erlick, 1986). Traoré, quant à lui, fait remonter les premières remises en cause médicales des excisions aux années 1930 avec les travaux du médecin Séquira. Celui-ci avait démontré la nocivité biomédicale de ces opérations sans que ses recherches ne bénéficient d'une large diffusion (Traoré, 2007).

De nos jours, des recherches ont mis en évidence le fait que près de 1/3 des femmes et des filles qui subissent les excisions ou infibulations auraient des complications (EDSM IV, 2006), et, dans 12% des cas, elles auraient des complications multiples (au moins deux au cours de leur vie). Les complications les plus fréquentes sont : les saignements excessifs

(15%), les rétentions urinaires (12%) ou des infections génitales (14%). Ces données sont confirmées et surtout détaillées par les résultats des études menées par « *Développement et Santé*, 2014 » sur le phénomène des excisions et des infibulations en Afrique, et par d'autres chercheurs comme Tamire (2013), Kaplan (2013), Doré (2012) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2006). Au Mali, nous avons, entre autres, les études de Touré (2003), de Fané (1999) et de Diallo (1990) sur les conséquences gynéco-obstétricales de ces pratiques sur la santé des femmes.

Toutes ces études ont montré que ces pratiques culturelles entraînent de nombreuses complications médicales immédiates et tardives. Avec les découvertes de la médecine sur l'anatomie exacte des organes génitaux touchés par les excisions et les infibulations, particulièrement le clitoris en 1998, ainsi que la première résonance magnétique nucléaire du clitoris en 2005, il a été montré que cet organe contient, dans le corps humain, le plus de capteurs sensitifs, entre huit à dix mille, contre quatre mille pour le gland du pénis, et porte la plus grande concentration de récepteurs de tout le corps humain (Buisson, 2011 ; Leleu, 2009). L'analyse de ces données permet de comprendre les résultats des études qui mettent en relief les douleurs comme conséquences immédiates de ces pratiques (Cuzin, in *Développement et Santé*, 2014). Aussi, les conséquences de type urinaire, cicatricielles, fertilité/sexualité, infections et troubles psychologiques ont été identifiées par plusieurs études (Cuzin, in *Développement et Santé*, 2014). D'autres dimensions ont été signalées dans les résultats de ces études comme : le taux des décès, des complications lors de l'accouchement, des coûts humains et financiers liés aux traitements médicaux (Cuzin, in *Développement et Santé*, 2014).

Malgré ces études sur les risques et les complications sanitaires, beaucoup de maliens affichent leur volonté de maintenir les excisions - le cas des infibulations n'ayant pas été signalé -. Ces pratiques sont perçues comme des rituels qui ont des conséquences sociales.

1.4.2 Les conséquences sociales des excisions et des infibulations

Plusieurs études révèlent aujourd'hui que les excisions et les infibulations pratiquées à la période néo-natale ou dans le cours de la petite enfance ne comportent généralement aucune modification du statut social des fillettes (Erlick, 1986 ; Genep, 1969 ; Henry, 1910). Lorsque ces pratiques se situent dans la période pubertaire, généralement après l'apparition des premières règles, elles s'inscrivent le plus souvent selon les ethnies dans un processus d'initiation plus ou moins élaboré. Elles peuvent parfois s'intégrer dans des rites de passage caractérisés par trois phases : la phase de la séparation qui est généralement consacrée à l'instruction traditionnelle des filles dans une case de réclusion ; la marge ou la phase des épreuves, qui est le moment symbolisant la destruction de l'ancienne personnalité les filles étant considérées comme mortes pendant les excisions, pour renaître immédiatement après les cérémonies ; enfin la phase d'agrégation, qui marque la nouvelle naissance sociale et l'intégration à la classe des femmes (Erlick, 1986; Genep, 1969; Henry, 1910).

Chez certains Bambaras et Miniankas, la phase de renaissance est marquée par des rituels au cours desquels les filles nouvellement excisées sont portées immédiatement comme des nouveau-nés sur le dos de leurs mères ou de leurs sœurs aînées vers le village (Erlick, 1986; Diallo, 1978; Henry, 1910) : c'est la seconde naissance selon la réflexion de Henry (1910) : « Et de même que l'enfant apparaît en public pour la première fois sur le dos de sa

mère, elle entre encore ainsi dans la vie civile et religieuse sur le dos de sa mère ou celle qui la remplace ».

En fonction des ethnies et des régions, cette nouvelle naissance représente la porte d'entrée vers une étape importante pour l'avenir des filles dans la société. L'agrégation dans la classe des femmes permet ainsi aux excisées de bénéficier de la protection des fétiches des femmes, spécialement « Le mouso ka dyiri » (l'arbre de la femme) qui est le génie chargé de veiller sur les femmes (Henry, 1910). Chaque année, quand vient la fête de cette divinité, toutes les excisées lui offrent des sacrifices composés généralement de farine délayée dans l'eau, d'une poule et deux noix de cola. Les offrandes sont remises au chef de village ou à un ancien qui se charge de faire le sacrifice sur l'écorce de l'arbre fétiche (Henry, 1969). Durant ces rituels les jeunes filles demandent au fétiche la beauté et la force en vue du mariage; celles qui sont déjà excisées et mariées demandent la fécondité, et toutes les femmes excisées sollicitent d'être à l'abri d'un accident fâcheux inhérent à leur sexe (Henry, 1910).

En plus de ces avantages perçus, les excisions permettent une meilleure intégration des enfants et des jeunes filles dans la société et leur assurent une sépulture digne à la fin de leur vie, surtout chez les Bambaras. Pour Henry (1910), les filles ou les enfants non excisées ne sont pas vraiment Bambaras, il leur manque le signe de la « race », et peu d'honneurs leur sont rendus quand elles meurent dans cet état. Leur corps est tout simplement enfoui par deux ou trois jeunes gens dans une fosse sans aucune cérémonie spéciale et on offre un sacrifice ou on dépose un « saraka » (une simple offrande), suivant l'ordre reçu des devins (Henry, 1910). L'analyse de ces conséquences sociales permet de comprendre combien les excisions sont incontournables dans ces sociétés, car elles sont ancrées dans la mentalité de la population.

Dans un tel contexte, on peut comprendre, à la suite de Cabane, qu'il serait difficile aux parents d'épargner à leurs filles ces pratiques (Cabane, 2008). Mais comment interpréter l'ancrage de telles pratiques dans la société en ce XXI^{ème} siècle?

1.5 Les interprétations socioanthropologiques des excisions et des infibulations

L'apport principal des anthropologues est de mettre en évidence la variété des logiques, des explications et des fonctions des pratiques sociales prises dans divers contextes socioculturels localisés. En s'attachant à décrire ces pratiques, les chercheurs favorisent leur recontextualisation afin de les comprendre (Latoures, 2008). Cependant, beaucoup de chercheurs socioanthropologues trouvent dans ces rites traditionnels l'un des paradigmes le plus explicatif de la complexité des sociétés exotiques (Erlick, 1986 ; Nelli, 1972). Tout comme la circoncision des garçons, ces pratiques visent à rétablir un ordre social initial perturbé par la force du mal (Erlick, 1986 ; Nelli, 1972 ; Griaule, 1966 ; Zahan, 1960 ; Dieterlen, 1951). À la suite des interprétations africanistes, d'autres chercheurs vont présenter ces pratiques non seulement comme un aspect de la richesse culturelle de la société, mais comme un « phénomène social total » qui s'enracine dans les récits cosmogoniques (Cabane, 2008 ; Traoré, 2007).

1.5.1 La théorie des récits mythologiques

Les écrits de Bettelheim (1971), de Griaule (1966) et de Dieterlen (1951), montrent que les origines des excisions peuvent être analysées à partir des croyances cosmogoniques ou des mythes fondateurs. Ces récits mythologiques fournissent également des éléments d'interprétation des fonctions et des significations de ces pratiques. D'une manière générale, les mythes fondateurs qui nous intéressent reposent sur le principe de la bisexualité originelle,

et de l'impureté associée au clitoris, indirectement liée au désordre originel (Latoures, 2008 ; Traoré, 2003 ; Bettelheim, 1979 ; Griaule, 1966 ; Dieterlen, 1951).

1.5.1.1 Le mythe Dogon

Les recherches de Griaule (1966) chez les Dogons au Mali, pointent vers la première cause des excisions qui apparaît dans la tradition mythique Dogon :¹³

« Dieu, nommé Amma (en langue dogon), voulait s'unir à la terre image de la femme dont le sexe est une fourmilière et le clitoris une termitière. C'est alors que se produisit le premier désordre de l'univers (...) Au moment où Dieu s'approche, la termitière se dresse, barre le passage et montre sa masculinité. Elle est l'égale du sexe étranger, l'union n'aura pas lieu. Pourtant Dieu est tout puissant. Il abat la termitière rebelle et s'unit à la terre excisée. Mais l'incident originel devait marquer à jamais la marche des choses» (Griaule, 1966).

De cette union défectueuse naît le chacal, symbole des difficultés de Dieu et non des jumeaux attendus. À partir du moment où la terre fut excisée (abattue), le cycle se renouvela et deux jumeaux naquirent :

« Ainsi chaque être humain dès l'origine fut nanti de deux âmes de sexe différent, ou plutôt de deux principes correspondant à deux personnes distinctes à l'intérieur de chacun. Pour l'homme, l'âme femelle siégea dans le prépuce. Pour la femme, l'âme (mâle) fut supportée par le clitoris » (Griaule, 1966).

La vie des hommes ne pouvait s'accommoder de ces êtres doubles. Le « Nommo » (Dieu d'eau en langue Dogon) circonçit donc l'homme rayant toute la féminité du prépuce. Dieu eut d'autres rapports avec la femme et cette fois rien ne vint troubler leur union, car l'excision a fait disparaître la cause du premier désordre et la souffrance de la parturiente se concentre dans le clitoris qui, excisé par une main invisible, se détache de la femme et

¹³ Griaule ne mentionne pas dans ses écrits les infibulations, ce qui peut laisser croire que les Dogons ne connaissaient pas ce type de pratique, ou elle n'a pas fait l'objet de la recherche de l'auteur.

s'éloigne métamorphosé en scorpion. La poche et le dard symbolisent l'organe, le venin étant l'eau et le sang de la douleur (Griaule, 1966).

1.5.1.2 Le mythe Bambara

Dans le mythe Bambara, la légende rapporte que le premier être mâle nommé Pemba prit la forme de Balanza, (un arbre) et avait pour femme Musso Koroni (vieille petite femme). Ce premier être ne se contenta plus de sa femme. Il exigea que toutes les femmes lui donnent leur amour. Celles-ci sont obligées alors de s'unir à lui, augmentant sa vitalité et sa puissance. Alors sa femme en devint jalouse et introduisit la mauvaise volonté dans toutes les choses ; elle n'accepta pas le partage, elle ne l'approcha plus, lui refusant ainsi l'amour et la fidélité qu'elle avait promis. Elle le trahit, s'isola et, cessant de coopérer à l'œuvre de la création, elle commença à la troubler. Ce fut l'origine de sa chute, de sa pauvreté, comme de sa fatigue car le Balanza la maudit pour sa trahison et la repoussa. Elle connut alors une telle nostalgie, un tel désespoir, qu'une folie s'empara d'elle. Pendant son périple, elle qui s'était mutilée alors qu'elle entretenait avec son mari des rapports sexuels, voulut infliger aux autres les mêmes blessures : sa fureur la poussa à circoncire et à exciser avec ses ongles et ses dents tous les êtres humains qu'elle rencontra (Dieterlen, 1951).

La fureur de « Musso koroni » fait qu'elle est à l'origine de la séparation des sexes, réalisée dans le corps humain par l'ablation du prépuce et du clitoris qu'elle pratiqua après sa trahison. « Musso koroni » met ainsi les deux sexes dans l'état de rupture où elle se trouvait elle-même, principe femelle, vis-à-vis de son mari, principe mâle (Dieterlen, 1951). De plus, elle est présente en tout être humain sous la forme d'une force néfaste appelée « Wanzo » qu'elle a communiquée à tous ceux qu'elle approchait, et dont chacun doit être débarrassé par

les moyens qu'elle a elle-même instaurés : la circoncision et l'excision. « Depuis lors, tout enfant, à sa naissance, reçoit le « Wanzo », dans son sang et sur sa peau, au moment du contact avec la terre sur laquelle il naît. Cette force maléfique siège plus particulièrement dans le prépuce chez l'homme et le clitoris chez la femme » (Dieterlen, 1951).

Nous retrouvons dans la plupart des analyses et des interprétations de ces mythes la notion de bisexualité ou la théorie de gémellité (Erlick, 1986). Ces mythes présentent les premiers êtres comme des jumeaux portant en eux leur double féminin et masculin (Cabane, 2008 ; Traoré, 2003 ; Erlick, 1986). D'après les commentaires de Cabane (2008), il semble que la tradition se soit construite comme si les hommes non circoncis et les femmes non excisées continueraient d'abriter leur double en eux étaient héritiers des jumeaux originels. La présence de ces organes entraînerait un repliement sur soi, une absence de curiosité pour la connaissance et surtout un désintérêt pour le sexe opposé. Cet état de fait s'opposerait à la reproduction de l'espèce dans la société et pourrait engendrer la disparition de la communauté. Chacun des principes différents empêche la rencontre avec le sexe opposé comme l'apparition de la termitière symbolisant le clitoris (Griaule, 1966). Pour assurer la reproduction sociale, il faut une relation d'altérité, en supprimant le prépuce chez l'homme et le clitoris chez la femme. Ainsi chaque être, homme ou femme ayant perdu son principe contraire, va chercher à retrouver son double dans le lien matrimonial. Le clitoris, dans le mythe dogon, empêche le rapport sexuel et présente en même temps un danger pour l'enfant au moment de l'accouchement (Griaule, 1966).

Dans le récit de Dieterlen (1951), pour que la reproduction soit assurée, il faut supprimer la force du mal matérialisée par ce qu'elle a appelé « Wanzo », qui siège dans le

clitoris chez la femme et dans le prépuce chez l'homme. Ces deux organes représentent la force du mal, qui est le facteur du désordre et de l'obscurcissement de l'âme et qu'il faut éliminer pour maintenir la stabilité dans la société (Dieterlen, 1951). Ainsi, dans la société bambara, ces pratiques sont rendues obligatoires. En milieu bambara, pour devenir un être stable, se marier, procréer, faire des sacrifices et participer pleinement à la vie sociale, tout jeune devait être débarrassé de son « Wanzo »; cet effet n'est obtenu qu'au cours de l'excision pour les filles et de la circoncision pour les garçons. Ces rites sont des étapes que tout bambara devait franchir pour s'accomplir pleinement et répondre aux attentes de la communauté.

Nous retrouvons le même terme « Wazo » - sans la lettre « n » - dans les travaux de Zahan (1960). Cet auteur ne traite pas des excisions, mais dans son analyse et son interprétation, « Wazo » est considéré comme un obstacle à la connaissance, au savoir, à l'épanouissement intellectuel et même spirituel chez les bambaras. Il y découvre une notion de richesse du point de vue psychologique. Ainsi, au commencement, tout être humain viendrait dans l'obscurité de l'ignorance, privé de la connaissance de Dieu. Tout être humain en naissant porte ce voile d'ignorance qui recouvre son esprit et l'empêche de se voir lui-même. Tout être humain dès sa venue dans ce monde et en raison de son « Wazo », est comme un aveugle à l'intérieur d'une forêt sans issue (Zahan, 1960). L'éducation de l'être humain, en général, se traduirait donc par la lutte contre le « Wazo ». Cette lutte se concrétise par le rite de circoncision (Zahan, 1960). Cette opération a pour objectif de supprimer l'ambiguïté sexuelle chez les êtres humains, mais particulièrement, « d'apporter une contribution importante, car son rôle est d'intégrer l'individu dans la société, mais aussi de provoquer l'illumination de l'esprit par le raffinement de l'entendement » (Zahan, 1960).

Ces différents récits mythologiques ont été cités par plusieurs auteurs. Nous notons toutefois, qu'il faut considérer ces mythes avec précaution. En effet, s'ils constituent des matériaux de recherche, dans la mesure où ils se présentent comme des discours vrais sur l'origine de ces pratiques qui tient lieu de preuve, à laquelle on peut se référer, il faut aussi souligner qu'ils ne sont pas généralement bien connus (Latoures, 2008). La preuve en est que pendant notre recherche, aucun interviewé n'a fait référence à ces mythes.

Si des théories mythologiques de différenciations sexuelles ou de bisexualité sont insérées dans des théories étendues sur la réalité, cela devrait en favoriser la compréhension en fonction de la logique qui sous-tend cette réalité. Une psychologie des mythes qui interprète un phénomène empirique doit posséder comme « matrice » une théorie mythologique du cosmos (Berger et Luckmann, 2012). Or, l'usage excessif des mythes pour comprendre le phénomène des excisions contribue à offrir une vision en partie erronée de ces pratiques. Car ces récits mythiques ne permettent pas d'intégrer les dynamiques des rites traditionnels des excisions et des infibulations. Comme le précise Auffret (1983) : « C'est le refus anxieux du changement qui transforme le mythe en idéologie destinée à conjurer le temps, à freiner la mouvance du réel. Le commencement interdit le devenir, ordonne le monde une fois pour toutes ». Suivant ces différentes réflexions, il est inapproprié de vouloir interpréter des théories mythiques dans un cadre non-mythique. Il sera vain d'apporter une explication aux données mythologiques, en se basant entièrement sur des théories scientifiques. D'où la nécessité de référer à des théories sociologiques.

1.5.2 L'apport de la théorie conventionnelle

À partir des réflexions sur les origines et les mécanismes de reproduction, il est établi, selon certains ethno-anthropologues, que ces rites s'inscrivent dans des théories explicatives (Cabane, 2008 ; Latoures, 2008 ; Mackie, 1996 ; Erlick, 1986). Si on associe aux origines de ces pratiques la volonté de contrôler la sexualité des femmes, la diffusion quant à elle, est faite à travers le mariage au sein des groupes, à travers les stratégies matrimoniales entre différents groupes ethniques avec des rites différents, et à travers les contacts entre ces groupes (Latoures, 2008 ; Mackie, 1996). Ces pratiques ainsi diffusées peuvent ensuite s'inscrire dans les contextes sociaux des communautés qui viennent de les adopter, mais en prenant d'autres significations différentes du point d'origine, par exemple chez les Bwa au Mali. La reproduction des excisions suit alors un modèle de diffusion « technologique » qui repose sur une certaine appropriation différenciée des communautés (Latoures, 2008). Cela explique les variations importantes entre les groupes ethniques ou les communautés qui connaissent les mêmes pratiques traditionnelles.

Dans cette perspective, Mackie (1996) développe dans sa réflexion une métathéorie qui favorise la compréhension de la logique des rituels d'excisions et d'infibulations, au-delà de la pluralité et de la spécificité des contextes socio-culturels dans lesquels ces pratiques évoluent. La même auteure propose alors de comprendre le développement de ces pratiques à partir de ce qu'elle appelle le « modèle conventionnel », largement inspiré de la théorie de la convention sociale de Schelling (1960).

Cette théorie propose de comprendre le développement et le maintien actuel des excisions et des infibulations à partir d'un modèle conventionnel. Latoures (2008) mentionne dans sa réflexion qu'une convention sociale repose sur les comportements croisés des

membres du groupe ou de l'ethnie. Cette convention a été d'abord adoptée pour comprendre le caractère systématique de la pratique du bandage des pieds des jeunes filles chinoises, puis le déclin rapide de cette pratique au début du XX^{ème} siècle (Latoures, 2008). La pratique du bandage des pieds peut bien être considérée, au même titre que les excisions et les infibulations, comme une convention sociale qui lie les membres d'un groupe ou d'une ethnie entre elle. L'idée est que les familles ou les clans perpétuent ces pratiques dans le but d'assurer un statut social à leurs filles, et notamment leurs permettre d'avoir accès au mariage. L'accent est mis sur la convention, sinon pour ce qui concerne le statut social et l'accès au mariage, les choix dépendent aussi des autres familles (Latoures, 2008).

En suivant cette logique, le caractère systématique et le maintien des excisions et des infibulations s'expliquent par ce mécanisme conventionnel qui participe à leur reproduction, parce qu'elles constituent une porte d'entrée dans le mariage qui lie plusieurs familles entre elles. Le mariage devient ainsi le centre du mécanisme conventionnel : et donc la clef pour comprendre la continuité de ces rites traditionnels (Latoures, 2008). On peut résumer ainsi la convention sociale des excisions et des infibulations dans la société : « Dès que les femmes pensent que les hommes ne vont se marier qu'avec des femmes excisées ou infibulées, et que les hommes pensent qu'une femme non excisée ou non infibulée ne serait pas fidèle, la convention sociale est scellée » (Latoures, 2008). Erlick (1986) donne l'exemple des missionnaires catholiques en Égypte pour illustrer cette analyse. En effet, ces missionnaires désireux de persuader les coptes convertis au catholicisme d'abandonner la circoncision dans les deux sexes, sous prétexte qu'il s'agirait d'une coutume judaïque, les jeunes filles non excisées de ces communautés ne trouvèrent plus de maris, ces derniers préférant épouser des « hérétiques » (Erlick, 1986).

Cependant, aussi pertinente que cette théorie conventionnelle puisse paraître, notamment du fait de son applicabilité sur le terrain (TOSTAN, 1999), elle ne fait pas consensus parmi les anthropologues. Un premier type de critique remet en cause la possibilité même de dégager une méta- théorie qui rendrait compte de la logique de toutes les formes de pratique d'excisions et d'infibulations (Latoures, 2008). Malgré tout, les excisions et les infibulations s'inscrivent dans une exigence de « chasteté pragmatique », visant surtout à protéger les jeunes filles de grossesses non désirées. Elles favorisent à cet effet une certaine stabilité sociale en régulant l'accès au système matrimonial selon la coutume (Latoures, 2008).

Dans cette perspective de rapports sociaux, la recherche de sens accordé à ces pratiques nous permet d'identifier qu'elles sont très généralement fondées d'une part, sur des théories qui cherchent à expliquer leur origine : les pratiques actuelles seraient alors justifiées par l'identification à la norme sociale qui s'est progressivement construite sur la tradition (Cabane, 2008 ; Latoures, 2008 ; Traoré, 2003). D'autre part, il y a aussi des théories basées sur des principes qui déterminent les fonctions ou les raisons qui justifient ces rites dans la société : les pratiques actuelles seraient alors justifiées par leur fonctions (Cabane, 2008 ; Latoures, 2008 ; Traoré, 2003). L'analyse de cette réflexion permet de faire ressortir la dimension fonctionnaliste des excisions et des infibulations dans les sociétés où elles sont maintenues.

1.5.3 L'apport de la théorie fonctionnaliste

1.5.3.1 La logique de rite d'initiation

Il ressort de maintes écrits anthropologiques que les excisions et les infibulations, pratiquées à l'âge pubertaire, sont des rites d'initiation, ou des rites de passage plus ou moins

structurés, qui ne marquent pas uniquement l'étape physiologique chez les filles, mais produisent aussi une transformation que l'on peut nommer « puberté sociale » (Cabane, 2008 ; Traoré, 2007 ; Erlick, 1986 ; Diallo, 1978 ; Genep, 1969). Il y a une métamorphose profonde du statut social de la femme. Les rites changent non seulement le regard du groupe, mais également la propre image de la femme qui les subit. Diallo (1978), Genep (1969) et Henry (1910) considèrent que chez les Bambaras les rites d'initiation ont une autre signification qu'une simple opération chirurgicale ou qu'une occasion de réjouissance folklorique. Ces pratiques s'inscrivent dans une logique complexe de socialisation, aux multiples ramifications, et ne sont pas simplement un acte physique (Diallo, 1978).

Genep (1969), dans son livre « *Les rites de passage* », mentionne aussi la complexité de cette socialisation. Dans sa réflexion, sans parler spécifiquement des excisions et des infibulations, il fait d'abord une distinction entre la puberté physiologique et la « puberté sociale ». Il explique que ces étapes dans la vie sont deux choses essentiellement différentes, et ne convergent que rarement. Cette réflexion appuie la pensée d'Henry (1910) à propos de la distinction entre la puberté physiologique et la puberté sociale. En parlant des adolescentes excisées - qui n'ont pas encore vu les cycles menstruels - et transportées sur le dos de leur mère comme signe d'une nouvelle naissance, les travaux d'Henry (1910) mettent en évidence cette distinction entre une fille pubère physiologiquement et une fille pubère socialement. Car ces jeunes excisées sont considérées comme socialement « matures » alors que leur développement physiologique ne les agrée pas dans la classe des femmes « matures » (Henry, 1910).

Selon les ethnies et les régions, les excisions agrègent les fillettes dans la classe des femmes sans pour autant qu'elles soient physiologiquement pubères. Dans cette logique, Genep (1969)¹⁴ affirme que les cérémonies d'initiation de tout ordre font sortir l'individu « mutilé » de l'humanité commune par un rite de séparation, et l'agrègent automatiquement ensuite à un groupe déterminé, de telle manière que, l'opération laissant des traces indélébiles, l'agrégation soit définitive. Ces cérémonies donnent accès aux classes d'âge, aux sociétés secrètes, et confirment « la puberté sociale » (Genep, 1969). La pratique de ces rituels peut coïncider ou non avec la période de puberté physiologique des novices.

Les excisions et les infibulations sont donc des pratiques culturelles, à travers lesquelles les individus sont socialisés avec des statuts leur permettant de répondre aux aspirations de la communauté. Ces rituels marquent la différenciation sexuelle entre l'homme et la femme, ils font passer du stade de l'ignorance à la connaissance, de la classe inférieure à la classe supérieure (Genep, 1969 ; Griaule, 1966 ; Bettelheim, 1971 ; Zahan, 1960 ; Dieterlen, 1951). Ce sont des évènements importants d'intégration auxquels aucun Bambara ne peut se soustraire sous peine d'exclusion sociale (Henry, 1910) ; et dont aucune mère ne souhaite épargner à sa fille sous peine de stigmatisation (Cabane, 2008).

1.5.3.1.1 Les excisions : épreuve de la douleur

Les excisions éprouvent la bravoure de chaque fille. Les mères sont appréciées en fonction de la capacité de résistance de leurs filles à la douleur des excisions. À cette fin, dans certaines localités, on leur met une noix de cola entre les dents et on mesure après les

¹⁴ Nous signalons que Genep (1969) dans son livre « *Les rites de passage* », ne traite pas spécifiquement la pratique des excisions, ni des infibulations.

opérations les marques laissées par les dents (Cabane, 2008). Moins les empreintes des dents sont visibles, plus la fillette est louangée et félicitée, car elle a supporté la souffrance sans même serrer les mâchoires. On pense que celle qui crierait serait de mœurs légères ou ne pourrait endurer les douleurs de l'enfantement. À l'inverse celle qui montre un courage sans faille témoigne de sa capacité à être une femme robuste et courageuse au caractère trempé, bonne épouse et bonne mère (Cabane, 2008). Dans d'autres localités, les filles chantent pendant et après les opérations, pour montrer leur bravoure face à celles qui ne sont pas excisées (Diallo, 1978).

1.5.3.1.2 Les excisions : la période de réclusion et de formation

Après les opérations les filles reviennent au village en procession acclamées par la communauté (Henry, 1910). Elles restent en réclusion dans une case pendant trois mois environ - selon les ethnies et les villages - au cours desquels on parachève l'éducation et l'initiation qui sont prodiguées à travers de multiples chants, des contes, des devinettes et des conseils divers (Diallo, 1978). La même auteure Diallo (1978) explique le contenu de cette formation, à partir de l'étude des chants rituels, et les messages qui sont donnés aux femmes en milieu traditionnel Bambara. Non seulement, on cherche à développer chez la fille la maîtrise de soi qui va l'aider à faire face aux difficultés de l'existence, mais on lui enseigne également les règles sociales qui lui donnent accès à la société des femmes du village.

La jeune fille est tenue au courant des principes moraux de la société traditionnelle, de ses habitudes, ses interdits et ses tabous (Cabane, 2008 ; Diallo, 1978). Elle doit connaître, accepter et valoriser l'institution sociale que représente le mariage. Elle apprend son rôle par rapport à son mari, à ses enfants, aux parents de son mari. Car la bonne marche du foyer en

milieu traditionnel dépend de la soumission de la femme qui doit accepter sans réserve sa condition d'infériorité par rapport à l'homme, y compris son propre fils (Cabane, 2008). Elle intègre aussi le rôle de l'aînée de la classe d'âge, ainsi que de ses parents plus âgés pour lesquels elle doit avoir toujours soumission et respect. Enfin, on lui apprend les vertus qu'elle doit avoir : le courage, la générosité, la modestie. Il faut qu'elle ne se montre ni égoïste, ni vaniteuse, ni envieuse. Elle doit être élégante et réservée comme l'aigrette (Cabane, 2008 ; Diallo, 1978).

La retraite initiatique des filles prend fin lors d'une cérémonie qui consiste à faire un grand feu en dehors du village avec les habits et tous les objets avec lesquels les excisées ont eu contact prolongé dans la chambre de retraite, jusqu'aux ordures qu'on a pris soin d'amasser au jour le jour. Elles font quatre fois le tour du grand feu, quatre étant le chiffre symbole de la féminité.¹⁵ Elles rejoignent ensuite le village en courant sans regarder derrière. À la fin de toutes ces cérémonies, la fille est considérée comme une véritable femme prête au mariage et pouvant recevoir une fonction dans le village.

La description de ces rituels nous permet de constater qu'à travers l'éducation traditionnelle, les excisions constituent une étape indispensable à la métamorphose sociale des filles. Elles les préparent à recevoir l'initiation et les enseignements qui vont les transformer. Ainsi leur sont inculqués des valeurs, des droits et des obligations de leurs futures fonctions de femmes adultes. « C'est une atteinte à l'intégrité d'un état et d'un statut pour que la personnalité de l'enfant en sorte renforcée » (Cabane, 2008).

¹⁵ En fonction des localités, ce chiffre quatre désigne les deux grandes lèvres des organes génitaux de la femme pour la reproduction et les deux seins pour l'allaitement.

1.5.3.2 La logique liée au conformisme social et aux préjugés de la non-excision

De nombreuses études mettent en évidence la peur de la marginalisation des filles non-excisées et non-infibulées et leur exclusion du cercle des échanges matrimoniaux (Cabane, 2008 ; Erlick, 1986). La représentation négative des femmes non-excisées engendre des termes stigmatisant comme « Bilakoro » qui s'est transformé dans le langage courant en injure surtout dans les milieux Bambara et Malinké (Traoré, 2008, 2007, 2003). Quand on traite une femme de ce nom, on l'affuble de l'image du garçon incirconcis. Elle n'est même pas considérée comme une femme, mais comme un être sans sexe défini, sans culture, sans rôle, sans reconnaissance sociale, sans religion, en somme, un être impur. Elle est objet de répulsion et ne peut recevoir aucune responsabilité dans la société traditionnelle (Cabane, 2008). Traiter une femme ainsi revient à la considérer comme une éternelle enfant, en d'autre mot nier en elle une vraie femme (Cabane, 2008 ; Latoures, 2008 ; Traoré, 2003 ; Diallo, 1978 ; Henry, 1910).

Une femme non-excisée dans certains villages Bambaras ne peut ni participer à des cérémonies collectives de sacrifice, ni offrir un sacrifice aux fétiches des femmes. Elle est exclue des grandes réjouissances folkloriques des femmes, et trouverait difficilement un mari. Erlick (1986) mentionne que la non-infibulation d'une jeune fille nubile équivaut pour cette dernière à la condamnation au célibat, c'est-à-dire à une véritable marginalisation sociale. Compte tenu de la gravité de cette sanction dans la société, on peut légitimement la considérer comme infiniment plus pathogène socialement sur le plan psycho-affectif que les séquelles traumatiques des opérations elles-mêmes. Toutes ces considérations montrent combien les excisions et les infibulations constituent des « passages obligatoires » pour les filles dans les

communautés qui les observent. Notons que le terme « Bilakoro » a été prononcé à plusieurs reprises pour justifier la pratique des excisions lors des entrevues que nous avons tenues.

Par ailleurs, les recherches d'Henry (1910) dans le milieu Bambara ne corroborent pas cette thèse « injurieuse » du terme « Bilakoro » assigné à une femme non-excisée. Car, dans le milieu Bambara traditionnel, « Bilakoro » désigne spécifiquement une classe d'âge de jeunes garçons avant la circoncision. C'est une étape de transition entre l'enfance et l'âge de la circoncision. Ce groupe d'adolescents est bien structuré et organisé avec un chef de file et son adjoint : « Bilakoro kuntigi ani a ka dakan » - le chef des Bilakoro et son adjoint -. Chaque membre de cette classe d'âge a une place désignée et un rôle à jouer dans le groupe. Dans la tradition Bambara, ce groupe a aussi des rôles qui lui sont assignés par la société (Henry, 1910). L'analyse de la réflexion de cet auteur permet de souligner que le terme « Bilakoro » désigne une étape transitoire dans la vie des jeunes garçons Bambaras avant la circoncision. Ainsi le lien entre ce terme et la non-excision comme injure aux femmes est à nuancer.

1.5.3.3 Les considérations liées au contrôle de la sexualité féminine

Une des fonctions importantes reconnues ou attribuées aux excisions et aux infibulations est celle de la réduction de l'hypersensibilité féminine sur le plan sexuel (Doré, 2012 ; Carbonne, 2011 ; Cabane, 2008 ; Prolongeau, 2006 ; Traoré, 2003 ; Erlick, 1986). Dans certaines localités du Mali, on pense que la femme doit pouvoir contenir ses pulsions sexuelles et sensuelles. De ce fait, les excisions lui permettraient d'acquérir cette maîtrise de soi et de rester dans la norme édictée par sa société ou ethnie d'appartenance (Dorée, 2012). En excisant les filles, selon les ethnies et les milieux, il s'agit avant tout d'atténuer leur appétence sexuelle considérée comme immodérée afin notamment de leur éviter le plaisir des

amusements solitaires (masturbation), de sauvegarder leur virginité et ensuite leur fidélité dans le mariage (Dorée, 2012 ; Cabane, 2008, 2006 ; Latoures, 2008 ; Traoré, 2008, 2007, 2003).

Latoures (2008) souligne que certaines recherches ne permettent pas réellement de corroborer cette thèse du contrôle de la sexualité des femmes. Il y a des auteurs qui réalisent que si la volonté de contrôler le désir sexuel de la femme est en effet présente, elle se manifeste de manière plus nuancée dans certaines ethnies (Soumaré, 1996). La virginité par exemple est certes importante avant le mariage, mais elle ne serait pas sacralisée chez certains peuples comme les Malinkés (Soumaré, 1996). De la même façon une autre auteure, Rondeau (1994) souligne que le lien entre les excisions et le contrôle de la sexualité est à nuancer, car les femmes peuvent accepter les normes sociales concernant les excisions et la virginité, et s'accorder des dérogations importantes en matière d'adultère. De plus, Erlick (1986), à partir de son expérience de médecin donne un exemple qui soulève des questions sur la volonté de contrôler la sexualité des femmes :

« Parmi les quelques cas qu'il m'est arrivé d'observer, je me rappelle celui d'une jeune fille de dix-sept ans, conduite par son père sollicitant un avortement. Elle présentait à l'examen une vulve parfaitement infibulée et une grossesse de six mois tout à fait apparente » (Erlick, 1986).

Cette citation met en évidence le fait que la création d'un obstacle au niveau de l'appareil génital externe dans le but d'empêcher le rapport sexuel ne garantit, selon les cas, ni la chasteté, ni la virginité des femmes. Par ailleurs, la réflexion de Shandall (1977) abonde dans ce sens, lorsqu'il fait état d'un taux élevé de prostituées infibulées au Soudan ; il conclut que ces pratiques sont inefficaces pour la sauvegarde de la chasteté féminine.

Aussi, dans certaines localités du Mali, les femmes elles-mêmes considèrent que ces opérations (excisions) seraient indispensables pour se mettre à l'abri de l'instabilité et du débordement sexuel, en somme pour éviter de la débauche (Latoures, 2008 ; Dembélé, 1985). Il est rapporté, que, pour les personnes âgées et les adultes, cette notion de « débauche » ou de « commerce sexuel » est au centre de l'institution sociale que représentent les excisions. C'est ainsi qu'au-delà de la sexualité en tant que telle, la volonté de contenir les désirs et les débordements sexuels éventuels correspond de manière générale à la recherche de la maîtrise de soi en lien avec la retenue, la modestie, la régulation des sentiments envers les hommes, des émotions, des passions, de la sensibilité et de l'affectivité (Cabane, 2008, 2006 ; Latoures, 2008 ; Traoré, 2008 ; Soumaré, 1996 ; Erlick, 1986).

1.5.3.4 Les considérations liées aux effets maléfiques du clitoris

De nombreuses études rapportent la peur et les représentations négatives associées au clitoris dans certains milieux Bambaras. Il est associé aux forces maléfiques, aux esprits ou même à la sorcellerie : après les excisions, il est recommandé d'enterrer les clitoris afin qu'ils ne soient pas volés pour servir à des fins occultes (Latoures, 2008 ; Traoré, 2008, 2003). On rapporte que l'homme peut perdre sa virilité lors des rapports sexuels avec une femme non-excisée. Certains évoquent aussi que si le sexe de l'homme touche le clitoris, il meurt, que la femme non-excisée ne peut accoucher si elle est en grossesse, que si le clitoris touche le bébé fraîchement né, il meurt (Cabane, 2008 ; Traoré, 2003). La peur de ces effets du clitoris est tellement vivace selon Traoré (2003), que lorsque l'absence d'excision d'une femme ou d'un enfant est constatée à son décès, l'excision est pratiquée sur le corps avant de l'enterrer (Traoré, 2003). Dans certaines localités Bambaras, une femme non-excisée qui mourrait dans

cet état n'est pas enterrée dans le cimetière communautaire (Henry, 1910). On pense souvent que l'enterrement d'un corps non excisé peut être la source de beaucoup de malheurs, tels que les épidémies, l'infécondité des femmes, les mauvaises récoltes, et les mésententes au sein de la communauté (Traoré, 2003).

1.5.3.5 La logique liée à la fécondité et à l'accouchement

Dans les recherches socio-anthropologiques, il est ressorti que certains pensent que les excisions facilitent les rapports sexuels, rendent les femmes plus fécondes, et contribuent à la promotion de la santé et à la survie de l'enfant (Traoré, 2003). En enlevant tout ce qui peut entraver les rapports sexuels, la conception de l'enfant est facilitée et l'accouchement se déroule sans complications (Cabane, 2008 ; Traoré, 2003).

Il ressort de ces considérations que les organes génitaux externes des femmes sont considérés comme de véritables obstacles pour la reproduction sociale, puisqu'ils empêchent les rapports sexuels et l'accouchement. Les excisions sont donc des moyens pour favoriser la reproduction et maintenir l'équilibre démographique dans la société.

1.5.3.6 Les considérations hygiéniques et esthétiques

Ces notions constamment invoquées depuis les origines comme l'une des motivations de ces pratiques n'apparaissent plus dans les discours abolitionnistes contemporains. Ceux qui maintiennent les excisions ou les infibulations mentionnent toujours le rôle correcteur de ces pratiques (Erlick, 1986). Néanmoins, dans beaucoup de communautés polygames, une femme non-excisée est la risée de ses coépouses et peut être répudiée par son mari à cause de ce statut (Traoré, 2003). Des raisons hygiéniques sont avancées à cet effet, et on croit que le clitoris

dégage des odeurs nauséabondes. Certains pensent que les organes génitaux des femmes non-excisées sont laids. Une femme non infibulée est désignée par l'expression insultante de « vulve ouverte » (Erlick, 1986). La norme esthétique est mise en relief dans ces discours, et l'hypertrophie anormale des organes génitaux externes, en particulier le clitoris ou les petites lèvres, rende la femme socialement moins attirante.

La quête d'hygiène et d'esthétique sexuelle féminine est souvent citée dans les études comme une des causes des excisions, d'où le fait que ces pratiques soient dénommées dans certaines localités du Mali comme « bolokoli ou seliji » qui signifient purification en bambara (Traoré, 2003). Des leaders religieux ou des marabouts sont généralement cités au Mali comme des gens qui soutiennent la thèse des excisions à des fins hygiénique et esthétique des organes génitaux externes des femmes (Cabane, 2008 ; Latoures, 2008 ; Traoré, 2008, 2003).

Ces données révèlent que les organes génitaux externes des femmes sont perçus comme étant sales et laids ; il faut donc les enlever pour favoriser l'hygiène et rendre les femmes attrayantes. Ainsi, Bettelheim (1971) relève une attitude de dégoût similaire chez les Nandi en citant (Bryk) :

« Questionnant un chef de village Nandi sur la coutume de la clitoridectomie, il en reçut la réponse suivante : nous sommes Nandi. Nous ne voulons pas que nos femmes aient une chose qui pende comme celle-là. Il fit avec son petit doigt un geste significatif désignant le clitoris et le dégoût qu'il inspirait » (Bettelheim, 1971).

Cette citation peut résumer l'ensemble des représentations négatives des organes génitaux externes des femmes dont le clitoris. Les excisions sont des abris contre tout cela dans certaines communautés (Traoré, 2003). Le clitoris hypertrophié qui est simplement gênant, pour certaines ethnies, provoque le dégoût chez l'homme et doit être coupé. Selon

Erlick, (1986) cette anomalie est associée depuis l'antiquité à la nymphomanie et au tribadisme.

1.5.3.7 Les considérations religieuses

À la question portant sur les logiques socioculturelles qui motivent ces pratiques, les membres des sociétés concernées répondent de manière univoque qu'elles constituent des impératifs coutumiers et religieux. Bien que ces pratiques soient observées par certains chrétiens et les pratiquants de religion traditionnelle, elles sont invariablement associées à l'Islam (Traoré, 2008, 2003 ; Cabane, 2008 ; Erlick, 1986). Les excisions sont ainsi assimilées à une obligation relevant de la religion musulmane dans plusieurs communautés au Mali, particulièrement chez les Soninkés, les Malinkés et les Peulhs (Traoré, 2008). On pense que les femmes non excisées ne sont pas aptes à faire les prières rituelles musulmanes, car elles portent en elles des souillures que seules les excisions permettent de purifier, le corps féminin non excisé étant comme impur. Ce préjugé est particulièrement tenace dans le milieu urbain où il y a beaucoup de prédicateurs musulmans (Traoré, 2008, 2003). On peut penser que cette dimension religieuse est une clef pour comprendre la diffusion, l'évolution et les discours qui sont associés aux excisions. Cependant, la pertinence de ces logiques socioculturelles qui justifient ces rites, suffit-elle pour expliquer toutes les dimensions que sous-tendent les excisions et les infibulations dans la société ?

Voilà que de nombreuses théories explicatives se sont attachées à élucider les significations profondes de ces pratiques dont l'origine se perd dans la nuit des temps (Erlick, 1986). La plupart des recherches ethno-anthropologiques se sont surtout intéressées aux aspects utilitaires de ces rites au détriment de leur dimension psychologique (Erlick, 1986).

Latoures (2008) affirme que le croisement entre les approches anthropologiques et les théories psychanalytiques offre des interprétations affinées des excisions et des infibulations. Ces pratiques peuvent être perçues comme participant de la représentation de la sexualité féminine potentiellement sans limite, qu'il faut chercher à contenir dans la société (Erlick, 1986). D'où l'intérêt d'une approche psychologique de ces pratiques.

1.5.4 L'apport de la théorie psychologique

Il ressort des recherches en sciences humaines et sociales sur les excisions et les infibulations que la maîtrise de la sexualité, surtout celle des femmes, s'inscrit en continuité dans le cours de l'histoire de tous les systèmes sociaux (Tenenbaum, 2014 ; Salmona, 2013). Cette maîtrise s'exprime sous la forme d'un ensemble de règles ou même de conventions qui visent à codifier des pratiques dont l'apparente hétérogénéité à travers les cultures et le temps recouvre en fait le même substrat commun à toute l'humanité (Erlick, 1986).

À travers le prisme de la psychologie, la sexualité, selon la réflexion d'Erlick (1986), est envisagée dans sa dimension psychanalytique. La sexualité n'est pas perçue comme une série d'événements psychophysiologiques d'origine biologique qui se manifeste à partir de la puberté physiologique. Elle ne s'identifie pas non plus à une génitalité orientée vers la procréation dans la société à travers le mariage. Elle se présente par contre comme un ensemble de manifestations en lien avec l'assouvissement des besoins physiologiques fondamentaux débutant avec la vie elle-même (Erlick, 1986).

À partir de cette conception extensive commune aux deux sexes dans la société, Erlick (1986) affirme que la notion d'identité sexuelle, soulignée par beaucoup d'ethno-

anthropologues, peut se concevoir comme la résultante du développement de facteurs biopsychiques. Ces facteurs, en fonction des cultures ou des ethnies, sont eux-mêmes soumis à l'influence de divers éléments innés et acquis. Parmi ces éléments on peut compter un certain nombre de pratiques sociales destinées à accentuer le dimorphisme sexuel, perspective dans laquelle peuvent se situer les excisions et les infibulations. La pérennité de ces pratiques, répandues dans des sociétés structurellement différentes, atteste de l'importance symbolique de ces rites, et cet aspect n'est pas perceptible dans les approches anthropologiques.

Les recherches sur la dimension psychologique de ces pratiques ne remontent véritablement qu'en 1913, lorsque Freud publie son ouvrage « *Totem et Tabou* », qui a donné à la psychanalyse sa dimension anthropologique, avec la théorie qui fait de « l'Œdipe » la clé de voûte de tout l'édifice culturel (Erlick, 1986). La psychanalyse s'est d'abord intéressée à la pratique de la circoncision des garçons, dont il est souvent question à travers l'œuvre de Freud, depuis le cas d'un jeune garçon patient appelé Hans (Freud, 1979). Selon la logique de Freud (1979), la circoncision est considérée comme le substitut symbolique de la castration, infligée par le père et acceptée en signe d'obéissance par le fils.

L'intérêt des excisions pour la psychanalyse remonte à Bonaparte (1948). Cette auteure est historiquement la première femme psychanalyste à avoir abordé l'étude des « mutilations sexuelles féminines » en s'intéressant tout particulièrement aux excisions (Erlick, 1986). Les conceptions de Bonaparte (1977) du développement psychosexuel de la femme s'inscrivent directement dans l'orthodoxie freudienne, dominée par la bisexualité anatomique et physiologique et l'envie du sexe masculin. En s'inspirant de l'article de Freud, « *Sur la sexualité féminine* », Bonaparte (1977) considère les excisions comme des moyens sociaux de

féminiser la femme, autrement dit comme un parachèvement de la castration biologique ou physiologique de la femme.

Le thème des infibulations a fait l'objet des études de Roheim (1940, 1932) chez les Somalis. Cet auteur découvre pendant ses recherches que ce peuple, pratiquant les infibulations, met l'accent sur la virginité comme norme sociale. Les infibulations répondraient selon lui à deux exigences : d'abord doubler l'hymen, ensuite obtenir avec la suture une surface parfaitement lisse et glabre à la place de la vulve. En s'inspirant de la théorie psychanalytique par la suite, il affirme que l'attitude psychosexuelle des Somalis renvoie à l'angoisse de castration (Roheim, 1940). Dans cette logique, les infibulations auraient pour signification, la destruction de l'objet sexuel amenant les femmes à abandonner la fixation clitoridienne pour accéder à une sexualité plus vaginale (Roheim, 1940).

Erlick (1986), dans son interprétation des excisions, va suivre cette même approche mais avec une préférence pour la méthode « ethnopsychanalyse complémentariste » de Devereux (1972). Selon cette méthode, l'explication de tout phénomène exige un « double discours » non fusionnant comportant une double analyse, respectivement ethnosociologique et psychologique, les deux systèmes explicatifs étant situés dans un rapport de complémentarité (Devereux, 1972). La réflexion de Devereux (1972), montre qu'un « fait brut » n'appartient d'emblée ni au domaine de la sociologie ni à celui de la psychologie. Ce n'est pas non plus par son explication que le « fait brut » se transforme en donnée, soit psychologique, soit sociologique. Suivant cette logique, l'auteur analyse les composantes de l'angoisse sexuelle masculine et établit une corrélation étroite entre l'angoisse de castration provoquée par la vue des organes génitaux externes des femmes et la frustration anxieuse

résultant de l'absence d'orgasme chez la partenaire lors des rapports sexuels (Devereux, 1972). En s'inspirant de cette démarche, l'interprétation d'Erlick (1986) des excisions et des infibulations s'inscrit aussi dans la même logique dominée par l'angoisse de castration masculine.

Les excisions et les infibulations sous diverses formes sont censées marquer une double rupture ponctuelle : celle des organes érogènes considérés comme virils vestiges d'une bisexualité primordiale et celle de la relation mère-fille, rendant l'union fécondante possible et renforçant culturellement la nubilité (Erlick, 1986). Cette dimension est omniprésente quelle que soit la période à laquelle les opérations ont lieu (Erlick, 1986). L'angoisse de la castration masculine paraît se situer à l'origine de la suppression des formations érogènes phallomorphes chez la femme, processus dont nous retrouvons les équivalents dans de nombreuses cultures (Erlick, 1986 ; Bettelheim, 1971). Les pratiques traditionnelles des excisions et les infibulations exprimeraient, en Afrique, la peur que les hommes ont des femmes, et dont la crainte s'incarne dans le mépris des organes génitaux féminins (Erlick, 1986). Dans cette perspective, la vision négative des organes externes, particulièrement, du clitoris dans les cosmogonies Dogon et Bambara, pourrait ainsi être mise en parallèle avec le mythe du vagin denté, expression de l'angoisse masculine de la castration (Latoures, 1986).

Les interprétations psychologiques des excisions et des infibulations apportent des éclairages complémentaires aux approches sociologiques de ces rites. Les compréhensions effectives ou symboliques des fonctions de l'autre sexe et la maîtrise psychologique des émotions provoquées sont au cœur des efforts qu'accomplissent les hommes et les femmes dans la plupart des rites traditionnels de puberté (Bettelheim, 1971). Ces efforts sont suscités

par le désir de maîtriser l'énigme de notre sexualité duelle dans la société. Loin de créer l'angoisse de castration, ils tentent de la dominer (Bettelheim, 1971). Dans cette logique, les pratiques traditionnelles d'excisions et d'infibulations auraient été conçues, non pas pour créer de l'angoisse sexuelle, mais pour la contrôler et l'éliminer (Bettelheim, 1971).

Malgré la panoplie des recherches socioanthropologiques et ethno-psychanalytiques en fonction des cultures ou des ethnies, toutes les études évoquent, d'une manière ou d'une autre, l'importance du concept de la bisexualité, le rôle de la virginité, de la chasteté, de la fidélité et l'angoisse de la castration dans la société (Latoures, 2008 ; Traoré, 2003 ; Erlick, 1986 ; Bettelheim, 1971 ; Dieterlen, 1951). Ces rituels permettent de comprendre les sociétés et expliquer les rapports que les populations entretiennent les uns envers les autres. Les filles, à travers ces rites, s'intègrent dans la société avec un statut reconnu qui leur ouvre l'accès au mariage : ce facteur commun permet de comprendre les mécanismes conventionnel, fonctionnaliste et psychologique qui animent et maintiennent les excisions et les infibulations (Latoures, 2008). Si cette hypothèse est vraie, quel sera l'apport du féminisme par rapport à ces pratiques ?

1.5.5 L'apport des théories féministes

Suite aux différentes revendications des femmes dans les pays occidentaux, Beauvoir (1976, 1949) marque la plaque tournante dans l'histoire du féminisme en publiant son ouvrage sur le « *Deuxième sexe* ». Dans ce livre, l'auteure décrit comment la femme fait l'apprentissage de sa condition féminine, l'univers dans lequel elle se trouve et les évasions qui lui sont permises (Beauvoir, 1976, 1949). Ce livre servira de référence aux différents mouvements féministes en Europe et aux États-Unis : ainsi, au-delà de l'égalité entre les

sexes, c'est la spécificité de l'identité féminine qui sera en jeu. C'est ainsi qu'aux États-Unis, le féminisme libéral des années 1960 se donne pour objectif premier d'arracher les femmes à la sphère privée pour leur donner accès à l'espace public (Fassin, in Butler, 2006).

En revanche, le radicalisme des années 1970 a placé la sexualité au cœur du projet féministe : c'est alors tout à la fois le moteur de la libération et l'instrument de la domination (Fassin, in Butler, 2006). Loin que l'orgasme demeure l'opium des femmes, on découvre la signification politique de l'anatomie des organes génitaux féminins. Au début des années 1980, la critique de la révolution sexuelle va donner naissance à deux courants antagonistes : un féminisme de la domination, qui s'attache en priorité aux violences envers les femmes, et un féminisme « pro-sexe », qui s'intéresse uniquement à l'expérimentation sexuelle féminine (Fassin, in Butler, 2006). C'est dans ce contexte que des ouvrages très diversifiés et surtout militants sont écrits sur les excisions et les infibulations, contribuant ainsi à inscrire la question de ces pratiques sur l'agenda international (Latoures, 2008). Les prises de position dans ces écrits pionniers mettent en évidence le rôle essentiel de l'anatomie sexuelle de la femme compromise par ces rites traditionnels (Auffret, 1983 ; Hosken, 1983).

Les excisions et les infibulations apparaissent dans ce contexte comme une atteinte particulièrement violente au corps de la femme (Tenenbaum, 2014 ; Hosken, 1983). Les années 1970 (1975 et 1978) sont marquées par les pensées de Groult (1975) et de Daly (1978) qui ont dénoncé les excisions et les infibulations en les assimilant à des pratiques sadiques. D'autres féministes notamment Auffret (1983) en s'interrogeant sur les origines de ces pratiques, les qualifie de castration des femmes, car ces rites privent autant les femmes de leur sexualité que l'est indiscutablement un homme castré. Hosken (1983) corrobore cette réflexion

en affirmant que ces pratiques privent les femmes de l'un de ses organes les plus sensibles et par conséquent les privent de jouissances sexuelles. Dorée (2012) et Thiam (1978), une féministe sénégalaise, donnent la voix aux femmes elles-mêmes qui subissent les excisions et les infibulations. Selon ces auteures, ces pratiques, pour la majorité de ces femmes, ont été et sont encore vécues comme une torture dans leur corps.

Maintes publications issues de la seconde vague de féminisme ont en commun de dénoncer la nature patriarcale des excisions et des infibulations (Latoures, 2008). Elles ont aussi influencé beaucoup de recherches académiques en socioanthropologie sur ces pratiques culturelles. Mais la prise en compte de la pluralité de significations données à ces rites rend toute tentative d'explication transversale réductrice (Latoures, 2008). Pour ces courants féministes, les excisions et les infibulations constituent des pratiques les plus élaborées que les hommes aient inventées pour soumettre les femmes. Paradoxalement, certaines féministes soutiennent en amont que ces mêmes pratiques peuvent avoir des avantages pour les femmes. Les propos d'Auffret (1983) sont significatifs à ce niveau. Après avoir qualifié ces pratiques de castration, elle soutient qu'elles ne seraient pas « sauvages », mais témoigneraient au contraire de la mise en place de la civilisation dans les sociétés qui les maintiennent : les pratiques qui « mutilent » les femmes sont la civilisation à l'état « natif ».

Pour Auffret (1983), la répression de la sexualité féminine est en effet rendue nécessaire pour assurer la cohésion de la famille, et au-delà l'accès à la propriété privée, régie par les règles d'héritages qui se sont progressivement construites, posant ainsi le problème de la paternité dans la société. Elle mentionne que, chez les peuples Zandés, les organes érectiles des femmes comme le clitoris et les petites lèvres sont sources d'impureté et s'opposent à une

pleine jouissance (Auffret, 1983). Dans ce contexte, les excisions et les infibulations se présentent comme l'accès à une sexualité exclusivement vaginale, le vagin étant considéré comme seule source du plaisir féminin complet et accompli (Auffret, 1983).

Hosken (1983) suit cette logique des excisions comme une nécessité sociale. Auparavant, elle stigmatisait les excisions et les infibulations comme symbole de l'oppression universelle des femmes. Néanmoins, elle perçoit à l'inverse que ces pratiques peuvent participer, en fonction des contextes, d'une prise de pouvoir des femmes dans la société à travers le contrôle qu'elles prennent de leur corps, et acquérir un statut qui leur assure la respectabilité : une sorte de « women empowerment » (Hosken, 1983). Ainsi, Henry (1910) précise que chez les Bambaras, les excisions agréent les femmes dans la « race » Bambara. Dans cette logique, ce sont des pratiques qui donnent en quelque sorte une identité de personne humaine aux femmes. Par ce biais, les femmes s'associent en sociétés secrètes avec des cultes ou des offrandes qu'elles font à leurs génies protecteurs, elles deviennent autonomes et respectées dans la société. Van Der Kwaak (1992) soutient la même réflexion par rapport aux infibulations. Selon cet auteur, les infibulations permettent aux femmes Somalies d'acquérir dignité et pouvoir. Elles peuvent avoir accès à certaines ressources à travers l'entrée dans le mariage. Dans cette même perspective, Boddy (1982) considère que ces pratiques participent à la construction de la féminité des femmes. Bonaparte (1977) soutient aussi cette thèse de féminité, car elle considère, à l'instar de Freud, les excisions comme un moyen de féminiser les femmes, de parachever en quelque sorte leur castration biologique.

Les discours féministes mettent en relief le fait que si les excisions et les infibulations participent de la construction du genre (féminin), c'est aussi une certaine vision de la féminité

qui est exaltée et incarnée à travers ces pratiques, associant la féminité à la fécondité et notamment la maternité (Latoures, 2008). L'analyse de ces différents points de vues féministes permet d'interpréter les excisions et les infibulations, d'une part, comme une phallocratie caractérisée par une oppression patriarcale des femmes, et d'autre part, comme un contrat de genre et empowerment des femmes qui détiennent le pouvoir de la procréation (Dorée, 2012 ; Cabane, 2008 ; Latoures, 2008 ; Hosken, 1983 ; Auffret, 1983).

1.5.5.1 Les excisions et les infibulations : phallocratie ou oppression des femmes ?

Les excisions et les infibulations sont interprétées par les courants féministes des 1970 et 1980 comme un mécanisme d'oppression sociale patriarcale qui vise non seulement le contrôle de la sexualité féminine, mais aussi la reproduction (Latoures, 2008). Aujourd'hui, beaucoup d'autres féministes dénoncent cette dimension de domination que revêtent ces pratiques culturelles (Tenenbaum, 2014 ; Salmona, 2013 ; Dorée, 2012 ; Carbone, 2011). Dans la société, la reproduction est en partie monopolisée par les femmes qui en ont le contrôle physique. Néanmoins, ce sont les hommes qui sont les chefs de famille, puisque ce sont eux qui marient les femmes et les font venir chez eux (Dorée, 2012 ; Latoures, 2008 ; Jonkers, 1986). Cette réalité est mise en évidence dans les articles 316 et 319 du Code des personnes et de la famille au Mali :

Article 316 « Dans la limite des droits et devoirs respectifs des époux consacrés par le présent Code, la femme doit obéissance à son mari, et le mari, protection à sa femme » (Assemblée Nationale, 2011).

Article 319 « Le mari est le chef de famille. Il perd cette qualité au profit de la femme en cas : d'absence prolongée et injustifiée ; de disparition ; d'interdiction ; d'impossibilité de manifester sa volonté. Le choix de la résidence appartient au mari. La femme est tenue d'habiter avec lui, et il est tenu de la recevoir. Les charges du ménage pèsent sur le mari. La femme

mariée qui dispose de revenus peut contribuer aux charges du ménage » (Assemblée Nationale, 2011).

Ces données certifient que l'autorité masculine au Mali est un fait établi dans les foyers, et la reproduction devient un pouvoir que les hommes vont chercher à exercer directement ou indirectement par le biais de la sexualité. La réflexion de Tenenbaum (2014) corrobore cette idée de domination des hommes, car selon elle, sous la domination masculine, une femme *appartient* à son père puis, lorsque celui-ci la *donne* en mariage à son mari, elle *appartient* à ce dernier. Les hommes « prennent » des femmes, les « possèdent », les femmes « cèdent », « s'abandonnent » (Tenenbaum, 2014).

Les excisions et les infibulations s'érigent donc en termes de contrôle de la sexualité féminine, voire même de la sexualité tout court. Elles n'en demeurent pas moins des outils de maintien de la cohésion sociale, censée être respectée uniquement par les femmes qui doivent porter dans leur chair le poids de cet ordre public, institué par les hommes (Dorée, 2012). Ainsi, dans certains idiomes, « copuler » et « se marier » se disent par le même mot. L'acte sexuel étant chargé de ce pouvoir de procréation, il est à la fois cadré par les hommes par rapport au lieu, au temps et à la manière de l'accomplir, car il est « noble et sacré, dangereux et souillant » (Diarra, 2002).

Avec la juriste MacKinnon (1989), le féminisme de la domination est donc amené à confondre genre et sexualité, puisque la violence sexuelle n'est pour elle que l'instrument d'une police des sexes : la sexualité est un rappel à l'ordre du genre, et l'oppression des femmes en est une forme dans et par la sexualité, ou plutôt l'hétérosexualité (Dorée, 2012 ; MacKinnon, 1989). Les différents mécanismes de contrôle de cette sexualité se retrouvent, selon Bourdieu (2002), dans toutes les sociétés sous différentes formes, que ce soit à travers

des objets, des instruments ou des institutions, comme les rites d'initiation qui introduisent la maturité sexuelle, ou le mariage qui définit le cadre exclusif de la sexualité. La domination masculine trouve ainsi réunies toutes les conditions de son plein exercice. Elle n'est en rien passagère ou accidentelle, elle fut instaurée de façon universelle dans toutes les cultures et les sociétés, les influences les plus prégnantes étant d'ordre religieux (Tenenbaum, 2014).

Mais au-delà de la simple volonté de participer au processus reproductif en tant que tel, le contrôle de la reproduction par les hommes vise aussi à s'assurer de la paternité de leur progéniture : sans ce contrôle, la paternité ne serait jamais certaine (Latoures, 2008). Dorée (2012) soutient cette réflexion en renvoyant la certitude de la filiation jusqu'à la période nubile où la virginité est exaltée, car c'est elle qui garantit que les rejetons à venir seraient bien issus des hommes. Pour cette auteure, c'est dans le domaine de la sexualité que les brimades furent les plus répandues, et les plus sévères pour les femmes (Dorée, 2012).

Que les excisions et les infibulations soient pratiquées pour des raisons culturelles ou religieuses, c'est de la violence faite aux femmes, et c'est toujours pour affirmer et renforcer la domination masculine (Salmona, 2013). Suivant cette logique, ces pratiques sont donc à replacer dans le contexte d'une organisation lignagère des sociétés, dans lesquelles les hommes veulent en priorité avoir des héritiers issus de leur sang. Ces rites traditionnels participent ainsi de cette recherche, par le biais du contrôle de la sexualité des femmes, et partant de la lignée. Ces analyses s'articulent autour de la phallocratie ou du patriarcat : les excisions et les infibulations sont insérées dans ce système patriarcal, considéré comme un principe universel d'organisation des sociétés humaines (Tenenbaum, 2014, Salmona, 2013 ; Dorée, 2012 ; Latoures, 2008 ; Bourdieu, 2002).

Malgré la pertinence de cette approche féministe, elle a été par la suite remise en cause et vivement critiquée par des femmes/féministes africaines (Latoures, 2008). Ces critiques reprochent surtout à ces analyses de présenter les femmes africaines comme des femmes mutilées, des femmes victimes et des femmes dominées par les hommes (Dorée, 2012). Ces analyses sont ainsi perçues comme une forme déguisée d'ethnocentrisme, et fondées sur une vision universaliste et monolithique du patriarcat qui opprime les femmes de la même façon dans le temps et dans l'espace, seul le degré d'oppression variant (Latoures, 2008).

Butler (2006) soutient cette réflexion quand elle remarque que le postulat, selon lequel il faut au féminisme une base universelle à trouver dans une identité transculturelle, va souvent de pair avec l'idée que l'oppression des femmes aurait une forme spécifique, identifiable au niveau de la structure universelle ou hégémonique du patriarcat ou encore de la domination masculine. Selon l'auteure, cette théorisation féministe du patriarcat ou de la phallocratie a été considérée comme une tentative de colonisation et d'appropriation de culture non occidentale, parce qu'elle défendait des idées éminemment occidentales d'oppression (Butler, 2006).

Les femmes/féministes en Afrique, s'inscrivant dans le courant de critique postcolonial du féminisme, soutiennent par contre que les excisions et les infibulations ne bénéficient pas exclusivement aux hommes dans la société, les femmes aussi en tirent un pouvoir important. Pour beaucoup d'entre elles, les excisions et les infibulations, selon les cultures et les régions, sont plutôt perçues comme une étape nécessaire pour accéder à un certain statut personnel, social, religieux, légal et même économique au sein de la communauté et de la société (Tenenbaum, 2014 ; Dorée, 2012).

Mais cette réflexion est nuancée par la pensée de Butler (2006), une philosophe féministe de la « troisième vague ». Elle ne traite pas des excisions, mais, selon son analyse dans son ouvrage « *Trouble dans le genre* », elle trouve que le féminisme continue d'être régi par la présomption d'hétérosexualité qu'il faut remettre en cause. Il ne s'agit pas de penser l'opposition entre sexe et genre sur le modèle de l'opposition entre nature et culture dans les années 1970, ce qui revient à fonder, selon elle, la construction sociale sur une identité biologique. Récusant l'opposition des féministes et le partage des sexualités, il s'agit pour elle de penser la sexualité dans son ensemble. Autrement dit, comment définir une politique féministe qui ne soit pas fondée sur l'identité féminine ? (Butler, 2006).

Avec la réflexion de Butler (2006), l'approche « genre », des excisions et des infibulations, permet de prendre en compte la complexité des différents facteurs qui président à leur maintien et leur reproduction dans la société. Cette analyse invite donc à abandonner la représentation des pratiques des excisions et des infibulations comme répression patriarcale pour la perspective de l'*empowerment* des femmes.

1.5.5.2 Les excisions et les infibulations : contrat de genre et empowerment des femmes ?

À travers les écrits féministes, d'autres approches différentes du patriarcat se sont développées, en postulant l'existence des rapports sociaux inégalitaires mais dynamiques, dont les excisions et les infibulations sont une manifestation socio-culturelle particulière (Latoures, 2008). Ce type d'inégalité ne peut se comprendre en dehors de son contexte, c'est-à-dire des conditions sociales, religieuses, politiques et économiques dans lesquelles ces pratiques s'insèrent et qui créent une sorte de réseau d'inégalité (Latoures, 2008).

Si les femmes contribuent souvent elles-mêmes à la perpétuation des excisions et des infibulations, ce n'est pas tant parce qu'elles sont mentalement castrées (Daly, 1978), ou aveuglées par un patriarcat universalisant dont elles ignorent tout, mais aussi et surtout parce qu'elles évoluent dans un univers de choix restreint (Dorée, 2012 ; Latoures, 2008). Elles ne pourront pas se marier si elles ne sont pas excisées ou infibulées, elles doivent se marier pour acquérir un statut social et économique car elles n'ont pas d'autonomie financière (Latoures, 2008).

Les excisions et les infibulations, dans ce contexte, se pratiquent de mère en fille et obéissent à la pression exercée par la tradition. Pour Dorée (2012), c'est comme une confiance placée dans une capacité à agir sur sa fille, une sorte d'autorité ou de loi du sang. Dans une société où la polygamie est une pratique très courante, les femmes obéissant aux maris, il va de soi que la mère devra se soumettre à la volonté du père et faire exciser ou infibuler sa fille. C'est uniquement de cette manière que, plus tard, la jeune femme deviendra responsable, à l'image de sa propre mère. Elle sera reconnue en tant que jeune fille, prête à être épousée et à enfanter. Ses pairs contribuent, par cette légitimation, à lui accorder une place honorable dans la société et à faire d'elle un être affranchi (Dorée, 2012). Ainsi, elle accède à la connaissance et au pouvoir comme le témoigne Diallo (1978) à travers la chanson des jeunes excisées.

Nyano (2012) abonde dans ce sens car, selon lui, la pratique des excisions est conforme au système local de représentation, tant sur le plan simplement social que culturel ou métaphysique (Nyano, in *Éthica*, 2012). Ainsi, cette pratique est ce qu'une fille est tenue de subir pour être bien vue de son entourage, et être acceptée par sa communauté. Ayant enduré l'épreuve, la jeune fille devient membre à part entière (Nyano, in *Éthica*, 2012). Elle gagne en

statut dans la mesure où elle quitte le groupe des petites filles et accède au cercle des femmes. Elle est considérée comme vertueuse, citée éventuellement en exemple pour les autres. De plus, sa famille sera considérée comme honorable car satisfaisant aux canons locaux de la moralité sociale (Nyano, in *Éthica*, 2012).

Dorée (2012) signale qu'au-delà de cette satisfaction de la moralité sociale, les pratiques des excisions recouvrent une dimension économique et même matérielle dont bénéficient aussi les parents de la famille élargies et souvent les amis des filles excisées, si elles sont vierges le jour de leur mariage :

« La virginité de la jeune fille ne représente pas seulement une vertu morale. Elle est aussi une source de richesse pour la famille de celle-ci, dans la mesure où le mari, fier et heureux d'épouser une jeune femme vierge, doit accorder des largesses non seulement envers sa future épouse en la couvrant de cadeaux, mais aussi en direction de sa famille qu'il se doit d'honorer (...) L'homme est tenu de verser sa dote à sa nouvelle épouse et aussi aux parents de celle-ci (...) La virginité représente par le fait un coût (...) L'excision permet aux parents de la jeune fille de recevoir le prix qui leur est dû : celui d'avoir respecté le rite » (Dorée, 2012).

Van Der Kwaak (1992) confirme cette dimension économique en mettant en évidence que les excisions et les infibulations ne bénéficient pas exclusivement aux hommes mais aux femmes aussi, et en particulier aux praticiennes plus âgées, qui en tirent un important pouvoir de la maîtrise de ces pratiques. Et de manière générale, les femmes accèdent au savoir, au pouvoir et à la nourriture à travers ces rites. Au Mali, les exciseuses traditionnelles issues de la caste des forgerons, reconnues comme détentrices « de secret du fer »,¹⁶ bénéficient des avantages et privilèges tant sur le plan social et financier que matériel. La pratique des excisions leur attribue un respect et une considération sociale, donc un pouvoir.

¹⁶ Secret du fer fait allusion à l'habileté des femmes forgeronnes qui savent manipuler le couteau pour exciser ou couper le cordon ombilical des nouveau-nés.

Ces différentes approches nous montrent le lien étroit entre ces pratiques traditionnelles et le statut des femmes dans une société où ces rites constituent une norme sociale. Il est indéniable que les excisions et les infibulations ouvrent la voie aux mariages, assurent le respect dû aux femmes et leur permettent d'acquérir un certain pouvoir dans la société. L'approche genre et l'*empowerment* des femmes invitent donc à abandonner la représentation de ces pratiques comme des répressions sexuelles pour la perspective de pratiques à travers lesquelles les femmes « existent » dans la société. Ces différents points de vue ont illustré la complexité des pratiques traditionnelles des excisions et des infibulations. Cependant, avec l'évolution des sociétés et l'avènement de la biomédecine et des nouvelles technologies dans les sociétés dites exotiques, un autre regard se porte sur ces pratiques. Ce qui nous amène à la problématique de notre recherche.

1.6 La problématique de la recherche

1.6.1 Le début d'une prise de conscience internationale

À travers la revue des différents écrits, les premières remises en cause des excisions et des infibulations sont de natures morale et religieuse. Les arguments proviennent en grande partie des missions d'évangélisation et de civilisation. Ils accompagnent et justifient la conversion chrétienne des fidèles en Afrique (Latoures, 2008 ; Erlick, 1986).

1.6.1.1 Les excisions et les infibulations : des pratiques non chrétiennes

Aux XVII^{ème} et XVIII^{ème} siècles, des missionnaires catholiques occidentaux, surtout les jésuites, dénoncent en Éthiopie et en Égypte parmi les chrétiens coptes, la pratique de la circoncision dans les deux sexes, sous prétexte qu'il s'agirait d'une coutume judaïque (Erlick,

1986). Mais ces interdictions furent levées sur l'ordre du Saint-Siège (le Vatican), en raison d'une proportion importante de néophytes qui préfèrent quitter l'Église plutôt que d'abandonner leurs pratiques coutumières (Erlick, 1986).

Au XIX^{ème} siècle, les missionnaires impliqués en Afrique de l'Est sont également confrontés à ces mêmes problèmes. Plusieurs visions de la mission évangélisatrice conduisent à des positions différentes vis-à-vis des pratiques culturelles répandues dans les populations africaines à évangéliser, parmi lesquelles la polygamie, les danses rituelles, les sacrifices et surtout les excisions et les infibulations (Erlick, 1986). Ces pratiques sont considérées comme des rites païens du fait notamment des connotations jugées trop sexuelles dans les cérémonies rituelles qui accompagnent les opérations, et non en raison des conséquences néfastes sur la santé des femmes (Latoures, 2008). Mais, malgré leur aversion pour des pratiques jugées « obscènes et dégradantes », la plupart de ces missionnaires ont préféré la prudence, et sont restés donc silencieux (Latoures, 2008). Est-ce que le silence de l'Église catholique actuelle vis-à-vis de ces pratiques est la suite logique de cette prudence pastorale ?

Contrairement aux missionnaires catholiques, certains pasteurs protestants ont entrepris de condamner ces pratiques, en suivant des approches plus ou moins radicales. Soit les coutumes traditionnelles sont « christianisables » selon le principe suivant : « les éléments mauvais de la coutume peuvent être supprimés mais la substance valable maintenue » (Murray, 1976). Ce principe va conduire certains pasteurs à *réguler* les excisions, en éliminant les cérémonies qui les accompagnent, en favorisant notamment les formes les moins extensives et en proposant de les faire dans les structures de santé de l'Église (Erlick, 1986). Mais à l'opposé, une autre approche plus radicale conduit certains missionnaires à favoriser

une éradication totale de ces pratiques, et les fidèles qui ne se conforment pas à cette interdiction sont excommuniés. Cette politique a provoqué le départ des néophytes, vers des églises indépendantes nouvellement créées (Latoures, 2008).

1.6.1.2 Des initiatives morales transversales

Après les tentatives infructueuses de l'Église fondées sur la morale et la religion pour arrêter les excisions et les infibulations, la cause de ces pratiques semble émerger de nouveau grâce à des individus engagés - entre autre Hosken, Edmond Kaiser, le fondateur de « Terre des Hommes », Emma Bonino, la fondatrice de « No Peace Without Justice » - partageant entre eux un « sens moral » commun qui fonde leur motivation (Latoures, 2008 ; UNICEF, 2005). Leurs actions à vocation transnationales s'articulent autour de la persuasion, à l'intention des élites étrangères, des gouvernements ou des organisations intergouvernementales, pour montrer que leur cause revêt un sens moral universel (Latoures, 2008). Pour la cause des excisions et des infibulations, ces acteurs ont initié un travail de persuasion sur le caractère néfaste de ces pratiques et sur la nécessité de prendre position et d'entreprendre des actions concrètes d'éradication. Ces initiatives participent ainsi à l'émergence d'une nouvelle norme internationale basée sur un double postulat : les excisions et les infibulations sont un « problème », et il faut les éradiquer (Latoures, 2008).

Des féministes, comme nous l'avons souligné précédemment, ont aussi publicisé la cause de ces pratiques, en entreprenant de persuader l'opinion internationale de leur caractère *problématique*, tout en dénonçant leur dimension patriarcale. Pour Tenenbaum (2014), les excisions et les infibulations constituent une « violence » contre les femmes. Selon cette auteure, la violence contre les femmes est protéiforme, elle représente un véritable fléau qui se

décline au quotidien à travers la violence physique, sexuelle, psychologique et autres pratiques préjudiciables à la femme. À ces discours, s'est ajoutée l'approche sensible aux droits des enfants (Latoures, 2008). En 1978, « Terre des Hommes » obtient le soutien de certaines Organisations Non Gouvernementales (ONG), notamment « Save The Children », la Fédération Internationale des Femmes de Carrières Juridiques, les « Sentinelles ». Et des réseaux commencent à se former autour de la problématique des excisions et des infibulations en tant que « violence » ayant des risques et des conséquences néfastes sur la santé des femmes (Salmona, 2013 ; Dorée, 2012).

1.6.1.3 Les premières approches biomédicales

En 1979, la toute première conférence internationale, traitant des excisions et des infibulations, est initiée au Soudan par l'organisation onusienne en charge des questions de santé. Les premières études biomédicales sur ces pratiques, mettant en lumière les complications néfastes sur la santé des femmes, sont présentées lors de ce séminaire. Selon Latoures, (2008) cette légitimation de la cause qui accompagne cette conférence participe d'un effet de seuil, qui va faciliter le passage de la phase d'émergence de la norme à son acceptation plus large. Le consensus international qui émerge de cette conférence s'articule autour de quatre points principaux :

- La nécessité de mettre en place des politiques nationales claires pour *l'abolition* des pratiques des excisions et des infibulations ;

- La nécessité de créer des comités/commissions au niveau national pour *coordonner* et assurer le suivi des organisations ; y compris, l'application d'une législation interdisant ces pratiques ;
- Intensifier *l'éducation* générale de la population, y compris l'éducation à la santé à tous les niveaux, en mettant particulièrement l'accent sur les dangers et les effets indésirables ;
- Impliquer les *responsables de la santé*, et notamment intensifier les programmes de formation pour des accoucheuses traditionnelles, des guérisseurs, afin de démontrer les effets néfastes de ces pratiques, et les impliquer dans les efforts pour les éradiquer (OMS).¹⁷

Ce consensus rompt avec les arguments culturels, pour favoriser une redéfinition de la problématique de ces pratiques en les présentant comme un problème de santé d'une part, et d'autre part, comme des pratiques généralisées dans la sous-région, et donc nécessitant une intervention internationale (Latoures, 2008). À partir de ce séminaire, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) se positionne comme la structure *leader* dans la lutte contre les excisions et les infibulations confirmant ainsi la dimension biomédicale de ces pratiques. D'une façon progressive, les excisions et les infibulations sont érigées en problème de santé, qui sera inséré dans le droit international (UNICEF, 2005). Avec la consolidation d'une plateforme organisationnelle spécialisée sur les excisions et les infibulations, et l'immigration des africains vers les pays occidentaux, ces pratiques sont à éradiquer à l'échelle internationale (Dorée, 2012 ; Latoures, 2008).

¹⁷ OMS (1979). Les pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants. Récupéré le 16 Janvier 2015 de https://www.who.int/emro/tp/EMRO_TP_2_fre.

1.6.1.4 L'insertion de la cause des pratiques des excisions et des infibulations dans le droit international

Dans les années 1990, beaucoup de textes onusiens, rédigés et décidés lors des conférences, viennent préciser à la fois les terminologies, les effets néfastes des excisions et des infibulations à différents niveaux (santé, droit, économie), les priorités dans la lutte et les moyens à mettre en œuvre pour les atteindre. Cependant, ces textes constituent des instruments juridiquement non contraignant, ce sont surtout des déclarations et des programmes à caractère politique (Latoures, 2008 ; Ricœur, 1988). Cependant, trois conférences majeures contribuent à l'institutionnalisation de la lutte contre les excisions et les infibulations, en faisant référence d'une manière prioritaire aux droits de l'homme, à la santé de la reproduction et à la violence contre les femmes.

- **La Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes et son programme d'action, Vienne 1993¹⁸**

Adoptée par les Nations Unies le 20 décembre 1993, cette déclaration définit les différentes formes de violences faites aux femmes et affirme pour la première fois que les droits des femmes sont des droits humains (article 18). Elle est le document international qui nomme pour la première fois « les mutilations génitales féminines » explicitement dans son texte et les définit en même temps comme violence à l'égard des femmes (article 2). Suite à cette déclaration, les excisions et les infibulations sont donc considérées internationalement comme une violation des droits des femmes. Dans le texte final, la conférence exhorte les

¹⁸Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes. Récupéré le 17 janvier 2015 de https://www.unodc.org/pdf/.../compendium_2006_fr_part_03_03.

États à mettre fin à tous les conflits entre les droits des femmes et les effets néfastes de certaines pratiques traditionnelles et coutumières (MPFEF, 2008). Le 2 avril 2000, l'Organisation des Nations-Unies (ONU, 2000), dans sa déclaration, cite officiellement les « mutilations génitales féminines » comme violence contre les femmes.

- **Le Programme d'action de la conférence internationale sur la population et le développement, Caire 1994¹⁹**

Cette conférence internationale reconnaît et définit pour la première fois la santé de la reproduction et les droits qui lui sont attachés, en priorité le droit à l'égalité et l'équité entre homme et femme dans toute initiative de développement. En plus, pour la première fois, la santé et les droits sexuels des femmes ont été mis au centre d'un accord international. « Les mutilations génitales féminines » sont mentionnées plusieurs fois et explicitement dénoncées comme une agression physique et une violation de la liberté individuelle des femmes par rapport à leur sexualité et à leur prise de décision concernant leurs fonctions de reproduction. En plus de l'éradication de ces pratiques qui est clairement affichée comme objectif prioritaire, la conférence encourage les États africains à s'engager contre ces rites culturels, en les incluant dans leurs politiques de santé primaire et de reproduction et en les interdisant.

¹⁹ Nations Unies. (1994). Rapport de la conférence internationale sur la population et le développement. Le Caire, 5-13 septembre 1994. Récupéré le 17 janvier 2015 de http://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd_fre_3.

- **La Déclaration et le programme d'action de la quatrième conférence mondiale sur les femmes, Beijing 1995²⁰**

Cette Déclaration et le Programme d'action ont incité la communauté internationale à s'engager pour la promotion des femmes et à mettre en œuvre tous les moyens pour parvenir à une réelle égalité homme/femme. À travers ces deux documents, « les mutilations génitales féminines » sont considérées comme une violence contre les femmes, mais également comme une discrimination dans le domaine de la santé, en matière de droits de la petite fille. Ces textes marquent un tournant majeur dans le domaine de la défense des droits des femmes, et l'égalité de genre. Dans ses recommandations, la conférence préconise que les gouvernements développent des politiques et des programmes d'action spécifiques consacrés aux excisions et aux infibulations, et recommande également que les dirigeants nationaux prennent des *mesures législatives* adéquates (MPFEF, 2008).

Ces prises de position, confirmées par la suite, expriment un certain consensus autour de ces pratiques traditionnelles des excisions et des infibulations considérées comme un problème qui nécessite l'engagement des organisations internationales et des États concernés. À travers ces différents instruments internationaux, le contenu de la lutte contre les excisions et les infibulations est précisé en tant que norme internationale. Les programmes qui sont mis en place sont progressivement affinés par d'autres textes régionaux et nationaux contraignant ou non des pays concernés par ces pratiques culturelles (MPFEF, 2008).

²⁰ Nations Unies. (1995). Déclaration et programme d'action de Beijing. Récupéré le 17 janvier 2015 de <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20F.pdf>

1.6.1.5 Les pratiques des excisions et des infibulations : insertion de la cause dans les textes régionaux africains

À partir des années 1980, les excisions et les infibulations sont incluses dans les normes généralistes des chartes, des protocoles et des conventions en Afrique. Les textes importants par rapport à ces pratiques ne mentionnent pas souvent d'une façon explicite les excisions et les infibulations. Ces pratiques sont mentionnées officiellement dans le texte du protocole de Maputo bien qu'elles ne soient pas les raisons principales de cette Charte.

- **Le Protocole additionnel à la Charte Africaine des droits de l'homme et des peuples, relatif aux droits des femmes, le Protocole de Maputo²¹**

Ce Protocole de Maputo a été adopté en 2003. Il s'agit d'une déclaration des droits des femmes africaines. Les États sont invités à interdire et à condamner toutes les formes de pratiques néfastes qui peuvent affecter négativement les droits des femmes et qui sont contraires aux normes internationales. Parmi ces pratiques, les « mutilations génitales féminines » sont mentionnées d'une manière explicite. Bien que le protocole ne soit pas principalement orienté vers l'abolition de ces pratiques, il souligne des mesures législatives assorties de sanctions contre toute forme de « mutilation génitale féminine ». Pour la première fois, un instrument au niveau africain formule un droit à « l'élimination des pratiques néfastes » dont « les mutilations génitales féminines » (article 5). Le Mali a ratifié ce protocole le 13 janvier 2005 (MPFEF, 2008).

²¹ Protocole à la charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes. Récupéré le 17 janvier 2015 de <http://www.achpr.org/fr/instruments/women-protocol/>

Au niveau national du Mali, deux textes font allusion aux excisions et aux infibulations d'une manière explicite. Ces textes, aux contours plutôt flous, tiennent compte d'une part, de la tendance à médicaliser ces pratiques et à les interdire dans les structures de santé publique. D'autre part, ils garantissent des soins et des services incluant les conséquences médicales de ces pratiques sur la santé de reproduction des femmes.

- **La lettre circulaire du ministère de la santé**

Cette lettre circulaire N°0019/MSPAS-SG du 7 janvier 1999 du Ministère de la santé des personnes âgées et de la solidarité tient compte de la médicalisation des excisions de plus en plus importante dans les structures de santé au Mali. Il a été constaté que les excisions sont tolérées dans des établissements sanitaires et que les agents de santé sont impliqués dans ces pratiques comme les chiffres suivants en témoignent : 13% des professionnels de santé pratiquent les excisions, 4% l'ont déjà fait, et 2% sont prêts à offrir cette prestation. Suite à ce constat, une lettre fut adressée à tous les professionnels de la santé, interdisant la pratique des excisions dans les structures de santé au Mali (MPFEF, 2008). Cependant, cette correspondance ne prévoit aucune sanction à l'endroit de ceux et celles qui poursuivent ces pratiques à la demande des parents.

- **La loi relative à la santé de la reproduction**

La loi N°02-044 du 24 juin 2002 définit dans son article 1^{er} la santé de la reproduction, et garantit les soins et les services y compris le traitement des conséquences des « mutilations génitales féminines » (MPFEF, 2008). Ce texte aussi ne contient aucune disposition légale par rapport à ces pratiques traditionnelles.

L'internationalisation de la cause des excisions et des infibulations a donc trouvé écho dans ces différents textes internationaux, régionaux et nationaux. Cependant, quels sont réellement leurs impacts sur ces pratiques ? Latoures (2008) souligne que ces travaux de définition ne se déroulent pas sans conflits ni désaccords, car le consensus autour de ces pratiques traditionnelles est en réalité très complexe dans la mesure où il masque une multitude d'interprétations de ces rituels, et d'intérêts liés à la lutte engagée. Ces textes sont délimités par des contours assez vagues qui favorisent des interprétations multiples et variées.

Ce parcours nous montre que beaucoup de recherches pluridisciplinaires ont été consacrées à ces pratiques. Des approches socioanthropologiques les ont décrit comme des pratiques d'intégration sociale qui ouvrent l'accès au mariage et assurent un statut social aux femmes (Cabane, 2008 ; Traoré, 2007 ; Erlick, 1986 ; Diallo, 1978 ; Genep, 1969). Aussi, beaucoup de théories explicatives ont donné des interprétations allant de la théorie conventionnelle, où ces pratiques sont perçues comme une convention sociale, à la théorie ethno-psychanalytique, où ces pratiques seraient liées à une angoisse de la castration (Erlick, 1986 ; Devereux, 1972).

D'autres approches qui remettent en cause les excisions et les infibulations sont aussi abondantes dans les écrits (Tennbaum, 2014 ; Salmona, 2013 ; Dorée, 2012, Carbonne, 2011). D'une part, ces approches argumentent les excisions et les infibulations dans la logique de l'oppression des femmes et dans le fait qu'elles comportent des conséquences médicales (OMS, 2014 ; Tenenbaum 2014 ; Tamire et Molla, 2013 ; Salmona, 2013 ; Doré, 2012 ; Carbonne, 2011 ; Traoré, 2008 ; Prolongeau, 2006 ; Touré, 2003). D'autre part, ces pratiques sont interprétées avec le concept des droits de l'homme par ces valeurs et sa finalité. Dans

cette perspective, il semble qu'internationalement, les excisions et les infibulations soient dénoncées comme allant à l'encontre des principes fondamentaux supérieurs qui découlent soit des exigences morales, soit du droit naturel et de la recherche de fins intermédiaires à l'instar de l'idéologie des droits de l'homme (De Wet, 2012 ; UNICEF, 2005).

Dans ce contexte, ni la dimension biomédicale, ni les droits de l'homme en général, ni les droits des femmes et des enfants, ni l'égalité entre les sexes en particulier, ne peuvent s'apprécier uniquement au regard des déclarations politiques par rapport à ces pratiques. Loin de disparaître sous la pression des textes juridiques et des nombreuses campagnes de sensibilisation, les excisions et les infibulations sont entrées dans la clandestinité et ont pris d'autres formes nouvelles tout en restant ancrées dans la mentalité des Maliens.

Cependant, il convient de souligner que les rites actuels des excisions et des infibulations sont départis de la cohérence téléologique qui leur donnait du sens dans les pratiques anciennes. On remarque donc une « déritualisation » de ces pratiques, liée au fait qu'elles ne s'opèrent plus dans le cadre des cérémonies impliquant une communauté, avec des symboles et des paroles qui réalisent de manière performative l'intégration des jeunes filles dans la société (Mbonda, in *ETHICA*, 2012). Cabane (2008) poursuit cette réflexion sur la déritualisation des excisions en mettant l'accent sur l'augmentation de la prévalence chez les fillettes moins âgées : « En ville, mais aussi de plus en plus souvent en milieu rural, l'excision se résume le plus souvent désormais à un acte chirurgical isolé effectué sur des enfants en bas âge, sans visée initiatique, sans caractère éducatif ou même rituel ». La diminution de l'âge, lors des excisions est de plus en plus importante comme nous l'avons cité plus tôt : 89% des enfants de 0-4 ans sont excisées (EDS et MICS, 2000-2010), ce qui fait que la douleur qu'elles

ressentent ne saurait plus avoir une quelconque valeur pédagogique ou même initiatique. Il est possible qu'en revanche, cette nouvelle forme des excisions comporte des risques et des conséquences immédiates provoquant un choc traumatisant sur le psychisme des jeunes filles, qui aura l'effet recherché contraire, en les rendant davantage sensible à la souffrance, au lieu de développer chez ces filles, de la résilience face aux épreuves de la vie (Cuzin, in *Développement et Santé*, 2014 ; Dorée, 2012 ; Mbonda, in *ETHICA*, 2012).

Suite à ces différents constats sur les excisions et les infibulations, de nouveaux questionnements sociaux et éthiques surgissent et se posent dans une société urbaine pluraliste où se côtoient des parcours culturels, religieux et politique diversifiés. L'analyse de toutes ces approches nous montre que ces pratiques sont considérées aujourd'hui comme un problème dans la société, qui est axé autour de la morale, de la santé, du droit et du développement économique (UNICEF, 2005). Or, on se demande pourquoi ces pratiques semblent tant scandaliser le monde occidental, alors qu'elles sont approuvées dans les communautés qui les revendiquent.

Les excisions et les infibulations, dans leurs formes nouvelles, et par-delà les conséquences sociales et les complications néfastes sur la santé, posent d'une part, des questions éthiques et sociales, et d'autre part, occasionnent des dilemmes éthiques qui interrogent la dignité humaine, la vulnérabilité et le respect de l'être humain. Attardons-nous donc maintenant à découvrir comment mener une approche éthique de ces pratiques culturelles ancrées dans des normes locales d'une société ?

Les écrits que nous avons consultés, dans le domaine de l'éthique et de la bioéthique en lien avec le respect de la dignité humaine, sont plutôt centrés sur les pratiques de la

biomédecine et des nouvelles technologies qui y sont associées. À notre avis, une réflexion éthique additionnelle sur les pratiques traditionnelles des excisions et des infibulations semble pertinente, et peut se justifier, d'où le rappel de notre question de recherche :

« Comment les pratiques culturelles des excisions et des infibulations, dans la ville de Bamako au Mali, interpellent-elles l'éthique : en quoi l'analyse de ces rites constitue-t-elle un domaine légitime d'application des principes de la bioéthique? »

Dans notre recherche, s'interroger sur la dimension éthique des excisions et des infibulations, c'est déjà donner une place à la bioéthique au croisement de la santé, du droit et de la philosophie. La porte d'entrée « santé », par rapport aux conséquences médicales et psychologiques de ces pratiques, permet d'associer les excisions et les infibulations à un problème prioritaire de la politique de la santé publique dans un pays où la majorité des femmes sont excisées. Et pour répondre à notre question de recherche, telle que formulée ci-dessus, nous procéderons dans le prochain chapitre à décrire notre cadre conceptuel. Cette description nous permettra de délimiter les contours de la notion de dignité humaine afin de la rendre plus opérationnelle et efficace en tant qu'outil d'analyse éthique à l'aune duquel seront évaluées les excisions et les infibulations.

Dans ce deuxième chapitre, nous développerons une réflexion en trois temps pour expliquer : d'abord, notre choix du concept de la dignité humaine comme « outil d'analyse éthique » et les complexités théoriques qui y sont liées. Puis, nous ferons ressortir le fondement théorique ou philosophique du concept de dignité humaine. Et finalement, nous mettrons en évidence la contribution respective des religions musulmane, traditionnelle Bambara et chrétienne à la compréhension du concept de dignité humaine. L'articulation de

cette approche nous permettra de saisir les sources et les formes de la dignité humaine afin de faire ressortir les conséquences de cette notion pour la personne humaine - la personne humaine comprise selon l'approche kantienne -.

Ce parcours nous permettra de soutenir l'idée que l'évocation de la notion de dignité humaine, dans l'analyse des excisions et des infibulations, si elle se veut éthiquement juste, doit circuler entre des approches biomédicales, anthropologiques, philosophiques, juridiques, sociologiques et religieuses différentes, et des niveaux complémentaires de compréhension de la dignité humaine (Thiel, 2013).

CHAPITRE 2. LE CADRE CONCEPTUEL

Introduction

Comme nous l'avons souligné dans le chapitre précédent, malgré l'abondance des recherches sur les excisions et les infibulations, peu d'études ont abordé ces pratiques selon une approche bioéthique fondée sur le concept de la dignité humaine. Cependant, Rochon (2006), dans un article qui se veut un plaidoyer pour un changement de politique à l'égard des « mutilations génitales », cherche à développer une approche bioéthique de ces pratiques qui soit plus juste et plus compréhensive d'un point de vue culturel face à un phénomène qui touche à des aspects d'affectivité et d'identité sexuelle. Dans sa réflexion, Rochon (2006) s'interroge : si le but ultime recherché par les politiques de santé est de réduire et, éventuellement d'éliminer les excisions et les infibulations, ne faudrait-il pas, selon elle, laisser de côté les discours théoriques et développer plutôt des stratégies flexibles telles que les approches de la réduction de risque et les modèles de changement de comportement ?

À notre sens, et sans vouloir répondre à cette question, les discours théoriques nous semblent incontournables dans une approche bioéthique face à des pratiques sociales qui ne vont pas sans risques ni méfaits. À première vue, il peut sembler paradoxal de vouloir adopter une position réaliste en bioéthique dans un domaine culturel traditionnel où il est généralement question de valeurs et de morales locales. Mais nous verrons que notre cadre conceptuel par rapport à ces pratiques traditionnelles en rejoint d'autres en éthique comme celui de Feldmann (2010) dans son ouvrage « *La bioéthique* » et de Marshall et Koenig (2000) dans « Bioéthique et anthropologie : situer le bien dans la pratique médicale » dans la revue *Anthropologie et Sociétés*. Ces auteurs montrent que la bioéthique questionne d'abord les

frontières de la vie. Les principes qu'elle met en jeu sont essentiels et leur champ d'application doit tenir compte, non seulement de l'évolution des pratiques de la médecine, mais de la culture et des mentalités (Feldmann, 2010). Car, un traité de bioéthique doit tout d'abord se pencher et insister sur ce qui est valable rationnellement pour tous les êtres humains (Sgreccia, 2004) et selon Aristote (384-322 av. J.C) dans « *Éthique à Nicomaque* », l'éthique exige des observateurs, du jugement et du discernement dans l'application des principes généraux à des cas précis, comme les excisions et les infibulations.

Dans notre thèse, s'interroger d'une manière éthique sur la problématique des excisions et des infibulations, c'est déjà donner une place à la bioéthique, c'est-à-dire au croisement de la santé, du droit et de la philosophie. C'est aussi signifier qu'une approche bioéthique, face aux pratiques culturelles, ne saurait être l'apanage de quelques-uns, mais s'adresse et s'impose à tous dans le cadre d'une citoyenneté responsable (Feldmann, 2010). Elle représente ainsi une manière d'exercer la sagesse pratique. Bourgeault (1990) poursuit la logique de cette idée en ces termes : « La recherche et l'enseignement en éthique et en droit, comme dans les autres disciplines, doivent désormais faire face aux défis d'un mode et d'une humanité à modeler, à modifier, à recréer ».

Bien entendu, les théories et les principes en bioéthique ne sont pas là pour conforter les acteurs des excisions et des infibulations dans ce qu'ils font, au contraire. Les pratiques traditionnelles qui sont justifiées et maintenues par leurs fonctions sociales et leurs fondements socioculturels, sont-elles nécessairement éthiques ? Ne faut-il pas souhaiter que ces pratiques se conforment aux principes moraux fondamentaux, à commencer par le plus vital de tous : le respect de la dignité humaine ? C'est sur ce principe, qui a valeur constitutionnelle, que la

bioéthique prend sa source pour s'assurer de la primauté de l'être humain dès le début de la vie et du respect de tout être humain (Feldmann, 2010). Pour répondre à notre question de recherche, nous proposons d'envisager l'approche bioéthique comme une « analyse des excisions et des infibulations avec comme outil de questionnement le concept de dignité humaine ».

Pour atteindre cet objectif, nous voudrions développer dans ce deuxième chapitre une réflexion pour décrire l'évolution philosophique, religieuse et juridique de l'invocation faite à la notion de dignité humaine en référence à la bioéthique. Cette avenue nous permettra de délimiter les contours de cette notion afin de la rendre plus opérationnelle et efficace dans son rôle de protection de tout être humain dans la société.

2.1 Le choix du concept de dignité et ses valeurs dans une perspective bioéthique

On peut se demander dans notre thèse s'il est possible ou non de transposer la théorie bioéthique à des pratiques culturelles comme les excisions et les infibulations, ou même d'opposer la philosophie occidentale à des systèmes de valeurs morales locales africaines. Pour une meilleure compréhension de notre réflexion, nous supposons que la question n'est pas de savoir si la théorie bioéthique est transposable à des pratiques culturelles, mais plutôt d'explorer comment se défend la théorie bioéthique lorsqu'elle est confrontée aux pratiques des excisions et des infibulations.

Nombre d'écrits se sont focalisés sur les dimensions universalistes, rationalistes, culturalistes ou relativistes de l'approche bioéthique des problématiques liées à la biomédecine (Marshall et Koenig 2000). Dans le même ordre d'idée, une seule approche disciplinaire des

excisions et des infibulations peut laisser des zones d'ombres de compréhension de ces pratiques. Cette réflexion est bien illustrée ici par le proverbe Bambara : « Une seule main ne lave pas proprement un éléphant ». Si on entreprend de laver proprement un éléphant, les efforts de plusieurs personnes seront indispensables pour cette tâche. La masse d'un éléphant est représentée dans notre contexte par la complexité du phénomène des excisions et des infibulations dans la société. Étant donné que ces pratiques sont culturelles et concernent l'être humain dans ses dimensions individuelle et sociale, une approche interdisciplinaire à travers la bioéthique, articulant les données anthropologiques, ethnologiques, biomédicales, philosophiques et sociologiques, peut fournir une construction qui favorise la compréhension des enjeux que sous-tendent ces pratiques.

Notre approche vise le bien-être holistique de l'individu et de la population, particulièrement celui des personnes qui subissent ces pratiques. Ainsi, au-delà de l'inventaire de ces écrits et des différentes approches, notre recherche se fonde sur la notion kantienne de la personne humaine et du respect de la dignité. Kant, à travers ses « *Fondements de la métaphysique des mœurs* » et « *Métaphysique des mœurs II, Doctrine du droit, Doctrine de la vertu* », s'est intéressé au respect de la personne humaine. Il ne cherche pas à prescrire une morale particulière, mais à comprendre ce qui définit la morale en général, ou mieux : ce qui la fonde, à savoir la « bonne volonté » (Fassin et Lézé, 2013).

Dans les différents domaines qu'il explore, Kant s'efforce de jeter les bases d'un système de pensée critique qui est, selon lui, la marque de rupture des lumières et de tout obstacle au bien-être de la personne humaine dans la société. Suivant cette logique, la valeur éthique de toute pratique devra être considérée sous l'angle subjectif de son caractère

intentionnel, mais aussi selon son contenu objectif et ses conséquences (Sgreccia, 2004). Cette approche kantienne sera articulée avec la pensée de De Koninck (2005, 1995) sur le concept de dignité humaine. Cet auteur, en collaboration avec Larochelle et quatre autres chercheurs, dans l'ouvrage « *La dignité humaine, philosophie, droit, politique, économie, médecine* », après une archéologie de ce concept qui retrace son histoire, ses fondements et son évolution, souligne que la reconnaissance de la dignité humaine relève d'une exigence antérieure à toute doctrine philosophique et dont Levinas dira qu'elle se dessine dans le « visage de l'autre » : « nulle loi écrite, nul théorème, voire une règle inintelligible pour qui n'entrevoit pas de commencement hors de soi » (De Koninck, Larochelle, 2005). La dignité humaine a toujours été que quelque chose est dû à l'être humain du seul fait qu'il est humain (Ricoeur, 1988).

Pour atteindre notre objectif, nous procéderons d'abord à une délimitation des contours de la notion de dignité humaine selon la conception kantienne enrichie des apports de l'ère contemporaine. Cette démarche mettra en évidence les dimensions de la notion de dignité qui assurent sa réalité et son efficacité opérationnelle en éthique. Ensuite, par le biais d'une analyse des défis éthiques liés aux excisions et aux infibulations, nous examinerons le rôle de la dignité humaine au niveau de respect de la personne humaine.

Plusieurs auteurs ont utilisé le concept de dignité dans des circonstances très diverses pour défendre ou pour remettre en cause certaines pratiques surtout médicales. Or, la méthode appropriée pour l'utilisation d'un concept en tant qu'outil de questionnement d'une pratique consiste d'abord à exposer la nature et la forme de ce concept, et quelles conséquences peuvent en découler. Notre approche dans cette thèse ne peut pas faire l'économie d'une brève réflexion sur la relativité du concept de dignité humaine.

2.1.1 Les complexités théoriques liées à la notion de dignité humaine

L'objectif d'une approche conceptuelle de la notion de dignité se concentre sur une cartographie des notions qui nourrissent la dignité : la hiérarchie et l'égalité, la liberté et le déterminisme, la personne et l'humanité (Bioy, in Gaboriau, 2004). Le même auteur poursuit :

« La dignité n'a pas de contenu propre : par principe elle n'est que valorisation relative d'une entité par rapport à une autre fonction d'un principe de discrimination qui change selon les sociétés et qui peut se décliner selon les titulaires auxquels on accorde cette préséance » (Bioy, in Gaboriau et Pauliat, 2004).

Suivant la réflexion de Bioy, la dignité de la personne humaine n'est pas quelque chose d'absolue, elle se comprend dans cet esprit comme la synthèse de la valeur de l'humanité et de l'objectif de la personne, ce qui peut varier d'une culture à une autre. Or, la place de la dignité humaine est devenue centrale dans les débats de notre temps, étant invoquée dans les grandes causes à titre d'argument ou de référence ultime dans des situations où la question de l'être humain se pose, que ces situations soient médicales, juridiques, religieuses ou culturelles (De Koninck, 2005). Mais, attardons-nous d'abord à rechercher l'existence d'un consensus philosophique sur l'utilisation de ce concept.

2.1.1.1 La diversité dans l'usage du concept de dignité humaine

Hottois (2009) dans son ouvrage « *Dignité et diversité des hommes* », atteste que la notion de dignité est étroitement associée à l'idée de nature humaine. Il la définit comme une notion qui soulève de nombreuses questions philosophiques, et dont les usages dans le domaine de la bioéthique et du biodroit suscitent autant de réserves que de critiques justifiées (Hottois, 2009). Le concept de dignité humaine s'est substitué à celui de la « sacralité de la

vie » qui a longtemps joué un rôle important en biomédecine, mais qui s'avère d'application moins rigide (Goffi, 2008). Toutefois son affinité avec le respect des libertés individuelles et avec la reconnaissance de la diversité et du pluralisme entre en conflit avec l'autonomie kantienne, en tant que fondement de la protection due aux êtres humains (Hottois, 2009).

La notion de dignité humaine revêt des dimensions multiples, religieuses, philosophiques et juridiques. C'est un concept très large. Selon la dimension avec laquelle on utilise, elle prend une signification vague ou ambiguë, ce qui encourage l'usage inflationniste dont elle fait parfois l'objet (Andorno, 2005). Il arrive qu'elle soit évoquée dans le but de soutenir des revendications contradictoires ou opposées, comme cela est le cas dans les débats sur l'euthanasie, l'avortement, et le clonage (Thiel, 2013 ; Hirt, 2012 ; Feldmann, 2010 ; Ferry, 2010 ; Hottois 2009 ; Trépanier, 2006 ; Khan, 2000). En effet, tous les protagonistes font appel d'une façon ou d'une autre à la notion de dignité humaine pour défendre leur position. Ainsi, cet appel à la dignité revêt un caractère paradoxal et aboutit à des attitudes fort contrastées dans la société (Thiel, 2013). Selon Hottois (2009), pour de nombreuses questions relatives à la dignité humaine, il est possible de s'entendre et de s'accorder sur des règles consensuellement. Mais sur les fondements, il n'est pas possible de s'entendre, et cette mésentente est une preuve de l'existence de la liberté de pensée. La notion de dignité humaine demeure cependant une notion importante.

2.1.1.2 La dignité humaine : un concept ambigu ?

Macklin (2003), dans un article publié dans le « *British Medical Journal* », affirme que les appels à la dignité humaine peuplent le paysage de la déontologie médicale. En l'absence de critères permettant de connaître le moment précis où la dignité est violée, la notion reste

désespérément vague et même ambiguë selon cette auteure. La dignité humaine est un « concept inutile » en bioéthique parce qu'elle ne signifierait pas autre chose dans la pratique médicale que le respect de l'autonomie des personnes (Macklin, 2003). Elle ajoute que les revendications abondent dans le cadre du développement en technologie génétique et de reproduction accusant certaines caractéristiques de la recherche médicale ou la pratique elle-même de violer ou de menacer la dignité humaine (Macklin, 2003).

La dignité humaine est-elle bien une notion utile pour analyser éthiquement les activités médicales ? Les philosophes ne font pas de consensus non plus au sujet de la hiérarchie qui est attribuée à la dignité humaine. Les arguments de certains auteurs qui font référence à la dignité ne font pas une analyse de ce concept ou de la manière dont ce concept se rapporte à des principes éthiques tels que le respect des personnes (Macklin, 2003). La dignité humaine étant considérée un principe et non pas une règle, sa valeur est certes absolue mais son sens devrait être suffisamment univoque pour être applicable (Hottois, 2009).

Le doute entourant la notion de dignité humaine provient « des conceptions dualistes, universalistes, essentialistes, idéalistes, spiritualistes et religieuses chrétiennes » (Hottois, 2009). Si tant d'articles et de rapports font appel à la notion de dignité humaine, la seule explication possible se résume en de nombreuses sources religieuses qui font référence à la dignité. La croyance en l'existence de Dieu et de l'âme ou encore en un plan finalisé de la nature, abonde dans les débats sans pour autant réussir à expliquer comment et pourquoi la dignité s'est glissée dans la littérature en éthique (Macklin, 2003). Faire référence à la notion kantienne de la dignité est aussi un parti pris spiritualiste et dogmatique déclare Hottois (2009). Il explique que cela relève d'un parti pris philosophique caractéristique de l'idéalisme

universaliste et essentialiste proche du spiritualisme chrétien et des traditions philosophiques du droit naturel (Hottois, 2009). Ces différentes réflexions mettent en évidence toute la complexité de cette notion comme outil d'analyse des pratiques culturelles traditionnelles.

Néanmoins, le fait que la dignité humaine soit une exigence antérieure à toute formulation philosophique et qu'elle précède les doctrines vient attester du rôle d'idée directrice que cette notion peut jouer dans la protection de tout être humain, du seul fait qu'il est humain (De Koninck, 2005 ; Ricœur, 1988). La dignité humaine illumine, ou mieux, devrait illuminer toute pratique dans la société. Certes, en raison de sa généralité, elle est incapable à elle seule de résoudre les problèmes éthiques posés par les actions humaines. Cependant, en dépit de son caractère apparemment vague et le manque de consensus sur ses fondements, la notion de dignité humaine peut fixer des balises à nos pratiques dans la société, et au bout du compte, parvient à leur donner un sens ultime (Andorno, 2005). C'est pourquoi, il faut définir les contours et les articuler pour assurer la réalité et l'efficacité de l'usage de cette notion.

2.2 Le fondement théorique du concept de dignité humaine

2.2.1 L'approche Kantienne

À notre avis, Kant semble avoir le mieux défini le sens de la notion de dignité humaine : « l'être humain est infiniment au-dessus de tout prix ; l'être humain doit être distingué des choses » (Kant, 1994). Pour mieux saisir le rôle éminent reconnu à la notion de dignité humaine en éthique, on peut recourir à ses célèbres formules sur l'impératif catégorique. D'après ces formules, la dignité humaine est un caractère de l'autonomie, elle est la valeur intrinsèque absolue, inconditionnée et incommensurable par laquelle la personne

humaine ne doit jamais être utilisée seulement comme un moyen mais toujours comme une fin, car selon Kant :

« Dans le règne des fins, tout a un prix ou une dignité. Ce qui a un prix peut être aussi bien remplacé par quelque chose d'autre, à titre d'équivalent ; au contraire, ce qui est supérieur à tout prix, ce qui par suite n'admet pas d'équivalent, c'est ce qui a une dignité. Ce qui se rapporte aux inclinations et aux besoins généraux de l'homme, cela a un prix (...) mais ce qui constitue la condition qui seule peut faire que quelque chose est une fin en soi, cela n'a pas seulement une valeur relative, c'est-à-dire un prix, mais une valeur intrinsèque, c'est-à-dire une dignité » (Kant, 1994).

Kant fait ici une distinction essentielle entre l'être humain et les choses. Seul l'être humain a une dignité. Dans cette perspective, la dignité force au respect tous les êtres humains, car le respect ne s'adresse jamais qu'à des personnes, en aucun cas à des choses. Elle s'attache à la valeur morale de la personne humaine et s'oppose au simple prix (Kant, 1993). La célèbre formule de son impératif catégorique illustre bien ce respect et ouvre une dimension formelle d'obligation et de devoir : « Agis de telle sorte que tu traites l'humanité aussi bien dans ta personne que dans celle de toute autre toujours en même temps comme une fin et jamais simplement comme un moyen » (Kant, 1993).

Cet impératif est formulé pour tous et s'impose absolument. Il vise à signaler que la personne humaine est tout à l'opposé de la chose (Andorno, 2005). L'être humain a une valeur qui ne se mesure pas, comme celle des objets de nos inclinations, à l'usage que nous pouvons en faire pour le contentement de notre sensibilité. La valeur de l'être humain n'est pas simplement relative et conditionnée comme celle des choses qui ont un prix du fait qu'elles peuvent être remplacées par d'autres choses à titre d'équivalent (Andorno, 2005). Ce caractère vaut à chaque personne d'être respectée absolument c'est-à-dire, de ne jamais être considérée comme la condition de l'atteinte d'une fin posée par une volonté, même pas par la sienne. La

dignité humaine, sous cet angle, s'articule avec sa dimension sociale : « la dignité de soi » ou « l'estime de soi » et « la dignité dans la relation » (Gibson, 2011).

Selon cette moralité, la dimension sociale de la dignité est promue : être reconnu pour sa valeur réelle comme un être humain unique et reconnaître cette même valeur aux autres personnes et la respecter (Jacobson, 2009). La dignité humaine ne signifie pas seulement de savoir comment on est traité par les autres mais aussi se rendre compte de la manière de traiter les autres. Il faut alors entendre la dignité comme la qualité de celui qui poursuit sa fin comme un être moral ayant le souci de respecter la loi morale pour elle-même et non pas comme un être servile soumis à sa sensibilité et victime de son animalité (Kant, 1994). Dans cet esprit, Thiel souligne que :

« Kant ne fonde la dignité ni sur l'anthropologie ni sur la théologie. Il ne l'adosse de surcroît ni au bonheur, ni à l'utilité, ni au prix financier, ni aux manières du vouloir. Il la pose dans la moralité qui fait le prix sans prix de la personne humaine. Il signifie par-là que l'être humain a une valeur intrinsèque du nom de « dignité ». Celle-ci ne réside donc pas dans la valeur estimée par autrui, ni sur l'estime que l'on devrait avoir pour quelqu'un en raison de son rang, mais sur l'humanité en tant que telle, dans l'autonomie de la volonté » (Thiel, 2013).

Ainsi, l'apport de Kant à la compréhension de la notion de dignité humaine est de l'avoir renforcée comme fondement d'une obligation d'ensemble incontestable envers soi-même et envers les autres personnes. Mais pour la rendre plus opérationnelle, les apports de l'ère contemporaine s'avèrent nécessaires pour en délimiter les contours.

2.2.2 L'approche contemporaine du concept de dignité humaine

Les apports de l'ère contemporaine offrent cinq éléments principaux utiles à la compréhension du concept de dignité et donnent une définition plus opérationnelle (Poisson, 2004) :

- La dignité réfère toujours à une valeur particulière, une éminence, une perfection que l'on peut trouver dans les choses et les personnes humaines. Cette vision renvoie au sens étymologique latin du terme « *dignitas* ».
- Le concept de dignité prend une dimension universelle à travers les penseurs de la Renaissance, et elle devient une valeur particulière présente en chaque être humain, quels que soient sa race, sa culture, ses conditions de vie ou même ses choix dans la vie.
- Le concept de dignité est une valeur particulière liée à l'être humain, à la présence d'une capacité de choix, oblige au respect et fonde la justice comme la vertu qui demande à chaque membre de la société de respecter en l'autre d'abord son humanité, en tant que cette humanité donne droit (Thiel, 2013 ; Fiat, 2012).
- Le concept de dignité revêt un caractère doublement universel du fait qu'il est lié à chaque personne par essence, et fonde tous les devoirs qui s'imposent à chacun. La dignité indique avant toute chose qu'autrui est le premier bénéficiaire du respect que l'on doit à toute personne humaine, si l'on veut que les devoirs de chacun soient réellement fondés et assumés dans la société (Thiel, 2013 ; Kant, 1994).

- La dignité est enfin attachée à un certain nombre de droits concrets comme le respect de la vie, de l'intégrité physique, de la vulnérabilité, de la justice et de l'égalité des genres (Thiel, 2013).

À partir de ces cinq éléments, la dignité peut se définir comme une qualité particulière, essentielle, qui désigne en chaque être humain la capacité d'être la cause libre et responsable de ses actes, fondant immédiatement et de manière inconditionnée l'obligation de respecter en soi comme en autrui la même capacité (Poisson, 2004). Dans cette dynamique, ces éléments confèrent à la notion de dignité une portée universelle, à la fois métaphysique et morale, et un ensemble de caractères objectifs à sauvegarder dans la société. La dignité est donc présente chez tous les sujets humains. Elle détermine aussi la capacité de chaque être humain à agir, en même temps qu'elle fonde la protection de cette capacité et du sujet qui la détient. Elle fonde ainsi des obligations et conduit de ce fait à définir des sanctions à travers les lois lorsque ces obligations ne sont pas respectées (De Koninck, 2005 ; Poisson, 2004). La dignité reflète dans cette perspective une réalité dont trois sources peuvent permettre de rendre compte de ses différents aspects (Poisson, 2004).

2.2.3 Les sources de la dignité humaine

2.2.3.1 La nature humaine

Toute conception de la dignité repose en première analyse sur la question de la nature humaine, cette valeur ontologique particulière de l'être humain comme un être capable de dépasser les déterminations sensibles et d'opérer des choix libres et volontaires dans la société (Thiel, 2013 ; Baerstchi, 2005). Poisson (2004) dit à cet effet que la nature peut fonder la

dignité humaine. Baerstchi (2005) approfondit cette réflexion quand il utilise une approche anthropologique de la théorie de l'homme définissant la nature humaine comme une essence. Cette essence est conçue comme une valeur ontologique qui va déterminer les normes éthiques, étant donné que ces normes doivent respecter l'essence-valeur de la personne humaine dans la société. Dans cette logique, il énonce deux principes normatifs fondamentaux qui exigent le respect de la valeur ontologique de chaque être humain, c'est-à-dire sa dignité, y compris celle de la personne qui agit :

- « Respecte la valeur ontologique de chaque être humain y compris la tienne » (Baerstschi 2005).
- « Respecte les finalités naturelles de chaque être humain, y compris les tiennes » (Baerstschi 2005).

La valeur ontologique de l'être humain se rapporte à la dignité humaine qui est, selon la pensée contemporaine, une qualité abstraite de valeur universelle qui appartient à chaque être humain de par son appartenance à l'humanité. Thiel souligne que cette dignité ontologique engage la responsabilité communautaire pour la protéger et la promouvoir dans la société :

« La dignité ontologique désigne cette qualité intime, précieuse d'humanité, que l'on ne saurait dénier à quelqu'un sous peine de le réduire à néant, et qui fonde le respect autant que les droits et les devoirs de tout être humain en vertu de son engendrement à l'intérieur de l'espèce humaine (...) En même temps, c'est bien cette dignité ontologique qui permet aussi de résister à toutes les aliénations, d'exiger le respect pour tous et *aussi* pour moi, sans condition de race, de couleur, de sexe, de religion, d'âge (...), sans clauses de ressources, ou d'absence de pathologie, de handicap. Car si la dignité ontologique originare ne se prouve pas, ni ne se démontre, elle se donne et s'accueille comme une humanité partagée engageant celle de tous les membres de la famille

humaine. Elle ne se possède pas comme un bien auquel on s'agrippe mais comme un visage s'offrant à la reconnaissance de l'autre autant qu'à la sienne à travers l'autre. Elle appelle donc également une responsabilité coextensive à cette reconnaissance comme fait humain constitutif » (Thiel, 2013).

C'est donc à partir de la nature humaine, de la valeur intrinsèque de l'être humain, que doit s'entendre la notion de dignité dans son premier sens, et en référence à cette nature humaine que doivent être prises toutes les autres significations dans la société (Thiel, 2013 ; De Koninck, 2005 ; Poisson, 2004). La dignité ontologique est donc inaliénable et indépendante des affects (Thiel, 2013).

2.2.3.2 Le bien commun

Si la valeur ontologique de la nature humaine suffit à rendre compte de la présence en chaque être humain de la dignité comme capacité, elle ne suffit pas complètement, en revanche, à en donner toutes les conditions d'accomplissement, du fait qu'elle ne peut être considérée comme parfaitement achevée dans chaque sujet humain (Poisson, 2004). La dignité, parce qu'elle est essentiellement associée à des principes fondamentaux d'autonomie, de responsabilité, de coopération et de solidarité, et liée à l'exercice de la liberté, doit également trouver en dehors d'elle-même les raisons et les objets de son accomplissement, c'est-à-dire dans toute fin qu'elle permet à l'être humain de poursuivre (Stanton-Jean, 2011 ; Poisson, 2004).

À ce titre, la poursuite de ces fins met l'être humain en relation avec l'ensemble de la société. Si quelqu'un décide seul, de son action, elle n'est jamais pour lui seul et ne se limite pas à lui seul. Personne ne peut faire un choix, si personnel et intime soit-il, qui n'ait pas d'incidence sur l'ensemble de la société. La dimension communautaire de la vie doit toujours

être prise en considération (Poisson, 2004). Pour cette raison, même si la valeur insigne de l'être humain est recevable de sa liberté de choix ou sa capacité à refuser les contraintes issues de sa nature et de la vie sociale, il n'en demeure pas moins que son accomplissement n'est possible que dans le respect de ces contraintes. La dignité est de ce fait inscrite entre la nature humaine comme son origine et le bien commun comme la cause de son accomplissement (De Koninck, 1943). Le bien commun est défini dans notre contexte comme une articulation normative des actions/intérêts individuels ou communautaires au sein d'un ensemble intersubjectif plus vaste (Stanton-Jean, 2011). Mais pour rendre plus effective cette articulation entre la nature et le bien commun, la dimension légale fournit à la dignité une assise indispensable.

2.2.3.3 L'obligation et le droit

Le droit positif semble fournir également à la dignité une origine et une assise indispensables dans la société (Poisson, 2004). De nombreuses décisions législatives, internationales, régionales et nationales ont renforcé la protection des droits de l'homme. Sur le plan international, la Déclaration universelle des droits de l'homme adoptée en 1948, est la plus importante disposition juridique régissant la vie en société. La première dimension de la dignité humaine se concrétise à travers le droit à la vie, à l'inviolabilité du corps humain, ainsi qu'à l'interdiction de toute forme de violence, tels que la torture et les traitements inhumains ou dégradants. Dans son préambule, il est proclamé que : « La reconnaissance de la dignité inhérente à tous les membres de la famille humaine et de leur droits égaux et inaliénables constitue le fondement de la liberté, de la justice et de la paix dans le monde » (DUDH, 1948). La dignité humaine trouve ainsi sa place dans ce texte international, qui énonce en son article

premier que « Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits. Ils sont doués de raison et de conscience et doivent agir les uns envers les autres dans un esprit de fraternité » (DUDH, 1948).

Selon Thiel, en posant l'inaliénable et égale dignité de tous les êtres humains au « frontispice » des droits de l'homme, la Déclaration de 1948 confère ainsi une valeur forte à cette affirmation. En d'autres termes, la dignité humaine s'enracine dans l'appartenance à la même famille humaine ; elle est fondement des droits liés à cette spécificité humaine et sert de barème dans le constat de violation de ces mêmes droits dans la société. Elle détermine la manière de dire le respect dû à chaque personne en vertu de son humanité (Thiel, 2013).

Dans le contexte africain – car c'est dans ce contexte que portera notre thèse -, le Protocole de Maputo (2003) dans son article 3, insiste : « Toute femme a droit au respect de la dignité inhérente à l'être humain, à la reconnaissance et à la protection de ses droits humains et légaux ». La Charte Africaine des Droits des Peuples (1981) stipule dans son article 5 que « Tout individu a droit au respect de la dignité inhérente à la personne humaine » ; et dans son article 19, il est dit que « Tous les peuples sont égaux ; ils jouissent de la même dignité et ont les mêmes droits ».²² Sur le plan national au Mali, le Code des personnes et de la famille corrobore cette affirmation en spécifiant, dans son article premier, que « La loi assure la primauté de la personne. Elle interdit toute atteinte à sa religion, à sa dignité et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie » (Assemblée Nationale, 2011). Kaboglu (in Gaboriau et Pauliat, 2004) enrichit ces idées en disant que le principe du respect de la dignité humaine en tant que principe juridique est au cœur même du droit des droits de

²² Bibliothèque Jeanne Hersch. TEXTES AFRICAINS. Les instruments des droits de l'homme. Récupéré le 27 janvier 2015 de http://www.aidh.org/Biblio/Trait_internat/HP_TI.htm

l'homme, il en constitue un « principe matriciel », et la source formelle de ce principe est un principe général de droit (Maurer, 1999).

La Déclaration universelle des droits de l'homme est régulièrement citée comme un rappel à l'humanité sur le respect de la dignité de la personne, des droits à la vie, à la sécurité, à l'intégrité physique et à la santé. La dignité humaine y est contemplée en tant que principe fondateur duquel découlent des conséquences juridiques favorisant la protection des personnes (Thiel, 2013 ; Borella, 1999). Elle est citée dans les Constitutions des États démocratiques et dans les autres textes fondamentaux des droits de l'homme tels que : les Pactes Internationaux de l'ONU II, relatif aux droits civils et politiques, et de l'ONU I, relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, et les Déclarations de l'UNESCO, portant sur la bioéthique et les droits de l'homme (Hessel, 2012 ; Aksoy²³). Cette énumération pourrait suffire à montrer l'omniprésence de la notion de dignité dans les textes internationaux. Mais selon Andriantsimbazovina, cette omniprésence essentiellement textuelle ne permet ni de comprendre ni d'appréhender dans leur globalité les conséquences de l'insertion de la dignité dans les textes internationaux (Andriantsimbazovina, in Gaboriau et Pauliat, 2004).

Cependant, tant dans la déclaration universelle des droits de l'homme que dans les déclarations de l'UNESCO sur la bioéthique et les droits de l'Homme, la notion de dignité peut servir de base à des droits définis ou à des valeurs. En effet, la dignité humaine peut être invoquée pour appuyer des constats de la violation de ces droits, mais aussi pour promouvoir des valeurs ou des normes qui devraient être partagées au niveau de la société. La dignité est comptée comme une notion cadre qui peut être invoquée au même titre que d'autres principes

²³ Aksoy, E.E. La notion de dignité humaine dans la sauvegarde des droits fondamentaux des détenus. Récupéré le 27 janvier 2015 de www.internationalpenalandpenitentiaryfoundation.org/Site/

fondamentaux pour la protection de l'être humain (Terre, 2007). Déjà en 1988, le philosophe Ricœur affirmait que la place fondamentale de la notion de dignité dans les textes internationaux présente deux avantages : d'abord, cette notion part des textes qui portent la signature de la quasi-totalité des États existants (193 États signataires de la déclaration universelle des droits de l'homme) ; ensuite, elle part des textes qui offrent un langage commun, donc un espace de discussion, aux philosophes, éthiciens, juristes et politologues de cultures et de formations différentes (Ricœur, 1988).

Certes, Ricœur reconnaît que les droits invoqués par ces documents sont des droits subjectifs, en ce sens qu'ils sont reconnus à des sujets qui sont principalement des individus libres, mais aussi des individus en relation sociale ou en collectivités non étatiques. Mais sous l'angle des droits individuels, des difficultés demeurent selon Andriantsimbazovina : la dignité humaine doit-elle être comprise ici comme celle de l'humanité dans son ensemble ou doit-elle être entendue comme celle de l'individu en tant que personne humaine prise isolément ? (Andriantsimbazovina, in Gaboriau et Pauliat, 2004). Sans donner une réponse à cette interrogation, le même auteur estime que l'intégration de cette notion de dignité jugée plutôt « vague » dans les normes juridiques pose deux sortes de problèmes :

« Sur le plan juridique, une partie de la doctrine, notamment normativiste, qui sépare le droit et les valeurs dénonce la pollution de droit par la moralisation véhiculée par le concept de dignité. Sur le plan philosophique, la critique d'une collectivisation des droits de l'homme par l'entremise de la dignité est vive » (Andriantsimbazovina, in Gaboriau et Pauliat, 2004).

De cette réflexion, il ressort que la dignité aujourd'hui judiciaire serait porteuse d'un risque doublement contradictoire : d'une part, le droit chargé de dignité pourrait devenir une machine à interdire et donc un instrument « liberticide » ; et d'autre part, facteur du tout

permis il pourrait devenir un instrument « libertaire » (Andriantsimbazovina, in Gaboriau et Pauliat, 2004). Cette analyse montre que la dignité est un concept indéterminé qui ne prend forme et ne se consolide qu'à l'occasion de sa mise en œuvre avec les droits fondamentaux. Elle constitue à cet effet un moyen d'interprétation et d'évaluation de ces derniers. Dans cette perspective, on peut admettre que la Déclaration universelle des droits de l'homme valorise et protège la dignité humaine.

Cependant, Ricœur (1988) signale deux lacunes de ce texte international dans sa fonction de protéger la dignité humaine : celle d'un droit sans force et celle d'un droit ouvert à des interprétations opposées. Thiel va dans le même sens que Ricœur quand elle écrit :

« L'appel à la dignité revêt un caractère paradoxal. Les droits de l'homme reconnaissent une dignité inaliénable à toute personne humaine grâce à leur formulation très générale ; mais cette force s'avère également être une faiblesse car leur justification raisonnable revient alors à chaque individu et culture appelés à les reconnaître. C'est dire que le respect de ces droits de l'homme et leur force éthique tiennent aussi dans la solidité de l'anthropologie qui les étaye » (Thiel, 2013).

Mais quoi qu'il en soit de la valeur des argumentations autour de ce texte, un des caractères de cette déclaration est de protéger l'être humain du seul fait qu'il est humain. Selon Ricœur (1988), « Le message moral » des documents internationaux « excède le langage conceptuel » dans lequel ce message a été écrit une première fois, d'où la possibilité de les interpréter dans d'autres contextes tout en gardant l'objectif premier : protéger la personne humaine.

On peut donc admettre avec Jorda (in Gaboriau et Pauliat, 2004) que de nombreux instruments juridiques internationaux ont trouvé leur fondement dans la volonté d'assurer le respect de la dignité humaine : les individus sont, de plus en plus, titulaires de droits et

d'obligations qui découlent de traités internationaux, contrairement au principe classique selon lequel seuls les États sont sujets de droit international.

Même si ces textes ne comportent aucune disposition pour imposer le respect des droits et punir les violations, ils restent incontournables en regard du respect de la personne humaine dans la société (Ricœur, 1988). La réflexion de Bioy (in Gaboriau et Pauliat, 2004) appuie cette assertion de Ricœur (1988) et répond à l'interrogation d'Andriantsimbazovina (in Gaboriau et Pauliat, 2004), car selon lui, ce qui réclame toute l'attention des textes relève surtout de la protection de l'humanité en tant que qualité universellement partagée. Ces énoncés laissent transparaître que les principes éthiques qui promeuvent la protection de l'être humain se fondent sur cette qualité partagée et non sur l'unicité qui caractérise la personne (Bioy, in Gaboriau et Pauliat, 2004).

Cela étant, le droit positif, en tout état de cause, ne peut prétendre obliger qu'au for externe. Il est indispensable au maintien de l'ordre social, réel comme symbolique, il vient rappeler aux hommes leurs obligations et les conséquences de leur omission (Poisson, 2004). C'est ainsi que, raisonnant à partir de ce qu'implique la dignité humaine et s'efforçant de séparer ce qu'elle permet et protège de ce qu'elle interdit, qu'il faut prendre une décision par rapport à toute pratique dans la société (Gaboriau, 2004). Dès lors, c'est bien à l'articulation des trois dimensions : naturelle, bien commun et juridique de la dignité humaine, qu'il faut recourir pour en assurer la réalité et l'efficacité opérationnelle (Poisson, 2004). Et ce rôle de protection pour être perceptible doit se fonder sur les deux formes de la dignité : la dignité inhérente et la dignité sociale.

2.2.4 Les formes de la dignité humaine

La dignité humaine est la qualité abstraite de valeur universelle qui appartient à chaque être humain tout simplement parce qu'il est un être humain (Ricoeur, 1988). Elle n'est pas quantifiable et ne peut pas être créée ou détruite, elle peut être inhérente ou sociale (Jacobson, 2009).

2.2.4.1 La dignité inhérente

La dignité faisant référence à l'humanité de la personne n'est pas quantifiable et elle ne peut pas être créée ou détruite, elle est une notion « statique » (Andorno, 2005). Elle est appelée « dignité inhérente » ou encore « dignité fondamentale » ou « dignité de base » (Pullman, 2001 ; Maurer, 1999). Elle est innée et inaliénable, autrement dit, elle est une valeur primordiale et prééminente et s'impose à toute activité étatique. Pour certains auteurs, il s'agit d'un principe « axiologique » et/ou « matriciel » (Pavia, 2006), pour d'autres c'est un concept ou une notion « charnière » : une notion placée à la charnière entre ce qui doit être et ce qui est (Barerstchi, 2005). Elle est donc le fondement des autres droits de l'homme, et peut servir d'objectif principal pour les interpréter, les concrétiser et les sauvegarder. Quel que soit le qualificatif, elle désigne dans l'être humain une qualité particulière par laquelle l'être humain est sujet d'une excellence due à son caractère spirituel, à sa capacité à connaître le monde et à s'autodéterminer dans son agir (Poisson, 2004).

La dignité inhérente est une notion qui fait référence à une qualité inséparablement liée à l'être même de la personne, son humanité, ce qui explique qu'elle soit la même pour tous et qu'elle n'admette pas de degrés (Poisson, 2004). Elle est inaltérable, inéluctable et inaliénable

(De Koninck, 1995). On peut manquer de respect à la dignité inhérente, mais on ne peut pas la détruire. Elle n'a pas de frontière et elle précède les doctrines (De Koninck, 2005). Comme nous l'avons souligné plus haut, elle ne doit pas être conquise ou méritée, elle ne peut être perdue (Van Der Plancke, in Gaboriau, 2004). Ainsi, elle se distingue de la dignité sociale qui est comme la deuxième face de la même réalité se rapportant à l'être humain.

Thiel (2013) poursuit cette réflexion en reconnaissant que la dignité intrinsèque est donc une notion dialectique, régulatrice et dynamisante. Elle invite au respect autant qu'au combat, à l'attestation et parfois à la résistance. Elle est donc « d'humanité » qui à la fois fonde les droits de l'homme et convie dans cette logique à couvrir cette dignité inhérente pour la vivre dans la société.

2.2.4.2 La dignité sociale

La dignité sociale est générée par les interactions entre les individus dans la société : comment les gens se comportent-ils les uns envers les autres par rapport à leur statut social ou leur état de vie ? Nous distinguons dans cette dynamique deux types de dignité sociale : « la dignité de soi » et « la dignité dans la relation » (Jacobson, 2009). À ces deux types, la réflexion d'Andorno (2005) nous permet d'ajouter un troisième type : « la dignité éthique » ou « la dignité actualisée ». La dignité sociale, forte de ces trois types, fournit une base éthique normative pour évaluer le caractère adéquat d'une société à travers la vie des individus. Elle favorise la compréhension des enjeux de certaines pratiques se rapportant à l'être humain, surtout aux plus vulnérables.

C'est dans cette perspective que Gibson (2011), dans un article « Disability and dignity- enabling home environments » dans la revue *Social Science & Medicine*, s'inspire de Jacobson (2009) « *A Taxonomy of dignity* », pour faire ressortir l'importance de la dignité sociale. Sa recherche porte sur la situation des personnes handicapées en Ontario au Canada qui vivent dans des conditions de logement qui ne répondent pas à leurs besoins et qui contribuent à leur exclusion sociale (Gibson, 2011). La dignité sociale fournit à l'auteur, une base éthique normative qui lui permet d'évaluer le caractère adéquat de la société (Gibson, 2011). Il soulève une question éthique parce que les politiques à travers certaines pratiques perpétuent injustement l'exclusion d'un groupe particulier à participer à des activités civiques et sociales (Gibson, 2011). La dignité sociale peut être subordonnée et peut être violée ou promue aux niveaux « micro, méso et macro » d'interaction soit : au niveau familial, communautaire et même international. Elle influence ou conditionne la dignité de soi (Gibson, 2011).

2.2.4.2.1 La dignité de soi

« La dignité de soi » ou « dignité subjective ressentie, phénoménologique » selon Thiel (2013), est une qualité du respect de soi, d'estime de soi, mais aussi de l'image de soi face aux autres, à la société, à sa propre histoire. C'est aussi une qualité de l'auto-appréciation ou dépréciation à partir de ses propres actes, tout en assumant la complexité de la condition humaine (Thiel, 2013). Elle identifie des comportements caractéristiques décrits comme dignes de confiance, de crédibilité et d'intégrité (Gibson, 2011). Elle se caractérise par des sentiments variables comme la fierté, l'honneur, l'impression banale de faire ou non « son devoir humain », d'en être incapable ou non, le sentiment de remords ou de contentement, de

lâcheté ou d'arrogance (Thiel, 2013). Dans ce contexte poursuit encore Thiel, elle peut être à la fois en continuité et même en rupture avec la dignité ontologique inhérente, car :

« Elle est la manière émotionnelle, individuelle et collective d'assumer avec des hauts et des bas sa source inaliénable qui, elle, continue d'irriguer chaque être humain, que celui-ci la ressent ou non, qu'il veuille la laisser surgir ou, au contraire, passer outre ses exigences. La personne humaine est ainsi faite. Tantôt elle est heureuse de s'imprégner de la dignité ontologique comme d'une eau jaillissante irriguant tout son être, et elle pourra aller jusqu'à désobéir, en son nom, à des lois de la cité, tantôt elle sera portée à en transgresser certaines exigences, convaincue d'être exclue de sa dynamique » (Thiel, 2013).

Dans cette perspective, il y a des circonstances où la dignité de soi peut être ajustée au vécu effectif de l'individu dans la société, même si cela n'est pas toujours le cas. En effet, on remarque très souvent que le sentiment de culpabilité n'est pas toujours proportionné à la gravité de l'acte commis, l'impression de mériter ne concorde pas nécessairement avec des actions vertueuses, et l'estime de soi est confondue avec l'amour propre (Thiel, 2013 ; Gibson, 2011). Dans cet esprit, si la dignité de soi n'est pas promue pour une personne, la sensation d'être utilisé comme un moyen au lieu d'être considéré comme une fin en soi peut être omniprésente. Par exemple, ne pas reconnaître la liberté d'expression et du consentement libre et volontaire d'une personne, dans une pratique, - thérapeutique ou non -, qui la concerne, peut toujours entraîner dans certaines circonstances des conséquences sur la dignité de soi, sur l'estime de soi et de son utilité dans la société (Gibson, 2011).

La dignité de soi « résulte de la perception concomitamment personnelle et sociale, rationnelle et métarationnelle, nommée, voire innommable, de sa valeur individuelle ou de sa médiocrité sur le plan de l'éthique et/ou de la représentation de soi » (Thiel, 2013). La dignité de soi se rapporte à un idéal personnel lentement mûri au contact des diverses cultures d'appartenance, au gré des événements de la vie, elle peut donc être très fluctuante dans le

temps et dans l'espace (Thiel, 2013). De Koninck (1995) abonde dans ce sens quand il affirme que :

« Les biens matériels divisent (...) mais les biens culturels, spirituels, d'ordre moral, unissent et au lieu de s'épuiser, croissent à mesure qu'on les distribue. Mais l'attachement à de tels biens ne peut se réaliser que dans le rapport à soi d'abord ».

La dimension de la dignité de soi conditionne la nature et la qualité de la relation d'une personne avec les autres dans la société. Le respect de la liberté d'expression, d'opinion, et d'autonomie de la personne conditionne la dignité de soi qui constitue une des pierres angulaires pour la dignité sociale.

2.2.4.2.2 La dignité dans la relation

« La dignité dans la relation » ou « dignité objective déployée dans le vécu » selon Thiel (2013), se réfère aux relations sociales et aux représentations personnelles et collectives qui s'enracinent dans l'assise phénoménologique et anthropologique du vivre conformément à sa dignité humaine inhérente (Thiel, 2013). La dignité dans la relation se joue ainsi dans l'échange réciproque des regards, la confrontation des apparences, la comparaison des attitudes et des manières d'agir dans la société (Thiel, 2013 ; Gibson, 2011). Pour De Koninck (1995), elle se situe donc au niveau de la manière de respecter les valeurs reconnues, les normes, les croyances dans la société, et de les transmettre aux uns et aux autres. La dignité dans les relations interpersonnelles s'expérimente dans l'amitié et la réconciliation avec les autres, et d'abord avec soi-même. Dans la société, quand je reconnais l'humanité d'autrui, je le fais grâce à une connaissance antérieure de cette humanité qui ne peut être au bout du compte que celle que j'ai moi-même de ma propre humanité. (De Koninck, 1995). En ce qui concerne

Aristote (384-322 av. J.C) dans « *Éthique à Nicomaque* », cette reconnaissance atteint son sommet dans l'amour, car « aimer, c'est honorer » ; il s'agit en réalité de la plus haute reconnaissance réciproque, de même que celle de la vie éthique, où l'on découvre la valeur intrinsèque de l'autre (De Koninck, 2005).

Larochelle (2005) poursuit dans cette logique car, si l'éthique ne commence qu'avec la reconnaissance de la grandeur de l'être humain, la qualification de l'espèce par le vocable dignité s'insère dans un dispositif éminemment relationnel, parce qu'elle présuppose la réciprocité d'une connaissance entre soi et les autres. La condition sociale dans ce contexte ne peut pas être pour l'individu une diminution de sa dignité, elle ne peut en être qu'une augmentation (Proudhon, 1989). Thiel corrobore cette idée en soulignant les dimensions émotionnelle et rationnelle de la dignité dans la relation :

« La dignité dans sa dimension phénoménologique représente finalement une modalité à la fois émotionnelle et rationnelle, personnelle et collective, de la dignité ontologique, confrontant celle-ci à sa capacité « d'irrigation » pratique, son pouvoir de ressourcement, et celle-là à sa capacité de l'accueillir et de s'en laisser imprégner et dynamiser » (Thiel, 2013).

La dignité dans la relation « désigne alors la mise en œuvre éthique, pour chacun, de son humanité, toujours à distance de l'idéal, toujours « seulement » humaine, et pas forcément coupable quand le mal et la finitude s'en mêlent » (Thiel, 2013). Dans cet esprit, Proudhon (1989) avance que la dignité dans la relation peut être assimilée à la justice. Car, dans sa réflexion sur l'établissement de la justice dans son ouvrage « *De la justice dans la révolution et dans l'Église* », Tome 1, Proudhon considère que la conscience morale individuelle serait le produit de l'interaction sociale. L'individu peut ressentir autrui comme une personne morale

dans la mesure où son identité personnelle trouve sa condition de possibilité dans la vie sociale, dans sa relation avec les autres membres de la société.

L'individu reconnaît ponctuellement par l'empathie envers autrui, la dignité qu'il ressent en lui-même. Il reconnaît ainsi autrui comme un autre soi-même, un alter-ego.²⁴ Cette réciprocité constitue la toile de fond du respect moral mutuel, qui est une condition sine qua non de la dignité dans la relation. Cette dimension de la dignité maintient des relations significatives dans la liberté qui incluent la capacité à donner et à recevoir de l'amour, des soins et des soutiens (Gaboriau, 2011). Il existe donc une interdépendance entre ces dimensions de la dignité sociale qui renvoient à la dimension éthique et dynamique liée à l'agir de la personne humaine plutôt qu'à son être ontologique (Gibson, 2011).

2.2.4.2.3 La dignité éthique ou dignité actuée

« La dignité éthique ou actuée » fait référence à l'agir de l'individu. Elle sert d'abord à désigner des comportements, varie en fonction des manifestations. Elle se traduit par des droits de la personnalité (Poisson, 2004). Elle peut être comprise dans la pensée de Kant (1993) comme le fait de « s'accorder au souverain bien », c'est-à-dire de faire coïncider en soi-même le désir du bonheur et la moralité. Elle fait référence à un caractère potentiel, dynamique, et à une conséquence des actions de la personne et non pas à un caractère inséparable de l'humanité (Andorno, 2005). On réfère à des actes dignes ou indignes d'une personne, par exemple à tel comportement de négligence jugé indigne d'un responsable, tel

²⁴Sociabilité et morale chez Proudhon. Récupéré le 28 janvier 2015 de <http://www.iresmo.jimdo.com/2012/12/17/sociabilit%C3%A9-et-morale-chez-proudhon/>

comportement de prévarication ou de corruption indigne d'un homme politique ou d'un chef religieux, telle attitude sèche de cœur trouvé indigne d'un père ou d'une mère de famille (Poisson, 2004).

Le terme dignité peut aussi servir à désigner, au sein d'une société, une qualité particulière qui n'est pas directement humaine. Ainsi, on peut mentionner la dignité des vertus ou des sciences, qui est liée surtout à leur nature même, puisqu'elle dépend de leur objet ou de leur finalité (Poisson, 2004). Cette épigramme peut également servir à signifier une qualité en vertu de la perfection qu'une chose peut causer chez un sujet qui la reçoit. On peut par exemple dire selon Poisson (2004), que les sciences spéculatives sont particulièrement dignes que les autres parce qu'elles transmettent une connaissance plus parfaite, mais également parce qu'elles confèrent au savant davantage de perfection en ce qu'elles permettent à son intelligence d'accéder à des réalités plus hautes. Quant à la dignité des objets, dont l'usage du mot latin « dignitas » donne trace, elle ne vise pas seulement à désigner la noblesse des actes humains, mais aussi une certaine perfection dans leur apparence (Poisson, 2004).

Il reste que l'être humain demeure en fait la référence de tous les usages du terme dignité. Des comportements sont jugés dignes ou indignes suivant qu'ils sont conformes ou non à la valeur de la personne humaine, ou à ce que l'on en suppose (Poisson, 2004). Les sciences et les vertus sont décrétées dignes du fait qu'elles sont capables d'accroître en chaque être humain sa capacité d'agir librement et de façon responsable (Poisson, 2004 ; Kant, 1994). Les objets et les pratiques sociales sont prononcés dignes lorsque leur valeur ou leur aspect est proportionnel à la valeur de la personne en général ou à l'honorabilité de ceux ou celles qui les

possèdent ou les utilisent. C'est donc toujours à partir de la dignité humaine, comme point de référence et point d'ancrage que toutes les autres réalités peuvent être dites dignes ou non.

Cela explique pourquoi Poisson (2004) est d'avis que ce n'est qu'à partir de la nature humaine, et donc de la valeur intrinsèque de l'être humain que doit se comprendre le concept de dignité dans son premier sens, et en référence à cette nature que doivent être prises toutes les autres significations.

La notion actuelle de dignité humaine se conçoit comme la synthèse d'une valeur de l'humanité toute entière et d'une qualité essentielle reconnue à toute personne humaine individuelle et collective (Bioy, in Gaboriau et Pauliat, 2004). L'intérêt de cette notion réside alors dans son aptitude à incorporer plusieurs dimensions. Une partie de son contenu est du ressort de l'humanité de la personne : la dignité humaine inhérente ; une autre partie découle des valeurs de la société : la dignité sociale. Thiel (2013) corrobore cette idée en disant qu'il faut :

« Articuler les différents niveaux inextricablement liés de la dignité, plus exactement à circuler entre une dignité intrinsèque première, rattachée à l'appartenance à l'ordre humain ; une dignité subjective ressentie, phénoménologique ; et, enfin, une dignité objective déployée dans le vécu, et qui désigne une perspective éthique » (Thiel, 2013).

La dignité intrinsèque est première et ontologique, car elle est liée à l'être humain, à l'individu lui-même (Thiel, 2013). Dans cette perspective, nul ne saurait vivre dans la société sans être reconnu dans sa dignité constitutive et la responsabilité que cela implique comme exigence pour les autres. Mais cette dignité première, souligne-t-elle, n'empêche nullement dans les relations sociales les vagues à l'âme, des sentiments différenciés de dignité, variables dans le temps et l'espace tenant de l'histoire personnelle de chacun et de son enracinement

social ou culturel. Dans notre contexte, c'est, dès lors, bien à l'articulation des deux dimensions inhérente et sociale de la dignité avec les trois sources - nature, bien commun et obligation/droit-, qu'il faut recourir pour assurer la réalité et l'efficacité opérationnelle de son rôle de protection. Et ce rôle de protection sert de toile de fond aux conséquences de la notion de dignité humaine dans la société.

2.2.5 Les conséquences du concept de dignité humaine

Van Der Plancke, (in Gaboriau, 2004) souligne que les différentes approches philosophiques sur la notion de dignité humaine nous montrent que la dignité est cet absolu quasi informulable dont la réalité n'est révélée, paradoxalement et de manière manifeste, que par sa négation. Ce qui est digne repousse et se nourrit de l'indigne et l'histoire du concept de dignité s'écrit avant tout en suivant les étapes du déplacement de cette frontière (Bioy, 2004). Relative au rapport à soi et à l'autre dans la société, la dignité suppose avant tout une qualité potentialisant le maintien de la conscience réflexive et de la volonté humaine. Elle est inhérente à tous les individus : elle est attribuée également à chaque être humain, sans différence de degré. Elle ne doit pas être conquise ou méritée ; elle ne peut être perdue (Van Der Plancke, in Gaboriau, 2004). De Koninck (2005) poursuit cette pensée en ces termes :

« Dans toutes les cultures, à toute époque, un fragment de tragédie, une épigramme, un texte législatif, un proverbe, une inscription funéraire, un conte, une chanson, une œuvre d'art, de sagesse, témoignent tous d'une exigence plus vieille que toute formulation philosophique, qui a toujours été que quelque chose est dû à l'être humain du seul fait qu'il est humain » (De Koninck, 2005).

Ces réflexions permettent de concevoir la dignité humaine comme une valeur éthique intrinsèque parce qu'à l'inverse des droits de l'homme dont elle constitue pourtant le socle fondateur, le principe de dignité humaine exprime non plus simplement un droit, mais un

devoir envers l'autre, et plus encore, non pas un simple devoir d'abstention, mais un devoir d'action (Commaret, in Gaboriau, 2004). C'est donc une notion exigeante qui comporte deux conséquences : la conséquence première et essentielle est l'obligation absolue et inconditionnée de respecter l'humanité ; la deuxième se résume à la responsabilité ou au droit absolu des individus (Poisson, 2004). Ces deux réalités (devoir et droit) sont comparables aux deux faces de la même médaille. Elles ne doivent pas être opposées, même si on admet la primauté du devoir sur le droit. « La notion d'obligation prime celle de droit, qui lui est subordonnée et relative », affirme Weil (1949).

En effet, le droit exige une tierce personne pour le reconnaître ou ne pas le reconnaître en celui qui est censé en être le bénéficiaire. Par contre, la reconnaissance de l'obligation par la volonté de l'individu qui la reconnaît ne nécessite pas l'existence d'une autre personne chez qui elle doit s'appliquer (Poisson, 2004). Par exemple une personne qui serait seule au monde n'aurait aucun droit, mais elle aurait des obligations envers elle-même ne serait-ce de respecter ses propres besoins fondamentaux (Weil, 1949). Cette obligation existe selon Weil (1949) « sans qu'aucune condition n'ait à intervenir, et quand même elle n'en reconnaîtrait aucune ». Dans cette logique, la notion de dignité contient en elle-même une valeur objective contraignante, dans la mesure où elle oblige son titulaire et autrui à la respecter. Ceci à cause de l'humanité que chaque individu peut reconnaître en lui-même et donc en chaque autre personne (Poisson, 2004).

Ainsi, chaque être humain doit agir dans la société, conscient de cette qualité d'être la cause responsable de ses actes, ce qui ne peut s'accomplir que dans la volonté ferme de la respecter également dans toute personne humaine (Poisson, 2004). L'éminence que procure ce

concept de dignité à chacun des êtres humains est telle que tout autre être humain est lié par elle. Dans cette logique, tout être humain, en vertu de la raison dont il est doué, a faculté de sentir sa dignité dans la personne de son semblable comme dans sa propre personne et d'affirmer ainsi sous ce rapport, son identité à lui (Proudhon, 1989).

2.2.5.1 L'obligation du respect de la dignité de soi-même

S'il existe un motif philosophique de tenir un discours sur la dignité humaine, cela tient du fait que l'être humain est justement celui qui est interpellé par l'être soi-même, celui qui est chargé d'en assurer la garde et le respect (Sloterdijk, 1999). Le respect est défini ici selon la pensée de Lequan (2001), comme un sentiment moral, non pathologique, produit par la raison pure et pragmatique sur la sensibilité du sujet ; il ne s'apparente ni à un fondement, ni à un critère, ni à un principe de la morale. Ce sentiment ne se rapporte pas à l'inclination mais à la conscience *a priori* indubitable et immédiate qu'a tout être humain raisonnable de la loi morale en lui.

Avant d'être perçu comme pratique sociale, le sentiment moral relève tout d'abord du respect pour la loi morale à partir duquel découle le respect dû à tout être humain, comme fin en soi, doté d'une valeur et d'une dignité intrinsèque (Lequan, 2001 ; Kant, 1993). « L'idée de personnalité éveille le respect et nous met sous les yeux la sublimité de notre destination morale. Comme le sublime esthétique, le respect humilie le côté sensible et élève le côté intelligible de notre être » (Lequan, 2001). Ce respect qui est une réponse de la volonté aux exigences de la loi morale implique l'être humain dans ses dimensions philosophiques, sociales, juridiques et même spirituelles pour rendre plus effectif le devoir envers soi-même et envers les autres.

Suivant la réflexion de Goffi (2008), l'idée qu'on puisse se respecter soi-même, parce qu'on détecte en soi la présence de propriétés qui sont celles d'un être humain respectable, permet d'évaluer celles qui ne se recommandent ni par leur plausibilité intrinsèque, ni par leur présupposé, ni par leur implication. Le respect que la personne humaine peut éprouver pour elle-même est un respect fondé sur l'appréciation, et non pas sur la reconnaissance (Goffi, 2008). À ce titre, la dignité que l'être humain honore n'est pas à opposer à celui qui en fait preuve. Thiel (2013) appuie cette idée en soulignant que la dignité se transmet à travers l'appartenance humaine, elle se respecte, elle se vit, parce que son enjeu fondamental dans la société est la reconnaissance de la personne humaine comme sujet doué de raison et de liberté. Dans cette perspective, la dignité est « indissociablement une remise de soi à soi, de soi à l'autre et de l'autre à soi » (Thiel, 2013).

2.2.5.2 L'obligation du respect de la dignité d'autrui

Reconnaître à autrui sa dignité, c'est considérer qu'il est, tout comme nous, avec sa différence, une personne humaine au sens plein, un membre de la famille humaine (Pauliat, 2004). De Koninck (2005) poursuit dans le même sens en disant : « Quand je reconnais l'humanité d'autrui, je le fais grâce à une connaissance antérieure de cette humanité qui ne peut être au bout du compte que celle que j'ai de ma propre humanité ». L'une des exigences de la notion de dignité humaine souligne que la dignité n'implique pas seulement l'obligation qu'a l'individu envers lui-même de se doter d'un mode de vie raisonnable et maîtrisé (Menke, 2006). Il faut que cela comporte également, toujours des obligations envers les autres dans la société. Thiel (2013) met en relief cette obligation de respect de la dignité d'autrui dans sa dimension réciproque :

« Nul ne saurait vivre sans être reconnu, et reconnu dans sa dignité constitutive. Plus encore, nul ne saurait être reconnu dans sa propre dignité et nul ne saurait poser celle-ci comme exigence pour tout autrui, sans reconnaître la dignité d'autrui. Renier la dignité d'autrui, c'est renier la mienne » (Thiel, 2013).

Le respect ici ne s'adresse jamais qu'à des personnes, en aucun cas à des choses. Il devient ainsi un tribut que nous ne pouvons refuser au mérite, que nous le voulions ou non ; nous pouvons bien à la rigueur ne pas le laisser paraître au dehors, mais nous ne saurions cependant nous empêcher de l'éprouver intérieurement (De Koninck, 2005). Pour concrétiser cette obligation du respect dans la société, Goffi (2008) propose deux types de respects qui nous paraissent indispensables dans cette approche : le respect fondé sur l'évaluation et le respect fondé sur la reconnaissance (Goffi, 2008).

2.2.5.2.1 Le respect fondé sur l'évaluation

Le respect fondé sur l'évaluation a pour objet les personnes en tant qu'elles sont susceptibles de manifester des excellences dans la poursuite de quelque but spécifique (Goffi, 2008). Il s'agit d'un respect de la dignité sociale dans sa dimension éthique ou actuée qui n'est pas inhérente ou liée à l'humanité de la personne, mais plutôt à son acte. Ce qui est respecté alors, ce sont des caractéristiques que nous pouvons attribuer aux caractères de l'être humain ou de son agir (Goffi, 2008).

Les excellences que nous jugeons dignes d'éloge ou au contraire les comportements ou les résultats « médiocres » se développent généralement avec l'expérience des obstacles et s'acquièrent par la mise en œuvre des traits de caractère (Goffi, 2008). Par exemple, ce n'est pas manquer de respect à une personne, ou bafouer sa dignité, que de désapprouver des pratiques culturelles portant atteinte à son intégrité physique. Nous pouvons reconnaître le

choix - plus ou moins éclairé - de cette personne de s'abandonner à ces pratiques - même si les options sont limitées pour elle -, tout en évaluant d'une manière négative ces pratiques culturelles. Nous respectons cette personne d'un respect fondé sur la reconnaissance, tout en n'éprouvant guère de respect fondé sur l'évaluation des pratiques qu'elle subit (Goffi, 2008).

2.2.5.2.2 Le respect fondé sur la reconnaissance

Dans la société, en toutes circonstances, un respect de reconnaissance est dû à tout être humain. Le seul fait qu'il s'agisse d'une personne humaine interdit certains types de traitements à son égard (Le Doujet, 2014) : le respect fondé sur la reconnaissance de la dignité intrinsèque. Ce respect est dit « de reconnaissance » en ce qu'il reconnaît l'autonomie de la personne, sa capacité d'élaborer et de déterminer la configuration de sa vie dans la société quel que soit son état de vie (Gibson, 2011). En termes concrets, cela suppose qu'on reconnaisse que chaque personne a sa propre conception de la vie bonne en fonction de sa culture (Nussbaum, 2012), ou que les personnes ont des intérêts dont elles sont le meilleur juge.

Ceci implique que, toute restriction à l'exercice de la capacité de subjectivité d'une personne, c'est-à-dire toute interdiction à exercer cette capacité dans un domaine précis de son agir ou de sa vie, lèse cette personne en tant que sujet en général (Kant, 1994). Par exemple, empêcher une personne de disposer de son intégrité physique, pour des raisons culturelles ou lucratives, illustre bien cette restriction d'exercice de la capacité de subjectivité de cette personne à disposer de son corps comme bien individuel. C'est manquer de respect à cette personne, c'est ne pas reconnaître sa dignité, que de s'immiscer dans l'exercice de son autonomie, bien que l'inviolabilité de la vie par les autres soit également une condition de l'exercice de cette autonomie (Goffi, 2008).

Pour être effective dans ces conditions, les conséquences de la notion de dignité humaine exigent ce que Kant (1994) nomme « la maxime de l'action ». En plus d'énumérer les conséquences de la notion de dignité pour qu'elles soient effectives entre les êtres humains dans la société, celles-ci doivent être traduites en actions concrètes. C'est la raison pour laquelle Kant (1994), dans « la doctrine élémentaire de l'éthique », insiste sur le « devoir de l'amour » et sur les maximes de « bienveillance » et de « bienfaisance », toutes, des maximes de l'action. Les maximes de bienveillance et de bienfaisance sont pour tous, hommes et femmes dans la société, des devoirs mutuels, qu'ils en soient jugés dignes ou non d'amour, d'après cette « loi éthique de la perfection » : « Aime ton prochain comme toi-même » (Kant, 1994). Kant constate que toute relation moralement pratique entre des êtres humains s'inscrit dans la représentation de la raison pure, un rapport d'actions libres et volontaires.

2.2.5.3 Les devoirs d'amour, de bienveillance et de bienfaisance

Durand (2011) dans son livre « *Une éthique à la jonction de l'humanité et de la religion* », dit que la moralité de Kant (1994 ; 1993) est d'emblée une moralité d'action. Les deux premiers impératifs mettent cela en relief : « Agis uniquement d'après la maxime qui fait que tu peux vouloir en même temps qu'elle devienne une loi universelle » (Kant, 1993). « Agis comme si la maxime de ton action devait être érigée par ta volonté en loi universelle de la nature » (Kant, 1993). Le respect de la dignité humaine passe obligatoirement par des actions concrètes à travers les relations interpersonnelles, les communications, que Kant (1994) s'est efforcé de mettre en évidence dans la société.

2.2.5.3.1 Le devoir d'amour

Le mot amour sert à traduire trois termes grecs différents : « eros, philia et agapè » qui définissent chacun une orientation spécifique du sentiment d'amour et lui confèrent une portée morale particulière (Habib, in Canto-Sperber, 2004). Selon la définition d'Habib in Canto-Sperber (2004), « l'eros » est l'amour conçu comme désir ardent d'être uni à une personne déterminée, comme aspiration à un état de soi-même qui n'est accessible qu'au contact de l'autre. La « philia » désigne à son tour une relation empreinte de réciprocité et d'estime mutuelle, qui est souvent traduit par « amitié », mais le sentiment a une portée plus large puisqu'il consiste en l'affection montrée à autrui et la volonté d'entretenir avec lui des rapports où se manifeste une certaine excellence morale. Par contre « l'agapè » quant à elle, est l'amour consacré à autrui, mais autrui considéré dans sa qualité fondamentale d'être un humain et un prochain ; c'est un sentiment que l'on peut qualifier de « désintéressé », sans attente de réciprocité et d'une certaine façon indépendant de ce qu'est l'aimé. L'agapè est indifférente à la valeur morale de l'être auquel elle s'adresse.

On retrouve dans les écrits d'Habib (in Canto-Sperber, 2004), ces trois sentiments présents au sein de l'amour. Selon cet auteur, ils ont en commun le désir de faire du bien d'un objet aimé ainsi qu'une émotion de qualité particulière liée au sens que peut avoir une certaine forme d'union avec une autre personne. La portée morale de l'amour tient donc à ce désir de faire le bien ou de vouloir le bien de l'autre, souvent associé au désir de se connaître ou de s'améliorer soi-même. Dans notre contexte, nous utilisons l'un des correspondants modernes de « l'agapè » dans la pensée de Kant : « le respect », le devoir de l'amour.

L'amour de l'être humain au sens de « l'agapè » (*philanthropie*), parce qu'il est conçu comme pratique, doit consister en une bienveillante activité et se rapporte dans ce cas à la maxime des actions concrètes (Kant, 1994). Dans la société, respecter la dignité d'autrui c'est trouver un contentement dans son bien-être social et individuel, et le considérer comme tel, comme un être humain. La personne est acceptée par devoir, sans condition, telle qu'elle est dans son intégrité physique et morale avec ses qualités et défauts (Kant, 1994). L'individu qui traduit une telle reconnaissance dans son agir dans la société sans aucune autre inclination s'appelle : « *ami de l'homme* » (Kant, 1994).

« *L'ami de l'homme* », dans la pensée de Kant (1994), c'est celui pour qui l'harmonie dans la société doit se refléter à travers le bonheur de tous et de chacun : « celui pour lequel tout va bien si, pour chacun des autres, tout va bien ». La vision de ce bonheur qui rentre dans la reconnaissance de la dignité humaine a une dimension individuelle et communautaire. L'amour et l'amitié constituent en réalité, selon De Koninck (2005), la plus haute reconnaissance de la dignité d'autrui dans la société, l'accomplissement de la reconnaissance mutuelle, de même que celui de la vie éthique, où l'on découvre la valeur intrinsèque de l'autre tel qu'il est.

2.2.5.3.2 La maxime de bienveillance

La maxime de bienveillance est un aphorisme qui vise la bonté active, concrète, consistant à prendre pour fin le bien-être d'autrui dans la société (Kant, 1994). Elle diffère dans ce sens des simples vœux car la bienveillance dans le vœu peut-être au même degré envers tous, mais ce degré peut être différent dans l'agir selon la diversité des personnes bénéficiaires et de l'affinité. Dans la société, toute relation moralement pratique entre les êtres

humains est un rapport entre eux qui s'inscrit dans la représentation de la raison pure (Kant, 1994). Chacun dans la société pourra faire sienne cette maxime : « Je veux que tu fasses preuve de bienveillance à mon égard ; je dois donc moi aussi être bienveillant à ton égard » (Kant, 1994).

La loi de bienveillance reconnaît à chaque personne son devoir non seulement envers les autres mais envers elle-même comme objet de cette bienveillance dans le commandement de la raison pure pratique (Kant, 1994). En plus de ses droits subjectifs comme personne autonome et libre, la bienveillance trace la ligne directrice du devoir. L'obligation de respecter sa propre personne comme un être humain à travers tout ce qui lui est possible en acte devient un devoir impératif (Kant, 1994).

2.2.5.3.3 Le devoir de bienfaisance

« Être bienfaisant quand on le peut, est un devoir » (Fassin, 2013). La bienveillance dans la société est cette satisfaction que l'on peut prendre au bonheur des autres (Kant, 1994). Cependant, la bienfaisance quant à elle, correspond à la maxime de prendre pour fin ce bien-être pour éviter toute inclination (Kant, 1994). Le devoir qui se rattache à cette bienfaisance est la contrainte que la raison impose au sujet de reconnaître cette maxime comme universelle. La réciprocité de bienfaisance dans le vivre en communauté ou dans la société devient ainsi un objectif à atteindre par obligation. Cette maxime marque le devoir pour chaque individu : prendre soin de soi-même autant qu'il est nécessaire pour simplement trouver une satisfaction dans le fait de vivre, de conserver sa vie et de l'entretenir par devoir et non conformément au devoir (Kant, 1994).

Tout être humain jouissant de toute son autonomie, dans le sens d'une obéissance de la volonté à sa propre loi morale, doit respecter ce devoir et considérer sa propre personne comme un être humain ayant une fin en soi et jamais comme un moyen (Kant, 1994). Se priver ou priver autrui de ce qui est nécessaire pour jouir joyeusement des joies de la vie par une discipline excessive des penchants naturels ou par avarice, entre en contradiction avec le devoir de l'homme envers lui-même et envers autrui (Kant, 1994).

D'après la réflexion d'Appiah (2012), avoir le sens de l'honneur et de la dignité signifie avoir droit au respect. En conséquence, la place de la dignité dans la société se mesure à l'extension de la croyance et des valeurs partagées sur le fait que tout individu a le droit d'être traité avec respect. Ce droit doit être accordé sur la base d'un ensemble de normes et de principes partagés (Appiah, 2012). À ce titre, la dignité devient un principe constitutionnel selon le premier article de la Déclaration universelle des droits de l'homme (DUDH, 1948) : Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits. L'être humain doit être respecté dans sa constitution générale, qu'elle soit physique, spirituelle (religieuse) morale ou psychologique (Doré, 2012).

Il ressort de toutes ces réflexions que la notion de dignité est évoquée dans des situations où la question de l'être humain se pose : en droit, dans le domaine de la santé, sur le plan culturel et religieux. La dignité revêt des dimensions multiples dans la société. Pour faire suite à notre approche philosophique, il nous paraît indispensable de voir le point de vue religieux de cette notion en lien avec les excisions et les infibulations. Ces pratiques culturelles, même si elles sont antérieures à l'Islam, au Christianisme et à la religion traditionnelle Bambara, sont observées par certains adeptes de ces trois religions au Mali.

2.3 La dignité humaine : point de vue religieux

Les données statistiques sur les excisions et les infibulations ont déjà témoigné d'une prévalence très élevée de ces pratiques au Mali sans distinction de religion. Dans cette perspective, une approche religieuse du concept de dignité humaine est importante sur le plan éthique, surtout si elle est orientée de manière à mettre en lumière l'intérêt que chaque religion donne à cette notion de dignité.

2.3.1 La dignité humaine selon l'islam

Dans le « *Dictionnaire encyclopédique du Coran* », le concept de dignité humaine sur le plan étymologique n'existe pas en tant que tel dans le Coran (Chebel, 2009). En tant que livre de référence pour les musulmans le Coran fait état des devoirs envers les orphelins, les pauvres, les voyageurs sans logis, les nécessiteux et surtout les gens qui sont réduits à l'état d'esclaves (Sourate 93, versets 6, 7, 8, 9, 10). Cependant, Baccouche (in Gaboriau et Pauliat, 2004) montre dans sa réflexion que la dignité humaine est explicitement consacrée par le texte coranique ainsi que par la *Sunnah* ; et qu'une lecture objective et neutre du Coran, support de l'Islam initial, permet de constater que la dignité humaine a été affirmée comme le principe fondateur de cette religion. Cet auteur part d'une citation de l'ouvrage de Pic de la Mirandole « *De dignitas Hominis* » : « J'ai lu dans les livres arabes qu'on ne peut rien voir de plus admirable dans le monde que l'homme ». Pour Baccouche, qui fait d'abord une distinction entre l'Islam originaire et la vision actuelle de cette religion, cet ancien témoignage issu du monde occidental démontre l'enracinement du concept de dignité humaine dans l'Islam originaire et dans la pensée arabo-islamique des premiers siècles.

Si on situe dans leur contexte historique le texte divin (le Coran), les paroles et les pratiques du prophète (*la Sunnah*), ainsi que les pratiques de certaines grandes figures de l'Islam initial, on découvre qu'ils ont véritablement fait de la dignité humaine le socle de l'Islam en tant que religion qui a permis d'humaniser l'Arabie d'alors (Baccouche, in Gaboriau et Pauliat, 2004). Le Coran concrétise à cet effet la protection de la dignité humaine à l'aide des interdictions formelles, même si certaines sanctions pénales et autres règles comme la Sharia sont désormais considérées comme incompatibles avec la dignité de l'être humain en ce XXI^{ème} siècle.

2.3.1.1 La dignité : principe fondateur de l'Islam

Pour les musulmans, le Coran prévoit explicitement que Dieu a doté les êtres humains de dignité qui est une vocation universelle par laquelle, Il a privilégié l'être humain par rapport aux autres créatures. Cette vérité n'était nulle part mieux exprimée que dans le Coran²⁵:

« Nous avons ennobli les fils d'Adam. Nous les avons portés sur la terre ferme et sur la mer. Nous leur avons accordé d'excellentes nourritures. Nous leur avons donné la préférence sur beaucoup de ceux que nous avons créés » (Coran, Sourate 17, verset 70).

« O vous, les hommes ! Nous vous avons créés d'un mâle et d'une femelle. Nous vous avons constitués en peuple et en tribus pour que vous vous connaissiez entre vous. Le plus noble d'entre vous, auprès de Dieu, est le plus pieux d'entre vous. Dieu est celui qui sait et qui est bien informé » (Coran, Sourate 49, verset 13).

« O vous les hommes ! Craignez votre Seigneur qui vous a créés d'un seul être, puis, de celui-ci, il a créé son épouse et il a fait naître de ce couple un grand nombre d'hommes et de femmes » (Coran, Sourate 4, verset 1).

²⁵ Le Coran (1967). Traduction par D. Masson. Bibliothèque de la Pléiade : Éditions Gallimard.

La raison de l'exaltation par l'Islam originaire de la dignité et de la glorification de l'être humain est que ce dernier est considéré comme le mandataire de Dieu sur terre. La personne humaine se trouve ainsi dotée du droit de disposer des autres créatures sur la terre et le Coran légitime ce droit par la dignité de l'être humain (Baccouche, in Gaboriau et Pauliat, 2004). Par ailleurs, il est spécifiquement précisé que la dignité est un attribut universel pour chaque individu sans aucune exclusion. Ainsi la dignité humaine occupe-t-elle chez les musulmans une position de premier plan puisqu'elle impose le respect de tout être humain en tant que tel et ce, indépendamment des considérations religieuses, ethniques ou autres (Baccouche, in Gaboriau et Pauliat, 2004).

Baccouche souligne plus loin que : quoi qu'il en soit, la dignité de la personne humaine a été incontestablement au centre du projet civilisateur dont le Coran était porteur. La *Sunnah* du prophète a exhorté les musulmans à respecter la dignité de l'être humain. Ce qui a permis à certaines grandes figures de l'Islam des premiers siècles de se référer à la dignité pour censurer tout comportement attentatoire aux principes de la justice, de l'égalité, de la bonté et de la générosité. Dans le Coran, il est clairement prévu que c'est Dieu lui-même qui a prescrit la justice et la bonté, et ordonné à ses créatures d'agir avec justice, car la justice est un moyen de s'approcher de Dieu. Ceux qui portent atteinte à la dignité humaine deviennent indignes (Baccouche, in Gaboriau et Pauliat, 2004).

2.3.1.2 Le Coran protège la dignité humaine

Pour les musulmans, le Coran ne s'est pas contenté de proclamer la dignité de la personne, plusieurs versets comportent à cet effet des interdictions formelles pour la protéger. Le Coran interdit et incrimine toute forme d'injure dans la société. Il sanctionne sévèrement

les auteurs de diffamations et spécialement ceux qui portent atteinte à l'honneur des femmes : « Ceux qui calomnient des femmes honnêtes, insouciantes et croyantes seront maudits en ce monde et dans la vie future, ils subiront un terrible châtement » (Sourant, 24, verset 23). En plus de protéger l'intégrité personnelle des femmes, Baccouche souligne qu'il y a plusieurs autres exemples et illustrations de prescriptions coraniques qui protègent la liberté de conscience et la dignité humaine, mais il reconnaît que certaines règles de la « Sharia », faite de valeurs stables et de normes considérées comme définitives, sont devenues incompatibles avec la dignité humaine telle que conçue en ce XXI^{ème} siècle (Baccouche, in Gaboriau et Pauliat, 2004). Par exemple, l'égalité entre l'homme et la femme en dignité et en droit est remise en cause quand on fait référence à la « loi » qui est toujours la « Sharia » (Kaboglu, in Gaboriau et Pauliat, 2004 ; Pontificio Istituto di Studi e d'Islamistica, 1983).

Après cette approche de l'Islam de la dignité humaine, explorons ce qu'en disent les adeptes de la religion traditionnelle Bambara majoritairement connue au Mali ?

2.3.2 La dignité humaine selon la religion traditionnelle Bambara

Nous ne pouvons aborder l'approche de la religion traditionnelle concernant la notion de dignité humaine sans une vue globale de cette religion. Elle diffère d'une culture à une autre, mais pour notre thèse, nous parlerons brièvement de l'approche du concept de dignité de la religion traditionnelle Bambara qui est majoritairement connue au Mali.

La croyance dans la religion traditionnelle n'est pas d'origine chrétienne ou islamique, pas plus le concept sur le ciel, l'enfer et le monde des invisibles. Dans la tradition, on croit à l'existence d'un Être suprême. Les Bambaras d'une façon générale, croient à un Dieu Unique

rémunérateur pouvant châtier et récompenser, Souverain Maître de toute chose qui a sur les êtres humains droit de vie et de mort. Le nom de Dieu est « Ma » en Bambara, qui n'est qu'un mot, car ce Dieu reste lointain des hommes ; ils ne songent pas à le prier ni à l'invoquer, ils le laissent sans autel, sans prêtres et sans sacrifices (Henry, 1910). Le mot « Sa » est aussi un terme voilé employé par les Bambaras pour parler de la divinité. Il exprime tout, comme le mot « Alla » emprunté de la langue arabe pour désigner Dieu (Henry, 1910).

Ce mot serait un nom de respect, de vénération et la raison d'être de cela, c'est de ne pas avoir à prononcer le nom de Dieu en vain et mal à propos (Henry, 1910). Malgré tout, les formules les plus polies sont celles par lesquelles les Bambaras attestent leur croyance en ce « Ma » (Dieu). Il arrive souvent que le nom de Dieu revient à chaque instant sur les lèvres des Bambaras. Par exemple, à chaque salutation, on dit : « Que Dieu fasse que la journée se passe dans la paix », à des jeunes couples, ils disent : « Que votre union soit heureuse, que Dieu vous donne la paix et de nombreux enfants ». Pour présenter des condoléances, on emploie le plus fréquemment les formules suivantes : « Que Dieu aie pitié de lui et lui accorde un séjour heureux, que la terre lui soit légère. Que Dieu ne le sépare pas des gens de bien, et qu'Il ajoute un beau jour à ceux dont le défunt vient d'être privés » (Henry, 1910).

Dieu pour la religion traditionnelle est loin d'avoir toute l'ampleur que lui donnent les chrétiens et les musulmans. La vie spirituelle dans la tradition est marquée par les croyances aux forces de la nature : les Fétiches, les Esprits, les Ancêtres (Henry, 1910). Dans ce contexte, les adeptes de la religion traditionnelle n'ont ni la morale ni le credo codifiés dans un livre comme dans les religions révélées présentes au Mali (Christianisme et Islam). La tradition de l'oralité prévaut encore dans ces sociétés, et c'est seulement dans les interdits, le

respect des ancêtres et des parents, les tabous ou totems (Tnè en Bambara), la peur du « Gnama » (la force du mal ou la malédiction) qu'on peut relever le rapport des fidèles aux normes et aux valeurs de la société (Diarra, 2003 ; Henry, 1910). Cependant, qu'en est-il de la dignité humaine dans la tradition ?

2.3.2.1 L'humanité : fondement de la dignité de la personne humaine dans la religion traditionnelle Bambara

Si nous reconnaissons avec De Koninck (2005) que la dignité relève d'une exigence plus vieille que toute doctrine philosophique ou religieuse, qui a toujours été que quelque chose est dû à la personne humaine du seul fait qu'elle est humaine, alors il est évident que cette notion reflète une valeur qui dépasse les frontières. La reconnaissance de cette exigence se précise à mesure que s'affirment les civilisations, la plus remarquable étant celle qu'on accorde d'emblée aux plus faibles et aux plus démunis, la place centrale de la mansuétude et du respect à l'égard des pauvres, et de la justice envers les innocents (De Koninck, 2005). La religion traditionnelle Bambara, dans cette perspective, a mis en place des interdits, des tabous ou des totems et ce qu'on appelle « Gnama » qui visent la stabilité de la société tout en protégeant les individus (Diarra, 2003 ; Henry, 1910).

La notion de dignité est désignée en Bambara par le terme générique « Dambé ». Elle peut être attribuée à chaque être humain sans distinction de sexe, d'âge et de statut social : « Mogo dambé » (la dignité humaine inhérente). Elle est utilisée pour désigner des personnes vertueuses dans la société à travers la moralité de leurs actes et de leurs paroles. Elle est généralement utilisée pour marquer une excellence chez les êtres humains dans la société : « la dignité des vertus ». Par exemple quelqu'un qui respecte sa parole donnée, qui vit

honnêtement dans la société, qui respecte ses engagements, qui inspire confiance, qui a de l'honneur, est appelé « Dambé tigi » (homme de dignité, celui qui a la dignité). À ce niveau, le terme dignité renvoie à sa dimension sociale, qui est dynamique ou actée.

La dimension inhérente de la dignité humaine qui est cet absolu quasi informulable attribué à chaque être humain, est marquée dans la religion traditionnelle par ces proverbes populaires.²⁶ En ce qui concerne la protection des enfants ou des personnes vulnérables, généralement les orphelins, les veuves et les étrangers, les Bambaras devisent ainsi : « M'bè karissa kalifa i ma, i ka don i golo ni sogo cèè ! ». Ce qui se traduit par : « Je te confie un tel ou une telle, mets le entre ta peau et ta chair ». Ce proverbe exprime qu'on doit prendre soin, au mieux possible, des personnes qui nous sont confiées, surtout les enfants, les veuves et les étrangers. Accepter de mettre quelqu'un entre sa peau et sa chair chez les Bambara, est le signe de la plus haute protection qu'on puisse assurer ou garantir à une personne dans la société, et on est prêt à donner sa vie pour la sauver.

Par rapport au respect de la personne, même après la mort, les Bambaras disent : « N'i yé dugaw yé mogo su ka, k'a na fo aw yé bo a kan, a fo : dugaw, aw yé an to yé ! ». Ce qui se traduit par : « Quand tu vois les vautours en train de dévorer un cadavre humain, ne les chasse pas avec des vains mots, il faut dire : O ! Vautours, laissez-nous ». Ce proverbe signifie que tout être humain, quel que soit son sexe, sa condition de vie, son statut social, son âge, a droit au respect absolu de sa personne même après sa mort. L'humanité dont il est doté oblige toute autre personne à lui assurer une sépulture après sa mort, pour ne pas le laisser à la merci des

²⁶ Les traductions des proverbes qui suivent sont les nôtres.

oiseaux ou des animaux. Cette dimension inhérente est corroborée par la citation de De Koninck (2005) par rapport à l'histoire d'Antigone :

« Pourquoi est-on ému aujourd'hui encore, jusqu'à l'approbation, devant la décision de la jeune Antigone de refuser, au péril de sa vie, de laisser là « sans larmes ni sépulture », pâture des oiseaux ou des chiens le corps de son frère Polynice, pourtant dénoncé comme traître, et de défendre son droit à la sépulture, son appartenance à une commune humanité, au nom de lois non écrites, inébranlables, des dieux ? La mort à l'état de cadavre n'étant plus, et entièrement à la merci des forces naturelles, les vivants ont à son endroit un devoir sacré : celui de faire en sorte que, tout cadavre qu'il soit, il demeure membre de la communauté humaine ».

La réflexion de Le Doujet (2014) dans son ouvrage : « *Pour une revalorisation du corps. Intimité, dignité et service à la personne* » soutient cette dimension du respect dû au cadavre humain parce qu'il reste humain même après la mort :

« Mais le cadavre d'un homme est-il encore un homme ? Observons l'humanisation à l'œuvre : en tant que composé organique, le cadavre est une masse inanimée (...) L'homme sensible n'y est plus. La vie n'y est plus, tout au moins celle de l'homme même. Pourtant ce cadavre sera traité humainement par les vivants. Il sera lavé, préparé pour une ultime exposition aux vivants. La présentation *post mortem* restaure les apparences de l'homme vivant. Il est alors conduit avec précautions et rituels jusqu'à sa dernière demeure, ou bien techniquement réduit à l'état de poussière déposée ensuite selon les dispositions prévues, afin de respecter les dernières volontés du défunt alors qu'il n'est plus. Les pratiques culturelles font persister sur le cadavre les indices du vivant » (Le Doujet, 2014).

Les similitudes, dans le sens du respect du cadavre, entre le proverbe bambara, l'histoire d'Antigone et la citation de Le Doujet (2014) montrent une certaine dimension universelle de la reconnaissance de la dignité humaine inhérente de l'être humain qui va au-delà de la mort. Tout être humain a droit au respect et à la protection du seul fait qu'il est humain. Voyons à présent de quelle façon la dignité humaine est protégée dans la religion traditionnelle ?

2.3.2.2 Le contenu de la protection de la dignité humaine dans la religion traditionnelle

Bambara : la justice et l'honneur

Dans la religion traditionnelle, il ne s'agit pas de la protection directe de la dignité humaine par des mesures législatives ou par un droit positif, mais des mesures de la protection des droits qui eux-mêmes permettent de préserver la dignité de l'être humain. Pour atteindre cet objectif, la société dispose des instances selon la gravité des actes commis telle que : le conseil des Anciens pour des graves infractions, notamment, l'adultère, et le conseil de famille pour les infractions mineures, notamment, la fornication. L'adultère est, aux yeux des Bambaras, un crime, et le coupable pris en flagrant délit se voit traduit devant le conseil des Anciens et est sévèrement reprimandé. Il ne s'agit pas de la satisfaction procurée par le délit qui est considérée criminelle, mais le manquement à la justice, en ayant lésé les droits d'un tiers. Pour les Bambaras, tout le mal se situe à ce niveau (Henry, 1910).

La fornication, même si elle est mineure comme infraction, elle lèse les droits de tierces personnes. Une fille enceinte hors mariage est traduite devant le conseil de famille, car son acte porte atteinte à l'honneur de la famille et du clan.

En plus de ces instances régulatrices du comportement, il existe chez les Bambaras ce qu'ils appellent « Gnama » - la malédiction des Ancêtres -, qui rend sacrés tous les interdits, les Tabous ou les Totems dans la société. Selon Henry (1910), il n'est rien que les Bambaras le craignent autant. Le « Gnama », est une croyance à une force, une puissance, une énergie, un fluide irrationnel que possède tout individu, tout animal, tout être vivant, et qui ne disparaît jamais, car même après la mort, il continue d'agir. Il est considéré comme l'envoyé de la haine, de la vengeance, de la justice, et il va partout où le pousse une volonté, sa directrice,

pour porter à tort ou à raison la malchance, la pauvreté, la maladie, la mort. Dans la vie quotidienne des Bambaras, ce mot est omniprésent sous forme de chansons ou de proverbes.

Être maudit, c'est possédé ce que les Bambaras appellent « Gnama ». Ce « Gnama » vient généralement de la malédiction qu'un homme profère à l'égard de son fils. Dans le milieu Bambara, le « Gnama » est le plus grand des maux dans la religion traditionnelle. Lorsqu'un homme est maudit, ses femmes le fuient, ses enfants ont honte de lui et n'osent même plus l'appeler par son nom, ses amis l'abandonnent, les gens du village tremblent à l'idée de lui adresser un seul mot, et il lui faut alors s'enfuir. Partout où il ira à travers le monde « le Gnama » du père, celui des Ancêtres, le Tabou ou le Totem des Fétiches le suivront, il n'a plus qu'à souffrir, et à mourir dans la misère et le désespoir. C'est le pire sort pouvant habiter un Bambara, et pour éviter tout cela, il est essentiel de respecter strictement les croyances, les Ancêtres, les parents et les forces de la nature (Henry, 1910).

Pour les Bambaras, tout ce qui peut mettre la survie et la stabilité de la société en péril est codifié dans les interdits, qui à leur tour, protègent certains droits. Dans ce contexte, on peut relever de nombreux tabous qui ont pour objectif de régler le rapport des adeptes aux interdits sexuels, à la pudeur qui accompagne les choses du sexe et à la préservation de l'honneur dans la société traditionnelle (Diarra, 2003). La dignité dans sa dimension sociale est mise en relief dans la tradition, car le Bambara, en plus de sa dignité inhérente, a le devoir de sauvegarder l'honneur de toute la famille et du clan à travers une conduite honnête et un franc-parler dans la société. Les « Fétiches », le « Gnama » existent pour garantir la moralité et les comportements (Henry, 1910).

Cette approche montre que le respect de la dignité humaine, dans la religion traditionnelle Bambara, s'articule autour d'une organisation sociale basée sur la justice, le respect des croyances aux forces de la nature, aux Ancêtres et aux « Fétiches », dans le but de rendre la société plus stable. Ces croyances dans le milieu Bambara demeurent les garants du respect de la justice et de l'honneur, et préservent à leur tour la dignité humaine. Nous retrouvons cette pensée chez Thiel (2013), lorsqu'elle énonce que : « il y a des valeurs comme le respect de la conscience, la paix, la justice, la véracité (...) qui traduisent tellement les aspirations les plus constitutives de l'être humain qu'elles peuvent être considérées comme des valeurs matricielles de la dignité ontologique ». Pour les Bambaras, la dignité (Dambé) est une qualité de l'humanité.

Les approches de l'Islam et de la religion traditionnelle Bambara sur la dignité humaine illustrent que cette notion, même si elle n'est pas codifiée dans des textes, existe dans des cultures autres que la culture occidentale. Voilà la raison pour laquelle, à la suite de De Koninck (2005), on peut la qualifier d'une « réalité » ou d'une « exigence » antérieure à toute doctrine ou formulation philosophique. Même si les portées et les significations diffèrent de celles que l'on retrouve dans la philosophie occidentale, elles expriment toutes, comme Ricœur (1988) le souligne, une exigence qui fait que quelque chose est dû à l'être humain du seul fait qu'il est humain. Cette logique traduit peut-être une dimension universelle du concept de dignité humaine. Dans cette perspective, nous analyserons à son tour, l'approche de la notion de dignité humaine, chez les chrétiens.

2.3.3 L'approche chrétienne de la notion de dignité humaine

Dans la Bible,²⁷ les termes « digne », « dignité » et « dignement » sont abondamment utilisés et font référence tantôt à Dieu, tantôt à l'homme et à ses actions : « Il convient de garder le secret du roi, tandis qu'il convient de révéler et de publier les œuvres de Dieu. Remerciez-le dignement » (Tobie 12, 7). « Soumettre le sanctuaire à un impôt à l'instar des temples des nations et mettre en vente tous les ans la dignité de grand prêtre (...) C'est pourquoi, ayant été dépouillé de ma dignité ancestrale, je veux dire du pontificat, je suis venu ici » (2 Maccabées 11, 3 ; 14, 7). L'usage de ces expressions « digne, dignité » dans la Bible met en évidence toute leur importance dans la religion chrétienne. Cependant, comment le concept « dignité humaine » est-il perçu par les chrétiens ?

2.3.3.1 Dieu : source de la dignité humaine

D'après Thiel (2013), le christianisme n'a aucunement formulé, à travers l'histoire, une réflexion développée sur la notion de dignité humaine. Celle-ci ressort de l'ordre de l'« évidence », car tout être humain, homme et femme, est créé à l'image et à la ressemblance du « Dieu Trinité » et du « Premier-né » de toute créature, Jésus-Christ, dans l'Esprit. C'est ici que s'enracine la dignité humaine. Dans la Bible, selon le premier récit de la création de Genèse 1, 26-27, Dieu dit :

« Faisons l'homme à notre image, comme notre ressemblance, et qu'il domine sur les poissons de la mer, les oiseaux du ciel, les bestiaux, toutes les bêtes sauvages et toutes les bestioles qui rampent sur la terre. Dieu créa l'homme à son image, à l'image de Dieu il le créa, homme et femme il les créa ».

²⁷ Nous avons utilisé la traduction de la Bible de Jérusalem. Les Éditions Novalis. Canada, 1999.

Dans le second récit de la création, l'homme est modelé comme créature et reçoit son souffle de vie de Dieu :

« Alors Yahvé Dieu modela l'homme avec la glaise du sol, il insuffla dans ses narines une haleine de vie et l'homme devint un être vivant (...) Yahvé Dieu dit : Il n'est pas bon que l'homme soit seul (...) Yahvé Dieu façonna une femme et l'amena à l'homme » (Genèse 2, 7.18.22).

Ces deux récits de la création constituent une unité caractéristique du genre littéraire « mythe », qui cherche à parvenir à l'origine des choses dans un temps indéterminé. Être créé à l'image et à la ressemblance de Dieu, c'est ce qui fait revêtir la personne humaine d'une dignité sans pareille dans l'ensemble de la création (Dembélé, 2010). Le désir de Dieu est ainsi inscrit dans le cœur de tout être humain, créé par Dieu et pour Dieu (*Catéchisme de l'Église Catholique*, 1992, n°27) : Dieu est la source de la dignité humaine. Cette dimension est bien spécifiée par le *Concile Vatican II* (1967) dans son document intitulé « Gaudium et Spes » (GS 19, § 1) :

« L'aspect le plus sublime de la dignité humaine se trouve dans cette vocation de l'homme à communier avec Dieu. Cette invitation que Dieu adresse à l'homme de dialoguer avec Lui commence avec l'existence humaine. Car si l'homme existe, c'est que Dieu l'a créé par Amour et, par Amour, ne cesse de lui donner l'être ; et l'homme ne vit pleinement selon la vérité que s'il reconnaît librement cet Amour et s'adonne à son Créateur ».

Comme le précise le *Catéchisme de l'Église catholique* (1992), parce qu'il est à l'image de Dieu, tout être humain possède la dignité de *personne* : il n'est pas seulement quelque chose dans la société, mais quelqu'un. Il est capable de se connaître, de se posséder et de librement se donner et d'entrer en communion avec d'autres personnes. Il est donc appelé, par grâce, à une alliance avec Dieu son Créateur, à lui offrir une réponse de foi et d'amour que

nul autre ne peut donner à sa place. Dans cette perspective, chez les chrétiens, le respect de la dignité humaine implique, le respect des droits qui découlent de cette même dignité.

2.3.3.2 Les droits qui découlent de la dignité humaine selon le christianisme

L'unité indissociable corps/âme reçu du Créateur attribue à la personne humaine, une valeur intangible, qui fait d'elle un résumé ontologique de toutes les valeurs du cosmos, le centre de la société et de l'histoire (Marie de l'Assomption, 2014 ; Sgreccia, 2004). Cette primauté de la personne humaine dans l'univers et dans la société lui fait assumer une nouvelle dimension plus riche jusqu'à atteindre le divin (Marie de l'Assomption, 2014 ; Sgreccia, 2004). Raison pour laquelle Tettamanzi (2004) affirme qu'il n'y a que l'être humain et lui seul qui soit une personne. Sa dignité personnelle exige donc qu'il soit toujours et seulement traité comme fin, jamais comme moyen à l'usage des autres.

La religion chrétienne, dans sa doctrine sociale, manifeste toute sa volonté à promouvoir et à sauvegarder la dignité humaine à travers les droits fondamentaux de chacun et de tous. Par le biais de l'égalité de tout être humain créé à l'image et à la ressemblance de Dieu, l'Église prône l'égalité de tous les êtres humains :

« L'homme et la femme sont *créés*, c'est-à-dire ils sont *voulus par Dieu* : dans une parfaite égalité en tant que personnes humaines, d'une part, et d'autre part dans leur être respectif d'homme et de femme, « être homme », « être femme » est une réalité bonne et voulue par Dieu : l'homme et la femme ont une dignité inamissible qui leur vient immédiatement de Dieu leur créateur. L'homme et la femme sont, avec une même dignité, « à l'image de Dieu ». Dans leur « être homme » et leur « être femme », ils reflètent la sagesse et la bonté du créateur » (*Catéchisme de l'Église catholique*, 1992, n°369).

« L'égalité entre les hommes porte essentiellement sur leur dignité personnelle et les droits qui en découlent : Toute forme de discrimination touchant les droits fondamentaux de la personne, qu'elle soit fondée sur le sexe, la race, la couleur

de la peau, la condition sociale, la langue ou la religion, doit être dépassée, comme contraire au dessein de Dieu » (GS 29, § 2).

Dieu, ayant créé les êtres humains libres, la liberté véritable devient en chaque personne le « signe privilégié de l'image divine » :

« Mais c'est toujours librement que l'homme se tourne vers le bien. Cette liberté, nos contemporains l'estiment grandement et ils la poursuivent avec ardeur (...) Mais la vraie liberté est en l'homme un signe privilégié de l'image divine. Car Dieu a voulu le laisser à son propre conseil pour qu'il puisse de lui-même chercher son Créateur et, en adhérant librement à lui, s'achever ainsi dans une bienheureuse plénitude. La dignité de l'homme exige donc de lui qu'il agisse selon un choix conscient et libre, mû et déterminé par une conviction personnelle et non sous le seul effet de poussées instinctives ou d'une contrainte extérieure. L'homme parvient à cette dignité lorsque, se délivrant de toute servitude des passions, par le choix libre du bien, il marche vers sa destinée et prend soin de s'en procurer réellement les moyens par son ingéniosité » (GS, 17).

La sauvegarde de l'égalité et de la liberté va de pair avec la justice. Selon la religion chrétienne, la justice sociale ne peut être obtenue que dans le respect de la dignité transcendante de tout être humain. La personne représente le but ultime de la société, qui à son tour lui est ordonnée :

« La défense et la promotion de la dignité humaine nous ont été confiées par le Créateur. Dans toutes les circonstances de l'histoire, les hommes et les femmes en sont rigoureusement responsables et débiteurs » (SRS 47).

Parmi les droits fondamentaux de la personne, la religion chrétienne met aussi l'accent sur le respect de la vie, de l'intégrité physique et de la santé, qui constituent des biens précieux confiés par le Créateur. Tous les êtres humains ont donc l'obligation de prendre soin de ce bien commun :

« Corps et âme, mais vraiment un, l'homme est, dans sa condition corporelle même, un résumé de l'univers des choses qui trouvent ainsi, en lui, leur sommet, et peuvent librement louer leur Créateur. Il est donc interdit à l'homme

de dédaigner la vie corporelle. Mais, au contraire, il doit estimer et respecter son corps qui a été créé par Dieu et qui doit ressusciter au dernier jour (...) C'est donc la dignité même de l'homme qui exige de lui qu'il glorifie Dieu dans son corps, sans le laisser asservir aux mauvais penchants de son cœur » (GS, 14).

« La *torture* qui use de violence physique ou morale pour arracher des aveux, pour châtier des coupables, effrayer des opposants, satisfaire la haine, est contraire au respect de la personne et de la dignité humaine. En dehors d'indications médicales d'ordre strictement thérapeutiques, les *amputations*, *mutilations* ou *stérilisations* directement volontaires des personnes innocentes sont contraires à la loi morale » (*Catéchisme de l'Église catholique*, 1992, n°2288).

L'importance de la notion de dignité humaine ne se limite pas seulement à la personne vivante, elle va au-delà même de la vie corporelle à cause de l'humanité de la personne. C'est pourquoi, les corps des défunts doivent être traités avec respect et charité dans la foi et l'espérance de la résurrection. Selon le livre de Tobie (Tb 1, 17-18) et le livre des Rois (2 R 9, 34), l'ensevelissement des morts (même les corps des ennemis) est une œuvre de miséricorde corporelle ; selon la première Épître de saint Paul aux Corinthiens, ce geste d'ensevelir honore aussi les enfants de Dieu, temples de l'Esprit Saint (1Co 6, 19).

L'approche chrétienne du concept de dignité humaine montre que le respect de la personne humaine se traduit dans le respect du principe : « Que chacun considère son prochain, sans aucune exception comme un autre lui-même, aimer son prochain comme soi-même » (Matthieu 22, 39). Qu'il prenne en considération avant tout son existence et les moyens qui lui sont nécessaires pour vivre dignement. Dans l'évangile de Matthieu (25, 40), Jésus insiste sur le devoir de se faire le prochain d'autrui et de le servir activement, surtout les plus faibles et les plus démunis : « Chaque fois que vous l'avez fait à l'un de ces plus petits de mes frères, c'est à moi que vous l'avez fait ». Cette exigence va même au-delà la mort, comme dans le récit d'Antigone et dans le proverbe Bambara rapportés précédemment.

La perspective chrétienne de la dignité relève donc d'une dignité intrinsèque première, inhérente et ontologique, mais qui prend en compte le vécu et les sentiments des personnes. (Thiel, 2013). Le chrétien, en effet, ne respecte pas la personne humaine en raison de ses biens, de sa santé, de ce qu'il peut lui apporter, il respecte l'autre pour lui-même, comme fils ou fille de Dieu dans le Christ, créé à l'image et à la ressemblance de Dieu et destiné ainsi à « l'éternelle vie de communion béatifiante avec Dieu » (Jean-Paul II, 1989).

En somme, les points de vue religieux sur le concept de dignité humaine sont certes différents dans les approches, mais se rejoignent dans leur contenu par rapport au respect de la personne humaine. Chacune d'elle aborde à sa façon la place de la dignité humaine dans le respect de tout être humain à cause de l'humanité qu'il porte en lui. Dans cette perspective, en lien avec notre sujet de recherche sur les excisions et les infibulations, la dignité humaine peut servir de fondement à des droits définis pour tout être humain. Elle peut être invoquée à l'appui du constat de la violation de ces mêmes droits, mais aussi elle peut promouvoir des principes éthiques dans la société.

Notre démarche archéologique²⁸ du concept de dignité humaine nous a permis de mettre en évidence les sources, les formes et les conséquences de ce concept, qui ont rendu possible la délimitation de ses contours. L'articulation philosophique dans la pensée de Kant (1994 ; 1993) de ces trois dimensions nous a permis de saisir les conséquences suivantes de la notion de dignité sur la personne humaine :

- L'être humain est au-dessus de tout prix et de toute valeur, il y a donc absence d'équivalent ;

²⁸ Nous empruntons l'expression de De Koninck (2005).

- Le respect inconditionnel de l'être humain le distingue des choses ;
- L'être humain ne peut se résumer à un simple moyen ;
- L'être humain ne peut être instrumentalisé.

Ces quatre conséquences ci-dessus nous permettent de faire valoir que c'est en raisonnant à partir de ce qu'implique la notion de dignité humaine et en s'efforçant de séparer ce qu'elle permet et protéger ce qu'elle interdit, qu'il faut préciser les principes éthiques qu'on y rattache afin de la rendre plus opérationnelle.

Les différentes approches philosophiques et religieuses de cette notion esquissées auparavant ont témoigné que la dignité humaine exprime non plus simplement un droit, mais un devoir envers l'autre, et plus encore, non pas un simple devoir d'abstention, mais une obligation d'action. Elle est donc une notion exigeante (Le Doujet, 2014 ; Thiel, 2013 ; Commaret, in Gaboriau, 2005). C'est dans cette perspective que la notion de dignité humaine, comme « une notion exigeante », promeut des valeurs et des principes éthiques dont la liste peut toutefois varier quelque peu selon les circonstances et les auteurs qui s'y réfèrent.

Comme nous l'avons souligné, aux fins de notre thèse, il s'agit moins de prendre position que de faciliter le débat éthique entre les personnes impliquées dans les pratiques des excisions et des infibulations. Afin de favoriser une analyse éthique de ces pratiques, nous nous référons aux différentes approches philosophiques et religieuses déjà explorées. À travers ces données, nous retenons les valeurs et les principes suivants se rapportant directement à la dignité humaine ou protégeant des droits qui en découlent et permettent de la préserver, sans introduire de hiérarchie entre eux : le principe du respect de la dignité humaine, le principe de

l'inviolabilité de la personne humaine, le principe de l'intégrité physique, le principe de bienfaisance/non malfaisance, le principe d'autonomie et de consentement éclairé, le principe de la responsabilité sociale et le principe de justice, d'égalité et d'équité. L'ordre de ces principes répond à une logique particulière en lien avec les pratiques culturelles des excisions et des infibulations et relève d'une approche systémique. Dans le processus de mise en œuvre, ils sont à articuler continuellement afin de déterminer une ligne de conduite dans les décisions à prendre, car, selon l'UNESCO (2005) :

« Ces principes représentent différentes justifications rationnelles des actions humaines. Aucun d'entre eux ne fournit une justification supérieure. C'est là une caractéristique majeure de l'éthique. S'il existait un principe fondamental, l'éthique serait une entreprise simple parce que toutes les actions humaines pourraient se justifier au regard de ce seul principe. Si l'éthique est une entreprise compliquée, c'est parce que plusieurs principes peuvent s'appliquer à une décision donnée. Le décideur doit continuellement comparer et peser les arguments afin de déterminer une ligne de conduite dictée par les principes et établie en les conciliant tous ». ²⁹

Dans le premier chapitre de notre thèse, portant sur la recension des écrits et la problématique, nous avons montré que ces pratiques défient le domaine de l'éthique parce qu'elles touchent l'être humain non seulement dans son corps, mais aussi dans son esprit, dans son sentiment de « bien-être », dans sa relation avec les autres, et constituent un problème de santé publique avec les risques et les conséquences.

L'un des instruments éthiques pour analyser ces pratiques est la notion de dignité humaine. Nous avons vu qu'à travers les instruments internationaux, cette notion est non seulement un principe central en référence à la Déclaration universelle des droits de l'homme,

²⁹ Note explicative sur l'élaboration de l'avant-projet d'une déclaration relative à des normes universelles en matière de bioéthique. Paragraphe 38. Récupérée le 18 mai 2015 de <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001390/139024f.pdf>

mais également une pierre d'achoppement en regard des débats qui la revendiquent en vue d'étayer des thèses forts diverses (Thiel, 2013). Les approches philosophiques, juridiques et religieuses de cette notion ont aussi exprimé qu'elle constitue le socle à travers lequel le principe du respect de la personne humaine devient le pivot central de toute pratique et de toute morale dans la société (Le Doujet, 2014 ; Thiel, 2013).

Dans cette conception, l'articulation des principes et des valeurs liés à la notion de dignité humaine, qui ne sont pas cependant à absolutiser, nous permettra d'évaluer les pratiques des excisions et des infibulations à l'aune de cette notion au cinquième chapitre de notre thèse. Mais pour atteindre cet objectif, nous allons, dans le chapitre suivant (chapitre 3), décrire notre démarche méthodologique et le contexte de notre étude qui nous permettront de saisir ces pratiques traditionnelles d'une manière éthique.

Notre démarche est avant tout une démarche réflexive. Dans un premier temps, nous décrivons les raisons de notre choix méthodologique fondé sur la méthode de type qualitatif caractérisée par des entretiens semi-dirigés, la préparation du terrain et les instruments de recherche, et les démarches administratives. Dans un deuxième temps, nous expliquons les techniques de la collecte des données, l'échantillonnage et la sélection des participantes et participants. Dans un troisième temps, nous dégagons la position épistémologique du chercheur. Dans un quatrième temps, nous présentons la démarche analytique caractérisée par la technique de l'analyse de contenu articulée à l'induction analytique. Et finalement, nous décrivons le contexte social de la recherche.

CHAPITRE 3. LA MÉTHODOLOGIE ET LE CONTEXTE DE L'ÉTUDE

Introduction

Durkheim (2009) suggérait dans son livre « *Les règles de la méthode sociologique* » que le sociologue devrait se dire qu'en pénétrant dans le monde social, il pénètre dans l'inconnu, et qu'il devrait observer vis-à-vis de cette réalité sociale une certaine attitude mentale (Durkheim, 2009). Tout chercheur est porteur d'une vision propre et forcément limitée des sciences humaines et sociales (Durkheim, 2009). Pour avoir la capacité de pénétrer dans le monde social comme dans l'inconnu, et avoir vis-à-vis de ce monde une attitude mentale qui permettra de produire une connaissance objective, le chercheur devrait savoir d'abord d'où il vient, de quoi il est façonné sur le plan intellectuel et où il va. En un mot, le chercheur doit pouvoir dire sa vision et où il se situe dans le champ des théories, des concepts et des méthodes (Bourdieu, 2004).

Une méthodologie rigoureuse de recherche exige du chercheur qu'il s'engage dans une aventure avec un effort d'explicitation toujours partielle et inachevable de son dispositif de recherche (Bourdieu, 2004). Ce dispositif, loin d'être un positionnement posé au préalable, désigne le processus dynamique par lequel il participe institutionnellement à la production de la connaissance sur une réalité bien donnée du monde social (Bourdieu, 2004). Dans cette perspective, pour répondre à notre question de recherche et à la problématique exposée dans le premier chapitre, nous traiterons dans ce présent chapitre de la méthodologie appropriée, la collecte de données, la position épistémologique du chercheur et le contexte de l'étude.

3.1 La méthodologie

3.1.1 Le choix de la méthode de type qualitatif

Devant la complexité du phénomène des excisions et des infibulations au Mali, il n'est pas aisé d'utiliser une seule méthode d'approche qui faciliterait une compréhension et mettrait en évidence les enjeux éthiques et sociaux et les dilemmes que ces pratiques sous-tendent. Pour mettre en évidence la contribution de la dignité humaine au respect de l'intégrité physique des femmes impliquées dans ces pratiques culturelles, le choix pour une démarche méthodologique de type qualitatif nous paraît juste, parce que du point de vue culturel, cette approche favorise une meilleure compréhension de ces pratiques qui touchent à des aspects d'affectivité et d'identité sexuelle. Cette stratégie nous permettra d'appréhender certaines croyances, certaines normes et certaines valeurs qui motivent les décideurs de ces pratiques. Dans cet esprit, notre démarche méthodologique ne consiste pas, dans le contexte de cette thèse, à faire émerger une théorie, mais plutôt à répondre à notre question de recherche et à nos objectifs, à partir d'un postulat fondé sur la notion de dignité humaine.

Une propriété spécifique de la recherche de type qualitatif est qu'elle étudie les phénomènes dans leur cadre naturel (Giordano, 2003). Dans cette perspective, pour justifier le recours à la méthode de type qualitatif, Poupard (1997) fait ressortir trois types d'arguments auxquels nous souscrivons pour notre thèse. Le premier est d'ordre épistémologique : l'entretien de type qualitatif serait dans ce contexte nécessaire parce qu'une exploration en profondeur de la perspective des acteurs sociaux est jugée indispensable à une juste appréhension et compréhension des conduites ou faits sociaux. Le deuxième type d'argument est d'ordre éthique et politique : à ce niveau le type qualitatif est nécessaire parce qu'il

ouvrirait la porte à une compréhension et à une connaissance de l'intérieur des dilemmes et des enjeux auxquels font face les acteurs sociaux, surtout dans les pratiques des excisions et des infibulations. Le troisième type est d'ordre méthodologique : l'entretien de type qualitatif s'imposerait parmi les « outils d'information » susceptibles de guider, d'éclairer les réalités sociales, mais surtout comme instrument privilégié d'accès à l'expérience des acteurs dans la société. Dans cet esprit, la méthode de type qualitatif combine plusieurs techniques de collecte de données, à savoir les entrevues individuelles, les *focus groups*, les observations directes et les analyses documentaires.

Dans notre thèse, nous avons opté pour la méthode de type qualitatif fondée notamment sur les entrevues semi-dirigées du fait que notre investigation porte sur certaines expériences et certains arguments des acteurs par rapport aux excisions et aux infibulations. L'usage des entrevues semi-dirigées est un moyen de rendre compte du point de vue des acteurs sociaux et d'en tenir compte pour comprendre et interpréter leurs réalités quotidiennes (Poupart et al. 1997). Cette technique permet d'appréhender certaines expériences des décideurs de ces pratiques. Elle permet d'éclairer aussi certaines conduites dans la mesure où ces conduites ne peuvent s'interpréter qu'en considération de la perspective même des acteurs, c'est-à-dire du sens et de la signification qu'eux-mêmes confèrent à ces pratiques culturelles. La méthode de type qualitatif œuvre effectivement avec des données complexes, flexibles et sensibles au contexte social et culturel dans lequel elles sont produites par les acteurs (Guelfand, 2013 ; Anadon et Savoie-Zajc, 2009 ; Giordano, 2003).

3.1.2 L'entrevue semi-dirigée

La technique de l'entrevue semi-dirigée est couramment utilisée en recherche qualitative. Plusieurs définitions ont cours dans la littérature quand on utilise les expressions « entrevue » et « entrevue semi-dirigée » (Savoie-Zajc, in Gauthier, 2010). La plus fréquente est celle qui considère l'entrevue comme une interaction verbale, une conversation entre un interviewer et un interviewé. Dans le contexte de notre recherche, l'entrevue semi-dirigée consiste plutôt en une interaction verbale qui est animée de manière souple par le chercheur. Celui-ci prend soin de se laisser guider durant l'entrevue par le rythme et le contenu unique de l'échange dans le but d'aborder, avec la personne interviewée, sur un mode qui ressemble à celui de la conversation, les thèmes généraux que le chercheur souhaite explorer (Bizeul, in Hennequin, 2012 ; Savoie-Zajc, in Gauthier, 2010). C'est grâce à cette interaction, qu'une compréhension riche du phénomène à l'étude sera construite conjointement avec la personne interviewée (Bizeul, in Hennequin, 2012 ; Savoie-Zajc, in Gauthier, 2010).

Savoie-Zajc (in Gauthier, 2010) poursuit que les entrevues semi-dirigées reposent généralement sur des postulats spécifiques par rapport au type de situation ou aux modes de reproduction du savoir et elles poursuivent des objectifs distincts dans la société. Étant donné que plusieurs postulats sont sous-jacents au choix de l'entrevue semi-dirigée comme mode de collecte de données, notre recherche part du postulat qui repose sur l'idée que la perspective de la personne interviewée a du sens, et qu'il est tout à fait possible de la connaître et de la rendre explicite (Bizeul, in Hennequin, 2012 ; Savoie-Zajc, in Gauthier, 2010). Savoie-Zajc souligne plus loin que ce postulat n'est pas sans rappeler la théorie de l'interactionnisme symbolique qui voit la personne comme un organisme actif pouvant s'engager dans une

activité car elle possède un « soi » qui lui permet de traiter les informations reçues de son environnement et d'y répondre (Savoie-Zajc, in Gauthier, 2010).

Le choix des entrevues semi-dirigées s'explique dans notre contexte par le fait que notre sujet de recherche porte sur la vie intime des hommes et des femmes et touche à la sexualité. Nous cherchons dans cette réflexion à comprendre aussi le sens que les acteurs et actrices donnent à ces pratiques traditionnelles. Il n'est donc pas facile d'interroger des individus sur un sujet considéré comme tabou au Mali s'ils ne sont pas consentants. Cet outil offre une démarche concrète qui facilite l'étude des faits sociaux et permet surtout de faire remonter les informations. Il permet à la fois de récolter les informations et les « non-dits » publiquement d'une manière plus confidentielle que certaines techniques sur le sujet des excisions et des infibulations.

En somme, l'entrevue semi-dirigée nous permet d'une part de rendre explicite l'univers des personnes interviewées, et d'autre part de viser la compréhension de leur monde (Bizeul, in Hennequin, 2012). Dans cette logique, l'entrevue semi-dirigée donne accès à la compréhension des comportements complexes et à la trame culturelle sous-jacente aux pratiques des excisions et des infibulations. Ceci se fait sans imposer une catégorisation préalable qui risque de limiter de fait la compréhension du phénomène (Savoie-Zajc, in Gauthier, 2010). Dans notre recherche, l'entrevue semi-dirigée permet de mettre en lumière, plus que le *focus group*, les perspectives individuelles à propos des excisions et des infibulations et ainsi enrichir sa compréhension. Elle révèle finalement les tensions et les contradictions qui animent certaines personnes interviewées à propos de ces pratiques.

La compréhension produite et le sens nouveau de l'expérience étudiée sont donc intimement rattachés au jeu de forces et de références traversant la vie des individus dans la société (Savoie-Zajc, in Gautier, 2010). Cet outil, considéré comme l'un des meilleurs pour la collecte de données de type qualitatif, est plus adapté aux besoins de notre recherche qui vise en profondeur l'analyse des excisions et des infibulations qui constituent des sujets délicats dans la société malienne. Le choix de l'entrevue individuelle semi-dirigée comme outil de collecte des données se justifie aussi par le fait que notre population visée, dans la ville de Bamako au Mali, ne constitue pas un groupe homogène. Ce choix trouve écho dans la réflexion de Mac Dougall et Fudge (2001), qui trouvent que les entrevues semi-dirigées sont préférables que le *focus-group*, par exemple, dans le cas où le sujet est sensible – le cas des excisions et des infibulations – avec un échantillon hétérogène. Nous allons cependant combiner cet outil avec des discussions informelles de certaines personnes ressources et avec des données documentaires sur les mêmes pratiques culturelles.

3.1.3 La préparation du terrain de recherche au Mali

3.1.3.1 Les instruments de recherche

Pour mener à bien notre recherche, nous avons préparé un guide d'entretien composé de deux séries de questions, ainsi que des documents législatifs relatifs aux excisions et aux infibulations et le formulaire de consentement pour chaque participante et participant à signer après chaque entrevue.

La première partie de notre guide d'entretien appréhende d'abord l'aperçu général de la connaissance des personnes interviewées sur le fondement des rites traditionnels qui marquent le passage d'une fille de l'enfance à l'âge adulte dans la société traditionnelle. Puis, nous

examinons le degré de compréhension du participant au sujet des informations fournies sur les risques et les complications des excisions et des infibulations. Nous tentons de découvrir comment elles sont perçues et articulées dans les prises de décision qui influencent ces pratiques culturelles. Et finalement, les données sont comparées avec les pratiques actuelles dans la ville de Bamako afin d'identifier les enjeux qu'elles sous-tendent en milieu urbain.

La deuxième partie du guide d'entretien aborde l'aujourd'hui de ces cérémonies, afin de repérer les motivations et le sens que les populations accordent à ces rites dans la ville de Bamako, par rapport aux croyances, aux valeurs, aux attitudes et aux normes. À partir de leur expérience pratique sur le plan culturel, religieux et coutumier, nous nous posons la question de la perception qu'ont aujourd'hui les populations bamakoises sur ces pratiques. Le but de cette approche n'est pas de changer nécessairement la donne sur les excisions et les infibulations ou de les invalider. Il s'agit plutôt d'analyser certaines croyances, certaines valeurs et certaines attitudes des acteurs décideurs afin d'appréhender de quelle façon ces variables influencent les excisions et les infibulations. Nous chercherons à comprendre et à cerner les implications de ces mêmes acteurs, ainsi qu'à identifier les enjeux éthiques, tout en tenant compte des variations locales observées. L'intérêt de notre engagement sur ce sujet délicat n'est pas seulement d'ordre intellectuel, il est aussi éthique.

En plus du guide d'entretien, nous disposons d'une enregistreuse pour retranscrire les entrevues avec le consentement des personnes interviewées et un cahier de terrain pour prendre des notes d'observation. Avant de nous rendre au Mali, nous avons testé notre guide d'entretien à Montréal auprès de deux ressortissants maliens, un homme et une femme, que nous connaissions. Ce test n'a pas fait l'objet d'enregistrement mais nous a permis, d'une part,

de repérer des questions susceptibles d'occasionner des réponses fermées ou les questions éventuellement marquantes pour bien cerner notre sujet, et, d'autre part, de confirmer les quarante-cinq minutes prévues pour le temps des entrevues.

3.1.3.2 Le séjour à Bamako au Mali

Rendu à Bamako, capitale du Mali, nous avons effectué un deuxième test de notre guide d'entrevue auprès de deux hommes et de trois femmes qui nous ont été référés par la présidente d'une association que nous connaissons. Ce second test, sur place, nous a permis d'évaluer le niveau de compréhension des personnes interviewées et notre propre capacité à maîtriser le guide d'entretien. Ce pré-test n'a pas fait l'objet d'enregistrement non plus, mais nous avons pris quelques notes avec l'accord de ces volontaires pour nous permettre de jauger notre manière de procéder. Après ces tests, nous avons reformulé les questions numéros : 4, 5, 6, 7, 12 et 15, avec les mêmes idées, pour en faciliter la compréhension (Annexe 2). À la suite de ces entretiens, l'ensemble du guide d'entrevue a été traduit en langue Bambara selon la recommandation de certains volontaires, pour faciliter la compréhension de ceux et celles qui souhaiteraient s'exprimer dans cette langue (Annexe 2).

Lors du déroulement des entrevues, nous avons observé les réactions suivantes : mimiques, raclage de la gorge, temps de silence souvent assez prolongé, regard détourné, tête baissée et mots d'excuse en langue Bambara avant de prononcer certains mots liés aux rapports sexuels et à l'intimité personnelle, comme le nom des organes génitaux féminins. Les tests performés à priori, nous ont permis d'identifier les questions plus susceptibles de créer de l'inconfort. Cet exercice nous a permis d'être attentifs à ces réactions, et à respecter les temps de

silence, afin de relancer les personnes interviewées ou de passer à la question suivante, selon le cas (Gautier, 2010 ; Giordano 2003 ; Poupart et al. 1997).

3.1.3.3 Les démarches administratives

À notre arrivée à Bamako, après l'obtention du certificat d'éthique auprès du Comité d'éthique de la recherche en santé à Montréal (CÉRES), nous avons d'abord adressé une demande de certificat comparable, auprès de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie de Bamako. Nous avons visité les six grandes mairies communales de la ville de Bamako, pour solliciter des autorisations auprès des maires pour les entrevues (Annexe 3). Ces démarches ont nécessité la préparation de mini conférences sur notre projet, présentées aux agents des mairies qui s'occupent de la délivrance des autorisations nécessaires pour enquêter au sein de leur commune.

Le protocole a été expliqué en langue Bambara devant la majorité des conseillers municipaux. Il nous a fallu bien spécifier la distinction entre notre recherche pour un doctorat universitaire, et celles d'organismes internationaux et nationaux, œuvrant autour de la problématique des excisions. En tous lieux, lors de ces présentations, les questions posées ont porté d'abord sur les sources de financement de notre protocole, sur le nom des partenaires techniques et financiers, ainsi que le coût total du projet d'étude.³⁰ Après l'obtention de tous les documents éthiquement nécessaires, nous avons procédé à la collecte des données.

³⁰ Selon les commentaires des personnes ressources que nous avons rencontrées, et certaines personnes interviewées lors de nos entrevues, il appert que les recherches et les campagnes de sensibilisations sur les excisions et les infibulations au Mali sont devenues des sources et des moyens d'enrichissement pour les initiateurs de projets. Selon les études du Ministère de la Promotion de la femme, de l'enfant et de la famille (MPFEF, 2008), sur la cartographie des intervenants dans le domaine de la lutte contre les mutilations génitales féminines (MGF) au Mali, on dénombre 510 acteurs dont 427 intervenants et 83 Partenaires Techniques et

3.1.3.4 Les dispositions éthiques

Par rapport à la disposition éthique auprès des personnes qui allaient participer à notre recherche, nous avons préparé un formulaire de consentement (Annexe 4). Ce document, conformément aux recommandations des comités d'éthique, vise à informer les participantes et les participants sur les objectifs de notre recherche et de l'enquête, et sur les dispositions mises en place pour la protection de leur confidentialité et de leurs droits. Bien que l'utilisation de formulaires de consentement soit universelle, elle est particulièrement importante à Bamako, puisque les relations sociales sont très serrées - les gens se reconnaissent facilement à travers les propos ou les noms de famille -. Tous les participants ont donc été assurés de la confidentialité et de l'anonymat des entrevues : les noms et les prénoms, les communes et les quartiers, ont tous été codifiés. Nous les avons informés des avantages et des inconvénients de leur participation à notre recherche, tout en leur garantissant leur droit de refuser ou de se retirer de l'entrevue à tout moment sans aucune obligation d'explication ou de justification de leur part.

Les participantes et les participants ont pris connaissance des objectifs généraux de la recherche, des motifs de la collecte de données, de la durée, et de la compensation prévue dans le protocole pour leurs frais de transport et leur temps, soit l'équivalent de 10 dollars canadien par personne. Par souci de les mettre à l'aise, chaque participant ou participante choisissait le

Financiers. Les recherches de Traoré (2008) sur « *L'Excision au Mali, État des lieux, Analyse Bibliographique et Documentaire* » font ressortir une liste d'acteurs et leur système : les activités, les stratégies, les outils, les résultats, les difficultés et les perspectives. Toutes ces structures reçoivent des fonds pour financer leurs activités ou leurs recherches sur les excisions. Les questions que l'on nous a posées pour les autorisations, sur le nom de la structure et le montant du financement pour notre recherche, entrent dans cette logique. Selon les mêmes personnes interviewées, il y a beaucoup de commentaires autour du financement des activités ou de ces projets et c'est pourquoi certaines personnes interviewées ont fait le commentaire : « Ce sont les occidentaux qui veulent acheter notre conscience avec de l'argent », et elles ont parlé de certains responsables de ces projets au Mali soupçonnés d'enrichissement illégal (E22H13; E9H6; E7H4).

jour, le lieu et l'heure de l'entrevue. En général, les entrevues se sont déroulées dans la cour d'une école du quartier de la personne interviewée, ou dans les locaux de la mairie de la commune, après le départ des agents, ou encore dans les locaux d'une association, ou à domicile en l'absence du mari ou de la femme. Cette démarche a favorisé une mise en confiance de chaque interviewée dans son milieu de vie ou lieu de préférence, leur permettant ainsi une liberté de parole, dans la confidentialité. Tous les participants ont signé le formulaire de consentement en deux exemplaires : un exemplaire qu'elles conservaient, et l'autre pour nous-mêmes qui avons conduit toutes les entrevues.

3.2 La collecte des données sur le terrain

Notre projet n'a pas bénéficié de financement. La recherche sur le terrain à Bamako au Mali s'est étendue sur une période de trois mois, couvrant les démarches pour l'obtention des autorisations et des certificats d'éthique. Les données ont été recueillies entre le 1^{er} août et le 30 octobre 2013. Les entrevues ont été menées en Français et en langue Bambara. Durant notre séjour à Bamako, nous avons eu le soutien de certaines personnes ressources et d'une association de femmes qui nous ont facilité le recrutement des premiers répondants.

3.2.1 L'échantillonnage

Le choix de la technique de sélection de l'échantillon ne saurait être dissocié du questionnement qui est à l'origine de la recherche, de la population étudiée et des diverses contraintes avec lesquelles le chercheur doit composer (Beaud, in Gauthier, 2010). Giordano (2003) va dans le même sens en admettant que le choix des cas d'échantillon dépend bien sûr de la problématique choisie mais aussi de l'accessibilité des données et de l'objectif du

chercheur. Guest (et al. 2006) corrobore cette logique en soulignant que le choix dépend aussi de la façon dont le chercheur souhaite utiliser ses données et ce qu'il veut atteindre à partir de son analyse. Dans la même optique, Johnson (1998) signale qu'il est essentiel, dans les recherches qualitatives, de se rappeler le lien entre la théorie – ou le postulat pour notre cas – la conception – sans oublier l'échantillonnage – et l'analyse des données depuis le début, parce que la manière dont les entrevues ont été menées et les données recueillies, à la fois en terme de mesure et d'échantillonnage, est directement liée à la façon dont elles peuvent être analysées. Pour que notre échantillonnage nous permette de recueillir plus d'informations sur ces pratiques, au sein d'une population cosmopolite, nous nous sommes inspirés de deux critères importants proposés par Pires (et al. 1997), à savoir les principes de diversification et de saturation.

Cependant, étant donné que notre enquête est exploratoire et que la population cible est hétérogène, avons opté pour un échantillonnage par cas multiples avec le principe de diversification. Par diversification, selon la logique de Pires (et al. 1997), il faut entendre le critère de sélection des participants qui permet d'obtenir une vue d'ensemble des dimensions socioculturelles de ces pratiques. Il s'agissait pour nous de réaliser des entrevues avec plusieurs personnes de cultures et d'ethnies différentes, étant donné que ces pratiques traditionnelles diffèrent d'une culture à une autre et d'un milieu géographique à un autre. L'application du principe de saturation par contre, serait pertinente, selon la logique de Guest (et al. 2006), si notre échantillonnage était non probabiliste avec une population homogène. Cet auteur souligne toute l'importance de ce principe de saturation dans les recherches qualitatives appliquant ou non l'approche de la théorie ancrée avec une population relativement homogène (Guest et al. 2006).

Comme Pires (et al. 1997) souligne l'importance de choisir des individus les plus différents possible, nous avons constitué notre échantillon à partir de critères de diversification externe, en fonction de variables, qui, par hypothèse, sont stratégiques pour obtenir plusieurs types d'arguments en regard de ces pratiques culturelles. Les réalités sociales des populations étant différentes d'une commune à une autre, nous avons étendu notre enquête aux six communes du district de Bamako, pour bien répondre au critère de diversification externe.

En ce qui concerne la taille de l'échantillon dans les études qualitatives, beaucoup d'auteurs ont fait des propositions en fonction de la nature et de l'objectif de la recherche. Combien d'entrevues sont suffisantes pour atteindre les objectifs de la recherche ? Selon Baker et Edwards (2012), ils sont nombreux les chercheurs qui se posent cette même question lors de la conception des projets de recherche (Baker et Edwards, 2012).³¹ Selon ces mêmes auteurs, pour la plupart des chercheurs, la réponse à cette question du « combien » est « ça dépend » (Baker et Edwards, 2012). Sans doute, tout le monde peut trouver, littéralement, un nombre de façon infini pour analyser et interpréter des données qualitatives, selon Guest (et al. 2006). Cependant, en examinant ce que « cela dépend » Baker et Edwards (2012) trouvent que les réponses donnent des indications sur la position épistémologique, méthodologique du chercheur et des questions pratiques à prendre en considération lors de la réalisation du projet afin d'aboutir à l'objectif de la recherche.

À travers les documents de méthodologie que nous avons consultés, quelques auteurs donnent des lignes directives pour la taille de l'échantillon dans les recherches qualitatives.

³¹ Baker, S. E. et Edwards, R. (2012). « *How Many Qualitative Interviews is Enough ? Expert Voices and Early Career Reflections on Sampling and Cases in Qualitative Research* ». National Centre for Research Methods discussion paper. Récupéré le 22 juillet 2015 de <http://eprints.ncrm.ac.uk/2273/>

Bernard (2000) a observé que la plupart des études ethnographiques sont basées sur des échantillons dont la taille varie entre trente à soixante interviews. Bertaux (1981) pense que quinze est la plus petite taille pour un échantillon acceptable dans la recherche qualitative. Morse (1994) recommande au moins six participants pour les études phénoménologiques ; environ trente à cinquante participants pour les études ethnographiques, pour la théorie ancrée et pour les études en ethnoscience. Creswell (1998), quant à lui, la taille de l'échantillon doit varier entre cinq et vingt-cinq entrevues pour une étude phénoménologique et de vingt à trente pour une étude en théorie ancrée. Kuzel (1992) propose six à huit entrevues pour un échantillonnage homogène lors d'une recherche qualitative. Pour Michelat (1975) dans le domaine des recherches sur les attitudes, après une trentaine ou une quarantaine d'entrevues, il y a assez de matériel pour arrêter la collecte des données.

Ces différentes propositions d'échantillonnage dans les recherches qualitatives s'inscrivent dans la logique du principe de saturation. Très généralement, constate la plupart des auteurs ci-dessus, les informations supplémentaires après une douzaine d'entretiens n'ajoutent pas grand-chose, surtout dans le cas d'échantillonnage homogène. Étant donné que notre enquête est exploratoire dans la ville de Bamako, notre échantillon hétérogène et que nous voulons obtenir plus d'information sur les pratiques des excisions et des infibulations, nous avons opté pour une taille de 30 personnes comme échantillon, tout en sachant à la suite de Pires (et al. 1997) que ce n'est pas la taille de l'échantillon qui importe mais sa qualité.

3.2.2 La sélection des participants et participantes

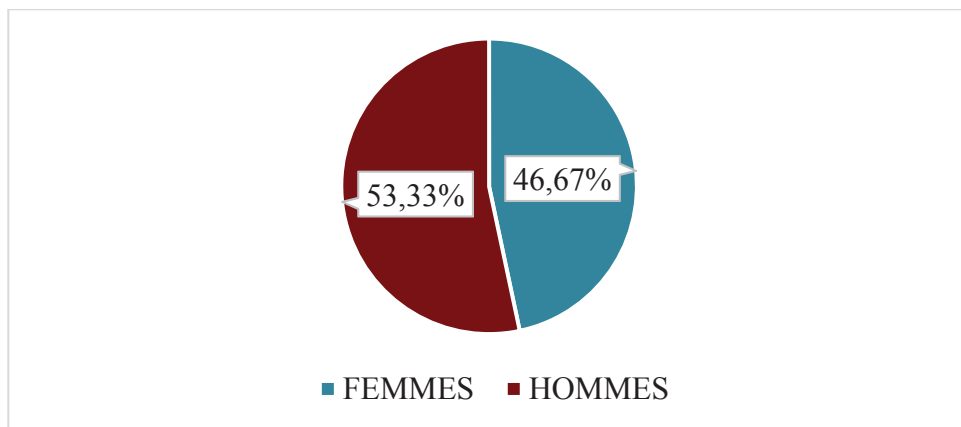
L'accès aux répondants est un parcours semé d'embûches, et dans les recherches qualitatives, leur sélection ne doit pas être aléatoire selon Giordano (2003). Le chercheur doit viser plutôt à avoir accès, à l'intérieur d'un échantillon modeste de personnes, à la diversité des points de vue sur le sujet de l'étude. Pour accéder aux personnes répondantes, il est possible de solliciter soit directement les individus, soit de passer par de tierces personnes afin de constituer un échantillon en leur demandant à leur tour de nous indiquer d'autres informateurs potentiels (Giordano, 2003).

À Montréal au Canada, les personnes que nous avons interviewées pour tester notre guide d'entrevue font partie du cercle des concitoyens maliens que nous côtoyions. Pour les entrevues préparatoires au Mali, nous avons bénéficié du soutien d'une association de femmes et des services de promotion féminine des six collectivités communales, qui nous ont mis en contact avec les premières personnes ressources. Vu la sensibilité de notre sujet de recherche au Mali, nous avons procédé à l'échantillonnage par « filière » ou « cascade » ou « boule de neige » (Pires et al. 1997). Cette technique consiste à ajouter au premier noyau d'individus, les personnes qui sont en relation avec eux (Beaud, in Gauthier, 2010). Dans ce contexte, Pires (et al. 1997) conseille au chercheur de réfléchir *a posteriori* sur la portée et les limites de l'échantillon pour adapter l'objet et les propos aux informations auxquelles il a pu avoir accès.

Nous avons sélectionné et interviewé cinq personnes âgées de 43 à 77 ans dans chacune des six communes de la ville de Bamako, soit 30 personnes, dont 16 hommes et 14 femmes : des musulmans, des chrétiens, des adeptes de la religion traditionnelle Bambara, scolarisés et non-scolarisés, appartenant à dix ethnies différentes. Les personnes interviewées sont toutes

« responsables de famille » – c'est-à-dire qu'elles détiennent des pouvoirs décisionnels sur tout ce qui concerne la vie de leur famille –. Dans chacune de leur expérience, elles rapportent toutes avoir participé à des pourparlers pour ou contre les pratiques des excisions et des infibulations.

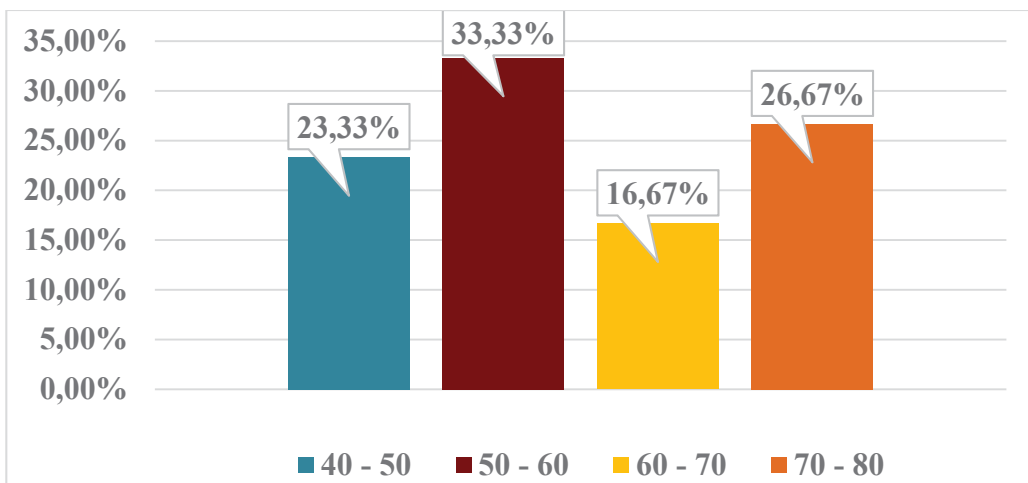
- Répartition de l'échantillon selon le genre



Graphique 1 : Répartition des participants selon le genre

Le graphique 1 montre qu'il y a plus d'hommes que de femmes dans notre échantillon. La parité des hommes et des femmes n'a pas pu être atteinte à cause d'imprévus, une présumée répondante ayant envoyé son mari à sa place pour demeurer au chevet de son fils malade.

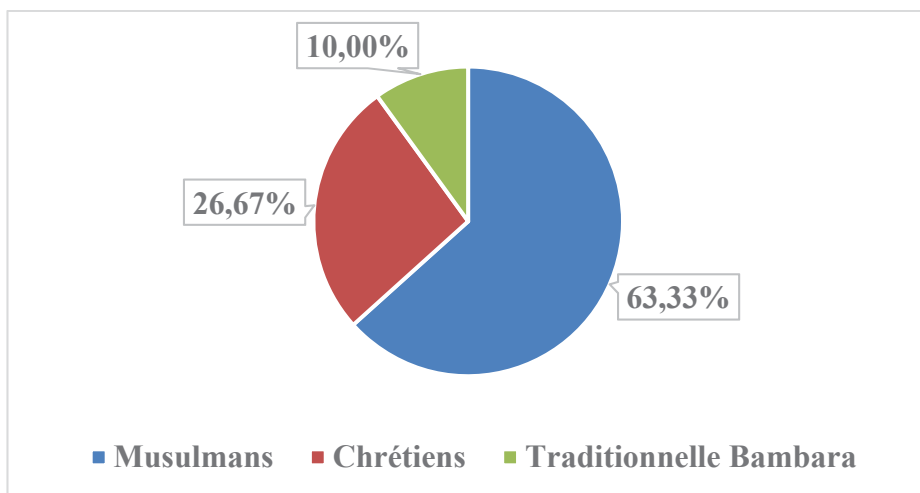
- Répartition de l'échantillon selon l'âge



Graphique 2 : Répartition des participants selon l'âge

Le graphique 2 montre que 76,67% des personnes interviewées ont plus de 50 ans et 23,33% sont âgées entre 40 et 50 ans.

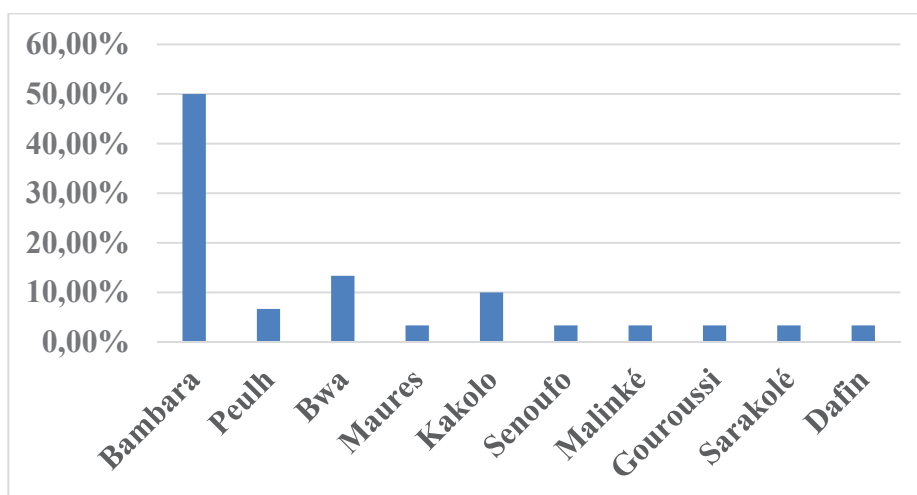
- Répartition de l'échantillon selon la religion :



Graphique 3 : Répartition des participants selon la religion

Selon le graphique 3, il y a 63,33% de musulmans dans notre échantillon, ce qui correspond à la logique de la prévalence nationale des adeptes de cette religion, soit 65%. Par contre, les 26,67% des chrétiens de notre échantillon – qui n’occupent que 2% de la population malienne - montrent que les adeptes de la religion traditionnelle Bambara – 33% sur le plan national - sont moins visibles dans la ville de Bamako.

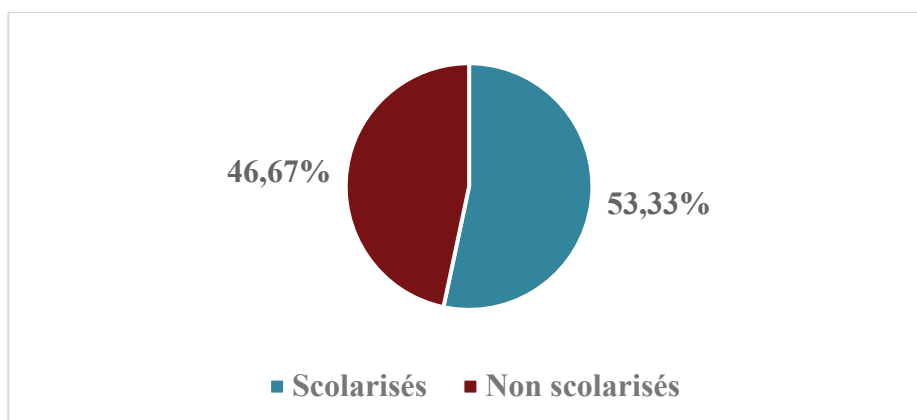
- Répartition de l’échantillon selon l’ethnie



Graphique 4 : Répartition des participants selon l’ethnie

Le graphique 4, montre la dimension hétérogène de notre échantillon composé de dix ethnies différentes dont 50% de Bambaras, 6,66% de Peulhs, 13,33% de Bwa, 3,33% de Maures, 10% de Kakolos, 3,33% de Senoufos, 3,33% de Malinkés, 3,33% de Gouroussis, 3,33% de Sarakolés et 3,33% de Dafins. Au Mali, l’ethnie Bambara est la plus nombreuse et la langue Bambara est la plus parlée sur le plan national.

- Répartition de l'échantillon selon le niveau d'instruction



Graphique 5 : Répartition des participants scolarisés et non-scolarisés

Le graphique 5, qui montre 53,33% de participants scolarisés et 46,67% de participants non-scolarisés, vient confirmer une autre dimension d'hétérogénéité de notre échantillonnage. En définitive, nous avons effectué trente entrevues et les avons transcrites intégralement. De ce nombre, nous avons retenu 29, soit un total de 96,66% des entrevues.³²

3.3 La position épistémologique du chercheur

Quiconque cherche à comprendre des pratiques sociales comme les excisions et les infibulations est exposé à commettre des erreurs de présomptions suscitées par des préconceptions qui n'ont pas subi l'épreuve des choses elles-mêmes (Grodin, 1993). Notre volonté d'acquérir des connaissances sur ces pratiques à travers une enquête exige une

³² Par rapport à l'entrevue que nous n'avons pas retenue (Entrevue numéro 27, personne interviewée : Femme numéro 12), nous nous sommes rendu compte pendant les entretiens que la personne interviewée était elle-même une exciseuse traditionnelle, et elle ne semblait pas être au courant de tout ce qui se disait autour des excisions. Dans ses réponses, elle faisait toujours allusion à ce que sa voisine de quartier (celle qui l'assiste dans les opérations), lui aurait dit de nous dire. En Bambara, elle disait toujours le nom de cette voisine qui lui a dit « de nous dire que ». Ce constat nous a fait douter d'éventuel biais dans ses propos.

démarche épistémologique et une méthodologie claires. Pour dépasser de telles épreuves académiques et les manières académiques de les dépasser, selon Bourdieu (2005), il est nécessaire de soumettre la pratique à une réflexion qui s'applique non pas à la science faite, science vraie dont il faudrait établir les conditions de possibilité et de cohérence, mais à la science se faisant.

Bourdieu (2004) spécifie à cet effet que : « Comprendre, c'est comprendre d'abord le champ avec lequel et contre lequel on s'est fait ». Une pareille tâche, qui est proprement épistémologique, va consister à découvrir dans la pratique confrontée à l'erreur, les conditions auxquelles on peut tirer le vrai du faux, en passant d'une connaissance moins vraie à une connaissance plus vraie (Bourdieu, 2005). En se choisissant soi-même comme objet d'étude sociologique, le chercheur doit d'abord se laisser passer au « peigne fin » de la sociologie elle-même (Bourdieu, 2004). Ce même auteur pense que l'une des vertus essentielles à une réflexion scientifique qui favorise l'objectivation est la réflexivité critique car :

« Il y a beaucoup d'intellectuels qui mettent en question le monde; il y a très peu d'intellectuels qui mettent en question le monde intellectuel. Ce qui se comprend aisément si l'on voit qu'on ne peut se risquer à le faire sans s'exposer à voir retournées contre soi les armes de l'objectivation, ou, pire, à subir des attaques visant à détruire dans son principe, c'est-à-dire dans sa personne, son intégrité, sa vertu, quelqu'un qui ne peut apparaître que comme s'instituant, par ses interventions, en reproche vivant, lui-même sans reproche » (Bourdieu, 2004).

On retrouve dans la réflexion de Bourdieu, un écho d'une pensée de Kant (1994) qui dit que l'impartialité, dans l'appréciation que nous faisons de nous-mêmes en comparaison avec la loi, de même que la sincérité dans l'aveu que nous faisons de notre valeur et de notre connaissance ou de notre absence de valeur morale intérieure, constituent des devoirs envers soi-même. Ces devoirs relèvent du commandement de la connaissance de soi (Kant, 1994).

Cet exercice doit se faire suivant Bourdieu (2004), au moyen d'une réflexivité que le chercheur saura mettre en œuvre afin de prendre conscience lui-même de la position sociale qu'exprime notamment son « inconscient académique », culturel et son « intérêt ».

3.3.1 La théorie de la réflexivité

La réflexivité est une pratique qui nous permet d'aborder les réalités, en tant que personne sensible et capable de comprendre l'autre, à travers nos propres expériences (Bourdieu, 2004). C'est toute la formation du chercheur qui est en cause dans la réflexivité : comment accueillir le point de vue des personnes interviewées tout en restant soi-même, en conservant sa posture de chercheur ? (Giordano, 2003). Dans notre recherche, il sera alors question de faire une tentative de mise à plat de nos propres illusions face aux excisions et aux infibulations. D'après Bourdieu (2005), il serait nécessaire de rompre avec « les pré-constructions », « les prénotions », parce que l'esprit du chercheur et même son langage sont pleins d'objets préconstruits. La question de la neutralité et de la distanciation se pose, d'autant plus que notre recherche porte sur un sujet qui est difficilement objectivable, quand il est observé par les instruments de réflexion d'une culture qui ne la pratique pas.

Notre approche personnelle donc, laisse transparaître un certain regard hégémonique, si bien que toute remise en cause s'accompagne et s'inscrit dans des rapports inégaux, générant potentiellement des formes de jugements culturels souvent négatifs. Nous avons tendance à analyser ces pratiques sous l'influence de notre formation à l'école occidentale et en fonction de représentations simplificatrices mêlant émotion et rejet. Car notre intérêt pour notre sujet de recherche est lié au fait que nous avons été témoin du décès d'une fillette à la suite d'une hémorragie le lendemain même de son excision. Du lieu de la cérémonie, nous avons nous-

mêmes transporté cet enfant accompagné par son oncle au centre de référence le plus proche du village dans l'espoir qu'on pourrait arrêter l'hémorragie. Son décès a été constaté quelques heures après par le médecin qui tentait une suture. Bien qu'il n'y ait pas eu d'autopsie pour prouver que ce décès était occasionné par une hémorragie, cette réalité est une influence qui, souvent à notre insu, peut teinter nos descriptions des faits humains et sociaux particulièrement ce genre de pratiques que sont les excisions et les infibulations.

Cependant, il est important de construire et de maintenir une position équilibrée entre notre attitude personnelle contre les excisions et les infibulations, et la distanciation critique par rapport à celles-ci, et devant ses protagonistes. En effet, le chercheur ne peut se soustraire, d'une façon ou d'une autre, à une certaine tension entre distance et proximité qui va moduler son rapport aux participants à sa recherche et donc à la réalité des pratiques qu'il veut étudier. Selon Tuffa (in Hennequin, 2012) et Bryon-Portet (2011), une mise en garde à ce niveau est indispensable pour tout chercheur sur un sujet sensible. Car l'objectivité et la neutralité absolues des chercheurs apparaissent aujourd'hui comme des prétentions illusoire. Bellier (2002) corrobore cette idée en soulignant qu'une objectivité excessive désincarne le sujet de recherche, une trop grande subjectivité lui enlève toute consistance. Néanmoins, il faut trouver la bonne distance entre ces deux pôles et opérer un mouvement de va et vient permanent entre distanciation et la proximité, le moi et l'autre, la théorie et la pratique ou encore l'engagement et la distanciation (Bryon-Portet, 2011).

Dans un tel contexte, nous devons être continuellement conscients de notre propre formation intellectuelle et notre regard sur les pratiques des excisions et des infibulations, c'est-à-dire de la façon dont notre « habitus » interagit avec nos propres pensées sur ces

pratiques, particulièrement dans notre cas, où nous avons été témoin d'un drame. Le principe de la réflexivité pourrait bien constituer un équilibre entre la distance et la sensibilité du chercheur et son objet de recherche. Bouilloud (2009) corrobore cette idée en rappelant que :

« C'est en définitive beaucoup plus dans le regard réflexif sur la démarche choisie dans la capacité à se décentrer, dans la prise en compte de ses propres préjugés et dans une remise en cause permanente de son propre « rapport aux valeurs » que se déploient pour le chercheur les conditions de possibilité de la validité de sa recherche, et non pas dans le seul éloignement de l'objet. Si ces conditions réflexives de validité sont présentes, peu importe alors que l'objet de l'étude présente des caractères d'altérité radicale, ou au contraire de proximité ».

Dans cette optique, selon Anger (1992), afin de justifier le choix méthodologique et la position épistémologique, il importe pour le chercheur de décider jusqu'où s'impliquer dans son milieu de recherche. Or, chaque posture comporte ses forces et ses faiblesses. C'est pourquoi, pour emprunter l'expression de Bourdieu (1993), il faut faire preuve de « réflexivité réflexe » dans les démarches des entrevues semi-dirigées.

3.3.2 La réflexivité réflexe dans la collecte des données

Si, pour un chercheur, la relation d'enquête se distingue de la plupart des échanges de l'existence ordinaire en ce qu'elle se donne des fins de pure connaissance, elle reste selon Bourdieu (1993), quoi qu'on fasse, une relation sociale qui exerce des effets sur les résultats obtenus. La personne interviewée peut ne pas souhaiter dévoiler certaines choses qui touchent à son intimité ou à la sexualité en général, quelles qu'en soient les raisons (Bourdieu, 1993). De plus, nous devons savoir que : « Dans tous les cas, les informations recueillies ne sont pas toujours ce que l'individu fait ou a fait, mais ce qu'il dit qu'il fait ou a fait, ni ce qu'il pense mais ce qu'il dit qu'il pense » (Seltz et Maillochon, 2009).

Pires (et al. 1997) corrobore ce raisonnement en soulignant que ce n'est pas parce que la personne interviewée est convaincue que les choses se déroulent d'une certaine façon qu'elles se passent effectivement de cette façon. Quand des individus interviewés disent qu'ils savent que les choses se sont passées ainsi, cela signifie simplement qu'ils en sont sûrs. En ce sens, « savoir » ne signifie pas que c'est *vrai*, mais simplement qu'ils sont convaincus. L'auteur maintient qu'il faut tempérer ce doute parce qu'on ne peut pas faire de la recherche portant sur des faits, en étant continuellement dans le doute (Pires et al. 1997).

Il n'est pas suffisant non plus que le chercheur se mette à écouter des individus, et enregistre fidèlement leurs propos et leurs raisons, pour rendre raison de leurs conduites et même des raisons qu'ils proposent (Bourdieu, 2005). Alors il s'agira pour nous de réunir toutes les conditions lors de nos entrevues pour assurer au mieux la confiance, la transparence, la sincérité de l'échange (Seltz et Maillochon, 2009). Même si les explications scientifiques peuvent par définition exclure l'intention d'exercer une forme quelconque de « violence symbolique » capable d'affecter les réponses, il existe toujours des distorsions, qui sont inscrites dans la structure même de la relation d'enquête (Bourdieu, 1993). La « réflexivité réflexe »³³ nous permettra de reconnaître ces distorsions et de les gérer sans prétendre à une perfection absolue dans notre démarche.

Les situations d'enquête, dans le contexte des excisions et des infibulations, peuvent être sources de désagréments et de perturbations pour le chercheur. Cependant, selon Bizeul (in Hennequin, 2012), loin d'ignorer ces perturbations éprouvées, ou d'en minimiser l'intérêt,

³³ Selon Bourdieu « la réflexivité réflexe » est synonyme de méthode dans une démarche de recherche en sociologie (Bourdieu, 1993).

il y a bénéfice pour le chercheur à les intégrer dans son analyse ; loin de s'y complaire, il y a nécessité pour lui de cantonner ces ingrédients émotionnels face à ces pratiques, d'une part en s'astreignant aux principes de rigueur et de systématique qui sont ceux de sa discipline, d'autre part en définissant une énigme sur la vie sociale des populations qui maintiennent ces pratiques ou un angle d'attaque propre à orienter d'un même pas le travail de recherche et le travail d'argumentation et de preuve.

Dans cette logique, multiplier les précautions et les artifices, face aux pratiques des excisions et des infibulations, sous prétexte de contenir sa propre subjectivité, c'est se méprendre sur ce qu'est l'entreprise sociologique, ou, du moins, en avoir une vision scientifique, indifférente au fait que les êtres humains ont des pensées, des intentions, sont affectés, s'orientent selon ce qu'ils imaginent des conséquences de leurs actes ou pratiques, tiennent compte des jugements et des intentions d'autrui (Bizeul, in Hennequin, 2012). Selon le même auteur, à moins de faire profil bas et de se cantonner à des états des lieux et des analyses de contenu, le chercheur doit s'efforcer de restituer la variété de l'expérience humaine de façon détaillée et empiriquement attestable avec l'espoir d'en rendre intelligible les particularités. Pour atteindre cet objectif, il doit prendre appui sur ce qu'il sait, observe, et éprouve par lui-même. Il se pose des questions et s'efforce d'y répondre comme n'importe qui, et comme n'importe qui il raconte, ordonne les informations recueillies, argumente pour étayer sa version des choses. Autrement dit, s'informer, tirer des conclusions, contester des analyses, défendre un point de vue. Son souci ne se limite pas à dénoncer des pratiques, mais il doit manifester la volonté de rendre intelligibles certains phénomènes sociaux, et au-delà, de contribuer à élaborer et à résoudre certaines énigmes sur la vie collective et sur l'espèce humaine (Bizeul, in Hennequin, 2012).

Devant le phénomène des pratiques culturelles des excisions et des infibulations, il est inévitable pour nous d'être mal à l'aise, angoissé, choqué, perturbé, déstabilisé, surtout, quand on a été témoin d'un drame lié à ces pratiques. Mais ce qui est réaliste, selon Bizeul (in Hennequin, 2012), dès lors, c'est de faire avec sa propre personne, inévitablement imparfaite au regard des exigences de la connaissance, et c'est de faire avec les autres tels qu'ils sont et avec les situations comme elles surviennent. Nul n'est obligé de forcer sa nature en vue d'une enquête sur un sujet aussi sensible qu'il soit (Bizeul in Hennequin, 2012). Bouilloud (2009), cité par Tuffa (in Hennequin, 2012), va dans le même sens quand il rappelle :

« Que le chercheur n'est pas un retranscripteur neutre (...) Son statut d'auteur lui octroie une responsabilité dont il ne peut s'affranchir, pas plus qu'il ne peut masquer son statut subjectif de chercheur derrière la scientificité du travail (...) écrire sur, c'est aussi écrire d'en haut, se définir dans une situation de supériorité, à la fois cognitive (le je-auteur se confond ici avec le je-savant), et aussi, quelquefois morale ».

Accepter d'accorder une entrevue sur les excisions et les infibulations, quel que soit son mode de déroulement, n'est pas un acte anodin et place toujours l'interviewé(e) en position d'observation (Seltz et Maillochon, 2009). Ce caractère artificiel de cette situation n'est pas spécifique à la recherche que nous avons effectuée, mais nous devons le prendre en considération parce qu'il peut avoir des effets aussi bien positifs que négatifs sur les réponses. Il peut exister des interactions entre l'interviewer et l'interviewé(e) qui peuvent être diversement perçues (Bourdieu, 1993) : la personne interviewée peut se sentir gênée par le chercheur à propos de tout ce qui a trait à sa vie intime, inquiète de divulguer des choses interdites ou couvertes de tabous. L'interaction enquêteur/enquêté est souvent difficile à mesurer, mais doit toujours rester à l'esprit du chercheur (Bourdieu, 2005).

Il importe donc de créer les meilleures conditions pratiques et psychologiques pour une bonne entrevue (Seltz et Maillochon, 2009). Car Bourdieu (1993) nous rappelle, qu'après tant d'années d'expériences en ethnologie utilisant des techniques d'enquêtes sous toutes ses formes, depuis les questionnaires dits fermés, à l'entrevue la plus ouverte, cette pratique ne trouve pas son expression adéquate dans les prescriptions d'une méthodologie. Raison pour laquelle il explicite les principes de procédures qu'il a lui-même mis en œuvre : « la réflexivité réflexe » qui est synonyme de méthode (Bourdieu, 1993).

3.4 L'analyse des données

La démarche d'analyse consiste à générer du sens dans une masse de données, et l'analyse doit se faire en regard de la problématique initiale que le chercheur ne doit pas perdre de vue (Giordano, 2003). La délicatesse de la problématique des excisions et des infibulations fait que toutes les recherches qui les concernent devraient s'effectuer avec beaucoup de tact, d'attention et de respect des interlocuteurs et des interlocutrices qui ont leurs atouts et leurs défauts (Sanogo et Giani, 2009). Il faudrait donc un grand esprit d'écoute et une capacité d'analyse des récits afin d'en tirer les éléments de réponse en intégrant des points positifs par rapport à ces pratiques culturelles. Une telle démarche requiert selon Sanogo et Giani (2009), beaucoup d'humilité et de disponibilité pour apprendre des autres. Dans cette logique, cette étape d'analyse consistera pour nous à trouver un sens aux données recueillies et à montrer comment elles répondent à notre question de recherche à savoir : « Comment les pratiques culturelles d'excisions et d'infibulations, dans la ville de Bamako, interpellent-elles l'éthique : en quoi l'analyse de ces rites constitue-t-elle un domaine légitime d'application des

principes de la bioéthique ? » De ce fait, l'analyse occupe une place de premier plan dans toute recherche, mais surtout dans la recherche qualitative (Guelfand, 2013 ; Deslauriers, 1997).

Pour notre recherche, nous avons opté pour la technique de l'analyse de contenu, qui a pour but de connaître la vie sociale à partir de la dimension symbolique des comportements humains (Gauthier, 2010). En général, toute démarche de recherche dans le domaine social requiert des opérations d'analyse du contenu (Sabourin, in Gauthier, 2010). L'analyse de contenu permet également de dégager des noyaux de sens et des catégories d'action autour desquelles sont structurés les récits. Elle fait donc appel à une réflexion qualitative (Demers, in Giordano, 2003). Ainsi, comme mentionné auparavant, nos entrevues ont été enregistrées puis transcrites intégralement selon le modèle « verbatim ».

La lecture attentive des entretiens ne donne qu'une connaissance superficielle des données. Nous avons donc traité ces données de façon systématique pour parvenir à une compréhension profonde des excisions et des infibulations. D'abord, nous avons encodé les données en identifiant des unités d'analyse qu'on nomme aussi « unités d'information » ou « unités de sens ». Puis, nous avons regroupé les thèmes en catégories afin de constituer notre grille d'analyse, selon les propositions de Demers (in Giordano, 2003). En effet, il n'y a pas de formules déjà établies en matière d'analyse de contenu, parce que cette dernière dépend des objectifs du chercheur, de ses intuitions, du type de document auquel il s'intéresse, et de ce qu'il veut montrer à partir des données recueillies.

Au moyen de notre codification, nous avons effectué une analyse thématique articulée avec de l'induction analytique qui s'attache à découvrir, à identifier et à caractériser différents thèmes concernant les pratiques des excisions et des infibulations. Nous avons repéré les idées

significatives sur ces pratiques en les classant en unités d'analyse. Ces unités nous ont permis de catégoriser les thèmes composés de plusieurs codes. Il nous fallait d'abord comprendre la complexité, le détail et le contexte de ces rites culturels, à partir de la dimension symbolique du comportement des personnes interviewées, afin de produire un langage, de construire des lectures interprétatives fondées sur une logique dialectique entre ce que Deslauriers (1997) appelle une induction analytique, et les relations conceptuelles des catégories construites, une démarche qui aide à comprendre les phénomènes sociaux.

L'induction analytique, qui nous sert de toile de fond, consiste à partir du concret pour passer à l'abstrait en cernant les caractéristiques essentielles d'un phénomène. Deslauriers (1997) souligne dans ce sens qu'elle procède en sens inverse des méthodes hypothético-déductives, car le chercheur travaille de bas en haut, en commençant avec les faits et en élaborant ensuite des concepts théoriques ou des propositions. Notre démarche méthodologique de type qualitatif, comme nous l'avons signalé plus haut, ne consiste pas à faire émerger une théorie. Dans cette logique, le travail analytique débute par un examen à la loupe des excisions et des infibulations en vue de déterminer quels sont les propriétés, les traits, les parties et les éléments les constituant. Quels sont les éléments les plus fondamentaux et ceux qui le sont moins ?

Dans notre thèse, ce qui se rapporte à l'étape de l'induction analytique commence par une description détaillée de ces pratiques sociales. Cette analyse soignée permettra de comprendre et d'extraire leurs propriétés signifiantes (Deslauriers, 1997). Les données sont alors décomposées en thèmes et certains éléments sont choisis comme données de base. C'est ainsi que le phénomène étudié est cerné selon ses composantes fondamentales et que les

matériaux sont examinés (Huberman et Miles, 1991). Ces opérations vont mener à l'ébauche de relations logiques entre ces composantes. Cependant, la vie quotidienne et la réalité sociale se présentent elles-mêmes comme des réalités interprétées par les individus et possédant, pour ces derniers, un sens de manière subjective, en tant que monde cohérent (Berger et Luckmann, 2010). Suivant cette perspective, le contexte dans lequel se déroulent les excisions et les infibulations influence fortement le comportement et l'interprétation des expériences des individus dans la société.

À partir de ce constat, afin de mieux cerner et présenter certaines expériences vécues et certains arguments envers les excisions et les infibulations des décideurs à travers les résultats, nous avons procédé au codage des données en « unités d'analyses ». Les thèmes de ces unités explorent, dans un premier temps, la connaissance générale des décideurs sur les rites culturels des initiations pubertaires des jeunes filles en mettant en évidence les mécanismes de prise des décisions et de planification de ces pratiques. Dans un deuxième temps, les unités d'analyses cherchent à faire ressortir certaines motivations actuelles de ces pratiques et quelques logiques qui les maintiennent. Dans un troisième temps, les unités d'analyses questionnent la connaissance des décideurs sur les risques et les complications liés à ces pratiques, les paradigmes des arguments de défense dans un contexte de diversités culturelle et religieuse. Et enfin, elles cherchent à faire ressortir, en dernière position, les impasses, les dilemmes et les enjeux éthiques de ces pratiques pour les populations.

Cependant, selon Bizeul (in Hennequin, 2012), les logiques de conduite des individus ne se réduisent pas seulement à ce qui est perceptible lors des interactions ou à ce qui peut être connu de leur biographie, mais découlent également du monde dans lequel ils sont immergés,

dans ce contexte, il convient aussi de fournir une vision d'ensemble de ce monde, avec l'arrière-plan économique et sociopolitique, réglementaire, les rapports de force, qui lui confèrent sa force.

3.5 Le contexte de la recherche

Nous avons choisi notre pays, le Mali, comme lieu de déploiement de notre projet de recherche. En effet, le Mali demeure encore l'un des pays africains les plus touchés par la pratique des « mutilations génitales féminines » parmi lesquelles sont comptées les excisions et les infibulations (Développement et Santé, 2014 ; MPFEF, 2008). Les prévalences de ces pratiques rapportées au chapitre 1 montrent que les enfants sont de plus en plus touchés par ces pratiques. Le gouvernement du Mali a reconnu ces pratiques culturelles comme un problème de santé publique, et la volonté politique des dirigeants s'est traduite par la ratification des conventions internationales, régionales et nationales relatives à ces rites culturels. Un ministère pour la Promotion de la femme de l'enfant et de la famille a été créé pour la circonstance, et un Programme national de lutte contre ces pratiques néfastes a été mis en place (MPFEF, 2008).

Nonobstant le nombre grandissant des acteurs internationaux et nationaux travaillant dans le domaine de la lutte contre ces pratiques culturelles, celles-ci restent encore ancrées dans les mentalités. Sur le plan national, la ville de Bamako, qui est notre site de recherche, est la troisième zone la plus touchée par ces rites culturels (MPFEF, 2009).

3.5.1 La ville de Bamako : géographie, population et infrastructures

Afin de bien cadrer notre étude, nous avons choisi de conduire notre enquête à Bamako, capitale administrative du Mali. Bamako est une ville située sur le 7° 59' de la longitude ouest et le 12°40' de la latitude nord, et s'étend sur les deux rives du fleuve Niger. Elle se divise en deux parties : la rive gauche et la rive droite. Elle couvre une superficie totale de 267 km² pour une population résidente de 2 018 993 habitants en 2011, avec une densité de 7 562 habitants/km² (Ministère de l'Économie des Finances et du Budget, 2013).

Bamako est régie par la loi 96-025 portant Code des collectivités au Mali et qui lui confère un statut particulier. Cette loi stipule en son article 1^{er} que le District de Bamako est une collectivité territoriale décentralisée dotée de la personnalité morale et de l'autonomie financière (Ministère de l'Économie des Finances et du Budget, 2013). La ville de Bamako est divisée en 66 quartiers répartis en six communes. Chaque commune est dirigée par un maire assisté d'un conseil municipal. Les autorités du district sont les maires des communes, le maire du district et le gouverneur du district. De par sa situation géostratégique, son développement économique et artistique, la ville de Bamako exerce de plus en plus une forte attirance sur les populations des autres régions du Mali.

Selon les statistiques de 2011, la population de Bamako est répartie ainsi : 405 324 filles âgées de 0-14 ans, 528 859 femmes âgées de 15-49 ans et 72 369 femmes de 50 à 80 ans et plus, soit un total de 1 006 552 femmes. La pratique des excisions et des infibulations concerne la frange d'âge de 0-49 ans, soit 934 183 femmes et filles. Par rapport aux hommes les données sont les suivantes : 389 741 garçons de 0-14 ans, 541 877 hommes de 15-49 ans et 80 823

hommes de 50 à 80 ans et plus, soit 1 012 441 hommes (Ministère de l'Économie, des Finances et du Budget, 2013).

Les ministères d'État, les directions nationales des services publics, le siège de l'Assemblée nationale, tout est centralisé à Bamako. La majorité des structures scolaires et universitaires se trouvent aussi à Bamako (Ministère de l'Économie, des Finances et du Budget, 2013). Sur le plan sanitaire, Bamako regroupe l'essentiel, et du corps médical et des hôpitaux nationaux, des centres de santé de référence et des cliniques privées (Ministère de l'Économie, des Finances et du Budget, 2013). Bamako est ainsi une ville cosmopolite : on y rencontre toutes les catégories socioprofessionnelles, religieuses et ethniques du Mali. Les principales activités économiques sont le commerce et l'artisanat. Son peuplement exponentiel étant relativement récent, les populations sont fondamentalement attachées aux mœurs et coutumes traditionnelles ; leur comportement au quotidien est en fonction des représentations tirées du terroir traditionnel et du poids de la religion musulmane (MPFEF, 2008).

Parmi les groupes religieux, on retrouve des communautés chrétiennes, catholiques et protestantes, une minorité visible, qui est dynamique au sein de cette société, surtout lors des cérémonies religieuses qui les rassemblent. Les relations entre chrétiens et musulmans sont cordiales à Bamako. En effet, il n'est pas rare qu'on retrouve dans la même famille des chrétiens catholiques, des protestants, des musulmans et des adeptes de religions traditionnelles, qui vivent ensemble, mangent ensemble sans aucune discrimination. Cette cohabitation fait en sorte que lors des grandes fêtes chrétiennes comme musulmanes, tous se joignent à la fête. Il n'est pas rare de rencontrer des Bambaras, adeptes de la religion traditionnelle, dans les quartiers périphériques de Bamako, mais en général, on les retrouve dans les milieux ruraux.

3.5.2 La situation politique et sociale

Notre enquête sur le terrain s'est déroulée un an après la guerre au Nord du Mali et le coup d'État militaire en mars 2012. Le pays était encore sous le choc et le climat politique et social était tendu à cause des conséquences de l'occupation du Nord par les islamistes et des élections présidentielles et législatives que le gouvernement de transition préparait. Cette occupation des régions du Nord était d'actualité à Bamako ; car, les djihadistes avaient déjà instauré la « Sharia » précisément à Gao, à Tombouctou et à Kidal.

L'imposition de la « Sharia » nous a préoccupés lors de notre enquête. En effet, depuis le milieu des années 1980, la montée d'un courant islamiste orthodoxe a été constatée au Mali, surtout dans la ville de Bamako. Même si le Mali est une république démocratique et laïque, une certaine poussée « islamique » se fait de plus en plus sentir dans la ville de Bamako. Beaucoup d'associations musulmanes sont résolument engagées dans la lutte pour le progrès de l'Islam.

La création d'une station de radio « La voix de l'Islam », qui émet plus de quinze heures par jour, permet au courant islamiste d'informer davantage leurs coreligionnaires (Centre Djoliba, 1999). C'est ainsi que beaucoup de prédications se font sur les antennes de cette radio pour la promotion des excisions et des infibulations considérées comme des pratiques musulmanes et protégées par la « Sharia ». Selon cette tendance islamiste, il n'appartient pas aux hommes, pas même à un chef d'État, d'interdire ce que le prophète n'a pas interdit. Les excisions et les infibulations n'ont pas une base scripturaire et ne sont pas interdites non plus dans le livre saint (le Coran). Mais, elles ne peuvent être interdites au regard de la loi islamique : la « Sharia » (Centre Djoliba, 1999).

La réalité sociale à Bamako est de plus en plus marquée par l'influence de l'Islam.³⁴ Nous avons constaté que la question des excisions et des infibulations est une pomme de discorde occasionnée par la tentative du gouvernement d'instaurer une loi les interdisant. L'appropriation de la cause de ces pratiques par certains musulmans à Bamako nous a obligés à mener délicatement notre recherche au sein de cette population majoritairement musulmane. Les propos de certains prédicateurs prêts à déclencher une « guerre sainte », si le gouvernement interdisait les excisions et les infibulations (Carcan, 1999)³⁵ ont été confirmés par la ministre de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille en ces termes :

« Les prêcheurs sont très attentifs. Nous risquons une guerre civile, si jamais nous décidons d'interdire légalement l'excision. Les associations islamiques ont une capacité de mobilisation très grande, qui dépasse même celle de l'État. Et vous avez entendu leur réaction à la radio Islamique, après le débat télévisé sur l'excision. Il y a eu de telles insanités que j'ai été révoltée. La criminalisation de l'excision ne nous aide pas dans notre tâche actuelle. On a peur de l'intégrisme. Avec une loi, nous irons à l'affrontement » (Centre Djoliba, 1999).

Cette citation nous découvre bien la complexité du débat sur les excisions et les infibulations au Mali. De plus, l'autorité de l'État semble être assujettie aux courants islamistes. Cependant, dans le cadre des activités en rapport avec la pratique des excisions et des infibulations, en plus du siège du Programme national de lutte contre les pratiques néfastes, la ville de Bamako dispose de 14 partenaires techniques et financiers (PTF) qui appuient 110 intervenants impliqués dans les sensibilisations pour la lutte contre ces rites néfastes à la santé des femmes (Diarra, 2013 ; Ministère de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille, 2008).

³⁴ Nous développerons cet argument dans le chapitre 4.

³⁵ Dramé, A. (1999). « Forum national sur la justice, l'AMUPI ne servira pas de faire-valoir », *Le Carcan*, n°525 du 30/03/1999, p. 3.

Bien que la population de Bamako soit reconnue comme la plus scolarisée et la mieux informée du pays, et malgré le nombre important des différentes structures internationales, nationales, les organisations non gouvernementales (ONG) et les associations qui interviennent en faveur de l'abandon de ces pratiques, le taux de prévalence chez les enfants, les fillettes et les femmes demeure très élevé, comme nous l'avons vu précédemment (EDSM-IV, 2009). L'examen de la situation de la prévalence dans les différentes communes étudiées lors des enquêtes nationales de 2009, montre qu'elle varie selon les quartiers (MPFEF, 2009). La présentation de ces différentes réalités sociales fait que Bamako en tant que milieu urbain, mais conservant encore certains terroirs traditionnels et religieux – principalement islamiques et traditionnels Bambaras –, devient ainsi un terrain idéal mais sensible pour notre recherche sur les excisions et les infibulations.

Pour terminer ce chapitre, notons que nous avons présenté la recension des écrits au premier chapitre qui a fait émerger la problématique et notre question de recherche. Au deuxième chapitre, nous avons expliqué le cadre conceptuel de notre réflexion axé sur le concept de dignité humaine comme une norme à l'aune de laquelle se mesurent les défis éthiques liés aux excisions et aux infibulations. Au troisième chapitre, nous avons décrit la démarche méthodologique basée sur la méthode de type qualitatif au moyen de la technique de l'échantillonnage en « boule de neige ». Cette méthode nous a permis de collecter des données, traitées, avec la méthode de l'analyse de contenu, articulée à l'induction analytique. Nous présenterons au quatrième chapitre, les résultats obtenus de notre enquête.

CHAPITRE 4. LA PRÉSENTATION DES RÉSULTATS : LES EXCISIONS ET LES INFIBULATIONS : DES PRATIQUES DYNAMIQUES DANS LA VILLE DE BAMAKO AU MALI

Introduction

La démarche du quatrième chapitre, dans un premier temps, fait l'analyse des expériences des décideurs sur les pratiques des excisions et des infibulations. Dans un deuxième temps, cette analyse mettra en évidence les paradigmes des arguments de défense des excisions et des infibulations tout en examinant certaines motivations et certaines justifications actuelles de ces pratiques basées essentiellement sur le contrôle du désir sexuel féminin par les hommes.

C'est à partir du moment où le chercheur sait quelle « histoire » il va raconter à ses lecteurs, à partir de ses données, qu'il commence à articuler son modèle conceptuel (Giordano, 2003). Et on ne peut commencer à raconter tant qu'on n'a pas clairement en tête le cadre conceptuel qui permettra de comprendre l'histoire. Dans cette perspective, le rappel de notre question de recherche et notre postulat nous permet d'amorcer une articulation entre le cadre conceptuel et la présentation de nos résultats. La question de recherche : *« Comment les pratiques culturelles des excisions et des infibulations, dans la ville de Bamako au Mali, interpellent-elles l'éthique : en quoi l'analyse de ces rites constitue-t-elle un domaine légitime d'application des principes de la bioéthique ? »* Nous partons avec le postulat suivant que : *« La dignité humaine est une norme à l'aune de laquelle se mesurent les défis éthiques liés aux excisions et aux infibulations ».*

Dans la recension des écrits au premier chapitre, nous avons précisé que les excisions et les infibulations sont des pratiques culturelles comportant des risques et des méfaits sur la santé des enfants, des filles et des femmes qui les subissent. Pourtant, il n'est pas facile de répondre à la question de savoir si des principes éthiques et bioéthiques peuvent être légitimement appliqués à des pratiques culturelles traditionnelles sans remettre en cause le droit culturel. Mais de quoi s'agit-il au juste dans notre étude ?

Chercher à dégager la signification des excisions et des infibulations n'est pas neutre selon Latoures (2008). Chercher à comprendre pour quelles raisons ces pratiques existent exprime aussi toute la perplexité de certains intellectuels occidentaux et africains face à des rituels qui ne font pas de sens dans leur culture (Mbonda, in *ETHICA*, 2012). La pluralité des significations à travers les théories explicatives que nous avons évoquées dans le premier chapitre remet effectivement en cause toute approche univoque qui permettrait d'expliquer le phénomène des excisions et les infibulations, quel que soit leur contexte. Cependant, issu du milieu où ces pratiques font partie de notre propre culture, nous voulons dans notre recherche les replacer dans le contexte socioculturel spécifique de la ville de Bamako afin d'en dégager les enjeux éthiques et les dilemmes qu'elles sous-tendent. Ainsi, dans le cadre de cette thèse, seuls les résultats en lien avec la problématique, les objectifs de recherche et le cadre théorique feront partie de notre analyse interprétative associée à l'éthique, les autres ouvrant de nouvelles pistes de réflexion ou d'investigation.

Dans notre entrevue, peu importe leurs catégories d'âge, de genre, scolarisé ou non-scolarisé, de profession ou d'appartenance religieuse et ethnique, les arguments avancés par les 29 personnes interviewées nous ont permis d'identifier certaines tendances par rapport aux

pratiques des excisions et des infibulations : 11 interviewés dont six hommes et cinq femmes sont de tendance « défenseurs » de ces pratiques, soit 37,93% et 18 interviewés dont 10 hommes et huit femmes souhaitent leur « abandon », soit 62,06%. Les réponses de ces intervenants et intervenantes nous ont permis de cerner ces pratiques culturelles dans le milieu urbain de Bamako en identifiant les principaux décideurs, les praticiens ainsi que certaines raisons qui motivent et justifient ces rites. À travers l'analyse des entrevues, nous avons identifié des dilemmes et des enjeux socioculturels, sanitaires, religieux, politiques et éthiques que ces pratiques recourent à Bamako. Durant toutes les entrevues, nous avons noté des dissensions et des oppositions dans les différentes réponses, selon que les personnes interviewées sont pour ou contre ces pratiques culturelles : le sujet des excisions et des infibulations constitue toujours une source polémique à Bamako.

Il appert donc que même si les risques et les conséquences de ces pratiques sont évidents pour la majorité des personnes interviewées, les valeurs et les normes sociales locales, liées à la sexualité des femmes, exercent une contrainte sur les populations indépendamment des convictions et des valeurs intériorisées par les individus.

4.1 Des changements dans les pratiques des excisions et des infibulations

4.1.1 Les variables et les enjeux dans la ville de Bamako

Les données nous indiquent que dans les régions et les zones rurales où ces pratiques constituent des cérémonies initiatiques, la priorité accordée au respect des coutumes reste la plus forte. Dans la ville de Bamako, la priorité va de préférence à l'éducation sexuelle des femmes. Selon la majorité des personnes interviewées à Bamako, les excisions et les infibulations visent généralement à diminuer « le désir » sexuel ou « l'envie » sexuelle des

femmes – ka do bo musu negé là, en langue Bambara –. Doit-on lire dans ces résultats une volonté de contrôler la sexualité des femmes dans la ville de Bamako plutôt que le simple respect des coutumes ? Selon nos constats, tous les arguments avancés tournent autour de la sexualité des femmes, et, en fonction des ethnies, les deux raisons ne s'excluent pas mais sont plutôt inclusives.

4.1.1.1 Les mécanismes de prise de décision

Plusieurs études socioanthropologiques ont déjà mis en exergue la complexité des mécanismes de décision qui aboutit aux excisions ou aux infibulations. Selon les personnes interviewées, les mécanismes de prise de décision pour ces pratiques se distinguent considérablement en fonction des milieux. En milieu rural les cérémonies sont cycliques et les pratiques sont collectives. Les décisions en conséquence se prennent le plus souvent de manière collective, parfois au sein du village, parfois entre plusieurs familles pour des raisons pragmatiques :

« Avant, toutes les filles se rassemblaient dans le village conformément à la vieille tradition. Les filles sont toutes excisées ensemble, le nombre peut varier de douze à quinze filles. En ce moment c'est tout le village qui planifie les cérémonies : le chef du village et les chefs de famille tous ensemble ils discutent de la pratique de l'excision. Dès qu'ils décident ensemble ce qu'il faut faire, ils fixent une période précise à laquelle l'excision sera faite. Ensuite, ils convoquent la forgeronne pour venir faire l'excision » (E25H15).³⁶

Les données confirment que les cérémonies collectives marquent l'ampleur de ces rites et leur donnent un caractère éducatif et socialisant. L'importance des classes d'âge est mise en

³⁶ E25H15 : Entrevue numéro 25, personne interviewée : Homme, numéro 15.

relief.³⁷ Les « Furassi » sont des cérémonies festives organisées en lien avec les excisions collectives. Elles regroupent plusieurs villages où les candidates ont des liens de parenté. Cependant, les séances d'excision et d'infibulation en ville, sont organisées de façon individuelle et les décisions sont arrêtées généralement par les chefs de famille, en l'occurrence, des hommes.

Contrairement à ce qui ressort de certaines études (Dorée, 2012 ; Cabane, 2008 ; Latoures, 2008), l'influence des femmes, notamment des mères dans la chaîne décisionnelle est plutôt faible. Les femmes ne constituent qu'un élément catalyseur du processus décisionnel dont l'issue ne leur appartient pas toujours. Selon les personnes interviewées, les femmes peuvent à la rigueur faire des suggestions par rapport aux excisions et aux infibulations, mais ce sont toujours les hommes qui décident. Les femmes et les enfants sont sous l'autorité des hommes, comme les propos de cet interviewé le décrit :

« Selon moi quand tu parles de foyer, c'est le chef de famille : c'est le père qui est le chef de famille (...) La femme est sous son autorité (...) C'est lui qui a le contrôle de la famille. La femme n'a rien à voir au contrôle de la famille. La famille appartient à l'homme et c'est lui qui dirige la famille, parce que la femme est sous son autorité et tous les enfants lui appartiennent : « la cigogne et tout ce qu'elle a dans l'estomac lui appartient » : Je dis cela en guise de proverbe, pour qu'on sache que c'est le chef de famille qui a le rôle le plus important dans la gestion de la famille (E8H5).³⁸

D'autres répondants confirment cette autocratie des hommes :

« J'avais pris la décision plusieurs fois pour mes enfants, c'est seulement cette année que je l'ai réalisée. Cette année quand j'ai pris la décision, je suis allée aussitôt pour les faire exciser (...) J'en ai discuté avec mon mari. Quand je lui

³⁷ La classe d'âge d'une génération de filles est déterminée par l'année de leur excision. Les filles sont excisées ensemble et suivent les mêmes formations dans les cases de réclusion. Ces réalités favorisent une certaine solidarité entre les filles de cette génération.

³⁸ E8H5 : Entrevue numéro 8, personne interviewée : Homme, numéro 5.

avais dit cela au début il n'était pas d'accord, et je ne suis pas allée à cette occasion. Je suis revenue encore lui en parler, il a donné son accord, et le jour qu'il avait proposé il y a eu de l'inondation dans tout le quartier et je ne suis pas allée (le 28 août 2013). Après ces événements d'inondation, je suis encore revenue sur la question il m'a dit d'aller » (E29F13).³⁹

« En dernier ressort ceux qui décident ce sont les hommes (...) Les femmes proposent mais les hommes décident, parce qu'eux-mêmes aident les femmes dans la pratique. Si les femmes disent de faire telle chose, ils sont derrière les femmes pour les aider à les réaliser (...) Ce sont les hommes qui créent des problèmes pour que les enfants soient excisés. Donc la dernière décision revient aux hommes. Parfois tu demanderas aux vieilles femmes elles diront : ce sont nos maris qui nous autorisent à le faire. Donc, c'est comme ça que les enfants sont amenés. Si certaines refusent, cela peut même entraîner le divorce » (E12F5).⁴⁰

Selon le traitement des données, malgré le caractère exclusivement féminin des excisions et des infibulations, la décision finale de ces pratiques relève toujours de l'autorité des hommes. Toutefois, au niveau du déroulement de ces événements, le rôle des femmes est prépondérant. En général, ce sont les femmes qui se chargent de conduire les enfants au lieu d'exécution des excisions et des infibulations. Les femmes ont aussi pour tâche, de veiller au développement physique des fillettes, ce en quoi les hommes ne s'impliquent pas.

Cependant, chez les peulhs, vivant en milieu rural ou en ville, les filles sont excisées lorsqu'elles sont encore bébés. Les tantes paternelles possèdent un droit sur les filles, selon la tradition, et elles peuvent décider de les faire exciser ou infibuler sans consulter les parents. Dans d'autres cas, en plus des tantes paternelles, les grand-mères ou même les mères peuvent décider de faire exciser ou infibuler les filles (E3F2).⁴¹

³⁹ E29F13 : Entrevue numéro 29, personne interviewée : Femme, numéro 13.

⁴⁰ E12F5 : Entrevue numéro 12, personne interviewée : Femme, numéro 5.

⁴¹ E3F2 : Entrevue numéro 3, personne interviewée : Femme, numéro 2.

Le mécanisme de prise de décision par rapport aux excisions et aux infibulations se distingue considérablement selon les ethnies et le milieu culturel. À Bamako, nous retenons que les initiatives proviennent des femmes, cependant, les décisions finales appartiennent aux hommes. Si les processus décisionnels diffèrent entre la ville et le milieu rural, voyons ce qui en fait la différence à Bamako ?

4.1.1.2 Le fondement des pratiques des excisions et des infibulations à Bamako

Le fondement est considéré comme l'élément essentiel qui sert de base à une chose. Dans la ville de Bamako, les pratiques des excisions et des infibulations sont perçues comme fondamentalement traditionnelles pour les uns, et religieuses pour les autres. D'après les témoignages des personnes interviewées ayant autorisé des excisions à Bamako, les arguments en faveur de ces pratiques reposent sur l'ancienneté de ces rites ou la tradition. Pour elles, ce sont des pratiques coutumières et ancestrales qu'il faut obligatoirement perpétuer :

« L'excision est motivée par nos traditions. Les traditions, c'est quelque chose, si tu regardes de près, depuis les temps immémoriaux jusqu'à nos jours, nous suivons tous quelque chose dans nos familles. Donc à cause de cela, nous avons accepté l'excision et nous ne connaissons pas d'inconvénients là-dedans » (E10H7).⁴²

« Mon enfant,⁴³ cette pratique prend son origine dans des pratiques traditionnelles, les vieilles traditions, les vieilles traditions (...) Nous sommes nés et avons trouvé que l'excision est pratiquée jusqu'à maintenant. Pour moi, de mon côté je n'ai vu aucun problème à propos de cette pratique » (E27F12).⁴⁴

Les excisions et les infibulations sont perçues comme des principes traditionnels communs aux sociétés qui les maintiennent. Autrement dit : il faut exciser les filles pour

⁴² E10H7 : Entrevue numéro 10, personne interviewée : Homme, numéro 7.

⁴³ La personne interviewée étant une femme assez âgée, quand elle répondait à une question, elle s'adressait à nous en disant « mon enfant ».

⁴⁴ E27F12 : Entrevue numéro 27, personne interviewée : Femme, numéro 12.

continuer la tradition. Cependant, d'autres arguments avancés plus loin, par les mêmes répondants par rapport aux fonctions de ces pratiques dans la ville de Bamako, permettent d'observer, à travers ces rites, une tendance vers le contrôle sexuel des femmes. De par leurs fonctions, les excisions et les infibulations sont devenues ainsi des moyens pour éduquer les filles afin de leur éviter « beaucoup de choses »⁴⁵ dans une grande ville.

4.1.1.3 Les pratiques des excisions et des infibulations à Bamako : quelle fonction dans les communautés qui les maintiennent ?

4.1.1.3.1 Le contrôle ou l'éducation sexuelle des femmes ?

Suivant les affirmations des personnes interviewées, l'objectif premier de la formation des filles, à travers les excisions et les infibulations, se situe au niveau de la maîtrise de leur désir sexuel, c'est-à-dire sa diminution (en Bambara, « ka do bo a negé la », ou encore « ka negé dogoya »). Pour rendre les filles réceptives aux enseignements, on effectue des opérations sur les organes génitaux externes, selon cet interviewé (E22H13).⁴⁶ C'est grâce à ces opérations que les jeunes filles apprennent à se maîtriser sur le plan sexuel.

Une fois excisées, les jeunes filles doivent adopter les façons de faire des femmes, les bonnes manières pour couvrir et protéger leur intimité corporelle, c'est-à-dire ses organes génitaux et ses seins. Elles apprennent donc à bien attacher leur pagne, comment le réajuster en public, et à ne pas le détacher pour n'importe qui sauf pour leur mari, insiste cet autre intervenant (E9H6).⁴⁷ Elles doivent se garder de tout rapport sexuel avant le mariage pour conserver leur virginité, honorant ainsi leur famille. Et après leur mariage, elles seront

⁴⁵ « Beaucoup de choses » fait référence à tout ce qui se rapporte au sexe et à la sexualité.

⁴⁶ E22H12 : Entrevue numéro 22, personne interviewée : Homme, numéro 12.

⁴⁷ E9H6 : Entrevue numéro 9, personne interviewée : Homme, numéro 6.

capables de rester fidèles à leur époux. Presque toutes les personnes interviewées ont admis que le premier objectif des excisions et des infibulations est de diminuer l'envie sexuelle des filles comme souligné en ces termes :

« Le but de l'excision était d'atténuer le désir sexuel des femmes, diminuer le désir sexuel des femmes c'était la toute première raison (...) Le bon chemin passe par l'excision parce que si les filles grandissent sans être excisées, c'est fort possible que certaines auront des désirs sexuels exagérés, certaines auront des envies sexuelles exagérées. Bon, le fait qu'elles vont avoir plus de désirs sexuels, c'est fait pour atténuer ces désirs, pour que ces envies ne soient pas exagérées. L'excision permet d'atténuer les désirs sexuels, c'est la raison » (E16F8).⁴⁸

Cet autre répondant exprime sa motivation qui consiste à permettre aux femmes de se maîtriser sur le plan sexuel, surtout en l'absence de leur mari :

« J'ai donné mon accord pour l'avenir pour que la fille-là n'ait pas une envie sexuelle élevée (...) Dans notre pays, nos populations sont des voyageuses. Les hommes épousent des femmes et partent en exode les laissant derrière eux pendant un an, deux ans, trois ans ; les femmes peuvent maîtriser leurs envies sexuelles. Comment elles maîtrisent leurs désirs sexuels ? Parce que l'organe qui est coupé c'est ça qui diminue leurs désirs sexuels. Mais une fille non excisée ne peut pas se maîtriser, se retenir aussi longtemps qu'une fille excisée » (E9H6).⁴⁹

Un autre participant met en relief l'avantage des excisions et des infibulations, parce qu'elles éviteraient aux filles d'avoir des grossesses hors mariage :

« Ça fait perdre un peu la sensualité de la femme. Mais cela a un avantage parce que chez nous ici, si tu constates, l'excision diminue la sensualité de la jeune fille, donc ce qui lui permet d'éviter beaucoup de choses. Mais si l'organe est là aussi, elle ne peut pas éviter beaucoup de chose, « or que » dans notre coutume, il est montré qu'une fille ne doit pas avoir d'enfant avant son mariage malgré que cela se fait maintenant, mais elle ne doit pas avoir d'enfant avant d'aller chez son mari. Donc si elle n'est pas excisée, elle est exposée parce qu'elle ne peut pas résister aux sentiments des hommes (...) Si la fille doit se marier, ils

⁴⁸ E16F8 : Entrevue numéro 16, personne interviewée : Femme, numéro 8.

⁴⁹ E9H6 : Entrevue numéro 9, personne interviewée : Homme, numéro 6.

font la « chose », quand on l'excise (...) c'est ce que j'ai constaté, ce n'est pas ce que j'ai entendu des personnes âgées, ce que j'ai constaté, c'est diminuer un peu son envie sexuelle. Vraiment si la femme n'est pas excisée – tu m'excuses hein - (...) si tu touches à sa « chose » qui n'est pas coupée, donc vraiment elle est trop sensuelle, elle ne peut pas du tout résister en aucune manière. Mais si c'est enlevé, il n'y a pas de problème » (E1H1).⁵⁰

La connotation religieuse de ces pratiques apparaît dans l'argumentation d'un autre répondant, qui se représente à travers les excisions et les infibulations une purification qui permet de diminuer l'envie sexuelle des femmes :

« À ma connaissance les personnes excisées ont moins d'envie sexuelle. Elles n'ont pas d'envie sexuelle exagérée. Mais, celles qui n'ont pas été purifiées, leurs désirs sexuels sont trop exagérés, trop exagérés » (E19H11).⁵¹

Cette répondante corrobore les affirmations précédentes en insistant sur le fait que les excisions et les infibulations sont motivées à cause de la manière de vivre des enfants d'aujourd'hui :

« Les raisons qui me motivent sont liées à la manière de vivre des enfants d'aujourd'hui. Si tu laisses les filles : premièrement, les femmes sont plus nombreuses que les hommes. Si tu laisses les filles, d'abord elles sont beaucoup sensibles sur le plan affectif et leur désir sexuel est très grand. Sans l'excision, les filles sont très sensibles, l'excision diminue cette sensibilité du corps et diminue aussi le désir. Si tu enlèves un peu de l'organe sexuel, cela permet de diminuer le désir de son corps; sinon la personne non excisée est très vite excitable plus que celle qui a été excisée » (E23F10).⁵²

L'analyse de ces données montre la croyance populaire à Bamako que les excisions et les infibulations diminuent le désir ou l'envie sexuelle des femmes. Dans une telle société, les croyances sont comprises comme des convictions, des principes et des idées acceptés par la communauté comme vrais ou réels, même sans preuves rationnelles ou positives. Dans cette

⁵⁰ E1H1 : Entrevue numéro 1, personne interviewée : Homme, numéro 1.

⁵¹ E19H11 : Entrevue numéro 19, personne interviewée : Homme, numéro 11.

⁵² E23F10 : Entrevue numéro 23, personne interviewée : Femme, numéro 10.

logique, selon les personnes interviewées, les excisions et les infibulations diminuent le désir sexuel et jouent un rôle d'éducation sexuelle des femmes.

Que les excisions et les infibulations aient un fondement traditionnel ou religieux, la logique autour de l'éducation sexuelle des filles de Bamako s'enracine sur le contrôle du désir ou de l'envie sexuelle avant et après le mariage.⁵³ La réduction de la sensibilité des organes érectiles est, dans la perception des populations, directement liée à la réduction de la sensualité des femmes. Avec tous ces organes érectiles intacts, l'appétit sexuel des femmes serait démesuré, jusqu'à devenir une situation insupportable pour les hommes, qui craignent de ne pas pouvoir les satisfaire. Dans cet esprit, un participant a rappelé que dans la tradition, les jeunes filles mariées, déjà excisées, étaient affaiblies davantage dans les chambres nuptiales avec des plats laxatifs, afin de permettre à leur mari de garder le contrôle des rapports sexuels sans s'épuiser⁵⁴ : « muso mankan k'a cè kènyèn kogno so kono », c'est-à-dire la femme ne

⁵³ Dans la langue Bambara l'expression « negé », signifie le désir ou l'envie qui renvoie à l'appétit sexuel ou à un besoin de satisfaction sexuelle quand elle est utilisée dans le cadre des excisions, mais le terme ne renvoie pas au plaisir sexuel. Dans cette logique, les excisions ne sont pas faites pour diminuer le plaisir sexuel des femmes, mais l'envie ou le désir sexuel.

⁵⁴ La tradition de la chambre nuptiale est une épreuve pour l'homme sur le plan sexuel. Les hommes, pendant une semaine, qui correspond à la durée du temps de la chambre nuptiale, doivent être capables de répondre à toutes les sollicitations sexuelles des femmes et de les satisfaire dans ce sens. En aucun moment, les hommes ne doivent pas se trouver dans un état où ils seraient incapables d'accomplir cette obligation. Les repas servis durant cette semaine sont des plats assaisonnés de produits aphrodisiaques pour stimuler l'appétit sexuel du couple. Selon le témoignage d'un interviewé, puisque les hommes d'une manière générale n'arrivent pas à satisfaire cette exigence nuptiale, on affaiblit les femmes avec des laxatifs, c'est-à-dire provoquant une certaine désidration, afin qu'il y ait moins de demandes de la part de celles-ci, et cela permet aux hommes de contrôler la situation. Très souvent, on attend des hommes de pouvoir féconder les femmes durant cette période. Raison pour laquelle, les trois mois qui suivent la chambre nuptiale, on observe si les jeunes filles mariées ont des moments de nausées et de vomissements qui sont interprétés comme des signes d'un début de grossesse dans la tradition. Toute grossesse contractée pendant cette période est signe de la légitimité filiale du futur enfant à naître : un enfant légitime en Bambara « yèrè wolo den » traduction littérale : enfant né de mon propre sang.

doit pas avoir « *le dessus* » sur l'homme dans la chambre nuptiale, l'homme doit être toujours capable de répondre à la demande des femmes et de la satisfaire sur le plan sexuel (E9H6).⁵⁵

Les excisions et les infibulations jouent donc un rôle de « garde-fou » dans un milieu urbain. Elles représentent également des normes permettant de sauvegarder les valeurs telles que « l'honneur » et la notion de « honte », dans le sens de « timidité » ou de « gêne », que les femmes doivent porter vis-à-vis de la sexualité (MPFEF, 2009). Ce n'est qu'à travers cette démarcation que les femmes peuvent sauvegarder leur honneur et celui de leur famille. Cette dimension est intimement liée à la virginité des jeunes filles avant le mariage et à la fidélité des femmes mariées. C'est ainsi que les excisions et les infibulations sont présentées comme des moyens qui permettent aux femmes de sauvegarder leur dignité et leur honneur. Cet aspect ressort comme un conseil donné par une mère à sa fille dans l'entrevue E9H6 :

« Mais avant cela, chaque mère de famille donne des conseils à sa fille : prends garde à toi, tu n'es pas un garçon, tu es une fille, tu as quelque chose à préserver, si tu fréquentes les hommes, tu risques de perdre cette valeur parce qu'à force de rapprochement avec les hommes l'amour va naître entre vous, vous aller avoir des yeux l'un pour l'autre et vous allez commettre des actes abominables qu'aucun de tes proches n'a fait. Fais en sorte d'arriver vierge à ton mariage ».

De nombreux interdits sexuels et la pudeur qui les accompagne nous instruisent sur la gestion de la sexualité dans les sociétés traditionnelles. Comme nous l'avons souligné au troisième chapitre, le quotidien de la population de Bamako est en fonction des représentations tirées du terroir traditionnel et souvent du poids de la religion musulmane. Dans cet esprit, selon les personnes interviewées, les excisions et les infibulations sauvegardent la stabilité de la société à travers la virginité, la maîtrise du désir sexuel et la fidélité des femmes mariées. Ces

⁵⁵ E9H6 : Entrevue numéro 9, personne interviewée : Homme, numéro 6.

pratiques sont considérées comme un état habituel, conforme à une règle établie par la société, sur laquelle s'articulent les attributs liés à la féminité. Ainsi, selon les personnes interviewées qui les défendent, ces pratiques transmettent des valeurs liées aux normes de la société.

Les expressions communément utilisées lors des entrevues pour marquer cette dimension de valeurs désignent les excisions et les infibulations comme un moyen d'hygiène féminine. On rapporte aussi que les excisions facilitent les rapports sexuels, les accouchements, et confèrent aux femmes leur vraie féminité. Elles deviennent ainsi donc une partie intégrante de ce qui fait la dignité des femmes dans les communautés qui les maintiennent. Les membres de ces communautés se reconnaissent et se respectent à travers ces pratiques culturelles, et les autres femmes ne sont réellement considérées comme des vraies femmes que si elles sont excisées. Ces pratiques comportent une fonction de véritable éducation pour les futures épouses comme l'exprime ce répondant :

« Si on dit qu'exciser une femme, c'est diminuer son humanité, cela peut être vrai, mais ce n'est pas fait pour cela. On le fait, mais que la pratique ait des complications pour la femme, ce n'est pas fait pour cela. Même si cela arrivait, ce n'était pas l'intention de la pratique. L'intention ou le but est que la femme arrive à se maîtriser, que la femme soit éduquée, qu'elle apprenne le rôle de la femme. Qu'elle devienne mûre, adulte avant d'aller dans son foyer conjugal. Ce sont les raisons pour lesquelles on pratique les excisions. Disons, le fait de lui couper un organe et les complications qui peuvent suivre sont des réalités, mais ce n'est pas fait dans l'intention de provoquer ces complications (...) Si c'était réellement fait pour provoquer les complications, on peut alors dire qu'on a bafoué la dignité de la femme. Les vraies raisons, c'est pour bien éduquer la femme, qu'elle apprenne son rôle de femme, au moment où elle arrive chez son mari, qu'elle sache quel est son rôle de femme; c'est cela la dignité de la femme et la raison de la pratique » (E22H12).⁵⁶

Pour ces deux autres participants, une femme ne peut prétendre à son statut de femme qu'à travers les excisions : « Tant qu'une fille n'est pas excisée, elle n'est pas considérée

⁵⁶ E22H13 : Entrevue numéro 22, personne interviewée : Homme, numéro 13.

parmi les femmes dans notre coutume » (E15H8).⁵⁷ « Nous pratiquons l'excision parce qu'une femme non excisée n'est pas une femme complète dans notre tradition ici » (E21F9).⁵⁸

Il ressort de ces entretiens que les excisions considérées comme normes sociales dans les ethnies qui les pratiquent ressemblent aux deux faces de la même médaille. D'un côté, les femmes excisées sont admirées, et de l'autre côté les femmes non excisées sont marginalisées et stigmatisées. L'image dévalorisante des femmes non excisées est perceptible à travers nos données d'entretiens. Ces femmes sont soupçonnées d'infidélité et de promiscuité sexuelle. Les propos de ces deux répondants sont très significatifs en ce sens :

« La femme non excisée n'est jamais satisfaite aussi quoi, donc elle a toujours besoin des hommes » (E4H2).⁵⁹

« De nos jours pour la pratique de l'excision, tant que nous avons encore nos grands- parents ils diront toujours qu'une femme non excisée est malpropre ; les gens ont le dégoût d'être avec elle (...) Une fille qui n'est pas excisée aime beaucoup plus les garçons. Elle aime faire le rapport sexuel avec les hommes. Alors une fille de ce genre chez nous ici, si ce n'est pas aujourd'hui, les gens ne la considéraient même pas. Elle était considérée comme une personne dégoûtante. Les gens ne voulaient pas s'approcher d'elle. Personne n'aimait qu'une telle fille fréquente ses enfants. Donc elle devenait ainsi « une personne dégoûtante ». Personne ne voulait qu'une telle fille fréquente les autres enfants pour ne pas leur transmettre des mauvais caractères » (E26F11).⁶⁰

Même si ces témoignages sur le contrôle de la sexualité sont pertinents pour certains répondants, quelques personnes n'ont pas hésité à afficher leur désaccord. Elles affirment que cette logique de diminuer le désir sexuel ne peut être réelle à Bamako, puisqu'il existe des maisons closes dans certains quartiers populaires dont 90% des occupantes sont des femmes

⁵⁷ E15H8 : Entretien numéro 15, personne interviewée : Homme, numéro 8.

⁵⁸ E21F9 : Entretien numéro 21, personne interviewée : Femme, numéro 9.

⁵⁹ E4H2 : Entretien numéro 4, personne interviewée : Homme, numéro 2.

⁶⁰ E26F11 : Entretien numéro 26, personne interviewée : Femme, numéro 11.

excisées (E7H4).⁶¹ D'autres participants ont mentionné qu'il y a beaucoup de jeunes filles aujourd'hui entre douze et quinze ans qui ont des enfants avant leur mariage (E13F6).⁶² Alors pour ces interlocuteurs, où sont les valeurs que les excisions et les infibulations apportent et sauvegardent dans ce contexte précis par rapport à la maîtrise de soi sur le plan sexuel ? Donc selon eux, des arguments et des rumeurs des femmes non-excisées qui seraient infidèles et volages ne sont pas fondés (E7H4).

Il reste que les excisions et les infibulations sont devenues contraignantes pour certaines personnes à Bamako, car quelques parents se voient obligés de faire exciser leurs filles, juste pour leur éviter d'être stigmatisés. Pour les communautés musulmanes, d'autres maintiennent ces pratiques pour que leurs familles soient reconnues et appréciées comme exemplaires sur le plan religieux.

4.1.1.3.2 Les excisions et les infibulations : des contraintes sociales ?

En accord avec la pensée de Blau (in Poupart et al. 1997), il semble que les excisions et les infibulations soient des pratiques contraignantes pour certains parents à Bamako, puisque les valeurs ou les normes sociales qui y sont associées, exercent une contrainte sur les membres d'un groupe, ou d'une population dans ce cas, indépendamment des valeurs intériorisées par les individus. Quelques personnes interviewées, opposées à ces rituels, ont

⁶¹ E7H4 : Entrevue numéro 7, personne interviewée : Homme, numéro 4.

⁶² E13F6 : Entrevue numéro 13, personne interviewée : Femme, numéro 6.

reconnu y avoir soumis leurs filles pour leur éviter des « sabotages »⁶³ ou des railleries (Bilakoro : non excisée) tel que décrit dans ces citations :

« En ce moment ma conviction était que les enfants soient excisées. Nous n'avons pas d'autres raisons que les enfants soient excisées seulement. Parce que nous pensons que si tu n'es pas excisée les propos tenus par tes camarades sont graves : « Bilakoro » (non excisée). Si une fille n'est pas excisée, ses camarades l'appellent « non excisée ». Ça, c'est une grave injure chez nous ici. Bon ! Cela bafoue même la dignité chez nous ici (...) Ça bafoue la dignité, parce qu'on peut te traiter de non musulmane, tu n'es pas une personne respectable, tu n'es pas considérée comme une personne sérieuse, parce qu'on dit qu'une femme qui n'est pas excisée n'est pas sérieuse. On cite même des ethnies qui n'excisent pas et on dit que « tu es comme ces gens » (E10H7).⁶⁴

Cette participante précise qu'elle a soumis ses filles aux excisions à cause de la mentalité des gens d'aujourd'hui :

« J'ai décidé de faire exciser mes enfants à cause de la mentalité des gens d'aujourd'hui. Si tes filles ne sont pas excisées, si elles sont mariées, elles risquent d'être la risée des autres. Je voulais leur éviter un tel sort dans leur futur foyer. On ne leur dira jamais non excisées. Si on dit à une femme non excisée, cela engendre une bagarre. Avant qu'on ne t'appelle non excisée, il faut exciser les enfants, sinon les gens finiront par leur dire « Bilakoromuso » (femme non excisée) (E23F10).⁶⁵

Dans le même ordre d'idée, une répondante Peulh rapporte que dans son ethnie, les femmes n'ont pas de valeur si elles ne sont pas excisées, les gens ne mangent même pas les repas qu'elles préparent :

« La femme n'a pas de valeur chez moi quand elle ne le fait pas. Elle n'est même pas considérée comme une bonne musulmane quand elle ne le fait pas. Et elle risque tous les mots de sa belle-famille. Ses plats, les mets qu'elle prépare, quand elle n'a pas subi l'intervention, ne sont pas consommés par les tiens.

⁶³ Le mot « sabotage » est fréquemment utilisé en Bambara pour parler de moquerie verbale en général. Les termes utilisés en conséquences blessent celui ou celle à qui ils sont adressés : ça peut être des injures ou des termes péjoratifs en langue pour désigner un défaut.

⁶⁴ E10H7 : Entrevue numéro 10, personne interviewée : Homme, numéro 7.

⁶⁵ E23F10 : Entrevue numéro 23, personne interviewée : Femme, numéro 10.

Aucune considération, aucune valeur intrinsèque dans mon ethnique, dans ma culture. Je ne sais pas comment vous le dire, obligatoirement il faut que tu passes par-là. Même si tu fais semblant de passer par là, il faut le faire, sinon, non ! Tu n'es pas acceptée par notre société » (E3F2).⁶⁶

Ces données montrent que certains parents se sentent obligés de faire exciser leurs filles, parce que leur conviction de pratiquer ou pas les excisions s'amarre aux mécanismes complexes des liens et des considérations sociales qui existent entre les décisions au sein des familles et les contraintes culturelles. Le fait que certains parents ne peuvent s'opposer aux excisions de leurs enfants revient à dire qu'une part importante de la décision d'exciser ou non leur échappe à cause des contraintes sociales. Aussi, les décisions concernant ces pratiques traditionnelles, comme celles concernant la gestion de leur famille sont-elles fortement influencées par le contexte, les normes et les valeurs culturelles.

Au moment où certains prennent des décisions, ils n'agissent pas de façon isolée mais sous l'influence du contexte social qui véhicule un éventail de messages lesquels influencent leurs décisions (Latoures, 2008). Ce qui amène beaucoup de parents à faire des choix qui ne correspondent pas toujours à leurs aspirations pour leurs enfants, raison pour laquelle en s'inspirant de la pensée de Blau (in Poupart et al. 1997), on peut dire qu'en matière des excisions et des infibulations, les effets structuraux dans la société existent toujours, peu importe qu'on soit musulman, animiste ou chrétien. Devant de tels dilemmes et les mobilisations contre ces pratiques, celles-ci ont pris de nouvelles formes et sont devenues de plus en plus clandestines dans la ville de Bamako.

⁶⁶ E3F2 : Entrevue numéro 3, personne interviewée : Femme, numéro 2.

4.1.1.4 Les excisions et les infibulations : des pratiques clandestines à Bamako

Les excisions et les infibulations étaient, jadis, des véritables rites d'initiation pubertaire, des pratiques culturelles collectives, publiques et festives. Elles étaient toujours associées à des périodes de réclusion durant lesquelles une formation était donnée aux jeunes filles qui les subissaient. Aujourd'hui, avec l'engagement du gouvernement malien qui a signé et ratifié des textes internationaux, régionaux et mêmes nationaux relatifs aux pratiques culturelles néfastes,⁶⁷ et avec les campagnes de sensibilisation des partenaires techniques et financiers contre ces mêmes pratiques, elles sont devenues clandestines dans la ville de Bamako, donnant l'impression au gens que les populations les ont abandonnées. Cette dimension a été fortement soulignée par la quasi-totalité des personnes interviewées. On ne voit plus les gens manifester publiquement les cérémonies d'excisions et d'infibulations comme auparavant, d'après ces témoignages :

« Tous ceux qui faisaient publiquement les excisions pour que tout le monde le sache à travers les grandes fêtes et réjouissances. Avant quand on faisait l'excision, on organisait des grandes fêtes, et on passait la nuit à danser et le lendemain on amenait les filles pour les exciser et continuer les réjouissances, tout cela est abandonné. Même si on la fait encore, ce n'est plus comme avant, les choses ont beaucoup diminué » (E16F8).⁶⁸

« Même si quelqu'un veut faire exciser sa fille, il se cache pour la faire, mais personne ne le saura. Sur ce plan, la signature de ces textes a eu de l'impact

⁶⁷ Le Mali, à l'instar de beaucoup de pays africains, a signé des conventions, des chartes et des protocoles relatifs à des pratiques traditionnelles néfastes à la santé des femmes comme les excisions. Parmi ces textes nous avons : La convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes : Le Mali a signé et ratifié cette convention le 10 septembre 1985.

Les droits des enfants : Le Mali a ratifié cette convention le 20 septembre 1990.

Le protocole optionnel à la CEDEF : Le Mali a signé ce protocole le 5 octobre 2000.

La charte africaine : Le Mali a ratifié cette charte le 21 décembre 1981.

La charte africaine des droits de l'enfant : Le Mali a ratifié cette charte le 3 juin 1998.

Le protocole de Maputo : Le Mali a signé ce protocole le 3 juin 2005.

La lettre circulaire du Ministère de la Promotion de la Femme : le 7 janvier 1999.

⁶⁸ E16F8 : Entrevue numéro 16, personne interviewée : Femme, numéro 8.

parce que tout le monde dit qu'il ne fera plus la pratique. Si les gens se cachent pour la faire, ça c'est la pratique clandestine, sinon la pratique publique, au vu et au su de tout le monde, a beaucoup diminué » (E2F1).⁶⁹

Comment expliquer ce nouveau comportement des populations de Bamako ? D'après nos interlocuteurs, les excisions et les infibulations dans la discrétion résultent de plusieurs facteurs. Selon eux, la manière dont le gouvernement a signé et ratifié les textes et les attitudes ambivalentes des acteurs impliqués dans les campagnes de sensibilisation ont créé une confusion chez les populations. Beaucoup de répondants ont remarqué que ceux et celles qui prônent l'abandon de ces pratiques font de ces campagnes leur gagne-pain, ils vivent dans le luxe, circulent dans les grosses voitures et vont faire exciser leurs enfants en discrétion dans les centres de santé ou à domicile.

Quelques interlocuteurs trouvent que l'attitude du gouvernement est « mi-figue, mi-raisin »⁷⁰ dans la signature de ces textes. En effet, ces dirigeants maliens ont voulu gérer un problème culturel d'une façon politique sans aucune implication des populations civiles qui sont les premières concernées. Cet état de fait a donné une mauvaise impression aux populations. Les gens pensent que c'est une décision imposée par les Européens. La religion s'en est mêlée et cela a renforcé ainsi la position de ceux et celles qui justifient ces pratiques comme une obligation religieuse.

Les données révèlent que le maintien et la clandestinité des excisions et des infibulations relèvent d'un contexte social et politique très complexe et polémique au Mali. Les différents propos d'entrevues sur la stratégie politique laissent supposer une certaine dissension entre les dirigeants du gouvernement, les organisations non gouvernementales

⁶⁹ E2F1 : Entrevue numéro 2, personne interviewée : Femme, numéro 1.

⁷⁰ E7H4 : Entrevue numéro 7, personne interviewée : Homme, numéro 4.

(ONG) et certaines communautés musulmanes. Les défenseurs de ces pratiques proclament que l'État Malien n'est rien d'autre que la voix des Européens, et dans ce contexte, les dirigeants politiques ne pourront pas imposer quoi que ce soit aux populations dans le but d'abandonner ces pratiques.

Nous retenons de cette analyse que la tendance à la baisse des excisions et des infibulations dans la ville de Bamako, soutenue par certains répondants, ne confirme pas pour autant l'abandon de ces pratiques par les populations. Et il serait difficile, selon certaines personnes interviewées, d'évaluer dans cette situation de clandestinité les risques et les complications sanitaires qui s'en suivent. Certains parents craignent que la clandestinité de ces pratiques, à Bamako, ait une conséquence sur l'âge auquel sont excisées les filles, et on a signalé que ces rites sont effectués de plus en plus chez les enfants nouveau-nés.

4.1.1.5 Les excisions et les infibulations : la tendance au rajeunissement

Selon les répondants, les excisions et les infibulations des enfants sont devenues des pratiques courantes contemporaines. Autrefois, les filles étaient excisées entre sept et vingt ans, ce qui leur permettait de comprendre le sens des rituels. Leurs organes étaient bien développés et il y avait « de quoi couper », selon cet interlocuteur E9H6.⁷¹ Aujourd'hui, les filles sont excisées bien avant l'adolescence. Dans certaines communautés, dès que la femme accouche, les pourparlers commencent afin de déterminer la date de l'excision de l'enfant. Les témoignages donnés à ce sujet confirment cette tendance :

« Chez nous très généralement, quand la femme accouche et qu'il se trouve que l'enfant né est une fille, donc une fois que l'enfant...qu'on a pu faire le

⁷¹ Entrevue numéro 9, personne interviewée : Homme, numéro 6.

baptême, très généralement les deux mois qui suivent ou souvent le quatrième mois, on fait l'excision » (E4H2).⁷²

« Autrefois, c'était à partir de sept ans. Maintenant, c'est la semaine même de la naissance, pour d'autres le quarantième jour de la naissance ils font l'excision. Pour moi personnellement, j'excise mes filles à leur quarantième jour (...) La seule différence qu'il y a entre exciser un bébé et exciser une adolescente, c'est lorsque la fille est excisée quand elle est grande, elle le sait et le sent dans son corps, mais quand elle est excisée enfant, elle ne sait rien » (E21F9).⁷³

« Auparavant chez nous, nos filles atteignaient vingt ans avant d'être excisées. Une fille devait avoir vingt ans d'abord avant d'être excisée. À vingt ans, quand tu étais excisée, tu partais chez ton mari la même année (...) De nos jours, les filles sont excisées très tôt, cela a aussi entraîné beaucoup de choses, parce qu'elles ne sentent plus de douleurs dans ces pratiques-là. Elles étaient éduquées dans le but de supporter la douleur » (E30F14).⁷⁴

Les excisions des nourrissons semblent plus faciles et moins compliquées pour certaines femmes. La durée de la cicatrisation est écourtée. Cinq à six jours suffisent pour que la douleur disparaisse (E29F13).⁷⁵ Les bébés n'ont pas la capacité de « chatouiller » la plaie en cicatrisation, ce qui retarde généralement la guérison. Par contre, d'autres interlocuteurs étaient d'avis que les excisions, chez les nourrissons ne répondent pas à l'authenticité des pratiques traditionnelles qui lient ces opérations aux enseignements donnés aux filles dans les cases de réclusion. Exciser les bébés est risqué et trop dangereux selon ce témoignage :

« Celles qui doivent être excisées à seize et dix-sept ans, si tu les excises à une semaine, qu'est-ce que tu vas couper ? Quand tu excises un petit enfant, tu l'as exposé à tous les dangers (...) On ne doit pas exposer les enfants » (E9H6).⁷⁶

Ces transcriptions d'entrevues nous démontrent que les propos concernant les excisions et les infibulations des enfants à Bamako ne font pas l'unanimité, ce qui confirme la diversité

⁷² Entrevue numéro 4, personne interviewée : Homme, numéro 2.

⁷³ Entrevue numéro 21, personne interviewée : Femme, numéro 9.

⁷⁴ Entrevue numéro 30, personne interviewée : Femme, numéro 14.

⁷⁵ Entrevue numéro 29, personne interviewée : Femme, numéro 13.

⁷⁶ Entrevue numéro 9, personne interviewée : Homme, numéro 6.

des motivations et des croyances à ce sujet. S'il faut respecter la dimension traditionnelle pour certains, les excisions des enfants sont dépourvues de sens, et nous assistons à la déritualisation de ce qui auparavant était considéré comme une cérémonie initiatique.

4.1.1.6 Les excisions et les infibulations : des pratiques déritualisées

La clandestinité et l'individualité des excisions et des infibulations ont influencé la forme des opérations qui ne répondent plus à leur objectif. En plus du contrôle éducatif sur le plan sexuel, ces rituels éprouvaient la bravoure des filles, leur courage à supporter la douleur (E20H12).⁷⁷ Ces épreuves de bravoure n'existent plus en ville, et les parents recherchent plutôt la facilité, la discrétion dans les pratiques individuelles. Des mesures sont prises afin d'éviter les douleurs, les risques et les conséquences de la méthode traditionnelle d'exciser ou d'infibuler. La tendance à moderniser les rituels des excisions et des infibulations a entraîné leur déritualisation dans la ville de Bamako, et aucun parent ne veut qu'on sache publiquement que ses enfants ont subi ces pratiques :

« Si tu vas chez un tel, on dira : Ah, l'enfant vient du centre de santé, on a fait ça. Mais la façon dont on extériorisait avant avec des manifestations folkloriques, comme pour les filles de 15 à 20 ans qu'on excisait et on se rassemblait pour fêter (...) On rassemblait les filles on les habillait avec des pagnes noirs, pour accomplir certains rites traditionnels, qu'on appelle « furassi », on a vu tout ça ici à Bamako, mais cela a disparu » (E8H5).⁷⁸

« La grande différence de la pratique entre la ville de Bamako et la campagne est que dans le milieu rural, le rite des excisions est collectif alors qu'en ville, c'est vraiment individuel. Certains vont dans les structures de santé pour pratiquer les excisions. C'est vraiment l'individualisme en ville et cela diffère des réalités des milieux ruraux » (E22H13).⁷⁹

⁷⁷ Entrevue numéro 20, personne interviewée : Homme, numéro 12.

⁷⁸ Entrevue numéro 8, personne interviewée : Homme, numéro 5.

⁷⁹ Entrevue numéro 22, personne interviewée : Homme, numéro 13.

Il ressort des entrevues effectuées que les conditions pour des cérémonies initiatiques des excisions et des infibulations et les périodes de réclusion ne sont plus réunies dans la ville de Bamako. Même si ces pratiques perdurent, c'est simplement des opérations physiques comme le souligne la plupart des répondants et des répondantes. Dans ce contexte, ces pratiques culturelles deviennent de plus en plus médicalisées.

4.1.1.7 La tendance à la médicalisation et vers des formes moins extensives

Face aux changements constatés dans les pratiques des excisions et des infibulations, les arguments diffèrent entre les volontaires défenseurs et les opposants. Les uns perçoivent à travers ces changements une évolution dans la pratique des excisions. La médicalisation de ces actes par des professionnels de la santé, l'usage des instruments médicaux stérilisés et individualisés, et le fait de diminuer les portions excisées du clitoris et des petites lèvres, sont perçus comme positifs, comme l'attestent ces entrevues :

« Donc pour moi à Bamako l'excision se fait, mais aujourd'hui la médecine moderne en fait, mais pas comme de façon traditionnelle (...) parce que la manière de couper diffère (...) La manière d'enlever aussi diffère » (E4H2).⁸⁰

« Il y a des infirmières qui font aussi. Ça c'est plus facile que la méthode traditionnelle. Parce qu'il y a un niveau, un prêcheur même a déjà dit ça, que la gravité dans l'excision c'est quoi ? Il y a un niveau qu'il ne faut pas dépasser, tu ne dois pas dépasser ce niveau en descendant ; c'est ça qui entraîne des conséquences » (E18H10).⁸¹

« Avant, la manière de pratiquer l'excision et maintenant, les choses ont changé, ce n'est plus pareil. Il y a des rites, mais ce n'est pas comme dans le temps. Pour la pratique et celle qui la pratique même, il y a une grande différence avec la pratique auparavant (...) Ce que j'ai vu, la manière de couper est différente de la manière actuelle, on ne coupe plus comme avant. Maintenant on coupe un peu seulement, on diminue mais on ne coupe pas tout.

⁸⁰ Entrevue numéro 4, personne interviewée : Homme, numéro 2.

⁸¹ Entrevue numéro 18, personne interviewée : Homme, numéro 10.

Avant on coupait tout, on enlevait tout, mais aujourd'hui c'est la moitié »
(E30F14).⁸²

Les arguments sur la perception des excisions et des infibulations à Bamako montrent que ces pratiques ont pris une autre dimension différente de leur signification traditionnelle qui associait les rites à l'éducation des filles d'une façon collective. La modernisation de ces pratiques, par des moyens médicaux, crée de l'enthousiasme chez certains à cause de la diminution des risques encourus. Cependant, cette « évolution » pour d'autres pose la question de la signification et du sens actuels des excisions et des infibulations. La clandestinité au niveau des personnes qui opèrent, les lieux et les pratiques posent même la question de la légitimité de ces rituels en ville. Le simple marquage corporel dans la clandestinité, par des professionnels de la santé ou même des exciseuses, n'atteint pas le but des excisions (E9H6).⁸³ Pour certains répondants, défenseurs de ces pratiques, il faut revenir à la dimension traditionnelle des excisions en respectant l'âge majeure des filles, c'est-à-dire entre quinze et vingt ans, et à la méthode traditionnelle éducative, si on veut que ces rituels répondent à leur première vocation.

En effet, selon le Ministère de la Promotion de la femme, de l'enfant et de la famille (MPFEF, 2009), à Bamako, contrairement aux autres régions du Mali, environ 25,8% des excisions ne sont plus effectuées par les exciseuses traditionnelles. Environ 1 à 2% des interventions sont accomplies par des médecins, 6 à 8% par des sages-femmes et des infirmières, 11,3% par des matrones et des accoucheuses traditionnelles (MPFEF, 2009). Selon la même source, on peut estimer que 23,3% de ces pratiques à Bamako sont effectuées par des professionnels de la santé dont 12% sont diplômés et 11,3% non diplômés qu'on

⁸² Entrevue numéro 30, personne interviewée : Femme, numéro 14.

⁸³ Entrevue numéro 9, personne interviewée : Homme, numéro 6.

nomme agents de santé de base. Bien que le personnel de la santé s'en défende à Bamako, les demandes des excisions et des infibulations sont bien réelles en milieu sanitaire.⁸⁴

La croissance du nombre d'intervention des excisions et des infibulations par le personnel de la santé répond à la demande de certains parents, conscients des risques d'hémorragies et autres complications possibles sur la santé, liées à la méthode traditionnelle. Ceux-ci préfèrent se référer aux personnels ou aux agents de la santé de base plutôt qu'à des exciseuses traditionnelles. Il nous semble que les parents vivent un dilemme moral important dans leur décision sur la forme des excisions, puisqu'ils sont confrontés à l'alternative de pratiques comportant des conséquences différentes, soit : les pratiques traditionnelles et les pratiques modernes médicalisées.

Nous constatons à la lecture des données, que si on fait appel aux services des agents de santé, c'est que les gens craignent les risques et les complications de ces pratiques traditionnelles. Et comme ces pratiques dites traditionnelles ne sont pas d'ordre thérapeutique, est-il légitime et éthique qu'elles soient pratiquées dans les structures de santé ? Nous retrouvons, dans un tel contexte, un enjeu éthique.

⁸⁴ Durant notre séjour à Bamako au Mali pour la recherche, une interviewée nous a montré, dans la plus grande discrétion, une structure privée de santé dans un quartier populaire de Bamako. Cette structure confessionnelle appartient à un leader religieux de la place. Cette interviewée a fait exciser une de ses filles gratuitement dans cette clinique privée. Selon son témoignage, dans le tableau technique de cette structure, il existe tout un kit pour les excisions, financé par le promoteur. À chaque fillette excisée est offerte une petite burqa à sa taille.

4.1.2 Des arguments sur les risques et les complications

Selon les études portant sur les pratiques des excisions et des infibulations, les risques et les conséquences ont toujours soulevé des polémiques entre les partisans de ces rites et les opposants (Touré, 2003).⁸⁵ Même s'il existe encore des dissensions sur ce sujet, nous avons cherché à élargir notre connaissance sur le vécu des personnes interviewées à Bamako.

Sur les trente personnes interviewées, vingt-neuf étaient déjà informées sur les risques et les conséquences des excisions et des infibulations sur la santé des femmes, soit 96,66%. Seule une participante a déclaré n'avoir jamais entendu parler des risques et des conséquences de ces pratiques. Quelques femmes ont déclaré avoir elles-mêmes fait l'expérience des séquelles de ces pratiques avant d'avoir été informées sur le sujet. Certains interlocuteurs ont été témoins de complications chez leur propre fille, ou une proche. On a signalé que les risques et les conséquences sont souvent liés à l'inexpérience de certaines exciseuses. D'autres participants ont déclaré avoir entendu des témoignages de complications, mais qu'ils ne sont pas convaincus de la véracité de ces dires.

Telles que décrites par les participants, les complications immédiates sont des séquelles directement liées aux opérations et comprennent : les douleurs intenses, l'hémorragie, l'évanouissement et l'incontinence urinaire. Les séquelles ressenties pendant l'adolescence sont désignées comme des complications à moyen terme, et dans la vie conjugale, des

⁸⁵ Touré Moustapha est un malien médecin gynécologue obstétricien. Son ouvrage « *Excision et Santé de la femme* », illustré avec des photos a démontré que les excisions et les autres formes de mutilations génitales féminines ont des graves conséquences médicales et affectent durablement la santé physique et mentale des femmes. La présentation de quelques images de cet ouvrage à la télévision du Mali a suscité des réactions de protestation des islamistes à Bamako. Ces polémiques sont assez documentées dans cet ouvrage du Centre Djoliba (1999) : « *Une Loi contre l'Excision au Mali? Opportunités Obstacles Stratégies. Bamako : Série Études-Recherches* ». Réalisée avec le concours de Dr Younoussa Touré et Dr Yaouaga Félix Koné.

complications à long terme. Ces deux types de complications plus tardives incluent, notamment : les démangeaisons au niveau des organes génitaux, l'accolement des lèvres et la fermeture de l'orifice vaginal, la douleur dans les rapports sexuels (dyspareunie), la diminution de la satisfaction sexuelle, la baisse de sensibilité locale chez certaines femmes et des accouchements difficiles. Deux cas de stérilités ont été rapportés à cause des infections que les deux filles en questions ont développées plus tard sur leurs organes génitaux.

4.1.2.1 La douleur liée aux excisions et aux infibulations

La douleur intense, ressentie après les opérations, est la première conséquence citée par les répondantes, suite à leur expérience personnelle, dont elles ont un vif souvenir, et les pleurs des nourrissons nouvellement excisées. L'une des participantes précise qu'elle n'a pas voulu assister aux opérations de ses nièces qu'elle a conduites au lieu des excisions, à cause de ce qu'elle avait elle-même subi comme douleur lors de son excision à l'adolescence :

« Je n'ai pas entendu parler des conséquences, mais j'ai gardé au fond de moi-même, ce que j'ai subi moi-même, à cause de cette souffrance ressentie, je n'ai pas pu participer à l'excision des enfants » (E2F1).⁸⁶

Une deuxième femme poursuit dans le même sens : « Depuis ce temps, j'ai moi-même constaté qu'il y a une douleur. Quand tu es excisée ça fait très mal. On se rend compte que c'est quelque chose qui est douloureux » (E13F6).⁸⁷

La troisième répondante partage ce qu'elle a retenu de son expérience personnelle :

« J'ai retenu d'abord le moment des excisions. On peut classer les conséquences en trois parties. La première conséquence c'est ce qu'on ressent

⁸⁶ Entrevue numéro 2, personne interviewée : Femme, numéro 1.

⁸⁷ Entrevue numéro 13, personne interviewée : Femme, numéro 6.

au moment de la pratique des excisions (...) Ce qui a retenu mon attention, c'est le moment de la pratique, les façons de faire face à la douleur sont différentes. Les instruments qu'on utilise sur la partie sensible du corps humain, cette partie qui est le point de rencontre de multiples vaisseaux sanguins, couper cette partie, la douleur qui en résulte est indescriptible. Je dis que cette conséquence est sans commune mesure. Cela a beaucoup retenu mon attention » (E11F4).⁸⁸

Pour cette quatrième interlocutrice, les pleurs incessants de son enfant nouvellement excisée décrivent toute la souffrance que cette fillette a subie :

« Le tout premier enjeu c'est quoi, c'est la paix pour l'enfant (...) parce que : le jour même où tu excises un enfant, ce jour il n'a pas la paix. Franchement il n'a pas la paix. Ce jour-là, il va passer toute la journée à pleurer, les pleurs et tout ce que tu peux imaginer. La mère même ne pourra rien faire ce jour-là avec l'enfant dans ses bras (...) Selon moi, on aime que son enfant soit dans le bonheur plutôt que dans la souffrance » (E16F8).⁸⁹

Ces données confirment que la douleur, comme conséquence immédiate des excisions et des infibulations, est un fait indéniable vécu par les femmes et constaté chez les enfants qui ont subi ces pratiques. Les opérations qui portent sur les terminaisons nerveuses et les tissus des organes génitaux causent des douleurs extrêmes. Les périodes de cicatrifications sont également douloureuses (Cuzin, in Développement et Santé, 2014). Nous retenons en plus de cette dimension de douleur, l'hémorragie comme risque et complication sur la santé citée par les personnes interviewées.

4.1.2.2 L'hémorragie

Le saignement excessif, comme type de complication, après les opérations des excisions et des infibulations a été rapporté par vingt-neuf participants sur trente. Certains témoignages réfèrent à des cas d'excisions suivies d'hémorragie où les filles ont dû être

⁸⁸ Entrevue numéro 11, personne interviewée : Femme, numéro 4.

⁸⁹ Entrevue numéro 16, personne interviewée : Femme, numéro 8.

transportées à l'hôpital, dont un cas de décès. Un des répondants a raconté que sa propre fille a été gravement blessée lors de son excision :

« Entre nous, j'ai moi-même constaté réellement qu'elles ont excisé une de mes filles, celle-ci a été gravement blessée. Quand nous étions couchés avec l'enfant, elle a saigné jusqu'à ce que j'aie senti moi-même le sang dans le lit. J'ai pensé que l'enfant avait uriné, quand nous nous sommes réveillés nous avons vu que c'était du sang. Ma femme et moi depuis cet instant avons constaté que cet acte n'est pas bon. L'enfant a pu être sauvée, mais nous sommes restés avec cette image. La décision a été prise qu'il n'y aura plus jamais d'excision dans ma famille » (E22H13).⁹⁰

Cette autre interlocutrice a amené elle-même sa propre fille pour qu'elle soit excisée, et une hémorragie s'en est suivie :

« On m'a parlé des risques et des conséquences, et j'ai personnellement eu des cas aussi. En guise d'exemple j'ai moi-même amené une de mes filles pour qu'on l'excise, ma propre fille. Je l'ai amenée pour qu'on l'excise, les conséquences immédiates ont été que l'hémorragie refusait de s'arrêter (...) Cela fut pour moi une rude épreuve. Nous avons donc fait recours aux agents de santé. Cela s'est passé entre mes mains » (E14F7).⁹¹

Si cette fille a pu être sauvée, l'exemple suivant prouve qu'on ne sauve pas toutes les filles en hémorragie post excision :

« Sinon le monsieur, il ne voulait pas que sa fille soit excisée parce qu'il ne voulait pas ! Donc sa femme, quand il est parti au service, sa femme et les autres femmes de la localité se sont regroupées, elles ont donné la fille, la fille a été excisée. Donc il y a eu une hémorragie qu'on n'a pas pu « coller ça », ça n'a pas pu marcher et finalement la fille est décédée, cela s'est fait devant nous ici. Donc ça, ce sont des trucs que, quand même moi-même je suis témoin de cela » (E20H12).⁹²

L'hémorragie, un cas de décès, et des douleurs intenses ont été les conséquences immédiates que nous avons retenues. Deux cas de problèmes urinaires ont été signalés : une

⁹⁰ Entrevue numéro 22, personne interviewée : Homme, numéro 13.

⁹¹ Entrevue numéro 14, personne interviewée : Femme, numéro 7.

⁹² Entrevue numéro 20, personne interviewée : Homme, numéro 12.

filles après les opérations, n'arrivaient plus à uriner sans se salir. Un autre cas d'incontinence urinaire a été cité comme immédiatement lié aux excisions par la même personne (E26F11).⁹³ La fille en question ne souffrait d'aucun problème urinaire avant, mais après les excisions, elle perdait de l'urine constamment. Après ce constat, nous nous sommes demandé si cet « incident » n'était pas lié au fait que le méat urinaire de la personne qui avait subi les opérations était endommagé.⁹⁴

Pour ce qui concerne les risques et les complications tardifs, quelques exemples d'accouchements difficiles, des démangeaisons au niveau de la partie génitale, la baisse de sensibilité et la peur que ressentent certaines femmes lors des rapports sexuels ont été signalés.

4.1.2.3 Des accouchements difficiles

Comme conséquence à long terme, quelques témoignages ont mentionné des accouchements difficiles pour une parturiente infibulée, et une autre femme sans spécification du type d'excisions serait décédée, par la suite, lors de son transfert vers un hôpital à Bamako :

⁹³ Entrevue numéro 26, personne interviewée : Femme, numéro 11.

⁹⁴ Par rapport au problème urinaire, nous avons cherché à savoir sur le plan médical, si on peut établir un lien entre les excisions, les infibulations et cette complication. Nous avons visité le service d'urologie de l'Hôpital national du « Point G » à Bamako le samedi 13 septembre 2013. Le professeur Aly Dourou Tembely, chirurgien-urologue, Endo-urologue et Andrologue au Centre Hospitalier Universitaire de Bamako, nous a reçu et nous a montré des fillettes, dans ce service, qui ont eu le méat urinaire endommagé lors de leurs excisions. Ces fillettes, au nombre de trois ce jour-là, portaient constamment des sondes urinaires. Pour le moment, expliquait le professeur Tembely : « nous n'avons pas encore réussi à développer une chirurgie qui permettrait de réparer à cent pour cent le muscle sphincter du méat urinaire. » Toujours en lien avec l'incontinence urinaire, le professeur Tembely nous a fait visiter un centre, juste à côté du service d'urologie du même hôpital, appelé centre « Oasis », où il y avait une quarantaine de femmes ce jour-là qui souffraient de fistules vésico vaginales obstétricales. Selon le professeur, les fistules sont aussi causées par des accouchements difficiles par voie naturelle qui sont parfois les complications des excisions et des infibulations (modification de l'anatomie, le bassin, les organes génitaux internes et externes, et la modification de la souplesse du bassin surtout lors de l'accouchement). « À cause de l'ouverture vaginale rétrécie et la formation des chéloïdes sur la vulve, les muscles vaginaux perdent leur souplesse au moment du travail, l'enfant peine à sortir, et la pression qu'exerce sa tête sur la vessie et le rectum occasionne des fissures qui provoquent des communications soit entre la vessie et le vagin, on parle de fistule simple ou de « première main », soit entre la vessie, le vagin et le rectum, et on parle de fistules complexes ou de seconde main ».

« Les risques et les complications qui ont retenu mon attention : A priori la première image que j'ai vue de ce truc-là n'était pas volontaire. J'ai coïncidé hasardeusement avec et ça m'a marqué pendant tout le temps et à présent ça continue à me marquer. Quand on parle de l'excision je vois la victime. J'avais fait une fausse couche moi-même, j'étais à l'hôpital en train de me traiter quand on a amené une fille de quinze ans qui venait de se marier (...) Elle était infibulée (...) la belle famille ne savait pas qu'elle était infibulée. La grossesse arrivait à terme (...) Elle était au niveau village. On a pris je crois deux à trois jours avant de l'amener au niveau d'un centre hospitalier. Le jour où on l'a amenée au niveau du centre, hasardeusement j'étais là mais j'ai regretté toute ma vie, c'est triste vraiment. Ça c'est ma première image (...) et quand on m'a dit à l'hôpital ce jour-là que ce sont les conséquences de l'excision je n'y croyais pas (...) mais avec le temps j'ai appris ce que c'est » (E3F2).⁹⁵

Nous n'avons pas eu d'information sur ce qui est arrivé à cette jeune fille par la suite, mais l'interlocutrice semblait avoir eu le regret de se trouver là au moment où on amenait cette fille, et elle trouvait que la scène était triste.

Par contre le témoignage suivant précise : « J'ai vu un cas qui m'a beaucoup affecté; la femme en question n'a pas pu accoucher. Les vieilles femmes avec leurs ongles ont blessé l'intérieur de la cuisse de cette femme en travail pour la forcer à accoucher. Le jour où on l'amenait à Bamako, j'ai vu cette femme et je lui ai demandé si tout va bien ? Elle m'a répondu qu'elle ne ressent aucune douleur, tellement qu'elle a subi les supplices des vieilles femmes. Cette femme malheureusement n'a pas pu atteindre Bamako, elle est décédée en cours de route. J'ai demandé pour savoir ce qui peut entraîner de pareils cas, on m'a répondu que c'est la pratique de l'excision » (E22H13).⁹⁶

Ces témoignages, liés à des expériences vécues et à des exemples concrets dans la société, montrent toute la difficulté des personnes interviewées à comprendre les raisons de ces pratiques culturelles. Les risques et les complications rapportés sont ceux qui ont été référés officiellement à des structures de santé. Mais dans la clandestinité, comment les complications de ces pratiques seront-elles identifiées et leur prise en charge assurée ? Encore une fois dans un tel contexte, les excisions et les infibulations ne défient-elles pas l'éthique ?

⁹⁵ Entrevue numéro 3, personne interviewée : Femme, numéro 2.

⁹⁶ Entrevue numéro 22, personne interviewée : Homme, numéro 13.

Même si nous avons relevé un consensus parmi les points de vue de certaines personnes interviewées sur les risques et les conséquences, nous avons noté aussi quelques réserves de la part de ceux et de celles qui défendent ces pratiques culturelles. Une divergence était perceptible dans leurs réponses par rapport à la crédibilité qu'ils accordent à certaines informations relatives aux risques et aux complications de ces mêmes pratiques. La mise en évidence des conséquences médicales a provoqué une prise de conscience qui a favorisé chez une partie des populations une attitude d'opposition à ces pratiques culturelles à Bamako.

4.1.3 Les excisions et les infibulations : vers une opposition timide

Les excisions et les infibulations sont des pratiques exaltées par les communautés qui les maintiennent, car elles confèrent un statut aux femmes dans les sociétés où elles sont considérées comme des rites d'intégration. Cependant, au Mali toutes les ethnies ne pratiquent pas les excisions et les infibulations. Comme nous l'avons mentionné plus haut, dans le Nord du Mali, il y a des ethnies qui ne connaissent pas ces pratiques. Au Sud aussi, nous le verrons, il y a des ethnies qui ne les pratiquent pas, et le passage de l'enfance à l'âge adulte chez les filles dans ces communautés n'est pas obligatoirement lié aux excisions et aux infibulations. Par conséquent, quel peut être l'apport de ces communautés à la compréhension des défis éthiques de ces pratiques culturelles ?

4.1.3.1 Des communautés maliennes qui ne pratiquent pas les excisions et les infibulations comme rites d'initiation

Au regard des différentes statistiques sur les prévalences des excisions et des infibulations au Mali, on croirait que toutes les femmes du pays ont subi l'une ou autre forme

de ces pratiques. Or, il n'en est pas ainsi. Les prévalences fournies sont à considérer et à interpréter dans le contexte des zones ou des régions où ces études ont été effectuées, et avec beaucoup de prudence. Même si nous ne disposons pas de données statistiques officielles sur les prévalences de la non excision et infibulation au Mali, les constats de certaines personnes interviewées « en disent beaucoup » : tout le monde ne pratique pas les excisions ni les infibulations au Mali (E8H5).⁹⁷

Les excisions et les infibulations aujourd'hui suscitent des interrogations de la part des membres des communautés qui ne les pratiquent pas. Les valeurs attribuées à ces pratiques sont de lointains souvenirs. Ces pratiques ne garantissent ni la virginité avant le mariage ni la maîtrise de la sexualité des femmes ni la fidélité dans les foyers, et n'attribuent aujourd'hui aucun statut aux femmes (E7H4⁹⁸ ; E11F4⁹⁹ ; E12F5¹⁰⁰). Beaucoup de femmes non excisées ont occupé de hautes responsabilités dans le pays, et leur statut de femme était bien respecté. Il n'y a plus de raison de pratiquer les excisions et les infibulations aujourd'hui, elles n'ont aucun intérêt pour la société qui évolue. En plus, les arguments de ceux et celles qui en ont fait l'identité culturelle des maliens d'une façon général ne sont pas partagées par beaucoup de répondants. Selon leurs témoignages il y a des ethnies qui ne pratiquent ni les excisions ni les infibulations et les femmes de ces ethnies sont mariées, elles ont des enfants, et elles sont bien intégrées et respectées dans leur communauté. Le fait de ne pas pratiquer les excisions et les infibulations est aussi considéré comme une tradition selon ces témoignages :

⁹⁷ Entrevue numéro 8, personne interviewée : Homme, numéro 5.

⁹⁸ Entrevue numéro 7, personne interviewée : Homme, numéro 4.

⁹⁹ Entrevue numéro 11, personne interviewée : Femme, numéro 4.

¹⁰⁰ Entrevue numéro 12, personne interviewée : Femme, numéro 5.

« Chaque ethnies a ses traditions. Ça n'existe pas chez nous les Maures (...) Si je dis que ça n'existe chez les Maures, nous, nous sommes installés à Bamako il y a approximativement quatre cents ans, et même malgré cela nous n'avons pas laissé nos traditions. Ça n'existe pas chez nous et ça ne se fait pas chez nous » (E8H5).¹⁰¹

« C'est ça que je t'avais dit qu'il y a des ethnies chez nous ici, ils ont des noms de famille « Kamissoko », eux ne font pas l'excision et cela n'a aucun préjudice pour eux. Les femmes ne sont pas excisées chez eux » (E18H10).¹⁰²

« Il y a des hommes qui n'acceptent pas, mais il y en a qui acceptent. Les hommes chez qui l'excision est une pratique coutumière, eux ne refusent pas, cependant certains refusent. Pourquoi ils refusent ? Si par exemple tu as marié une femme qui vient d'une famille où l'excision n'existe pas, elle ne va pas accepter que sa fille soit excisée » (E30F14).¹⁰³

Il ressort ici que l'absence de toute pratique d'excision et d'infibulation dans des communautés bien déterminées constitue en soi une tradition culturelle. Camara (2001) corrobore cela à travers sa recherche sur « La non excision coutumière chez les malinkés du Maramandoudou » ; il confirme que cette absence des excisions et des infibulations est ainsi instituée en une tradition respectée par l'ensemble de ces communautés, qui peut être un clan, une famille, ou une ethnies.

La décision de ne pas observer les pratiques des excisions est une attitude collective et non individuelle (Camara, 2001). Car, une personne, selon sa conviction, peut décider de ne pas exciser ou infibuler ses filles. Cette volonté sera, peut-être, respectée par sa famille mais sans pour autant qu'elle devienne une tradition. En effet, rien ne pourra garantir que ses ascendants ou descendants vont approuver son attitude pour perpétuer sa volonté de ne pas exciser ou infibuler les femmes.

¹⁰¹ Entrevue numéro 8, personne interviewée : Homme, numéro 5.

¹⁰² Entrevue numéro 18, personne interviewée : Homme, numéro 10.

¹⁰³ Entrevue numéro 30, personne interviewée : Femme, numéro 14.

Dans le contexte où les excisions et les infibulations ne sont pas pratiquées, il s'agit d'une tradition dont les origines se perdent dans la nuit des temps, même si certains acteurs ignorent les raisons. Pour les Maures, les Bwa et les Kamissoko, selon les personnes interviewées, c'est leur tradition qui remonte à plus de quatre cents ans (E8H5 ; E9H6 ; E11F4).¹⁰⁴ Pour une raison ou une autre, le clan ou la communauté, soit n'a pas connu ces pratiques, soit a décidé de les interdire pour les générations à venir. Les exemples des légendes des trois collines dans la région de Sikasso et les jeunes filles décédées dans la région de Tombouctou, que nous avons cités au premier chapitre, illustrent bien cette logique d'interdiction.

Dans la même perspective, nous avons constaté à travers nos entrevues que le fait de ne pas pratiquer les excisions et les infibulations peut aussi se rencontrer dans certaines confessions religieuses comme les chrétiens, indépendamment des traditions ethniques.

4.1.3.2 Les excisions et les infibulations : les arguments des acteurs chrétiens

Dans le paragraphe des prévalences selon la religion, nous avons rapporté que le taux des excisions et des infibulations au Mali a baissé de -16,7% pour les chrétiens contre -8,8% chez les musulmans durant les dix dernières années (Traoré, 2008; EDSM IV, 2006). Suite à ce constat, nous reprenons cette question de Traoré (2008) : Faut-il conclure, par rapport à l'abandon de ces pratiques, que les efforts de sensibilisation portent davantage de fruit lorsque l'impératif religieux de ces rites est moins catégorique comme c'est le cas chez les chrétiens ? Les pratiques des excisions et des infibulations chez certains chrétiens étaient plutôt liées à des considérations culturelles. Mais avec les différentes campagnes de sensibilisation et

¹⁰⁴ Entrevues déjà citées.

l'influence du christianisme, les adeptes de cette religion sont en train d'abandonner ces pratiques. En se référant sur la doctrine de l'Église, les répondants chrétiens soutiennent que ces pratiques ne sont pas conformes à l'esprit de la Bible :

« Ma religion n'autorise pas l'excision. Dans ma religion si on regarde bien on voit qu'on ne parle d'excision nulle part. L'excision des femmes n'existe nulle part dans ma religion. Donc, ma religion n'est pas d'accord avec l'excision. Je suis chrétienne et donc ma religion ne l'admet pas » (E12F5).¹⁰⁵

Cette interlocutrice spécifie dans son intervention que les chrétiens qui s'adonnent à ces pratiques le font sous l'influence de leur coutume traditionnelle ou de leur ethnie, ou encore de leur lieu de résidence :

« Si tu regardes la bible, tu lis de bout en bout, tu ne verras nulle part qu'on parle de l'excision des femmes là-dedans (...) Donc, l'excision n'est pas une habitude chrétienne, mais nous avons vu des filles chrétiennes sont excisées (...) Ce sont les coutumes de leur ethnie ou c'est leur lieu de résidence qui font que les gens excisent leurs enfants. Sinon nous avons vu que dans la bible des chrétiens, on ne parle pas de l'excision et c'est pourquoi les chrétiens ne se tiraillent pas au sujet de l'excision » (E13F6).¹⁰⁶

Dans la logique de cette citation, une autre répondante insiste sur la dimension humaine de la femme comme une créature divine qui doit être respectée :

« Ma religion enseigne qu'il faut rester tel que tu as été créé par Dieu. Cela veut dire quoi ? Que l'excision n'est pas ordonnée, c'est-à-dire ce n'est pas quelque chose qui est obligatoire. Dieu nous a créés tels que nous sommes. Dans ma religion, la façon dont Dieu nous a créés, nous devons rester comme ça » (E14F7).¹⁰⁷

« En tant que chrétien catholique, l'excision n'existe en aucun lieu suivant mes études ou mes expériences bibliques. Ce n'est écrit nulle part que l'excision est autorisée. En un mot l'excision c'est plutôt une pratique culturelle ou

¹⁰⁵ Entrevue numéro 12, personne interviewée : Femme, numéro 5.

¹⁰⁶ Entrevue numéro 13, personne interviewée : Femme, numéro 6.

¹⁰⁷ Entrevue numéro 14, personne interviewée : Femme, numéro 7.

traditionnelle, mais religieusement ma religion condamne d'ailleurs l'excision »
(E17H9).¹⁰⁸

Même si on ne trouve pas explicitement une condamnation des excisions et des infibulations dans la Bible, ces personnes interviewées sont convaincues que ces pratiques n'ont aucun fondement religieux. Dans cet esprit, nous tentons de donner une réponse à la question de Traoré (2008) ci-dessus, pour dire que les efforts de sensibilisation portent davantage lorsque l'impératif religieux est moins catégorique comme c'est le cas chez les chrétiens. Nous signalons d'ailleurs que le facteur religieux joue de façon importante, dans la mesure où les missionnaires chrétiens étaient impliqués depuis longtemps pendant la période coloniale dans la lutte contre ces pratiques (Erlcik, 1986). D'autres se sont ralliées plus récemment, y compris l'Église catholique à travers sa structure de formation qui est le Centre Djoliba de Bamako. Ce centre est cité comme la structure pionnière au Mali qui a initié des formations contre des pratiques néfastes à la santé des femmes depuis les années 1980.

Le discours contre les excisions et les infibulations, selon les personnes interviewées, s'appuie sur les enseignements de la Bible, et vise notamment à corriger, selon certains auteurs, la confusion entretenue entre circoncision des garçons et circoncision des femmes (Latoures, 2008). L'Église catholique, par rapport aux missionnaires protestants en Afrique de l'Est, s'est impliquée plus tardivement dans la lutte contre ces pratiques (Erlick, 1986) mais elle invite désormais à réexaminer les traditions au regard des enseignements de la Bible, fondés sur le respect de la dignité humaine. À Bamako, même si les responsables de l'Église catholique n'ont pas officiellement fait une déclaration pour condamner ces pratiques, voici la réaction du président de la conférence épiscopale du Mali en 2002 par rapport à ce sujet :

¹⁰⁸ Entrevue numéro 17, personne interviewée : Homme, numéro 9.

« La controverse autour de l'excision est un débat neuf, dans ce sens qu'il est le fruit des retombées des nouvelles découvertes scientifiques, de nouvelles sensibilités, qui nous alertent enfin sur les côtés néfastes de ces pratiques ; le long silence autour du phénomène est donc à mettre au compte de l'ignorance d'abord, puis de la prudence pastorale ensuite, qui a besoin de repères sûrs avant d'orienter les fidèles dans un sens comme dans l'autre. Il ne peut donc pas être interprété comme une preuve d'indifférence de l'Église par rapport au sort des femmes; et depuis que le voile est en train d'être levé sur les conséquences de ces pratiques sur la santé de la femme, l'Église ne peut qu'encourager tous ceux et toutes celles qui, patiemment, cherchent, éduquent, sensibilisent les populations pour un meilleur épanouissement intégral de la femme » (Diarra, 2002).

Les excisions et les infibulations ne sauraient être des pratiques recommandées aux chrétiens, selon l'esprit de l'Évangile. Car, pour les chrétiens, en dehors de toute indication médicale d'ordre strictement thérapeutique, les amputations, les mutilations ou les stérilisations directement volontaires des personnes innocentes et vulnérables sont contraires à la loi morale (*Catéchisme de l'Église catholique*, 1992). La vie reçue de Dieu et la santé physique sont considérées par les chrétiens comme des biens précieux confiés par Dieu le créateur. *Le Concile Vatican II* précise d'ailleurs :

« De plus, tout ce qui s'oppose à la vie elle-même, comme toute espèce d'homicide, le génocide, l'avortement, l'euthanasie et même le suicide délibéré ; tout ce qui constitue une violation de l'intégrité de la personne humaine, comme les mutilations, la torture physique ou morale, les contraintes psychologiques ; tout ce qui est offense à la dignité de l'homme, comme les conditions de vie sous-humaines, les emprisonnements arbitraires, les déportations, l'esclavage, la prostitution, le commerce des femmes et des jeunes (...) toutes ces pratiques et d'autres analogues sont, en vérité, infâmes. Tandis qu'elles corrompent la civilisation, elles déshonorent ceux qui s'y livrent plus encore que ceux qui les subissent et insultent gravement à l'honneur du Créateur ».¹⁰⁹

Alors, tous les fidèles chrétiens sont appelés à prendre soin raisonnablement de la vie et de la santé en tenant compte des nécessités d'autrui et du bien commun dans la société

¹⁰⁹ Concile Vatican II. « Gaudium et Spes, n°27.

(*Catéchisme de l'Église catholique*, 1992). Dans cet esprit, les excisions et les infibulations sont dénoncées par les chrétiens comme des pratiques qui portent atteinte à l'image et à la dignité des femmes : ce sont des pratiques qui doivent être abandonnées comme le souligne cette interviewée (E11F4).¹¹⁰ Le Synode des évêques pour l'Afrique dit à ce sujet :

« Les femmes en Afrique apportent une grande contribution à la famille, à la société et à l'Église (...) Toutefois, non seulement leur dignité et leur contribution ne sont pas reconnues et appréciées, mais encore leurs droits sont bafoués (...) Les filles et les femmes sont généralement traitées de manière injuste. Les Pères « et les Mères » synodaux condamnent tous les actes de violence contre les femmes, par exemple la maltraitance des femmes, le fait que des filles soient déshéritées, l'oppression des veuves au nom de la tradition, les mariages forcés, les mutilations d'organes génitaux, la traite des femmes et de nombreux autres abus (...) Tous les actes d'inhumanité et d'injustice contre les femmes sont également condamnés ». ¹¹¹

Ces citations, en plus des enseignements bibliques, servent de références pour les chrétiens pour défendre la cause des femmes et lutter contre toutes les pratiques qui mettent leur vie et leur santé en danger dans la société.

4.1.3.3 Des initiatives d'abandon des excisions et des infibulations : vers des pratiques alternatives

Au Mali, les initiatives d'abandon des excisions et des infibulations constituent des activités quotidiennes, depuis les indépendances (Latoures, 2008). En effet, lors du congrès des femmes africaines, tenu à Bamako en 1959, le thème des excisions et des infibulations a été abordé. Sous les première et deuxième Républiques du Mali, les activités de sensibilisation contre les excisions et les infibulations ont connu une évolution, certes timide, mais

¹¹⁰ Entrevue numéro 11, personne interviewée : Femme, numéro 4.

¹¹¹ « Synode des évêques pour l'Afrique » (2009), in *Documentation catholique*, n° 2434, p. 1052.

encourageante surtout grâce à l'implication de la députée Aoua Kéita et de l'Union nationale des femmes du Mali (UNFM).

Mais c'est surtout sous la troisième République que ces activités ont connu une avancée remarquable à la faveur des actions des partenaires techniques et financiers comme le Centre Djoliba, l'AMSOPT, l'APDF, l'ASDAP, la Croix Rouge et plusieurs autres ONG et associations (Traoré, 2008). Ces structures ont développé des approches axées sur la santé de la reproduction et les droits de l'homme (Latoures, 2008). Même si ces démarches constituent aujourd'hui des sources polémiques pour certaines communautés musulmanes, les personnes interviewées opposées à ces pratiques pensent qu'il faut trouver des pratiques alternatives.

4.1.3.3.1 Le rite d'intégration sociale sans excisions ni infibulations : l'exemple des femmes touarègues

Dans la société Touarègue, un sentiment d'appartenance qui ne se fonde pas sur un territoire, mais sur une langue et une culture communes est déterminant. La place des femmes dans ces sociétés est bien respectée et mise en relief sans aucune pratique des excisions et des infibulations. Selon le témoignage de Pandolfi (in *Les collections de l'Histoire*, 2013), on ne mentionne nulle part les pratiques des excisions et des infibulations quand des jeunes filles deviennent des femmes adultes chez les Touarègues. Conformément à la culture, quand elles atteignent l'âge de la puberté, elles changent de coiffure et portent désormais des voiles nommés « ekerhei » - c'est le nom traditionnel de cet habit en Touarègue -. Ce changement vestimentaire symbolise aux yeux de toute la communauté son changement de statut social : elles deviennent des femmes courtisables (Pandolfi, in *Les collections de l'Histoire*, 2013). À cette occasion, une fête a lieu. Les jeunes filles y revêtent pour la première fois des « ekerhei »

dont les deux pans sont réunis sous leur menton par une aiguille. L'assemblée féminine choisit parmi les hommes présents celui qui aura l'honneur de casser cette aiguille (Pandolfi, in *Les collections de l'Histoire*, 2013).

Avec ces cérémonies, les jeunes filles entrent dans un état qu'on appelle « asri », ¹¹² qui signifie qu'elles sont devenues des vraies femmes adultes et libres dans leur comportement par rapport aux « mœurs » (Pandolfi, in *Les collections de l'Histoire*, 2013). Dès lors, les jeunes gens peuvent s'empressez autour de ces filles, et rivaliser de galanterie pour obtenir leurs faveurs. Mais cet état cesse avec le mariage, et les nouvelles mariées signifient cette fin en offrant les mêmes objets, qui avaient symbolisés leur entrée en « asri », aux jeunes gens qui, sur leur chemin vers la tente nuptiale, leur barrent le passage (Pandolfi, in *Les collections de l'Histoire*, 2013).

Selon ces écrits, le fait que les excisions et les infibulations ne sont pratiquées chez les touarègues ne relève pas d'une interdiction liée à des drames, mais d'une manière générale, elles ne sont pas connues comme des pratiques culturelles traditionnelles.

4.1.3.3.2 Le rite d'intégration sociale sans les pratiques d'excisions ni d'infibulations : l'exemple des Maures et des Bwa

À l'exemple des Touarègues, il y a d'autres ethnies, qui traditionnellement, ne pratiquent ni les excisions ni les infibulations mais qui ont aussi des rites de passage pour les

¹¹² « Asri » est un terme que l'on peut traduire par l'expression « liberté de mœurs ». Selon l'auteur qui cite le père Foucauld, le verbe « esri » dont le premier sens est « courir à bride rendue », signifie qu'on fait des actes de liberté de mœurs quelconques, depuis les moindres, tels que les attouchements un peu libres, jusqu'aux plus graves. Esri signifie aussi qu'on n'est pas marié, qu'on ne vit pas dans la pénitence, et que par conséquent on est toujours prêt à faire des actes de liberté de mœurs avec toute personne de sexe différent qui ne déplaît pas (Pandolfi, in *Les collections de l'Histoire*, n°59, janvier-mars 2013, p. 45).

filles. Le rite de passage se déroule au cours des années, à travers l'éducation des filles depuis leur tendre enfance par la famille et les autres membres du clan. Dans les communautés Maures très généralement dans les foyers polygames, l'éducation des filles est confiée à la coépouse de la mère - c'est-à-dire la seconde ou la troisième ou la quatrième femme du mari -, ou à une tante, comme le signale ce participant :

« Moi je suis Maure et chez nous quand la femme accouche si l'enfant est une fille, on peut confier l'enfant soit à la coépouse de sa mère où une belle sœur de sa mère. C'est celle-là qui est sa mère qui va l'élever jusqu'à ce qu'elle devienne consciente dans la vie. À ce moment si l'enfant atteint 6 ou 7 ans, elle va à l'école coranique chez nous pour lui permettre de mieux comprendre la religion. Quand elle termine cet apprentissage, elle reste auprès de sa mère et elle apprend de petits travaux domestiques auprès de celle-ci, qui la charge de petites commissions afin de la préparer aux tâches des femmes. Avec la grâce de Dieu, si elle atteint 14 ou 15 ans, le jour où elle remarquera au cours de son sommeil une chose inhabituelle¹¹³ qui l'a surprise, elle avise sa mère qui lui donnera des directives qui pourront la rassurer. Cela lui permettra d'apprendre beaucoup sur la féminité. Elle apprendra beaucoup de choses telle que: la cuisine, la vaisselle, la lessive, le respect des gens jusqu'à l'âge de 18 ans. À cet âge, la mère elle-même lui laisse tous les travaux de la préparation des repas. Elle cuisine à la place de sa mère qui peut aller à des occupations sociales et la fille peut prendre sa place en son absence. C'est comme ça que se passe chez nous les Maures » (E8H5).¹¹⁴

Chez les Maures, les femmes sont reconnues sans marquage corporel. Cependant chez les Bwa, selon cette répondante, il y a des rites de passage pubertaire mais n'incluant pas les pratiques des excisions et des infibulations chez les filles :

« L'enfant, depuis sa naissance, la tradition commence. À la femme enceinte on lui dit, tu ne dois pas faire certaines choses, tu ne dois pas entrer par certaines portes. À la naissance de l'enfant, on lui donne un prénom (...). De sa naissance à ses sept ans la fille reste auprès de sa mère pour son instruction sur les principes de la famille (...). A sept ans elle appartient à toute la famille, à toute la communauté, elle fait des petites courses. On lui fait certaines pratiques traditionnelles comme le perçage des oreilles, des tatouages s'il y a lieu, mais

¹¹³ En parlant de « chose inhabituelle, l'interviewé signifiait les périodes de menstruation.

¹¹⁴ Entrevue numéro 8, personne interviewée : Homme, numéro 5.

sans l'excision. À douze ans, elle devient une jeune fille, elle fait des courses, la cuisine, elle apprend les manières de parler et de rire. Toute la communauté contribue à son éducation jusqu'à son mariage (...) Ce sont des signes qui montrent qu'elle a quitté le stade de l'enfance et qu'elle est devenue adulte » (E11F4).¹¹⁵

Ces entretiens révèlent que l'intégration sociale peut s'effectuer sans exciser ou infibuler les femmes. Certaines personnes interviewées ont souligné qu'on peut dissocier les cérémonies initiatiques des excisions et des infibulations. On peut conserver les séances de formation qui accompagnent ces pratiques sans toucher aux organes génitaux des femmes : par exemple, on peut raser les têtes, sans excision (E22H13).¹¹⁶

Cependant, quelques personnes interviewées nous ont informé que la pratique clandestine des excisions et des infibulations à Bamako, profite paradoxalement à des familles qui sont opposées à ces pratiques, car elles font semblant que leurs filles sont excisées, et gardent ce secret entre elles. Selon cette interviewée, cette stratégie permet d'épargner leurs filles :

« Il n'y a pas longtemps de cela, à peu près 6 ans environ. Il y avait une des sœurs de ma mère, elle avait une grande fille qu'elle voulait faire exciser, donc nous l'avons sensibilisée (...) Nous lui avons dit que la fille est déjà grande, et il y a de la souffrance dans cette pratique, de ne plus l'exciser, qu'elle n'aura rien à perdre. Si elle-même ne vas pas raconter aux gens, que sa fille n'est pas excisée, personne ne le saura. Donc nous avons sensibilisé cette tante dans ce sens et elle a épargné sa fille qui a aujourd'hui 15 ans, elle n'a pas été excisée, du moins nous n'avons pas encore entendu qu'elle a été excisée » (E13F6).¹¹⁷

Même si tous ces raisonnements revêtent une pertinence en soi, la remise en cause des excisions et des infibulations a paradoxalement contribué au développement des arguments et des discours qui les défendent.

¹¹⁵ Entrevue numéro 11, personne interviewée : Femme, numéro 4.

¹¹⁶ Entrevue numéro 22, personne interviewée : Homme, numéro 13.

¹¹⁷ Entrevue numéro 13, personne interviewée : Femme, numéro 6.

4.2 Les paradigmes des arguments de défense des excisions et des infibulations

4.2.1 La remise en cause des risques et des conséquences

Établir automatiquement des liens entre les pratiques des excisions et des infibulations et certaines complications ne correspond pas aux observations empiriques de ceux et de celles qui ne croient pas à ces conséquences. Par exemple pour certaines personnes interviewées, il ne faut pas relier des problèmes d'accouchement et de diminution de sensibilité sexuelle des femmes aux pratiques des excisions et des infibulations. Dans la mesure où certaines femmes déclarent qu'elles éprouvent du plaisir pendant les rapports sexuels et que d'autres affirment n'avoir jamais eu de problème d'accouchement, on doute de la véracité de ces deux complications possibles liées à ces pratiques.

Ces répondants sont d'avis que les propos diffusés sur les risques et les complications relèvent des propagandes venant d'ailleurs, qu'ils sont vides de sens et visent à les détourner de leur culture. Ces acteurs ne se sentent pas respectés ainsi, et ils ne prennent pas en considération de tels arguments. Les stratégies adoptées par le gouvernement malien et les associations pour faire passer des messages contre les excisions et les infibulations, par exemple des théâtres à la télévision, ont laissé certaines personnes perplexes et d'autres sceptiques par rapport aux vraies conséquences des excisions et des infibulations. Pour quelques répondants les femmes d'autrefois avaient une progéniture importante alors qu'elles étaient excisées ; donc, pour eux, ces complications ne sont pas fondées. D'autres interlocuteurs ont donné leur avis avec beaucoup de réserve en ces termes :

« D'après ma compréhension ce que j'ai vu depuis que j'ai été impliqué, on ne m'a jamais dit que l'excision a fait telle chose à une fille (...) Je n'ai retenu aucune conséquence. Parce que pour moi, je n'ai pas adhéré à l'idée, tu entends.

Pour moi ce sont des propos vides de sens. Des paroles de tromperie, tu entends, malheureusement que je n'ai plus de filles qui ne soient pas excisées, sinon je n'ai pas adhéré même demain matin » (E15H8).¹¹⁸

« Dire que quelqu'un a été excisé et qu'il y a eu des conséquences après ? Non ! Sauf le cas que nous avons vu à la télévision sinon non ! Ils ont montré la scène d'excision d'une fille qui est décédée après ! Sinon, moi je n'ai rien entendu, ni vu, ni coïncidé avec (...) Les images de la télévision, c'est uniquement pour dire aux gens d'arrêter seulement la pratique, sinon il n'y a rien ! Pour la télévision, ce sont des sensibilisations pour dire d'abandonner, que ce n'est pas bon, c'est tout (...) Sur le plan santé, occasionner des problèmes chez les femmes, je n'ai pas constaté cela, je ne connais rien sur ce plan » (E5F3).¹¹⁹

« Durant toute ma jeunesse, de toutes les filles que nous avons données en mariage jusqu'à mon âge adulte, je n'ai jamais vu de femmes, ni entendu dire que ce qu'on appelle fistule ou quoi, la maladie de l'incontinence urinaire, je n'ai jamais entendu parler, ni vu cela parmi nos femmes ou proches (...) ni entendu une maladie à la suite de cette pratique » (E9H6).¹²⁰

Ces différents points de vue des acteurs reflètent aussi toute la complexité dans la perception des risques et des conséquences des excisions et des infibulations par la population. Au regard de tout ce qui précède, il est clair, selon beaucoup de répondants, que ces pratiques sont injustement accusées d'être à l'origine des problèmes qui existent aussi chez des femmes non excisées. Même si certains sont convaincus, beaucoup d'incertitudes demeurent encore chez d'autres interviewés quant aux liens réels qui existent entre les excisions, les infibulations et les différents problèmes de santé auxquels on fait toujours allusion. Ces situations d'incertitudes, marquées par l'influence occidentale relative à ces pratiques, ont favorisé des résistances caractérisées par des sentiments de fierté culturelle vis-à-vis de ces rites.

¹¹⁸ Entrevue numéro 15, personne interviewée : Homme numéro 8.

¹¹⁹ Entrevue numéro 5, personne interviewée : Femme, numéro 3.

¹²⁰ Entrevue numéro 9, personne interviewée : Homme numéro 6.

4.2.2 Les excisions et les infibulations : la résistance et la dynamique culturelle

Les répondants qui défendent le maintien des excisions et des infibulations estiment que les campagnes de sensibilisation visent l'éradication de ces pratiques, en se servant continuellement de leurs aspects négatifs et de leurs conséquences. Le ressentiment repose sur le fait que les acteurs de la sensibilisation n'ont pas cherché à identifier les raisons pour lesquelles les sociétés accomplissent ces pratiques, ni les objectifs, ni les avantages. Dans les messages diffusés, seuls les aspects négatifs de ces pratiques ont été exposés, et souvent maladroitement, par certains animateurs à Bamako. Les risques et les complications sur la santé des femmes ont alimenté toutes les stratégies d'approche. Ces différents discours ont contribué à créer des résistances dans certaines communautés qui se voient imposer des idées venant d'ailleurs. Le sentiment qu'on ait porté atteinte à leur culture anime ceux et celles qui maintiennent ces pratiques culturelles, comme cet interlocuteur :

« Ils sont venus nous dire que : violences faites aux femmes ! Organiser des ateliers, des séminaires, essayer de nous sensibiliser, nous montrer des diapositives, si tu fais l'excision ça entraîne telles ou telles conséquences. Mais moi personnellement, hormis ces photos -je ne suis pas aussi âgé hein-, mais j'ai 77 ans, je n'ai jamais vu que l'excision a fait ça à quelqu'un, ni entendu parler de conséquences de l'excision. Je n'ai pas non plus entendu que la non excision a donné telle chose à une femme. Je n'ai rien entendu (...) Ils sont venus voler notre attention avec cette idée, je dis bien c'est voler notre attention que l'excision diminue l'envie sexuelle de la femme, -je m'excuse du terme hein-, que ça diminue le plaisir sexuel de la femme, ça occasionne la stérilité, ça provoque des difficultés d'accouchement et autre chose. Autrefois la femme avait des jumeaux, des triplés pourtant l'excision se faisait » (E15H8).¹²¹

Si certaines personnes interviewées pensent que les occidentaux veulent détourner les Africains de leur culture en déblatérant sur les excisions et les infibulations, d'autres

¹²¹ Entrevue numéro 15, personne interviewée : Homme numéro 8.

soutiennent qu'« ils sont en train de nous acheter avec leur argent pour qu'on renonce à ce qui fait notre identité culturelle ». Ce répondant précise :

« Si nous ne faisons pas attention, nos valeurs et nos dignités seront transformées par les européens. Ce que je t'ai dit, c'est l'argent qui a amené tous les méfaits...l'argent qui a amené tous les méfaits. Sinon nous tous ici dans ce pays, toutes les personnes âgées ici connaissent les avantages de l'excision des filles. Mais si l'argent a été mis au-dessus de la pensée c'est ce qui amène les méfaits. C'est ce que je t'ai dit au début de cet entretien : Si nous ne faisons pas attention à nous-mêmes, nos dignités et nos valeurs seront transformées par l'Europe. Parce que l'excision fait partie de nos dignités. Nous nous reconnaissons à travers cela. Nous nous respectons à travers cela. Mais depuis l'apparition de l'argent dans cette situation, les gens ont dit que l'excision a des conséquences, que l'excision a des complications alors que c'est faux. Elle peut entraîner des conséquences : si les enfants sont excisées avant d'atteindre l'âge d'être excisées. Un bébé quand-même, exciser un bébé tu as voulu des conséquences ! Hééé...cette affaire d'argent...tout le monde sait que c'est l'Occident qui est venu avec de l'argent et leur a donné de l'argent ! C'est l'Occident qui nous dit encore que l'excision n'est pas bonne. Mais par contre, certains de ces occidentaux viennent dans cette même ville se faire circoncire ici. Je ne sais pas si tu crois ou non à cela, certains viennent se faire circoncire ici » (E9H6).¹²²

Un autre interlocuteur remet d'abord en cause certaines conséquences des excisions et des infibulations, et pointe le doigt vers l'Occident d'être le principal instigateur de tout ce mouvement d'opposition à ces rites :

« Dire que l'excision enlève quelque chose de la santé des femmes, pour moi personnellement je ne suis pas convaincu. En âme et conscience je ne suis pas convaincu. Parce que, tout ce qu'on dit par rapport à la santé, même si n'est pas l'excision, ces complications existaient depuis (...) On dit que la mortalité maternelle est liée à la pratique de l'excision, ce n'est pas ça, on parle de stérilité, ce n'est pas ça non plus. Pour ce qui concerne la mortalité maternelle lors de l'accouchement, cela peut dépendre de la position de l'enfant plus précisément; également ça dépend aussi de la distance entre le logement où habite la femme et le centre de santé. Si la distance est trop grande entre la maison et le centre la femme peut être fatiguée; si l'intervention n'est pas faite rapidement, ça peut causer la mort. Mais...Il n'est pas vérifié que tout cela est lié à la pratique de l'excision (...) Je ne sais pas d'où viennent ces informations,

¹²² Entrevue numéro 9, personne interviewée : Homme numéro 6.

mais selon moi dans ma façon de comprendre, toutes ces choses viennent de l'Occident. Les occidentaux veulent que nous abandonnions notre civilisation au profit de leur civilisation, c'est comme ça que je comprends la chose » (E25H15).¹²³

À travers ces données, nous retenons que ces discours ou ces arguments identitaires culturels trouvent dans les pratiques des excisions et des infibulations un langage pour évoquer de façon symbolique leur résistance face à une pression hégémonique occidentale. Une certaine réappropriation de ces pratiques à travers le contrôle exercé sur le corps des femmes, contribue à les remodeler, en les érigeant en véritable symbole d'identité culturelle ou religieuse (Latoures, 2008). Cette dimension religieuse a pris une ampleur considérable à Bamako : ces pratiques sont considérées comme une obligation islamique pour certaines communautés musulmanes et un support de contestation et de lutte contre le gouvernement Malien - qui voulait adopter une législation contre ces pratiques - et le monde occidental.

4.2.3 Les excisions et les infibulations : le contexte d'une islamisation paradoxale

La religion musulmane joue un rôle important dans les pratiques des excisions et des infibulations. Plusieurs répondants ont rapporté que des prêcheurs musulmans proclament que le prophète Mohamed a autorisé les excisions, mais à condition de « couper juste un peu » l'organe concerné. On soutient que les excisions existent dans le Coran : « Dans la religion de Mohamed, c'est démontré là-bas que c'est bien et que c'est dans tout le Coran » affirme cette répondante (E29F13).¹²⁴ D'autres admettent qu'il n'y a pas de référence à ces pratiques dans le Coran, mais le prophète l'a recommandée. Pour ces personnes interviewées, une famille qui

¹²³ Entrevue numéro 25, personne interviewée : Homme numéro 15.

¹²⁴ Entrevue numéro 29, personne interviewée : Femme numéro 13.

n'excise pas les filles n'est pas considérée comme une bonne famille musulmane. Pour mériter le respect, les femmes doivent être excisées, d'après certains musulmans :

« Donc très généralement dans une famille où il y'a des enfants surtout des filles non excisées, donc on ne considère pas cette famille comme une famille musulmane » (E4H2).¹²⁵

« Ma religion est la religion musulmane. Elle a démontré que l'excision est une bonne chose parce que tout ce que le prophète n'a pas condamné est bien pour le musulman (...) Tout ce que dit le Coran est la parole de Dieu. Tout ce que le prophète aussi a vu, s'il ne l'a pas dénigré mais a reconnu que c'est une bonne chose et a seulement affirmé que: « si tu coupes, ne coupe pas tout », ce qui veut dire qu'il a lui-même autorisé cette pratique, donc les musulmans peuvent continuer cette pratique » (E9H6).¹²⁶

« Certains ont dit que le prophète a dit que c'est bien, que ça se fait mais qu'il y a une manière de le faire, que la chose qu'on coupe chez les femmes, le clitoris qu'on coupe, qu'il y a une manière de couper » (E10H7).¹²⁷

Même si ces arguments avancés ici font référence à ce que le Prophète Mohamed a dit, ils sont contredits dans les propos d'un autre groupe de répondants musulmans qui n'ont trouvé aucune preuve scripturaire dans le Coran pour justifier les excisions et les infibulations. Pour ce groupe, ces pratiques sont facultatives, personne ne peut citer l'Islam comme leur fondement. D'après ces répondants, elles sont plutôt coutumières :

« Ce sont nos vieilles personnes sinon sur le plan religieux ça n'existe pas. Moi je suis musulman, mais l'Islam insiste surtout sur la circoncision des garçons parce que cela évite un peu la saleté. Si le garçon n'est pas circoncis, il peut avoir des saletés et cela, on peut le comprendre. Mais l'excision n'est pas obligatoire, même dans la religion musulmane » (E1H1).¹²⁸

« Ce que ma religion dit de l'excision ? Autrefois nous étions dans l'erreur. Parce qu'au début de notre entretien je t'avais dit qu'on raconte que : « Asseoir sous le fer », c'est l'expression qui traduit mieux en bambara le mot excision.

¹²⁵ Entrevue numéro 4, personne interviewée : Homme numéro 2.

¹²⁶ Entrevue numéro 9, personne interviewée : Homme numéro 6.

¹²⁷ Entrevue numéro 10, personne interviewée : Homme numéro 7.

¹²⁸ Entrevue numéro 1, personne interviewée : Homme numéro 1.

Mais la deuxième appellation chez nous ici au Mali, ce que je connais c'est l'expression « ablution ». Beaucoup de gens pensent qu'avec cette appellation, l'excision serait une pratique religieuse. Maintenant nous avons entendu des prêcheurs dire que ça n'a rien à voir avec la religion. Même si tu n'es pas excisée, cela ne veut pas dire que tu ne peux pas pratiquer la religion, que ça n'a rien à voir avec la religion » (E6H3).¹²⁹

« Ma religion est l'Islam. L'Islam dit que cette pratique ne joue pas sur la religion et il n'y a pas de conflit, ne pas être excisé cela n'a rien à voir avec la religion et ne joue aucunement sur la pratique religieuse. Ce que la religion musulmane dit : une fille qui n'est pas excisée n'a aucun empêchement de pratiquer sa religion » (E25H15).¹³⁰

La recension des écrits, présentée au premier chapitre, a montré que les excisions et les infibulations sont des pratiques antérieures à l'Islam. De plus, aucun texte religieux ne fait expressément référence à ces pratiques. À partir de ces données, et en nous interrogeant sur les conditions d'émergence et de développement d'un argumentaire qui fait de ces pratiques une obligation islamique à Bamako, nous découvrons que cette manœuvre tient en tout premier lieu dans l'amalgame populaire établi entre ces rites et certaines prescriptions islamiques en matière de sexualité : l'intérêt de ces pratiques est de réduire l'appétit sexuel des femmes, d'après les répondants (E19H11 ; E9H6).¹³¹ Ensuite, nous avons noté l'usage de certaines expressions en Bambara couramment utilisées par des leaders religieux pour désigner les excisions : « Séliji » (eau d'ablution) ou « bolokoli » (lavage des mains). Selon certains répondants, ces amalgames font que les populations sont souvent confuses et pensent que ces pratiques seraient des recommandations islamiques.

¹²⁹ Entrevue numéro 6, personne interviewée : Homme numéro 3.

¹³⁰ Entrevue numéro 25, personne interviewée : Homme numéro 15.

¹³¹ Entrevues déjà citées.

4.2.3.1 Les excisions et les infibulations : des pratiques religieuses obligatoires, recommandées ou permises en Islam ?

Selon Serour (in *Développement et Santé*, 2014), une certaine confusion a longtemps régné sur le caractère religieux des excisions et des infibulations. Pour plusieurs musulmans, ce n'est pas parce qu'une chose n'est pas obligatoire qu'elle n'est pas permise. En guise d'exemple, avoir quatre femmes, est permis en Islam, mais ce n'est pas une obligation. Ce n'est donc pas, parce que l'obligation des excisions ne consiste pas en une prescription de l'Islam, que ces pratiques sont interdites (Al-Qaradâwî, 2008).¹³²

Il ressort de la réflexion de Sheick Salih Al-Fawzan, un personnage musulman reconnu, cité par Al-Qaradâwî (2008), que les excisions sont permises, si les opérations sont effectuées selon les préceptes religieux. L'intérêt de ces pratiques est de réduire l'appétit sexuel des femmes. En faisant les excisions, il faut couper le clitoris sans faire souffrir, car ces opérations embellissent le visage des femmes et comblent les époux. Mais cela doit être effectué lorsque les filles sont encore jeunes et exécuté par des personnes expérimentées qui en connaissent les statuts (Al-Qaradâwî, 2008).

Tout chercheur en sciences islamiques doit savoir que les preuves juridiques dont sont tirés les règlements pour les musulmans sont, en premier lieu, le Coran et la Sunnah. Ensuite viennent le consensus appelé « Al-Ijmâ » et l'analogie, qu'on appelle « Al-Qiyâs » (Al-Qaradâwî, 2008). Ces quatre sources, au sujet des excisions et des infibulations, contiennent chacune des preuves authentiques pouvant servir d'arguments pour les musulmans pour

¹³² Al-Qaradâwî, S. Y. (2008). « Le statut juridique de l'excision ». Récupéré le 22 mars 2015 de <http://www.islamophile.org/spip/Le-statut-juridique-de-l-excision.html>

justifier ces pratiques. Le cas échéant, quelle est la valeur « scientifique » de ces preuves aux yeux des « savants musulmans » ? Si rien dans le Coran n'indique le statut juridique des excisions, seule la *Sunnah* serait, aux yeux des musulmans, susceptible de contenir des Hadiths repris par les penseurs musulmans pour fonder les différents points de vue existant sur ces pratiques. Tous les juristes se réfèrent en effet à des Hadiths en la matière des excisions, et les principaux mis en avant sont au nombre de trois. Ils servent de référence aussi à beaucoup de musulmans (Al-Qadârawî, 2008).

4.2.3.1.1 Les excisions et les infibulations : l'approche de la *Sunnah*

Al-Qadârawî (2008) souligne que le premier Hadith, rapporté d'après Â'Ishah, est dit « authentique ». Dans ce Hadith il est dit : « Si les deux khitân (parties circoncises) entrent en contact, le bain rituel s'impose ». On entend par contact des deux « khitân », le contact entre l'emplacement de la circoncision chez les hommes et l'emplacement des excisions chez les femmes pendant le rapport sexuel (Al-Qaradâwî, 2008). Cela suppose donc que les femmes soient excisées comme les hommes circoncis. L'analyse de ce Hadith fait ressortir que les femmes se faisaient exciser dans le temps, donc les excisions sont permises pour les musulmanes.

Dans le deuxième Hadith, qui est dit « faible », rapporté par un certain Muhammad Ibn Hassân, l'un des narrateurs mais qui demeure inconnu, le Prophète Mohamed aurait dit à une exciseuse du nom d'Umm 'Atiyyah exerçant à Médine : « Effleure et n'abuse pas, car cela rend le visage rayonnant et est plus agréable pour le mari ». Ce Hadith fut rapporté selon différentes variantes quant à leur sens, souligne Al-Qaradâwî (2008).

Si l'on admet l'authenticité de ce Hadith, que signifierait cette injonction du Prophète Mohamed : une obligation ? Une recommandation ou un conseil ? Pour Al-Qaradâwî (2008), l'impératif ici a valeur de conseil, il ne signifie ni obligation ni recommandation, car il vise à organiser un sujet mondain, et à réaliser un intérêt humain précisé par le Hadith comme étant la splendeur du visage des femmes qui rayonne et le plaisir auprès des maris. Dans ce contexte, le Prophète conseille donc de ne pas abuser et de ne pas couper excessivement pour réaliser le bénéfice escompté à savoir la jouissance des femmes et le plaisir des hommes pendant les rapports sexuels. D'autre part, cette injonction peut signifier implicitement l'approbation de ces pratiques réalisées par l'exciseuse et qu'elles sont donc permises (Al-Qaradâwî, 2008).

Mais la réflexion de Serour ne corrobore pas celle d'Al-Qaradâwî (2008). Car, Serour souligne que, si « couper peu » est mieux pour les femmes et plus souhaitable pour leurs maris, alors il est certainement préférable de ne pas couper du tout (Serour, in *Développement et Santé*, 2014). Il soutient que l'absence de toute référence claire, dans le Coran et dans les Hadiths, confirmant l'appui de ces pratiques, font que les principaux théologiens musulmans ont réfuté l'argument fondé sur la doctrine religieuse des excisions et des infibulations (Serour, in *Développement et Santé*, 2014).

Le troisième Hadith, évalué « faible » à cause de sa chaîne de transmission, rapporté par Ahmad d'après Abû Al-Malîch Ibn Usâmah d'après son père, stipule que « La circoncision est une tradition louable (*Sunnah*) pour les hommes et un honneur (*makrumah*) pour les femmes » (Al-Qaradâwî, 2008). Selon le même auteur, à supposer que ce Hadith soit authentique, que signifierait-il pour les musulmans ? L'expression « un honneur (*makrumah*

en arabe) pour les femmes » signifierait que les excisions font partie des us et coutumes appréciables concernant les femmes musulmanes, mais qu'aucun texte émanant du législateur islamique n'est venu les imposer ni même les recommander. Cette appréciation par rapport à l'honneur peut changer dans le temps et dans l'espace, car ce qu'on considère comme un honneur à une époque dans une culture et dans un pays donné peut cesser de l'être comme tel à une autre époque et dans d'autres contextes socio-culturels. Ceci pourrait expliquer pourquoi de nombreux pays musulmans du Golfe et les pays du Maghreb ne pratiquent pas les excisions et les infibulations dans leur intégralité (Al-Qaradâwî, 2008).

Nous avons déterminé que ni le Coran ni la *Sunnah* ne désignent explicitement les excisions et les infibulations comme des pratiques obligatoires ou recommandées. Il convient donc d'explorer les autres approches islamiques par « consensus » et par « analogie ».

4.2.3.1.2 Les excisions et les infibulations : l'approche par « consensus »

Al-Qaradâwî (2008) a examiné le « consensus » des savants musulmans (Ijmâ) pour y trouver des arguments justifiant le caractère obligatoire ou recommandé des pratiques des excisions et des infibulations.

Quiconque analyse les avis des juristes sur ces questions d'excisions et d'infibulations, que ce soit dans le cadre des écoles juridiques ou en dehors, trouvera qu'il n'y a pas d'unanimité sur une opinion précise en ce qui concerne ces pratiques (Al-Qaradâwî, 2008). Certains parlent d'obligation, comme nous l'avons signalé dans les entrevues, d'autres de recommandation, et d'autres encore d'une tradition louable pour les hommes et d'un honneur pour les femmes. Il n'y a donc pas de consensus sur ces questions. Suite à cela, aucun

jurisconsulte, n'a jugé les excisions illicites ou détestables pour les musulmans (Al-Qaradâwî, 2008). Et dans un tel contexte, ce consensus implicite des jurisconsultes, qu'ils soient affiliés ou non à une école juridique, prouve que quiconque excise conformément aux modalités décrites dans le Hadith, qui conseille aux exciseuses d'effleurer sans abuser ni exagérer, n'aura rien fait de mal et n'aura pas commis de péché (Al-Qaradâwî, 2008).

4.2.3.1.3 Les excisions et les infibulations : l'approche par « analogie »

Comme l'approche par « consensus » n'a pas permis de trouver une justification à la dimension obligatoire ou recommandée des excisions et des infibulations, recourons maintenant à l'approche par « l'analogie ». Pour Al-Qaradâwî (2008), certains pourraient être tentés par un raisonnement analogique entre la circoncision des hommes et les excisions des femmes, dans la mesure où, pour les musulmans, le discours de Dieu s'adresse à l'origine aux deux sexes. Ainsi lorsque Dieu dit : « Ô les croyants », Il s'adresse bien aux hommes qu'aux femmes. Dans ce contexte, les deux sexes sont concernés de la même manière par les règlements juridiques relatifs au culte divin et aux transactions, à quelques rares exceptions près qui n'invalident en rien la règle générale pour les musulmans (Al-Qaradâwî, 2008).

En suivant cette réflexion, certains musulmans avancent un raisonnement analogique entre les femmes et les hommes en matière de la circoncision et des excisions. Car selon eux, il est dit dans le Coran, Sourate 3, verset 195 : « Leur Seigneur les a exaucés : Je ne laisse pas perdre l'action de celui qui, parmi vous, homme ou femme, agit bien. Vous dépendez les uns des autres ». Ce verset signifie que les hommes et les femmes procèdent les uns des autres : les femmes complètent les hommes et ceux-ci complètent les femmes (Al-Qaradâwî, 2008). Dans un tel esprit de complémentarité, chacun est indispensable à l'autre, alors, pourquoi ne ferait-

on pas une analogie entre eux en matière des excisions et des circoncisions ? Mais pour être applicable selon Al-Qaradâwî (2008), ce raisonnement par analogie doit respecter certains critères :

- La présence d'une réalité commune aux deux membres impliqués dans l'analogie. Quelle peut être cette réalité commune dans notre contexte : le cas des hommes et des femmes ?
- Ensuite, il faut l'absence d'une différence substantielle entre les deux membres impliqués dans l'analogie. Si cette différence existe, on va rejeter alors l'analogie pour cause de différence substantielle. Or, poursuit l'auteur, il ne fait aucun doute dans l'observation qu'il y a une différence importante entre les hommes et les femmes au plan des excisions et des circoncisions. Car, les circoncisions peuvent profiter aux hommes, tandis que pour les excisions, les femmes en pâtissent à plusieurs égards (Al-Qaradâwî, 2008).
- Et enfin, il y a la règle de base pour les musulmans qui interdit d'apporter tout changement dans la création de Dieu, ou de couper une partie du corps que Dieu a créé. De cette règle a été exclue la pratique de la circoncision des hommes, tout le reste étant régi par cette interdiction originelle, conformément à la règle fondamentaliste musulmane : « L'exception est prise en considération mais ne peut faire l'objet d'une analogie » (Al-Qaradâwî, 2008).

L'examen du Coran, de la *Sunnah*, du consensus des penseurs musulmans (savants) et du raisonnement analogique a montré qu'il n'existe aucune preuve, sur le plan religieux, qui pourrait justifier le caractère obligatoire ou recommandé des excisions et des infibulations.

Dans cet esprit, entre l'obligation, la recommandation ou l'aspect honorifique de ces pratiques, les savants musulmans s'accordent sur leur caractère « permissibilité » (Al-Qaradâwî, 2008).

4.2.3.2 Les excisions et les infibulations : des pratiques permises en Islam ?

Le constat est établi que toutes les opinions s'accordent sur le caractère « permissible » des excisions (Al-Qaradâwî, 2008). Car pour les musulmans, tout ce qui est permissible est considéré en-deçà de la recommandation et de l'obligation. Autrement dit, tout musulman qui professe le caractère obligatoire ou recommandé des excisions, ne nie pas leur « permissibilité » (Al-Qaradâwî, 2008). De même, ceux qui y voient un honneur pour les femmes, ne sont pas très éloignés de la « permissibilité », puisque le sens de « mukrumah » renvoie à une chose appréciée d'après les us et les coutumes. Dans cette logique, les tenants de cette position admettent donc que les excisions et les infibulations sont permises aux musulmans et sont en droit de défendre ces pratiques.

Cependant, poursuit Al-Qaradâwî (2008), il est juridiquement admis que, parmi les pratiques ou les choses permises, certaines peuvent être partiellement ou totalement interdites s'il est démontré qu'elles présentent un caractère nocif ou néfaste. Dieu n'a autorisé les choses permises que dans la mesure où elles sont source de facilité et de bien-être pour les hommes et les femmes. Et Serour (in *Développement et Santé*, 2014) développe cette pensée en ajoutant que la « Charia » pour les musulmans préconise ce qui peut apporter des bénéfices à la personne et interdit les pratiques néfastes. Les excisions et les infibulations ne présentent aucun avantage, elles sont au contraire physiquement invasives, émotionnellement dommageables et peuvent avoir des complications mettant en danger la vie des femmes ou affectant leurs capacités reproductives (Serour, in *Développement et Santé*, 2014).

Même si Al-Qaradâwî (2008) souscrit à cette même vision, il souligne qu'il faut s'abstenir de vilipender toute personne ayant fait légalement exciser ses enfants comme le prescrit le Hadith. Selon lui, il ne convient pas non plus de qualifier ces pratiques de « crime barbare » que l'on commet en ce XXI^{ème} siècle, à moins qu'elles outrepassent les limites juridiques agréées. Et ces dépassements des limites, et des conditions peuvent être classés en trois catégories :

- L'ablation de tout le clitoris ou une partie au lieu de l'effleurement du prépuce clitoridien, avec pour conséquence pour les femmes la privation d'une jouissance légitime sans raison valable.
- Le fait de confier ces pratiques à des personnes inexpérimentées selon lui, comme à des matrones et autres exciseuses. Ces interventions chirurgicales doivent être confiées à des femmes médecins compétentes et qualifiées ou à défaut, à des médecins musulmans qualifiés en cas de nécessité.
- Et enfin, le recours à des instruments non stérilisés et inadaptés à ces pratiques dans des conditions peu hygiéniques : il faut faire en sorte que les instruments utilisés soient stérilisés et adaptés à ces interventions délicates et que ces rites soient accomplis dans un lieu approprié comme une clinique, un hôpital ou un dispensaire. Il faut proscrire tous les instruments et les techniques traditionnelles qui ont cours dans les milieux ruraux (Al-Qaradâwî, 2008).

Si ces trois conditions sont réunies, et notamment si ces pratiques sont dictées par une raison médicale selon la prescription d'un médecin compétent en la matière, personne ne pourra les remettre en cause pour les musulmans (Al-Qaradâwî, 2008). Suivant cette logique

où les arguments religieux sont articulés avec la tendance à la médicalisation, les excisions et les infibulations dans ce contexte n'interrogent-elles pas l'éthique et la bioéthique ? Peut-on éthiquement favoriser la médicalisation des pratiques qui n'ont aucun but thérapeutique ?

4.2.4 Les excisions et les infibulations : impasse et dilemme pour les populations ?

Nous reconnaissons qu'à Bamako la confusion entre le caractère obligatoire, recommandé ou permissible de ces pratiques fait l'objet d'interprétations controversées et polémiques entre les leaders religieux et place les populations dans une situation d'impasse et de dilemme éthique.

Cet amalgame a pu servir de base à certains leaders religieux qui ont développé des discours affirmant le caractère religieux obligatoire de ces pratiques pour les musulmanes (E7H4).¹³³ La mobilisation de ces arguments religieux, dans le contexte du Mali, peut ainsi être analysée et interprétée en partie comme l'expression d'une forme de résistance culturelle et religieuse. Les campagnes de sensibilisation contre ces pratiques participent ainsi au vue de ces communautés musulmanes à une forme d'impérialisme culturel d'un Occident œuvrant pour leur abandon (Sissoko, 1999). Finalement, les excisions et les infibulations sont devenues en quelque sorte le support d'une certaine contestation de la globalisation culturelle, articulée aux référents religieux, bien plus qu'une revendication religieuse (Latoures, 2008).

Certains leaders religieux et prêcheurs de Bamako suivent les mêmes argumentaires, faisant de la défense des excisions et des infibulations le symbole de la contestation de la globalisation culturelle, voire l'emblème d'une affirmation identitaire et une forme de

¹³³ Entrevue numéro 7, personne interviewée : Homme numéro 4.

résistance à tendance souvent politique. C'est ainsi qu'un des prêcheurs s'est exprimé à la suite des campagnes de sensibilisation contre les excisions en ce terme :

« Ils sont en train de noyer les incultes dans des commentaires erronés et hypocrites sans jamais donner des précisions (...) Nous allons exciser nos filles jusqu'à la fin de nos jours. Aucun pouvoir ne peut contrevenir à cette tradition » (Niangaly, 1999).

Un autre leader en 1999, s'adressant au Ministre de l'Administration Territoriale du Mali, par rapport au projet de loi contre les excisions et les infibulations, établit un lien entre la liberté et la conviction religieuse, et poursuit en disant :

« Nous avons dit aussi qu'une loi pour interdire l'excision nous paraît inopportune. Prendre une loi et l'imposer sur les gens n'est pas normal. Il faut laisser chacun libre, selon sa conviction religieuse (...) Il nous a rassurés. Il nous a dit que rien ne sera fait, ne sera dit qui ira à l'encontre de l'Islam. Nous lui avons dit tant mieux. Nous, notre problème ce n'est pas d'aller à Koulouba.¹³⁴ On a dit qu'on va déclencher la guerre sainte » (Dramé, 1999).

Ces données montrent que ces discours émergents, quel que soit leur influence directe ou indirecte sur les populations, reçoivent en partie les pratiques des excisions et des infibulations à Bamako, et créent une impasse et un dilemme éthiques. Ces pratiques sont considérées, pour certaines communautés musulmanes, comme une obligation religieuse, et au mieux, comme une coutume étroitement liée à la religion musulmane. Le lien est vite établi par ces adeptes musulmans entre les campagnes de sensibilisation contre ces pratiques et la religion musulmane. Les messages de ces campagnes sont considérés comme des messages contre la culture et contre l'Islam. Certains leaders n'ont pas hésité à qualifier ces campagnes comme des « croisades » contre la culture malienne et contre l'Islam (Traoré, 2008).

¹³⁴ Koulouba (grande colline en Bambara), est le nom de la localité, où il y a le palais présidentiel du Mali.

D'une façon générale, le problème du corps de la femme et de sa maîtrise se situe au cœur des luttes nationalistes ou culturelles, au même titre que la résistance à la globalisation culturelle (Latoures, 2008). Certaines communautés Bamakoises qui maintiennent encore ces pratiques n'échappent pas à cette logique (E19H11).¹³⁵ C'est d'ailleurs tout le paradoxe associé aux phénomènes de mondialisation, qui permettent à la fois aux femmes de s'organiser à l'échelle internationale pour défendre leurs droits et améliorer leurs conditions, mais qui favorisent aussi des résistances locales dont certaines expressions sont portées sur et/ou par les corps des femmes (Latoures, 2008) : mariage précoce des filles, exploitation sexuelle et viols en temps de guerre ou d'occupations « djihadistes ».¹³⁶

Mais cette globalisation de la problématique des excisions et des infibulations a également favorisé une remise en question de ces pratiques, qui a produit des discours de prise de conscience chez beaucoup de répondants indépendamment de toute hégémonie étrangère. Les risques et les complications ne sont pas vécus par des femmes occidentales mais des femmes africaines qui sont nos mères, nos sœurs, nos femmes et nos filles. Il serait regrettable de considérer encore ces questions médicales des excisions et des infibulations comme des inventions occidentales, affirme un interlocuteur (E7H4).¹³⁷ Ce sont des réalités sur lesquelles il ne faut pas fermer les yeux tout en accusant les occidentaux, d'où la nécessité de sensibiliser

¹³⁵ Entrevue numéro 19, personne interviewée : Homme numéro 11.

¹³⁶ Nous faisons allusion à l'occupation du Nord du Mali en janvier 2012 par les djihadistes islamistes et Al-Qaïda qui avaient instauré la « Sharia » dans cette partie du pays pendant onze mois. Beaucoup de filles ont été enlevées de leur famille et données en mariage forcé aux combattants djihadistes, d'autres ont été victimes de viols collectifs par les mêmes éléments armés, et d'autres sont portées disparues. En mars 2014 au Nigeria 200 jeunes filles lycéennes ont été enlevées par la secte islamique « Boko haram ».

¹³⁷ Entrevue numéro 7, personne interviewée : Homme numéro 4.

les populations et les amener à réfléchir davantage sur ces pratiques culturelles qui n'offrent aucun bénéfice aux femmes, de nos jours (E11F4).¹³⁸

Selon les résultats issus de nos entretiens, nous sommes bien en face de pratiques culturelles dynamiques, sources de controverses entre les communautés qui les maintiennent et celles qui y sont opposées. Elles sont sources de polémique sur le plan culturel, religieux et politique dans la ville de Bamako (Centre Djoliba, 1999). Nos entretiens ont montré que ces pratiques ne sont pas restées enfermées dans leurs référents culturels traditionnels, mais sont en permanence réinventées, réadaptées à certaines réalités sociales et manipulées par certaines personnes au point de devenir parfois un langage de revendication religieuse. Le constat des répondants, sur la déritualisation et la dimension clandestine, est venu confirmer l'aspect dynamique de ces pratiques en ville.

Ce parcours nous a permis d'identifier certaines motivations, certaines raisons, certaines conceptions des normes et certaines valeurs sous-jacentes de ces pratiques. La dimension dynamique a révélé que ce sont des pratiques qui interpellent l'éthique par rapport à la santé, à la tendance vers la médicalisation et à l'évolution des cultures - aucune culture n'est statique-. Les excisions et les infibulations seraient aujourd'hui une réponse aux inquiétudes de certains chefs de familles, liées à une certaine « liberté sexuelle » dans un milieu urbain, surtout à Bamako. La sauvegarde de l'honneur des familles serait intimement liée à ces pratiques, car elles préserveraient les jeunes filles et les femmes déjà mariées de commettre des actes sexuels qui les déshonorent. Les propos de cet interlocuteur mettent cette dimension

¹³⁸ Entrevue numéro 11, personne interviewée : Femme, numéro 4.

en évidence et résumant la pensée d'autres personnes interviewées qui défendent ces pratiques :

« Ce que je te dis, si nous voulons que notre pays garde ses valeurs...garde ses valeurs... que nos femmes restent dans le respect et l'honneur dans leur foyer, excisons les filles à 15 ans et 16 ans. Mais si on excise les enfants à une semaine, ou bien dire même de ne pas les « purifier » (exciser), de ne plus jamais les exciser, nous verrons que ces filles, si Dieu nous accorde une longue vie, que ces filles s'accoupleront dans les rues et feront des rapports sexuels. Elles vont se violer réciproquement dans les rues, parce que ce sont les femmes qui violeront les hommes. Ce ne sont pas les hommes qui vont violer les femmes hein, ce sont les femmes qui vont violer les hommes. Nous avons peur de cela » (H9H6).¹³⁹

Suite à ce témoignage qui met en lumière les motivations de ces pratiques en ville, on peut dire que l'objectif des excisions et des infibulations se résume à assurer le contrôle de la sexualité des filles et des femmes mariées à Bamako. Cependant, on peut aussi se demander si ces pratiques sont les seuls moyens efficaces pour garantir la maîtrise du désir sexuel féminin et assurer la stabilité sociale dans ce sens à Bamako. Dans le même ordre d'idée, la sauvegarde de l'honneur des familles et la stabilité sociale peuvent-elles se résumer à la seule dimension de diminuer l'envie sexuelle des femmes et des jeunes filles ? Où se situent la responsabilité et la part des hommes dans ce contexte précis ? Les excisions et les infibulations semblent répondre aux aspirations des hommes à Bamako au Mali. La dignité de la personne et sa vulnérabilité sont-elles respectées dans ces pratiques ? Comme nous l'avons signalé plus haut, avec les risques, les conséquences sur la santé et les coûts humains et financiers, ces pratiques constituent un problème de santé publique, et elles interpellent ainsi l'éthique.

Les résultats que nous venons de présenter ont montré que les excisions et les infibulations sont des pratiques dynamiques qui interrogent l'éthique. Nous allons, dans le

¹³⁹ Entrevue numéro 9, personne interviewée : Homme, numéro 6.

cinquième chapitre, montrer en quoi l'analyse éthique de ces pratiques culturelles constitue un domaine légitime d'application des principes de la bioéthique issus de notre cadre théorique.

Nous ne saurons agir selon les situations ou les circonstances des excisions et des infibulations - et souvent sous le coup de l'émotion -, sans avoir au préalable objectivé, sans une hiérarchisation absolue, une série de principes indispensables au discernement des personnes qui décident de ces pratiques, des femmes qui se soumettent d'une façon ou d'une autre à ces rituels sous une pression conjugale et des personnes qui opèrent. Les six principes que nous proposerons dans le chapitre suivant ne sont ni d'égale valeur ni de même nature : le principe du respect de la dignité de la personne humaine, le principe de l'inviolabilité de la personne humaine et le respect de l'intégrité physique, le principe de bienfaisance/non-malfaisance, le principe d'autonomie et de consentement, le principe de responsabilité sociale et le principe de justice, d'égalité et d'équité.

Les principes du respect de la dignité humaine et de l'inviolabilité de la personne, dans le contexte des excisions et des infibulations nous paraissent importants : ils constituent le moyeu de notre approche et ils sont donc à appliquer.

La mise en œuvre des autres principes comme : le principe de l'intégrité physique, le principe de bienfaisance/non-malfaisance, le principe d'autonomie et de consentement, le principe de responsabilité sociale, et le principe de justice, d'égalité et d'équité est à rechercher dans la mesure du possible en fonction des circonstances dans lesquelles se déroulent les excisions et les infibulations, sans en faire des principes absolus. Car chaque principe en soi recèle des limites en fonction des cultures et des religions (Montero et Ars, 2005).

Pour atteindre cet objectif, nous présenterons dans un premier temps au début du cinquième chapitre les différentes approches (philosophiques et religieuses) du concept de la personne humaine, à travers la corporéité. Ce parcours va nous permettre de saisir la notion de la personne humaine et de son corps, les valeurs qui sont attribuées au corps, afin de mettre en évidence toute l'importance de l'application des principes bioéthiques. Dans un deuxième temps, les excisions et les infibulations seront évaluées avec les six principes retenus en les appliquant aux processus décisionnels de ces pratiques. Cette démarche montrera toute l'importance et la primauté de la personne humaine sur les pratiques culturelles. Elle mettra enfin en évidence la non-instrumentalisation de l'être humain du seul fait qu'il est humain.

CHAPITRE 5. LES EXCISIONS ET LES INFIBULATIONS : L'APPLICATION DES PRINCIPES BIOÉTHIQUES

Introduction

La problématique des excisions et des infibulations semble être une réalité sociale étrangère au champ d'application des principes bioéthiques, qui se penche habituellement sur les pratiques biomédicales et les technologies qui s'y réfèrent. Comment déceler et gérer les dimensions éthiques de ces pratiques culturelles ? Au Mali, aucune loi n'interdit ou ne sanctionne explicitement les excisions et les infibulations : « Tout ce qui n'est pas interdit par la loi ne peut être empêché et nul ne peut être contraint à faire ce qu'elle n'ordonne pas » (Konaté, 2007). Selon certaines personnes interviewées, les excisions et les infibulations constituent un droit culturel que chacun peut pratiquer ou revendiquer librement même si elles comportent des risques et des conséquences sur la santé et occasionnent des dépenses financières. À l'instar du commentaire de Feldmann (2010) sur le rapport entre la consommation de drogue, et l'éthique, il est difficile de déterminer si des principes éthiques et bioéthiques peuvent être mobilisés ou mis en œuvre pour analyser certaines pratiques, dans notre cas, les excisions et les infibulations, sans remettre en question les libertés individuelles et le droit culturel.

Une réflexion sur la dimension éthique des excisions et des infibulations ne saurait se limiter dans notre contexte à leur description ou à une anthropologie statique. Ce travail n'est possible que d'un point de vue dynamique, par la prise en compte de l'orientation culturelle qui sous-tend ces rituels aujourd'hui, les risques et les conséquences sur la santé ainsi que le contexte des références éthiques dans lequel celui-ci a lieu (Marchand, 2009). Dans une

démarche éthique, cela se traduit par la place centrale et déterminante du lien entre d'une part, la conception du corps humain sur lequel portent les opérations, et d'autre part les actes d'excision et d'infibulation considérés comme un droit culturel.

Il est indéniable que les altérations des organes génitaux externes sont des actes qui portent atteinte à l'intégrité physique des personnes qui les subissent pour que leurs personnalités sociales en sortent renforcées (Cabane, 2008). Pour ceux qui maintiennent ces pratiques, porter atteinte à l'intégrité physique ne signifie pas qu'ils veulent du mal aux femmes qui subissent ces rituels, car ces épreuves sont indispensables à leur métamorphose sociale selon cet interlocuteur E22H13.¹⁴⁰ Mais le problème éthique à souligner ici est le suivant : L'évidence fournie par la résonance magnétique sur la composition nerveuse des organes génitaux concernés (Buisson, 2011 ; Leleu, 2008), et les données publiques sur les conséquences médicales et sociales de ces pratiques, prouvent qu'elles contreviennent à l'intégrité physique des femmes. Dans ce cas, il convient de subordonner « les bienfaits » sociaux ou « les bénéfices » de ces pratiques au respect de la dignité humaine, au bien-être, de l'intégrité physique et de la vulnérabilité de la personne. Dans notre contexte, jusqu'à quel point porter atteinte à l'intégrité corporelle de la personne humaine peut-il se justifier par la volonté de contrôler sa sexualité dans le but de renforcer sa personnalité sociale ?

Pour répondre à notre interrogation, nous pensons qu'une brève présentation de la personne humaine et de son corps serait nécessaire. Car, situer la problématique des excisions et des infibulations sur le plan philosophique requiert tout d'abord une certaine clarification préliminaire d'ordre anthropologique et éthique. En effet, la « bioéthique » est un terme

¹⁴⁰ Entrevue numéro 22, personne interviewée : Homme numéro 13.

composé qui réunit « bios » (la vie) et ethos (éthique) : c'est l'éthique qui concerne les problèmes de la vie (Tettamanzi, 2005). L'UNESCO (2005) étend cette définition de la bioéthique à l'étude systématique, pluraliste et interdisciplinaire et à la résolution des questions d'éthique que peuvent soulever les pratiques biomédicales, les sciences sociales et les sciences de la vie appliquées aux êtres humains et à leur gestion de l'écosystème, y compris les questions liées à la disponibilité et à l'accessibilité des progrès scientifiques et technologiques et de leurs applications.¹⁴¹ Or, la vie, notamment la vie humaine dans la société, est toujours vie dans le corps et avec le corps. Le problème fondamental des excisions et des infibulations, celui auquel se rattachent tous les problèmes par rapport aux conséquences sociales et médicales, est, à notre point de vue, la définition de la nature du corps humain et la détermination de son identité. D'où la question, certainement la plus élémentaire mais aussi la plus importante et la plus décisive dans notre approche bioéthique : qu'est-ce que le corps humain et quelle valeur lui attribuer ?

5.1 La présentation de la personne humaine et son corps : « la corporéité »

Aux fins de cette thèse, le mot « personne » signifie chaque « être humain ». Les notions de « personne humaine » et d'« être humain » sont considérées comme synonymes. Elles sont employées pour affirmer la nécessité de protéger la dignité et l'identité de tous les êtres humains (UNESCO, 2005).

¹⁴¹ SHS/EST/05/CONF.203/4. Paris, le 21 février 2005. *Note explicative sur l'élaboration de l'avant-projet d'une déclaration relative à des normes universelles en matière de bioéthique*. Paragraphe 18. Récupéré le 18 mai 2015 de <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001390/139024f.pdf>

En théorie, le concept de personne n'a pas toujours un sens homogène, surtout si l'on se rapporte à la notion de corporéité dans le sens ontologique, et si l'on approfondit le lien entre celle-ci et la personne humaine (Maillard et Romagnoli, in *Bioetica Forum*, 2014). Même s'il existe un manque d'homogénéité de sens par rapport au concept de personne, notre réflexion portera particulièrement sur la réalité essentielle de la personne humaine, qui dans sa conscience peut reformuler les réalités de l'univers et sa capacité de les maîtriser. Car selon Sgreccia (2004), le fait que la personne humaine représente l'apogée de la vie de l'univers, et du règne constitué sur les diverses formes de vie, n'est nié par personne, que ce soient les scientifiques ou les philosophes, de pensée évolutionniste ou fixiste, de courant philosophique matérialiste ou spiritualiste. Tettamanzi (2009) rend bien cette affirmation quand il souligne qu'il n'y a que l'homme et lui seul qui soit une personne et que sa dignité personnelle exige qu'il soit toujours traité comme fin, et jamais comme moyen à l'usage des autres.

Pour les musulmans et les chrétiens l'être humain est une œuvre de Dieu : une créature sacrée dotée d'une dignité intrinsèque (Coran, Sourate 49, verset 13 ; Gn 1, 26-27). Pour les adeptes de la religion traditionnelle Bambara, l'être humain est créé par « Ma », la Puissance Suprême qui est à l'origine de tout ce qui existe (Henry, 1910). À travers ces trois approches religieuses, l'être humain est donc une créature sacrée : un être corporel et spirituel doté d'une dignité issue de son créateur.

Dans la réflexion de Marie de L'Assomption (2014) dans son ouvrage « *L'homme, personne corporelle. La spécificité de la personne humaine selon Saint-Thomas d'Aquin* », la personne humaine implique l'âme et le corps. Même s'il est composé de substance matérielle, le corps humain n'est pas un simple objet parmi d'autres objets, il est corporel et doté d'une

âme : il a une dignité. En citant De Libera (2007), l'auteure précise que, selon la pensée de Saint-Thomas d'Aquin, la personne humaine « est une substance individuelle de nature raisonnable, ayant la maîtrise de ses actes, qui n'est pas simplement agie comme les autres dans la société, mais agit par elle-même, car les actions sont dans les singuliers ». La personne humaine dans son agir par son corps et dans son corps devient sujet et marque une distinction avec les choses. En effet, poursuit Marie de l'Assomption :

« La corporéité, qui est la marque spécifique de la personne humaine, a des conséquences sur la manière dont elle va se réaliser, et qui n'appartient qu'à elle (...) L'homme a à atteindre sa fin librement, et à se réaliser comme personne, mais ne peut le faire, en raison du mode abstraitif et discursif de sa connaissance, qu'en déployant progressivement ses potentialités, toujours avec, dans et par son corps » (Marie de l'Assomption, 2014).

Sgreccia (2004) va dans le même sens en arguant : « Si le corps n'est pas un « objet », mais plutôt un « sujet » qui a une valeur, il assume une dignité supérieure à celle de la « chose » qui a un prix. Il existe donc entre le corps humain et la « chose » un fossé ontologique et quantitatif incommensurable ».

Ces remarques mettent en évidence la primauté de la personne humaine dans la société. Même si certaines traditions culturelles accordent une place prépondérante à la famille et à la communauté, comme en Afrique, au détriment de la personne humaine, celle-ci revêt une importance primordiale dans la mesure où elle est étroitement liée au respect de la dignité humaine qui a pour but d'éviter toute décision abusive prise au nom de la société (Stanton-Jean, 2011).

Tettamanzi (2005) met en évidence cette dimension primordiale de la personne humaine en reconnaissant dans la société son caractère moral *intangibile* :

« Même la raison humaine est en mesure de déterminer dans la dignité de l'homme en tant que personne le critère moral objectif, universel et pérenne, capable de répondre aux problèmes les plus variés concernant l'homme, en

premier lieu les problèmes éthiques. La personne est le critère moral *intangibile* : les juristes, les philosophes du droit, les philosophes théorétiques et moralistes sont unanimes lorsqu'ils affirment que, si l'on venait à retrancher ce repère fondamental, la société même, en tant que produit de la personne, s'écroulerait ».

Dans cette perspective, porter atteinte à l'intégrité de la personne humaine signifie par conséquent porter atteinte à son humanité et à la société à la base et au sommet : la société et la famille naissent toutes les deux de la personne humaine et elles sont au service de la personne (Tettamanzi, 2005). C'est ainsi que s'établit la primauté de l'être humain sur les institutions et sur les pratiques sociales.

5.1.1 La personne humaine et son corps

Selon Maritain (1982), « Chaque élément du corps humain est humain et existe en tant que tel, en vertu de l'existence immatérielle de l'âme humaine. Notre corps, nos mains, nos yeux existent en vertu de l'existence de notre âme ». Marie de l'Assomption (2014) propose plutôt que c'est leur composé qui est dit « personne humaine ». De ce fait, le corps humain est donc aussi, et non moins que l'âme, nécessaire pour qu'il y ait une personne humaine. En citant Thomas d'Aquin dans « *Le commentaire du traité De l'âme d'Aristote* », Marie de l'Assomption souligne : qu' « il faut dire que l'homme ne tient pas seulement de l'âme qu'il soit une personne, mais d'elle et du corps, puisqu'il subsiste à partir des deux. » (Marie de l'Assomption, 2014).

De Koninck (2005) décrit bien cette réalité de l'âme et du corps lorsqu'il explique que l'âme n'existe pas comme une entité séparée, qu'elle est unie au corps de manière indivisible, ce qui est prouvé lorsqu'elle quitte le corps et que celui-ci se dissout à la mort. Que la personne humaine qu'elle anime soit endormie ou éveillée, comateuse, gravement handicapée

ou en pleine forme, elle est tout aussi présente. C'est l'âme qui rend possible tout exercice éventuel des diverses potentialités qu'elle unifie : le fait de marcher, de voir, d'entendre, de penser, d'aimer et tout ce que l'être humain peut faire comme activité sociale ; car ce n'est manifestement pas leur seul exercice qui est l'âme, toujours selon notre auteur.

La dignité inhérente à toute personne humaine est celle de l'être humain dans sa totalité, et non de l'âme toute seule, même si, en tant que telle, l'âme est plus digne que le corps du fait de son origine spirituelle : « Bien que l'âme soit plus digne que le corps, cependant il lui est uni comme une partie de tout l'homme qui, d'une certaine façon, est plus digne que l'âme en tant qu'il est plus complet ».¹⁴² La personne humaine dans cette logique doit être considérée dans sa dimension d'« uni-totalité » et sa dimension relationnelle.

Il en découle que dans la société, toute action ou toute intervention qui porte sur le corps humain ne touche pas seulement les tissus, les organes et leurs fonctions, mais elle engage aussi, à des niveaux divers, la personne humaine dans sa globalité et son unité de vie corporelle, psychique, psychologique et spirituelle, reflet réel d'expression concrète de la personne humaine (Marie de l'Assomption, 2014 ; Tettamanzi, 2005). Thiel (2013) précise que la personne humaine est son corps, et dans la société le pouvoir public doit tout mettre en œuvre pour veiller à son respect, en garantissant son intégrité, son inviolabilité, son indisponibilité, sa non-patrimonialité, et veiller également à la protection du sujet contre lui-même.

¹⁴² *Commentaire du traité De l'âme d'Aristote, introduction, traduction et notes par Jean-Marie Vernier*, Paris : Vrin, 1999.

À partir de ces réflexions, nous soulignons que la personne humaine va au-delà de son aspect biologique, son corps est aussi manifestation rationnelle et spirituelle de l'âme qui l'anime et matérialise sa vie relationnelle dans la société. Le corps révèle et réalise la personne humaine, et, par conséquent, il participe à sa dignité personnelle inhérente et sociale. Ainsi, le corps n'est pas une « chose » mais une valeur à exprimer et à vivre selon la logique intérieure qu'il porte en lui et à laquelle nous ne pouvons renoncer (Tettamanzi, 2004). En reprenant une citation de Guardini (1985), Tettamanzi (2005) dans son ouvrage « *L'Évangile de la vie : Fondements et enjeux* » souligne dans cette logique que le corps humain est inviolable et que la personnalité confère à la personne humaine sa dignité ; elle la distingue des choses et en fait un sujet :

« L'homme est inviolable mais ce n'est pas parce qu'il vit qu'il a « droit à la vie ». Un animal l'aurait aussi, parce que lui aussi vit (...) La vie de l'homme ne peut être violée parce que l'homme est une personne. Être une personne signifie être capable de se dominer et d'être personnellement responsable, de vivre dans la vérité et dans l'ordre moral. La personne n'est pas quelque chose de nature psychologique, mais existentielle. Elle ne dépend pas fondamentalement de l'âge, ou de conditions physico-psychiques ou de dons naturels, mais de l'âme spirituelle qui est en tout homme » (Guardini, 1985).

Suivant la réflexion de Tettamanzi (2005), si nous ne voulons pas parler de « n'importe quelle » vie mais d'une vie spécifiquement « humaine », le propos doit partir de la personne humaine et s'y référer. La vie humaine dans la société reflète en soi la structure caractéristique de la personne, celle d'une « totalité unifiée ». Dans cet esprit, l'auteur souligne que l'expérience et la réflexion conduisent donc à définir la personne humaine comme être « *inséparablement* » *corporel, psychique et spirituel*. Raison pour laquelle la vie ne peut se réduire, même de façon minimale, à une donnée biophysique du corps humain, parce que le corps humain n'est pas réductible à sa biologie et à sa physiologie. C'est ce que maintient

Sgreccia (2008) dans son ouvrage « *La dinamica esistenziale dell'uomo* » (La dynamique existentielle de l'homme) : « Il corpo è ciò che viene immediatamente percepito dagli altri, ma il senso del corpo è al di là del corpo. » Ce qui se traduit par : Le corps est ce qui est immédiatement perçu par les autres, mais le sens du corps est au-delà du corps.¹⁴³

Tous ces écrits nous font verser dans le sens de Marie de l'Assomption (2014) et de Tettamanzi (2005) à savoir que le corps humain ne peut pas se résumer à un ensemble de tissus, d'organes et de fonctions. Certes, personne ne peut douter de cette dimension du corps humain ni pour autant le réduire uniquement à celle-ci, à partir du moment où sa « spécificité humaine », et donc son « identité complète » consiste à être le signe de sa révélation et le lieu de sa réalisation en tant que personne humaine. Suite à cela, les deux auteurs parlent de « corporéité » et finissent par affirmer que la personne humaine « est » son propre corps. Dans cette logique, « la corporéité » connote tout l'être humain, et dans le corps humain et à travers lui la personne s'estime et entre en communication avec les autres dans la société : c'est sa dimension communautaire (Marie de L'Assomption, 2014 ; Le Doujet, 2014 ; Thiel, 2013 ; Tettamanzi, 2005).

Certaines interventions sur les données biophysiologicals de la personne ne se limitent pas uniquement à cet aspect, mais impliquent la personne humaine en tant que telle dans son existence individuelle, spirituelle et communautaire. Dans cette optique, toute altération du corps humain pour des motifs non thérapeutiques constitue en elle-même, objectivement, une atteinte à la personne humaine.

¹⁴³ Notre traduction de cette citation de l'italien en français.

5.1.2 Le corps et ses valeurs

Sgreccia (2004) souligne dans le « *Manuel de Bioéthique, les fondements et l'éthique biomédicale* », qu'il est impossible de tracer des lignes éthiques dans des pratiques qui impliquent la personne humaine, et même faire de la bioéthique sans avoir d'abord clarifié la valeur inhérente à la « corporéité » humaine et par conséquent, le rapport corps et esprit dans l'unité de l'être humain.

En citant l'école de Cos dans l'œuvre « *I luoghi nell'uomo* », ce qui se traduit par « les lieux chez l'homme », au V^{ème} siècle av. J.C, qui rappelait que : « La nature du corps est le principe du discours en médecine », l'auteur argumente que le médecin doit savoir d'abord de façon intuitive qu'en s'approchant du corps d'un malade, il s'approche en fait de sa personne. Ensuite, il doit se rendre compte que le corps du malade n'est pas à proprement parlé « l'objet » de l'intervention médicale ou chirurgicale, mais bien le « sujet ». Mais ce rapport corps-personne gagne à être approfondi, particulièrement en relation aux thèmes de la santé et de la maladie (Sgreccia, 2004).

Parallèlement à cette réflexion, nous pouvons reprendre cette assertion que les exciseuses traditionnelles et le corps médical qui pratiquent ces opérations devraient se rendre compte qu'en faisant les excisions et les infibulations, ils ne touchent pas seulement aux organes concernés comme à des simples objets, mais à toute la personne de celles qui les subissent. Ils doivent aussi considérer les risques et les conséquences qui y sont associés par rapport à la santé, ainsi qu'aux coûts humains et financiers.

Si on accepte que le corps n'est pas la propriété de l'homme, mais plutôt l'être et l'incarnation de la personne humaine, on ne peut pas le considérer comme un simple objet. Dans le même ordre d'idée, si le corps n'est pas un objet, mais un sujet, il assume une dignité infiniment supérieure à celle de la chose dans la société (Tettamanzi, 2005 ; Sgreccia, 2004). Il est sujet parce qu'il est le principe de ses pensées et des actions (Boulnois, in Marie de L'Assomption, 2014). En reprenant une citation de Pic de la Mirandole, Boulnois précise « qu'il n'y a pas de doute que parmi toutes les autres choses mortelles, l'homme est le plus digne, comme étant seul doté de jugement véritable et de raison » (Boulnois, in Marie de L'Assomption, 2014). Ainsi, la considération négative des excisions et des infibulations se base sur ces réflexions philosophiques. Le corps humain, étant doté d'une valeur intrinsèque, n'a pas de prix (Kant, 1994). Sur cette assertion dans notre contexte, on base d'un côté le caractère illicite de la considération du corps humain de la part du sujet comme objet, et de l'autre, l'impossibilité de la part des tiers de l'utiliser comme moyen.

Nous pouvons dire que l'instinctive réaction éthique, humanitaire et émotive de répugnance, à l'idée de considérer les organes génitaux externes des femmes comme des simples objets, est un symptôme au niveau de l'expérience qui révèle toute la richesse ontologique et morale que le sens commun attribue au corps humain (Marie de l'Assomption, 2014 ; Thiel, 2013 ; Sgreccia, 2004). Suite à ces réflexions, attribuer au corps un sens ontologique et qualitatif peut éviter la possibilité de porter atteinte à l'intégrité de la personne humaine.

De cette définition ontologique de la personne humaine, découle naturellement le principe fondamental du « respect de la dignité de la personne humaine », incompatible avec

l'utilisation du corps humain ou d'une de ses parties, comme objet. Bien que nous entendions ici corps humain vivant, le même principe s'applique aussi au corps humain après la mort parce qu'il est « mémoire » du vécu de la valeur du corps. Or, la recension des écrits nous a révélé que, dans certaines localités du Mali, des excisions sont pratiquées sur des femmes décédées quand, à leur décès, on constate qu'elles n'étaient pas excisées (Traoré, 2003). Selon la définition de la personne humaine, même le cadavre demeure une personne et conserve sa dignité humaine inhérente faisant référence à l'humanité de sa personne. Le respect de la dignité humaine s'étend donc au-delà de la mort de l'être humain (Le Doujet, 2014 ; De Koninck, 2005).

À propos des excisions et des infibulations, nous pouvons dire que chaque personne humaine, dans sa singularité absolument unique, n'est pas constituée seulement par son esprit, mais aussi par son corps. Ainsi, le corps est à imaginer dans une biologie dynamique comme faisceau complexe, organisé et fluide en même temps que matière fixée (Le Doujet, 2014). Or tout organe corporel possède une nature sensible (Marie de l'Assomption, 2014). Le Doujet (2014) appuie cette réflexion en disant que : « Les corps sont le lieu de soi où se ressentent les émotions, les émois, les tremblements, les répulsions, les écœurements : autant de déterminants corporels sur lesquels se fonde l'humain dans sa dimension éthique ». Ainsi, dans ce corps et par ce corps, on touche la personne humaine dans sa réalité existentielle. Dans cet esprit, respecter la dignité de l'être humain revient par conséquent à sauvegarder cette identité de personne humaine dans son corps.

C'est sur la base de cette vision de la personne humaine que l'on doit trouver des critères fondamentaux pour des décisions à prendre quand il s'agit des pratiques sociétales non

strictement thérapeutiques, par exemple les excisions et les infibulations. Car la personne humaine est la plus grande valeur dans le monde et elle transcende tout autre bien temporel et toute considération culturelle, sociale et économique (Thiel, 2013).

Selon ce que nous venons de présenter, tout être humain dans son corps quel qu'il soit mérite le même respect. Car le corps humain se confond avec la personne et bénéficie de la protection reconnue à celle-ci, même si le corps en tant que tel n'est que le support matériel de la personne humaine (Kouri et Philips-Nootens, 2012). La dignité absolue de tout être humain est la même dans la société dans chaque phase de sa vie, depuis la conception jusqu'à la mort et au-delà de la mort. Car il s'agit toujours du même individu humain, de la même personne humaine sur un continuum de vie (De Koninck, 2005).

Les autorités publiques et les communautés concernées par les excisions et les infibulations doivent prendre en considération les raisons qui se rattachent aux motivations culturelles, en ce sens qu'il faut adopter les pratiques culturelles à la personne et non pas sacrifier la personne à la culture. Cela est d'autant plus vrai si l'on considère que la vie de chaque individu n'est pas seulement un bien personnel inaliénable, mais un bien social et appartenant à tous : la société a donc l'obligation de la défendre et de la promouvoir (Sgreccia, 2004 ; Jean-Paul, 1983). Suite à cette assertion, nous engageons toute la responsabilité des communautés concernées par ces pratiques dans le respect de la personne humaine, et par conséquent nous évoquons la dimension éthique des excisions et des infibulations comme un domaine légitime d'application des principes éthiques.

5.2 Les excisions et les infibulations évaluées à l'aune de la dignité humaine

La dignité humaine apparaît comme une notion centrale à l'égard de la bioéthique quand celle-ci s'interroge sur l'être humain aux prises avec des pratiques sociétales soit médicales soit culturelles comme les excisions et les infibulations. À partir de notre cadre conceptuel, nous avons délimité les contours du concept de dignité humaine en mettant en évidence ses sources, ses formes et ses conséquences. Cette délimitation n'est pas exhaustive en soi mais elle nous permettra d'asseoir le respect de la personne humaine comme le socle de notre analyse. L'articulation philosophique des trois dimensions de la dignité humaine citées avec les apports de Kant et de l'ère contemporaine de la dignité nous ont permis de saisir les conséquences suivantes : l'être humain est au-dessus de tout prix et de toute valeur, le respect inconditionnel de l'être humain le distingue des choses, l'être humain ne peut se résumer à un simple moyen et enfin l'être humain ne peut être instrumentalisé.

Ce rappel nous enseigne que c'est en raisonnant à partir de ce qu'implique la dignité humaine et en s'efforçant de séparer ce qu'elle permet et protège ce qu'elle interdit, qu'il faut prendre des décisions nuancées par rapport à toute pratique qui concerne la personne humaine dans son « uni-totalité ». Car c'est la personne humaine, dans le concret de son quotidien, qui est placée au centre de notre thèse et il importe de se pencher d'une manière éthique sur la réalité des excisions et des infibulations en confrontant ces pratiques à la dignité de la personne humaine. La citation de Ladrière (2001) dans son ouvrage « *Pour une sociologie de l'éthique* », rend bien cette réalité :

« Sans l'ancrage dans la concrétude de chaque individu, la dignité et le respect inconditionnel de la personne dégénèrent en moralisme et en toutes sortes d'idéologies sexistes, racistes, nationalistes, corporatistes, classistes, élitistes,

etc. Moralismes et idéologies qui ont en commun de n'accorder dignité et respect qu'à ceux qui leur semblent le mériter. L'individu comme être-là singulier et comme être raisonnable exprime les dimensions ontique et ontologique de la personne. Dans l'oubli de ces dimensions, l'individu peut être réduit à sa dimension biologique, psychologique, économique-politique » (Ladrière, 2001).

Comme le sentiment de la *justice* naît de la prise de conscience de l'injustice, l'exigence du respect de la dignité humaine naît de la réaction à des situations par un sentiment d'*indignation* se réfléchissant dans la notion de la *dignité* humaine (Gaboriau, 2004). De Koninck poursuit cette réflexion en affirmant que l'indignation, ou même la révolte au sens de Camus, fait ressurgir la dignité humaine dans toute son évidence : « Socrate devant les Athéniens, Zola devant l'exploitation des ouvriers, - les Africains devant la traite des noirs -,¹⁴⁴ Nuremberg devant Auschwitz : la confrontation à la vulnérabilité d'autrui n'appelle-t-elle pas la protestation d'un pourquoi donc ? » (De Koninck, 2005).

Pauliat (2004) ajoute dans le même ordre d'idée, que le passé nous a dépeint de multiples exemples d'atteintes à la dignité humaine et le présent nous apprend que celles-ci perdurent - l'exemple des excisions et des infibulations -, voire se multiplient - l'exemple du terrorisme lié aux courants islamistes radicaux -. Qu'en sera-t-il de l'avenir ? L'une des missions de la personne humaine ne consisterait-elle pas en une quête tâtonnante, obstinée et peut-être désespérée de la dignité ?

Étant donné que la notion de dignité commande le respect et fonde les droits et les obligations, nous tenterons d'objectiver cette notion à travers des principes et des valeurs comme le respect de la dignité humaine, le principe de l'intégrité physique, le principe de l'inviolabilité de la personne humaine, le principe de bienfaisance/non-malfaisance, le principe

¹⁴⁴ C'est nous qui ajoutons cette partie de la traite des noirs qui ne figure pas dans la citation originale.

de l'autonomie et de consentement, le principe de la responsabilité sociale et le principe de justice, d'égalité et d'équité. Face aux excisions et aux infibulations, ces valeurs et ces principes traduisent tellement les aspirations les plus constitutives de la personne humaine qu'ils peuvent être considérés comme des principes et des valeurs matriciels de la dignité ontologique (Thiel, 2013). Ils s'adressent d'une manière générale aux parents - responsables de famille -, qui prennent les décisions d'excision et d'infibulation, et au pouvoir politique afin de promouvoir la santé, le bien-être, l'épanouissement et de lutter contre toute forme de stigmatisation, de marginalisation et de discrimination des personnes dans la société. La mise en œuvre de ces principes permet enfin d'orienter et de guider les choix moraux des individus avant qu'ils ne prennent des décisions concernant les pratiques culturelles.

5.2.1 Le principe du respect de la dignité humaine

Dans la société, le respect de la dignité humaine découle de la reconnaissance du fait que tous les êtres humains ont une valeur inconditionnelle, chacun d'eux ayant la capacité de décider de sa destinée morale. Selon l'UNESCO (2005), le fait de ne pas respecter la dignité humaine dans les pratiques sociétales pourra conduire à l'instrumentalisation de la personne humaine.¹⁴⁵

Lequan (2001) nous rappelle que le respect est un sentiment moral, non pathologique, d'origine *a priori*, produit par la raison pure pratique sur la sensibilité du sujet, qui n'est pas fondement, critère ou principe de la morale. Il ne se rapporte pas à l'inclination de la personne

¹⁴⁵ Note explicative sur l'élaboration de l'avant-projet d'une déclaration relative à des normes universelles en matière de bioéthique. Paragraphe 40. Récupéré le 18 mai 2015 de <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001390/139024f.pdf>

mais à la conscience *a priori*, indubitable et immédiate qu'a tout être raisonnable de la loi morale en lui. Du respect pour la loi morale découle le respect dû à toute personne, quel que soit son état de vie, comme fin en soi dotée d'une valeur absolue et d'une dignité intrinsèque.

Kant rend bien cette dimension en disant :

« Ce qui est supérieur à tout prix, et par suite n'admet pas d'équivalent; ce qui constitue la condition qui seule fait que quelque chose est une fin en soi, cela n'a pas seulement une valeur relative, c'est-à-dire un prix, mais une valeur intrinsèque, c'est-à-dire une dignité (...) L'être humain existe comme fin en soi, et non pas simplement comme moyen dont telle ou telle volonté puisse user à son gré; dans toutes ses actions, aussi bien dans celles qui le concernent lui-même que dans celles qui concernent d'autres êtres raisonnables, il doit toujours être considéré en même temps comme fin, jamais simplement comme moyen » (Kant 1993).

La dignité est perçue dans notre contexte comme un principe éthique régulateur, une sorte de pierre de touche pour évaluer les pratiques sociales concernant directement les êtres humains (Thiel, 2013). Le principe du respect de la personne humaine offre un encadrement pour l'évaluation des procédés de ces pratiques sociales, en raison des risques et des conséquences associés, et en raison de la dignité humaine (Thiel, 2013). Car le rapport à tout être humain est caractérisé par le respect, à la différence des choses dont le rapport est caractérisé par l'instrumentalité et l'utilité (Kant, 1994). Le principe du respect de la personne humaine est le pivot central de toute morale dans la société. C'est ce que Kant a mis en relief en renforçant le concept de dignité humaine comme fondement d'une obligation d'ensemble indiscutable envers soi-même comme envers autrui.

De ce fait, écrit-il dans la seconde forme de l'impératif catégorique, que nous rappelons ici : « Agis de telle sorte que tu traites l'humanité aussi bien dans ta personne que dans celle de toute autre toujours en même temps comme une fin et jamais comme un moyen »

(Kant, 1993). Kant force au respect inconditionnel de toute personne humaine, étant donné que le respect ne s'adresse qu'à des êtres humains, en aucun cas à des objets. La réflexion de Jonas (1993), rend bien cet impératif lorsqu'il exhorte les gens à agir de sorte que les effets de l'action soient compatibles avec le respect de la dignité humaine et de l'intégrité corporelle de la personne. Baerstschi (2005) pour sa part, soutient cette idée en insistant sur le respect de la valeur ontologique et les finalités naturelles de chaque être humain dans les actions, y compris celles de la personne qui commet les actes.

L'impératif catégorique de Kant vient appuyer ici l'idée qu'on doit prendre l'être humain dans toutes ses dimensions individuelles et sociales où se concrétise sa dignité humaine. En considérant le respect fondé sur la reconnaissance, nous ne devons pas utiliser le corps d'une personne, même si ce corps n'a aucune valeur pour nous, afin de servir de moyen dans des actions liées à nos inclinations (Kant 1993). Le respect comme reconnaissance, rappelons-le, consiste à traiter une personne de façon appropriée, à la lumière de sa dignité ontologique, et il s'agit souvent d'un devoir moral, selon Appiah (2012). Par exemple, le devoir d'éviter de causer une douleur inutile aux autres découle du respect qui leur est dû à cause de leur capacité même de souffrir et de leur humanité.

Cet impératif nous invite, selon De Koninck (2005), à considérer la personne humaine comme un individu, « ce qui est indivisible », à l'accepter telle qu'elle est, et à la respecter parce qu'elle est humaine, elle a une valeur, elle est différente et unique.

Ces pensées trouvent écho dans les Dispositions Préliminaires du Code des personnes et de la famille au Mali. En effet, l'article premier de ce Code stipule que :

« La loi assure la primauté de la personne. Elle interdit toute atteinte à sa religion, à sa dignité et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie » (Assemblée Nationale, 2011).

Cet article de loi reflète bien que la reconnaissance de la dignité humaine impose sans contestation possible, la primauté de la personne humaine, le respect inconditionnel de ses croyances, et la garantie de ce respect par la loi. Suivant la logique de ce premier article, toute pratique qui ne promeut pas la dignité de la personne humaine doit être interdite par la loi : ainsi, la loi doit veiller à l'élimination de toute forme de traitement dégradant et de toute discrimination (négative) liée au sexe ou à la condition de vie dans la société (Piva, in Gaboriau et Pauliat, 2004). Appiah (2012) appuie cette réflexion quand il écrit :

« Si le respect comme reconnaissance d'un genre fondamental est à présent une chose à laquelle tout le monde a droit sous la forme de la dignité humaine, cela implique que nous témoignerons notre respect aux personnes sous des formes diverses et selon leurs identités particulières ».

La dignité humaine impose des devoirs imprescriptibles. Sa reconnaissance pour chaque être humain interdit de ce fait des actes en vertu même de ce qu'ils sont sans égard au contexte en conséquence. Le corollaire est le droit au respect, écrit Ardant (2004, in Gaboriau et Pauliat) : ne pas faire l'objet de mépris, par exemple les filles non excisées, ne pas être injurié - le terme « Bilakoro » pour les personnes non excisées -, diffamé, calomnié - les préjugés liés au comportement des femmes non excisées -. La dignité commande d'éviter de blesser l'autre dans ses croyances, ses sentiments, ses convictions légitimes et ses attaches familiales. Elle comporte le respect de la vie privée, la non divulgation, par exemple, de l'état d'une femme non excisée, des préférences sexuelles. La dignité est le respect de l'autre dans toutes les composantes de sa personnalité (Ardant, in Gaboriau et Pauliat, 2004). Bourguet (1999) soutient la même pensée et exprime la valeur de la reconnaissance ainsi :

« Dans mon système de fins, telle chose est pour moi un moyen, d'où sa valeur d'usage : elle vaut ce qu'elle vaut pour moi. Or la personnalité dessine une toute autre logique : l'être-qui-est-une-personne possède une valeur dont je ne suis pas l'origine ni l'empan, une valeur inconditionnée. Cela signifie que cet autre-qui-est-une-personne doit valoir pour moi-même si, en fait, il ne vaut rien pour moi (...) Il possède une valeur intérieure opposable à mon système de fins, une valeur en soi : quelque chose qui me somme de la reconnaître, qui commande le respect, même si pour moi, il n'est sentimentalement ni économiquement rien » (Bourguet, 1999).

Le respect de la personne humaine, dans toute pratique, exige la reconnaissance et la promotion des valeurs et des principes qui sont liés à sa dignité (inhérente et sociale). Le respect de la dignité humaine devient, pour notre propos, un concept juridique opérationnel pour désigner l'humanité de la personne et ce qui mérite d'être protégé. Tout ce qui tend à dénier l'humanité de l'être humain sera considéré comme une atteinte à la dignité. Le respect de la dignité de la personne exige donc le caractère inconditionnel de la garantie par la loi. Dans cet esprit, il est justifiable d'utiliser le principe du respect de la dignité humaine comme bouclier contre toute pratique dégradante et toute entrave à la condition humaine (Le Doujet, 2014 ; Marie de l'Assomption, 2014 ; Thiel, 2013).

5.2.2 La dignité au service de l'inviolabilité de la personne humaine et de son intégrité physique ontologique

Le respect de la vie est un impératif éthique qui s'impose à tout être humain pour lui-même et pour les autres (Montero et Ars, 2005). Il part du fondement que la vie en soi est un bien inestimable à préserver, d'autant plus lorsqu'elle est menacée par les risques et les conséquences d'une pratique. Sinon, pourquoi secourir les suicidants ? (Montero et Ars, 2005). Dans notre contexte, on peut poser la question : pourquoi recourir aux agents de santé en cas d'hémorragie suite aux excisions ou en cas d'une grossesse à terme chez une femme

infibulée ? Remettre en question un tel principe, d'une façon ou d'une autre, a des conséquences en cascades et revient probablement à saper l'une des bases de nos sociétés (Montero et Ars, 2005).

Ainsi doit-on constater que l'expression de ce principe et sa mise en application dans les pratiques des excisions et des infibulations sont de plus en plus évidentes pour les communautés où ces pratiques occasionnent des problèmes de santé.

5.2.2.1 Le principe de l'inviolabilité

Selon la Déclaration universelle des droits de l'homme (DUDH, 1948), la première dimension de la dignité humaine inhérente se concrétise par le droit à la vie, à l'inviolabilité du corps humain, ainsi qu'à l'interdiction de la torture et des peines ou des traitements inhumains ou dégradants. Dans le Code des personnes et de la famille au Mali, les dispositions préliminaires insistent aussi sur cette inviolabilité du corps humain. En effet, l'article 4 de ce Code stipule que : « Chacun a droit au respect de son corps. Le corps humain est inviolable. Le corps humain, ses éléments et ses produits ne peuvent faire l'objet d'un droit patrimonial ». Cet article de loi énonce deux principes éthiques importants pour le respect de la dignité humaine : le premier mentionne le droit de la personne au respect de son corps et le deuxième reprend la règle universelle de l'inviolabilité du corps humain.

Le Mali à travers cet article 4 souscrit à la logique du respect de la dignité de la personne humaine selon l'esprit de la Déclaration universelle des droits de l'homme (DUDH, 1948). Cette dimension inhérente de la dignité se réfère à l'humanité de la personne. De ce fait, le principal droit au respect et à la protection absolue de la dignité n'est pas seulement la

vie, c'est l'obligation et le droit à la dignité inhérente dans la mesure où cette obligation et ce droit fondent l'interdit absolu de la violation du corps humain.

De nombreux actes considérés comme inhumains sont des actions dégradantes, contraires à la dignité humaine (comme la torture et le viol). Par contre, de nombreux actes dégradants ne sont pas nécessairement inhumains ; ils peuvent être contraires à la dignité humaine, mais pas forcément à l'humanité, alors qu'un acte inhumain viole la dignité humaine. Ne pas être humilié, tout d'abord, dans son corps : ne pas faire l'objet de traitements inhumains et dégradants. À ce titre, selon Ardant (in Gaboriau et Pauliat, 2004), la dignité condamne les souffrances physiques imposées, la torture et les peines corporelles telles que les mutilations. Dans notre contexte, on peut considérer que les excisions et les infibulations sont des actes dégradants, mais ne sont pas inhumains ; ils peuvent léser l'intégrité physique et poser des problèmes de santé, menacer la vie avec les risques et les complications.

Le principe de l'inviolabilité de la personne humaine, même contre la volonté du sujet lui-même, est une doctrine claire tant sur le plan religieux que philosophique : il constitue dans ce sens le fondement ontologique et éthique de toute norme éthique et juridique dans la société (Sgreccia, 2004). Ce principe permet à l'être humain de reconnaître des limites infranchissables à son pouvoir sur son propre corps et sur celui d'autrui, et de leur fonction : ces limites, aucun être humain, qu'il soit simple particulier ou revêtu d'autorité, n'a le droit de les enfreindre. Et ces limites ne peuvent être déterminées que par le respect dû à l'intégrité de l'organisme humain et de ses fonctions (*Humanae Vitae*, n°17).

Les organes génitaux ne sont pas des parties accessoires du corps humain, mais constitutives de l'être humain, et ils sont même la manifestation et les moyens d'expansion de

la personne toute entière (La Doujet, 2014 ; Marie de l'Assomption, 2014). La sauvegarde de l'inviolabilité du corps ne veut pas dire s'adapter à un besoin statique, mais suivre les besoins et les processus essentiels de croissance et d'expansion de la personne, ouverte au dynamisme expansif et réaliste de la croissance d'être dans la société (Thiel, 2013 ; Sgreccia, 2004).

Il devient alors difficile de légitimer la suppression ou l'ablation d'une dimension essentielle de sa propre humanité et de son propre être ni ceux des autres pour des motifs non thérapeutiques. Le respect de la loi morale est respect de la totalité et de l'unité de l'être humain (Marie de l'Assomption, 2014). Les organes concernés par les excisions et les infibulations rentrent dans la dimension de la sexualité de l'être humain. Or, la sexualité est une dimension essentielle physique, psychologique et spirituelle de la totalité de la personne humaine appelée à continuer l'œuvre de son créateur en se multipliant sur la terre (Coran, Sourate 4, verset 1 ; Gn 1, 27-28). La personne humaine constitue, dans ce sens, une existence unifiante, une pluralité et une diversité de faculté et d'expressions vitales, « qui fait que toute unité se réfère à la pluralité, et toute pluralité et diversité en appelle à l'unification, comme référence essentielle et comme but et dynamisme structural » (Sgreccia, 2004). Cette structure implique donc une hiérarchie des biens personnels ordonnés à la totalité et au bien-être de la personne. Cela signifie que la dignité n'est pas promue si un bien physique est lésé ou supprimé uniquement par un acte de volonté individuelle ou pour des raisons de commodité culturelle, au détriment du bien-être de l'intégrité physique. Sgreccia (2004) poursuit en ces termes :

« La nécessité de considérer le corps dans la totalité de la personne ne doit pas être comprise dans un sens exclusif (le corps seulement), mais dans un sens inclusif (le corps aussi). Il en découle que l'on n'obtient pas le bien total de la personne en entérinant les choix sociaux (...) mêmes motivés de cette personne,

au détriment de la corporéité, et sans que celle-ci en tire elle-même un avantage » (Sgreccia, 2004).

Le Concile Vatican II rend bien cette réflexion en soulignant que :« Corps et âme, mais vraiment un, l'homme est, dans sa condition corporelle même, un résumé de l'univers des choses (...) Il est donc interdit à l'homme de dédaigner la vie corporelle. Au contraire, il doit estimer et respecter son corps qui a été créé par Dieu et qui doit ressusciter au dernier jour (...) C'est donc la dignité même de l'homme qui exige de lui qu'il glorifie Dieu dans son corps, sans le laisser asservir aux mauvais penchant de son cœur » (GS, n°14).

L'approche de l'Islam abonde dans le même sens quand elle recommande la protection de la santé de la personne humaine (Al-Qaradâwî, 2008). En effet, la « Sharia » interdit toute violation physique du corps humain, car Dieu lui-même a dit : « Nous avons certes créé l'homme dans sa forme la plus parfaite » (Sourate Al Tim, verset 4). Dans cette logique, la « Sharia » préconise ce qui peut apporter des bénéfices à la personne et interdit les pratiques néfastes. Serour (in *Développement et Santé*, 2014) abonde dans le même sens en soulignant que le Prophète Mohamed a déclaré : « Pas de nuisance ni à soi-même ni à autrui ». Ces mots renvoient à l'obligation du respect envers soi-même et envers autrui à travers la sauvegarde et l'autoconservation de l'intégrité corporelle de la personne humaine. Ainsi, le principe de l'inviolabilité dans le contexte des excisions et des infibulations fait état de l'obligation de ceux et celles qui décident de ces pratiques de respecter le droit à l'inviolabilité de la personne, droit qui consiste en « un droit exclusif et spécial, opposable à tous, comme une sorte de propriété de son être » (Perreau, 1908).

5.2.2.2 Le principe de l'intégrité physique ontologique

Le principe du respect de l'intégrité physique est inclusivement la suite logique du principe de l'inviolabilité du corps humain. Selon Maillard et Romagnoli (in *Bioethica Forum*, 2014), dans son étymologie, le mot « intégrité » tire son origine du latin. Il définit l'état d'une

chose lorsqu'elle n'a pas été touchée, abimée ou altérée, ou lorsqu'elle a conservé toutes ses parties intégralement. Être intègre c'est être entier, complet, intact physiquement ou moralement. L'intégrité renvoie à quelque chose qu'on possède, un état, ou une propriété donnée, et à quelque chose qu'il faut protéger, une inviolabilité du corps de la personne qu'il faut respecter, une valeur en soi qu'il faut préserver ou restaurer et qui impose à soi-même et aux autres une obligation de ne pas lui porter atteinte d'une manière « illicite » (Maillard et Romagnoli, in *Bioethica Forum*, 2014 ; Sgreccia, 2004).

Dans les différentes approches philosophiques, cette notion est développée de différentes manières et elle recoupe plusieurs dimensions : intégrité comme intégration des parties de soi dans un tout homogène ; intégrité comme fidélité dans la durée à des valeurs qui constituent l'identité de la personne ; et l'intégrité comme respect de normes sur le plan scientifique, intellectuel, ou moral (Romagnoli, in *Bioethica Forum*, 2014). Mais telle qu'elle est présentée dans les approches bioéthiques, l'intégrité concerne l'intégrité personnelle, physique/corporelle, ontologique et psychique (Sgreccia, 2004). Dans notre thèse, il est question du principe d'intégrité restreint à sa dimension physique ou corporelle et ontologique qui est régulièrement invoquée en relation avec les problèmes soulevés par les pratiques des excisions et des infibulations en Afrique (Dijon, in *Etica*, 2012), ou dans la pratique de la biomédecine.

Dans la tradition ancienne Bambara, porter atteinte à l'intégrité physique de la personne à travers les excisions et les infibulations revêt un caractère primordial dans son éducation traditionnelle (Cabane, 2008). Ces pratiques constituent une atteinte à l'intégrité d'un état et d'un statut, pour que la personnalité du bénéficiaire en sorte renforcée. Elles constituent une

épreuve indispensable et incontournable pour la métamorphose des novices dans les sociétés qui maintiennent ces rites, comme décrit par cet interlocuteur :

« La pratique de l’excision en tant que telle se fait, non pas pour blesser intentionnellement la personne, mais on touche à sa partie intime, ce qui fait sa féminité en sorte. Avant la cicatrisation – c’est comme si tu perces le nez d’un bœuf pour le dresser- nous pouvons comparer ce rite avec cette réalité, pour éduquer les filles. Si on excise les filles à cette période, c’est comme si on les éduque ; c’est comme si elles ne s’appartiennent plus. Elles sont plus réceptives aux enseignements qu’on leur donne. Elles sont plus pausées. Ces deux éléments vont ensemble en général » (E22H13).¹⁴⁶

Pour le Bambara, « sacrifier » une partie du corps en le coupant lors des rites d’initiation ou des cérémonies de passage était tout à fait légitime et normal. Ces cérémonies, comme déjà signalées dans la revue des écrits, étaient conçues ainsi pour marquer la fin d’une étape de croissance biologique, physique et le début d’une phase de maturité sociale et physiologique (Cabane, 2008 ; Diallo, 1978 ; Gennep, 1969). Ces épreuves mettent en relief aussi la bravoure des novices et leur capacité d’endurer la souffrance : elles contribuent à la fierté sociale dans la tradition. Toutefois, du moment où le débat sur ces pratiques a été déplacé du plan socio-sanitaire à celui des droits humains, en promouvant leur reconnaissance comme des violations de l’intégrité physique de la personne, ces rituels sont interprétés comme allant à l’encontre des principes fondamentaux supérieurs qui découlent des exigences morales et du respect des Droits de l’Homme (Unicef, 2005).

Dans l’histoire du Mali, le respect de l’intégrité physique figurait dans la constitution de l’Empire du « Mandé » appelé « *Kurukanfuga* » depuis les années 1236.¹⁴⁷ L’article 5 de

¹⁴⁶ Entrevue numéro 22, personne interviewée : Homme numéro 13.

¹⁴⁷ Véritable Constitution de l’Empire du « Mandé », *Kurukanfuga* également appelée la « Charte du Mandé » a été adoptée en 1236 après la bataille de Kirina par les représentants des « Mandékalu » (citoyen du Mandé) et de leur alliés contre l’Empire Sosso. Elle régissait les rapports dans le grand ensemble mandingue. La Charte de

cette Charte stipule que : « Chacun a le droit à la vie et à la préservation de son intégrité physique. En conséquence, toute tentation d'enlever la vie à son prochain est punie de la peine de mort ».

Sept siècles plus tard, le « *Code des Personnes et de la Famille* » du Mali déclare dans son article 5, paragraphe 1 :

« Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité de la personne humaine qu'en cas de nécessité médicale pour la personne » (Assemblée Nationale, 2011).

À l'article 10, on poursuit : « Nul ne peut porter atteinte à l'intégrité de l'espèce humaine » (Assemblée Nationale, 2011).

À travers ces textes juridiques, même à des siècles de différence, la notion d'intégrité est intrinsèquement liée à l'idée de la vulnérabilité de l'être humain. Cette notion peut être appliquée à toute personne humaine en tant qu'elle est exposée à un dommage physique, psychique ou moral dans la société (Maillard et Romagnoli, in *Bioethica Forum*, 2014). Selon ces deux auteurs, si la vulnérabilité n'est pas un état que les êtres humains cherchent à atteindre ou à préserver, l'intégrité par contre désigne un état à atteindre, à préserver ou à restaurer. De ce fait, elle a une dimension normative : l'intégrité est considérée comme un bien et nul ne peut lui porter atteinte qu'en cas de motif thérapeutique, et toute pratique sociale qui s'en éloigne contre la volonté de la personne ne la promeut pas.

Kurukanfuga est donc une des plus anciennes Constitutions au monde. Elle est composée d'un préambule et de chapitres portant sur la paix sociale dans la diversité, l'inviolabilité de la personne humaine, l'éducation, l'intégrité de la patrie, la sécurité alimentaire, l'abolition du servage alimenté par la razzia, la liberté d'expression et d'entreprise. Si l'Empire du Mandé a disparu, les principes édictés par la Charte constitutionnelle Kurukanfuga régissent encore de nos jours les rapports des peuples légataires universels de ces principes en Afrique de l'Ouest indépendamment de la cartographie néocoloniale issue du partage de l'Afrique en 1885. Kurukanfuga est contemporaine de la « Magna Carta » anglaise de 1215. Elle traite des droits humains plus de 4 siècles avant la proclamation du « Bill of Rights » de 1689 issu de la Révolution puritaine (1642-1688) et plus de 5 siècles avant la « Déclaration » jacobine des « universelles des droits de l'homme et du citoyen » le 26 août 1789 (Source : www.maliweb.net/charte/charte_kurungan_fuga.pdf . Récupéré le 28 avril 2015.

Si du point de vue juridique, nous nous positionnons devant un droit fondamental, cependant, la dernière phrase de l'article 5 du « *Code des Personnes et de la Famille* » du Mali semble mettre une restriction au respect de l'intégrité de la personne quand il s'agit « des actes d'ordre religieux ou coutumier ». Sans une spécification des actes en question, cet état de fait rappelle une affaire, que rapporte Romagnoli (in *Bioethica Forum*, 2014), concernant la circoncision d'un jeune garçon en Allemagne en 2012, où la décision de la cour de Cologne a montré que le droit à l'intégrité physique est sujet à des limitations et à des interprétations quand il s'oppose, par exemple, à la liberté religieuse des parents ou même à des droits coutumiers. Or, qu'un droit fondamental puisse être restreint n'est pas une nouveauté selon l'auteur.

La réflexion d'Al-Qaradâwî va dans ce sens quand il écrit à propos de la circoncision :

« La circoncision des garçons a été exclue des considérations précédentes (la conservation de l'intégrité des créations de Dieu), en vertu de preuves juridiques manifestes, à l'authenticité avérée et à la signification explicite. La circoncision compte en effet parmi les règles d'hygiène de la prime nature de l'homme, et est un héritage abrahamique. De surcroît, la circoncision est un rite islamique, à l'instar de l'appel à la prière ou de la prière des deux fêtes, faisant l'objet du consensus des Musulmans depuis l'aube de l'Islam jusqu'à nos jours (...) Il est donc hors de question de remettre en cause la circoncision masculine, car c'est un acte unanimement reconnu pour sa légalité et ses bienfaits, aussi bien par les juristes que par les médecins. La seule recommandation à ce sujet est qu'il soit opéré par des médecins spécialisés, avec des outils modernes, dans des endroits appropriés, loin des pratiques qui ont toujours cours dans de nombreux pays musulmans, et qui ne respectent pas les règles d'hygiène » (Al-Qaradâwî, 2008).

Même si la circoncision masculine semble faire ici l'unanimité selon Al-Qaradâwî, les réflexions de Kouri et Philips-Nootens (2012) remettent en question la légalité et la dimension médicale de cette pratique. En effet, selon ces deux auteurs, la circoncision masculine, surtout la circoncision néonatale de routine, soulève actuellement des interrogations d'un autre ordre

quant à la détermination de sa validité. Certaines des assises médicales traditionnelles de la circoncision sont aujourd'hui jugées douteuses, car elle avait pour objectif de prévenir la masturbation, qui, selon les croyances, à son tour pouvait provoquer d'autres maladies comme l'épilepsie (Kouri et Philips-Nootens, 2012).

Les auteurs poursuivent en disant que même s'il est admis aujourd'hui par certains, que le taux de cancer du pénis et les risques d'infection par le VIH/Sida sont moins élevés chez les hommes circoncis, et que les avantages de la circoncision se situent surtout au niveau de la prévention de la maladie, il n'est pas juste de qualifier dans tous les cas cette pratique de thérapie. Dans cette logique, certaines structures professionnelles, comme la « Canadian Paediatric Society », recommandent que la circoncision de nouveau-nés ne soit pas une pratique de routine. S'il fallait décider de l'illégalité de cette pratique parce qu'elle n'a aucune utilité ou justification, il faudrait, en toute logique, condamner d'autres pratiques comme le perçage des oreilles d'enfants pour les mêmes raisons. Le consentement des parents ne pourrait justifier une atteinte à l'intégrité corporelle qui ne serait pas dans l'intérêt de l'enfant (Kouri et Philips-Nootens, 2012).

Si les actes d'ordre religieux ou coutumier font que l'intégrité physique, qui est un droit fondamental, devient sujette à des limitations, cela semble produire une fracture dans le caractère apparemment unitaire des normes face à la circoncision, aux excisions, aux infibulations et à l'intégrité corporelle. Il est alors possible de rappeler *l'obligation négative* des autorités, de ne pas intervenir dans la réalisation des pratiques, considérées comme religieuses ou coutumières, comportant une atteinte à l'intégrité corporelle quand les personnes concernées y consentent, et même si ces pratiques contredisent les idées reçues

touchant ce qui constitue un corps intègre, normal ou convenable (Romagnoli, in *Bioethica Forum*, 2014). L'auteure poursuit dans la même logique disant qu'il est aussi possible de rappeler *l'obligation positive* des autorités de protéger le droit à l'intégrité personnelle face aux menaces qu'un individu perçoit dans sa sphère privée, ou en relation à la défense des intérêts du tiers vulnérable (Romagnoli, in *Bioethica Forum*, 2014).

Toutes ces mesures législatives visent à conférer une signification et une légitimité aux atteintes à l'intégrité physique d'une personne. Mais la compréhension de ce concept d'intégrité ainsi que son application aux excisions et aux infibulations est beaucoup plus complexe que ce qu'on pourrait croire à première vue. Ces constats témoignent déjà de la difficulté à penser la notion d'intégrité dans le cas des objets matériels en général (Maillard et Romagnoli, in *Bioethica Forum*, 2014). Cette difficulté s'accroît lorsqu'il s'agit de définir l'intégrité des entités organiques et plus particulièrement du corps humain. Dans cet esprit, les auteures se questionnent sur l'intégrité sous ses différentes formes : en tant qu'état subjectif, c'est-à-dire, fondé sur l'expérience que fait la personne de son corps comme totalité intégrée ; et en tant qu'état objectif, c'est-à-dire, fondé sur le caractère intact du corps, indépendamment du vécu subjectif. Pourrait-il s'agir d'une norme dynamique, pouvant engendrer de nouvelles normes, ou s'agit-il d'une norme statique du corps humain ?

Dans cette perspective, Maillard et Romagnoli (in *Bioethica Forum*, 2014) soulignent que le vécu subjectif peut jouer un rôle de structure et de structuration relativement aux parties du corps. Bien que l'organisation du corps soit biologiquement donnée, l'expérience que l'être humain a de lui-même comme totalité physique permet, dans une certaine mesure, des

variations autour de ce donné ou à partir de celui-ci. Dans cet esprit, les auteures réfèrent à l'intégrité statique et à l'intégrité dynamique.

En développant leur réflexion sur ces deux dimensions de l'intégrité statique et dynamique, Maillard et Romagnoli (in *Bioethica Forum*, 2014) rappellent que certains phénomènes sociaux nous orientent vers une interprétation subjective et dynamique de l'intégrité corporelle. Tout en évitant de réduire l'intégrité corporelle à sa seule dimension statique, les auteures évoquent toute la complexité d'application de ce principe à des cas de l'intersexualité, au transsexualisme, aux troubles de l'identité et de l'intégrité corporelle. Elles soulignent donc trois points importants par rapport à la vision sur l'intégrité corporelle :

En premier lieu, si le corps humain est un objet composé de parties comme n'importe quel autre objet, il n'est pas à proprement parler un objet ou une chose comme les autres, la phénoménologie distingue le corps que l'on a et le corps que l'on est ; deuxièmement, sur fond d'un dualisme récurrent, la question est de savoir si le moral ou le psychique constitue une partie du corps humain ou en est une propriété émergente ; et finalement, le vécu subjectif doit être considéré comme une totalité.

En articulant ces trois points avec la réflexion sur l'intégrité dynamique comme totalité significative, les auteures proposent la définition suivante de l'intégrité :

« L'intégrité est l'état (dynamique) d'une chose dont les parties (ici les éléments corporels) sont organisées en une totalité, voire une unité intrinsèque ou significative. L'adjectif « significative » désigne l'état d'intégrité qui fait sens pour la personne, ce qui ne correspond pas nécessairement à la restauration ou au maintien d'une intégrité objective » (Maillard et Romagnoli, in *Bioethica Forum*, 2014).

À partir de cette définition, les auteures élargissent leur vision de l'intégrité corporelle qui ne serait pas seulement statique mais dynamique pour intégrer la subjectivité de la personne humaine dans la considération ou l'orientation qu'elle donnerait à son corps. Comme la notion d'intégrité prise dans un sens général, l'intégrité corporelle renvoie d'emblée à l'idée d'un corps intact, complet, intouché par aucune pratique (Maillard et Romagnoli, in *Bioethica Forum*, 2014). Le principe de l'intégrité corporelle doit permettre dans ce cas de déterminer les circonstances dans lesquelles il est moralement légitime de porter atteinte à l'intégrité de son propre corps ou de celui d'autrui.

Dans ce contexte, on considère généralement qu'on a porté atteinte à l'intégrité corporelle d'une personne si son corps est « spatialement envahi » sans son accord ou si la personne a été physiquement amputée d'un organe ou blessée. Cette interprétation fondée sur une conception statique et naturaliste de l'intégrité corporelle est problématique selon nos deux auteures, car elle favorise l'idée d'un corps déterminé dans sa nature. Elles distinguent deux conceptions du principe d'intégrité corporelle dont les interprétations ne favoriseraient pas seulement le corps comme nature donnée mais aussi le corps comme nature choisie : un principe orienté vers la personne (le principe d'intégrité corporelle orientée vers la personne) : « PIC-P », et un principe orienté vers le corps (principe d'intégrité corporelle orientée vers le corps) : « PIC-C » (Maillard et Romagnoli, in *Bioethica Forum*, 2014).

5.2.2.2.1 Le principe d'intégrité corporelle orienté vers la personne : PIC-P

Ce principe est associé à la tradition libérale, car il est une dérivation du principe d'autonomie. Respecter l'intégrité du corps selon ce principe, c'est simplement respecter la volonté ou les choix de la personne concernant son propre corps. Par exemple les excisions,

les infibulations, les circoncisions ainsi que les opérations visant à déterminer le sexe dans le cas d'intersexualité chez les jeunes enfants, représentent selon ce principe des atteintes à leur intégrité corporelle, puisque ces actes dérobent le droit des individus à déterminer par eux-mêmes ce qui sera fait de leur corps. En revanche, prélever des organes sur une personne consentante ou une personne qui choisit librement une labiaplastie, ou une personne qui voudrait se faire enlever un sein pour améliorer ses performances au tir à l'arc ne représente pas de violation du principe d'intégrité corporelle orientée vers la personne (Maillard et Romagnoli, in *Bioethica Forum*, 2014).

Ce principe dit « libéral » d'intégrité corporelle protège les choix que fait la personne dans la société concernant son propre corps mais il ne protège pas le corps lui-même. C'est ce que vise par contre le principe d'intégrité corporelle orienté vers le corps (Maillard et Romagnoli, in *Bioethica Forum*, 2014).

5.2.2.2.2 Le principe d'intégrité corporelle orienté vers le corps : PIC-C

Ce deuxième principe intervient généralement dans le rapport avec soi et avec autrui dans la société. Il stipule aussi que les êtres humains ont des devoirs envers eux-mêmes, devoirs qui leur demandent de respecter, de conserver et de protéger leur corps dans son intégrité. Dans ce contexte, ce n'est pas la liberté des individus sur leur corps qui est mise en avant mais les obligations qu'ils ont envers ce corps. C'est ce que Kant a mis en relief dans son ouvrage « *Métaphysique des mœurs II* ». L'obligation de l'être humain envers lui-même considéré comme un être moral, consiste dans la forme de l'accord des maximes de la volonté avec la dignité de l'humanité en sa personne (Kant 1994). L'exemple de son troisième

impératif est très significatif à ce sujet : agir de telle manière à bien traiter l'humanité des autres dans ta propre humanité (Kant 1994).

L'être humain se voit alors dans une interdiction de se dépouiller soi-même du privilège qui appartient à l'être moral, à savoir la capacité d'agir sur les principes (Kant, 1994). Ce qui constitue l'une des premières obligations de l'être humain envers lui-même en sa qualité d'être humain, même si ce n'est pas l'obligation la plus élevée, c'est l'autoconservation de sa nature d'être humain comme le stipule le principe d'intégrité corporelle orienté vers le corps : « uni-totalité ». Dans cet esprit, se reconnaître responsable et non arbitre de sa personne signifie la respecter dans toutes ses exigences, ses potentialités et son intégrité; en d'autres termes cela exige que l'ordre moral dans les pratiques sociales qui impliquent l'être humain s'adapte à l'ordre ontologique (Thiel, 2013 ; Sgreccia, 2004).

C'est ainsi que dans la réflexion de Kant, tout geste ou acte de suicide réduit l'être humain à sa dimension de moyen, et non pas de fin en soi (Kant, 1994). Dans cette logique, toute amputation ou altération d'un membre ou d'un organe sain pour des motifs non thérapeutiques, constitue une mutilation soit « matérielle » ou « formelle » et relève dans cet ordre d'un « suicide partiel » (Kant, 1994). Or, le suicide, poursuit encore Kant, est considéré comme une transgression par l'individu de son devoir envers d'autres personnes. Comme le suicide, les mutilations sont contraires à l'autoconservation de la nature de l'être humain et contraires au principe d'intégrité corporelle orienté vers le corps (PIC-C). « Disposer de soi comme d'un simple moyen en vue d'une fin quelconque, c'est abaisser l'humanité en sa propre personne (*homo noumenon*), à laquelle pourtant l'être humain (*homo phaenomenon*) était confié pour sa conservation » (Kant, 1994).

Chez Kant, on enregistre que l'intégrité corporelle ou biologique étant la condition qui permet à la personne humaine de poursuivre ses fins, elle doit être préservée au nom du respect pour la nature rationnelle. Le corps ne peut être mutilé ou endommagé que pour permettre à la l'être humain de subsister. Ce point de vue est soutenu par les différentes approches religieuses de la corporéité présentée ci-dessus. Kouri et Philips-Nootens (2012) le mentionnent en ces termes dans la pensée judéo-chrétienne :

« Le corps humain, œuvre de Dieu, fait à son image et le cinquième commandement interdisant de tuer élevèrent le respect de la vie humaine au niveau d'un dogme. Appartenant à Dieu, la vie et l'intégrité humaines devinrent sacrées et donc hors commerce. Le corps, en tant que support matériel de l'âme, devait être maintenu intact. Seules les mutilations nécessaires afin de conserver l'être lui-même pouvaient être acceptables selon saint Thomas » (Kouri et Philips-Nootens, 2012).

Une répondante abonde dans le sens de la perfection de la création de Dieu qui doit être respectée. Elle ne doit être modifiée par aucune personne pour des motifs non médicaux :

« Dieu est parfait, tout ce que Dieu a créé, toutes les religions sont unanimes là-dessus, les musulmans sont d'accord là-dessus, les chrétiens sont d'accord là-dessus, les Hindous sont d'accord là-dessus, toutes les religions disent que tout ce que Dieu a créé, a été créé parfait, tout ce que Dieu a créé est parfait, sans aucun défaut. Qui sommes-nous, êtres humains, à prétendre corriger ce que Dieu a créé ? » (E11F4).¹⁴⁸

Al-Qaradâwî (2008) rend cette réalité de la perfection de l'intégrité physique de la personne humaine dans la pensée de l'Islam en ces termes :

« La première règle est que la création de Dieu doit demeurer telle quelle et ne doit pas être modifiée, le Très Haut ayant « excellé dans tout ce qu'Il a créé ». La création est décrite par le texte coranique comme l'œuvre de Dieu, qui a tout façonné à la perfection. Dieu ne créant rien de manière vaine ou inutile (...) C'est pour cette raison que la modification de la création de Dieu est considérée comme une œuvre du diable et comme l'une de ses ruses pour égarer les

¹⁴⁸ Entrevue numéro 11, personne interviewée : Femme numéro 4.

hommes (...) Dans les Hadiths prophétiques, la malédiction est jetée contre toutes celles qui modifient la création de Dieu, notamment la tatoue use et la tatouée, l'épileuse de sourcils et l'épilée, la perruquière et la perruquée, ainsi que celles qui espacent leurs incisives par esthétisme. Les hommes sont bien concernés par ce jugement. Certains compagnons avaient demandé au Prophète Mohamed s'ils pouvaient s'émasculer afin de préserver leur chasteté et de garantir la maîtrise de leur instinct charnel, le Prophète le leur a interdit ».

Le même auteur poursuit en précisant que cette règle fondamentale étant admise et établie par les musulmans, il paraît en conséquence que les excisions et les infibulations des femmes ou l'ablation d'une partie de leur corps sans justification médicale est un acte qui n'est pas permis et qui est donc illégal. Celui qui apporte un changement à la création de Dieu, est irrémédiablement perdu selon le Coran, qui rapporte les propos du diable en ces termes :

« Il dit : Oui, je prendrai un nombre déterminé de tes serviteurs ; je les égarerai et je leur inspirerai de vains désirs ; je leur donnerai un ordre : et ils fendront les oreilles des bestiaux ; je leur donnerai un ordre : et ils changeront la création de Dieu ».

La citation poursuit : « Quiconque prend le Démon pour patron, en dehors de Dieu, est irrémédiablement perdu » (Coran, sourate IV, verset 119).

Même si ce verset coranique est clair par rapport à toute la création de Dieu : les hommes comme les femmes, Al-Qaradâwî (2008) précise dans sa réflexion que la circoncision des garçons a été exclue des considérations précédentes, en vertu de preuves juridiques manifestes, à l'authenticité avérée et à la signification explicite. Comme nous l'avons noté, selon l'auteur, la circoncision est un rite islamique et elle fait consensus chez les musulmans depuis l'aube de l'Islam.

À partir de ces réflexions et en rapport avec le principe d'intégrité corporelle orienté vers le corps, la notion d'intégrité peut donc se comprendre de différentes manières indépendamment de l'approche kantienne. Dans une perspective biologique, elle peut désigner

la totalité anatomique ou l'unité fonctionnelle du corps humain. Elle peut aussi faire référence à l'expérience subjective que fait l'individu de son propre corps comme totalité intégrée (l'image du corps) ou significative (Maillard et Romagnoli, in *Bioethica Forum*, 2014). Comme le montre par exemple les cas de trouble de l'identité et l'intégrité corporelle, cette expérience ne se résume pas au fait d'avoir un corps intact au sens biologique ou physiologique, selon les auteurs. L'intégrité peut désigner aussi *le caractère intact du corps en référence à une norme*. Par exemple, pour les musulmans que nous venons de citer plus haut et pour les juifs, la circoncision n'équivaut pas à une mutilation mais au contraire est un rite religieux abrahamique et conforme à la restauration de la perfection et de l'intégrité du corps (Maillard et Romagnoli, in *Bioethica Forum*, 2014 ; Al-Qaradâwî, 2008).

L'intégrité du corps peut valoir en tant qu'elle est constitutive de la dignité de la personne humaine. Pour les communautés qui maintiennent les excisions et les infibulations, ces pratiques ne sont pas mutilantes, elles garantissent au contraire la dignité des femmes selon cet interviewé : « Nous disons, garçons comme filles, notre dignité vient de l'excision et de la circoncision » (E15H8).¹⁴⁹

Le principe d'intégrité corporelle orienté vers le corps demande le respect du corps humain lui-même, que ce soit comme totalité organique ou fonctionnelle ou encore comme totalité vécue. L'intégrité est pensée, comme une valeur en soi, qui doit être préservée ou conservée. C'est en tant qu'il est orienté vers le corps « uni-totalité » selon la pensée de Kant et dans le sens de la corporéité, que le principe d'intégrité corporelle acquiert une signification propre dans la protection de l'être humain.

¹⁴⁹ Entrevue numéro 15, personne interviewée : Homme numéro 8.

Notre préoccupation éthique qui ressort ici est fondée sur des considérations ontologiques qui ont été mises en évidence dans l'approche de la corporéité de la personne humaine. L'inviolabilité et la sauvegarde de l'intégrité physique de la personne, loin de prendre en considération l'intégrité dynamique, sont des modes de protection de l'être humain qui limite son droit de disposer de son corps et de celui d'autrui pour des motifs non médicaux. C'est au nom du respect de la personne humaine que ce principe de l'inviolabilité et de l'intégrité corporelle devrait être préservé, surtout pour les plus vulnérables.

Ainsi, le fait de soumettre des enfants, sans qu'ils soient autorisés à exprimer leur opinion ou leur consentement, à des pratiques qui altèrent leurs organes génitaux sains et dégradent leur corps, constitue une négation du libre choix de disposer de son corps, est contraire à l'autoconservation de l'intégrité physique et abaisse l'humanité de la personne sans l'affecter. L'article 8 de la « *Déclaration Universelle sur la Bioéthique et les droits de l'Homme* » souligne à cet effet la nécessité du respect et de la garantie absolue de l'intégrité personnelle surtout des enfants en raison de leur vulnérabilité (UNESCO, 2005).

Ces considérations rejoignent notre approche basée sur le respect de la personne humaine dans la vision Kantienne. Une atteinte perçue à l'intégrité corporelle, pour des motifs non thérapeutiques, qu'elle soit consentie ou non, n'est jamais neutre. Toute modification perçue des parties du corps - surtout les parties génitales -, implique une modification du vécu corporel ou de l'image du corps humain. Même si l'intégrité peut désigner, selon certains auteurs (Maillard et Romagnoli, in *Bioethica Forum*, 2014), un état dynamique ou une totalité significative, et que la personne dans son expérience puisse déterminer ce qu'est son intégrité corporelle, la dimension statique liée à la nature donnée exige le respect par devoir envers soi-

même et envers autrui. Cette obligation de l'autoconservation de sa nature d'être humain protège contre certaines atteintes à l'intégrité corporelle au nom du respect que nous devons à la personne comme telle.

Pour les croyants monothéistes et les adeptes de la religion traditionnelle Bambara, ce respect est dû à toute personne à cause de l'humanité qui est incarnée en chaque être humain : la personne humaine est une créature sacrée. En touchant à son corps, la personne ne touche pas à une chose quelconque, mais à un aspect constitutif de ce qu'elle est. Or les personnes doivent respecter leur propre corps en tant que personne humaine et celui des autres par devoir et non conformément au devoir (Kant, 1994). Cette autoconservation, si elle est respectée, promeut le principe de bienfaisance/non-malfaisance qui protège l'être humain contre toute souffrance inutile, liée à des pratiques altérant son corps.

5.2.3 La dignité comme appui au principe de bienfaisance/non-malfaisance

Le principe de bienfaisance/non-malfaisance en bioéthique est compris comme toute intervention expérimentale ou thérapeutique qui procède de manière à ne pas causer de dommages, de minimiser les risques et de maximiser les avantages, en tenant compte de la conception du bien d'autrui tout en évaluant à l'avance le rapport risques-bénéfices (Sgreccia, 2004). Ce principe est comme une référence ultime, et répond principalement à la fin primaire, toute pratique impliquant l'être humain dans la vision kantienne, qui est de faire la promotion du bien par rapport au bénéficiaire ou à la société et d'éviter le mal. Ce principe est souvent associé au principe de non-malfaisance, qui répond à la logique du serment d'Hippocrate : « *primum non nocere* » (d'abord ne pas faire du mal) ; agir à l'avantage des patients (bienfaisance) ; éviter tout mal et toute injustice « ne pas nuire » (Sgreccia, 2004).

L'UNESCO (2005) va dans le même sens en stipulant dans la « *Note explicative sur l'élaboration de l'avant-projet d'une déclaration relative à des normes universelles en matière de bioéthique* », que toute décision ou pratique qui implique l'être humain doit chercher à produire des effets bénéfiques pour la personne concernée et à réduire au maximum les effets nocifs résultant de cette décision ou de cette pratique.¹⁵⁰

La référence à ce principe est importante pour notre réflexion, car la valeur éthique de toute pratique devra être considérée sous l'angle subjectif de son caractère intentionnel, mais aussi selon son contenu objectif et ses conséquences. Même si les intentions de ceux et celles qui décident les excisions et les infibulations ne visent pas à occasionner des complications chez les femmes, nous ne devons pas perdre de vue que les intentions subjectives ne peuvent pas ignorer les structures objectives des excisions et des infibulations elles-mêmes. Si nous faisons exciser ou infibuler des jeunes filles ou des enfants, il est difficile de soutenir et de justifier que l'intention n'est pas de leur faire du mal, parce que dans les gestes il existe objectivement la possibilité de provoquer des dommages à des tissus génitaux sains, indépendamment de l'intention.

C'est pourquoi, pour Sgreccia (2004), il s'agit d'un point capital du comportement des personnes, qui décident ces pratiques, à propos duquel la moralité doit se fonder sur des critères d'objectivité éthique, et non sur la seule intentionnalité. Car on sait que la moralité de l'intentionnalité ne suffit pas pour pouvoir définir une pratique comme étant éthiquement positive : l'intention bonne, dans une action qui en soi n'est pas droite, peut excuser de la faute

¹⁵⁰ Note explicative sur l'élaboration de l'avant-projet d'une déclaration relative à des normes universelles en matière de bioéthique. Paragraphe 47. Récupérée le 18 mai 2015 de <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001390/139024f.pdf>

subjective ou de l'imputation juridique, mais ne sauvegarde pas le bien intégral de la personne, et de la personne dans son intégralité (Sgreccia, 2004). L'intention d'éduquer les filles en cherchant à contrôler leurs désirs sexuels ne justifie pas éthiquement les altérations de leurs organes génitaux et toutes ses conséquences.

Al-Qaradâwî (2008), soutient que si l'ablation de ces organes des femmes est source de souffrances physiques et morales, ou si ces pratiques les privent d'un droit naturel tel que le droit à la jouissance et à la satisfaction sexuelle avec leurs maris - droit que Dieu a accordé à toutes les femmes dans leur prime nature, en tant que représentante du genre humain -, alors, de telles pratiques sont juridiquement prohibées, car elles constituent un préjudice à l'encontre de celles qui les subissent. Or, la religion musulmane interdit de subir le préjudice ou de le causer (Al-Qaradâwî, 2008). C'est pourquoi figure parmi les règles juridiques islamiques communément admises par les juristes le principe « Ne point être lésé et ne point léser », qui est en réalité un Hadith authentique dans ses différentes variantes, et qui est une application concrète de l'ensemble des dispositions coraniques qui interdisent de causer ou de subir des préjudices.

Cependant, le même auteur (Al-Qaradâwî, 2008) nuance sa pensée par rapport à ce principe quand il parle d'une nécessité médicale ou de la notion de péché dans la religion musulmane. Selon lui, si en revanche, une nécessité médicale, établie par des spécialistes en la matière, justifie le recours à la pratique des excisions et des infibulations pour certaines filles, alors cette nécessité doit demeurer exceptionnelle et ne doit servir de motif à ces pratiques que dans l'intérêt de la personne. Si certains juristes, ainsi que certains médecins, sont favorables à ces pratiques, par crainte de l'éveil de la libido des filles à l'adolescence ou à

l'âge adulte, et de crainte que cet éveil ne les fasse plus ou moins sombrer dans le péché de la chair, alors l'auteur préconise qu'il est juridiquement admis par les spécialistes du droit que le principe de précaution ne peut être invoqué à tout bout de champ. Car un principe de précaution trop restrictif ruine les intérêts des hommes de manière illégitime.

Étant donné qu'il n'y a aucune preuve scientifique encore à l'appui de cette prétention de contrôler les libidos des adolescentes et des femmes par les excisions et les infibulations, il y a lieu de ne pas faire un amalgame entre les considérations médicales et les convictions religieuses par rapport au péché. Dans tous les cas, il est difficile de soutenir et de qualifier les excisions et les infibulations de thérapie, même spirituelle.

Par ailleurs, le rajeunissement de l'âge auquel, on fait ces pratiques constitue en soi une autre dimension interpellant la compétence l'éthique. Car les enfants sont, par définition, des personnes en état de vulnérabilité caractérisée par leur fragilité, tant du point de vue physique que psychique (Piva, in Gaboriau et Pauliat, 2004). C'est ce que cette interviewée a souligné en dénonçant les pleurs incessants des bébés nouvellement excisés : « Le jour où tu excises un enfant, ce jour il n'a pas la paix (...) La mère même ne pourra rien faire ce jour-là (...) L'enfant va passer toute la journée à pleurer dans les bras de sa mère » (E16F8).¹⁵¹

Nous considérons que les pleurs des enfants excisées ou infibulées sont liés aux douleurs ressenties pendant et après les opérations. Pour certaines personnes adultes, ces douleurs se ressentent autrement surtout par la peur et les angoisses lors des rapports sexuels (E20H12).¹⁵² Ces réalités ont été signalées par les répondants comme des conséquences

¹⁵¹ Entrevue numéro 16, personne interviewée : Femme, numéro 8.

¹⁵² Entrevue numéro 20, personne interviewée : Homme, numéro 12.

immédiates et tardives des excisions et des infibulations. Habituellement, à part quelques parents qui ont des moyens financiers pour payer la prestation d'un agent de santé pour les opérations, les excisions et les infibulations sont parfois pratiquées sans anesthésie, sans se soucier de l'asepsie, et par des personnes n'ayant aucune formation médicale. Ce qui peut occasionner des douleurs vaginales et vulvaires de même que des douleurs pelviennes et les dysménorrhées (Cuzin, in *Développement et Santé*, 2014).

Thiel (2013) nous rappelle qu'en chirurgie infantile, par exemple, une simple prise de sang est précédée par l'application d'un anesthésique local afin d'éviter tout traumatisme, réel ou psychologique. Or, dans la majorité des cas, on n'applique pas d'anesthésique local quand on excise ou infibule : la douleur ressentie étant considérée comme une formation en soi. Vu le nombre de nerfs sensitifs que contiennent les organes génitaux externes concernés par ces pratiques, la douleur ressentie peut bien occasionner chez les enfants et les jeunes filles dans la logique de la codification du traitement antalgique, des traumatismes liés à la souffrance (Thiel, 2013). Pour les femmes adultes, le témoignage d'une interviewée fait ressortir l'ampleur des douleurs que celles-ci vivent au quotidien et qui remet en cause leur bien-être intime et leur épanouissement dans la société :

« Malgré les difficultés que les femmes vivent au quotidien, il n'y a pas une femme - excusez-moi-, en tant que femme c'est en connaissance de cause que je vous le dis : « du lit conjugal à la maternité, ce sont des successions de douleurs. Mais culturellement, on dit que ce sont ces douleurs qui nous forment pour la vie. On ne pense pas à notre intimité, à notre joie de vivre, vous voyez un peu, et même à la joie de notre partenaire... et jusqu'au moment où tu donnes, tu donnes la vie. Vous voyez un peu ce que ça représente en donnant la vie quelles sont les multiples souffrances que tu ne fais pas ; parce que avec les positions (...) les plaies anciennes se mettent à se déchirer n'importe comment. C'est vrai la naissance est une joie, mais ceux qui sont du côté extérieur sont joyeux de recevoir le nouveau-né mais la maman en fait, elle est assise sur des douleurs pendant sept jours sinon quinze jours sinon au-delà même selon

l'assistant qu'elle a eu pour l'aider. Tu as de ces assistantes tu es obligée trois mois après ton accouchement d'aller te faire réparer. J'ai ma cousine qui est venue de Kayes son enfant a un an et demi mais elle était obligée depuis un an et demi, elle n'a pas couché avec son mari parce qu'elle a des problèmes par rapport aux conséquences de son excision » (E3F2).¹⁵³

À travers les souffrances causées par ces pratiques et les traumatismes qui en résultent pour certaines femmes, le bien-être et l'épanouissement de la personne humaine sont remis en question. Selon la société internationale pour l'étude de la douleur (International Society for the Study of Pain), celle-ci est définie comme « une sensation désagréable et émotionnelle, associée à des lésions tissulaires réelles ou potentielles, ou décrite en termes de lésions tissulaires » (Twycross, 1989). Les excisions et les infibulations occasionnent ce qu'on appelle la douleur somatique qui survient après l'amputation ou l'incision des récepteurs nociceptifs situés dans le tissu cutané et les muscles des organes génitaux. Cette douleur est bien localisée précisément dans la peau et les muscles des organes génitaux et peut occasionner des traumatismes, réels ou psychologiques.

Même si la souffrance et la douleur constituent deux phénomènes distincts selon Montero et Ars (2005), en revanche, la souffrance comprend entre autres la douleur mais elle semble plus apparentée à une interprétation personnelle des signaux de la douleur et à la façon dont chaque individu y répond. Ces différents constats mettent en évidence toute la fragilité et la vulnérabilité de la personne humaine face aux conséquences médicales des excisions et des infibulations.

Un autre interlocuteur appuie cette vulnérabilité des enfants en faisant une métaphore, il compare les excisions des enfants à une personne qui plante un jeune pied d'arbre, et qui

¹⁵³ Entrevue numéro 3, personne interviewée : Femme numéro 2.

décide aussitôt de grimper là-dessus. Soit ce petit arbre va se plier sous le poids de la personne, soit les branches vont se casser. Selon cet intervenant, on ne doit pas exciser ou infibuler les enfants, car leurs organes ne sont pas développés et ne supportent pas ces pratiques : il faut laisser grandir les filles et les exciser à partir de 15 ans (E9H6).¹⁵⁴

La suggestion de laisser grandir les enfants avant les excisions et les infibulations rentre dans la logique de la protection des mineurs selon le « *Code des Personnes et de la Famille* » du Mali où l'Article 609 stipule que : « Le mineur est la personne qui n'a point atteint l'âge de dix-huit ans accompli » (Assemblée Nationale du Mali, 2011).

Cette dimension de la protection trouve écho dans la réflexion d'Andriantsimazovina (in Gaboriau et Pauliat, 2004), qui soutient que la jurisprudence doit protéger la dignité des personnes se trouvant dans une situation de vulnérabilité : les mineurs – surtout les enfants - sont en général des personnes vulnérables. Hans (1990) dans le même sens rappelle que le respect de l'enfant dans son être-tel est la condition qui « nous donne seule le droit de faire exister des êtres semblables à nous sans leur demander leur avis ». Respecter l'enfant dans son être-tel ne consiste aucunement à le vouloir selon telle ou telle manière d'être, mais uniquement comme sujet moral, capable d'inventer de nouveaux possibles dans une histoire dont il sera lui-même le sujet. Ce qui est contradictoire avec notre volonté de lui imposer telle ou telle détermination empirique (Folscheid, in De Koninck et Larochelle, 2005).

Suite à ces différentes remarques ci-dessus, les sensibilisations pour l'interdiction des excisions et des infibulations afin d'éviter les conséquences médicales et le souhait exprimé pour ne pas exciser ou infibuler les enfants à cause de leur vulnérabilité sont en accord avec

¹⁵⁴ Entrevue numéro 9, personne interviewée : Homme, numéro 6.

cette dimension de la bioéthique : ne pas causer de dommage, minimiser les risques surtout pour les enfants et maximiser les avantages de jouir de l'intégrité corporelle en leur évitant de subir ces pratiques - la recherche du moindre mal ou du plus grand bien -, selon Feldmann (2010). Parallèlement à la réflexion de ce même auteur, par rapport à la consommation de la drogue, nous soutenons que la remise en question des excisions et des infibulations n'est justifiée et conforme au bon droit, mais aussi au bon sens, que parce qu'elle s'appuie sur des données biomédicales - par rapport à la santé -, validées qui, seules, peuvent entrer en résonance avec la confiance que l'on doit avoir dans la science biomédicale (*Développement et Santé*, 2014 ; Buisson, 2011 ; Touré, 2003).

À partir de ce que nous venons de rapporter, nous pensons que le dernier paragraphe de l'article 5 du « *Code des Personnes et de la Famille* » du Mali doit être nuancé. En effet, ce paragraphe affirme que : « Toutefois les actes d'ordre religieux ou coutumier, dès lors qu'ils ne sont pas néfastes à la santé, ne sont pas visés par la présente disposition ».

Or, nous notons dans notre contexte que les excisions et les infibulations sont considérées – par les personnes interviewées - comme des actes religieux pour certaines et coutumiers pour d'autres, elles ne relèvent pas des pratiques d'ordre thérapeutique. Dans la présentation des résultats, nous avons rapporté, selon les personnes interviewées, que ces pratiques ont des risques et des complications médicales sur la santé des femmes. Dans cette optique, les excisions et les infibulations sont implicitement visées par les Dispositions Préliminaires du « *Code des Personnes et de la Famille* » du Mali, et par conséquent la violation de ces Dispositions entre en conflit avec le respect de la dignité humaine.

Aujourd'hui, nous ne disposons pas de statistique du taux de décès liés aux excisions et aux infibulations à Bamako.¹⁵⁵ Cependant, les deux cas de décès signalés par deux répondants peuvent servir de référence pour mettre en évidence les conséquences de ces pratiques. Aussi, une étude réalisée au Yemen, dans laquelle 600 femmes ont été interrogées sur les conséquences observées chez leurs filles après ces pratiques, a rapporté un taux de décès de 2,3% (*WHO/UNICEF/UNFPA*. 2009).

Le journal *The Catholic Register* rapporte aussi qu'en 2014, un père de famille égyptien et un médecin ont été acquittés pour l'assassinat d'une jeune fille du nom de Soheir Al-Batea qui est morte sur la table d'opération en subissant les « mutilations génitales féminines ». La même année, au Kenya dans le comté de Kadiajo au sud de Nairobi, des décès ont été attribués aux « mutilations génitales féminines » entre autre Raima Ntagusa âgée de 13 ans à la suite d'une hémorragie, et Noel Comté Pokot âgée de 16 ans à la suite d'une hémorragie aussi à son accouchement, parce que son corps n'était pas guéri des plaies de son opération.¹⁵⁶

Les complications sur la santé, les coûts humains et financiers qui sont liés aux excisions et aux infibulations, constituent de véritables problèmes de santé publique : les personnes qui les subissent sont concernées en même temps que leurs familles, le personnel

¹⁵⁵ Une étude serait indispensable dans ce sens pour disposer d'une base de données dans ce domaine. Dans la tradition une fillette qui décédait au lieu des excisions à la suite d'une hémorragie était enterrée sur place, on tenait la chose au secret, on n'en parlait pas publiquement et on disait aux proches parents que « cette fillette est restée au lieu des cérémonies ou bien qu'elle a été emportée par l'oiseau ». Dans le langage traditionnel, cela était imputé soit à la sorcellerie soit que cette fillette avait trop de sang (E30F14). Dans la région du Wasulun, si de tel accident arrivait, on disait que l'enfant est resté au marigot (le cours d'eau près duquel a lieu les excisions E28H16). Dans la région de Kayes, on disait que l'enfant est resté au lieu où elle a été assise sous le fer (E9H6). Ces informations nous montrent que dans la tradition, des décès étaient souvent enregistrés lors des excisions, mais les choses étaient tenues secrètes.

¹⁵⁶ The Catholic Register. Les dirigeants de l'église africaine inquiets de la « médicalisation » des mutilations génitales féminines. Récupéré le 25 mars 2015 de <http://auvidec.ca/17818>.

sanitaire et les intervenants sociaux sont autant concernés que les pouvoirs publics. Les politiques de prévention et de sensibilisation répondent aux questions que soulève la bioéthique par rapport à ces pratiques, dès lors qu'elles sont évaluables (et évaluées) et que sont connus les risques et les conséquences encourus par les personnes et la société à ne pas les pratiquer (Feldmann, 2010). Ces politiques au Mali font partie d'un ensemble de règles et de mesures, qui, au terme des nombreuses campagnes de sensibilisations, d'échanges et de discussions, ont fait l'objet d'un consensus qui a opté pour la méthode de « sensibilisation », d'« information » et d'« éducation » de tous les citoyens maliens sur les conséquences médicales des excisions et des infibulations (Centre Djoliba, 2002, 1999).

Les politiques de prévention et de sensibilisation, loin de vouloir brimer ou condamner les actes religieux ou coutumiers, sont des maillons essentiels des actions de santé publique, qui balisent la liberté d'exercer un droit religieux ou culturel, comportant des limites tant pour soi que pour les autres (Feldmann, 2010). En mettant en exergue les dimensions du respect de la dignité humaine, de l'intégrité corporelle et de la vulnérabilité, notre analyse qualitative de la problématique des excisions et des infibulations fait ressortir les défis éthiques et bioéthiques que ces pratiques sous-tendent. En tout état de cause, notre démarche éthique ici relève bien du principe de bienfaisance/non-malfaisance et contribue en outre à éclaircir les problèmes sociaux et juridiques soulevés par ces pratiques culturelles.

Ainsi, faire appel au principe de bienfaisance/non-malfaisance, pour permettre aux femmes et aux enfants de ne pas être soumis à ces pratiques et par conséquent de ne pas souffrir inutilement et mettre leur santé en danger, et préserver leur intégrité corporelle, correspond à la maxime de prendre pour fin leur bien-être physique et leur épanouissement

dans la société. Nous rappelons que, selon Kant (1994), tout être humain jouissant de toute son autonomie, comprise comme une obéissance de la volonté à sa propre loi morale, doit respecter le devoir et considérer sa propre personne comme un être humain ayant une fin en soi et jamais comme un moyen (Kant, 1994). Cette obligation permet aussi de protéger la dignité des enfants se trouvant dans une situation de vulnérabilité. D'où la nécessité du principe de l'autonomie et du consentement pour les personnes qui doivent subir ces pratiques.

5.2.4 La dignité humaine fonde l'autodétermination et le consentement face aux pratiques des excisions et des infibulations

5.2.4.1 Le principe d'autonomie

L'UNESCO (2005),¹⁵⁷ dans la « *Note explicative sur l'élaboration de l'avant-projet d'une déclaration relative à des normes universelles en matière de bioéthique* » article 9, paragraphe 60, montre, à partir du point de vue du groupe de rédaction, que le respect de l'autonomie est en général étroitement relié à la responsabilité et ne signifie pas seulement liberté. Le respect de l'autonomie de la personne se trouve ainsi lié à la notion de dignité humaine :

« Le respect de l'*autonomie* personnelle est étroitement lié à la notion de dignité humaine dont, selon certaines interprétations, il découlerait. Il procède directement du droit international des droits de l'homme qui a pouvoir contraignant. Les individus ne sauraient être instrumentalisés ni traités comme de simples moyens à des fins scientifiques; on doit leur permettre de prendre, pour tout ce qui concerne leur vie, des décisions autonomes dans la mesure où elles ne nuisent pas à autrui ».

¹⁵⁷ *Note explicative sur l'élaboration de l'avant-projet d'une déclaration relative à des normes universelles en matière de bioéthique*. Article 9, paragraphes 60 et 61. Récupéré le 18 mai 2015 de <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001390/139024f.pdf>

Plus loin, le même organisme international poursuit au paragraphe 61 que l'autonomie ne se caractérise pas seulement par une attitude respectueuse, mais elle exige aussi des actes respectueux à cause de l'humanité de la personne :

« Le respect de l'autonomie ne se caractérise pas seulement par une attitude respectueuse, il exige aussi des actes respectueux. Toutefois, dans cette interprétation, l'autonomie n'est pas simplement un droit *attribué*, elle comporte aussi une dimension de *responsabilité* envers autrui. L'article 9 exprime le droit qu'a toute personne de prendre des décisions individuelles tout en respectant dans le même temps l'autonomie d'autrui (...) L'autonomie renvoie à la notion d'actes conformes à des principes volontairement acceptés, mais elle ne dispense pas l'individu d'assumer la responsabilité de ses actes ».

Les pratiques culturelles ne sont pas identifiées dans la note explicative. Cependant, pour surmonter les conflits éthiques soulevés par des actes coutumiers ou religieux dans notre problématique, nous avons recours au principe d'autonomie. Ce principe implique de traiter les personnes qui subissent ces pratiques comme des sujets autonomes - où on entend par autonomie la liberté-responsabilité, la capacité d'agir en toute connaissance de cause sans contraintes - et de les protéger quand leur autonomie est réduite, voire même inexistante, surtout les nouveau-nés. Car, le corollaire immédiat de ce principe est l'obligation du consentement informé et éclairé des sujets qui vont subir ces pratiques.

Le principe d'autonomie se rapporte au respect dû aux droits fondamentaux de l'être humain y compris celui de l'autodétermination. Il s'inspire de la maxime « Ne fais pas aux autres ce que tu ne voudrais pas que l'on te fasse » (Sgreccia, 2004). Ce principe est donc à la base d'une éthique inspirée par l'obligation du respect de la dignité de soi-même et l'obligation du respect de la dignité des autres : le respect mutuel (Kant, 1994). C'est un principe fondamental en bioéthique, qui est à la source de l'obligation d'exiger le consentement de tout sujet d'une intervention thérapeutique ou d'une recherche (Stanton-Jean,

2011). Kant (1993), dans « *Fondement de la métaphysique des mœurs* » définit le principe de l'autonomie comme la propriété qu'a la volonté d'être à elle-même sa loi indépendamment de toute propriété des objets du vouloir. L'autonomie ainsi étendue, est le principe suprême de la moralité, en tant que condition de possibilité d'un impératif catégorique.

Lequan (2001) poursuit dans cette logique de Kant mettant en relief ce principe en lui donnant le sens positif et pur de la vraie liberté plutôt que de la simple indépendance de l'arbitre. L'autonomie est cette propriété de la volonté, d'être, indépendamment des objets désirés, un motif suffisant d'action. Elle constitue une loi fondamentale d'une nature suprasensible. Dans cette perspective, elle s'oppose à l'hétéronomie, qui est une obéissance à une loi étrangère à la volonté et à la raison. En bioéthique, la conception de l'autonomie comprise comme « liberté-responsabilité » fait en sorte qu' « aucune force ou aucune manipulation par travestissement de l'information envers un être pacifique doué de conscience, de raison et de liberté n'est tolérable si l'individu ne l'a pas acceptée auparavant » (Hanson, 2001).

Cependant, écrit Doucet (1995), ce concept d'autonomie n'est pas si aussi univoque qu'on le croit ; il est interprété de diverses manières selon les circonstances. Sgreccia (2004) et Hanson (2001) poursuivent dans le même sens et suggèrent que ce principe, d'une façon générale, ne prend sa signification que dans un système éthique qui en comporte d'autres, comme le principe de bienfaisance/non-malfaisance, le principe du consentement et le principe de justice qui en délimitent les contours.

Pour notre thèse, nous nous arrêtons à la conception kantienne de l'autonomie comme principe moral et comme propriété de la volonté, ou mode de liberté ou « liberté-

responsabilité » Mirabel (in Montero et Ars, 2005), et nous l'associons au principe du respect du consentement pour délimiter ses contours. Nous retenons ce principe comme un objectif essentiel, particulièrement utile pour favoriser le plus grand respect de l'être humain dans son intégrité physique, mais sans lui attribuer de caractère absolu. Car dans le contexte des excisions et des infibulations, ce principe est difficilement applicable pour les nouveau-nés qui subissent ces pratiques sans pouvoir exprimer leur consentement.

Cependant, nous notons deux points positifs quant à la possibilité de mise en œuvre de ce principe pour les nouveau-nés : premièrement, pour respecter l'autonomie des enfants qui doivent être excisés ou infibulés, il faut attendre qu'ils deviennent autonomes capables de donner leur consentement. Et pour cela, il faut les laisser grandir jusqu'à l'âge majeur, c'est-à-dire jusqu'à dix-huit ans accomplis selon l'article 705 du « *Code des Personnes et de la Famille* » du Mali qui stipule que :

« La majorité est fixée à dix-huit ans accomplis. À cet âge, la personne est capable de tous les actes de la vie civile » (Assemblée Nationale, 2011).

Cet article présume pour toute personne majeure la pleine capacité de jouissance et la pleine capacité d'exercer des droits et des obligations. Le fait d'être « capable » renvoie à la capacité qui est une notion juridique désignant la faculté d'être titulaire de droits et d'obligations et de les exercer soi-même (Pineau et al., 2001). Dans cette optique, la capacité de consentir à des pratiques culturelles ou de les refuser ne s'apprécie pas seulement en fonction de la situation de la personne, mais en fonction de son autonomie décisionnelle et de sa capacité de comprendre et d'apprécier ce qui est en jeu.

Le respect de ce premier point éviterait d'exciser ou d'infibuler les enfants à bas âge, ce qui permettrait de minimiser les risques et les conséquences, et de protéger ainsi leur vulnérabilité. Le deuxième point se résume à demander le consentement des jeunes filles devenues majeures. L'avantage de ce point est que les filles à cet âge auront le droit - selon le principe liberté-responsabilité - d'accepter ou de refuser ces pratiques dans le souci de sauvegarder leur propre santé physique et morale.

Comme le Code des personnes et de la famille du Mali reconnaît qu'à dix-huit ans accomplis la personne est capable de tous les actes de la vie civile, celle-ci doit donc jouir de toute son autonomie comprise comme « liberté-responsabilité ». Selon cette logique, la personne majeure peut bien conclure par elle-même si telle ou telle pratique sociale constitue une vérité absolue ; mais c'est tout à fait différent pour une société ou une communauté de décider que telle ou telle pratique constitue une vérité absolue, mettant de côté les actions qui peuvent faire souffrir autrui.

Dans cette perspective, une personne est réellement autonome si seulement si elle n'est soumise qu'à sa propre législation, qu'il s'agisse des lois d'une société ou des lois morales (Kant, 1993). Nous retenons que l'essence du principe d'autonomie est la liberté d'une personne en tant qu'elle est raisonnable à suivre sa propre législation. Kant précise que cette liberté est celle d'une personne qui, lorsqu'elle voit les fins justes de la vie, crée en conséquence un cadre d'action pour les réaliser. Selon Mirabel (in Montero et Ars, 2005), certains auteurs comme Engelhardt (1986) corroborent cela en donnant même une « primauté absolue » à l'autonomie. Ils considèrent comme « imprescriptible » le droit de chacun à agir comme bon lui semble à condition de ne pas empêcher les autres de faire de même. Ils

estiment déraisonnable de vouloir faire le bien d'autrui contre sa volonté et réaffirment un « principe d'autonomie » (Mirabel, in Montero et Ars, 2005).

On peut conclure de ces écrits, que le principe d'autonomie peut être placé au premier plan des préceptes éthiques à respecter. Ce qui paraît, pour Mirabel (in Montero et Ars, 2005), une attitude sans doute légitime car il faut se méfier dans les pratiques sociales de vouloir faire le bien aux autres contre leur volonté ou de ne pas tenir compte de leur choix de vie. Nier l'autonomie de la personne, c'est contrevenir au respect de la personne humaine, sans compter les conflits et les conséquences entraînés par un tel comportement. Il faut cependant relativiser ce principe en constatant les impasses auxquelles conduirait son application entière et systématique pour les personnes qui ne jouissent pas de la vraie liberté leur permettant de choisir leur état de vie. Bien que cette « volonté d'être à elle-même sa loi » soit nécessaire pour avoir l'autonomie, elle n'est pas suffisante. Car personne ne possède l'autonomie, si elle est soumise à l'autorité ou à la volonté des autres, par exemple, certaines femmes non excisées dans les foyers polygames.

Nous retenons que le respect du principe d'autonomie est une réponse au souhait de certains interviewés (E9H6, E30F14)¹⁵⁸ de laisser les enfants grandir avant de les exciser ou de les infibuler. Une fois la majorité atteinte (dix-huit ans accomplis), les jeunes filles pourront être associées à la prise de décisions des pratiques qui les concernent. Cette réalité serait en accord avec la dimension de la bioéthique relevant du principe de l'autonomie.

La mise en œuvre de ce principe d'autonomie dans les pratiques des excisions et des infibulations revient à reconnaître et à affirmer que les personnes qui subissent ces pratiques

¹⁵⁸ Références des entrevues déjà mentionnées plus haut (voir le chapitre 4).

sont les seules à pouvoir déterminer ce qui constitue leur bien corporel et social. Voir dans ce principe une valeur qui doit être protégée, c'est aussi savoir accepter leur choix : le respect par les parents du refus des filles majeures de se soumettre à ces pratiques est la confirmation de la prise en compte du principe d'autonomie. Dans cet esprit, ce principe va constituer la pierre angulaire, pour les parents et pour toutes les autres personnes qui prennent des décisions de ces pratiques, pour développer et favoriser la mise en œuvre du principe de consentement qui suppose des propositions, des explications sur les objectifs, les avantages et les inconvénients des excisions et des infibulations. Plus ceux qui prennent des décisions seront sûrs du bien-fondé de leurs propositions et de leurs explications, plus ils auront des forces de conviction, plus ils pourront susciter une véritable négociation. Si celle-ci est respectueuse de la dignité humaine, elle aboutira à l'accord des deux volontés au sens « relationnel-communicatif », qui mettra en relief la valeur de la subjectivité, de la relation intersubjective et de l'objectivité des conséquences (Mirabel, in Montero et Ars, 2005 ; Habermas, 1978).

Mais comme le souligne Mirabel, cette liberté ne peut être réellement reconnue que si lui est adossée une responsabilité : celle de respecter par exemple l'intégrité physique pour sauvegarder la santé qui est un bien individuel mais aussi social, celle de respecter sa propre vie également parce que la vie est la condition sine qua non de l'exercice des autres valeurs comme la liberté-responsabilité. Ainsi comme principe, le respect de l'autonomie va de pair avec le principe de consentement.

5.2.4.2 Le principe de consentement éclairé ou informé

L'UNESCO dans « *La Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme, Histoire, principes et application* » stipule à l'article 6 :

« La doctrine du consentement éclairé est l'un des éléments les plus connus de l'éthique médicale et de la bioéthique aujourd'hui. Par essence, elle stipule que, toute intervention médicale de caractère préventif, diagnostique ou thérapeutique, ainsi que toute recherche scientifique impliquant des sujets humains ne doivent être mises en œuvre qu'avec le consentement préalable, libre et éclairé de la personne concernée, fondé sur des informations suffisantes. En outre, le cas échéant, le consentement devrait être exprès et la personne concernée peut le retirer à tout moment et pour toute raison sans qu'il en résulte pour elle aucun désavantage ni préjudice ».¹⁵⁹

L'Assemblée Nationale du Mali, à l'article 5, paragraphe 2 du « *Code des personnes et de la famille* » (précédemment cité), va dans le même sens que l'UNESCO (2005), en affirmant que :

« Le consentement préalable de l'intéressé doit être recueilli, hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir ».

Pour la mise en œuvre de ce principe, nous allons nous inspirer du schéma de la version finale de l'article 6 de « *La Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme, Histoire, principes et application* ».¹⁶⁰ Les pensées des différents auteurs sur le consentement que nous allons utiliser seront interprétées dans le contexte de ces pratiques culturelles non thérapeutiques.¹⁶¹ Pour atteindre cet objectif, nous allons mettre en évidence dans un premier point l'exigence du consentement dans des pratiques qui comportent des risques et des conséquences. Le deuxième point va préciser l'importance et l'intérêt des

¹⁵⁹UNESCO (2005). *Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme. Histoire, principes et application*. Récupéré le 20 mai 2015 de <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001829/182954f.pdf>

¹⁶⁰ UNESCO (2005). *Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme. Histoire, principes et application*. Récupéré le 20 mai 2015 de <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001829/182954f.pdf>

¹⁶¹ Nous précisons que les différentes réflexions sur le consentement ne visent que les pratiques biomédicales et les recherches qui y sont associées impliquant les êtres humains. Cependant, nous utilisons les mêmes réflexions en les interprétant et en les adaptant aux excisions et aux infibulations considérées comme des pratiques culturelles comportant des risques et des conséquences médicales sur la santé des personnes qui les subissent.

informations à donner sur ces pratiques, et enfin le troisième point va énoncer les conditions du caractère volontaire et libre du consentement éclairé ou informé.

5.2.4.2.1 L'exigence du consentement éclairé face aux décisions des pratiques des excisions et des infibulations

Botros (in Canto-Sperber, 2004) définit le consentement informé comme une notion qui conduit à analyser le rôle des droits et à étudier des questions fondamentales qui sont liées à la philosophie de la liberté négative et positive. Cette même notion permet aussi de s'intéresser aux pratiques et aux complexités de la loi. Ces problèmes peuvent être examinés dans le contexte de la pratique biomédicale ou toutes les autres pratiques sociales qui impliquent les êtres humains, où la complexité de leurs relations réciproques se présente avec acuité.

L'UNESCO (2005) rend bien cette réalité en énonçant que le consentement éclairé est l'expression de l'autonomie et de l'autodétermination de la personne humaine. L'importance accordée à cette notion est aujourd'hui reflétée par le fait que pratiquement tous les accords internationaux sur les normes éthiques et juridiques en médecine et en recherche biomédicale avalisent les conditions du consentement ou du consentement éclairé. Dans cette optique, cette « doctrine du consentement » peut être invoquée dans le domaine des excisions et des infibulations, qui même si elles ne sont pas des pratiques médicales, impliquent des sujets : d'une part, ceux qui décident ou qui exécutent ces pratiques, et d'autre part, ceux qui les subissent. Le fait que ces pratiques touchent l'intégrité physique et psychique des sujets impliqués en fait un terrain idéal de la mise en œuvre du principe de consentement éclairé ou informé dans la logique du respect de la dignité humaine.

La doctrine du consentement éclairé ou informé représente, dans le contexte des excisions et des infibulations, une condition éthique et juridique essentielle, car elle constitue l'un des moyens de protection des sujets qui subissent ces pratiques et de leurs droits fondamentaux à l'intégrité corporelle et à l'autodétermination. Ces droits font partie des droits de l'homme qui ont été affirmés par la grande majorité des pays du monde qui ont adhéré aux Nations Unies et sont signataires de la Déclaration universelle des droits de l'homme (193 États signataires dont le Mali).¹⁶² En termes éthiques, nous soulignons que la condition du consentement éclairé ou informé dans le contexte des excisions et des infibulations est fondée sur les principes déjà mentionnés plus haut : les principes de « respect de la dignité humaine », de « respect de l'inviolabilité de la personne humaine », de « respect de l'intégrité physique-ontologique » et le « principe de bienfaisance/non-malfaisance ».

Le respect de consentement éclairé ou informé signifie que la personne humaine, dans les pratiques des excisions et des infibulations, ne doit pas être utilisée simplement comme un moyen pour atteindre un objectif, surtout pour contrôler le désir sexuel. Au contraire, personne ne doit agir contre son souhait, il faut respecter son autonomie, sa capacité d'examiner les options possibles, de faire des choix libres et d'agir sans l'influence incluse d'autrui, et enfin la considérer comme une fin en soi dans la société. En suivant cette optique, aucune intrusion dans le corps humain d'une personne ne peut être effectuée sans sa propre autorisation (Thiel, 2013 ; Kouri et Philips-Nootens, 2012 ; UNESCO, 2005). Aucune importance n'est accordée à l'implication des parents ou du groupe social plus large dans cette décision. Au final, c'est le droit de disposer de son corps et le droit de décider de la personne individuelle qui prime.

¹⁶²Organisation de Nations Unies (ONU). *Traités Internationaux*. Récupéré le 20 mai 2015 de <http://www.un.org/fr/documents/udhr/instruments.shtml>

Dans cette logique, la nécessité de recueillir le consentement éclairé pour les excisions et les infibulations pose des limites à la communauté et aux parents de gouverner le choix du contrôle du désir sexuel des filles majeures.

Les droits à l'intégrité et à l'autodétermination ne sont pas les seuls moyens de justification pour l'exigence du consentement éclairé ou informé (UNESCO, 2005). Ainsi, le devoir ou l'obligation qui incombe aux personnes qui décident ou qui pratiquent les excisions et les infibulations d'informer les novices sur des risques éventuels et des conséquences sur la santé peut aussi être justifié par l'exigence de décence commune ou de respect minimum que l'on doit à autrui du fait qu'il est humain, comme mentionné au deuxième chapitre de notre thèse. Dans la mesure où la plupart des individus se sentent violés si d'autres personnes touchent à leur intégrité physique sans leur consentement, on peut également justifier que la nécessité de recueillir le consentement éclairé ou informé a des racines anthropologiques qui sont, au moins dans une certaine mesure, indépendantes des circonstances sociales et culturelles (Le Doujet, 2014 ; Marie de l'Assomption, 2014 ; Thiel, 2013 ; UNESCO, 2005).

En ce qui regarde l'implication de la communauté au niveau des pratiques culturelles concernées, le dernier paragraphe de l'article 6 de la Déclaration de l'UNESCO (2005) fait preuve d'innovation dans sa conception et la portée du consentement informé. Il sert de balise à notre réflexion dans les cas spécifiques des excisions et des infibulations. En référence à des projets de recherches qui impliquent des communautés, Kollek (in UNESCO, 2005) rapporte :

« Il reconnaît que dans certaines communautés ou cultures, il est coutumier que les autorités sociales décident si un projet de recherche scientifique est acceptable pour la communauté dans son ensemble, avant qu'elles n'approuvent que ses membres participent en tant qu'individus à une telle entreprise. Cependant, le paragraphe stipule également clairement qu'en aucun cas, un

accord collectif communautaire ou le consentement d'un dirigeant de communauté ou d'une autre autorité ne peut se substituer au consentement éclairé d'un individu. » (Kollek, in UNESCO, 2005).¹⁶³

Dans le même ordre d'idée, les décisions collectives ou communautaires concernant les excisions et les infibulations ne peuvent se substituer aux consentements éclairés des candidates à ces pratiques. Si la doctrine du consentement est comprise dans cette perspective par rapport aux excisions et aux infibulations, on peut affirmer à la suite de l'UNESCO (2005) « *Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme. Histoire, principes et application* » que la condition du consentement éclairé ou informé recouvre deux aspects qui sont comme les deux faces d'une même médaille. Manifestement, elle est l'expression du respect de l'autonomie comprise comme « liberté-responsabilité » et de l'autodétermination. Parallèlement, du fait que les candidates (majeures) sont activement impliquées dans le processus de prise de décisions et qu'elles s'engagent dans des actes spécifiques, il s'agit également d'un processus par lequel elles peuvent exprimer et pratiquer elles-mêmes leur autonomie tout en tenant compte de leur appartenance communautaire.

Bien que le consentement informé ou éclairé soit l'expression d'une décision individuelle dans les pratiques des excisions et des infibulations des filles majeures, cette décision ne devrait pas seulement prendre en compte les intérêts et les besoins individuels. Elle devrait au contraire également considérer les besoins et les intérêts des autres personnes de la famille ou de la société, qui pourraient être affectées directement ou indirectement par les conséquences de cette décision. C'est ce qui établit la relation entre le consentement individuel et la responsabilité sociale (UNESCO, 2005).

¹⁶³ Regine Kollek: « consentement » in UNESCO (2005). *Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme. Histoire, principes et application*. Article 6. Récupéré le 20 mai 2015 de <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001829/182954f.pdf>

Un refus manifeste de se soumettre à ces pratiques pourrait occasionner une stigmatisation des filles et de leur famille. Il peut être aussi à la base d'un sentiment de « honte » et de « déception » des parents et des proches dans la communauté. Mais les intéressées conservent leur intégrité physique et sauvegardent ainsi leur santé par devoir et non conformément au devoir, selon la pensée de Kant. Par contre, l'acceptation de se soumettre à ces pratiques pourrait faire la fierté des parents et des membres de la communauté, mais aussi occasionner des complications pour la santé et créer des dépenses tant humaines que financières dans la société. Par conséquent, le principe du consentement éclairé ou informé est directement lié au respect de la dignité humaine. Mais il exige *a priori* des informations fondées et valables rationnellement sur les avantages et les inconvénients de ces pratiques.

5.2.4.2.2 Le consentement éclairé : les exigences des informations valables et rationnelles sur les excisions et les infibulations

En nous référant au principe de Kant (1993) qui suggère que chaque personne dans la société est la meilleure juge de son intérêt, nous pouvons estimer que ceux et celles qui prennent des décisions pour exciser ou infibuler ne peuvent agir ainsi sans le consentement des candidates potentielles à ces pratiques. Et la première étape dans ce processus d'obtention de consentement consiste à donner des informations justes et rationnelles. Dans cet esprit, le consentement n'est réel que lorsque c'est le consentement que les personnes donneraient si elles étaient entièrement instruites de tous les faits se rapportant à ces pratiques et à leur situation individuelle dans la société. C'est le droit de ces personnes à l'autodétermination qui justifie le devoir qu'imposent aux décideurs les exigences d'information exhaustive, lesquelles peuvent impliquer de la part des parents des efforts laborieux afin de prendre connaissance de

l'anatomie et de la physiologie des organes concernés et les conséquences médicales et sociales de ces pratiques (Botros, in Canto-Sperber, 2004).

L'autodétermination des participantes aux excisions et aux infibulations ne consiste pas simplement à prendre une décision qui exprime leurs valeurs et leurs buts individuels, mais elle implique de surcroît, selon Brock (1993), une décision qui les favorise mieux. Des informations « complètes » sont alors naturellement requises, car c'est probablement l'un des moyens de garantir le respect de l'intégrité physique des filles. Dans ce contexte, celles-ci peuvent prendre une décision autonome au sujet de ces pratiques - si elles sont proposées -, que si elles sont informées qu'il pourrait en résulter des conséquences sociales et médicales : les conséquences sociales se situeraient au niveau des avantages que la communauté perçoit de ces pratiques ; et les conséquences médicales mettront en évidence les complications sur la santé retenues par la même communauté.

Les résultats que nous avons rapportés, au quatrième chapitre de notre thèse, ont montré que les excisions et les infibulations pourraient être devenues des pratiques dynamiques à Bamako au Mali. Selon plusieurs de nos informateurs, elles sont maintenues dans le but de diminuer l'envie ou le désir sexuel des jeunes filles et des femmes. Les informations pour le consentement dans ce contexte doivent être fondées sur ces réalités qui motivent réellement ces pratiques dans une ville. Il faut faire ressortir le lien exact entre les opérations et les aspirations de la communauté par rapport à la maîtrise du désir sexuel. Quelles sont les données valables sur ce point précis dont les décideurs disposent pour asseoir ces pratiques dans l'intérêt de celles qui les subissent et celui de la communauté ? Les

informations pour le consentement éclairé ou informé ne doivent faire aucune économie quant à leur crédibilité et leur bien fondé.

Pour ce qui concerne les risques et les complications retenues, les informations doivent faire ressortir avec le maximum de transparence ce qui est médicalement prouvé avec données fiables. Les implications des agents de santé dans ce domaine sont alors incontournables. Avec toutes les polémiques autour des conséquences médicales, surtout les images, les informations doivent être fondées scientifiquement avec une préférence pour des critères précis (Touré, 2003). Cette exigence va permettre aussi de faire le lien réel, par exemple entre l'hémorragie et les altérations du clitoris que certaines personnes interviewées attribuaient au fait que certains enfants ont beaucoup plus de sang que d'autres, ou encore que nous ne mangeons plus de nourritures vitaminées, ce qui rendrait le sang plus liquide (E9H6 ; E30F14).¹⁶⁴

La connaissance des motivations, des avantages et des complications met les filles (majeures) en position de préserver leurs principaux buts – jouir de leur intégrité physique - même si elles doivent affronter les stigmatisations dans la société. Parallèlement à la réflexion de Brock (1993), nous retenons que les décisions de jeunes filles ici ne sont autonomes que si elles expriment leurs propres valeurs et buts et se fondent en outre sur des croyances vraies concernant le moyen de les atteindre. Nous soulignons à cet effet que les informations du consentement visent, au moins, trois buts principaux : d'abord le respect de la dignité humaine en promouvant le bien-être et l'intégrité physique des filles, le respect de leur droit à l'autodétermination, et enfin l'obligation des parents d'acquérir une connaissance

¹⁶⁴ Références déjà citées plus haut.

médicale ou biologique sur l'anatomie, la physiologie des organes concernés, les risques et les complications pour la santé.

Ces trois buts sont reliés au fait que le bien-être, l'épanouissement et l'intégrité physique consistent, pour les personnes, à réaliser leur propre valeur et leur préférence dans la société. La connaissance biomédicale – même élémentaire - de l'anatomie et la physiologie des organes génitaux est un atout pour éclairer le consentement. Ainsi, la communication des informations complètes basées sur les données scientifiques se justifie par la promotion du bien-être et de l'épanouissement des filles dans leur intégrité physique. Ceci requiert un minimum de respect pour leur droit à l'autodétermination comme fin en soi, qui elle-même permet de garantir et de préserver la dignité humaine.

5.2.4.2.3 Le caractère volontaire et libre des consentements aux excisions et aux infibulations

Afin de donner un consentement valide, les personnes concernées doivent avoir la capacité de comprendre les informations qui leur sont données. Cela peut générer des problèmes fondamentaux d'application pour les cas des enfants qui sont excisés à la naissance et n'ayant pas la capacité de consentir. Dans ce contexte précis, nous nous sommes basés sur l'article 705 du « *Code des Personnes et de la Famille* » du Mali qui met la majorité de la personne à l'âge de dix-huit ans accomplis.

Le consentement libre et éclairé réfère à une décision prise en dehors de toute influence ou contrainte induite : seule s'exprime la volonté de la personne, souveraine dans l'appréciation, d'après les informations reçues, de son meilleur intérêt (Kouri et Philips-

Nootens, 2012). D'une manière évidente, cette notion de consentement est peut-être relative en fonction des circonstances, car chaque personne se trouve, à tout moment, au cœur d'un réseau social complexe d'influences humaines, matérielles, environnementales qui vont sans doute interférer avec son libre arbitre. Les atteintes à l'intégrité de la personne humaine dans le contexte des excisions et des infibulations n'échappent pas à ces contraintes. Celles-ci sont, au contraire, très présentes en ce domaine en raison des aspects émotifs des décisions à prendre concernant ces pratiques, à tel point qu'on peut douter si la décision des jeunes filles vient réellement d'un consentement volontaire et libre.

Cependant, il reste que l'idéal à atteindre doit être l'obtention préalable du consentement libre et volontaire de celles qui vont subir ces pratiques selon l'esprit de l'article 5 du Code des personnes et de la famille (Assemblée Nationale, 2011). Les jeunes filles doivent être capable de décider librement si elles veulent se soumettre ou non à ces pratiques. Elles ne doivent pas, selon l'esprit de la Déclaration de l'UNESCO (2005), être sujettes à une quelconque influence indue ou à des mesures d'intimidation. En outre, elles doivent être libres à tout moment d'accepter de se soumettre ou non à ces rites, sans subir de préjudice ou de désavantage au niveau familial ou communautaire.

Dans les communautés qui maintiennent ces pratiques, plusieurs facteurs peuvent affecter l'aptitude des filles à décider librement. Des différences significatives dans le statut social entre les participantes potentielles à ces rites et les décideurs peuvent affecter non seulement la volonté de poser des questions - surtout que le sujet des excisions et des infibulations est encore tabou dans certaines localités - mais également la liberté de refuser de se soumettre aux pratiques. Une relation asymétrique entre les parents ou les tantes ou les

grand-mères - qui décident - et les jeunes filles peut empêcher celles-ci d'exprimer leur incertitude face aux avantages de ces pratiques. Les attentes sociales de la famille ou de la communauté à travers ces pratiques peuvent forcer les participantes à faire des choix qui sont désirés socialement (reconnaissance d'être une vraie famille musulmane, une famille respectueuse : E4H2; E9H6; E15H8).¹⁶⁵ En fonction des ethnies, les avantages économiques et l'accès au mariage peuvent constituer une motivation importante et limiter ainsi indirectement le caractère volontaire du choix des jeunes filles.

Même si le principe de consentement informé ou éclairé a été largement accepté dans le discours éthique, son application ou sa mise en œuvre dans les différents contextes sociaux et culturels lance plusieurs défis (UNESCO, 2005). Des informations de qualité, justes et valables rationnellement et un consentement éclairé sont des précautions éthiques contre des interventions non thérapeutiques ou des pratiques non souhaitées et injustifiées sur le corps humain. Ils sont au cœur de l'éthique en réaction contre toute atteinte à l'intégrité physique. La question est de savoir comment cette doctrine éthique va se perpétuer et évoluer au sein de différentes conditions pratiques et socioculturelles, surtout les excisions et les infibulations. Nous corroborons l'esprit de l'UNESCO (2005) sur la « *Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme* », que l'implication des communautés constitue un élément important pour intégrer les spécificités culturelles dans des concepts qui, à l'origine, ont évolué dans le contexte de la philosophie occidentale.

Dans le contexte des excisions et des infibulations, nous devons également garder à l'esprit que même si certaines valeurs et normes culturelles traditionnelles, qui trouvent leurs

¹⁶⁵ Références déjà mentionnées plus haut.

racines dans le passé, sont confrontées aux données des découvertes de la biomédecine sur les organes génitaux des femmes, l'ordre de priorité dans les pratiques culturelles sur le plan éthique doit être clair : les intérêts de la société ou de la communauté ne doivent jamais prévaloir sur l'intérêt de la personne humaine. Le consentement éclairé ou informé doit être la pierre angulaire de toutes les pratiques sociales qui impliquent des êtres humains ; et cela nécessite un engagement responsable de la société à qui incombe de favoriser et de promouvoir le respect de la dignité humaine.

5.2.5 La dignité humaine : pivot du principe de responsabilité sociale face aux pratiques des excisions et des infibulations

Le problème philosophique de la responsabilité a pour objet les conditions d'imputabilité de nos actes et nos omissions dans la société (Neuberg, in Canto-Sperber, 2004). Dans le langage commun, le terme « responsabilité », outre son emploi dans le contexte de l'imputabilité, se réfère aussi à des devoirs ou à des obligations liés à un statut social. Par exemple, lorsqu'une personne occupe une fonction sociale ou un rôle (parents, mandataires), on la nomme responsable du bien-être des enfants ou des personnes qui sont à leur charge ou de l'exécution des tâches dont elle a la charge, en ce sens qu'elle est supposée se conformer aux devoirs et aux obligations liés à son statut, y compris les obligations d'agir de manière « responsable et digne », c'est-à-dire de façon raisonnable, juste et prudente.

C'est apparemment à cet usage du terme que font appel ceux qui insistent, dans le cadre de la réflexion contemporaine, sur les implications éthiques des pratiques sociétales ou scientifiques impliquant les êtres humains, sur la nécessité, pour la philosophie morale, de

développer une notion qui se définirait en fonction du pouvoir accru et potentiellement risqué de l'être humain dans la société (Neuberg, in Canto-Sperber, 2004).

Le préambule de la « *Déclaration sur la bioéthique et les droits de l'homme* » (UNESCO, 2005) va dans le même sens que Neuberg en étendant cette responsabilité à l'ensemble de la société dans la logique de l'imputabilité de nos actes spécialement par rapport à la santé :

- La promotion de la santé et du développement social au bénéfice de leurs peuples est un objectif fondamental des gouvernements que partagent tous les secteurs de la société.
- Compte tenu du fait que la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques ou sa condition économique ou sociale, le progrès des sciences et des technologies devrait favoriser :
 - l'accès à des soins de santé de qualité et aux médicaments essentiels, notamment dans l'intérêt de la santé des femmes et des enfants, car la santé est essentielle à la vie même et doit être considérée comme un bien social et humain ;
 - l'accès à une alimentation et à une eau adéquates ;
 - l'amélioration des conditions de vie et de l'environnement ;
 - l'élimination de la marginalisation et de l'exclusion fondées sur quelque motif que ce soit ;
 - la réduction de la pauvreté et de l'analphabétisme.

Le préambule souligne à cet effet qu'il faudra adopter une nouvelle approche de la responsabilité sociale pour faire en sorte que, dans la mesure du possible, les progrès scientifiques, technologiques et toutes les pratiques sociales qui impliquent les êtres humains aillent dans le sens de la justice, de l'équité et de l'intérêt de l'humanité tout entière. Dans cette optique, le principe de responsabilité sociale est élaboré, et il a pour objectif d'attirer l'attention des responsables de l'élaboration des politiques, dans le domaine de la santé et des sciences de la vie, sur les problèmes concrets liés à la bioéthique, tels qu'ils sont perçus dans la plupart des pays et par le grand public.

Dans notre thèse, nous adoptons cette approche de l'UNESCO (2005) basée sur la promotion de la santé articulée à la dimension de l'imputabilité de nos actes et nos omissions dans la société. Pour promouvoir la dignité humaine, il incombe à l'ensemble de la société de se pencher d'une manière éthique et juste sur le problème concret de la santé liée aux excisions et aux infibulations, et d'entreprendre des actions pour l'élimination de la marginalisation et de toute forme de stigmatisation associées à ces pratiques. Ces deux dimensions vont constituer des objectifs que le principe de responsabilité sociale se doit d'atteindre dans notre réflexion.

5.2.5.1 La responsabilité sociale : l'obligation éthique de promouvoir la santé

L'importance de tout ce que nous avons exposé jusqu'à maintenant se révèle face à la notion de santé de la personne humaine qu'impliquent les excisions et les infibulations. Les complications de ces pratiques sur la santé ici ne touchent pas simplement l'organisme physique, et ne peuvent pas être définies au pur niveau des organes touchés, mais de la personne humaine tout entière dans son environnement.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS)¹⁶⁶ : « La santé est un état de bien-être physique, mental et social complet, et elle ne constitue pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Sgreccia (2004) améliore cette définition en disant :

« Tout d'abord, il est difficile de concevoir la santé comme un fait statique ou une mesure parfaite. En fait, la santé serait plus un effet global comme un *équilibre dynamique* à l'intérieur du soma, entre les divers organes et les diverses fonctions de l'unité de l'organisme, entre le soma et la psyché, entre l'individu et l'environnement. La conception de l'environnement est un autre point à intégrer à cette définition. On doit l'entendre non seulement comme environnement social mais aussi écologique, à cause de cette unité d'échange qui existe entre l'organisme humain et l'environnement biophysique qui l'entoure (...) Cependant, le point principal à incorporer à la définition concerne justement le niveau éthique, parce qu'il existe aussi une dimension éthique de la santé, enracinée dans l'esprit de l'homme et dans sa liberté (...) Même quand la maladie a une origine indépendante de l'éthos de la personne et de ses responsabilités, la prévention, la thérapie, la réhabilitation font appel à la volonté et à la liberté du sujet, ainsi qu'à la responsabilité de la communauté, et lorsqu'on parle de responsabilité, on évoque la dimension éthique ».

Les excisions et les infibulations ne sont pas des pratiques biomédicales en tant que telles mais leurs dimensions « santé » liées aux complications font que ces pratiques doivent relever aussi de la politique de santé publique. Les responsabilités sociales pour la santé constituent une préoccupation fondamentale pour l'éthique des pratiques professionnelles en santé publique (Martinez-Palomo, in UNESCO, 2005). Sur le plan éthique la promotion de la responsabilité sociale en faveur de la santé a été d'abord établie comme une priorité lors de la quatrième Conférence internationale sur la promotion de la santé (Djakarta, 1997).¹⁶⁷ Cette Conférence a ensuite recommandé que les décideurs soient résolument engagés dans le principe de responsabilité sociale, et que tant le secteur public que le secteur privé promeuvent

¹⁶⁶ OMS (1948). Constitution. Récupéré le 23 mai 2015 de http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf

¹⁶⁷ *Déclaration de Jakarta sur la Promotion de la Santé au XXIème siècle*. Récupéré le 22 mai 2015 de http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_fr.pdf

la santé en menant des politiques et des pratiques qui ne soient pas préjudiciables à la santé d'autres personnes (UNESCO, 2005).

Plus tard en 2000, le même sujet de la responsabilité sociale pour la santé a ensuite été l'objet de plus amples discussions à l'occasion de la cinquième conférence sur « La promotion de la santé mondiale : faire place à l'équité », qui s'est tenue à Mexico (OMS, 2000).¹⁶⁸ Cette conférence reconnaît que l'atteinte du meilleur état de santé possible est un bien précieux - individuel et communautaire - pour profiter pleinement de la vie. Elle souligne aussi toute l'importance d'agir sur les facteurs sociaux, économiques et environnementaux afin de garantir le développement économique et social et l'équité; car selon l'UNESCO (2005) « *Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme. Histoire, principes et application* » : « La santé de tous les peuples est la condition fondamentale pour la paix dans le monde ».

Dans cet esprit, des directives internationales de politiques de santé ont par la suite promu la santé au rang de droit fondamental de la personne. Il a été considéré que la promotion de la santé, à travers l'investissement et l'action, avait un net impact sur les déterminants de la santé afin d'obtenir des progrès plus importants en matière de santé pour les populations, de contribuer de manière significative à la réduction des injustices en matière de santé, de favoriser les droits de l'homme et de construire un capital social. Le but ultime est d'accroître l'espérance de vie et de diminuer l'écart en matière de perspective de santé entre les pays et les groupes sociaux (UNESCO, 2005).

¹⁶⁸ OMS (2000). *La promotion de la santé mondiale : faire place à l'équité. Mexico*. Récupéré le 23 mai 2015 de www.s2d-ccvs.fr/datas/presentation/chartes/mexdec2000.doc

Les mêmes responsabilités sociales dans le contexte des excisions et des infibulations doivent constituer une préoccupation éthique, car c'est l'être humain qui est aussi impliqué dans ces pratiques culturelles. De nombreuses études ont montré que ces pratiques sont aussi un véritable problème de santé publique et provoquent des séquelles médicales, psychologiques et sociales (*Développement de Santé*, 2014). Il a été montré aussi que ces pratiques ont, bien entendu, des conséquences affectives et sexuelles inacceptables, qu'elles favorisent de graves complications médicales et obstétricales, et ce, quelle que soit la compétence des personnes qui font les opérations (*Développement de Santé*, 2014). Dans le monde, on estime qu'entre 100 et à 140 millions de femmes auraient subi une des formes de ces pratiques et 30 millions de filles pourraient être soumises à ces mêmes rites dans les trente prochaines années (Mongin et Reinert, in *Développement de Santé*, 2014). Vu l'ampleur de ces pratiques, les risques et les complications médicales qui s'en suivent, il nous paraît éthiquement justifié que les parents et les décideurs politiques soient résolument engagés dans le principe de responsabilité sociale pour promouvoir la santé.

Si, dans la Déclaration de l'UNESCO (2005) « *Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme. Histoire, principes et application* », l'article 13 rend compte de la nouvelle orientation de la bioéthique qui confère une dimension sociale plus large au progrès scientifique, alors la reconnaissance d'une santé génésique et d'une santé infantile constitue un des éléments de cette dimension. Dans les pratiques des excisions et des infibulations, les complications retenues par les interviewées et qui sont aussi documentées rentrent dans la pertinence de cette santé génésique et infantile, et peuvent porter atteinte au droit reproductif des femmes (Gautier, 2000). Car, selon l'UNESCO (2005) dans « *La note*

explicative sur l'élaboration de l'avant-projet d'une déclaration relative à des normes universelles en matière de bioéthique » :

« La pertinence d'une santé génésique est évidente lorsqu'on regarde les statistiques de la santé : chaque année quelque huit millions de femmes souffrent de complications liées à leur grossesse et plus d'un demi-million en meurent. Dans les pays en développement, une femme sur seize, risque de mourir de complications liées à sa grossesse contre une sur deux mille huit cents dans les pays développés. Connaître les chiffres statistiques des niveaux de mortalité maternelle ne suffit pas ; la responsabilité sociale doit contribuer à prévenir les morts inutiles d'un grand nombre de femmes et d'enfants ».

Loin de vouloir attribuer toutes ces complications et décès aux excisions et aux infibulations, nos résultats rapportés ont néanmoins mentionné quelques cas de décès liés à ces pratiques. Même si nous ne pouvons pas trancher mathématiquement et affirmer, par exemple, qu'une femme sur seize risque de mourir de complications de ces pratiques dans les pays d'Afrique ou qu'un risque de 1% des conséquences des excisions et des infibulations est négligeable, nous ne pouvons pas cependant écarter cette hypothèse. Le pourcentage de réalisation ou sa survenance est peu probable, mais une vie humaine reste une vie humaine, et la sauvegarde de l'intégrité physique d'un nouveau-né ou d'une femme est une obligation éthique qui incombe à l'ensemble de la responsabilité sociale tout simplement parce que c'est une personne humaine.

La porte d'entrée « santé », des excisions et des infibulations dans l'internationalisation de la cause de ces pratiques, a été reconnue par beaucoup d'interviewés de notre recherche. Les inquiétudes exprimées face aux risques et aux complications des excisions des nouveau-nés et certaines méthodes invasives des pratiques comme les infibulations, n'ont laissé personne indifférent, même quelques interviewés qui défendent ces pratiques :

« L'excision des filles est une bonne chose, mais c'est la façon de la faire qui n'est pas bonne. On ne doit pas exciser un bébé (...) Si tu excises un enfant à une semaine de sa naissance, qu'est-ce que tu vas couper ? Quand tu excises un enfant, tu l'as exposé à tous les dangers (...) Si on laisse les enfants jusqu'après leur 10 ans avant de les exciser, il n'y aura pas de conséquence sur leur santé, parce qu'il n'y aura pas de maladie à cela » (E9H6).¹⁶⁹

Une deuxième intervenante poursuit : « Auparavant, nos filles atteignaient 20 ans avant d'être excisées (...) Maintenant les filles sont excisées très jeunes avec tous les risques. Exciser les filles très tôt est très dangereux » (E30F14).¹⁷⁰

Ces différents témoignages montrent que la dimension « santé » de ces pratiques culturelles reste encore un défi éthique et une interpellation à la responsabilité sociale. Mais la définir comme telle devient particulièrement important et exigeant quand il s'agit d'identifier entre les responsables de famille (les parents) et le pouvoir public qui est responsable de quoi, selon l'esprit de l'article 14 de la « *Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme, histoire, principes et application* » (UNESCO, 2005). Est-ce que le principe de libre exercice des actes d'ordre religieux ou coutumier donne aux parents le droit de risquer la santé de leur enfant ? Les autorités politiques n'ont-elles pas l'obligation de protéger les personnes vulnérables comme les enfants face à des pratiques risquées pour leur santé ?

Pour que ces différents acteurs puissent travailler ensemble, ils ont besoin de connaître clairement leurs devoirs et leurs responsabilités ainsi que les besoins pour s'engager dans un processus de définition de la responsabilité sociale pour la santé, dans leurs propres termes, afin de parvenir à une appropriation collective des complications de ces pratiques sur la santé. Certaines personnes interviewées étaient d'avis, par rapport à la politique du Mali contre ces pratiques culturelles, que le gouvernement a pris trop vite des engagements envers les droits de l'homme sur le plan international en signant des documents sans impliquer les responsables

¹⁶⁹ E9H6 : Entrevue numéro 9, personne interviewée : Homme numéro 6.

¹⁷⁰ E30F14 : Entrevue numéro 30, personne interviewée : Femme numéro 14.

de famille, mais échouait à les poursuivre et à les soutenir au niveau local. Ce constat est ressortit à travers les réponses suivantes à la question 18 de notre guide d'entretien : Les textes internationaux, régionaux et nationaux relatifs à la question de l'excision et de l'infibulation signés par le Mali, ont-ils eu de l'impact, selon vous pour une meilleure compréhension de ces pratiques ?

« Nos autorités ont signé des textes pour l'abandon de l'excision, même ce matin quelqu'un sera excisé ! (...). Parce que le chef a autorité sur son pays, sa parole prononcée lui appartient, mais les enfants d'autrui ne lui appartiennent pas. Si je sais que telle chose a des avantages pour mon enfant et pour moi, je le ferai. Si je sais que cela n'a pas d'avantage pour mon enfant et moi, si le chef de l'Etat le dit, j'accepterai sa parole. Mais si moi-même je sais que ma famille et moi nous avons notre bonheur, notre paix et notre respect, nous n'avons pas notre déshonneur dans telle chose, moi je la ferai ; c'est ça l'excision des filles » (E9H6).¹⁷¹

Un autre interviewé poursuit sur le même ton : « Il n'y a pas eu d'impact puisqu'ils ne se sont pas mis d'accord avec personne pour cela. Ils ont signé comme cela à « tue-tête », ils n'ont pas consulté la population. Ils n'ont pas consulté le chef de l'État, ils n'ont pas consulté les chefs de famille, ils n'ont consulté personne. Ils ont signé comme ça les textes avec les « toubab » (les blancs), et venir imposer ces textes au pays. Est-ce qu'on peut faire ça ? Cela n'est pas bon. Si tu veux mettre en place une loi dans ton pays - vous-mêmes, vous avez parlé de démocratie-, donc, tu viens d'abord expliquer aux gens. Si tu expliques aux gens, donc si la majorité est d'accord, vous signez les papiers. Si la majorité n'est pas d'accord, donc tu laisses en attendant les textes. Si ça doit être compris sous le règne d'une autre personne, ça se fera. C'est ça qui a tout gâté » (E18H10).¹⁷²

Une troisième répondante (E3F2),¹⁷³ en se prononçant sur cette question, nous a d'abord demandé d'éteindre l'enregistreur avant de nous confier que sa réponse va à l'encontre de son gouvernement.¹⁷⁴

¹⁷¹ E9H6 : entrevue numéro 9, personne interviewée : Homme, numéro 6.

¹⁷² E10H7 : entrevue numéro 10, personne interviewée : Homme numéro 7.

¹⁷³ E2F3 : entrevue numéro 2, personne interviewée : Femme numéro 3.

Nous avons noté, à travers ces réponses, un certain malaise dans la perception de quelques personnes interviewées face aux engagements du gouvernement malien dans sa politique de lutte contre les excisions et les infibulations. Suite à ce constat, pour engager un partenariat dans le sens du principe de responsabilité sociale pour la santé, il y a la nécessité d'établir un climat de confiance et de dialogue entre les dirigeants politiques et la société civile. Un défi majeur consiste donc à créer un lien entre les différents niveaux de la société et à instaurer un dialogue juste et transparent pour dépasser les tensions inhérentes attribuées à une certaine hégémonie occidentale (Centre Djoliba, 1999).

L'obligation éthique de la société ou de la communauté à travers le principe de responsabilité sociale prévoit des engagements à prévenir, par des moyens légitimes et licites, les situations de risques et de détériorations de la santé des femmes et des enfants qui subissent ces pratiques. Les arguments des personnes interviewées qui ont dénoncé les excisions des nouveau-nés rentrent dans cette optique. Les engagements des décideurs dans la mise en application du principe de responsabilité sociale pour promouvoir la santé vont permettre de :

- Reconnaître les risques et les vraies complications médicales liés aux excisions et aux infibulations sur la santé des personnes qui les subissent, afin de les éviter en prenant des mesures appropriées,
- Identifier et évaluer les coûts humains et financiers associés aux complications de ces pratiques,
- Donner des informations justes et transparentes sur ces pratiques aux candidates - les avantages sociaux et les inconvénients -,

¹⁷⁴ Pour respecter la confidentialité, nous ne mentionnons pas la réponse de cette interviewée, qui n'a d'ailleurs pas été transcrite selon sa recommandation.

- Respecter l'autonomie et le consentement des personnes qui subissent ces pratiques afin de sauvegarder leur intégrité et leur vulnérabilité,
- Et enfin, favoriser l'élimination de la marginalisation et de la stigmatisation des personnes qui ne subissent pas ces pratiques, selon l'esprit de l'UNESCO (2005).

La mise en œuvre et l'articulation de ces cinq points par les décideurs vont contribuer d'une façon ou d'une autre à la promotion de l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes, à la réduction de la mortalité infantile et à l'amélioration de la santé maternelle qui rentre dans les objectifs du millénaire « 2015 » des Nations Unies (UNESCO, 2005).

5.2.5.2 La responsabilité sociale : l'engagement contre la marginalisation liée au non-respect des excisions et des infibulations

Au quatrième chapitre de notre thèse, il a été signalé à plusieurs reprises que certaines personnes maintiennent les excisions et les infibulations des filles pour leur éviter d'être stigmatisées ou d'être insultées dans la société : « Bilakoro » ou de « filles volages ». Ainsi, les préjugés liés au fait de ne pas être excisé ou infibulé sont à la base d'une certaine marginalisation des personnes qui ne se soumettent pas à ces pratiques. La deuxième dimension du principe de responsabilité sociale que nous retenons se résume à des engagements des chefs de famille et des éducateurs, pour l'élimination de la marginalisation et de l'exclusion des personnes pour des motifs liés au fait qu'elles ne sont ni excisées ni infibulées.

Dans la société, l'élimination de la stigmatisation, de l'injure, de la marginalisation et de l'exclusion des personnes pour quelque motif que ce soit, y compris le sexe, l'âge, l'origine

ethnique et le choix de vie, doit être une priorité éducative des parents à travers le principe de responsabilité sociale. L'UNESCO (2005) dans la « *Note explicative sur l'élaboration de l'avant-projet d'une déclaration relative à des normes universelles en matière de bioéthique* », l'article 8 « Non-discrimination et non-stigmatisation », numéro 55, stipule que :

« La discrimination, sous ses formes tant directes qu'indirectes, considère qu'une caractéristique moralement neutre et immuable (comme la couleur de la peau, le sexe, les caractéristiques génétiques, etc.) a des effets négatifs, et se fondant sur cette distinction illégitime, traite différemment les individus qui se trouvent dans des situations pourtant similaires. Outre les diverses formes de discrimination, la *stigmatisation* est également interdite par la déclaration ».¹⁷⁵

Le terme « Bilakoro » déjà mentionné est une caractéristique de la stigmatisation des femmes non excisées avec tous les préjugés qui s'en suivent par rapport à leur sexualité. Certaines ethnies comme les « Sonrhais » sont citées dans cette logique. Cette stigmatisation peut être une des conséquences de la discrimination directe ou indirecte, mais ne l'est pas nécessairement dans certaines communautés. La marginalisation de certaines femmes peut être liée à leur stigmatisation de « femmes non-excisées ». Cette réalité peut avoir des répercussions préjudiciables dans le domaine social telles que l'exclusion du domaine matrimonial. Selon certaines interviewées, de telles femmes trouveront difficilement un mari, parce qu'elles sont soupçonnées d'être « sales, volages et infidèles » (E4H2).¹⁷⁶ Pour d'autres interviewés : « si une fille n'était pas excisée, personne ne parlait de son mariage puisqu'elle ne comptait pas parmi les femmes » (E15H8).¹⁷⁷ Ces considérations restent à prouver dans une

¹⁷⁵ UNESCO. (2005). *Note explicative sur l'élaboration de l'avant-projet d'une déclaration relative à des normes universelles en matière de bioéthique*. Paris, UNESCO. Récupéré le 25 mai 2015 de <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001390/139024f.pdf>

¹⁷⁶ Entrevue numéro 4, personne interviewée : Homme numéro 2.

¹⁷⁷ Entrevue numéro 15, personne interviewée : Homme numéro 8.

société comme la ville de Bamako au Mali où aucune étude n'a encore confirmé de tels arguments.

La stigmatisation liée au fait de ne pas être soumis aux excisions et aux infibulations est contraire au respect de la dignité humaine, parce qu'elle porte atteinte à la dignité sociale : « la dignité de soi, la dignité dans la relation et la dignité actualisée », et elle est contraire au droit reproductif des femmes parce qu'elle les empêche de disposer librement de leur corps (Gautier, 2000). Dans ce contexte, le principe de responsabilité sociale intervient d'une manière pertinente et indispensable à trois niveaux pour le respect de la dignité humaine : a) les parents à travers l'éducation des enfants, b) leur propre agir social, c) et le pouvoir public à travers la mise en place des dispositifs pour le respect des droits fondamentaux de la personne. Dans l'application du principe de responsabilité sociale, il ne s'agit pas de la protection directe de la dignité humaine, mais de la protection des droits qui eux-mêmes permettent de préserver la dignité de la personne.

5.2.5.2.1 La responsabilité sociale : l'éducation familiale des enfants

Le principe de responsabilité sociale, en plus du contexte de l'imputabilité de nos actes et nos paroles, renvoie ici aux devoirs et aux obligations des parents liés à leur statut de responsables de famille dans l'éducation des enfants. Par rapport aux excisions et aux infibulations, quel message les parents donnent-ils à leurs enfants ? Quelle image montrent-ils des personnes et des ethnies qui ne pratiquent pas ces rites ? Un proverbe Bambara dit ceci : « La pintade regarde la nuque de celle qui la précède ». Ce qui se traduit que : la personne à

éduquer, surtout l'adolescent, suit l'exemple de son éducateur.¹⁷⁸ Ce proverbe interroge l'éducation donnée aux enfants dans la forme et le contenu. Si certains parents déplorent le langage « injurieux » des enfants à l'égard des personnes qui ne sont pas excisées ou infibulées, il faut se demander où ces enfants découvrent ces expressions stigmatisantes ? Un répondant a relevé cette dimension éducative dans son témoignage par rapport à la stigmatisation des jeunes filles qui ne sont pas excisées :

« Même si tu ne veux pas exciser tes filles, tu verras que leurs camarades vont se moquer d'elles et les traiteront de « bilakoro », de filles non excisées (...) Donc pour trouver une solution à cela, ce n'est pas au niveau des personnes adultes d'abord, mais les enfants eux-mêmes ; il faut essayer de leur faire comprendre, qu'ils évitent de se « saboter » (se moquer les uns des autres) parce que ce n'est pas une bonne chose. Que celles qui n'ont pas subi la pratique de l'excision ne soient pas stigmatisées par leurs camarades. » (E1H1).¹⁷⁹

Partant de ce témoignage, qui doit faire comprendre aux enfants que les injures ne sont pas une bonne chose dans la société ? N'est-ce pas les adultes, les parents eux-mêmes ? C'est cela le premier devoir des parents dans la logique du principe de responsabilité sociale. Les parents sont les premiers responsables de l'éducation des enfants. C'est dans ce domaine précis que leur implication éthique pour une société juste et tolérante va favoriser l'élimination de la marginalisation, de la stigmatisation et de l'exclusion des personnes qui ne sont pas excisées ou infibulées.

¹⁷⁸ Ce proverbe fait référence aux relations entre les parents et les enfants en matière d'éducation, entre les jeunes et les adultes, entre les subalternes et les responsables. Ceux qui occupent les rangs d'infériorité dans une structure imitent les exemples des responsables. Le message de ce proverbe consiste à donner de bons exemples quand on occupe un poste de responsabilité sociale ou familiale : être exemplaire, intègre et digne.

¹⁷⁹ Entrevue numéro 1, personne interviewée : Homme numéro 1.

5.2.5.2.2 La responsabilité sociale : le témoignage de la « dignité actuée » des parents au sujet des excisions et des infibulations

Les parents, dans l'optique du principe de responsabilité sociale, sont dits « responsables » du bien-être de leurs enfants ou de l'exécution des tâches éducatives dont ils ont la charge dans la société, en ce sens qu'ils sont supposés se conformer aux devoirs et aux obligations liés à leur statut « de responsable de famille » : agir de manière « responsable et digne ». Cette dimension fait écho au principe du respect de la dignité sociale qui inclut la dignité dans la relation, la dignité de soi et la dignité éthique ou actuée.

Le principe de responsabilité sociale des parents invite à vivre une certaine intégrité morale, la transparence et la justesse dans les critères d'évaluation et de reconnaissance par rapport aux excisions et aux infibulations. Par exemple, la négation des risques et des complications liés à ces pratiques, parce que supposés être une hégémonie occidentale, et la présentation optimiste de leurs avantages par rapport au contrôle du désir sexuel des femmes, risquent d'entraîner les personnes vulnérables à prendre des décisions non éclairées. L'exaltation de la valeur de la virginité avant le mariage, le fait de vouloir contrôler l'envie sexuelle des filles sont aujourd'hui remis en question avec le développement de la biomédecine qui permet la reconstruction de l'hymen et la réparation des organes touchés par les opérations (Buisson, 2011 ; Prolongeau, 2006). La dimension cosmopolite de la ville de Bamako au Mali fait que les excisions et les infibulations ne sont plus des garanties pour le mariage. Les succès sociaux de ces pratiques doivent être nuancés par rapport à la réduction du désir sexuel, à la fidélité des femmes et à leur maîtrise de soi.

En effet, dépourvues des rites initiatiques surtout en ville, les excisions et les infibulations sont réduites à leur dimension chirurgicale si bien que, certains parents se tournent vers leur médicalisation comme la solution aux problèmes liés à la sexualité des filles tout en écartant d'autres moyens éducatifs. L'honnêteté, l'intégrité, la transparence et la justesse (dignité des vertus) des parents dans leur manière de présenter ces pratiques à leurs enfants sont en accord avec le respect de la dignité actée à travers le principe de responsabilité sociale.

Par rapport à la stigmatisation liée au terme « Bilakoro » et les préjugés sur les femmes non-excisées, le principe de responsabilité sociale vient s'articuler à l'obligation du respect de la dignité de soi-même et du respect de la dignité d'autrui - cette dimension est développée au deuxième chapitre de notre thèse -. Le terme « Bilakoro », considéré comme une injure dans la société, est stigmatisant et discriminatoire ; l'attribuer à une personne, c'est d'abord manquer de respect à soi-même et à autrui. Selon les approches religieuses de la notion de dignité humaine, toute injure est proscrite. Injurier une personne intègre physiquement, créée à l'image et à la ressemblance de Dieu, en la qualifiant de « Bilakoro », de volage et d'infidèle est une façon de la calomnier, et c'est aussi manquer de respect à Dieu qui l'a créée et à qui elle appartient, car le Coran dit :

« Ce qui est dans les cieux et ce qui est sur la terre appartient à Dieu. La science de Dieu s'étend à toute chose » (Sourate IV, verset 126).

« Dieu n'aime pas que l'on divulgue des paroles méchantes, à moins qu'on n'en ait été victime. Dieu est celui qui entend et qui sait » (Sourate IV, verset 148).

« Ceux qui calomnient des femmes honnêtes, insouciantes et croyantes seront maudits en ce monde et dans la vie future, ils subiront un terrible châtement le jour où leurs langues, leurs mains et leurs pieds témoigneront contre eux sur ce qu'ils ont fait » (Sourate XXIV, verset 23).

Ces passages coraniques méritent une attention particulière par rapport à l'exigence de l'islam dans le domaine du principe de responsabilité sociale. Les parents musulmans devraient aussi savoir ce que le Coran dit par rapport aux injures et aux calomnies afin de les transmettre aux enfants, dans la logique du principe de responsabilité sociale.

Quant aux passages bibliques par rapport à l'injure, Saint-Paul invite les chrétiens à faire disparaître tout ce qui est : « Amertume, irritation, colère, éclats de voix, injures, tout cela doit disparaître de chez vous, comme toute espèce de méchanceté » (Ephésiens, 4, 31).

Dans l'évangile de saint Matthieu, le Christ va plus loin quand il dit :

« Vous avez appris qu'il a été dit aux anciens : « *Tu ne commettras pas de meurtre* ; celui qui commet un meurtre en répondra au tribunal. Et moi je vous dis : quiconque se met en colère contre son frère en répondra au tribunal ; celui qui dira à son frère : « imbécile » sera justiciable du Sanhédrin ; celui qui dira « fou » sera passible de la géhenne de feu » (Matthieu 5, 21-22).

La mise en œuvre du principe de responsabilité sociale par les responsables de famille trouve écho dans les textes religieux qui interdisent toute parole malveillante - même dans les intentions - adressée à une personne innocente. Cette dimension est aussi en accord avec le respect de la dignité humaine, car elle protège le droit au respect de la personne qui lui-même permet de préserver la dignité.

Dans le domaine du pouvoir politique, le *Code des Personnes et de la Famille* constitue un instrument législatif mis à la disposition de la société Malienne pour l'élimination de toute forme de marginalisation et d'exclusion des personnes. Dans son article 3, ce Code précise que : « Nul ne peut faire l'objet de discrimination en raison de ses caractères génétiques ». Cet article montre que toute marginalisation liée au fait qu'une femme n'est pas excisée ou infibulée est une discrimination, donc interdite par la loi (Assemblée nationale,

2011). Ainsi, l'application du principe de responsabilité sociale dans ses dimensions de promouvoir la santé et d'éliminer la marginalisation et l'exclusion afin de respecter la dignité humaine doit s'articuler avec le principe de justice, d'égalité et d'équité. Ceci nous amène à aborder le dernier principe de notre analyse éthique : le principe de justice, d'égalité et d'équité.

5.2.6 La dignité humaine au service du principe de justice, d'égalité et d'équité face aux pratiques des excisions et des infibulations.

Le principe de justice, d'égalité et d'équité est un ensemble de principes éthiques qui se présentent sous la forme de vertus en chaînons interdépendants dans leur application. L'égalité, la justice et l'équité ont été des plus importants principes éthiques à travers l'histoire de l'humanité. Ils représentent de ce fait un paradigme, un but à atteindre par nos sociétés (Empaire, in UNESCO, 2005).¹⁸⁰ Ce « chaînon » de principes se présente dans sa mise en œuvre comme l'articulation de l'ensemble des principes précédemment mentionnés ci-dessus.

5.2.6.1 Le respect du principe de justice, d'égalité et d'équité, selon l'approche philosophique, face aux pratiques des excisions et des infibulations

L'application de ce principe s'adresse directement aux parents et à toute personne qui prennent des décisions par rapport aux excisions et aux infibulations. Avant de prendre toute décision des pratiques qui impliquent les êtres humains, ce principe doit être pris en compte afin d'éclairer et de guider les choix éthiques.

¹⁸⁰ Empaire, G. (2005). « Égalité, justice et équité », in *Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme. Histoire, principes et application*. Article 10. Paris : UNESCO. Récupéré le 20 mai 2015 de <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001829/182954f.pdf>

Le principe de justice est considéré comme une vertu cardinale en plusieurs sens (Audard, in Canto-Sperber, 2004). Elle commande à toutes les vertus et permet leur harmonisation dans l'âme individuelle de tout être humain. Elle oriente ainsi notre existence vers notre avantage rationnel de même qu'elle préside au bonheur des personnes dans la société (Platon, 2009). Pour Aristote dans « *Éthique à Nicomaque* » : Dans la justice est en somme toute vertu. Cependant, cette forme de justice, alors, n'est pas une partie de la vertu, mais la vertu tout entière, et son contraire, l'injustice, n'est pas non plus une partie du vice, mais le vice tout entier. Elle est aussi cette vertu plus spécifique qui « accomplit ce qui est avantageux à un autre » (Aristote, 2010).

Suivant cette réflexion, les décisions pour les pratiques des excisions et des infibulations, si elles sont motivées par le principe de justice dans le sens du respect de la dignité humaine, devraient identifier les avantages rationnels et le bonheur des personnes. Nous avons rapporté au quatrième chapitre de cette thèse que le premier objectif de ces pratiques dans la ville de Bamako au Mali se résume à la diminution du plaisir ou du désir sexuel des filles. L'atteinte de cet objectif devait assurer un certain contrôle de la vie sexuelle des jeunes filles et des femmes mariées. Ce but est-il réellement atteint par ces pratiques ? Les moyens utilisés sont-ils les seuls moyens pour atteindre cet objectif ? S'il est atteint, est-il avantageux rationnellement et constitue-t-il le bonheur des personnes ? L'application du principe de justice interroge ici les décideurs sur les avantages rationnels, le bonheur des personnes et le respect de la dignité humaine dans le contexte précis de Bamako au Mali.

La justice a été interprétée à travers l'histoire de l'humanité comme étant, non seulement une vertu laïque, rationnelle, exécutoire et praticable, mais aussi religieuse à

laquelle les adeptes des religions révélées et traditionnelle font référence. Ainsi dans la société une personne ayant une requête valide fondée sur la justice a un droit et par conséquent quelque chose lui est dû. Aristote (2010) dit que la justice générale, considérée comme la « vertu complète », est le canon ou le cadre de l'éthique normative dans la société. Dans ce contexte, il serait injuste selon Aristote « quand, étant égales, les personnes possèdent ou se voient attribuer des parts non égales, ou quand, les personnes n'étant pas égales, leurs parts sont égales » (Aristote, 2010). Selon cette logique, l'égale dignité des hommes et des femmes est promue en théorie mais ne semble pas être promue dans les prises de décisions pour les excisions et les infibulations.

En effet, nos résultats rapportés ont montré que ce sont les hommes généralement qui décident ces pratiques à la place des femmes. L'âge auquel ces rites sont pratiqués ne favorise pas l'application du principe d'autonomie et de consentement. Et très souvent les consentements ne sont ni demandés ni donnés de la part de celles qui subissent ces pratiques. L'application du principe de justice devrait tenir compte de l'égale dignité des personnes, de leur âge avant les pratiques, afin de les associer au processus de prise de décisions à travers leur consentement donné ou non.

Beaucoup d'approches philosophiques décrivent la justice de différentes manières, mais d'une façon générale, toutes la définissent formellement comme un canon à suivre dans les situations de pénurie (Sen, 2009 ; Empaire, in UNESCO, 2005 ; Rawls, 2004, 1997). Même si aucune de ces approches ne fait l'unanimité sur le plan international, l'une des plus importantes est celle qu'a proposée Rawls (2004, 1997) qui dit dans ses ouvrages « *La justice comme équité* » et « *Théorie de la justice* » que : « Chaque personne a un droit égal au système

total le plus extensif de libertés fondamentales égales, compatible avec un système similaire de liberté pour tous. » Rawls part du libéralisme tel que la Constitution Américaine le comprend, et défend le principe de juste égalité de chances et prône que toutes les valeurs sociales - libertés, égalités de chances, respect mutuel- soient réparties de manière égale pour tous. Toute répartition inégale est admise quand elle représente un avantage soit pour tous les membres de la société, soit pour les personnes qui sont le plus dans le besoin, afin de contrer les effets négatifs de la loterie de la vie.

Ainsi, la justice comme une vertu exprimerait l'exigence d'une régulation éthique des rapports entre les individus dans la société (Salvi, in Hottois et Missa, 2001). Dans cette perspective, les pratiques des excisions et des infibulations nous placent en face d'une situation de pénurie, non pas des biens matériels, mais de valeurs sociales à reconnaître et à répartir entre ceux qui décident et celles qui subissent ces pratiques. Si le principe de justice favorise une régulation éthique des rapports sociaux en répartissant les valeurs sociales, les processus de décisions devraient tenir compte de ces mêmes valeurs pour les personnes qui obéissent aux décisions : elles devraient être associées aux décisions comme des partenaires égales au lieu de les subir.

Pour ce qui concerne l'équité, elle est considérée comme une notion encore plus importante et incontournable que la justice. Aristote (2010) l'a décrite en disant qu' « il y a donc bien identité du juste et de l'équitable, et tous deux sont bons, bien que l'équitable soit le meilleur des deux ». Selon Rawls (2004), l'équité est une condition fondamentale en matière de justice dans la société. L'équité est justice. Elle existe lorsque tous les participants définissent et acceptent librement les conditions, les règles, les bénéfices et les charges. Toute

différence dans les bénéfices ou les avantages ou les charges doit représenter un bénéfice pour tous les membres de la société sans exception (Empaire, in UNESCO, 2005). Prenant en considération cette réflexion, les décideurs des excisions et des infibulations devraient d'abord éclairer les consentements de celles qui vont subir ces pratiques en respectant leur autonomie et leur décision. Dans ce contexte, les consentements informés et librement donnés seraient en accord avec l'idée que les « participants ont défini et accepté librement les conditions, les règles, les bénéfices et les charges » de ces pratiques.

Dans nos résultats rapportés, les participants ne définissent pas librement ensemble les conditions et les règles de ces pratiques, mais encore les bénéfices sont surtout pour les chefs de famille qui craignent des scandales sexuels des filles dans la société. Pour les avantages, il est difficile de soutenir qu'il en existe pour les femmes dans le contexte de la ville de Bamako au Mali. Quant aux charges, les dimensions financières reviennent aux décideurs mais ce sont les filles et les femmes qui subissent directement les conséquences physiques. La question demeure de savoir si ces pratiques ont réellement des avantages ou des bénéfices pour tous les membres de la société. La mise en œuvre de l'équité permettrait ici, comme la justice, de tenir compte d'abord de l'autonomie, du consentement éclairé des personnes qui vont subir les excisions et les infibulations, et ensuite de tenir compte de la dimension bienfaisance/non-malfaisance de ces pratiques en mettant en évidence la responsabilité sociale des décideurs. Ce qui va exiger la dimension « égalité » dans les processus de prise de décisions.

L'égalité est un principe plus récent par rapport à la justice et à l'équité (UNESCO, 2005). Cependant, à l'image de ces deux principes (la justice et l'équité), elle est devenue à la longue un principe fondamental. En tant qu'êtres humains, nous ne sommes pas

physiquement, mentalement, psychologiquement ou génétiquement égaux, de même que nous ne sommes pas égaux dans nos valeurs, nos systèmes de pensée et nos principes (Empaire, in UNESCO, 2005). Mais dans la société il est généralement admis et entièrement souhaitable que tous les êtres humains sans exception soient considérés comme égaux en termes de dignité, de justice, de droits, d'égalité des chances, de liberté, de bénéfices et d'obligations. Telles qu'établies selon l'UNESCO (2005) dans l'article 10 de la « *Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme. Histoire, principes et application* », la justice et l'équité ne sont possibles que si tous les êtres humains sont traités de manière égale en dignité et en droit dans la société.

Étant apparus à différents moments et ayant reçu des significations différentes à travers l'histoire de l'humanité, ces trois principes, équité, justice et égalité, sont fondamentaux en matière d'éthique et de bioéthique et doivent être pris en compte, dans les pratiques qui impliquent les êtres humains, comme partie intégrante de tout système éthique. Dans notre contexte actuel des excisions et des infibulations, il ne serait pas possible d'analyser ou d'évaluer d'une manière éthique et juste ces pratiques sans les prendre en considération.

La justice, l'équité et l'égalité ne sont possibles dans les pratiques des excisions et des infibulations que si les hommes et les femmes sont traités concrètement de manière égale en dignité. Cela veut dire que les hommes doivent tenir compte, dans le respect de leur dignité, du point de vue des femmes surtout dans ces pratiques qui les concernent. Suivant l'esprit du Code des personnes et de la famille du Mali dans les articles 2, 3, 4 et 5 que nous avons cités plus haut, tous les êtres humains ont droit de manière égale au plein respect de leur dignité humaine, des droits de l'homme et des libertés fondamentales. Dans la mise en œuvre du

principe d'égalité dans les excisions et les infibulations, l'autonomie de chaque personne doit être respectée de manière égale, ainsi que sa vulnérabilité humaine, son intégrité physique et sa vie privée. Tout comportement ou langage discriminatoire et la stigmatisation doivent être évités. En tout état de cause l'application du principe de justice, d'égalité et d'équité dans les excisions et les infibulations, relève bien du principe du respect de la dignité humaine. Cependant, comment ce principe est-il perçu dans son application sur le plan religieux ?

5.2.6.2 Le respect du principe de justice, d'égalité et d'équité, selon l'approche religieuse, face aux pratiques des excisions et des infibulations

Avec les influences des courants religieux - les religions révélées et traditionnelle Bambara - le principe de justice, d'égalité, d'équité a été interprété parallèlement à la pensée philosophique comme une vertu religieuse pour les croyants. La résolution des conflits sociaux liés aux inégalités, aux injustices et à des iniquités a été et doit continuer à être une priorité pour nos sociétés tant sur le plan politique que religieux (UNESCO, 2005). Atteindre cet objectif est un idéal prôné par les doctrines religieuses.

Pour les musulmans, l'Islam est d'abord et avant tout justice, de même qu'il est foi et vérité. La justice est un système complet de correspondances et d'interpolations entre le ciel et la terre. Dans cet esprit, aucune justice humaine n'est en soi parfaite si elle ne trouve sa justification auprès du « Maître de la Balance » (Chebel, 2009). Les musulmans considèrent cette justice immanente comme faisant partie du bien et du mal qui sont également enseignés par le Coran avec force :

« Ô vous qui croyez ! Tenez-vous fermes comme témoins, devant Dieu, en pratiquant la justice. Que la haine envers un peuple ne vous incite pas à

commettre des injustices (...) Soyez justes ! La justice est proche de la piété. Craignez Dieu ! Dieu est bien informé de ce que vous faites » (Coran, Sourate V, verset 8).

La même idée est reprise à la sourate VII, verset 29 où Dieu rappelle aux fidèles musulmans que « seuls les croyants équitables trouveront grâce à ses yeux ». Pour les musulmans, la justice ne peut s'empêcher de prendre en compte la composante humaine dans les pratiques sociales, car seul l'être humain est habilité à la faire appliquer par ses semblables. Dans cette logique, la justice va de pair avec l'équité et elle est proche de la piété. Elle doit être perceptible dans la vie quotidienne et dans la parole donnée (Sourate II, verset 177). Elle signifie que l'on ne touche pas non plus au bien d'autrui et qu'on invite tout croyant musulman à rétablir en toute circonstance la justice et l'équité (Chebel, 2009).

Selon l'approche musulmane, l'application de ce principe de justice, d'égalité et d'équité aux excisions et aux infibulations devient une obligation religieuse qui interdit de toucher au bien d'autrui. Dans la même ligne, les excisions et les infibulations sont considérées comme des pratiques qui touchent aux biens d'autrui : le corps des femmes et leur santé - sans leur consentement libre et éclairé dans notre contexte -. L'intégrité physique et la santé sont des biens individuels qui appartiennent aux femmes. Ils constituent des droits qui eux-mêmes permettent de préserver la dignité humaine. Toute pratique sociale qui altère ces deux biens ne promeut pas la dignité des personnes. La mise en œuvre du principe de justice, d'égalité et d'équité dans les prises de décisions concernant les excisions et les infibulations est en accord ici avec les principes éthiques et bioéthiques du respect de la dignité de la personne ; car selon le Coran les hommes ne peuvent manquer de respect aux entrailles qui les ont portés :

« Ô vous les hommes ! Craignez votre Seigneur qui vous a créés d'un seul être, puis, de celui-ci, il a créé son épouse et il a fait naître de ce couple un grand nombre d'hommes et de femmes. Craignez Dieu ! - Vous vous interrogez à son sujet - et respectez les entrailles qui vous ont portés. Dieu vous observe » (Coran, sourate IV, verset 1).

La justice, l'égalité et l'équité se concrétisent dans la complémentarité entre « homme/femme » et prend sa source en Dieu lui-même, qui assigna aux hommes et aux femmes l'obligation de respect mutuel et de communion pour continuer l'œuvre de la création. De ce respect réciproque Dieu précise que les hommes et les femmes sont appelés à vivre ensemble en communauté et à agir bien : « Leur Seigneur les a exaucés : je ne laisse pas perdre l'action de celui qui, parmi vous, homme ou femme, agit bien. Vous dépendez les uns des autres » (Coran, sourate III, verset 195). « Que sorte de vos rangs une communauté dont les membres appellent au bien et excluent le mal en insistant sur le convenable et interdisant le mal » (Coran, sourate III, verset 104 et 110). Il ressort de l'enseignement du Coran que les musulmans doivent vivre dans la société en conformité avec la parole de Dieu, c'est-à-dire, vivre en parole et en acte la justice, l'égalité et l'équité. Toute action sociale qui va à l'encontre de ces principes, va à l'encontre de la volonté de Dieu.

Pour les adeptes de la religion traditionnelle Bambara, la justice, l'égalité et l'équité sont des termes très usités dans le vocabulaire quotidien : souvent la même expression indique ces trois principes ensemble : (« Klényena », « jèlenya »)¹⁸¹ est synonyme de « droiture », de « franchise », de « rectitude » et « d'honnêteté » en parole et en acte dans la société. Elle résume le sens de l'honneur et garantit le lien entre les êtres humains, les ancêtres, les forces

¹⁸¹ Être droit, être propre dans le sens d'être irréprochable, être transparent, être véridique dans son agir envers les autres et envers les ancêtres et les forces de la nature y compris les fétiches. Être une personne d'honneur et digne. L'expression « kankélé tigiya » (propriétaire d'une seule voix) veut dire être une personne d'une seule parole. Cette expression est aussi employée pour qualifier quelqu'un qui est juste et équitable dans la société.

de la nature et « Ma » le grand créateur. Dans sa mise en œuvre, les Bambaras témoignent du respect inconditionnel à toute personne, surtout les orphelins et les veuves, et vivent en accord avec leurs paroles données. Pour leur honneur et celui de leur clan, ils ne touchent pas au bien d'autrui ni à quelque chose qui ne leur appartient pas. La justice va de pair avec l'égalité et l'équité, car dans la tradition Bambara, les êtres humains cheminent les uns « par et avec » les autres et sont complémentaires : cette dimension se dit « an talan yé nyongonyé »,¹⁸² ce qui se traduit : nous cheminons les uns par et avec les autres.

La dimension du vivre ensemble met en relief l'altérité et la complémentarité dans la vie sociale chez les bambaras : « un homme seul n'est rien sans une femme », de même « une femme seule n'est rien sans un homme ». L'homme et la femme sont appelés ainsi à se compléter précisément dans le lien matrimonial et ont le devoir de procréer (Diarra, 2002).¹⁸³ C'est dans ce vivre en harmonie que les Bambaras sont appelés à être « maîtres d'eux-mêmes » - dans le sens de maîtrise de soi - et le principe de justice, d'égalité et d'équité règle la vie sociale en leur interdisant de prendre quelque chose dont ils ne sont pas propriétaires. Aux yeux des Bambaras tout acte qui va à l'encontre de ce principe lèse les droits d'un tiers et constitue un « crime », et le coupable se voit traduit devant le conseil des Anciens et sévèrement repris (Henry, 1910). À l'aune de cette approche Bambara de ce principe, les

¹⁸² Traduction : « an » veut dire nous, « talan » veut dire partir avec, cheminer avec, nyongonyé veut dire ensemble. L'expression signifie « nous cheminons les uns par et avec les autres ou vivre ensemble dans la complémentarité ou la solidarité.

¹⁸³ Un couple sans enfant (lié à la stérilité d'une partie ou des deux) est mal perçu, car ils ne participent pas à la reproduction du clan. Raison pour laquelle les Bambaras mettent tout en œuvre pour assurer la reproduction sociale – souvent on fait appel à un ami s'il s'avère que c'est l'homme qui est incapable de féconder. Tout ce qui handicape cette mission est signe de malédiction ou du « Gnama » (Henry, 1910). Dans cette optique, une infertilité suite à des complications des excisions et des infibulations est aussi synonyme de malédiction, qu'il faudra éviter.

excisions et les infibulations constituent un « crime », car dans ces pratiques on manque à la justice, à l'égalité et à l'équité envers les personnes qui les subissent, on lèse leurs droits en leur prenant quelque chose qui leur appartient : une partie des organes génitaux et la santé. En effet, ces droits sont ceux qui font l'objet de la protection de tous les principes précédemment cités plus haut et sont en accord avec les principes éthiques et bioéthiques du respect de la dignité humaine.

Chez les chrétiens enfin, la justice prend sa source en Dieu lui-même, car : « Dieu, qui a créé et conserve toutes choses par le Verbe, donne aux hommes dans les choses créées un témoignage incessant sur Lui-même ; voulant de plus ouvrir la voie d'un salut supérieur, Il se manifesta ainsi Lui-même, dès l'origine, à nos premiers parents ». Il les a invités à une communion intime avec Lui-même en les revêtant d'une grâce et d'une justice resplendissante » (*Catéchisme de l'Église catholique*, n°54).

Dieu, à travers sa création, se manifeste et invite ainsi les hommes à le reconnaître. Cette reconnaissance plonge l'humanité dans une communion intime avec Dieu, la revêtant de grâce et de justice. Et l'incarnation du Christ vient combler cette intimité divine, car toute l'humanité devient justice pour Dieu (2 Cor 5, 21).¹⁸⁴ Dieu tient alors agréable quiconque le craint et pratique la justice, dans la société, car le Psaume dit :

« Le Seigneur a scruté le juste et le méchant. Vraiment, le Seigneur est juste ; il aime les actes de justice, et les hommes droits le regardent face à face » (Psaume 11 (10), 7).¹⁸⁵

Dans cette optique, Jésus a prêché la justice, l'égalité et l'équité dans un amour réciproque entre les hommes. Les fidèles chrétiens sont appelés à être conformes à la justice et aux droits, à les défendre à travers la création de Dieu. Toute pratique sociale qui implique

¹⁸⁴ Deuxième épître de Saint-Paul aux Corinthiens, chapitre 5, verset 21.

¹⁸⁵ Les chiffres 11 et 10 entre parenthèse renvoient au même chapitre du psaume en fonction de la version ou de l'édition de la Bible.

l'être humain doit être conforme à la justice et aux droits. C'est dans cette perspective que les enseignements de l'Église ont mis en relief la « loi naturelle » ou le « droit naturel » dans le respect du créateur et des créatures, dont les êtres humains.

L'enseignement moral de l'Église a souvent recours à cette notion de « Loi naturelle » ou de « droit naturel ». Le pape Jean-Paul II (1993) rend cette réalité dans son encyclique « *Veritas Splendor* » (*Splendeur de la vérité*) en appelant à reconnaître des « lois que le Créateur a inscrites dans la nature spirituelle et morale de l'homme ». Cette manière d'invoquer ce qui est naturel à l'homme soulève aujourd'hui un grand nombre de questions liées aux sciences sociales et biomédicales (Diarra, 2002). Sans entrer dans ces débats, nous constatons cependant que cette loi naturelle s'impose à tous et à tout moment et qu'elle semble être le substrat sur lequel se fonde les approches religieuses pour le respect de l'homme et la « *Déclaration universelle des droits de l'homme* » ou encore « *les droits de l'enfant* » ou « *les droits de la femme* » - qui sont des approches consensuelles qu'on pourrait dire universelles autour des droits et des obligations des hommes les uns envers les autres -. Pour les chrétiens, en se basant sur le message du Christ dans les Évangiles, une telle démarche suppose une « nature humaine universelle : l'humanité de la personne ».

C'est sur cette loi que se fonde la morale chrétienne à vivre la justice, l'égalité et l'équité tout en respectant la création de Dieu : à vivre la loi de l'amour comme le Christ l'a enseigné. Aimez Dieu le créateur et aimez son prochain la créature comme soi-même, voilà le plus grand de tous les commandements et de toutes les lois :

« Écoute Israël, le Seigneur notre Dieu est l'unique Seigneur ; tu aimeras le Seigneur ton Dieu de tout ton cœur, de toute ton âme, de toute ta pensée et de

toute ta force (...) Tu aimeras ton prochain comme toi-même. Il n'y a pas d'autre commandement plus grand que ceux-là » (Marc 12, 28-32).

Dans l'enseignement de Jésus, cette loi d'amour appelle à aimer toute personne telle qu'elle est, et à refuser de la « dégrader » physiquement et moralement. Aimer son prochain comme soi-même est en accord avec le respect de la dignité de soi et de la dignité d'autrui, et induit nécessairement de ne pas faire à autrui ce qu'on n'aimerait pas pour soi-même. En évoquant cette loi naturelle, l'Église souligne trois convictions pour les chrétiens dans les pratiques des excisions et des infibulations (Diarra, 2002) :

- La création est une et sacrée : tous les hommes, toutes les femmes ont été voulus par Dieu pour leur bonheur ; ainsi dit l'Écriture : Toutes les choses vont deux par deux, face à face, il n'a rien fait de défectueux, une chose confirme l'excellence de l'autre (Ben Sirac le Sage 42, 15-25) ;
- Appeler à reconnaître la loi naturelle inscrite par le Créateur en tout homme et en toute femme, c'est appeler à discerner et mettre en œuvre le progrès à travers la justice, l'égalité et l'équité dans la vie privée et sociale ;
- Se situer au niveau de la loi naturelle, c'est se situer dans le débat au niveau de chaque conscience, sans en appeler à l'autorité de la révélation divine qui n'est pas donnée à tous.

Pour les chrétiens, le principe de justice, d'égalité et d'équité est une exigence fondamentale pour leur foi qui doit être vécue quotidiennement. Jamais dans l'histoire, ils n'ont autant réfléchi qu'aujourd'hui à ce principe, surtout face à des pratiques culturelles comme les excisions et les infibulations. Suivant la loi de l'amour du prochain, les excisions et

les infibulations constituent une injustice par rapport à Dieu le créateur du corps humain, et ce corps est bon, car « Dieu vit que tout ce qu'il avait fait était bon » (Genèse 1, 31). Dans cette optique, le corps des femmes n'a donc ni un « plus » ni un « moins » et ne constitue ni une « laideur » que les hommes se donneraient le droit d'enlever ou d'ajouter. Ces pratiques constituent aussi une injustice par rapport aux femmes dans la mesure où elles les privent de quelque chose de naturel : leur organe et les sensations qui y sont associées.

Les excisions et les infibulations ne peuvent se justifier selon cette approche que dans le but de préserver la vie de la personne, sinon il n'existe aucune autre raison pour les chrétiens d'altérer une personne créée à l'image et à la ressemblance de Dieu (Genèse 1, 27). Or, les organes enlevés chez les femmes le sont pour des raisons autres que de conserver leur vie. Ce sont des pratiques qui portent atteinte à l'intégrité de l'organisme des femmes. En traitant ainsi les femmes pour des raisons culturelles, on les traite en « mineures », car quelque part, ce sont encore des hommes qui décident de ce qui est bon pour elles, une manière de maintenir les femmes sous la tutelle des hommes, c'est dans ce sens que les excisions et les infibulations constituent une atteinte à la liberté des femmes (Diarra, 2002). Et parce que le Christ est venu pour rendre chaque être humain plus libre (la liberté des enfants de Dieu), pour cette raison, les chrétiens doivent s'abstenir de pratiquer ces rites et aimer les femmes leurs prochains comme eux-mêmes.

La mise en œuvre du principe de justice, d'égalité et d'équité assure une libération des chrétiens de tout ce qui les enchaîne au plus profond d'eux-mêmes, parce qu'elle est un don de Dieu. Les hommes et les femmes ont été créés libres pour entrer en communication avec Dieu et avec leurs semblables. L'application de ce principe aux excisions et aux infibulations

permettra de respecter la liberté des femmes de disposer de leur intégrité corporelle afin de sauvegarder leur bien-être et leur épanouissement social, qui est une vocation pour laquelle Dieu les a créées. Le principe de justice, d'égalité et d'équité protège ainsi les droits qui eux-mêmes permettent de préserver la dignité humaine.

Le principe de justice, d'égalité et d'équité est en lien avec les autres principes éthiques et bioéthiques que nous avons cités précédemment et s'adressent directement aux personnes qui prennent des décisions pour les excisions et les infibulations. Dans un premier temps, il est étroitement lié aux principes de respect de la personne humaine, de l'inviolabilité de la personne, du respect de l'intégrité physique, de bienfaisance/non- malfaisance, en ce sens que la justice vécue permet aux décideurs de ne pas altérer des biens qui ne leur appartiennent pas. La justice impose le respect inconditionnel de l'autoconservation de son intégrité et de l'intégrité d'autrui. Les excisions et les infibulations touchent aux organes génitaux des femmes et à leur santé qui sont des biens qui n'appartiennent pas aux décideurs (les hommes). Dans un deuxième temps, le principe de justice, d'égalité et d'équité est en lien avec les principes d'autonomie, de consentement et de responsabilité sociale en ce sens que ces principes sont le fondement de décisions reposant sur des informations appropriées, crédibles, transparentes et justes par rapports aux excisions et aux infibulations.

Ce lien permet aux décideurs de ne pas attribuer à tort et à travers tous les problèmes de santé aux excisions et aux infibulations. Il permet aussi de ne pas nier les complications médicalement prouvées et associées à ces pratiques afin de promouvoir la santé des personnes. Les propos de stigmatisation, de marginalisation et de discrimination doivent être évités dans la logique du respect de la dignité de soi et de la dignité d'autrui. Dans ce contexte, les

décideurs sont obligés d'assurer une éducation adéquate dans les familles et de respecter l'âge majeur légal des filles (dix-huit ans accomplis) avant de leur proposer les rites culturels. Enfin, ils doivent respecter l'autonomie des filles, leur vulnérabilité et leurs consentements libres d'accepter ou non ces pratiques.

Ce chapitre a voulu traiter l'application des principes éthiques et bioéthiques, que nous avons identifiés dans notre cadre conceptuel, aux excisions et aux infibulations. Nous avons examiné comment ces principes peuvent favoriser une protection de tout être humain, tout en sauvegardant et promouvant des droits qui, eux-mêmes, permettent de préserver la dignité humaine. La protection de l'être humain par la mise en œuvre de ces principes signifie qu'il faut respecter les différents principes qui sont décrits ci-dessus au moment de prendre des décisions de ces pratiques. En d'autres termes selon l'esprit de la « *Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme, Histoire, principes et application* », dans le contexte des pratiques culturelles traditionnelles qui impliquent la personne humaine, tous les êtres humains ont droit de manière égale au plein respect de leur dignité humaine (inhérente et sociale), des droits de l'homme et des libertés fondamentales. La personne humaine doit être respectée pour ce qu'elle est. L'autonomie de chaque être humain dans ces pratiques doit être respectée de manière égale, ainsi que sa vulnérabilité humaine, son intégrité personnelle et sa vie privée. Son consentement libre et volontaire doit être éclairé par des informations justes et transparentes sur ces pratiques, et doit être respecté. À travers le principe de responsabilité sociale, les pratiques de discrimination, de marginalisation et de stigmatisation doivent être évitées afin de respecter les ethnies qui ne connaissent pas ces rites culturels.

Atteindre ces objectifs montre que les êtres humains sont traités avec respect et, par conséquent, que les conditions d'égalité, de justice et d'équité sont remplies (UNESCO, 2005). Tous ces principes doivent être articulés ensemble pour que les décisions prises dans les pratiques des excisions et des infibulations soient en accord avec le respect de la dignité humaine et des droits de l'homme.

Les principes fournissent des indications générales de comportement, mais la valeur éthique du bien de la personne humaine comme fin ultime à atteindre est ce qui confère le sens ultime aux actions (Sgreccia, 2004). Aucun de ces principes n'existe indépendamment des autres. Ils sont donc interdépendants et complémentaires comme exprimant différentes dimensions et divers aspects d'exigences normatives centrales (UNESCO, 2005). Pour leur application aux excisions et aux infibulations, nous reprenons ici les six critères principaux de la Déclaration de l'UNESCO (2005) en les adaptant au contexte de ces pratiques culturelles afin qu'ils atteignent leur objectif, c'est-à-dire la protection et la promotion de la dignité humaine :

- Les décisions de pratiquer les excisions et les infibulations devraient être prises ou mises en œuvre après une discussion approfondie, libre et responsable ;
- Elles devraient être prises ou mises en œuvre conformément à des procédures loyales et éthiques ;
- Elles devraient être prises ou mises en œuvre sur la base des meilleurs éléments scientifiques et valables rationnellement ;
- Elles devraient tenir dûment compte des différentes informations disponibles sur ces pratiques culturelles ;

- Elles devraient respecter rigoureusement les procédures appropriées d'évaluation des risques et des conséquences en s'appuyant sur les principes énoncés ci-dessus ;
- Et enfin, elles devraient être adaptées aux besoins réels individuels.

Comme nous le savons, adapter ou proposer des principes éthiques ne résoudra pas toutes les questions éthiques liées aux excisions et aux infibulations mais cela devrait aider à débattre, en gardant à l'esprit le cadre éthique offert par cette approche de la notion de dignité humaine. Ce parcours a montré que les principes et valeurs éthiques, au-delà de toute dissension théorique, constituent des véritables outils de protection de tout être humain. Notre démarche pour évaluer ces pratiques culturelles peut sembler critiquable, mais reste ouverte. Si nous mettons en évidence la diversité culturelle, quelques difficultés sur l'universalité des valeurs éthiques peuvent persister entre la compréhension de ces principes, leur appropriation et leur application aux excisions et aux infibulations. Malgré cette dimension, notre thèse présente des opportunités dans le sens de favoriser un dialogue interculturel permettant de soutenir la diversité de mode de protection de la notion de dignité humaine et les principes éthiques.

Dans cette perspective, nous présenterons dans le prochain chapitre la portée et les limites de notre thèse. Cette démarche mettra en évidence dans un premier temps, la centralité de la notion de dignité humaine dans les débats de l'ère postmoderne. Dans un deuxième temps, elle identifiera les critiques faites concernant l'universalisme et la diversité des valeurs culturelles morales ou éthiques dans l'application des principes bioéthiques aux excisions et aux infibulations et les réponses nuancées qu'on peut y apporter.

CHAPITRE 6. LA PORTÉE ET LES LIMITES DE LA THÈSE

Introduction

Depuis très longtemps, de nombreux codes d'éthiques prenaient souvent la forme d'un serment que devaient prêter les acteurs concernés dans une pratique ou une décision dans le but de protéger la personne humaine. L'un des plus connus, le serment d'Hippocrate, a déjà défini certains principes qui sont devenus la base des premiers enseignements de l'éthique et de la bioéthique dans le monde entier (UNESCO, 2005). Toutefois, la bioéthique moderne repose incontestablement sur des principes et des valeurs consacrés dans la Déclaration universelle des droits de l'homme (1948) et les traités des droits de l'homme qui l'ont suivie. Prenant appui sur ces principes et ces valeurs qui constituent des fondements intangibles, la bioéthique vise à définir un code de « bonnes pratiques » pour éviter des dérives dans les pratiques qui impliquent des êtres humains (Feldmann, 2010).

Parmi ces principes et ces valeurs, la notion de dignité humaine occupe une place éminente (Andorno, 2005). Comme notion de référence, des textes n'ayant pas la même force juridique ont établi des règles autour de son respect afin d'assurer la protection des personnes dans le domaine plus vaste de la biomédecine et des technologies qui s'y réfèrent (UNESCO, 2005). Dans le cadre de notre thèse, nous avons voulu étendre le champ d'application de la bioéthique, à travers la notion de dignité humaine comme moyen de protection de la personne, à d'autres pratiques différentes de la biomédecine : les excisions et les infibulations.

Quelles sont les raisons de ce recours systématique à la notion de dignité humaine dans les pratiques des excisions et des infibulations ? Pourquoi vouloir étendre le champ

d'application de la bioéthique à ces pratiques culturelles ? Les réponses sont d'ordre éthique : les excisions et les infibulations sont des pratiques culturelles dont les risques et les conséquences sur la santé sont étroitement associées à une dimension fondamentale de la personne humaine, notamment à sa vie et à son intégrité physique et psychique. Si l'on admet que la dignité humaine est généralement reconnue comme étant le fondement des droits définis et qu'elle peut être invoquée pour constater la violation de ces mêmes droits, il s'ensuit qu'elle doit être mise en avant comme justification ultime de toute régulation normative des activités humaines, dont les pratiques culturelles des excisions et des infibulations.

6.1 La portée de la thèse

6.1.1 Le rappel de la question de recherche

Pour appliquer la bioéthique aux pratiques des excisions et des infibulations, nous avons formulé notre question de recherche de la façon suivante : « Comment les pratiques culturelles des excisions et des infibulations, dans la ville de Bamako au Mali, interpellent-elles l'éthique : en quoi l'analyse de ces rites constitue-t-elle un domaine légitime d'application des principes de la bioéthique ? »

L'éthique est par essence une activité humaine présente partout où la question de l'être humain se pose. Les êtres humains non seulement déploient des arguments éthiques, mais ils sont aussi les seules entités capables de fonder leurs actes ou leurs décisions sur ces arguments (UNESCO, 2005). En dépit du caractère général de leur formulation, les principes éthiques peuvent inspirer une législation, une politique de santé publique et une prise de décision individuelle ou collective. De plus, par rapport à la protection de la personne, les principes éthiques s'adaptent mieux à toute pratique qui implique des êtres humains. C'est dans cette

optique que nous avons analysé les excisions et les infibulations avec la notion de dignité humaine afin de montrer que, même si elles sont d'ordre culturel ou coutumier, ces pratiques ont des enjeux éthiques et constituent un domaine d'application des principes éthiques et bioéthiques.

Dans notre démarche, après une introduction sur les pratiques des excisions et des infibulations, nous avons exposé, au premier chapitre, la revue des écrits et la problématique qui ont abouti à notre question de recherche ci-dessus. Dans ce chapitre, nous avons procédé à une définition et à une classification des termes « excision et infibulation » en tenant compte de l'éthique des terminologies. Ce parcours nous avons fait ressortir la dimension historique de ces pratiques, leur évolution dans le temps et dans les cultures, leur actualisation dans le contexte Malien, les différentes interprétations socio-anthropologiques et les conséquences sociales et médicales sous-jacentes. Au second chapitre, nous avons défini le cadre conceptuel fondé sur la notion de dignité humaine. Nous sommes partis d'abord de ce postulat que « la dignité humaine est une norme à l'aune de laquelle se mesurent les défis éthiques liés aux excisions et aux infibulations ». Ensuite nous avons décrit les complexités théoriques liées à cette notion de dignité humaine, ses sources, ses formes, ses conséquences et les différentes approches religieuses. Ce cadre conceptuel nous a permis de dégager six principes éthiques que la dignité promeut et qui la rendent plus opérationnelle.

Au troisième chapitre, nous avons présenté notre démarche méthodologique axée sur la méthode de type qualitatif. Nous avons décrit la collecte des données sur le terrain avec la technique de l'échantillonnage en « boule de neige ». Trente entrevues ont été réalisées dont vingt-neuf ont été retenues. Notre position épistémologique réflexive nous a permis d'analyser

les données rapportées au chapitre quatre. La présentation de ces résultats a montré des changements perçus dans les pratiques des excisions et des infibulations qui sont devenues dynamiques à Bamako au Mali. Il ressort que ces pratiques se résument essentiellement au contrôle du désir sexuel des jeunes filles et des femmes afin de leur éviter le « désordre sexuel » dans la société. Peut-on éthiquement maintenir ces pratiques pour atteindre ces objectifs ? Ces pratiques sont-elles les seuls moyens d'éviter le « désordre sexuel » ? Avec les risques et les conséquences sur la santé, les coûts humains et financiers, les excisions et les infibulations interpellent l'éthique, raison pour laquelle nous avons voulu les évaluer à l'aune de la notion de dignité humaine comme outil d'analyse dans la perspective déontologique de Kant.

6.1.2 La dignité humaine : considérée comme « un dénominateur éthique commun de valeurs universelles »

Face à certaines pratiques sociales, le recul des vérités proposées par les systèmes de pensée rend plus urgente la nécessité d'un accord universel unique minimal autour d'un principe commun à toute l'humanité, même si la reconnaissance du pluralisme des valeurs, des croyances et le respect des cultures s'imposent comme un défi incontournable (De Koninck et Larochelle, 2005). Le parcours de notre cadre conceptuel nous permet d'affirmer que ce principe commun est la notion de dignité humaine que nous considérons ici comme « un dénominateur éthique commun de valeurs universelles ».

En effet, dans notre analyse au cinquième chapitre, les approches traditionnelles Bambara, musulmane et chrétienne et l'approche philosophique de la personne humaine, de la notion de dignité et des principes éthiques ne se contredisent pas par rapport à leur objectif de

protection de l'être humain. Parce que l'idée de la dignité humaine, à travers les premières approches, renvoie, d'une manière ou d'une autre, à la dimension spirituelle de la personne humaine et à la conviction que ce qui nous rend humain, c'est quelque chose qui est au-delà du purement biologique ou génétique (Lenoir et Mathieu, 1998) : l'être humain est sacré. Ainsi au-delà des diversités culturelles, la notion de dignité renvoie à un réel souci concernant la nécessité d'assurer le respect de la valeur inhérente de chaque être humain et de l'humanité en tant que telle (Andorno, in UNESCO, 2005). Nous admettons que ces différentes approches locales ont apporté une contribution importante à la compréhension et à l'application des principes éthiques aux pratiques des excisions et des infibulations. Cela signifie concrètement que la reconnaissance de l'universalité de valeurs n'est pas en soi un obstacle quand il s'agit de la dignité humaine qui fonde les droits fondamentaux. C'est ce qui ressort de la Déclaration de l'UNESCO (2005) :

« Le recours au cadre des droits de l'homme en bioéthique s'explique aussi par le fait qu'il facilite la formulation des *normes universelles*, parce que le droit international des droits de l'homme est fondé sur l'idée que les droits fondamentaux transcendent la *diversité culturelle*. Dans un domaine aussi sensible que celui de la bioéthique, où entrent en jeu des traditions socioculturelles, philosophiques et religieuses si diverses, un tel atout des droits de l'homme ne saurait être ignoré ».

Cette contribution nous permet aussi d'avancer que la vision et l'application de la notion de dignité humaine peuvent prévenir d'une perspective occidentaliste « gréco-judéo-chrétienne » à caractère souvent hégémonique et devenir, dans un monde de globalisation, une vision universelle favorisant la protection de tout être humain dans le respect des cultures (Stanton-Jean, 2011). Ricard rend bien cette réflexion en soulignant que, considéré dans son ensemble, le discours politique contemporain à propos de la dignité humaine montre une certaine convergence remarquable dans l'idée fondamentale que chaque personne humaine est

digne et qu'à ce seul titre on lui doit respect. Dans cet esprit, la notion de dignité humaine est irréductible, inaliénable et commune à tous les êtres humains, homme ou femme, noir ou blanc, petit ou grand (Ricard, in De Koninck et Larochelle, 2005).

Dans ce contexte, il nous paraît important de tirer profit de ce riche ensemble normatif fondé sur la dignité humaine et les droits de l'homme afin de promouvoir le respect de la personne dans les pratiques des excisions et des infibulations. En somme, nous pouvons soutenir l'idée de l'UNESCO (2005) à savoir que le recours à la dignité humaine comme un « dénominateur éthique commun » en dépit de sa généralité fournit la base conceptuelle nécessaire aux différentes théories éthiques pour répondre aux soucis concernant le respect des personnes dans les pratiques culturelles comportant des risques et des conséquences.

De Koninck (2005) nous a rappelé au deuxième chapitre de notre thèse que la dignité humaine est antérieure à toute doctrine et qu'elle est présente partout où la question de l'être humain se pose. En effet, cette dimension fait que la dignité humaine peut être rapportée, non seulement à toutes les facettes de la vie humaine dans la société, mais qualifier également le tout de cette vie, celle des individus, comme celle de l'espèce, du reste (Ricard, in De Koninck et Larochelle, 2005). Pourtant, au contraire d'un simple défaut, c'est probablement cette universalité qui la destine, mieux que toute autre notion, à répondre aux besoins de notre temps en voie de globalisation et doté de moyens techniques avec des pratiques qui mettent en jeu le sort de l'humanité (Ricard, in De Koninck et Larochelle, 2005).

6.1.3 La dignité humaine : le fondement de l'appréciation éthique des excisions et des infibulations

Il faut reconnaître, ou tout au moins supposer, qu'il peut se présenter des cas où les excisions et les infibulations constituent de véritables problèmes de santé publique. Pour la majorité des personnes que nous avons interviewées, nous rappelons que ces pratiques se justifient à Bamako par la nécessité de « contrôler » le désir sexuel féminin. Suite à ce constat, nous nous sommes posé la question de savoir si les excisions et les infibulations constituent les seuls moyens licites ou légaux d'atteindre cet objectif. Si certaines personnes considèrent que la baisse du désir sexuel favorise un comportement de retenue socialement reconnu comme bienséant pour les femmes - chastes, réservées, fidèles et soumises - ces valeurs peuvent-elles être au-dessus de la personne humaine ?

Nous pensons que dans le processus de prise de décision des excisions et des infibulations, quelques indications de caractère éthico-rationnel basées sur la dignité humaine devront s'orienter, selon les lignes de pensée et de comportement conformes, à la vision déontologique kantienne de l'obligation du respect de l'être humain tel qu'il est.

6.1.3.1 La primauté de la personne humaine dans les pratiques sociales

Avant de prendre la décision de pratiquer les excisions et les infibulations, il faut partir du fait et du principe de base que la personne humaine est la plus grande valeur dans le monde et qu'elle transcende tout autre bien temporel et toute considération culturelle, sociale ou religieuse. La personne humaine est donc sacrée, et la *Constitution de la République du Mali* confirme cette dimension dans son Titre Premier, article 1 : « La personne humaine est sacrée

et inviolable. Tout individu a droit à la vie, à la liberté, à la sécurité et à l'intégrité de sa personne ». C'est pourquoi les autorités publiques et les communautés concernées doivent prendre en considération les raisons de justification qui se rattachent aux motivations culturelles et sociales de ces pratiques, en ce sens qu'il faut adapter la culture à l'être humain et non pas sacrifier celui-ci à la culture. Dans la perspective de l'obligation du respect de la personne et avec le principe de responsabilité sociale, la société a donc l'obligation de protéger tout être humain et de promouvoir sa dignité.

Même les motivations dites culturelles, sociales, religieuses ne peuvent prévaloir sur la valeur de la personne humaine. Au niveau ontologique et axiologique, la personne humaine précède la société et la culture, car celles-ci tirent leur origine des êtres humains (Sgreccia, 2004). C'est en complétant et en aidant la croissance de chaque être humain que la société trouve son fondement et son sens. Dans cette optique, la société est faite, donc, pour les personnes et des personnes. C'est pourquoi, même le principe de la « mise en balance » des valeurs, en cas de conflit de principes, est inconsistant du point de vue éthique, quand il est appliqué à la justification culturelle ou sociale des excisions et des infibulations. Il n'existe aucune « mise en balance », mais une harmonie et une subordination des valeurs culturelles par rapport à la personne humaine, car :

« La mise en comparaison même entre individu et société dans son ensemble est impossible, parce que la valeur-personne n'est pas une valeur numérique et quantitative, mais une valeur ontologique et qualitative » (Sgreccia, 2004).

Suivant cette réflexion, toute décision de pratiquer les excisions et les infibulations, sans le consentement des intéressées, et sans tenir compte de leur vulnérabilité, leur intégrité physique ontologique et émotionnelle, porte atteinte à la valeur qui donne sa fondation à toute

société et à chaque être humain. Ainsi, tout décès occasionné par ces pratiques équivaut à compromettre totalement toutes les valeurs temporelles et les droits fondamentaux définis fondés nécessairement sur la vie physique (Thiel, 2013). Ainsi, la culture est pour la vie, la société est pour la personne humaine : tel doit être l'engagement éthique de fond face à toutes les pratiques sociales qui impliquent des êtres humains (Sgreccia, 2004).

6.1.3.2 La logique de l'impératif catégorique dans les prises de décisions

Notre démarche analytique, basée sur la conception kantienne de la dignité de la personne humaine, s'articule au caractère d'obligation de la norme dans une perspective déontologique. On entend par éthique déontologique toute conception éthique comportant certains devoirs catégoriques et certaines interdictions qui ont préséance totale sur toutes les autres préoccupations morales et sur les considérations d'ordre finaliste et fonctionnaliste (Allison, in Canton-Sperper, 2004). En utilisant cette théorie nous marquons une forme de justification par laquelle les six principes que nous avons mentionnés sont établis de façon à ne présupposer aucun but ou aucune fin ultime de la personne humaine, et aucune conception déterminée de la fin ultime de l'être humain.

Cette démarche, fondée principalement sur l'obligation du respect de la personne humaine, est articulée à la théorie des principes de façon complémentaire dans une vision de la valeur et de la norme centrée sur la « personne humaine ». En d'autres termes, la norme trouve sa finalité dans la réalisation d'une valeur humaine et réciproquement, la valeur humaine a besoin de la norme pour concrétiser l'agir individuel et communautaire (Sgreccia, 2004). Suivant cette perspective, Kant (1993), dans « *Fondements de la métaphysique des mœurs* », relève tout ce qui est morale de la raison pure et non pas de la tradition, des émotions ou des

attitudes. La valeur morale d'une pratique sociale ou d'une décision ne se mesure pas alors à ses conséquences seulement, mais aussi en fonction de l'intention qui anime cette pratique et par rapport aux principes, à la maxime, qui régule cette même pratique. Appliqué aux excisions et aux infibulations, ce principe montre que la norme qui motive ces pratiques ne trouve pas sa finalité dans la réalisation de la valeur humaine et la valeur humaine n'est pas non plus promue par cette norme.

La mise en œuvre de ces principes dans les actions humaines se présente dans la vision de Kant comme des impératifs catégoriques. Dans l'appréciation éthique des excisions et des infibulations, nous reprenons la maxime de l'action qui fait que le décideur puisse vouloir en même temps que sa décision ou son acte devienne une loi universelle. En d'autres termes, l'idée fondamentale est la suivante : dans les processus de prise de décision concernant une action, nous ne devons pas seulement débattre de la prudence de cette pratique, afin de savoir si elle est un moyen approprié à l'obtention de quelque fin désirée, mais nous devons également déterminer si elle est intrinsèquement juste ou moralement correcte (Allison, in Canto-Sperber, 2004). En soumettant cette maxime de l'action à l'épreuve d'universalisation, si notre action peut être universalisée sans contradiction, alors la pratique envisagée est moralement permise ; si elle ne peut l'être, cette pratique est interdite (Allison, in Canto-Sperber, 2004). Et dans la logique des choses, il va de soi que nous devons nous abstenir de faire ce qui est interdit. Ainsi, l'impératif catégorique fournit-il la norme de l'action moralement juste, c'est-à-dire, qu'il a la fonction d'un principe d'évaluation morale.

Quand on applique ce principe d'évaluation aux excisions et aux infibulations, il ressort que ceux qui prennent des décisions de soumettre des enfants à ces rites doivent

d'abord débattre de la prudence de ces pratiques pour savoir si elles constituent des moyens appropriés pour diminuer le désir sexuel des filles. Ensuite, ils doivent déterminer si ces pratiques sont intrinsèquement justes à l'égard de celles qui les subissent ou si elles sont moralement correctes. En dernier ressort, ils doivent se poser aussi la question de savoir si ces pratiques sont le seul et l'unique moyen d'atteindre l'objectif recherché par les communautés.

La perspective de l'impératif catégorique dans l'évaluation des excisions et des infibulations désigne ici un commandement obligatoire de la morale qui se manifeste en nous par le sentiment d'une impossibilité de faire autrement (Allison, in Canton-Sperber, 2004). L'appliquer à ceux et celles qui prennent des décisions des pratiques culturelles, c'est aussi reconnaître sa dimension universelle de protection de la personne humaine. Car dans la pensée de Kant, l'impératif n'exige rien d'autre que la capacité d'agir d'une manière réfléchie à la lumière de l'idée selon laquelle la volonté est une loi pour elle-même (Allison, in Canton-Sperber, 2004). Et le fait de se donner sa propre loi, représente une notion fondamentale qui dépasse les barrières culturelles. Cette démarche déontologique consiste à soutenir à la suite de Kant (1993) que toute pratique fondée sur l'impératif catégorique n'est possible que par l'autonomie (liberté-responsabilité) et non par « hétéronomie ».

En supposant que la moralité exige que les pratiques culturelles soient fondées sur l'impératif catégorique, il s'ensuit que l'autonomie des décideurs est le principe essentiel de la moralité, au sens où elle est la condition nécessaire qui rend la moralité possible. Dans ce contexte, l'autonomie que nous considérons comme liberté-responsabilité, ou le fait de se donner sa propre loi, représente une notion fondamentale de la théorie proposée par Kant, car

lorsque la loi est imposée à une personne, la bonne conduite n'a aucune valeur ; si la personne se l'impose elle-même, elle agit moralement (Allison, in Canton-Sperber, 2004).

L'importance accordée ici à la liberté-responsabilité est déterminante dans le contexte des excisions et des infibulations. Car, selon les résultats que nous avons présentés, les décisions sont fondées sur l'hétéronomie des responsables de famille. Une hétéronomie caractérisée pour les uns, par des craintes de stigmatisation, d'injure, de déshonneur lié au comportement sexuel des filles non-excisées ou infibulées, et le souci de répondre aux critères d'une vraie famille musulmane pour les autres.¹⁸⁶ Cette réalité sociale réduit nécessairement l'impératif catégorique à un impératif hypothétique (Allison, in Canton-Sperber, 2004).

Et dans la perspective déontologique, en faisant l'hypothèse de l'hétéronomie, on présuppose un intérêt préalable. L'existence d'un tel intérêt est nécessaire pour que l'on puisse avoir une raison d'obéir à un commandement moral. Or, cela signifie que de tels commandements prennent nécessairement la forme suivante : « Fais A si tu désires B », ce qui est justement la forme de l'impératif hypothétique (Allison, in Canto-Sperber, 2004). Appliquer ce principe aux excisions et aux infibulations donne la réflexion ci-après : « Excise ou infibule si tu veux diminuer le désir sexuel des filles et des femmes, et leur éviter le désordre sexuel dans la société ». « Excise ou infibule tes enfants si tu veux que ta famille soit respectée ».

Les exigences morales ici se réduisent à des considérations de prudence, ce qui revient selon Kant (1993), à nier la moralité des pratiques, à instrumentaliser la personne humaine et à la considérer comme un moyen et non pas comme une fin en soi. Dans la société, la poursuite

¹⁸⁶ Ceux et celles qui se réclament de cette confession religieuse.

des intérêts culturels ou sociaux est soumise aux contraintes imposées par l'impératif catégorique et elle est limitée par ces contraintes, qui ne prennent un sens que si l'on suppose que la volonté de ceux et de celles qui décident est autonome dans le sens de la liberté-responsabilité.

6.1.4 Les principes à l'aune desquels se mesurent les défis éthiques liés aux excisions et aux infibulations

L'UNESCO (2005) dans la « *Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme. Histoire, principes et application* » a proposé une vision renouvelée des principes éthiques fondée sur une vision sociale de la bioéthique sensible aux diversités culturelles. Les articles 3 à 15 de cette Déclaration exposent d'une manière flexible des principes éthiques qui s'appliquent dans la mesure appropriée et pertinente à toutes les pratiques sociales impliquant les êtres humains, et à deux niveaux : les individus, les familles, les groupes et les communautés qui sont concernés par les prises de décisions, et ceux qui prennent ces décisions ou mettent en œuvre ces pratiques, qu'il s'agisse d'individus, de groupes professionnels, d'institutions publiques ou privées ou d'États (UNESCO, 2005, article 2, paragraphe 24).

Chacun des six principes que nous avons utilisés sont compris dans cette Déclaration de l'UNESCO (2005) et fournit des directives qui visent à déterminer des obligations et des responsabilités dans la société afin d'assurer la protection de tout être humain. Ces principes sont complémentaires et interdépendants dans leur application. Ils exigent ainsi un travail supplémentaire d'appropriation et d'interprétation de la part des populations concernées parce que les normes qui y sont implicitement inscrites doivent être traduites en directives et

pratiques concrètes : « inculturées », c'est-à-dire, laisser le soin à chaque communauté de choisir sa stratégie d'appropriation et à chaque État des moyens que sa structure constitutionnelle va protéger.

Les six principes que nous avons retenus dans le contexte des excisions et des infibulations assurent tous la protection des personnes mais de manières différentes. Prenant en compte la perspective de la Déclaration de l'UNESCO (2005), les principes qui se rapportent directement à la dignité humaine sont le principe de respect de la dignité humaine, le principe de l'inviolabilité de la personne et de l'intégrité physique, le principe de bienfaisance/non-malfaisance et le principe du respect de l'autonomie et du consentement éclairé. La mise en œuvre de ces quatre premiers principes prend en compte la protection directe de la dignité inhérente de la personne. Si les décisions de pratiquer les excisions et les infibulations respectent ces principes, la dignité humaine inhérente est promue, car l'être humain est considéré comme une fin en soi et non pas comme un moyen. Dans le cas contraire, si les décisions ne prennent pas en compte les obligations de ces principes, on porte atteinte à la dignité inhérente qui est lésée par des actes dégradants d'altération du corps, mais reste inaltérable. Car, même si un corps est physiquement altéré ou dégradé, il garde sa dignité humaine inhérente.

L'autre face de la dignité (la dignité sociale) est prise en compte par le principe de responsabilité sociale et le principe de justice, d'égalité et d'équité. Ces deux principes dans leur application assurent la protection des droits qui eux-mêmes permettent de préserver la dignité humaine. Si ces principes sont respectés dans les prises de décisions d'exciser ou d'infibuler, on évite ces pratiques et la personne humaine est respectée dans sa dignité sociale

à travers la préservation de la santé qui est un bien individuel et social, et à travers la répartition des valeurs sociales comme la liberté de disposer de son corps, l'égalité de chances dans le système matrimonial et le respect mutuel. Mais si ces principes ne sont pas pris en compte dans les décisions, la dignité humaine sociale n'est pas promue et la personne humaine est instrumentalisée et considérée comme un moyen par l'inclination de ceux qui décident de ces pratiques.

Nous pensons que ces principes peuvent représenter différentes justifications éthiques des décisions ou des actions humaines dans la société. Comme nous l'avons souligné, l'ordre de ces principes n'est pas absolu et aucun d'entre eux ne fournit une justification supérieure statique. C'est là une caractéristique majeure de l'éthique dans l'esprit de l'article 2, paragraphe 38 de la Déclaration de l'UNESCO (2005) :

« S'il existait un principe fondamental, l'éthique serait une entreprise simple parce que toutes les actions humaines pourraient se justifier au regard de ce seul principe. Si l'éthique est une entreprise compliquée, c'est parce que plusieurs principes peuvent s'appliquer à une décision donnée. Le décideur doit continuellement comparer et peser les arguments afin de déterminer une ligne de conduite dictée par les principes et établie en les conciliant tous ».

À notre sens, toute pratique sociale qui implique des êtres humains, si elle se veut éthique doit tenir compte des six principes retenus dans notre thèse. Car c'est la personne humaine, avec sa vie concrète - individuelle et communautaire-, qui est placée au centre des préoccupations de ces principes et il importe de se pencher sur la réalité des faits en confrontant autant que faire se peut, celle-ci avec des outils éthiques (Gaboriau et Pauliat, 2004). Larochelle rend bien cette position centrale de la personne humaine en soulignant que la dignité comme une énigme surgit où l'homme se sent interpellé par ses actions :

« La dignité humaine ne surgit donc que si l'homme se sent interpellé par une énigme dont il ne sait déchiffrer le secret par le seul recours de la raison. Toute la richesse de sa signification dépend d'un « quelque chose » de non formulable, d'une dimension ineffable que l'esprit ne peut traduire en concepts indubitables selon la méthode cartésienne et qui se dérobe à la clairvoyance du droit comme à la rigueur de ses lois. Toute sa portée réside dans cet appel jailli d'on ne sait où, mais qui n'impose pas moins à la façon d'une règle non écrite et d'autant plus forte qu'elle ne se manifeste pas sous la dictée des pouvoirs établis » (De Koninck et Larochelle, 2005).

Nous rappelons que le respect de la dignité humaine découle de la reconnaissance du fait que tous les individus ont une valeur inconditionnelle, chacun d'entre eux ayant la capacité de décider de sa destinée morale. Ne pas respecter la dignité humaine et les principes qu'elle promeut conduit à l'instrumentalisation de la personne humaine (UNESCO, 2005, Kant, 1994, 1993). Et de fait, poursuit Ricard, si la dignité humaine, tel un slogan, scande les déclarations des politiciens et les débats sur les affaires publiques, et figure au premier plan des grandes Chartes, c'est certainement en réaction au mépris sans précédent dont les êtres humains furent l'objet au siècle passé. Mais c'est assurément aussi en reconnaissance de ce que la dignité humaine marque une réelle balise contre les abus, les pratiques nocives et les dérives des pouvoirs, ainsi qu'un but, à réaliser (Ricard, in De Koninck et Larochelle, 2005).

Cette inscription politique de la dignité humaine constitue donc un acquis majeur qui peut confirmer son rôle de « dénominateur éthique commun » fondé sur la personne humaine. Les études de Gaudreau (2008) citées par Stanton-Jean (2011) appuient cette idée qu'il est possible d'affirmer l'universalité de certaines valeurs dont la dignité humaine et la bienfaisance. Mais ce consensus ou cette reconnaissance de principe doit s'accompagner d'une mise en œuvre qui prend en considération les diversités culturelles (Gaudreau, 2008). La réflexion de Stanton-Jean (2011) dans sa thèse « *La Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme : Une vision du bien commun dans un contexte mondial de pluralité et*

de diversité culturelle ? » donne une réponse affirmative à cette question d'universalité de valeur précisément le « bien commun », mais à certaines conditions et en toute connaissance du contexte complexe dans lequel s'élaborent les discussions.

Dans le même ordre d'idée, Habermas (1992) vient parachever ce souci d'universalité. Car selon lui, pour que l'application de la notion de dignité humaine avec les principes éthiques réponde à la vocation d'universalité, cela nécessite ce qu'il nomme « une éthique de discussion » entre les cultures ou entre les personnes directement impliquées dans les prises de décisions. Dans ce contexte, les arguments doivent démontrer que les valeurs ou les principes en question outrepassent la perspective d'une culture déterminée. En tant que règle d'argumentation, le principe de valeur universelle doit cependant conserver un sens raisonnable, donc opérationnel, pour les sujets finis, jugeant à chaque fois à partir de leurs réalités culturelles respectives. Habermas termine en précisant, pour la fondation et le maintien des valeurs ou des normes, qu'il s'agit de savoir s'il est dans l'intérêt de tous que chacun observe la règle. Pour lui, le principe d'application complète le principe de fondation (Habermas, 1992). Dans cet esprit, est-il dans l'intérêt de tous que chacun mette en œuvre les principes éthiques avant chaque décision d'excision ou d'infibulation ?

Suivant cette approche, nous disons qu'une « vraie » éthique de discussion dans le contexte des excisions et des infibulations peut favoriser une reconnaissance de la dignité humaine et les principes qu'elle promet comme des valeurs universelles. La mise en œuvre de ces valeurs dans le contexte malien permet d'assurer la protection des enfants, des filles et des femmes confrontées à ces pratiques culturelles. Dans cet esprit, nous pensons apporter un support à l'idée que la bioéthique peut avoir une portée universelle à travers la dignité

humaine et qu'elle peut prendre en compte les problèmes soulevés par des pratiques culturelles comme les excisions et les infibulations dans le respect des cultures. Ces pratiques constituent à notre sens un domaine légitime d'application des principes éthiques et bioéthiques. Car, face à ces rites, une solution justifiée éthiquement parlant n'est d'ordinaire possible que si on l'examine avec les principes en les comparant chacun d'une façon appropriée, et qu'ils soient applicables. Pour atteindre cet objectif, il faut tenir compte de l'interaction des principes dans le processus de mise en balance selon l'esprit de la Déclaration de l'UNESCO (2005), article 29, paragraphe 121 qui précise que :

« Dans les questions de bioéthique, le consensus sur tel ou tel point spécifique impose de mettre en balance et d'évaluer les principes. Il est de la nature de la bioéthique que plusieurs principes puissent s'appliquer en même temps lorsqu'un décideur est confronté à un problème de bioéthique. En cas de conflit entre les principes, l'évaluation du dilemme éthique doit se fonder sur la mise en balance des principes appropriés et sur l'analyse des arguments afin de déterminer comment les principes fonctionnent par interaction les uns avec les autres ».

Cela étant, dans l'évaluation et l'interprétation de ces principes à propos des excisions et des infibulations, ni la procédure ni le résultat de la décision ne doivent être contraires à la dignité humaine et aux droits de l'homme.

Cependant, la signification (descriptive ou normative, rationnelle ou affective) et le statut (juridique, moral, religieux, culturel, métaphysique, politique) de la dignité humaine ne font pas consensus et restent encore largement indéterminés, vouant ainsi sa promotion à la controverse, au contresens, voire à l'inefficacité, comme l'atteste particulièrement la difficulté de faire respecter les droits de l'homme par les États et par certains individus dans la société (Ricard, in De Koninck et Larochelle, 2005). Nous entendre sur le sens de la dignité humaine, s'avère donc urgent et indispensable, d'autant que ce sens ne saurait être que très englobant

(Ricard, in De Koninck et Larochelle, 2005). Cet état de fait nous amène dans la section suivante à exposer la limite possible de notre thèse liée au manque de consensus à propos de la notion de dignité, aux critiques adressés à la théorie déontologique et aux controverses de l'universalité des valeurs en bioéthique.

6.2 Les limites de la thèse

La bioéthique, telle qu'elle est pratiquée dans plusieurs pays occidentaux, comporte certaines caractéristiques qui rendent ardue la tâche de déceler et de gérer les dimensions éthiques des pratiques culturelles comme les excisions et les infibulations. Ces caractéristiques se résument à une certaine insistance dans les procédures sur l'individualisme, l'indifférence à l'égard de l'histoire des populations concernées, du contexte social et de la culture, l'ignorance des interdépendances au sein des relations humaines et le recours souvent à une méthode déductive et réductionniste (Langavant, 2001). Cependant, s'il est clair que l'un des principes fondamentaux de la bioéthique est la dignité de la personne humaine qui fonde des droits définis, sert de constat de violation de ces droits et promeut les principes éthiques, n'est-il pas quelque peu surréaliste qu'elle puisse favoriser une meilleure compréhension des enjeux éthiques liés aux excisions et aux infibulations ? À notre sens, le choix d'une théorie éthique pour répondre à une question éthique ou bioéthique doit dépendre du fait qu'elle réponde à un devoir qui, dans le contexte concret, est jugé meilleur que les autres et qui devient donc une obligation (Sgreccia, 2004). Dans notre thèse, chacun des concepts que nous avons utilisés pour asseoir notre réflexion n'est pas en soi un outil parfait et reste ouvert au débat.

6.2.1 La remise en cause de la « nature donnée » comme norme sociale

Si les excisions et les infibulations peuvent être considérées comme des préoccupations nouvelles pour la bioéthique, la manière de les constituer en problèmes et d'en débattre dans l'espace public implique désormais un certain rapport aux normes, aux valeurs et aux émotions, qui définisse ce qu'on peut appeler la question éthique des pratiques culturelles (Fassin et Lézé, 2013). Pour répondre à notre question de recherche, nous avons utilisé des principes éthiques fondés sur le respect de la dignité de la personne humaine : la primauté et la centralité de l'être humain dans les pratiques sociales. Or, la notion de dignité humaine, associée à l'idée de nature humaine, soulève de nombreuses questions philosophiques, selon Hottois (2009).

En effet, dans l'ère postmoderne, la nature humaine, que nous considérons dans notre contexte comme « la nature donnée », ne représente plus le principe fondamental gouvernant toutes les actions humaines dans la société (Langavant, 2001). La définition même de la nature humaine « donnée » est remise en question (Butler, 2006). Car, concevoir l'être humain ainsi est problématique dans le sens où la nature humaine repose sur une conception statique et naturaliste de la personne humaine qui favorise l'idée d'un corps déterminé dans sa nature (Maillard et Romagnoli, in *Bioethica Forum*, 2014). Slatman (2012), dans un article portant sur le suivi postopératoire des femmes ayant subi une mastectomie comme traitement du cancer du sein, remet en cause cette dimension de la nature donnée. Elle invoque le principe d'intégrité corporelle à travers lequel elle fonde une « éthique phénoménologique » visant à améliorer la prise en charge de ces femmes, notamment dans la prise de décisions de procéder

ou non à une reconstruction esthétique de leur sein (Maillard et Romagnoli, in *Bioethica Forum*, 2014).

Les réflexions théoriques de Slatman (2012) montrent que l'expérience que l'être humain fait de son corps est à la fois une expérience de « mienneté » et d'« étrangeté ». La personne humaine n'adhère pas d'emblée à son corps et les transformations corporelles qu'elle subit donnent lieu à des expériences d'étrangeté. L'intégrité corporelle suppose pour une personne un processus continu d'incorporation et de réidentification avec le corps qu'elle a (Maillard et Romagnoli, in *Bioethica Forum*, 2014). C'est dans cette optique que Slatman (2012) s'inscrit en faux contre les conceptions normatives de l'intégrité corporelle, du corps intègre comme « nature donnée ». Elle rejette également, dans son approche, les conceptions de l'intégrité physique associées au caractère biologiquement intact du corps pour insister sur l'expérience subjective de complétude ou d'identification avec son propre corps.

En parallèle avec cette réflexion, comme nous l'avons souligné au chapitre 5, les femmes qui ont subi les excisions ou les infibulations dans des circonstances différentes peuvent ne pas les vivre nécessairement comme des expériences de « mutilations ». Si certaines femmes souffrent des altérations de leurs organes génitaux externes et ne parviennent plus à s'identifier avec leur corps, d'autres parviennent au contraire à reconstruire une expérience d'« intégrité » physique autour du vécu de ce corps transformé. Dans cette optique, la capacité de s'identifier avec son corps devient un élément du bien-être de la personne dans la société (Maillard et Romagnoli, in *Bioethica Forum*, 2014). Pour certaines femmes, les excisions et les infibulations ne sont pas toujours vues comme des pratiques nuisibles ; elles sont plutôt perçues comme une étape nécessaire pour leur accession à un certain statut

personnel, social, légal et économique au sein de leur communauté et dans la société (Vissandjée et al. In Massé et Mondou, 2013).

Sur le plan éthique, l'invocation de l'intégrité physique comme vécu subjectif de l'être humain est quelque chose qui doit être respectée (Slatman, 2012). Et ce respect s'impose ici comme une exigence de tenir compte du vécu des femmes qui ont subi ces pratiques dans la logique de leur choix de vie. Dans un tel contexte, il existe une dissension quant à la manière d'évaluer - positivement ou non - les excisions et les infibulations avec la notion de dignité humaine, en mettant l'accent sur le respect de l'intégrité physique. Suivant cette logique de Slatman (2012), on ne doit pas au nom d'une certaine norme de ce qui constitue un corps de femme intact, porter de jugement sur ces pratiques si elles sont librement consenties.

C'est ce que Hottois (2009) souligne en disant qu'il n'est pas rare qu'en dépit du rapprochement avec l'autonomie kantienne, l'invocation de la dignité humaine entre en conflit tant avec le respect des libertés individuelles qu'avec la reconnaissance de la diversité et du pluralisme culturels. Ricard (in De Koninck et Larochelle, 2005) attire aussi notre attention sur la même difficulté dans l'utilisation de la dignité humaine et du concept de l'être humain. Car, abstraction faite de l'ambiguïté quant au sens, biologique ou éthique, dans lequel est envisagé la personne humaine en question, cette idée de la dignité s'élabore dans une divergence qui tend à se refléter dans une série d'oppositions, telles la liberté et l'égalité, la personne et le citoyen, le privé et le public, la majorité et les minorités, l'individu et la communauté (Ricard, in De Koninck et Larochelle, 2005). Malgré ces difficultés possibles, nous pensons que la dignité de la personne trouve dans la pensée de Kant sa principale référence. Kant (1994, 1993) définit la dignité comme ce qui est « au-dessus de tout prix » ou encore comme « valeur

absolue », il la réserve à ce qui constitue une fin en soi, c'est-à-dire à l'être humain ontologique dans sa dimension individuelle et sociale.

6.2.2 La critique de la mise en œuvre des principes bioéthiques

Les théories des principes, fondées sur ce qui est valable rationnellement, veulent que ce soient les principes universels et leur interaction qui orientent ou guident la prise de décision face aux enjeux ou lors de la résolution de dilemmes éthiques (Sgreccia, 2004 ; Langavant, 2001). Or, il est difficile d'arriver à un consensus sur les prémisses des théories des principes dans une société, comme à Bamako au Mali, où la majorité des gens ne connaissent ni la signification ni la hiérarchie des principes fondamentaux sur lesquels reposent les jugements ou les appréciations éthiques des pratiques. Selon Langavant (2001), une rationalité instrumentale et sans contenu particulier n'est pas suffisante pour établir une évaluation des enjeux ou des dilemmes éthiques particuliers surtout dans le contexte des excisions et des infibulations.

Notre analyse de ces pratiques n'est pas fondée sur une seule théorie souveraine : nous avons la théorie kantienne de la dignité et du respect de la personne humaine - la dimension déontologique kantienne - et la théorie des principes éthiques inspirée de celle de Beauchamp et Childress (1994). D'autres approches, comme l'éthique téléologique (De L'Assomption, 2014 ; Fassin et Lézé, 2013), l'éthique féministe (Nussbaum, 2012 ; Buisson, 2011 ; Aubert, 1988), l'éthique des vertus (Vincent et Guerpillon, 2014 ; Appiah, 2012 ; Laberge, 2011), l'éthique casuistique (Kouri et Philipps-Nootens, 2012 ; Gaboriau et Pauliat, 2003 ; Jonas, 1990 ; Lane, 1985), l'éthique utilitariste (Mill, 1988) et bien d'autres, peuvent avoir des démarches différentes de la nôtre. Les prémisses morales initiales des motivations peuvent

résulter aussi des objectifs visés par ces diverses théories éthiques, parfois divergentes, mais qui sont présentes dans la société.

Dans notre démarche d'inspiration déontologique kantienne et « principliste », l'application de la notion de dignité humaine et des principes bioéthiques aux pratiques des excisions et des infibulations présuppose l'existence d'un ensemble de valeurs ou de principes moraux fondamentaux et universels s'appliquant à tous les êtres humains, en tout temps et en tout lieu, et grâce auxquels on distingue les bonnes actions des mauvaises (Langavant, 2001). Dans le contexte de notre thèse, ces principes fondamentaux et leur caractère déontologique obligatoire peuvent difficilement être appliqués à des pratiques culturelles, si la conviction de valeurs universelles n'est pas partagée par les populations concernées.

Plusieurs critiques ont été adressées aux théories basées sur l'obligation dans la pensée de Kant. C'est ce qui ressort dans cette réflexion d'Anscombe (in Fassin et Lézé, 2014) :

« Les concepts d'obligation et de devoir c'est-à-dire d'obligation morale et de devoir moral de ce qui est bon et mal moralement et du sens moral de « doit », devraient être abandonnés si cela est psychologiquement possible, parce que ce sont des survivances, ou des dérivés de survivances, d'une conception antérieure de l'éthique qui ne surgit généralement plus et que sans elle ils sont seulement nuisibles ».

En plus, Langavant (2001) signale que d'autres problèmes résident dans le fait que des actions ou des pratiques contradictoires doivent être exécutées lorsque les obligations ou les principes entrent en conflits, puisque les maximes sont catégoriques. Notre démarche peut être qualifiée de Kantiste, et notre vision de la morale peut être définie aussi en termes d'obligation morale et de devoir envers l'être humain à cause de son humanité. Cette dimension peut être qualifiée d'une vision légaliste de l'éthique puisque nous nous basons sur la dimension

protectrice de la dignité humaine qui a besoin des instruments juridiques pour être opérationnelle. Bien qu'elle soit nécessaire, l'universalité d'une règle n'assure pas son acceptabilité morale pour les partisans d'autres théories éthiques.

Hottois (2009) souligne cette même idée en affirmant que prétendre lire à travers la notion de dignité et les principes éthiques un fondement univoque et universel fait souvent le jeu implicite d'une tradition dans laquelle certains philosophes, scientifiques et citoyens ne se reconnaissent pas. Par exemple, les tenants des théories dites particularistes et les partisans du principe de diversité font ressortir l'importance d'inclure des points de vue particuliers ou de la diversité dans l'application des principes ou des valeurs universelles (Hottois, 2009 ; Langavant, 2001). Cela n'est pas contraire à notre démarche, si ces points de vue assurent ou garantissent la protection de la personne humaine et promeuvent sa dignité.

Mais, face à cette réalité, les nostalgies et les utopies conservatrices culturelles, le repli sur des identités traditionnelles, les retours aux protectionnismes et aux isolationnismes, constituent des options peu praticables, des options sans doute légitimes si elles correspondent au souhait informé d'une société ou d'une communauté, mais guère généralisables (Hottois, 2009 ; Ricard, in De Koninck et Larochelle, 2005). Dans quelle mesure et de quelle manière les valeurs dites universelles peuvent être placées au service de la diversité culturelle dans le contexte des excisions et des infibulations ? Ces principes sont-ils réductionnistes, quand ils sont mis en œuvre, dans les prises de décisions de ces pratiques culturelles ?

La méthode utilisée dans notre analyse (l'induction analytique) peut être qualifiée de principe de réduction – sans pour autant l'être - parce qu'elle s'appuie sur des valeurs universelles ou des principes généraux selon la méthode de l'éthique appliquée. Par définition,

cette méthode procède à la résolution des dilemmes ou des enjeux éthiques grâce à une démarche déductive allant des principes universels à des problèmes particuliers (Langavant, 2001). Cependant, étant donné la diversité culturelle, comment arriver à un consensus sur les valeurs universelles sans préjugés éthiques et sans imposer une idéologie dominante ? Comment, du reste, parvenir à un consensus alors que la démarche déductive suscite la divergence des points de vue plutôt que la convergence des idées, objectif qu'elle vise pourtant ? (Hottois, 2009 ; Langavant, 2001).

Comme l'écrit Fogou (in *Ethica*, 2012) en s'inspirant d'Engelhardt (2006), malgré les efforts constants de proposer un consensus moral ou éthique qui émergerait des textes juridiques internationaux, il faut se rendre à l'évidence que le domaine de la morale à l'ère postmoderne se caractérise par des désaccords profonds sur les questions essentielles qui touchent à la sexualité, à la dignité humaine, à l'intégrité physique, ou plus généralement à la notion de bien-être ou du « Bien ». En effet, pendant que certains soutiennent le mariage homosexuel, d'autres le condamnent ; alors que certains individus supportent et revendiquent l'autorisation et la libéralisation de l'avortement, d'autres militent pour son interdiction. Le contexte des excisions et des infibulations ne fait pas exception à cette règle. Ces dissensions ne se limitent pas à des sujets particuliers, mais s'étendent même aux visions du monde et aux fondations sur lesquelles reposent les prescriptions morales, et elles s'expriment à travers les différences de modes de vie qui structurent des conduites morales divergentes (Fogou, in *Ethica*, 2012).

Dans le contexte de la bioéthique, il faut reconnaître que ce pluralisme se déploie aussi dans le domaine des théories philosophiques où la théorie déontologique de Kant est par

exemple différente de celle de Rawls, de Sen ou de Mill. Dans cette situation de conflit des fondements de la morale, où il n'y a pas de vérité morale absolue, il semble donc illusoire, à moins de vouloir dominer l'autre, d'imposer à des individus des normes ou des valeurs susceptibles de fonder une morale à prétention universelle (Fogou, in *Ethica*, 2012).

Même si la remarque de Fogou (in *Ethica*, 2012) par rapport à cette volonté de « dominer l'autre » est aussi pertinente, elle doit être nuancée aujourd'hui par rapport à la reconnaissance de la dignité humaine comme une valeur universelle de protection de l'être humain. Ce constat se vérifie dans l'engagement de plusieurs États ayant souscrit à la Déclaration universelle des droits de l'homme et signé des Chartes qui s'y réfèrent, où le principe de respect de la dignité humaine est reconnu par tous. Ce n'est pas parce que les excisions et les infibulations sont remises en cause par les occidentaux et même par beaucoup d'Africains au nom des principes de la dignité et des droits de l'homme, qu'il y a forcément une hégémonie ou une imposition de valeurs. Il ne faut pas, comme le soulignent Ricard et De Raymond (in De Koninck et Larochelle, 2005), que la poussée du multiculturalisme et de la mondialisation constituent un frein et un obstacle à la promotion des principes éthiques, spécialement la dignité humaine. Car, « Pour s'opposer aux éthiques ou principes universalistes, on fait généralement intervenir l'élément factuel selon lequel des cultures différentes disposent des conceptions morales différentes » (Habermas, 1986).

Les résultats que nous avons présentés et les arguments religieux vont tous dans le sens de la reconnaissance de la dignité comme un principe protecteur de l'être humain, ce que corrobore l'assertion des textes juridiques internationaux. Dans ce contexte précis, le principe

de respect de la dignité humaine joue bien son rôle de valeur universelle reconnue par d'autres cultures non occidentales comme la population de Bamako au Mali.

On reproche aussi généralement à la théorie des principes la tendance à exagérer les similitudes entre les problèmes éthiques et à sous-estimer leurs différences et leurs caractéristiques propres (Langavant, 2001). Dans notre thèse, on peut penser par exemple aux pratiques des excisions et des infibulations qui sont d'ordre culturel et certaines pratiques biomédicales comme les altérations des organes génitaux pour des raisons esthétiques ou dans les cas de troubles d'identité sexuelle. Une telle tentative d'unification ne facilite pas l'analyse et la résolution des enjeux et des dilemmes éthiques liés à ces pratiques, puisqu'elle ne tient pas compte de la spécificité des problèmes soulevés (Langavant, 2001). Dans cette optique, l'utilisation des principes universels pour orienter les décisions dans les pratiques des excisions et des infibulations, afin d'assurer la protection de la personne humaine, tend à réduire l'éthique et la bioéthique à une formule d'application directe ne convenant pas à certaines cultures traditionnelles où la communauté passe avant l'individu. S'inspirant de Callahan (1990), Langavant affirme à ce sujet que :

« Les valeurs prisées dans les sociétés libérales, comme l'individualisme, l'autonomie et les droits de la personne, confirment et renforcent la tendance de l'éthique appliquée à concevoir les obligations et les objectifs communs comme devant uniquement être tributaires d'un contrat entre individus et non d'un sens de responsabilité envers la communauté. Les critiques de l'éthique appliquée déplorent, à juste titre, le fait que les principes gouvernant l'action soient soumis à l'ordre individuel et non à une logique communautaire » (Langavant, 2001).

Malgré la popularité de ces principes, un malaise croissant est constaté dans la littérature spécialisée concernant leurs méthodes d'approche, et cela suscite un questionnement sur leur portée et leur pertinence dans l'analyse des problèmes éthiques

(Langavant, 2001). Il est reproché à ces théories de ne pas prendre en considération le contexte socio-culturel dans leur analyse éthique, et leur approche déductive présuppose l'existence de convictions et de valeurs universelles. L'engagement des théories libérales à l'égard de l'individualisme, de l'autonomie et des droits de l'homme est également remis en cause alors que la complexité des relations humaines liée à la globalisation et la tension entre l'individu et la communauté prennent de plus en plus d'importance dans notre monde interdépendant (Langavant, 2001). Fogou aussi fait ressortir ce souci d'universalité en ces termes :

« Si le droit à la vie et à l'intégrité physique doit être garanti et sa sauvegarde transcrite en normes juridiques et éthiques, l'une des voies pertinentes pour y parvenir, dans un contexte de pluralité des modes de vie et de prescriptions morales, doit consister, dans une démarche interculturelle, à interroger les possibilités et les limites de chacune des visions du monde à l'intérieur de son contexte, c'est-à-dire prendre en compte les conditions historiques et les environnements au sein desquels la morale se construit et se déploie. Cette démarche prendrait ses distances vis-à-vis de celle qui consiste à partir d'un principe exogène prétendument supérieur qui reposerait sur une échelle hiérarchique des systèmes de valeurs morales. En effet, s'il est impossible de s'accorder sur un critère supérieur ou sur une autorité suprême en matière de normes, comment parvenir à élaborer un critère du bien ou une morale qui prétende à l'universel ? » (Fogou in *Ethica*, 2012).

Avec ces différentes remarques et malgré l'importance de notre approche, quelques difficultés peuvent se présenter dans sa mise en œuvre si nous ne prenons pas en considération les recommandations de l'article 7, les paragraphes 48, 49 et 51 de la note explicative de la déclaration de l'UNESCO (2005) sur la bioéthique : « Respect de la diversité culturelle et du pluralisme ». En effet, cet article stipule que la diversité culturelle désigne les multiples formes sous lesquelles les cultures des différents groupes sociaux et les sociétés parviennent à s'exprimer. De ces formes et ces manières diverses, qu'emprunte la culture dans le temps et dans l'espace, découlent le caractère unique propre à chaque culture et la pluralité des identités et des expressions culturelles des peuples qui forment l'humanité. Dans l'application des

principes, là où ils n'ont pas été élaborés dans leur formulation actuelle, le respect de la diversité culturelle exige une mise en œuvre soigneusement réfléchie. Et cette démarche doit relever aussi les valeurs similaires ou des principes locaux qui convergent vers le respect de la dignité humaine et de la protection de l'être humain. Car, selon l'UNESCO (2005) :

« Si des normes éthiques sont imposées et simplement reproduites dans différents systèmes juridiques, sans un travail d'interprétation et d'adaptation adéquat, elles risquent de rester de simples greffes qui ne fonctionnent pas correctement avec les autres éléments de principes bioéthiques dans le pays considéré. La déclaration reconnaît donc l'existence de la diversité culturelle, l'importance des perspectives transculturelles et le principe du pluralisme » (UNESCO, 2005). « *Note explicative sur l'élaboration de l'avant-projet d'une déclaration relative à des normes universelles en matière de bioéthique.* (Article 7, paragraphe 49).

La reconnaissance de la dimension universelle de la dignité humaine et des droits de l'homme comme valeurs universelles ne pose pas de difficulté dans le contexte Malien aujourd'hui. Car, ce n'est pas au fait qu'elles n'ont pas été connues, sous leur forme philosophique actuelle, que ces valeurs ou normes éthiques ne sont pas reconnues au Mali (la Charte de « *Kurukan Fuga* » en est une preuve historique). Sen (2010), dans « *L'idée de la justice* », fait le même rappel en ce sens que ce n'est pas parce que d'autres cultures non-occidentales n'ont pas connu la Déclaration universelle des droits de l'homme dans sa formulation actuelle, qu'elles ne connaissent pas le droit de l'homme : les éléments constitutifs de l'idée des droits humains existent à la fois dans les traditions indienne et chinoise (Nussbaum, 2012). Notre démarche a montré cette dimension en relevant à travers les approches musulmane, traditionnelle Bambara et chrétienne de la notion de dignité humaine, que les valeurs et les normes reconnues, de part et d'autres - cultures malienne et occidentale - convergent vers la protection de l'être humain.

Dans le cadre d'un discours éthique complet et équilibré les différents raisonnements ne doivent pas s'exclure l'un et l'autre, mais au contraire, ils devraient se compléter conformément à une vision globale des pratiques humaines toujours orientées vers la protection de l'être humain et la réalisation d'une fin, et ce, à travers des moyens destinés à se réaliser en actes concrets, à leur tour représentés par des valeurs et des normes déontologiques (Allison, in Canto-Sperber, 2004). Cette démarche peut favoriser que le respect de la diversité culturelle ne devienne facilement un moyen de passer outre à toute autre considération morale du respect de la personne (UNESCO, 2005).

L'UNESCO (2005) poursuit que ce principe de diversité culturelle ne saurait être invoqué ou utilisé pour restreindre l'application des autres principes universels dans le but de sauvegarder la dignité humaine, car, ces considérations ne sauraient en aucune manière être invoquées pour empiéter sur la dignité humaine, les droits de l'homme et les libertés fondamentales, pas plus que sur les principes énoncés dans la déclaration, ni pour limiter leur portée. Il s'ensuit également que la diversité culturelle ne saurait finalement remettre en question les droits de l'homme universel (UNESCO, 2005). « *Note explicative sur l'élaboration de l'avant-projet d'une déclaration relative à des normes universelles en matière de bioéthique* » (Article 7, paragraphes 51 et 52).

Il conviendrait donc de réaliser une mise en œuvre flexible mais aussi pragmatique des différentes approches éthiques afin d'éviter, particulièrement en bioéthique, les risques reliés, d'une part, au rigorisme moraliste qui, en rendant la norme absolue, finit par se transformer en pharisaïsme et d'autre part, les risques reliés à l'opportunisme, cherchant à tirer le plus grand bien possible des conséquences des actions, sans pouvoir justifier de manière adéquate la

conception morale du « bien » ou du « juste » au nom duquel on agit (Sgreccia, 2004 ; Viafora, 1989). Même s'il n'y a pas consensus concernant la notion de dignité humaine et les principes éthiques comme des valeurs universelles, leurs approches font ressortir les enjeux éthiques liés aux excisions et aux infibulations et favorisent aussi la protection des enfants, des jeunes filles et des femmes face à ces pratiques dans le respect de la diversité culturelle. Nous pensons qu'il vaut mieux analyser les excisions et les infibulations avec des instruments éthiques imparfaits que de ne pas les analyser du tout.

CONCLUSION

Dans l'introduction de notre thèse, nous signalons que l'une des questions les plus débattues dans le domaine de l'éthique entre l'Afrique et le monde occidental concerne le respect de l'intégrité physique des femmes. Et parmi les actions humaines qui touchent le plus l'intégrité corporelle des femmes, les excisions et les infibulations sont les plus dénoncées spécialement en Afrique. Notre thèse est née d'une interrogation sur les raisons pour lesquelles se poursuivent encore les excisions et les infibulations en Afrique et plus spécialement au Mali, en tant que pratiques culturelles, alors que dans les pays occidentaux, on élève fortement la voix pour les dénoncer et les caractériser de « mutilations génitales ou mutilations sexuelles féminines ».

Avec le développement des technologies biomédicales - notamment la résonance magnétique nucléaire - l'anatomie et la physiologie des organes génitaux touchés par ces pratiques sont mieux connues aujourd'hui. Il devient alors de plus en plus difficile de maintenir un discours présentant ces pratiques traditionnelles comme des rites de passage bénins, sans tenir compte des conséquences sur la santé de celles qui les subissent et des coûts humains et financiers pour la société. Les apports de plusieurs structures associatives à travers le monde ont ajouté la dimension des droits de l'homme aux aspects socio-sanitaires de ces pratiques. C'est ainsi que les excisions et les infibulations sont considérées par ces instances internationales comme une violation des droits de la personne.

Au Mali, sous l'influence des nombreuses campagnes de sensibilisation et de mobilisation, ces pratiques jadis populaires, collectives et festives, sont entrées dans la clandestinité en prenant d'autres formes nouvelles. Cette clandestinité a marqué une certaine

résistance de la population et s'est faite au détriment des enfants car l'âge des enfants qui subissent ces pratiques a baissé surtout à Bamako. Ces nouvelles formes des excisions et des infibulations suscitent des interrogations éthiques. Mais plus la communauté internationale condamne ces pratiques en se référant aux conséquences médicales et aux droits de l'homme, plus leurs défenseurs mettent en relief la complexité des conséquences socioculturelles qui y sont associées et invoquent la diversité culturelle.

Le débat autour de ces pratiques constitue un véritable paradoxe. À partir de ce constat, nous nous posons plusieurs questions : Pour quelles raisons les excisions et les infibulations choquent-elles autant la communauté internationale que des intellectuels africains, alors qu'elles semblent relever du bon sens chez les communautés qui les pratiquent ? Qu'est-ce qui fait qu'elles semblent acceptables aux uns et irrecevables aux autres ? Ces pratiques sont-elles sources de problèmes dans la société, et quels genres de problèmes ? Peut-on porter un jugement vis-à-vis de ces pratiques traditionnelles ancrées dans des valeurs morales locales des peuples qui s'y identifient ? Quelles sont les valeurs ou principes qui sous-tendent la condamnation de ces pratiques par la communauté internationale ? Peut-on penser qu'il soit possible d'analyser ces pratiques en utilisant des valeurs universelles visant le respect de l'intégrité physique et la vulnérabilité de la personne ? Ces valeurs universelles, peuvent-elles servir à évaluer ces pratiques rituelles et en dégager les enjeux éthiques dans le respect des cultures ? Ce sont ces questions que nous avons voulu analyser dans notre thèse à partir d'une approche éthique basée sur la notion de dignité humaine et le respect de la personne dans la vision de Kant.

À partir de ces interrogations, nous avons posé la question de recherche suivante :
« *Comment les pratiques culturelles des excisions et des infibulations, dans la ville de Bamako au Mali, interpellent-elles l'éthique : en quoi l'analyse de ces rites constitue-t-elle un domaine légitime d'application des principes de la bioéthique ?* »

Une analyse éthique peut orienter les choix moraux et les décisions à prendre dans les pratiques qui impliquent les êtres humains, afin d'assurer le respect de leur dignité et leurs droits fondamentaux définis. À travers la revue des écrits, nous avons constaté que très peu d'études ont abordé ces pratiques sous l'angle du respect de la dignité humaine qui est pourtant à la base de beaucoup de textes législatifs internationaux relatifs au respect et à la sauvegarde de l'intégrité physique et de la vulnérabilité de la personne. Dans cette perspective, nous sommes parti du postulat suivant : « *La dignité humaine est une norme à l'aune de laquelle se mesurent les défis éthiques liés aux excisions et aux infibulations* ».

Étant donné que l'un des buts principaux de la bioéthique est de faire l'analyse rationnelle des problèmes éthiques liés à la biomédecine et aux technologies qui s'y réfèrent, notre objectif visait par contre à développer une approche bioéthique des pratiques culturelles traditionnelles. Cette démarche a montré en quoi les excisions et les infibulations interpellent l'éthique à travers d'abord, le respect impératif de l'être humain comme fin en soi et non pas simplement comme un moyen, ensuite les conséquences médicales et les coûts humains et financiers associés à ces pratiques. Elle a favorisé une meilleure compréhension des excisions et des infibulations et dégagé les enjeux éthiques que sous-tendent ces pratiques. Car, la valeur éthique de toute action qui implique des êtres humains doit être considérée non seulement sous

l'angle subjectif de son caractère intentionnel mais aussi selon son contenu objectif et ses conséquences.

Nos analyses ont montré les problèmes éthiques suivants :

Les excisions et les infibulations sont devenues des pratiques dynamiques à Bamako au Mali où les opérations ne sont plus associées aux rites initiatiques pubertères des jeunes filles. Elles sont pratiquées individuellement d'une part, par des exciseuses traditionnelles, et d'autre part, elles sont médicalisées pour ceux qui ont les moyens financiers de payer un agent de santé pour la circonstance. Dans ce contexte les opérations sont faites discrètement soit dans les structures de santé soit au domicile du demandeur. Le fait que ce sont les enfants qui subissent le plus ces pratiques en ville a par ailleurs rendu obsolète les arguments selon lesquels l'incorporation douloureuse de la métamorphose au cours des cérémonies initiatiques pubertaires était indispensable.

Pour les personnes interviewées, telles qu'elles sont pratiquées aujourd'hui à Bamako au Mali, les excisions et les infibulations ne produisent plus de métamorphose pubertaire, selon la tradition Bambara, du passage de l'enfance à l'âge adulte chez les filles. Les douleurs ressenties lors des opérations qui faisaient la fierté des femmes ont perdu toutes leurs connotations positives. Cette dimension de sensation des douleurs ne faisait pas l'unanimité chez certaines interviewées. Et cela peut constituer un élément de changement à cause de la vulnérabilité des enfants. La réflexion de Cabane (2008) va dans le même sens, si une information rigoureuse est faite sur le traumatisme important que constitue le choc douloureux lié à ces pratiques sur le psychisme des bébés, en particulier sur la sensibilité accrue à toute souffrance qu'ils peuvent montrer par la suite :

« De nos jours, on ne reconnaît plus à la douleur une quelconque valeur pédagogique, autrefois censée permettre à l'enfant de développer la maîtrise de ses émotions et sa capacité de résistance. À l'inverse, les adultes redoutent de faire subir ce genre d'épreuve aux enfants assez grands pour en être conscients. Ils ont l'impression que le fait de l'imposer aux bébés est un moindre mal ; ce qui est faux, la douleur ayant des conséquences encore plus traumatisantes » (Cabane, 2008).

Les raisons socio-culturelles qui maintiennent et justifient ces pratiques, les valeurs et les normes morales qu'elles sous-tendent à Bamako sont bien controversées par les personnes que nous avons interviewées. Si le courage, la maîtrise de soi et la résistance aux épreuves de la vie sont toujours extrêmement valorisés, par exemple l'apprentissage des douleurs de l'accouchement, ces arguments ne tiennent plus dans un milieu urbain où la pratique des césariennes est très courante. Toutes ces raisons semblent exercer des contraintes sur les individus indépendamment de leurs propres convictions et des valeurs intériorisées.

Dans notre recherche, presque toutes les personnes interviewées ont reconnu que la première motivation des excisions et des infibulations consiste à vouloir contrôler le désir sexuel féminin, c'est l'objectif principal. Cette réalité peut être entourée ou non de cérémonies initiatiques. Cependant, ces mêmes personnes reconnaissent que les excisions et les infibulations telles qu'elles sont pratiquées aujourd'hui à Bamako au Mali, constituent de simples opérations qui ne contribuent pas au contrôle du désir sexuel féminin, n'assurent aucune garantie de mariage ni au maintien des valeurs essentielles de solidarité du groupe à travers les classes d'âge. Pour les répondants, ces valeurs et ces fonctions peuvent être assurées par l'éducation sans excision et sans infibulation. Comme un interlocuteur l'a si bien dit, il y a des maisons closes dans certains quartiers de Bamako où les femmes travailleuses du sexe ont toutes subi l'une ou l'autre forme de ces pratiques. Beaucoup de jeunes filles aussi, bien qu'ayant subi ces pratiques, sont de plus en plus des filles-mères. Nombre de celles qui

sont mariées ont déjà eu des rapports sexuels avant leur mariage. Toutes ces réalités démontrent bien que ces pratiques n'induisent pas chez les jeunes filles qui les subissent la maîtrise de soi souhaitée sur le plan sexuel au nom d'un idéal dans lequel elles sont maintenues à Bamako. Cabane rend cette réalité en ces termes :

« En ville, mais de plus en plus en milieu rural, l'excision se résume le plus souvent désormais à un acte chirurgical isolé effectué sur des enfants en bas âge, sans visée initiatique, sans caractère éducatif ou même rituel. Il n'est plus effectué en groupe, ne créant d'autre cohésion que la modification physique confirmant la différence sexuelle biologique. Dans la majorité des cas, il n'est même plus accompagné de la fête, qui symbolisait l'accueil de l'enfant dans la communauté élargie. Pour de nombreux maliens, cette déritualisation de l'excision lui fait perdre tout son sens. Ce glissement progressif du rite initiatique vers cet acte qualifié par certains d'acte gratuit dénué de sens constitue une amorce importante de changement » (Cabane, 2008).

Nos analyses ont montré aussi que, même si ces pratiques sont subies par les femmes, le rôle des hommes est déterminant dans le processus décisionnel à Bamako au Mali. Dans ce contexte, le système social dirigé par les hommes et qui maintient ces pratiques tient-il compte de l'autonomie, de la liberté-responsabilité et de la vulnérabilité des personnes qui les subissent ?

Les excisions et les infibulations sont, dans le contexte de la ville de Bamako, la réponse aux inquiétudes des hommes qui pensent que, pour éviter le « désordre sexuel » des jeunes filles et des femmes mariées, et sauvegarder l'honneur des familles, il faut diminuer leur désir sexuel en coupant l'organe qui est à la base de cette sensation ou en réduisant l'orifice vaginal pour empêcher tout rapport sexuel avant le mariage. Selon les personnes interviewées, ces pratiques permettent aux jeunes filles de ne pas être volages et aux femmes mariées de rester « tranquilles » sur le plan sexuel dans leur foyer : rester chastes et réservées. Ces pratiques sont-elles les seuls moyens efficaces pour éduquer les jeunes filles et les femmes

mariées afin de sauvegarder l'honneur familial ? Cette réalité reflète toute la complexité du phénomène de ces pratiques culturelles dans un milieu urbain. Ces rituels interpellent une réflexion éthique par rapport à la subjectivité des intentions des acteurs, aux contenus objectifs de ces pratiques, à leurs conséquences sur la santé des femmes comme sur les coûts humains et financiers pour les hommes aussi en cas de complications.

Nos analyses ont révélé aussi que l'implication des professionnels de la santé dans la médicalisation de ces pratiques va à l'encontre des principes de l'Organisation mondiale de la santé qui interdit toute médicalisation des excisions et des infibulations dans les structures de santé (*Développement et Santé*, 2014). Même si certaines personnes interviewées ont salué cette dimension médicale parce qu'elle éviterait beaucoup de complications liées aux méthodes traditionnelles, d'autres ont montré leur consternation face à cette médicalisation qui remet en cause la dimension traditionnelle souhaitée. Car, avec les méthodes modernes, tout ce qui peut être relié au volet initiatique est remis en question. Face à cette réalité de dissension, jusqu'à quel point la médicalisation des excisions et des infibulations et l'intervention du personnel de la santé constituent-elles un support aux rituels culturels qui ne sont pas des pratiques thérapeutiques ? Si ces pratiques s'insèrent dans le cadre médical, c'est pour des raisons médicales, car selon Sgreccia (2004), soigner signifie supprimer des obstacles. Or la médicalisation des excisions et des infibulations ne vise nullement une thérapie d'ordre pathogène, ce sont des actes qui altèrent au contraire les tissus génitaux sains. Cabane met cette réalité en évidence en spécifiant les risques obstétricaux qui s'ensuivent :

« Les difficultés obstétricales rencontrées chez les femmes excisées sont également mieux connues et infirment la théorie selon laquelle les femmes excisées accoucheraient mieux que les autres. Comme il s'agit de complications dues au fait que les tissus cicatriciels deviennent fibreux, donc moins élastiques,

on ne peut penser que ces conséquences-là pourraient être évitées par la médicalisation de l'acte. « Toute cicatrice est néfaste sur ce tissu qui doit garder sa souplesse pour se distendre au cours de l'accouchement » (Diallo, 1978). Les risques encourus par la mère et l'enfant, à type de déchirure, d'hémorragie et de souffrance fœtale grave, s'ils sont mieux évalués et enseignés peuvent constituer un levier de changement important pour ce peuple très attaché au concept de maternité et au devoir de ses enfants » (Cabane, 2008).

Toutes ces réalités constituent en soi une interpellation éthique. Cependant, malgré les divergences dans les réponses des personnes interviewées, pour la majorité des hommes comme des femmes, les excisions et les infibulations sont maintenues et justifiées à Bamako par le fait qu'elles sont supposées entraîner une diminution de l'envie sexuelle féminine. Ces pratiques ne sont plus liées à la reconnaissance des enfants dans le groupe social puisqu'à Bamako cette dimension n'existe pratiquement plus. Les conséquences médico-obstétricales sont ressorties dans la majorité des réponses. Mais le traumatisme entraîné par la douleur et l'hémorragie ne semblent pas être perçues par certains comme très préjudiciables. Cela ressort aussi dans les travaux de Cabane (2008) où un agent de santé justifiait les excisions et les infibulations parce qu'elles entraînent la diminution de la sensibilité des femmes. L'atteinte à l'intégrité physique a aussi été soulignée dans sa dimension religieuse, en ce sens que les femmes sont des créatures de Dieu, donc parfaites, et personne n'a le droit de vouloir apporter une modification à cette créature.

À l'issue des données rapportées, notre démarche a montré que, malgré leur caractère culturel et traditionnel, les excisions et les infibulations soulèvent bien des enjeux éthiques et constituent de ce fait un domaine légitime d'application des valeurs et des principes universels éthiques et bioéthiques dans le but de protéger la personne humaine, et de promouvoir sa dignité inhérente et sociale dans le respect des diversités culturelles et religieuses.

Ainsi notre thèse, après avoir montré le caractère éthique des excisions et des infibulations à l'aune de la dignité humaine, visait à fournir un instrument éthique de délibération pour la politique de santé publique, car les coûts humains et financiers de ces pratiques interpellent aussi la responsabilité sociale et la santé publique selon l'esprit de la Déclaration de l'UNESCO (2005) sur la bioéthique. Les six principes éthiques (le principe de la dignité humaine, le principe de l'inviolabilité de la personne et de l'intégrité physique, le principe de bienfaisance/non-malfaisance, le principe de l'autonomie et de consentement, le principe de responsabilité sociale et le principe de justice, d'égalité et d'équité), que nous avons utilisés peuvent être proposés comme des valeurs et des normes que chaque communauté, chaque individu, peut s'approprier d'abord, et ensuite les mettre en œuvre dans les décisions des excisions et des infibulations. Ces principes, d'une manière flexible et pragmatique, peuvent servir de point de rencontre autant pour les non croyants que pour les croyants monothéistes et les adeptes de la religion traditionnelle Bambara, et définir ainsi une ligne éthique pouvant orienter les pratiques culturelles qui impliquent des êtres humains.

Si les décideurs articulent ces principes dans une éthique de discussion, les décisions prises seront des décisions qui respecteront la personne humaine en tant que telle ; car elle est considérée comme fin en soi et non simplement comme moyen. Et dans ce contexte sa dignité est respectée et ses droits fondamentaux promus.

Nous pensons que notre thèse a montré qu'il est possible de mener un débat sur les excisions et les infibulations, à travers une éthique de discussion, autour de la notion de dignité humaine et des principes éthiques, qui peut aboutir à des consensus flexibles et pragmatiques ou à des compromis raisonnables qui pourraient contribuer à renforcer le rôle de

protection de la dignité. Si chaque communauté, chaque individu arrive à s'approprier des valeurs et des normes proposées ci-dessus et à prendre librement les moyens de leur mise en œuvre, cela peut favoriser l'émergence d'une diversité des modes de leur protection et dans l'avenir contribuer à :

- La reconnaissance du respect de la « dignité humaine inhérente et sociale » comme un « dénominateur éthique commun » entre les différentes cultures,
- La création d'un cadre de débat éthique sur les excisions et les infibulations,
- L'application des principes bioéthiques à des pratiques culturelles traditionnelles,
- La mise en œuvre et la promotion des principes de la Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme de l'UNESCO,
- La création ou la mise en place d'un comité bioéthique local prenant en compte les pratiques culturelles traditionnelles.

Notre démarche n'est certes pas parfaite comme nous l'avons souligné dans le chapitre précédant, mais nous pensons avoir montré, au moyen de la notion de dignité humaine, à travers ses sources (la nature humaine, le bien commun, l'obligation et le droit), ses formes (dignité humaine inhérente et sociale) et ses conséquences (l'obligation du respect de la dignité de soi-même, l'obligation du respect de la dignité d'autrui, le devoir d'amour, de bienveillance et de bienfaisance), qui ont délimité ses contours et les principes éthiques, que les excisions et les infibulations constituent des enjeux qui interpellent l'éthique. À ce niveau la bioéthique a d'abord, d'une manière réflexible, joué un rôle de clarification des enjeux et des dilemmes éthiques liés à ces pratiques en indiquant les méthodes de réflexion et en dégageant les valeurs et les normes en cause. Ensuite, à travers cette clarification sur ces

pratiques, elle conduit généralement les décideurs, soit à des prises de décisions où la dignité humaine est promue, soit à des positions où l'être humain est considéré comme un moyen.

Les excisions et les infibulations se justifient-elles encore aujourd'hui, étant donné qu'elles ne répondent plus à leur vocation éducative, qu'elles touchent de plus en plus des enfants considérés comme des personnes vulnérables, et qu'elles ont des risques et des conséquences incluant des coûts humains et financiers pour la société ? Ces pratiques constituent de ce fait un domaine légitime d'application des principes bioéthiques en vue de protéger les personnes qui les subissent.

Notre réflexion, telle que proposée, avec les apports des approches des religions musulmane, chrétienne et traditionnelle Bambara, nous place en face de la dignité humaine (inhérente et sociale) qui ne se base pas sur l'homogénéité des réflexions théoriques uniquement occidentales, des actions ou des pratiques mais qui ouvre à la diversité et au pluralisme. La bioéthique dans cette perspective peut étendre son champ d'application, sans hégémonie, à travers les six principes que nous avons retenus, aux pratiques culturelles des excisions et des infibulations afin de protéger l'être humain du seul fait qu'il est humain.

Selon l'esprit de la Déclaration de l'UNESCO (2005) sur la bioéthique, notre thèse n'a pas pour but de mettre un terme aux débats éthiques actuels sur les excisions et les infibulations. Nous voulons au contraire contribuer, en plus des travaux déjà réalisés sur le même sujet, à inspirer et à stimuler encore plus de débats sur les approches éthiques de ces pratiques et les solutions envisageables dans les pays où elles sont encore maintenues. Nous pensons que si le dialogue fut souvent difficile voire impossible entre les défenseurs de ces pratiques et ceux qui les condamnaient, il est tout à fait possible aujourd'hui, de renouer ce

dialogue à travers une éthique de discussion pour qu'un consensus émerge autour de la notion de dignité humaine et les principes éthiques dans le respect des diversités culturelles et religieuses.

Comme le signalent bien Stanton-Jean (2011) et Cabane (2008), tout se mondialise ou se globalise en ce XXI^{ème} siècle, de l'économie à la finance, de la recherche jusqu'aux politiques de défense avec les difficultés qui s'ensuivent. Il serait donc dommage de « jeter le bébé avec l'eau du bain » et refuser d'emblée, au nom des diversités culturelles et religieuses, les apports des théories et des principes éthiques dont certains reflètent des valeurs universelles applicables aux excisions et aux infibulations, et de ne pas reconnaître les complications que ces pratiques peuvent avoir sur la santé, parce qu'elles ont été dénoncées par les occidentaux (Cabane, 2008). De telles attitudes entraînent un accroissement des disparités dans les mesures législatives de protection concernant ces pratiques et constituent un frein et un obstacle à la promotion de la dignité humaine (De Raymond, in De Koninck et Larochelle, 2005).

L'application des principes bioéthiques aux excisions et aux infibulations, loin de réduire la liberté individuelle de choix de vie ou la liberté d'exercer le droit culturel, serait plutôt une des conditions de la préservation de la dignité humaine contre les menaces que certaines pressions culturelles ou sociales lui feraient subir (Pommier, 2012).

La réflexion bioéthique dans ce contexte de diversité culturelle ne peut prétendre à un certain sérieux qu'à condition de s'inscrire dans une démarche telle qu'elle apparaisse à la fois *fondée* dans ses principes et *cohérente* dans ses analyses de cas (Pommier, 2012). Elle doit donc résister au risque d'arbitraire, de moralisme et de « bricolage » face à des questions qui

ne relèvent pas directement du domaine biomédical (Pommier, 2012). Suivant cette idée, notre travail a voulu mettre en évidence la nécessité de reconnaissance des valeurs éthiques universelles pour la protection de tout être humain, en tenant compte des diversités culturelles et des modes d'application flexibles de ces principes. En nous inspirant de Stanton-Jean (2011), nous pouvons reprendre cette idée dans le contexte des excisions et des infibulations en disant qu'un univers mondialisé requiert une bioéthique dont la vision est celle de la dignité humaine à portée universelle fondée sur le respect de la personne humaine, un respect ancré sur les principes de l'inviolabilité de la personne et de l'intégrité physique, de bienfaisance/non-malfaisance, de l'autonomie et de consentement, de responsabilité sociale, de justice, d'égalité et d'équité. Un tel cadre peut permettre de prendre en compte les diversités culturelles et religieuses.

En respectant les conditions d'application et de mise en œuvre de ces principes, de la promotion de la Déclaration dans la note explicative de l'UNESCO (2005), la démarche proposée dans notre thèse ne se fonde pas uniquement sur une conception de l'universalité reposant sur une pensée unique et une vision purement occidentale de la bioéthique (Stanton-Jean, 2011).

À travers le partage des avantages des recherches biomédicales, beaucoup de valeurs ou normes locales au Mali reconnues comme telles sont remises en question. La dimension de globalisation nous invite à voir ces changements sans porter de jugement négatif sur leur origine occidentale ou de les rejeter. Avec la chirurgie de reconstruction de l'hymen, la virginité n'a plus la même valeur qu'auparavant dans la tradition Bambara où les jeunes filles ne devaient pas avoir des relations sexuelles avant leur mariage. L'attribution des certificats de

virginité, demandés par certaines jeunes filles, témoigne aussi de la remise en cause de cette valeur culturelle. Les chirurgies réparatrices des séquelles des excisions et des infibulations, même si elles ne reconstituent pas anatomiquement les organes altérés, permettent à certaines femmes de reconstruire d'une manière esthétique leur identité d'intégrité corporelle et de souffrir moins des séquelles physiques de ces pratiques (Buisson, 2011 ; Prolongeau, 2006).

Il faut reconnaître que plusieurs techniques biomédicales (par exemple, les traitements d'infertilité) ont remis en cause toutes ces normes ou valeurs locales se référant à la sexualité et à la procréation dans la société. Et il ne viendrait pas à l'idée des individus de rejeter de telles techniques quand elles résolvent les problèmes de l'infécondité des couples.

Les cultures non-occidentales peuvent-elles demeurer en dehors des bienfaits et des avantages des découvertes biomédicales et des technologies qui y sont associées parce qu'elles viennent des occidentaux ? Peut-on éthiquement maintenir une culture statique ? Devant le phénomène de la globalisation et le partage des connaissances scientifiques, nous pensons que certaines pratiques dont les excisions et les infibulations doivent suivre le cours de l'évolution. Un proverbe Bambara illustre bien cette urgence d'accepter l'évolution en disant : « Quand le rythme de tam-tam change, le pas de danse change ».¹⁸⁷ Les excisions et les infibulations sont remises en question par l'évolution sociale dans la ville de Bamako, le constat de leur déritualisation confirme cette réalité. Le souhait exprimé par certaines personnes interviewées de revenir sur les anciennes pratiques et laisser les filles grandir nous paraît complexe. Dans

¹⁸⁷ Ce proverbe en utilisant l'image folklorique du rythme de tam-tam et de la danse, souligne la nécessité et l'urgence de changement si on ne veut pas incarner le ridicule devant les autres danseurs et les spectateurs. Car, si le rythme de tam-tam change et que le danseur ne change pas de pas de danse, il paraît ridicule parce que ses mouvements et ses gestes ne correspondent ni à ceux du groupe ni au son de la musique. Alors il peut paraître comme un dément ou un arriéré mental qui se mêle dans la foule. Ce qui peut facilement engendrer une stigmatisation ou une marginalisation dans la société.

un milieu urbain le chemin inverse pour retrouver les contextes et les rites originaux traditionnels ne peut plus être fait, les connaissances et les conditions sociales et géographiques s'étant transformées : il n'existe plus de forêt sacrée à Bamako pour pratiquer de tels rites selon la tradition Bambara. Il n'est pas aussi évident que les jeunes filles déjà majeures acceptent de se soumettre à ces pratiques. Nous pensons que la réalité sociale à Bamako ne peut plus ignorer la mouvance actuelle de l'évolution culturelle. Cabane met cette évolution en relief en s'adressant même aux africains en situation de migration :

« Pour les africains en situation de migration, qui ont tendance à idéaliser leur société d'origine et à en figer les valeurs, comme pour les observateurs étrangers, il est important de dénoncer la notion d'immobilisme culturel. Aucune société n'est statique, nous le savons. Toutefois les dynamiques culturelles plus complexes que les schémas stéréotypés ne sont pas suffisamment appréhendés et les opinions se forment souvent sur des représentations erronées » (Cabane, 2008).

Cependant de nos jours, avec l'essor du courant islamiste en Afrique et ailleurs dans le monde qui promeut les excisions et les infibulations, les modes de construction ou une vision universelle des valeurs protégeant les filles de ces pratiques, sont de plus en plus complexes. La promotion du respect de la dignité humaine exige que se construisent et se poursuivent à ce niveau des dialogues et des recherches nationaux, internationaux, interdisciplinaires et interreligieux.

Sans pouvoir donner une réponse définitive à toutes les questions posées dans notre thèse, nous pouvons proposer de retenir comme règle devant présider aux discussions philosophique, interculturelle et interreligieuse sur de telles questions par rapport aux excisions et aux infibulations, le cadre du principe suggéré par Kant à savoir le respect inconditionnel de la dignité de la personne humaine à cause de son humanité. Dans notre cadre

théorique au deuxième chapitre, nous avons décrit et délimité les contours de la notion de la dignité humaine inhérente et sociale afin de la rendre plus opérationnelle et efficace dans son rôle de protection de tout être humain quel que soit son état de vie. Ce chapitre a mis en évidence les raisons du choix de la notion de dignité humaine, ses complexités théoriques, son fondement et les différentes approches religieuses. Il est ressorti de ce parcours que si la dignité humaine est considérée et respectée dans toutes les dimensions qui délimitent ses contours que nous avons présentés, elle peut bien servir de référence qui permet d'arriver à un consensus pragmatique dans la reconnaissance et dans la mise en application des principes et des valeurs éthiques universels.

Cette réflexion va dans le sens de la suggestion de Benyekhlef (2008) cité par Stanton-Jean (2011), en y apportant une réponse. Cet auteur, devant la complexité des modes de construction de la norme :

« Suggère qu'en cette ère de post-modernisme et de construction de la norme, il faut insister sur les thèmes de l'hospitalité, de la rencontre avec l'autre, de l'altérité, du respect des différences, de l'égalité. Ces principes pouvant contribuer à l'élaboration d'un droit et de normes cosmopolitiques ou universelles » (Stanton-Jean, 2011).

Nous pensons que tous les points cités par Benyekhlef (2008) dans sa suggestion sont inclus dans le respect de la dignité humaine inhérente et sociale. Le respect de ce principe permet de reconnaître la primauté de l'être humain et de tout mettre en œuvre pour sauvegarder et promouvoir son « humanité ». Il faut seulement créer le cadre de rencontre et de dialogue permettant à chaque individu et à chaque culture de s'exprimer dans l'esprit d'une éthique de discussion. Et pour faciliter cela, nous évoquons, comme Jonas (1990), le rôle des comités d'éthique, des conventions internationales, du débat législatif, de la sensibilisation

dans les écoles, du dialogue avec les acteurs ayant une responsabilité dans la société, afin d'amener la collectivité ou la communauté à prendre conscience de son devenir, des enjeux liés aux pratiques qui peuvent être néfastes pour la santé et de donner une orientation plus éthique aux actions humaines. L'éthicien devrait être un éclaireur aidant la société à prendre conscience de ses mutations, en vue de choisir ses orientations en connaissance de cause (Pommier, 2012).

Dans cette optique à Bamako au Mali, nous suggérons, par rapport aux excisions et aux infibulations, que le Programme national de lutte contre les excisions, actuellement rattaché au Ministère de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille, soit rattaché directement au Ministère de la santé. La pertinence et l'efficacité des messages de sensibilisation et d'information étant concentrés sur la dimension sanitaire de ces pratiques, il va de soi que le département de la santé soit engagé directement dans les processus de dialogue avec les populations. Nous pensons que l'engagement de la santé publique par le biais de son Ministère peut aider les populations à une prise de conscience bien fondée sur les données médicales. L'absence actuelle des données biomédicales sur les risques et les complications de ces pratiques au niveau national du Mali démontre une certaine difficulté de collaboration entre ces structures (MPFEF, 2008). Les polémiques créées, autour des risques et des complications sur la santé, par certaines associations dans leur stratégie d'approche de ces pratiques, ne peuvent être dissipées selon nous, que par le rattachement direct de ce Programme au Ministère de la santé. Ce changement pourra donner plus de crédibilité à la dimension médicale des excisions et des infibulations, même si, elles ne se résument pas à ce seul aspect.

Enfin, l'éthique appliquée aux excisions et aux infibulations à travers la notion de dignité humaine et les principes bioéthiques s'avère être elle-même un acte éthique, puisqu'elle préserve la liberté de notre réflexion et de notre agir contre toute action qui compromet le respect dû à l'être humain. Il n'est donc pas exagéré d'espérer que, si nous trouvons aujourd'hui la place qui convient à la dignité humaine inhérente et sociale, nous puissions alors rendre le monde meilleur dans le respect des diversités culturelles et religieuses. En nous inspirant d'Appiah (2012), nous pouvons toujours penser en avoir fini avec la dignité humaine, mais la dignité, elle, n'en a pas fini avec nous.

BIBLIOGRAPHIE

Abdulkadir, O. (2004). L'aiguille contre le couteau? Polémique autour d'une alternative à l'excision. Récupéré le 3 février 2013 de <http://www.afrik.com/article7029.html> .

Abikhzer, F. (2005). *La notion juridique d'humanité* (tome 1). Aix-en Provence : Presses Universitaires d'Aix-Marseille.

Abemyil, M. (2014, juin). « La prise en soin des femmes victimes de mutilations sexuelles », in *Développement et santé*, n°205, p. 26-29.

Agacinski, S. (2012). *Femmes entre sexe et genre*. Éditions du Seuil.

Aide Église Norvégienne. (2005). *Rapport de l'étude sur les pratiques de l'excision dans la région de Tombouctou, réalisée par le RESADE, en collaboration avec le MPFEF et le Ministère de la santé pour le compte de l'AEN*. Bamako.

Aide Église Norvégienne. (2004, juillet). *Rapport de l'étude sur les pratiques de l'excision dans les régions du Nord du Mali, réalisée par le RESADE, en collaboration avec le MPFEF et le Ministère de la santé pour le compte de l'AEN*. Bamako.

Aksoy, E. E. La notion de dignité humaine dans la sauvegarde des droits fondamentaux des détenus. Récupéré le 6 février 2015 de www.internationalpenalandpenitentiaryfoundation.org/Site/.

Al-Qaradâwî, S. Y. (2008). « Le statut juridique de l'excision ». Récupéré le 22 mars 2015 de <http://www.islamophile.org/spip/Le-statut-juridique-de-l-excision.html>

Allison, H. E. (2004). « Autonomie : autonomie et liberté », in Canton-Sperber, M. *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale* (tome 1), p. 136-144. Paris : QUADRIGE/PUF.

Anadon, M. et Savoie-Zajc, L. (2009). « L'analyse qualitative des données », in *Recherches qualitatives*, vol. 28, n°1, p. 1-7.

Andorno, R. (2005). La notion de dignité humaine est-elle superflue en bioéthique? Récupéré le 29 décembre 2012 de <http://www.contrepointphilosophique.ch>.

Andriantsimbazovina, J. (2004). « La dignité et droit international et européen (quelques considérations sur le traitement de la personne humaine par le droit positif) », in *Justice, éthique et dignité. Actes du colloque organisé à Limoges les 19 et 20 novembre*, p. 131-142. Limoges : Presses universitaire de Limoges.

Andro, A., Cuzin, B. (2014, juin). « Les MSF dans les pays du Nord : quelles réalités et quels enjeux ? », in *Développement et santé*, n°205, p. 6-9.

Anger, M. (1992). *Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines*. Anjou : Centre éducatif et culturel.

Appiah, K. A. (2012). *Le code d'honneur Comment adviennent les révolutions morales*. (Traduit de l'anglais États-Unis par Jean-François Sené). Gallimard.

Ardant, P. (2004). « Synthèse », in *Justice, éthique et dignité. Actes du colloque organisé à Limoges les 19 et 20 novembre*, p. 375-382. Limoges : Presses universitaires de Limoges.

Aristote. (2010). *Éthique à Nicomaque*. Traduction de Pascal-Dominique Nau. Présentation et notes, Loyola Leroux. Anjou : Éditions CEC.

Ars, B., Montero, E. (2005). *Euthanasie les enjeux du débats*. Paris : Presses de la Renaissance.

Assemblée Nationale. (2011). *Code des Personnes et de la Famille*. Loi n°2011-087. Bamako.

Atlan, H. (2006). *Connaissance et gloire de la dignité humaine*, Diogène n°215, juillet-septembre. Paris : PUF.

Auffret, S. (1983). *Des couteaux contre les femmes. De l'excision du MLF*. Paris.

Audard, C. (2004). « Les théories de la justice et la philosophie morale », in Canto-Sperber, M. *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale* tome 1, p. 1001-1010. Paris : QUADRIGE/PUF.

Baccouche, N. (2004). « Dignité, Islam et justice », in *Justice, éthique et dignité. Actes du colloque organisé à Limoges les 19 et 20 novembre*, p. 87-103. Limoges : Presses universitaires de Limoges.

Baertschi, B. (2005). *Enquête philosophique sur la dignité humaine*. Genève: Labor et Fides.

Baker, S. E., Edwards, R. (2012). « *How Many Qualitative Interviews is Enough ? Expert Voices and Early Career Reflections on Sampling and Cases in Qualitative Research* ». National Centre for Research Methods discussion paper. Récupéré le 22 juillet 2015 de <http://eprints.ncrm.ac.uk/2273/>

Basso, A., Di Pietro, M T. (2000). *Educare all'identità sessuatà*, a cura di Maria Luisa Di Pietro. Brescia : La Scuola.

Bayertz, K. (1996). Sanctity of life and Human Dignity. Bayertz K. editor. Dordrecht, kluwer Academic Publishen, *Human dignity: philosophical origin and scientific erosion of an idea*, p. 73-90.

Beauchamp, T. L., Childress, J. F. (1994). *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press.

Beauvoir, S. (2008). *La Femme indépendante. Extraits du Deuxième Sexe*. Gallimard.

Beauvoir, S. (1976). *Le deuxième sexe II. L'expérience vécue*. Gallimard.

Bellier, I. (2002). « Du lointain au proche : réflexion sur le passage d'un terrain exotique au terrain des institutions politiques », in Ghasarian, C. *De l'ethnographie à l'anthropologie réflexive : nouveaux terrains, nouvelles pratiques, nouveaux enjeux*, p. 45-62. Paris : Armand Colin.

Benmakhlof, A. (2013). Préface, in *La bioéthique, pour quoi faire? Par les membres du Comité consultatif national d'éthique*. Paris : Presses Universitaires de France.

Benoît XVI. (2006). *Lettre encyclique, Deus caritas est*. Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano.

Bensadon, N. (2002). *Attentats contre le sexe. Ou ce que nous dévoilent les mutilations sexuelles*. Paris : L'Harmattan.

Benyekhlef, K. (2008). *Une possible histoire de la norme : Les normativités émergentes de la mondialisation*. Montréal : Thémis.

Berger, P., Luckmann, T. (2010). *La construction sociale de la réalité*. Paris : ARMAND COLIN.

Bernard, H. R. (2000). *Social research methods*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Bertaux, D. (1981). « From the life-history approach to the transformation of sociological practice », in *Biography and society: The life history approach in the social sciences*, p. 29-45. (dir). by D. Bertaux. London: Sage.

Bettelheim, B. (1971). *Les blessures symboliques, essai d'interprétation des rites d'initiation*. Paris : Gallimard.

Bibeau, G. (2011). SHA 7055. *Séminaire sur l'interdisciplinarité et l'application Sciences Humaines Appliquées*. Université de Montréal.

Bibliothèque Jeanne Hersch. TRAITÉS MULTILATÉRAUX. Les instruments internationaux des droits de l'homme. Récupéré le 25 septembre 2014 de http://www.aidh.org/Biblio/Trait_internat/HP_TI.htm

Bibliothèque Jeanne Hersch. TEXTES AFRICAINS. Les instruments des droits de l'homme. Récupéré le 25 septembre 2014 de http://www.aidh.org/Biblio/Trait_internat/HP_TI.htm

Bioethica Forum. (2014). Journal Suisse d'Éthique Biomédicale, vol. 7, n°2.

Bioy, X. (2004). « La dignité : questions de principes », in *Justice, éthique et dignité. Actes du colloque organisé à Limoges les 19 et 20 novembre*, p. 47-86. Limoges : Presses universitaires de Limoges.

Bishop, J. (2004). « Modern Liberalism, Female Circumcision and the Rationality of Traditions », in *Journal of Medicine and Philosophy*, vol. 29, n°4, p. 473-497.

Bizeul, D. (2012). « Enquête par observation : s'impliquer et garder la tête froide », in Hennequin, E. *La recherche à l'épreuve des terrains sensibles : approches en sciences sociales*, p. 107-129. Paris : L'Harmattan.

Bonaparte, M. (1977). *Sexualité de la femme*. Paris : P.U.F.

Bonaparte, M. (1948, avril-juin). « Notes sur l'excision », in *Revue Française de Psychanalyse*, p. 221-231.

Bonaparte, M. (1933). « Les deux Frigidités de la Femme », in *Bulletin de la société de sexologie*, vol. 1, n° 4.

Botros, S. (2004). « Consentement et consentement informé », in Canto-Sperber, M. *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*, tome 1, p. 384-387. Paris : QUADRIGE/PUF.

Boucher, D. (1978). *Cyprine*. Montréal : Les Éditions de L'AURORE.

Bouchet, P. (2004). « Précarité et dignité », in *Justice, éthique et dignité. Actes du colloque organisé à Limoges les 19 et 20 novembre*, p. 327-333. Limoges : Presses universitaires de Limoges.

Bouilloud, J. P. (2009). *Devenir sociologue : histoires de vie et choix théoriques*. Toulouse : Erès.

Bourgeault, G. (1990). *L'éthique et le droit face aux nouvelles technologies biomédicales*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.

Bourdieu, P., Chamboredon, J. C. et Passeron, J. C. (2005). « Introduction. Épistémologie et méthodologie », in *Le métier du sociologue : préalables épistémologiques*. Paris : École des hautes études en sciences sociales.

Bourdieu, P. (2004). *Esquisse pour une auto-analyse*. Paris: Éditions Raisons d'Agir.

- Bourdieu, P. (2001). *Science de la science et réflexivité*. Paris : Raison d'Agir.
- Bourdieu, P. (1998). *La domination masculine*. Paris : Seuil.
- Bourdieu, P. (1993). « Comprendre », in *La misère du monde*, p. 1389-1447. Paris : Édition du Seuil.
- Bourdieu, P. (1987). « Objectiver le sujet objectivant », in *Chose dites*, p.112-116. Paris : Éditions de Minuit.
- Bourdieu, P. (1984). *Homo Academicus*. Paris : Éditions de Minuit.
- Bourgeois, B. (1990). *Philosophie et droit de l'homme, de Kant à Marx*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Bourguet, V. (1999). « Être humain avec l'embryon humain », in *Revue Liberté Politique*, n°10, Éd. F. X de Guilbert.
- Breuvart, J. M. (1994). « Le concept philosophique de dignité humaine », in *Revue d'éthique et de théologie morale Le supplément*, n°191, p. 99. CERF.
- Brock, D. (1993). « Informed consent », in *Life and Death*. Cambridge Univ. Press.
- Brown, C. (2008). « Kant and Therapeutic Privilege », in *Journal of Medicine and Philosophy*, vol. 33, n°4, p. 321-336.
- Bryon-Portet, C. (2011). « La tension au cœur de la recherche anthropologique : la dialectique intérieur/extérieur, théorie/pratique, une nécessité pour l'étude des institutions fermées », in *Anthropologie et Société*, vol. 35, n°3, p. 209-231.
- Buisson, O. (2011). *Qui a peur du point G ? Le plaisir féminin une angoisse masculine*. Paris : Jean-Claude Gawsewitch Éditeur.
- Butler, J. (2006). *Trouble dans le genre. Le féminisme et la subversion de l'identité*. Paris : La Découverte.
- Cabane, B. C. (2008). *La coupure, l'excision ou les identités douloureuses*. Paris : Dispute.
- Cabane, B. C. (2002). *La coupure : problématique actuelle de l'excision au Mali : du rite initiatique au fer de lance identitaire*, Mémoire de DEA, Université d'Aix-Marseille.
- Callahan, D. (1990). *What Kind of Life ?* New York : Simon & Schuster.
- Canto-Sperber, M. (2004). *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*, tomes 1 et 2. Paris : QUADRIGE/PUF.

Cappa, C. (2014, juin). « Mutilations génitales féminines/excision : bilan statistique », in *Développement et santé*, n°205, p. 2-5.

Caratini, S. (2004). *Les non-dits de l'anthropologie*. Paris : Presses Universitaires de France.

Carbonne, N. (2011). *Les mutilations sexuelles féminines*. Paris : Berg International éditeurs.

Casaux-Bussière, M. (2014, juin). « Le cas de Tostan au Sénégal : les droits humains comme fondement des changements sociaux », in *Développement et santé*, n°205, p. 35-38.

Castillo, M. (2007). *La responsabilité des modernes. Essai sur l'universalisme kantien*. Paris : Kimé.

Catéchisme de l'Église Catholique. (1992). Paris : MAME/PLON.

Centre Djoliba. (1999). *Une loi contre l'excision au Mali ? Opportunités obstacles stratégies*. Bamako.

Champin, C. (1999, 17 février). « L'excision : c'est aussi une affaire d'argent », in *Le Temps*, n°183, p. 5.

Chebel, M. (2009). *Dictionnaire encyclopédique du Coran*. Fayard.

Commaret, D. (2004). « Dignité et droit criminel », in *Justice, éthique et dignité. Actes du colloque organisé à Limoges les 19 et 20 novembre*, p. 243-257. Limoges : Presses universitaires de Limoges.

Commission Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples. (2003). « Protocole à la charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes ». Récupéré le 17 janvier 2015 de <http://www.achpr.org/fr/instruments/women-protocol/>.

Concile Œcuménique Vatican II. (1967). « Gaudium et Spes ». Paris : Centurion.

Constitution du Mali (1992). Récupéré le 16 juillet 2015 de <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/CAFRAD/UNPAN002746.pdf>

Coquery Vidrovitch, C. (2003). « La femme africaine : de la soumission à l'émancipation géopolitique », in *Présence Africaine*, n°10, p. 121-134.

Coquery Vidrovitch, C. (1994). *Les africaines. Histoire des femmes d'Afrique noire du 19^{ème} au 20^{ème} siècle*. Paris : Éditions Desjonquere.

Coulibaly, A. (1999, 23 février). « L'excision en jugement », in *L'Essor* n°13907, p. 4.

Creswell, J. (1998). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Cuzin, B. (2014, juin). « Complication médicales, obstétricales et psychologiques des MSF », in *Développement et santé*, n°205, p. 10-15.

Dabalé, A. (2014, juin). « Projet commun Femmes Solidaires et Karera-Gamissa de lutte contre les MGF en région Afar d'Éthiopie », in *Développement et santé*, n°205, p. 43-45.

D'Aviau de Ternay, H. (1992). *La liberté kantienne, un impératif d'exode*. Paris: Cerf.

Daly, M. (1978). *Gyn/Ecology. The metaethics of radical feminism*. Boston: Beacon Press.

Danioko, M. (1999, 11 mars). « Excision, pomme de discorde entre musulmans », in *L'Observateur*, n°440, p. 5.

De Koninck, T., Larochelle, G. (2005). *La dignité humaine, philosophie, droit, politique, économie, médecine* Paris : PUF.

De Koninck, T. (1995). *De la dignité humaine*. Paris : QUADRIGE/PUF.

De Koninck, C. (1943). *De la primauté du bien commun contre les personnalistes. Le principe de l'ordre nouveau*. Montréal : Fides.

De Koninck, C. (1942). *De la primauté du bien commun contre les personnalistes*. Québec.

De Langavant, G. C. (2001). *Bioéthique Méthode et complexité*. Québec : Presses de l'Université du Québec.

De Libera, A. (2007). *Archéologie du sujet. Naissance du sujet*. vol.1. Paris : Vrin.

Dembélé, A. (1985). *Quelques coutumes qui nuisent à la santé de la femme : l'excision et l'infibulation*. Mémoire de fin d'études ENSUP, DER Biologie. Bamako.

Dembélé, M. (2010). *Les mutilations génitales féminines au Mali : approches éthiques et perspective pastorales*. Dissertation de Licence Pontificia Facoltà Teologica Teresianum. Istituto Internazionale di Teologia Pastorale Sanitaria Camillianum. Roma.

De Raymond, J. F. (2005). « Repenser l'économie », in De Koninck, T et Larochelle, G. *La dignité humaine, philosophie, droit, politique, économie, médecine*, p. 113-144. Paris : Presses Universitaires de France.

Desrumeaux, A., Ballo, B. (2014, juin). « Protéger la Prochaine Génération : un projet pilote et intégré de promotion de l'abandon des MGF dans le district sanitaire de Kayes », in *Développement et santé*, n°205, p. 39-42.

Devereux, G. (1983). *Baubo la vulve mythique*. Paris : J. C. Godefroy.

- Devereux, G. (1982). *Femme et Mythe*. Paris : Flammarion.
- Devereux, G. (1980). *De l'angoisse à la méthode*. Paris : Flammarion.
- Devereux, G. (1979). *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Paris : Gallimard.
- Devereux, G. (1972). *Ethnopsychanalyse complémentaire*. Paris : Flammarion.
- Diakité, F. S. (2000). « Les mutilations génitales féminines : une question de pouvoir plus qu'une tradition et une culture en Afrique », in : Pontault, M. (dir). *Femmes en Francophonie*, Haut Conseil de la Francophonie, p. 37-46. Paris : L'Harmattan.
- Diallo, H. (1990). *Aspect socio-sanitaire de l'excision au Mali*. Thèse de doctorat en médecine. Bamako : ENMP.
- Diallo, A. (1978). *L'excision en milieu bambara*. Mémoire de fin d'études DER philo-psycho-pédagogie. Bamako : ENSUP.
- Diarra, A. (2013). *Consultation sur les mutilations génitales féminines à Kayes : l'abandon de la pratique de l'excision et la résistance de certains villages au changement*. Rapport final. Bamako.
- Diarra, A. (2013). *Rapport de l'état de lieux du processus d'adoption d'une réglementation sur l'abandon des mutilations génitales féminines*. Bamako.
- Diarra, S. F. (1999, 12 février). « Excision : un procès ahurissant à Paris. Une pratique à la fois honorable et criminelle ? », in *Nouvelle Horizon*, n°1162, p. 3.
- Diarra, T. J. (2002). *Christianisme et Excision, Repères pour une prise de position*. Bamako : Centre Djoliba.
- Dijon, X. (2012). « Débats Nord-Sud sur l'intégrité corporelle », in *Ethica*, vol. 17, n°2, p. 49-70.
- Diop, A. S. (1998, 11 mars). « L'excision au Sénégal : après le vote de la loi le débat continue », in *Nouvelle Horizon*, n°1179, p. 6.
- Dirie, W., Miller, C. (1998). *Fleur du désert*. Éditions Albin Michel S.A.
- Doray, B. (2006). *La dignité. Les debouts de l'utopie*. Paris : La dispute/SNEDIT.
- Doré, L. (2012). *Le drame de l'excision*. Paris : L'Harmattan.
- Doucet, H. (1995). *Au pays de la bioéthique*. Genève : Labor et Fides.

- Dramé, A. (1999, 31 mars). « Forum national sur la justice, l'AMUPI ne servira pas de faire-valoir », *Le Carcan*, n°70, p. 3.
- Durand, G. (2011). *Une éthique à la jonction de l'humanisme et de la religion*. Québec : FIDES.
- Durkheim, E. (2009). *Les règles de la méthode sociologique*. Paris : Payot & Rivages.
- Engelhardt, H. T. (2013). *Les fondements de la bioéthique*. Belles lettres.
- Engelhardt, H. T. (2006). « Global Bioethic : An Induction to the Collapse of Consensus », in *Global Bioethic, the Collapse of Consensus*, (dir). Engelhardt, H. T., Salem, M. A. M&M Schivener Press.
- Erlich, M. (1986). *La femme blessée. Essai sur les mutilations sexuelles féminines*. Paris : L'Harmattan.
- Ethica*. (2012). Revue interdisciplinaire de recherche en éthique, vol. 17, n 2. Bibliothèque nationale du Québec.
- Fagot-Largeault, A. (1994). « Bref historique du concept de consentement », in Lemaine, F. Fagot-Largeault, A. Ghanassia, J. *Consentement éclairé et recherche clinique*, p. 5. Paris : Flammarion.
- Fassin, D., Lézé, S. (2013). *La question morale. Une anthologie critique*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Fassin, D. (1999). L'anthropologie entre engagement et distanciation, in *Vivre et penser le Sida en Afrique*. Karthala.
- Fauvelle-Aymar, F.-X. (2013, janvier-mars). « L'islam a construit le Sahara », in *Les Collections de l'Histoire*, n°58, p. 30-37.
- Favret-Saada, J. (1977). *Les mots, la mort, les sorts*. Paris: Gallimard.
- Feldman, J., Canter Kohn, R. (2000). *L'Éthique dans la pratique des sciences humaines: dilemmes*. Montréal : L'Harmattan.
- Ferretti, G. (2001). *Ontologie et Théologie chez Kant. Relire Kant après Heidegger et Lévinas*. Traduit de l'italien par Pierre Chapel de la Pachevie. Paris : Cerf.
- Ferry, L., Khan, A. (2010). *Faut-il légaliser l'euthanasie ?* Paris : Odile Jacob.
- Fiat, E. (2012). *Petit traité de dignité, Grandeur et misère des hommes*. Larousse.

Fogou, A. (2012). Droit à la propriété du corps et sauvegarde de la vie et de l'intégrité personnelle, in *Ethica*, vol. 17, n°2, p. 121-151.

Foucault, M. (1976). *Histoire de la sexualité I. La volonté de savoir*. Gallimard.

Freud, S. (2014). *Cinq Psychanalyses*. Paris : P.U.F.

Freud, S. (1979). *Totem et Tabou*. Paris : Payot.

Freud, S. (1969). *La vie sexuelle*. Paris : P.U.F.

Freud, S. (1967). *Moïse et le monothéisme*. Paris : Gallimard.

Freud, S. (1929). *Introduction à la Psychanalyse*. Paris : Payot.

Gaboriau, S. (2004). « Le respect de la dignité humaine dans les pratiques judiciaires », in *Justice, éthique et dignité. Actes du colloque organisé à Limoges les 19 et 20 novembre*, p. 259-272. Limoges : Presses universitaires de Limoges.

Gaboriau, S., Pauliat, H. (2004). *Justice, éthique et dignité. Actes du colloque organisé à Limoges les 19 et 20 novembre*. Limoges : Presses universitaires de Limoges.

Gaudreau, E. (2008). « *Exploration sur l'existence et la nature de la Bioéthique en Asie* ». Mémoire de maîtrise. Montréal : Département de médecine sociale et préventive. Faculté de médecine.

Gautier, A. (2000). Les Droits reproductifs, une nouvelle génération de droits ? Récupéré le 25 mai 2015 de http://horizon.documentation.ird.fr/exldoc/pleins_textes/pleins_textes_7/autrepart/010023309.pdf

Gautier, B. (2010). *Recherche sociale. De la problématique à la collecte des données*. Québec : Presses de l'Université du Québec.

Gibson, B. E. (2011). « Disability and dignity-enabling home environments », in *Social Science & Medicine*, vol. 74, n°2012, p. 211-219. Récupéré le 28 décembre 2012 de <http://www.elsevier.com/locate/socscimed> .

Gillette-Faye, I. (2014, juin). « Trente ans de réussite face à une pratique millénaire », in *Développement et santé*, n°205, p. 46-49.

Giordano, Y. (2003). *Conduire un projet de recherche. Une perspective qualitative*. EMS/Management & Société.

Goffi, J. Y. (2008). *Penser l'euthanasie. La dignité humaine*. Paris : PUF.

- Goffi, J. Y. (2008). « La dignité de l'homme et la bioéthique », in *Sens public*. Récupéré le 11 février 2013 de <http://www.sens-public.org>.
- Griaule, M. (1966). *Dieu d'eau*. Paris : Fayard.
- Grodin, J. (1993). *L'universalité de l'herméneutique*. Paris : PUF.
- Guardini, R. (1985). *Le droit à la vie avant la naissance*. Vicenza.
- Guelfand, G. (2013). *Les études qualitatives : fondamentaux, méthodes, analyse, techniques*. Cormelles-Le-Royal : Éditions EMS, Management & Société.
- Guest, G., Bunce, A., Johnson, L. (2006). « How many interviews are enough ? An experiment with data saturation and variability », in *Field Methods*, vol. 18, n°1, p. 59-82.
- Guinamard, L. (2014, juin). « Changements sociaux : introduction », in *Développement et santé*, n°205, p. 30.
- Guinamard, L. (2014, juin). « Un nouvel élan en faveur de l'abandon de l'excision », in *Développement et santé*, n°205, p. 50-53.
- Günthor, A. (1982). *Chiamata e risposta*, vol. 3. Rome : Éd. Paulines.
- Habermas, J. (2013). *De l'éthique de la discussion*. Trad. Mark Hunyadi. Paris : Flammarion.
- Habermas, J. (2002). *L'avenir de la nature humaine. Vers un eugénisme libéral*. Paris : Gallimard.
- Habermas, J. (1986). *Morale et communication*. Paris : Flammarion
- Habermas, J. (1978). *Teoria e prassi nella società tecnologica*. Bari : Laterza.
- Habib, C. (2004). « Amour », in Canto-Sperber, M. *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale* tome 1, p. 40-50. Paris : QUADRIGE/PUF.
- Hamel, J. (2010). *L'analyse qualitative interdisciplinaire. Définition et réflexion*. Paris : L'Harmattan.
- Hamel, J. (2008). Qu'est-ce que l'objectivation participante ? Pierre Bourdieu et les problèmes méthodologiques de l'objectivation en sociologie. Récupéré le 13 décembre 2012 de <http://www.socio-logos.revues.org/1482> .
- Hanson, B. (2001). « Principe d'autonomie », in Hottois et Missa. *Nouvelle encyclopédie de bioéthique*. Bruxelles : DeBoeck et Larcier.

- Hayry, M. (2005). « The tension between self-governance and absolute inner worth in Kant's moral philosophy », in *Journal of Medical Ethics*, vol. 31, n°11, p. 645-647.
- Hazan, Y. R., Chastonay, P. (2006). *Santé et droits de l'homme. Les nouvelles insécurités*. Genève : Éditions Médecine & Hygiène.
- Henry, N., Weil-Curiel, L. (2007). *Exciseuse. Entretien avec Hawa Gréou*. City Éditions.
- Hennequin, E. (2012). *La recherche à l'épreuve des terrains sensibles : approches en sciences sociales*. Paris : L'Harmattan.
- Héritier, F. (2013). « Peut-on penser une éthique à valeur universelle ? », in *Comité consultatif national d'éthique. La bioéthique pour quoi faire ?* p. 23-29. Paris : Presses Universitaires de France.
- Hessel, S. (2012). Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, un peu d'histoire. Récupéré le 25 janvier 2013 de <http://www.89.com/2012/11/02/economist-soutient-ot>.
- Heubel, F. & Biller-Andorno, N. (2005). « The contribution of Kantian moral theory to contemporary medical ethics: A critical analysis », in *Medicine, Health Care and Philosophy* vol. 8, n°1, p. 5-18.
- Hirt, J. M. (2012). *La dignité humaine*. Paris : Desclée de Brouwer.
- Hosken, F. (1983). *Les mutilations génitales féminines*. Paris : Denoël/Gonthier.
- Hosken, F. (1979). *The Hosken Report : Genital and sexual Mutilation of Women*. Lexington : WinNews.
- Hottois, G. (2009). *Dignité et diversité des hommes*. Paris: Librairie philosophique J. Vrin.
- Hottois, G. (1999). *Essai de philosophie bioéthique et biopolitique*. Paris : Vrin.
- Hottois, G. (1990). *Le paradigme bioéthique*. Bruxelles/Montréal : De Boeck/ERPI.
- Huberman, A. M., Miles, M. B. (1991). *Analyse des données qualitatives. Recueil de nouvelles méthodes*. Bruxelles : De Boeck.
- Hude, H. (2004). *L'éthique des décideurs*. Nouvelle édition. Paris: ECONOMICA.
- Jacobson, N. (2009). « A taxonomy of dignity: a grounded theory study. BMC », in *International Health and Human Right*, vol. 9, n°3, p. 1-33.
- Jean-Paul II. (1995). *L'Église en Afrique*. Paris : Cerf.

Jean-Paul II. (1995). *Lettre aux femmes*. Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano.

Jean-Paul II. (1995). *Lettre encyclique, evangelium vitae*. Paris : Mediaspaul.

Jean-Paul II. (1993). *Lettre encyclique, veritatis splendor*. Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano.

Jean-Paul II. (1989). « Exhortation », *Christifideleslaici*, n°17.

Jean-Paul II. (1988). *Lettre encyclique, mulieris dignitatem*. Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano.

Jean-Paul II. (1980). « Message du Saint-Père aux jeunes de la France ». Rome : Libreria Editrice Vaticana. Récupéré le 8 avril 2015 de : http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/fr/speeches/1980/june/documents/hf_jp-ii_spe_19800601_giovani-di-francia.html

Johnson, J. C. (1998). « Research design and research strategies », in *Handbook of methods in cultural anthropology*, (dir). H. R. Bernard. Walnut Creek, CA: AltaMira. p. 131-172.

Jonas, H. (1990). *Le principe de la responsabilité*. Trad. J. Greich. Paris : Cerf.

Jonckers, D. (1986). « Les faiseurs d'enfants. Réflexion sur le statut des femmes dans le système religieux minyanka », in *Journal des Africanistes*, vol. 56, n°1, p. 51-56.

Jorda, C. (2004). « Un espoir pour le respect de la dignité humaine : l'essor de la justice pénale internationale », in *Justice, éthique et dignité. Actes du colloque organisé à Limoges les 19 et 20 novembre*, p. 119-126. Limoges : Presses universitaires de Limoges.

Kaboglu, O. I. (2004). « Qu'est-ce que la dignité ? (approche de droit et de culture comparés : le point de vue religieux, christianisme, islam) », in *Justice, éthique et dignité. Actes du colloque organisé à Limoges les 19 et 20 novembre*, p. 105-115. Limoges : Presses universitaires de Limoges.

Kahn, A. (2000). *Et l'homme dans tout ça ? Plaidoyer pour un humanisme moderne*. Paris : Nil.

Kant, E. (2003). *Critique de la raison pratique*. Traduction par Jean-Pierre Fussler. Paris : Flammarion.

Kant, E. (1994). *Métaphysique des mœurs II*. Paris : Flammarion.

Kant, E. (1993). *Fondement de la métaphysique des mœurs*. Librairie Générale Française.

Kaplan, A., Hechavarria, S., Bernal, M., Bonhoure, I. (2013). « Knowledge, attitudes and practices of female genital mutilation/cutting among health care professionals in the Gambia: a

multi-ethnic study ». Récupéré le 23 juin 2015 de <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/851>

Kéita, M. (1999, 22 février). « Excision : Fatoumata Siré verse de l'huile sur le feu », in *Nouvelle Horizon*, n°1168, p. 6.

Kéita, M. (1999, 10 mars). « Excision : L'Imam Moussa Diallo serait-il un corrompu ? », in *Nouvelle Horizon*, n°1178, p. 6.

Kellerhals, J. et Languin, N. (2008). *Juste ? Injuste ? Sentiments et critères de justice dans la vie quotidienne*. Paris : Payot & Rivages.

Kenmogne, E. (2012). « Une approche africaine de la bioéthique ? », in *Ethica*, vol. 17, n°2, p. 13-25.

Kerstein, S. J. (2009). « Kantian Condemnation of Commerce in Organs », in *Kennedy Institute of Ethics Journal*, vol. 19, n°2, p. 147-169.

Kimbiri, M. (1998, 11 mars). Emission télévisée « Faits de société » sur l'excision, in *Nouvelle Horizon*, n°1179, p. 6.

Ki-Zerbo, J. (1972). *Histoire de l'Afrique Noire D'Hier à Demain*. Paris : Librairie A. Hatier.

Koita, I. (1999, 16 février). « La campagne contre l'excision : procède-t-elle du mépris culturel ? », in *Le Républicain*, n°487.

Konaté, L. (2007). « Législation, introduction », in *Ministère de la Santé du Mali*. 26/10/2007. p.1.

Kouri, R. et Philips-Nootens, S. (2012). *L'intégrité de la personne et le consentement aux soins*. 3^{ème} édition. Québec : Éditions Yvon Blais.

Kouyaté, M. (2014, juin). « La médicalisation des mutilations génitales féminines et ses conséquences », in *Développement et santé*, n°205, p. 16-18.

Kuzel, A. (1992). « Sampling in qualitative inquiry », in *Doing qualitative research*, (dir). B. Crabtree and W. Miller, p. 31-44. Newbury Park, CA: Sage.

Laberge, J. (2011). *Plaidoyer pour une morale du bien. Vertu, perfection, excellence*. Montréal : Bibliothèque et archives nationales du Québec.

Ladepeche.fr (2012). Le scandale des militaires américains en Afghanistan. Récupéré le 15 janvier 2013 de <http://www.ladepeche.fr/article/2012/01/12/1259062-enquete-sur>.

Ladrière, P. (2001). *Pour une sociologie de l'éthique*. Paris : Presses Universitaires de France.

Ladrière, P. et Gruson, C. (1992). *Éthique et gouvernabilité : un projet pour l'Europe*. Paris : Presses Universitaires de France.

Latoures A. (2008). *Saisir l'État en action en Afrique Subsaharienne : action politique et appropriation de la cause des mutilations féminines au Mali et au Kenya*. Bordeaux : Université Montesquieu.

Le Doujet, D. (2014). *Pour une revalorisation du corps. Intimité, dignité et service à la personne*. Rennes : PRESSES DE L'ÉCOLE DES HAUTES ÉTUDES EN SANTÉ PUBLIQUE.

Lefevre-Déotte, M. (1997). *L'excision en procès : un différend culturel?* Paris : L'Harmattan.

Lenoir, N. et Mathieu, B. (1998). *Les normes internationales de la bioéthique*. Paris : PUF.

Lequan, M. (2001). *La philosophie de Kant*. Seuil.

Leleu, G. (2009). *La caresse de Vénus*. Paris : LEDUC.S Éditions.

Leuliette, P. (1980). *Le viol des viols*. Paris : Robert Laffont.

Lévi-Strauss, C. (1979). *Race et Histoire*. Paris : Denoël Gontier.

Lévi-Strauss, C. (1955). Regard en arrière et comment devient-on ethnographe? In *Tristes tropiques*. Paris: Plon.

Lévi-Strauss, C. (1950). *Anthropologie structurale*. Paris: Plon.

Louvel, B. (2004). « Dignité et Dignités », in *Justice, éthique et dignité. Actes du colloque organisé à Limoge les 19 et 20 novembre*, p. 37-41. Limoges : Presses universitaires de Limoges.

MacDougall, C., Fudge, E. (2001). « Planning and recruiting the sample for focus groups and in-depth interviews », in *Qualitative Health Research*, vol. 11, p. 117-126.

Mackie, G. (1996). « Ending Footbinding and Infibulation. A conventional Account », in *American Sociological Review*, vol. 61, n°6, p. 999-1017.

MacKinnon, C. (1989). « The Problem of Marxism and Feminism », in *Toward a Feminist Theory State*, Cambridge et Londres : Harvard U. P.

Macklin, R. (2003). « Dignity is a useless concept », in *British Medical Journal*. vol. 327, p. 1419.

Maillard, N., Romagnoli, S. (2014). « Intégrité corporelle : une notion aux significations et applications multiples », in *Bioethica Forum*, vol. 7, n°2, p. 43-48.

Makowiak, A. (2009). *Kant, l'impératif et la question de l'homme*. Grenoble : Édition Jérôme Million.

Manon, S. (2008). La morale kantienne : rigorisme et formalisme. Récupéré le 10 janvier 2013 de <http://www.philolog.fr>.

Marchand, M. (2009). *Éthique et pratiques sociales. Essai de morale réaliste*. Montréal : Liber.

Marie de l'Assomption, O. P. (2014). *L'Homme, personne corporelle. La spécificité de la personne humaine chez Saint-Thomas d'Aquin*. Paris : Parole et Silence.

Maritain, J. (1982). « Metafisica e morale », in *Ragione e ragioni*. Milan : Vita e Pensiero, p. 91.

Marshall, P. A. et Koenig B. (2000). « Bioéthique et anthropologie : situer le bien dans la pratique médicale », in *Anthropologie et Sociétés*, vol. 24, n°2, p. 35-55.

Martens, P. (2004). « La dignité humaine : bonne à tout faire des cours constitutionnelles », in *Justice, éthique et dignité. Actes du colloque organisé à Limoges les 19 et 20 novembre*, p. 143-158. Limoges : Presses universitaires de Limoges.

Martinez-Polomo, A. (2005). « Responsabilité sociale et santé », in UNESCO. *Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme. Histoire, principes et application*. Récupéré le 20 mai 2015 de <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001829/182954f.pdf>

Massé, R., Mondou, I. (2013). *Réduction des méfaits et tolérance en santé publique : enjeux éthiques et politiques*. Québec : Presses de l'Université Laval.

Massé, R. (2003). *Éthique et santé publique. Enjeux, valeurs et normativité*. Québec : Les presses de l'Université Laval.

Masson, D. (1967). *Le Coran*. Traduction par D. Masson. Bibliothèque de la Pléiade : Éditions Gallimard.

Maurer, B. (1999). *Le principe du respect de la dignité humaine et la Convention européenne des droits de l'homme*. Paris, La documentation française.

Mbonda, E. M. (2012). « Rationalité et universalité des valeurs morales : à propos du débat sur l'excision », in *Ethica*, vol. 17, n°2, p. 97-120.

Menke, C. (2006). De la dignité de l'homme à la dignité humaine : le sujet des droits de l'homme. Récupéré le 29 décembre 2012 de <http://www.recherchez.org/-de+l'homme> .

Michelat, G. (1975). « Sur l'utilisation de l'entretien non directif », in *Revue française de sociologie*, vol. 16, p. 229-247.

Miles Matthew, B et Huberman Michael, A. (2003). *Analyse des données qualitatives*. Bruxelles : De Boeck.

Mill, J. S. (1988). *L'utilitarisme*. Paris : Champs classique.

Ministère de la Promotion de la Femme de l'Enfant et de la Famille. (2009). *Enquête sur le phénomène de l'excision*. Volet quantitatif. Bamako : Programme National de Lutte contre l'Excision. Bamako.

Ministère de la Promotion de la Femme de l'Enfant et de la Famille. (2009). *Rapport national sur l'excision 2008*. Bamako.

Ministère de la Promotion de la Femme de l'Enfant et de la Famille. (2008). *Manuel du participant pour la prise en charge médicale, psychologique et juridique des complications liées aux MGF/Excision*. Bamako.

Ministère de l'Économie, des Finances et du Budget. (2013). *Annuaire statistique du district de Bamako année 2011*. Bamako.

Mirabel, X. (2005). « Le choix du traitement à l'approche de la mort, entre abandon et acharnement thérapeutique », in Ars, B. et Montero, E. *Euthanasie les enjeux du débat*, p. 13-56. Bruxelles : Presses de la Renaissance.

Mongin, C. et Reinert, P. (2014, juin). « Éditorial », in *Développement et Santé*, n°205, p. 1.

Moore, A. (2007). Deontological Ethics. *Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Stanford: Stanford University.

Morse, J. (1994). « Designing funded qualitative research », in *Handbook for qualitative research*, p. 220-235, (dir). N. Denzin and Y. Lincoln. Thousand Oaks, CA: Sage.

Munster, A. (2010). *Principe responsabilité ou principe espérance ?* Paris : Le Bord de l'eau.

Nancy, J. L. (2000). *L'Intrus*. Paris : Galilée.

Nancy, J. L. (1993). *Le sens du monde*. Paris : Galilée.

Nations Unies. (1995). Déclaration et programme d'action de Beijing. Récupéré le 17 janvier 2015 de <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20F.pdf>

Nations Unies. (1994). Rapport de la conférence internationale sur la population et le développement. Le Caire, 5-13 septembre 1994. Récupéré le 17 janvier 2015 de http://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd_fre_3.

Nelli, R. (1972). *Érotique et civilisation*. Paris: Weber.

Neuberg, M. (2004). « Responsabilité », in Canto-Sperber, M. *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale, tome 1*, p. 1679-1686. Paris : QUADRIGE/PUF.

Niangaly, A. (1999, 16 avril). « La campagne contre l'excision : la colère des islamistes », in *Le Républicain*, n°525.

Nussbaum, M. C. (1997). Capabilities and Human Rights, 66, Fordham L. Rev. 273. Récupéré le 1^{er} février 2013 de <http://www.ir.lawnet.fordham.edu/flr/vol66/iss2/2>.

Nyano, E. (2012). « Rationalité éthique et pratiques africaines : le cas de l'excision », in *Ethica*, vol. 17, n°2, p. 27-48.

Nyano, E. (2012). « L'empirisme et les caractéristiques de la morale : réponse à Xavier Dijon », in *Ethica*, vol. 17, n°2, p. 71-95.

OMS. (2012). Mutilations sexuelles féminines. Aide-mémoire, n°241, février 2012. Récupéré le 13 février 2013 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/fr>.

OMS. (2006). *Mutilations génitales féminines et devenir obstétrical : étude prospective concertée dans six pays africains*, Genève. Récupéré le 13 février 2013 de <http://www.who.int/reproductive-health>.

OMS. (1997). *Déclaration de Jakarta sur la Promotion de la Santé au XXIème siècle*. Récupéré le 22 mai 2015 de http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_fr.pdf

OMS (1979). *Les pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants. Circoncision féminine, mariage des enfants, tabous nutritionnels et autres pratiques*. Rapport d'un séminaire tenu à Khartoum du 10 au 15 février 1979. Récupérer le 16 Janvier 2015 de https://www.who.int/emro/tp/EMRO_TP_2_fre

OMS (1948). *Constitution*. Récupéré le 23 mai 2015 de http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf

ONU. (2012). Les États membres des Nations Unies. Récupéré le 19 janvier 2013 de <http://www.un.org/fr/membres/>.

ONU. « Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes ». Récupéré le 17 janvier 2015 de https://www.unodc.org/pdf/.../compendium_2006_fr_part_03_03

- Pandolfi, P. (2013, janvier-mars). « Les Touaregs : enquête sur un peuple mythique », in *Les Collections de l'Histoire*, n°58, p. 43- 46.
- Pauliat, M. (2004). « De la dignité à la dignité », in *Justice, éthique et dignité. Actes de colloque organisé à Limoges les 19 et 20 novembre*, p. 29-35. Limoges : Presses universitaires de Limoges.
- Paul VI. (1982). Encyclique « *Humanae Vitae* », in *Enchiridion Vaticanum*, Biligne, Dehoniane, vol. 2, n°14-18, p. 295-303.
- Pavia, M. (2006). « La dignité de la personne humaine », in *Libertés et Droits Fondamentaux*, 12^e éd. Paris : Dalloz.
- Perreau, E. H. (1908). *Éléments de jurisprudence médicale*. Paris : L.G.D.J.
- Perrouin, L. (2000). *La dignité de la personne humaine et le droit*. Thèse, droit privé. Toulouse I.
- PIE XII (1960). *Discours aux participants du congrès international d'histopathologie du système nerveux*, in *Discours et radio message*, 1952, XIV, Tipografia poliglotta Vaticana, Città del Vaticano.
- Piet, E. (2014, juin). « La prévention des mutilations sexuelles féminines », in *Développement et santé*, n°205, p. 19-20.
- Pineau, J. Burman, D. Gaudet, S. (2001). *Théorie des obligations*. 4^e éd. Montréal : Thémis.
- Pires A. (1997). « De quelques enjeux épistémologiques d'une méthodologie générale pour les sciences sociales », in Poupart, J. et al. (Éds) : *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*, p. 5-74. Montréal : Gaëtan Morin.
- Platon. (2009). *La république I/Platon*. Trad. Olivier Battistini. Paris : Nathan.
- Poisson, J. F. (2004). *La dignité humaine*. Bordeaux : Les Études hospitalières.
- Pommier, E. (2012). *Hans Jonas et le Principe Responsabilité*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Pontificio Istituto di studi Arabi e d'Islamistica. (1983). *Islamochristiana. Droit de l'Homme/ Human Rights*. Roma.
- Potter, V. R. (1971). *Bioéthique : bridge to the future*. Englewood Cliffs (NJ), Prentice Hall.
- Potter, V. R. (1970). « Bioéthics: the science of survival », in *Perspectives in biology and Medicine*, p. 127-153.

Poupart, J., Deslauriers, J. P. et al. (1997). *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Gaëtan Morin éditeur.

Prolongeau, H. (2006). *Victoire sur l'Excision*. Paris: Albin Michel.

Proudhon, P.-J. (1989). *De la justice dans la Révolution et dans l'Église*. Tome premier. Fayard.

Rawls, J. (2009). *Théorie de la justice*. Traduit de l'anglais par Catherine Audard. Paris : Points.

Rawls, J. (2004). *La justice comme équité. Une reformulation de la théorie de la justice*. Boréal.

Richard, F., et al. (2014, juin). « Comment mieux comprendre et gérer les signalisations de filles à risque de mutilations sexuelles féminines en Belgique ? Présentation des résultats d'une recherche action », in *Développement et santé*, n°205, p. 21-25.

Ricœur, P. (1988). « Pour l'être humain du seul fait qu'il est humain », in Raymond, J.F. *Les enjeux des droits de l'homme*, p. 233-237. Paris : Larousse.

Rendtorff, J. D. (2002). « Basic ethical principles in European Bioethics and biolaw: Autonomy, dignity, integrity and vulnerability- Towards a foundation of bioethic and biolaw », in *Medicine, Health Care and philosophy*, vol. 5, n°3, p. 235-244.

Ricard, M. A. (2005). « Le défi du politique », in De Koninck et Larochelle. *La dignité humaine, philosophie, droit, politique, économie, médecine*, p. 88-112. Paris : Presses Universitaires de France.

Rochon, C. (2007). « La circoncision des femmes en Afrique : Repenser les politiques de santé », in *Les ateliers de l'Éthique*, vol. 2, n°1, p. 82-92.

Roheim, G. (1978). *Psychanalyse et Anthropologie*. Paris : Gallimard.

Roheim, G. (1940). « Dreams of a Somali Prostitute », in *Journ. of Crimin. Psychopathol*, vol. 2, n°2, p. 162-170.

Roheim, G. (1932). « The national character of the Somali », in *Intern. Jour. Of Psychoanal*, vol. 13, p. 199-221.

Romagnoli, S. (2014). « Intégrité corporelle : une notion aux significations et applications multiples », in *Bioethica Forum*, vol. 7, n°2, p. 42.

Rondeau, C. (1994). *Les paysannes du Mali : espaces de liberté et changements*. Paris : Karthala.

- Saar, F. (1999). « De la survivance d'un mode de pensée archaïque au contrôle de la sexualité féminine : La question de l'excision », in *Présence Africaine*, n°160, p. 83.
- Saint-James, V. (2004). « La dignité en droit public français », in *Justice, éthique et dignité. Actes du colloque organisé à Limoges les 19 et 20 novembre*, p. 159-176. Limoges : Presses universitaires de Limoges.
- Salmona, M. (2013). *Le livre noir des violences sexuelles*. Paris : Dunod.
- Sandel, M. (1994). *Il liberalismo e i limiti della giustizia*. Milan : Feltrinelli.
- Sanogo, R., Giani, S. (2009). *La guerre des femmes. Accoucheuses traditionnelle et promotion de la maternité à moindre risque*. Bamako : Aidemet Ong.
- Schelling, T. C. (1960). *The Strategy of Conflict*. Harvard University Press, Cambridge.
- Seltz, M., Maillachon, F. (2009). « Analyse qualitative et quantitative », in *Le raisonnement statistique en sociologie*, p. 77-86. PUF.
- Sen, A. (2012). *L'idée de la justice*. Trad. Paul Chemla. Flammarion.
- Sen, A. (1993). « Capability and well-being », in M.C. Nussbaum. & A. Sen. (Éds), *The quality of life*, p. 30-53. Oxford: Clarendon Press.
- Sen, A. (1991). « Des idiots rationnels », in *Éthique et économie*, traduit par Sophie Marnat, p. 87-116. Paris : PUF.
- Serour, G. I. (2014, juin). « Références religieuses et le rôle des leaders musulmans pour l'abandon de l'excision », in *Développement et santé*, n°205, p. 31-34.
- Sgreccia, P. (2008). *La dinamica esistenziale dell'uomo*. Milano : Vita e Pensiero.
- Sgreccia, E. (2004). *Manuel de bioéthique, les fondements et l'éthique biomédicale*. Paris: MAME-EDFA.
- Shandall, A. F. (1977). « Circumcision and infibulation of females », in Les mutilations sexuelles féminines infligées aux enfants, *Document « Terre des Hommes »*. Genève.
- Shell-Duncan, B., Hernlund, Y. (2007). « Transcultural Positions: Negotiating Rights and Culture », in Shell-Duncan, B., Hurnlund. *Transcultural Bodies: Female Genital Cutting in the Global Community*, p. 1-54. Pennsylvania : Rutgers University Press.
- Shell-Duncan, B., Hernlund, Y. (2006). « Are the Stages of Change in the Practice of FGC? Qualitative Research Finding Senegal and Gambia », in *African Journal of Reproduction Health*, vol. 10, n°2, p. 57-71.

Shell-Duncan, B. (2001). The Medicalization of care ethics and virtue ethics. *Hypatia*, vol. 21, n°4, p. 21-39.

Sherfey, M. J. (1972). *Nature and evolution of sexuality*. New York : Random House

Siby, F. et al. (2007). *Enquête démographique et de santé du Mali*. Bamako.

Sissoko, A. (1999, 18 février). « La loi au-dessus de la tradition », in *Sud Info*, n°222.

Slatman, J. (2012). « Phenomenology of Bodily Integrity », in *Disfiguring Breast Cancer*. *Hypatia*, vol. 27, n°2, p. 281-300.

Sloterdijk, J. (1999). *Règle pour le parc humain*. Francfort/Main : Mille Et Une Nuit.

Soumaré, C. S. A. (1996). *Culture traditionnelle africaine et marquage du corps féminin. L'excision chez les Bamabara du BéléDougou*. Thèse de doctorat, Institut des Sciences Sociales. Université Toulouse Le Mirail.

Special Edition (2010). « Religions General Data », in *New People*, n°127, p. 38.

Stanton-Jean, M. (2011). Les implications d'une approche basée sur le bien commun en santé publique. Montréal. Récupéré le 5 janvier 2013 de <http://www.agence.santemontreal.qc.ca/fileadmin/asssm/PDFethique/>.

Stanton-Jean, M. (2010). *La Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme : Une vision du bien commun dans un contexte mondial de pluralisme et de diversité culturelle ?* Thèse de doctorat. Faculté des Arts et des Sciences. Sciences humaines appliquées. Option bioéthique, Université de Montréal.

« Synode des évêques pour l'Afrique ». (2009). in *Documentation catholique*, n°2434, p. 1052.

Tamire, M., Molla, M. (2013). « Prevalence and belief in the continuation of female genital cutting among high school girls: a cross - sectional study in Hadiya zone, Southern Ethiopia ». Récupéré le 23 juin 2015 de <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/1120>

Terestchenko, M. (2010). Amartya Sen, Martha Nussbaum et l'idée de justice. Récupéré le 8 février 2013 de <http://www.revudumauss.com>.

Terre, D. (2007). *Les questions morales du droit*. Paris : PUF, Collection Éthique et Philosophie Morale.

Tettamanzi, D. (2005). *L'Évangile de la vie : Fondements et enjeux*. Paris : Salvator.

Tettamanzi, D. (2004). *Les derniers moments de la vie*. Paris : Salvator.

Tharaud, D., Van Der Plancke, V. (2004). « Imposer des discriminations positives dans l'emploi : vers un conflit de dignités ? », in *Justice, éthique et dignité. Actes du colloque organisé à Limoges les 19 et 20 novembre*, p. 177-240. Limoges : Presses universitaires de Limoges.

Thiam, A. (1978). *La parole aux négresses*. Paris : Denoël-Gonthier.

Thiam, A. M. (1999, 9 mars). « Débat sur l'excision : À chacun sa conception ! », in *Les Échos*, n°1177, p. 5.

Thiel, M. J. (2013). *Au nom de la dignité de l'être humain*. Bayard.

Thomas, L. (2004). « Autonomie de la personne », in Canton-Sperber, M. *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale, tome 1*, p. 144-147. Paris : QUADRIGE/PUF.

Toubia, N. (1993). *Female Genital Mutilation. A Call for Global Action*. New York: Women Ink.

Touré, M. (2003). *Excision et Santé de la femme*. Édition Ganndal.

Traités Internationaux. (2012). Récupéré le 25 janvier 2013 de http://www.aidh.org/Biblio/Trait_internat/HP_TI.htm.

Traoré, L. B. (2008). *L'Excision au Mali, Mythes et Réalités*. Bamako.

Trépanier, G. (2006). *Clonage reproductif et dignité humaine*. Montréal : Liber.

Trimingham, J. S. (1949). *Islam in the Sudan*. London, New York, Toronto : Oxford University Press.

Tuffa, E. (2012). « Le chercheur entre « distance » et « sensibilité » La posture clinique au service du chercheur sur un les terrains sensibles », in Hennequin, E. *La recherche à l'épreuve des terrains sensibles : approches en Sciences Sociales*, p. 207-232. Paris : L'Harmattan.

Twycross, R. G. (1989). « Cancer Pain : a Global Perspective », in *The Edinburgh Symposium on Pain Control and Medical Education*. Londres : Royal Society of Medicine.

UNESCO (2005). *Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme. Histoire, principes et application*. Paris : UNESCO. Récupéré le 20 mai 2015 de <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001829/182954f.pdf>

UNESCO. (2005). SHS/EST/05/CONF.203/4. *Note explicative sur l'élaboration de l'avant-projet d'une déclaration relative à des normes universelles en matière de bioéthique*. Paris : UNESCO. Récupéré le 18 mai 2015 de <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001390/139024f.pdf>

UNESCO. (2005). *Déclaration Universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme*. Récupéré le 10 janvier 2013 de www.unesco.org/shs/ethics.

UNESCO. (2003). *Déclaration Internationale sur les données génétiques humaines*. Récupéré le 10 janvier 2013 de <http://www.cairn.info/revue-journal-international-de-bioethique-2003-3.htm>.

UNESCO. (1997). *Déclaration Universelle sur le génome humain et droit de l'homme*. Récupéré le 11 janvier 2013 de http://www.dcalin.fr/internat/declaration_genome_humain.html.

Van Der Kwaak, A. (1992). « Female Circumcision and Gender Identity : A questionable Alliance ? », in *Social Science and Medicine*, vol. 35, n°6, p. 777-787.

Vaucher, H. S. (2001). *Disposer de soi ? Une analyse du discours juridique sur le droit de la personne sur son corps*. L'Harmattan.

Viafora, C. (1989). *Fondamenti di bioetica*. Milan : Casa Editrice Ambrosiana.

Vincent, M., Guerpillon, N. (2014). *Valeurs ? Regards croisés*. Paris : Descartes & Cie.

Vissandjée, B., et al. (2013). « Défis d'intervention en contexte interculturel : le cas de pratiques traditionnelles telles que l'excision et l'infibulation dans une perspective éthique et de santé publique au Canada », in Massé, R. et Mondou, I. *Réduction des méfaits et tolérance en santé publique : enjeux éthiques et politiques*, p. 189-210. Québec : Presses de l'Université Laval.

Weil, S. (1949). *L'enracinement*, I. Paris : Gallimard.

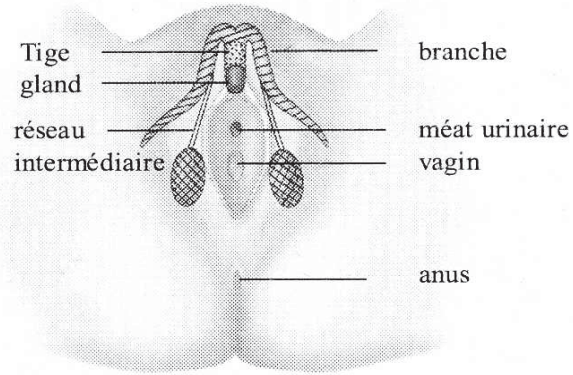
WHO/RHR. (2010). *Stratégie mondiale visant à empêcher le personnel de santé de pratiquer des mutilations sexuelles féminines*. OMS, ONUSIDA, PNUD, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, FIGO, ICN, IOM, MWIA, WCPT, WMA : Organisation Mondiale de la Santé.

WHO/UNICEF/UNFP. (2009). Conference on the medicalization of MGF. *Yemen Women's Union*. « Quantitative study in Aeden, Hadhramouth and Al-Hudaidah, including 600 women with at least one daughter cut ».

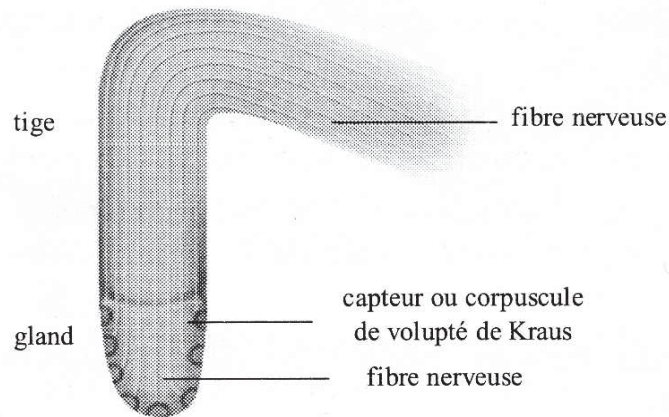
Wojtyła, K. (2011). *Personne et acte*. Paris : Parole et Silence.

Zahan, D. (1960). *Société d'initiation bambara. Le Tomo, le Koré*. Éd. Mouton et Compagnie.

ANNEXE I. Les schémas des organes touchés par les excisions et les infibulations

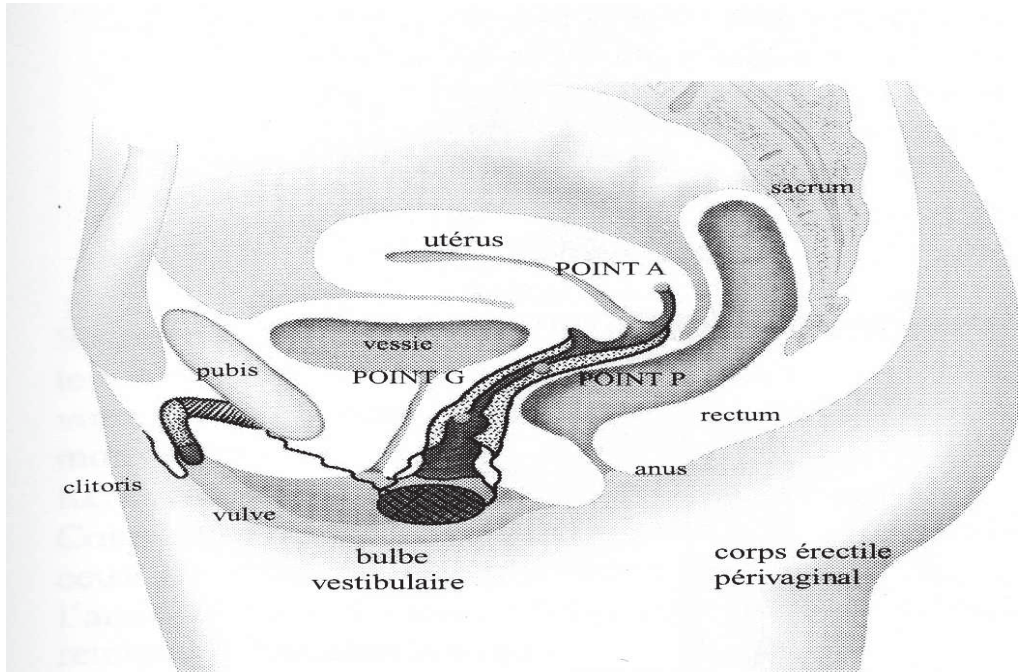


Les corps érectiles vulvaires vus de face

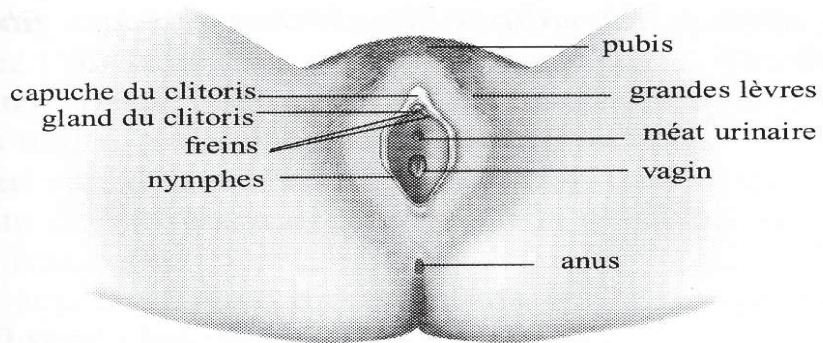


Les capteurs de volupté du clitoris et leurs fibres sensibles

Figure 1. Tiré de Leleu, G. (2009). *La caresse de Vénus*. Paris : Leduc.S. Éditions.



Coupe du bassin : corps érectiles clitoridiens et vaginaux



Fente vulvaire vue de face

Figure 2. Tiré de Leleu, G. (2009). *La caresse de Vénus*. Paris : Leduc.S. Éditions

ANNEXE 2. Le guide d'entrevue

A/ Les expériences pratiques

1. Pouvez-vous nous expliquer comment se déroule le rite de passage de l'enfance à l'âge adulte dans vos traditions ou vos coutumes chez les filles ?
2. Selon vous quelles sont les personnes qui ont des rôles importants à jouer dans ces processus de rite de passage ?
3. Comment se déroule en général le processus de prise de décision qui aboutit aux pratiques des excisions et des infibulations ? Qui décide en dernier ressort ?
4. Dans votre expérience personnelle, à quand remonte votre première décision ou votre participation à des pourparlers qui ont abouti ou non aux pratiques des excisions ou des infibulations ?
5. Pouvez-vous nous dire quelle a été votre attitude dans cette première expérience?
6. Quelle était votre conviction dans cette expérience?
7. De votre première expérience à aujourd'hui avez-vous entendu parler des risques ou complications des excisions et des infibulations ? (si « oui », omettre la question 10, si « non », passer à la question 10).
8. Quelles sont vos sources d'informations sur les risques ou complications des excisions et des infibulations ?
9. Pouvez-vous nous dire quelles sont les risques ou complications qui ont retenu votre attention et pourquoi?
10. A votre avis, les excisions et les infibulations comportent-elles des risques ou complications sur la santé des femmes et des filles? Peut-on éviter selon vous ces risques et complications et comment?

B/ Les opinions envers les pratiques des excisions et des infibulations

11. Selon vous, quelles sont les croyances qui motivent les pratiques des excisions et des infibulations ?
12. Pouvez-vous nous dire quelles sont les raisons qui peuvent vous motiver ou qui peuvent motiver les gens aujourd'hui à autoriser ces pratiques ?
13. Qu'est-ce que votre religion dit des excisions et des infibulations ?
14. Qu'est-ce que votre coutume ou ethnie dit des excisions et des infibulations ?
15. Quelle est votre perception aujourd'hui des pratiques des excisions et des infibulations dans la ville de Bamako : les personnes qui les pratiquent, les lieux et les manières de les pratiquer ?
16. Selon vous, des arguments sur des risques et des conséquences médicales sur la santé des femmes favorisent-ils une compréhension de ces pratiques ?
17. D'après vous, peut-on parler d'enjeux éthiques à propos des excisions et des infibulations ?
18. Les textes internationaux, régionaux et nationaux relatifs aux excisions et aux infibulations signés par le Mali ont-ils de l'impact, selon vous pour une meilleure compréhension de ces pratiques ?

19. Selon-vous, parler de dignité humaine peut-il favoriser une meilleure compréhension des excisions et des infibulations ?
20. Quel peut être l'argument pertinent selon vous, qui favoriserait une meilleure compréhension de ces pratiques dans le respect des cultures?

Le guide d'entrevue en Bamanakan

A/ Musow ka nègèkoro sigi naamu : anw bè mi don ani anw ye mi kè o la

1. Musomani bè tèmèn laada min fè ka kè muso baliku ye, e bè se ka o laada gnè fo wa ?
2. E gnèna, mogo jumèn joro ka bo o laada kuma fo yoro la ?
3. A kow bè latigè cogo di ? Jonni b'a latigè ?
4. Ka bèn e yèrè ka famuyali ma, e ye musow ka nègèkoro sigi yamariya waati jumèn la, wala k'i gni do a kuma na, ni o ma kè ni a waléwali yé ?
5. E gni don ko folo a la, e ye o kè ka da mun kan ?
6. E ka lagnini tun ye mun ye o kola ?
7. Kabini o don fo ka se bi ma, kolonlon ni farati mininw bè se ka soro o la, o lakalila e ye wa ?
8. E ye o kuna foni soro cogo di ?
9. E hakili tora farati ni kolonlon jumèn na ?
10. E ta jate la, nègèkoro sigi bè baasi lase musow ma kènèya ta fan fè wa ?

B/ Musow ka nègèkoro sigi naamu : Anw hakilinata ye mi ye o la

11. E ta jate la, musow ka nègè koro sigi bè tali kè mun kelen na ?
12. E be se ka gnèfo an ye kun jumèn b'a to E bè nègèkoro sigi yamariya bibinina ?
13. E ka diina bè mun fo nègèkoro sigi kola ?
14. E ka siya ni laadaw bè mun fo nègèkoro sigi kola ?
15. Ka ben Bamako duguba ma, E ka kolosilila, laada nin kèbaga, a kèyoro ani a kècogo fan fèn, i bè mun fo o la ?
16. Kumanw minw bè fo kolonlon ni faratiw kan kènèya ta fanfèn, oluw bè a laada famuyali nogoya wala ka gèlèya ?
17. E ta jate la, taabolo nafama wala taabolo nafatan kuma bè se ka fo musow ka nègèkoro sigi kola wa ?
18. An ka jamana gnèmogow ye bolono bila minw kè dignè tonbaw ka sèbèn na laada nin kola, o non yera laada nin waleyali wala a waleyabaliya la wa ?
19. E ta miiri la, ka adamadenya danbe ni laada ni da gnongon ma, o bè se ka famuyali ko gnuma di mogow ma a kan wa ?
20. Kuma jonjon jumèn be se ka fo laada ni famuyali kola ni o ma kè ni laada ni lagosili ye ?

ANNEXE 3. Les approbations éthiques et autorisations municipales

Le certificat du Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES)



N° de certificat
12-141-CERES-P

Comité d'éthique de la recherche en santé

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES), selon les procédures en vigueur, en vertu des documents qui lui ont été fournis, a examiné le projet de recherche suivant et conclu qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la Politique sur la recherche avec des êtres humains de l'Université de Montréal.

Projet	
Titre du projet	Les enjeux éthiques des mutilations féminines au Mali
Étudiant requérant	Moise Dembélé, Candidat au Ph. D. en sciences humaines appliquées (bioéthique), Faculté des arts et sciences
Sous la direction de	Béatrice Godard, professeure titulaire, Faculté de médecine - Médecine et spécialités médicales, Université de Montréal
Financement	
Organisme	Non financé
Programme	
Titre de l'octroi si différent	
Numéro d'octroi	
Chercheur principal	
No de compte	

MODALITÉS D'APPLICATION

Tout changement anticipé au protocole de recherche doit être communiqué au CERES qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique.

Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave doit être immédiatement signalé au CERES

Selon les règles universitaires en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi est disponible sur la page web du CERES.

Le certificat du Comité d'éthique de la Faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie de Bamako (FMPOS)

**MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

**UNIVERSITE DES SCIENCES,
DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO**

~~~~~

FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET  
D'ODONTO-STOMATOLOGIE / BP 1805

☎ : (223) 20 22 52 77

☎ : (223) 20 22 96 58

BAMAKO - MALI

~~~~~

N°2013/ 81 /CE/FMPOS

Le Président du Comité
D'Ethique de la FMPOS

Bamako, le 15 août 2013

(-) **Monsieur Moïse DEMBELE**

Cher Monsieur,

J'ai le plaisir de vous informer que le Comité d'Ethique de la FMPOS approuve définitivement votre projet de recherche intitulé : «**Les enjeux éthiques de l'excision et de l'infibulation au Mali**» ayant constaté l'effectivité de la prise en compte des différentes recommandations faites et vous souhaite plein succès dans vos recherches.

L'autorisation de recherche Commune I District de Bamako

MINISTERE DE L'ADMINISTRATION

REPUBLIQUE DU MALI

TERRITORIALE DE LA DECENTRALISATION

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

ET DE L'AMENAGEMENT DU TERRITOIRE

AUTORISATION ADMINISTRATIVE

W00244M.CI-DB

Je soussigné Maire de la Commune I du district de Bamako, atteste avoir autorisé Monsieur Moise DEMBELE Etudiant en Ph.D en Sciences humaines Appliquées (Option Bioéthique) à l'Université de Montréal au Canada dont le thème porte sur : « Les enjeux éthiques de l'excision et de l'infibulation au Mali » à procéder à des recherches sur le territoire de la Commune I du District de Bamako afin d'élaborer sa thèse.

En foi de quoi la présente autorisation a été établie pour servir ce que de droit.

Bamako le 13 Aout 2013

L'autorisation de recherche Commune II District de Bamako

MINISTERE DE L'ADMINISTRATION
TERRITORIALE ET DE LA DECENTRALISATION
ET DE L'AMENAGEMENT DU TERRITOIRE

GOUVERNORAT DU DISTRICT DE BAMAKO

MAIRIE COMMUNE II

REPUBLIQUE DU MALI
UN - PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

AUTORISATION ADMINISTRATIVE

N°...001...../M.CII-DB

Le Maire de la Commune II du District de Bamako, accorde une autorisation de recherche à Monsieur Moise DEMBELE, étudiant à Ph.D en Sciences Humaines Appliquées (option Bioéthique) à l'Université de Montréal (Canada) dont le thème est « Les Enjeux Ethiques de l'Excision et de l'Infibulation au Mali ».

En foi de quoi, je délivre la présente autorisation pour servir et valoir ce que de droit.

L'autorisation de recherche Commune III District de Bamako

MINISTERE DE L'ADMINISTRATION
TERRITORIALE DE LA DECENTRALISATION
ET DE L'AMENAGEMENT DU TERRITOIRE

.....
GOUVERNORAT DU DISTRICT DE BAMAKO

.....
MAIRIE DE LA COMMUNE III

REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE – UN BUT – UNE FOI

Bamako, le 30 Juillet 2013

AUTORISATION N° 007-2013.....MCHII - DB

Je soussigné Maire de la Commune III du District de Bamako, donne autorisation de recherche à **Monsieur Moise DEMBELE**, étudiant à ph.D. en Sciences Humaines Appliquées (Option Bioéthique) à l'Université de Montréal Canada dont le thème porte sur : « Les enjeux éthiques de l'excision et de l'infibulation au Mali ».

En foi de quoi, je lui délivre cette autorisation pour servir et valoir ce que de droit.

L'autorisation de recherche Commune IV District de Bamako

MINISTRE DE L'ADMINISTRATION
TERRITORIALE, DE LA DECENTRALISATION
ET DE L'AMENAGEMENT DU TERRITOIRE

GOUVERNORAT DU DISTRICT DE BAMAKO

MAIRIE DE LA COMMUNE IV

REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

Bamako, le 07 Août 2013

N° 019/MIV - DB-SG

AUTORISATION ADMINISTRATIVE

Je soussigné Maire de la Commune IV du District de BAMAKO, atteste avoir autorisé Monsieur Moïse DEMBELE Etudiant à Ph. D. en Sciences Humaines Appliquées (Option Bioéthique) à l'Université de Montréal Canada dont le thème porte sur « les enjeux éthiques de l'excision et de l'infibulation au Mali » à procéder à des recherches sur le territoire de la Commune IV du District de Bamako afin d'élaborer sa thèse.

En foi de quoi la présente autorisation a été établie pour servir et valoir ce que de droit.

L'autorisation de recherche Commune V District de Bamako

MINISTÈRE DE L'ADMINISTRATION
TERRITORIALE DE LA DECENTRALISATION ET
DE L'AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE

REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE – UN BUT – UNE FOI

GOUVERNORAT DU DISTRICT DE BAMAKO

MAIRIE COMMUNE V

AUTORISATION N° 333 /MCV-DB

Monsieur Moïse DEMBELE, Etudiant Ph.D. Sciences Humaines Appliquées, option Bioéthique à l'Université de Montréal Canada, est autorisé à effectuer des recherches sur « les enjeux éthiques de l'excision et de l'infibulation au Mali » auprès de cinq (5) personnes.

A ce titre, il réalisera des interviews et autres techniques de collectes des données.

Vous êtes prié de bien vouloir lui faciliter le travail à toutes fins utiles.

L'autorisation de recherche Commune VI District de Bamako

A./M.CVI-DB
MINISTÈRE DE L'ADMINISTRATION TERRITORIALE
DE LA DÉCENTRALISATION ET DE L'AMÉNAGEMENT
DU TERRITOIRE
—————
GOUVERNORAT DU DISTRICT DE BAMAKO
—————
MAIRIE COMMUNE VI
—————

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple Un But Une Foi
—————

Bamako, le 09 JUIL 2019

AUTORISATION ADMINISTRATIVE

N° 57-08773 /M.CVI-DB

Le Maire de la Commune VI du District de Bamako, accorde une autorisation de recherche à Monsieur Moïse DEMBELE, étudiant à Ph.D en Sciences Humaines appliquées (option Bioéthique) à l'Université de Montréal (Canada) dont le thème est « les enjeux éthiques de l'excision et de l'infibulation au Mali ».

En foi de quoi, je délivre la présente autorisation pour servir et valoir ce que de droit.

ANNEXE 4. Le formulaire de consentement

Renseignements généraux

Titre du projet de recherche : « Les enjeux éthiques des excisions et des infibulations à Bamako au Mali ».

Chercheur : Moïse Dembélé, étudiant, Doctorat en sciences humaines appliquées option bioéthique, Université de Montréal.

Directrice de recherche : Béatrice Godard, professeure titulaire, Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal.

Ce projet ne bénéficie pas de financement.

Description du projet

Vous êtes invité (e) à participer à ce projet et nous vous prions de lire attentivement ce formulaire d'information et à poser toutes les questions que vous trouvez nécessaires.

Les mutilations génitales féminines recourent tout un ensemble d'interventions non thérapeutiques visant à porter des modifications volontaires aux organes génitaux externes des femmes et des filles selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS 2012). Les raisons sont aussi diverses que variées en fonction des pays et des ethnies où elles sont pratiquées. Parmi les pays africains, le Mali est l'un des États où le pourcentage de la pratique est l'un des plus élevés : 91,6% de femmes de 15-49 ans, 84% de filles de moins de 15 ans.

Dans ce projet de recherche, nous proposons d'utiliser une approche bioéthique des mutilations génitales féminines au Mali en recourant à la notion de « dignité humaine » considérée dans les dimensions suivantes : « intégrité physique », « vulnérabilité de la personne », « liberté de choix et d'expression », « égalité et équité ». L'objectif visé est de pouvoir apporter un éclairage nouveau, avec ces notions, à la compréhension des enjeux éthiques du phénomène des mutilations génitales. Ce projet pourra contribuer à mieux orienter la population par le biais d'un raisonnement éthique afin de favoriser le bien-être des femmes et des filles dans leur épanouissement personnel et leur liberté de choix de vie.

Objectif

L'objectif général de notre recherche vise à examiner comment la bioéthique, en recourant à la notion de dignité humaine, peut contribuer à une meilleure analyse de la pratique des mutilations génitales féminines.

Notre démarche consistera en une enquête qualitative avec des entrevues semi-dirigées. Nous interrogerons des responsables de famille qui ont déjà pris au moins une décision pour la

pratique des mutilations génitales (il s'agit des hommes et des femmes qui sont responsables de famille et qui ont le dernier mot pour toute décision qui concerne les réalités de leur famille). Etant donné que les traditions généralement sont orientées par des croyances et les pratiques fondées sur des valeurs et des attitudes, nous essayerons d'appréhender le degré de compréhension, les croyances, les valeurs, les attitudes et les perceptions des acteurs impliqués dans les prises de décisions sur l'application de la bioéthique aux mutilations génitales féminines.

Les critères d'inclusion : Hommes et femmes âgés de 18 ans et plus qui ont déjà pris au moins une décision ou autorisé la pratique de mutilations génitales féminines, être de nationalité malienne, nés et avoir grandi au Mali (jusqu'à 18 ans au moins), parlant le français ou le bambara (une langue vernaculaire du Mali que nous comprenons et parlons) et enfin ayant une autorité décisionnelle.

Les critères d'exclusion : Seront exclues de notre échantillon toutes personnes qui ne remplissent pas les critères d'inclusion ci-dessus.

Nous prévoyons effectuer des entretiens demi-dirigés avec une trentaine de personnes afin de recueillir l'éventail des opinions à travers les six communes de la ville de Bamako : 15 femmes et 15 hommes dans la mesure du possible. Le temps prévu pour la durée des entretiens est de 45 minutes au maximum. Nous procéderons nous-même à la collecte et à l'analyse des données de toutes les entretiens.

Nature, durée et conditions de la participation

Nous souhaiterions vous rencontrer à la date, au lieu et à l'heure qui vous conviendront. La rencontre consistera en une entrevue semi-dirigée où nous vous poserons différentes questions sur votre expérience personnelle et votre opinion à propos de la pratique des mutilations génitales féminines. Vous aurez toute la liberté de choisir de ne pas répondre à l'une ou l'autre des questions ou nous indiquer que l'une ou l'autre de vos réponses doit rester confidentielle. Nous prévoyons que les entretiens dureront 45 minutes maximum et feront l'objet de prise de note et d'enregistrement audio, lesquels seront par la suite conservés dans un endroit sûr afin de protéger la confidentialité du contenu des entretiens.

Avantages et inconvénients

Ce projet de recherche vise à approfondir notre compréhension de la pratique des mutilations génitales féminines à travers une approche bioéthique. En participant à cette recherche, vous pourrez contribuer à l'avancement des connaissances sur les enjeux éthiques des mutilations génitales, à la sensibilisation de l'opinion publique et à l'orientation éventuelle de la politique sanitaire en la matière.

Il est possible que le fait de raconter votre expérience pratique et donner votre opinion sur la pratique des mutilations génitales suscite des réflexions ou des souvenirs émouvants ou

désagréables. Si cela se produit, n'hésitez pas à nous en parler, et nous pourrions, s'il y a lieu, vous référer au Programme National de Lutte contre la Pratique de l'Excision.

Compensation

Afin de couvrir vos frais de déplacement ou le temps que vous nous accorderez durant les entrevues, une compensation financière de cinq milles francs Cfa (environ 15 dollars canadiens) vous sera donnée après l'entrevue à laquelle vous participerez. En cas de retrait, vous aurez le même montant.

Diffusion des résultats

Pour la diffusion « grand public », nous souhaiterions recourir à certaines structures comme le Centre Djoliba (un centre de documentation, de formation et de développement) et le Programme National de Lutte contre la Pratique de l'Excision (PNLE) qui nous permettront de présenter les résultats de notre recherche. Les partenaires techniques et financiers, les associations et les ONG travaillant sur le même sujet au Mali seront invités à collaborer à cette diffusion. Les participants seront invités à assister à ces présentations s'ils le désirent.

Protection de la confidentialité

Les informations que vous nous donnerez, demeureront très confidentielles. Chaque participant à la recherche se verra attribuer un code et seul le chercheur aura ce document et des numéros qui leur auront été attribués. De plus, les données seront conservées dans un classeur sous clé situé dans un bureau fermé. Aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera publiée. Ces données personnelles seront détruites sept ans après la fin du projet: les documents papiers seront détruits et les enregistrements seront effacés. Seules les données ne permettant pas de vous identifier pourront être conservées après cette période, le temps nécessaire à leur utilisation.

Droit de retrait

Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes libre de vous retirer en tout moment sur simple avis verbal, sans aucun préjudice et sans devoir justifier votre décision. Si vous décidez de vous retirer de la recherche, vous pouvez communiquer avec le chercheur, au numéro de téléphone indiqué à la dernière page de ce document. Si vous vous retirez de la recherche, les renseignements qui auront été recueillis au moment de votre retrait seront détruits.

Personnes-ressources

Si vous avez d'autres questions relatives à ce projet de recherche, vous pouvez toujours contacter Moïse Dembélé qui est le chercheur et le responsable du projet.

Pour toute information d'ordre éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroulent votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le coordinateur du Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) par courriel: ceres@umontreal.ca .

Pour plus d'information sur vos droits comme participants, vous pouvez consulter le portail des participants de l'Université de Montréal à l'adresse suivante:

<http://recherche.umontreal.ca/participants>.

Toute plainte concernant cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, à l'adresse courriel ombudsman@umontreal.ca.

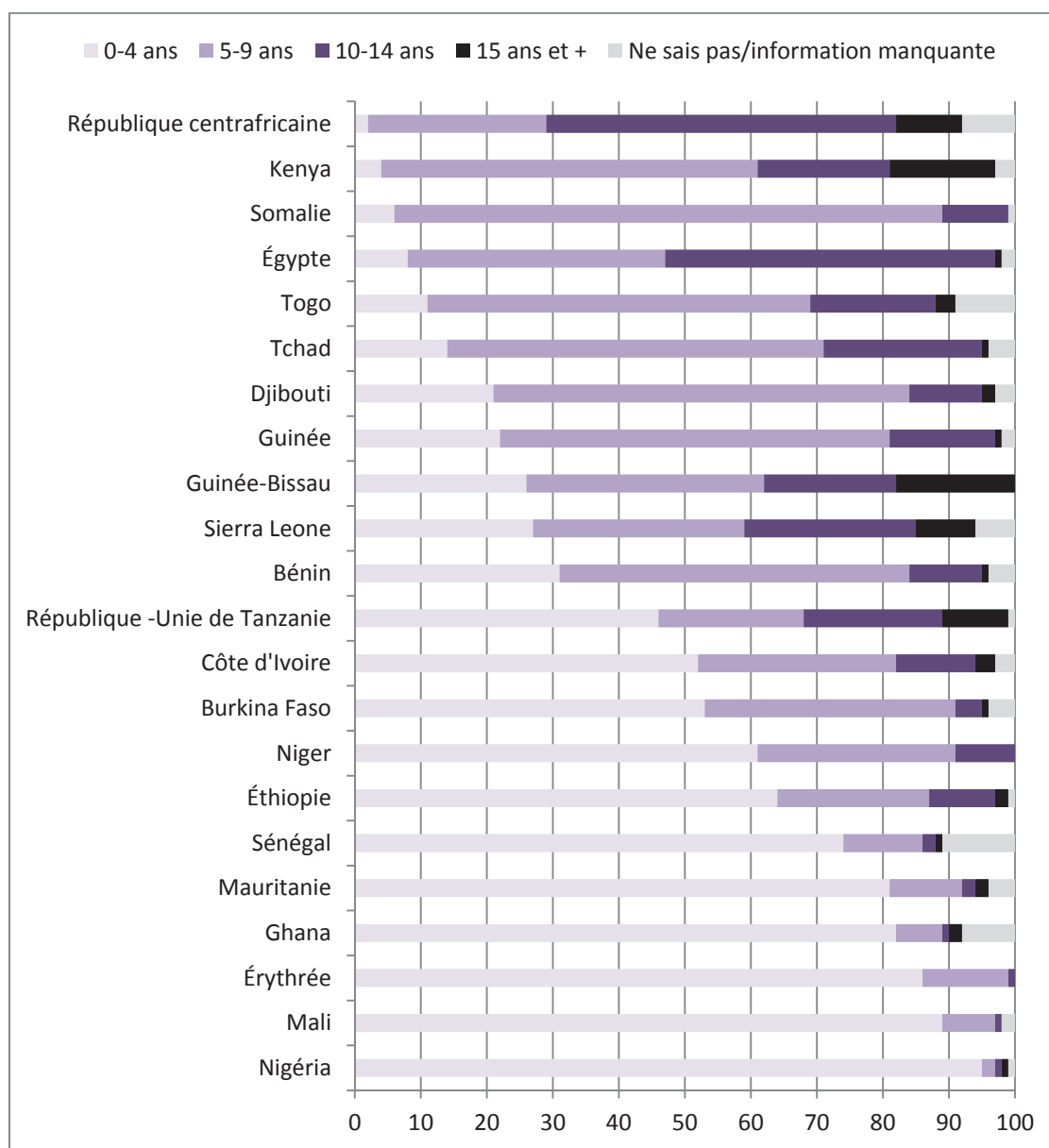
Énoncé de consentement

Votre participation à cette recherche sur les mutilations génitales féminines est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer.

J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement et j'accepte en toute liberté de participer au projet de recherche. Le chercheur lui-même m'a expliqué le projet, m'a laissé le temps nécessaire d'y réfléchir et a répondu à mes questions. Je comprends qu'en participant à ce projet de recherche, je ne renonce à aucun de mes droits ni ne dégage le chercheur de sa responsabilité.

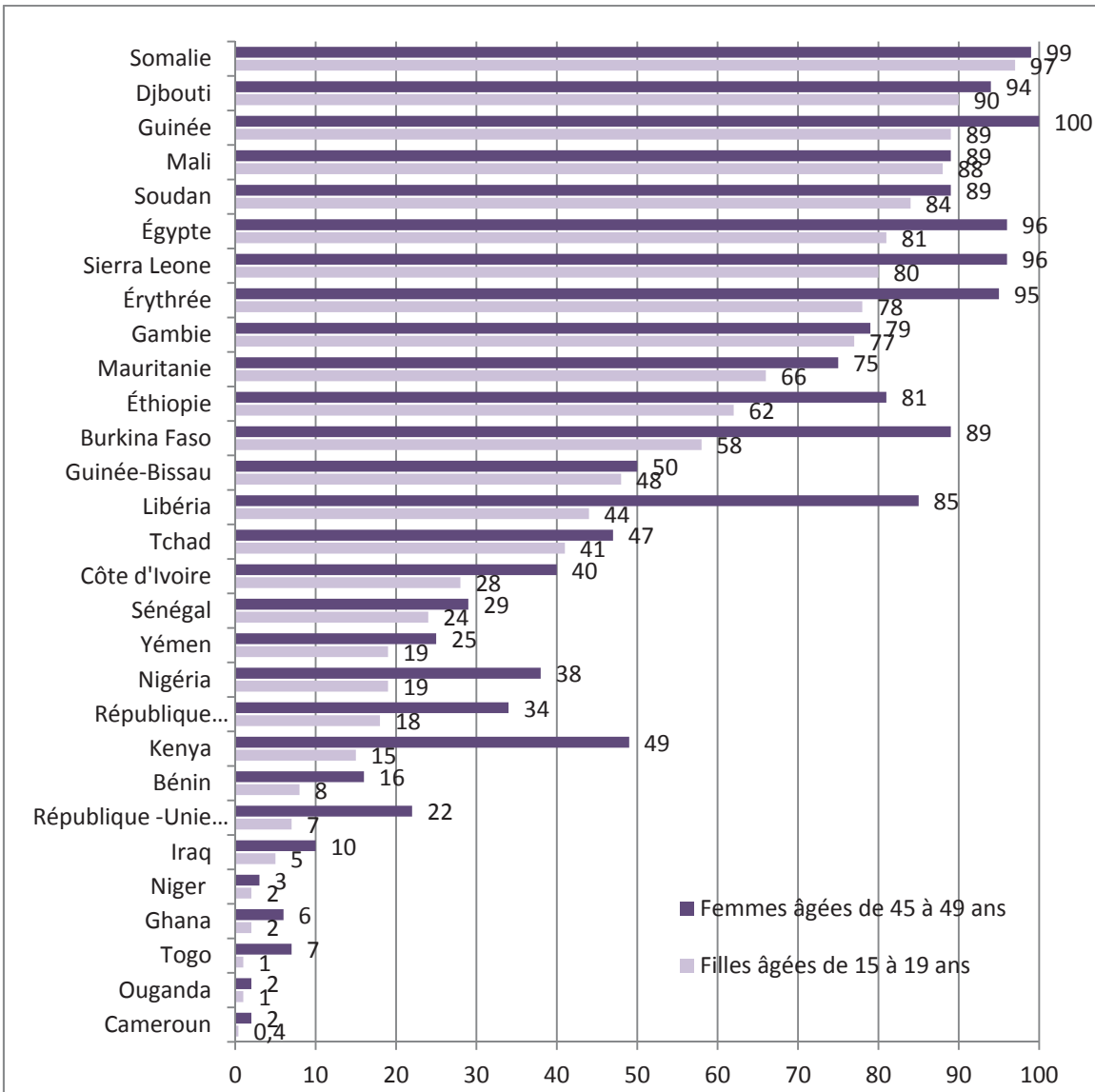
Signature du participant ou de la participante

ANNEXE 5. Les aperçus statistiques sur les mutilations génitales féminines



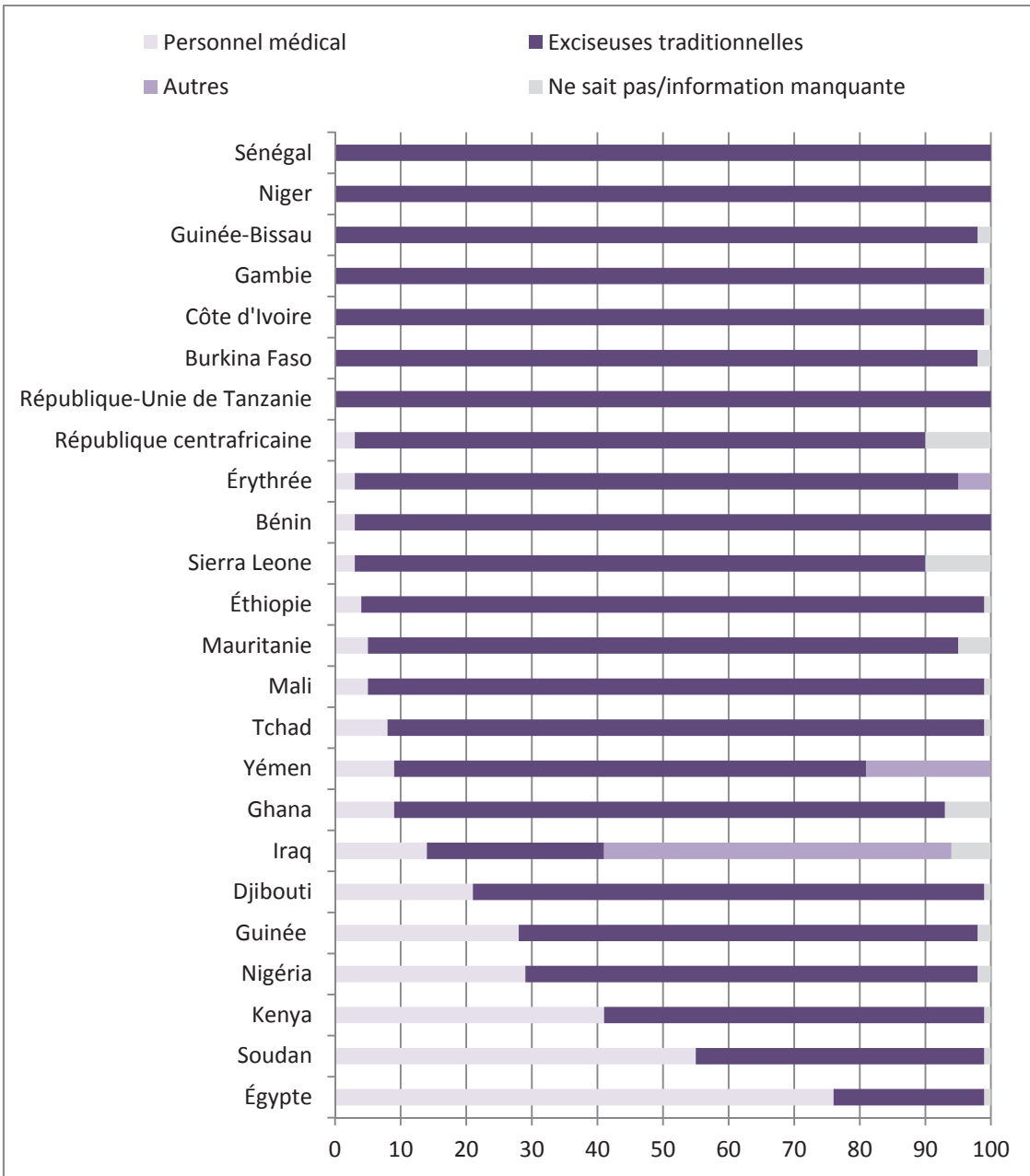
Répartition en pourcentage de filles qui ont subi des MGF/E (selon leurs mères), par âge auquel l'excision a été pratiquée.

Sources : EDS et MICS, 2000-2010



Pourcentage de filles âgées de 15 à 19 ans et de femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont subi des MGF/E.

Sources : EDS et MICS, 1997-2011.



Répartition en pourcentage de filles qui ont subi des MGF/E (selon leurs mères), en fonction du type de personne/ praticien qui a accompli cette procédure.

Source : EDS, MICS et enquêtes sur la santé des ménages soudanaises, 1997-2011.

ANNEXE 6. La lettre circulaire du ministre de la santé et des personnes âgées

MINISTRE DE LA SANTE
DES PERSONNES AGEES
ET DE LA SOLIDARITE

SECRETARIAT GENERAL

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une Foi

Bamako, le 07 JAN. 1999

N° 0019 / MSPAS-SG



*La Ministre de la Santé
des Personnes Agées et de la Solidarité*

A

Tous Directeurs Régionaux de la Santé Publique
Tous Directeurs des Hôpitaux de Bamako et Kati

Il me revient que la pratique de l'excision est tolérée dans certains de nos établissements sanitaires. Depuis plusieurs années, notre pays cherche les voies et moyens de prévenir efficacement cette pratique néfaste pour la santé des enfants qui en subissent les effets directs. Une récente enquête conduite par la Division Santé Familiale et Communautaire et ses partenaires montre que :

- 29% des femmes ayant subi l'excision ont des difficultés à l'accouchement. Ces complications sont, entre autres les hémorragies, les déchirures de périnée ;
- 62% des personnels de santé souhaitent l'interdiction formelle de l'excision dans les établissements sanitaires ;
- 28% pensent que la pratique n'est pas à encourager ;
- 10% des personnels opérationnels dans les établissements sanitaires trouvent que cela est une bonne chose de pratiquer l'excision dans ces établissements.

Dans le même temps, on peut observer que :

- 2% Des professionnels sont prêt à pratiquer cette prestation ;
- 4% l'ont déjà fait ;
- 13% pratiquent l'excision dans les établissements sanitaires.

Par ailleurs, 60% des prestataires interrogés ont déjà été confrontés aux complications immédiates de l'excision et 68 % à des complications tardives.

Compte tenu du rôle des établissements de santé dans la préservation de la santé des populations, la pratique de l'excision ne saurait y être tolérée. Par conséquent, je vous engage, chacun en ce qui le concerne, à prendre les dispositions voulues aux fins d'empêcher la pratique supposée ou réelle, de l'excision dans les établissements sanitaires sous votre responsabilité morale et technique.

Vous voudrez bien me rendre compte des dispositions que vous aurez prises pour lutter efficacement contre la pratique de l'excision.