

Université de Montréal

Évolution de la pratique et de la perception de l'excision au Burkina Faso
entre 1998 et 2003

par

Joannah VALMA

Département de Sociologie
Faculté des Arts et des Sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Maître ès Sciences (M.Sc.)
en Sociologie

Octobre, 2008

© Joannah VALMA, 2008

Université de Montréal

Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

Évolution de la pratique et de la perception au Burkina Faso entre 1998 et 2003

présenté par :

Joannah VALMA

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Claire DURAND

président-rapporteur

Anne-Emmanuèle CALVÈS

Directrice de recherche

Sirma BILGE

Membre du jury

RÉSUMÉ

Entre 100 et 140 millions de femmes, de petites filles et d'adolescentes sont excisées (Andro et Lesclingrand, 2007). Les risques sanitaires de l'excision sont élevés et concernent la santé reproductive, physique et psychologique des femmes. Les nouvelles migrations et l'augmentation des pays qui légifèrent l'excision ont contribué à l'internationalisation de l'excision et à la modification de son processus. On constate actuellement une tendance de l'excision à devenir une pratique clandestine et une perte de sa signification rituelle. En même temps, les mouvements de lutte internationaux, régionaux autant que nationaux prennent de l'ampleur et connaissent une période de mutation afin de contrer la nouvelle figure de l'excision. Le Burkina Faso ne fait pas exception. Le gouvernement burkinabé s'est clairement positionné en faveur du mouvement de lutte contre l'excision et met en place de nombreux dispositifs juridiques, politiques et économiques afin d'en soutenir les initiatives. En 2003, 77 % des femmes burkinabè âgées de 15 à 49 ans se déclaraient excisées. Parallèlement, on assiste à une diminution de la pratique chez leurs filles entre 1998 et 2003 et à une augmentation du nombre de Burkinabè se déclarant contre la pratique. Pourtant en 2003, environ 40 % des femmes ont excisé ou souhaitent exciser leurs filles et environ 24 % des hommes et 26 % des femmes sont encore favorables à la perpétuation de l'excision. Ce mémoire s'intéresse d'abord aux changements de pratique, de connaissance et d'attitudes par rapport à l'excision entre 1998 et 2003. Il s'intéresse ensuite aux déterminants socioculturels, démographiques et économiques favorisant la persistance de cette pratique au sein de la société burkinabé et aux obstacles rencontrés par les intervenants pour combattre l'excision sur le terrain. Pour ce faire la recherche associe méthodes quantitatives et qualitatives. Elle combine analyses statistiques des données des enquêtes démographiques de santé de 2003 et de 1998 et analyse des données d'entretiens collectées auprès d'acteurs sur le terrain entre le premier et le 10 octobre 2005.

Mots-clés : Excision, déterminants de l'excision, Burkina Faso, mouvement de lutte, obstacles à la lutte, législation.

ABSTRACT

Between 100 and 140 million women, young and teenage girls have undergone feminine genital cutting (Andro and Lesclingrand, 2007). The medical risks of excision are high and relate to the reproductive, physical and psychological health of women. New migrations and the increase of countries legislating female genital cutting contributed to the internationalization of the practice and to the changes in its process. The loss of the ritual significance of excision and the increase as a concealed practice have clearly been noticed. In the meantime, the international movements fighting it, regional as well as national, amplify and put changes together in order to counter the new figure of female genital cutting. Burkina Faso does not make exception. The Government has clearly positioned itself in favour of movements fighting excision; and has set up many legal, political and economic devices in order to support their initiatives. In 2003, 77% of Burkina Faso women aged between 15 to 49 years old were declared excised. In parallel, a reduction in the practice for their daughter between 1998 and 2003 is noted as well as an increase in the number of Burkina Faso people declaring themselves against the practice. However in 2003, approximately 40% of women have performed or would like their daughter to undergo the cut; and approximately 24% of men and 26% of women are still encouraging the perpetuation of excision. This thesis' first concern is the changes in the practice, and the knowledge and attitudes regarding excision between 1998 and 2003. Secondly, the attention is drawn on the socio-cultural, demographic and economic determinants indulging the doggedness of this practice within Burkina Faso people and on the concrete obstacles workers encounter on the ground. Therefore this research associates quantitative and qualitative methods. It combines statistic analysis of the Demographic and Health Surveys of 2003 and 1998 data; and analyzes data collected from talks made between October 1st and 10th, 2005 with fields' workers.

Key words: Excision, Female genital cutting, excision determinants, Burkina Faso, fight movement, obstacles to the fight, legislation.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	III
ABSTRACT	IV
TABLE DES MATIÈRES	V
LISTE DES TABLEAUX	VII
LISTE DES FIGURES	VIII
LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS	IX
LISTE DES ANNEXES	XI
DÉDICACE	XII
REMERCIEMENTS	XIII
INTRODUCTION	14
CHAPITRE 1 : L'EXCISION EN AFRIQUE SUB-SAHARIENNE : UN BILAN DES CONNAISSANCES	18
1.1 Définition et classification de la pratique	18
1.1.1 Définition et classification	18
1.1.2 Quel terme utiliser ?	19
1.2 Prévalence et origine de l'excision	20
1.2.1 Prévalence dans le monde	20
1.2.2 Origine géographique et religieuse	21
1.3 L'excision : un rite de passage?	21
1.4 Des conséquences importantes pour la santé des femmes	22
1.5 Lois internationales et programmes de lutte contre l'excision	25
1.5.1 Une préoccupation internationale, régionale et nationale	25
1.5.2 Programme de lutte au Burkina Faso	27
1.5.2.1. <i>Les principales périodes de la lutte contre l'excision</i>	27
1.5.2.2 <i>Les plans de lutte et les approches adoptées</i>	28
1.6 Déterminants de l'excision et obstacles à la lutte	32
1.6.1 Déterminants sociaux, économiques et culturels	32
1.6.2 Obstacles à la lutte	36
1.7 Objectifs de recherche et hypothèses	37
CHAPITRE 2 : DONNÉES ET MÉTHODES	41
2.1 Contexte géographique, social, démographique et économique du Burkina Faso	41
2.2 Volet quantitatif de la recherche	43
2.2.1 Présentation des bases de données	43
2.2.2 Analyse de l'évolution de la pratique et de la perception de l'excision entre 1998 et 2003	45
2.2.3 Les déterminants de l'excision au Burkina Faso en 2003 : présentation des modèles	47
2.3 Volet qualitatif de la recherche	48
2.3.1 Échantillon et sources d'information	49
2.3.2 Choix de la méthode de collecte	53
2.3.3 Présentation des grilles d'entretien	54
2.3.4 Déroulement des entretiens et obstacles rencontrés	56
CHAPITRE 3 : ÉVOLUTION DE LA PRATIQUE ET DE LA PERCEPTION	60
3.1 Connaissance de l'excision chez les hommes et les femmes	60
3.2 Prévalence et pratique de l'excision au Burkina Faso	63
3.3 Intention d'exciser et excision des filles selon les caractéristiques de la mère	68
3.4 Opinion des Burkinabè concernant l'abolition de la pratique de l'excision	69

CHAPITRE 4 : DÉTERMINANTS DE L'EXCISION ET OBSTACLES À LA LUTTE CONTRE LA PRATIQUE	72
4.1. Profil des échantillons	72
4.2. Résultats des analyses multivariées	75
4.2.1 Excision des filles et intention des femmes de faire exciser leurs filles.....	75
4.2.2 Opinion des femmes et des hommes concernant le devenir de l'excision au Burkina Faso.	78
4.3 Obstacles à la lutte contre la pratique de l'excision : perception des intervenants	81
4.3.1. Perceptions des avancées de la lutte	81
4.3.2 Les obstacles liés aux croyances et traditions vis-à-vis de l'excision	84
4.3.3 Difficile application de la loi	88
CONCLUSION	90
BIBLIOGRAPHIE.....	96
ANNEXES.....	XIV
Annexes I : Formulaire de consentement.....	XIV
Annexes II : Première grille d'entretien	XVII
Annexes III : Seconde grille d'entretien.....	XIX
Annexes IV: Grilles définitives d'entretien.....	XXVI
Annexes V : Loi contre l'excision du Burkina Faso	XXXVIII

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Modifications de quelques indicateurs socio-économiques du Burkina Faso (2003)

Tableau 2 : Présentation sexo-spécifique des indicateurs du développement humain pour l'année 2003

Tableau 3 : Données démographiques du Burkina Faso pour l'année 2003

Tableau 4 : Liste des questions utilisées pour 1998 et 2003

Tableau 5 : Connaissance de l'excision chez les hommes et les femmes selon la résidence et la scolarité en 1998 et 2003

Tableau 6 : Prévalence de l'excision chez les filles selon la résidence et la scolarité de la mère (1998-2003)

Tableau 7 : Personne ayant excisé les femmes et les filles

Tableau 8 : Intention d'exciser et excision des filles selon les caractéristiques de la mère (%)

Tableau 9 : Pourcentage de personnes déclarant que l'excision ne devrait pas être abolie

Tableau 10 : Caractéristiques des hommes, des femmes et des mères ayant au moins une fille vivante de 2003 (%)

Tableau 10.1 : Caractéristiques des hommes et des femmes de 2003(%)

Tableau 11 : Régression logistique de la probabilité que les femmes aient fait exciser ou aient l'intention d'exciser leur fille (2003)

Tableau 12 : Régression logistique de la probabilité que les femmes et les hommes soient favorables à la perpétuation de l'excision(2003)

Tableau13 : Avantages pour une fille d'être excisée parmi les femmes et les hommes qui connaissent l'excision en 2003

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Connaissance de l'excision en 1998 et 2003 chez les hommes et les femmes

Figure 2 : Prévalence de l'excision chez les mères et les filles

Figure 3 : Age à l'excision des femmes

Figure 4 : Age à l'excision des filles

Figure 5 : Pourcentage de Burkinabè déclarant ne pas vouloir l'abolition de l'excision

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

CHS : Health Systems and Community Health

CI-AF : Comité Interafricain

CIRD : Centre d'Information de l'Institut de Recherche et Développement

CNLPE : Comité National de Lutte contre la Pratique de l'excision

DED : Deutscher Entwicklungsdienst

EDS : Enquête Démographique et de Santé

IDH : Indice de Développement Humain

IEC/CCC : Information Éducation Communication/ Changement de comportement par la communication

IEC/Excision : Information Éducation Communication/Excision

INSD : Institut National de la Statistique et de la Démographie

IPH : Indice de Pauvreté Humaine

IRD : Institut de Recherche et Développement

ISDH : Indice Sexo-spécifique de Développement Humain

ISF : Indice Synthétique de Fécondité

IST : Infection Sexuellement Transmissible

MGF : Mutilation Génitale Féminine

MSF : Mutilation Sexuelle Féminine

MST : Maladie Sexuellement Transmissible

OES : Opportunités d'Emplois de Substitution

ONG : Organisme Non Gouvernemental

PIC : Programme intégré de communication

PLA : Approche de la formation participative

PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement

PTN : Pratique Traditionnelle Néfaste

SAEC : Société Africaine d'Études et Conseils

SP/CNLPE : Secrétariat Permanent/ Comité National de Lutte contre la Pratique de l'excision

UEMOA : Union Économique et Monétaire de l'Afrique de l'Ouest

VIH/SIDA : Virus de l'immunodéficience humaine/ syndrome d'immunodéficience acquise.

WHO : World Health Organization

WMH: Department of Women's Health

LISTE DES ANNEXES

Annexes I : Formulaires de consentement

Annexes II : **Première** grille d'entretien

Annexes III : **Deuxième** grille d'entretien

Annexes IV : **Grilles définitives** d'entretien

Annexes V : Loi contre l'excision du Burkina Faso

DÉDICACE

Je dédie d'abord ce mémoire à mon fils. Sa naissance a su me donner la force nécessaire pour mener à terme ce travail. Ses sourires sont mon réconfort quotidien. Je le remercie pour tout ce qu'il m'apporte, pour son amour et sa patience.

Et ensuite à ma mère, une femme exceptionnelle, qui malgré les aléas de la vie a su me mener à l'âge adulte. Par ses conseils, sa compréhension, sa grande patience et par son amour, elle a su me donner les outils nécessaires pour faire face à la complexité du monde.

REMERCIEMENTS

Je dois l'accomplissement de ce mémoire au soutien académique, personnel et financier de nombreuses personnes.

Je remercie donc en premier lieu ma directrice Madame Anne-Emanuèle CALVÈS pour son incommensurable travail. En plus de ses nombreuses responsabilités professionnelles, elle a su diriger ce mémoire et se rendre disponible aussi souvent que nécessaire. Je lui suis reconnaissante de m'avoir transmis son savoir, de son support financier et de sa patience.

Je dois aussi énormément à mon maître de stage, Monsieur Jean-Pierre GUENGANT, représentant de l'IRD au Burkina Faso, qui a facilité cette expérience et qui a mis ses nombreuses compétences et qualités à ma disposition. J'associe également à ces remerciements sa femme, madame Éléonore GUENGANT et tous les employés de l'IRD.

Je fais un remerciement particulier à Monsieur Alain Bédouma YODA, Ministre de la Santé du Burkina Faso, et son Ministère pour la documentation récente.

Je remercie également tous les membres et employés du SP/CNLPE, du Ministère de l'action sociale, de la DED et de Mwangaza action qui ont accepté de participer à mon enquête. Je remercie aussi le documentaliste du SP/CNLPE, pour son immense collaboration.

Je suis redevable à madame Mariam TRAORÉ qui m'a introduite dans le milieu de la lutte contre l'excision et qui a planifié la majorité de mes entretiens.

Merci à Messieurs Tony SIMARD et Gando Mamadou BARRY pour leurs conseils académiques et professionnels.

Je remercie les membres de ma famille (Igor, ma sœur, mes tantes, mes oncles, mes cousins et cousines) et mes amis qui malgré la distance ont su m'apporter réconfort et encouragements durant toutes ces années.

INTRODUCTION

L'excision, ou l'ablation totale ou partielle du clitoris, est pratiquée aujourd'hui dans 28 pays d'Afrique, certains pays occidentaux et concerne environ 140 millions de femmes (Andro et Lesclingrand, 2007). Chaque année 2 millions supplémentaires de femmes et de filles sont sujettes à cette pratique. En 2003, au Burkina Faso, 77 % des femmes âgées de 15-49 ans étaient excisées (EDS, 2003) et malgré un certain recul de la pratique le taux d'excision parmi les fillettes burkinabè reste encore élevé.

Bien que l'âge à l'excision soit variable, les femmes sont généralement excisées durant l'enfance ou l'adolescence. Traditionnellement, l'excision représentait un rite de passage menant la femme de l'enfance à l'âge adulte (Badini, 1994). Cette pratique était perçue comme partie intégrante du processus de socialisation des jeunes Africaines et de leur préparation à leur futur rôle d'épouse et de mères. Passage obligé, l'excision était signe de dignité de la femme et surtout celle de sa famille, en amenant des femmes vierges au mariage (Locoh, 1998 ; Iboudo, 2000).

Les conséquences néfastes de la pratique de l'excision sur la santé des femmes ont largement été démontrées (Erlich, 1988 ; Toubia et Izett, 1998 ; Richard, 2003 ; Carcopino, Shojai et Boubli, 2004). Les conditions sanitaires dans lesquelles est pratiquée l'excision sont souvent précaires et les répercussions sanitaires de la pratique, bien qu'elles varient en fonction du type d'excision subie sont multiples : hémorragie, douleurs intenses, état de choc, chéloïdes, dysménorrhée, incontinence, fistules, blocage de l'accouchement, mortalité infantile et maternelle ou encore des chocs psychologiques tels que la peur et l'angoisse (GAMS, 2000; Richard, 2003 ; Toubia, 1994; Carcopino, Shojai et Boubli, 2004) .

Les nouvelles vagues migratoires entre l'Afrique et l'Occident et la pratique de l'excision par les migrants africains, les conséquences sur la santé des femmes et la montée des ONG féministes sur la scène internationale ont contribué, particulièrement dans les années 1990, à faire naître plusieurs mouvements de lutte contre l'excision et ont interpellé l'opinion internationale. L'Organisation Mondiale de la Santé ainsi que d'autres instances onusiennes ont tour à tour reconnu l'ampleur et la gravité de cette pratique et ont créé un contexte légal international visant à protéger les femmes et fillettes contre cette pratique. La mention de l'excision lors des conventions internationales telles que la Charte de Banjul (1984), la charte africaine (1992), le protocole à la charte africaine des droits de l'homme et des

peuples relatifs aux droits de la femme (2005) ou encore le Protocole de Maputo (2005) témoigne de la reconnaissance au niveau international des enjeux sanitaires et de droit liés à la pratique. Les Conférences de Vienne (1993), du Caire (1994) et de Beijing (1995) ont particulièrement contribué à faire de la lutte contre l'excision une priorité de l'agenda international en matière de santé reproductive et de droits des femmes. A l'échelle africaine, le Comité Interafricain, l'organe régional coordonnant et régulant la lutte contre l'excision a été créé en 1984. Le Burkina Faso a été un précurseur dans la bataille contre l'excision et la pratique y est désormais considérée comme un problème primordial de santé publique. Depuis 1990, il existe un Secrétariat Permanent du Comité National de Lutte contre la Pratique de l'Excision (SP/CNLPE) dans le pays qui, par son lobbying et ses campagnes de sensibilisation, a pu obtenir la mise en place, en 1996, d'une loi spécifique condamnant les parents, les opérateurs et les complices en cas d'excision. L'action du mouvement de lutte a permis également l'implication de personnes politiquement, coutumièrement et judiciairement influentes et l'obtention d'un numéro gratuit permettant la délation des cas, récents ou à venir, d'excision. L'adoption de la loi de 1996 interdisant la pratique de l'excision au Burkina Faso a donné naissance à diverses actions visant à éradiquer la pratique de l'excision du territoire. Le Comité National de Lutte contre la Pratique de l'Excision (CNLPE), placé sous la tutelle du Ministère de l'Action Sociale, a été érigé comme principale institution de mise en œuvre des diverses actions de cette lutte en collaboration avec de nombreuses autres organisations gouvernementales et non-gouvernementales (ONG de femmes, Ministère de la Santé, OMS, UNFPA, UNICEF).

Les données des Enquêtes démographiques de santé (EDS, 1998 ; EDS, 2003) montrent que le pourcentage d'hommes et de femmes déclarant vouloir que l'excision se perpétue au Burkina Faso a diminué entre 1998 et 2003. De même, le taux de femmes ayant excisé ou souhaitant faire exciser leur fille régresse. Malgré tout, on constate une persistance de la pratique de l'excision, maintenant devenue illégale et clandestine, au Burkina Faso. En 2003, 77% des femmes âgées de 15 à 49 ans déclaraient être excisées et 34% des mères ayant une fille l'avait faite exciser.

Dans un tel contexte, il nous semblait important de nous pencher sur l'évolution de la pratique de l'excision au Burkina Faso et d'évaluer les obstacles au mouvement de lutte. Plus précisément, nous nous sommes attachés, dans ce mémoire, à faire ressortir d'une

part, les changements d'attitude, de pratique et de connaissance en matière d'excision entre 1998 et 2003 chez les femmes et les hommes burkinabè et d'autre part, à mettre en exergue les déterminants de l'intention d'une mère de faire exciser ses filles et ceux de la volonté des Burkinabè (hommes et femmes) de voir l'excision continuer. Afin de mieux saisir les enjeux liés à la lutte contre l'excision, nous avons également exploré l'opinion de certains acteurs luttant sur le terrain pour que les Burkinabè cessent de pratiquer l'excision.

Pour atteindre ces objectifs, nous avons utilisé à la fois des données quantitatives et qualitatives. L'analyse quantitative se base sur les données des Enquêtes Démographiques et de Santé réalisées au Burkina Faso en 1998 et en 2003 et se divise en deux parties. Dans l'optique de retracer l'évolution de la pratique et des attitudes depuis les 10 dernières années à la fois chez les hommes et les femmes, nous avons utilisé dans un premier temps des analyses bivariées. Afin de faire ressortir les déterminants de l'excision des filles ou de l'intention de le faire et du fait de vouloir que la pratique continue, nous avons effectué trois régressions logistiques binaires. Ces trois régressions servent à tester l'effet de l'expérience avec l'excision, des caractéristiques sociales, démographiques et économiques (le milieu de résidence, le niveau de scolarité, le statut matrimonial, l'âge et le niveau socio-économique des ménages) et les caractéristiques culturelles (comme la religion et l'ethnie) des femmes burkinabè sur le fait (ou l'intention) de faire exciser leur fille et sur le souhait des Burkinabè (hommes et femmes) de voir se perpétuer la pratique.

Des données qualitatives, collectées sur le terrain, sont venues compléter les analyses statistiques. Nous avons opté pour un mode de recherche exploratoire basé sur des entretiens semi-directifs effectués à Ouagadougou en octobre 2005 auprès d'intervenants travaillant dans le domaine de l'excision.

Le présent mémoire est composé de quatre chapitres. Le premier chapitre permet de replacer la pratique de l'excision dans son contexte, traditionnel, moderne et légal. Plus précisément, il classe et définit la pratique selon les normes de l'OMS, situe géographiquement l'excision et rappelle les enjeux sanitaires et sociaux associés à la pratique. Ce chapitre présente aussi quelques débats relatifs à l'origine de l'excision et à la terminologie utilisée par les chercheurs et activistes, le contexte légal international, régional et national qui protège les femmes et enfants contre l'excision. Ce chapitre se termine par la présentation des études antérieures sur les déterminants de l'excision. Dans le deuxième chapitre, nous abordons nos choix méthodologiques tant qualitatifs que quantitatifs, les

modèles statistiques utilisés et nos hypothèses de travail ainsi que le déroulement du terrain de recherche. La deuxième section du mémoire, composé de deux chapitres, présente les résultats de l'analyse. Le chapitre 3 présente les résultats de l'analyse de l'évolution des attitudes et comportements en matière d'excision et ceux de l'analyse multivariée des déterminants de l'intention des femmes d'exciser leurs filles et du désir des hommes et des femmes de voir la pratique continuer. Le dernier chapitre présente les perceptions des acteurs sur les obstacles à la lutte contre l'excision sur les plans local, régional et international (Chapitre 4). Le mémoire se termine par une conclusion qui rappelle et commente nos principaux résultats statistiques et d'entretien et offre certaines pistes de recherche pour les prochains travaux qui s'intéresseront à cette problématique.

CHAPITRE 1 : L'EXCISION EN AFRIQUE SUB-SAHARIENNE : UN BILAN DES CONNAISSANCES

Ce chapitre recense la littérature portant sur l'excision. La première partie de ce chapitre a pour objectif de définir et de classer la pratique. Nous traiterons ensuite de la répartition de l'excision dans le monde, de ses origines et de sa prévalence. En troisième lieu, nous présenterons la signification sociale de cette pratique et par la suite nous en aborderons les conséquences sanitaires. Le cinquième sous-chapitre replacera le mouvement de lutte contre l'excision dans son contexte juridique international, régional et national. Nous terminerons cette revue par la présentation de certains déterminants de l'excision et de quelques obstacles à la lutte contre l'excision favorisant la persistance de la pratique en Afrique.

1.1 Définition et classification de la pratique

1.1.1 Définition et classification

Selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé, « les mutilations sexuelles féminines recouvrent toutes les interventions incluant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou la lésion des organes génitaux féminins pratiquée pour des raisons culturelles ou religieuses ou pour toute autre raison non thérapeutique»¹(Althaus, 1997; Toubia et Izett, 1998; OMS, 2000; Briggs, 2002). D'autres la définissent comme des modifications de l'appareil génital féminin non médicalement justifiées (JAMA, 1995 cité par Eke et Nkanginieme, 1999 : p.1082). Les normes de l'OMS divisent la pratique en quatre grands types (OMS 2001; Eyega et Conneely, 1997; Committee on Bioethics, 1998; Yoder, Abderrahim et Zhuzhuni, 2005). Le type I, généralement appelé clitoridectomie, qui consiste en l'ablation du clitoris avec une suture des chairs. Le type II, l'excision, représente l'extraction du clitoris et de l'entièreté ou d'une partie des petites lèvres. Lors de l'infibulation (troisième forme), le clitoris, les petites et les grandes lèvres sont sectionnées. L'orifice vaginal est refermé pour ne laisser qu'une petite ouverture permettant l'écoulement menstruel et urinaire. Au Soudan, il existerait une variante de l'infibulation répertoriée dans le type III par l'OMS en

¹OMS, Les mutilations sexuelles féminines, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/fr/> (consulté en 2004).

réponse à l'interdiction de l'infibulation au Soudan en 1946 (Balk, 1996 cité par Shell-Duncan, 2001), appelée « matwasat » ou « circoncision intermédiaire », laissant un plus grand méat urinaire et menstruel (Toubia, 1993 cité par Shell-Duncan, 2001). Selon Shell-Duncan (2001), la création d'un hymen artificiel suite à l'excision, en laissant les chairs cicatriser sans les recoudre, serait un autre type d'infibulation parfois pratiquée en Afrique de l'Ouest. Le type IV comprend le grattage (angurya) ou l'incision (gishiri) du vagin, l'insertion de mélanges corrosifs pour rétrécir l'orifice vaginal et toute pratique qui peut être comprise dans la définition des MSF (Toubia et Izett, 1998; OMS, 2000). L'excision symbolique qui consiste au pincement du clitoris afin de le faire saigner, pratiquée en Indonésie et en Malaisie (Hosken, 1993 cité par Shell-Duncan, 2001), est actuellement proposée comme alternative à l'excision dans certaines communautés immigrantes aux États-Unis (Kelly, 1996 cité par Shell-Duncan, 2001) et en Afrique (Dorkenoo, 1994, Caldwell, Orubuloye et Caldwell, 1997 cités par Shell-Duncan, 2001).

1.1.2 Quel terme utiliser ?

Nommer les mutilations sexuelles féminines (MSF) s'avère parfois problématique. Le caractère initiatique de la pratique dans certaines cultures pousse à l'appeler « circoncision féminine » (Droz, 2000; Guessain, 1960; Jackson, 1977 cités par Yoder, Abderrahim et Zhuzhuni, 2005). Cependant, l'amalgame entre la circoncision masculine et la circoncision féminine suscitée par l'utilisation de ce terme diminue, selon certains auteurs, la gravité des MSF (Yoder, Abderrahim et Zhuzhuni, 2005). L'emploi généralisé des termes « Mutilation génitale féminine » et « Female genital mutilation », par l'OMS et les organismes luttant contre la pratique de l'excision, qui à leur sens montre la gravité et l'irréversibilité de cette pratique, suscite le mécontentement de chercheurs, d'acteurs de la lutte contre l'excision et de spécialistes africains qui les jugent stigmatisants, nuisibles et irrespectueux (Yoder, Abderrahim et Zhuzhuni, 2005). Comme solution, les anglophones remplacent le terme « female genital mutilation » par « female genital cutting » (Yoder, Abderrahim et Zhuzhuni, 2005). L'équivalent n'existant pas encore en français, le terme excision est souvent utilisé, et ce, quand bien même il représente un type d'excision spécifique (Yoder, Abderrahim et Zhuzhuni, 2005). Parfois aussi l'expression mutilation génitale féminine utilisée par l'UNICEF est remplacée par blessure génitale féminine (Herzberger-Fofana 2000).

1.2 Prévalence et origine de l'excision

1.2.1 Prévalence dans le monde

L'excision concerne actuellement entre 100 et 140 millions de femmes dans le monde (Andro et Lesclingand, 2007) et se pratique dans 28 pays d'Afrique sub-saharienne ainsi que dans quelques ethnies d'Asie et du Moyen-Orient (OMS, 2000; GAMS, 2000 ; Gage et Rossem, 2005). Chaque année, il est estimé que deux millions supplémentaires de femmes et fillettes encourent le risque de se faire exciser (Collinet, Sabban, Lucot, Bekerrou, Stien et Leroy, 2004; Andro et Lesclingand, 2007). L'immigration a favorisé l'internationalisation de la pratique. Déjà en 1985, Kuba et Muasher mentionnaient, en se référant aux données du Minority Rights Group (1980), des cas d'excision dans la communauté immigrante africaine en Suède et la présence d'exciseuses en provenance du Mali et du Sénégal venues exciser de jeunes Africaines installées en France. De nombreuses femmes excisées vivent en Occident dans des pays tels que la Belgique, l'Angleterre, la Nouvelle-Zélande, l'Australie, le Canada ou encore les États-Unis (OMS, 2000; Richard, 2003 ; Yoder, Abderrahim et Zhuzhumi, 2005). Environ 5% de femmes excisées vivent en France (Andro et Lesclingand, 2007). En Afrique, la prévalence de l'excision chez les femmes en âge de procréer varie de 5% à 99% (Toubia, 1994; Yoder, Abderrahim et Zhuzhumi, 2005). Ce taux est fonction de l'ethnie, des régions, de l'existence ou non de mouvement de lutte, de l'évolution des attitudes et d'autres variables (Fofana-Herzberger, 2000). Selon Andro et Lesclingand (2007), les déterminants de l'excision divisent le monde concerné par cette pratique en trois grands groupes : ceux « où la grande majorité des femmes sont excisées (plus de 85%) ; ceux où la proportion varie selon l'ethnie, la catégorie sociale et la génération, seules certaines fractions de la population étant touchées, et où, au total, entre 25 et 85% des femmes sont excisées; enfin, les pays où seules quelques minorités ethniques sont concernées et où la proportion d'excisées est inférieure à 25% ». ² Le Burkina Faso où il est estimé que 77% des femmes âgées de 15 à 49 ans étaient excisées en 2003 se situe donc dans le deuxième groupe de cette classification (INSD, 2004).

² Andro et Lesclingand, « Les mutilations sexuelles féminines : le point sur la situation en Afrique et en France » in *Population & Sociétés* n°438, Octobre 2007, p.1.

1.2.2 Origine géographique et religieuse

Les origines géographiques et religieuses de l'excision restent encore incertaines. Initialement attribuée à l'implantation de la religion musulmane en Afrique, ce lien tend à être remis en cause. Pour plusieurs auteurs, l'excision serait une pratique millénaire (Auffret, 1982 citée par Herzberger-Fofana, 2000; Hosken; Denoël-Gonthier, 1983 et Erlich, 1990 cités par Ilboudo, 2000) précédant l'avènement des religions monothéistes (Herzberger-fofana : 2000). Hérodote aurait situé les débuts de l'excision à 5000 ans avant Jésus-Christ chez les Égyptiens (Kuba et Muasher, 1985; Taba, 1979 cité par Anuforo, Oyedele et Pacquiao, 2004). L'origine géographique de la pratique serait attribuée soit à l'Égypte, soit à l'Éthiopie. Elle aurait été pratiquée par les Éthiopiens, les Phéniciens et les Hitites (Taba, 1979 cité par Anuforo, Oyedele et Pacquiao, 2004), les Arabes et les Romains (Lightfoot-Klein, 1989 cité par Anuforo, Oyedele et Pacquiao, 2004) et transportée au Soudan par les Arabes (Modawi, 1974 cité par Anuforo, Oyedele et Pacquiao, 2004). L'intégration de cette pratique dans des pays à « métissage négro-arabes et africains »³ aurait été alors rapide.

1.3 L'excision : un rite de passage?

L'excision est généralement décrite comme un évènement faisant partie du processus de socialisation des femmes les préparant à leur futur rôle d'épouse et de mère (Toubia et Izett, 1998; Locoh, 1998 ; Dembele, 1999 ; Ilboudo, 2000). Selon Toubia et Izett (1998) et Dembele (1999), dans de nombreux pays africains la pratique est une condition *sine qua non* du mariage. En Afrique de l'Ouest, l'excision est une pratique ancestrale (Plan international, 2006). C'est une pratique culturellement et socialement ancrée qui relève de mythes et croyances religieux, sexuels, sociaux et traditionnels (Dembele, 1999; Plan international, 2006). Ainsi, traditionnellement, chez les Mossi du Burkina Faso, l'excision, confère graduellement leur sexe social définitif aux enfants, à la naissance asexués (Badini, 1994). Elle constitue un rite de passage intimement relié à la procréation (qui représente la réincarnation des ancêtres) dont dépend la dignité de devenir femme et mère (Badini, 1994). L'excision fait partie des rituels initiatiques religieux auxquels les femmes doivent se plier pour acquérir un statut social nécessaire au mariage, aux relations sexuelles et à la maternité (Badini, 1994). Dans un contexte où l'union d'un couple est surtout celle

³ P. Herzberger-Fofana, Mutilations Génitales Féminines (MGF), <http://aflit.arts.uwa.edu.au/MGF2.html> (consulté le 22 mars 2006).

de deux familles, l'ultime fonction de l'excision est donc de mener des filles vierges au mariage dans l'optique de préserver l'honneur familial et d'optimiser la dot (Badini, 1994; Dembele, 1999). Comme le note le comité de bioéthique (1998) « Les MGF sont endémiques dans les sociétés pauvres où le mariage est essentiel à la sécurité sociale et économique des femmes.⁴ » Pour Yount et Balk (à paraître : p.2), dans les sociétés qui pratiquent l'excision, il en va de la pérennité des systèmes familiaux patriarcaux, de l'identité sociale et de la sécurité économique des femmes. Exciser ses filles, c'est garantir leur intégration culturelle, leur virginité et leurs chances de se marier (Committee on Bioethics, 1998); d'où l'insistance des mères à perpétuer cette pratique afin de ne pas faire obstacle aux perspectives de mariage, de maternité et de réussite socio-économique de leur fille (Yount et Balk , texte à paraître).

1.4 Des conséquences importantes pour la santé des femmes

L'excision a de nombreuses répercussions sur la santé physique et psychologique des femmes. Ces effets peuvent varier d'une simple hémorragie à la mortalité infantile et maternelle. On les regroupe généralement en trois grandes catégories : les conséquences immédiates, les conséquences à long terme et les conséquences psychologiques (Toubia et Izett, 1998; GAMS, 2000). Les effets varient selon les types d'excision, le praticien et les conditions sanitaires lors de l'opération (Toubia et Izett, 1998; Richard, 2003). La mutilation est souvent exercée par une femme âgée, ayant peu ou prou de connaissances médicales, avec une lame de rasoir en mauvais état, sans anesthésie et dans des lieux non aseptisés (Toubia et Izett, 1998; Richard, 2003). La sévérité de l'excision augmente également la gravité des répercussions sur la santé des femmes (Toubia et Izett, 1998; Richard, 2003; Carcopino, Shojai et Boubli, 2004). Les risques immédiats de l'excision sont l'hémorragie et des douleurs intenses (GAMS, 2000; Toubia, 1994), la peur et l'angoisse (GAMS, 2000) dont peuvent résulter un état de choc, ou la mort (GAMS, 2000; Toubia, 1994; Carcopino, Shojai et Boubli, 2004). À court terme, une trop grande hémorragie peut causer une importante anémie pouvant entraver la croissance d'une enfant ayant des carences alimentaires (Toubia, 1994; Carcopino, Shojai et Boubli, 2004). De l'excision, il peut aussi résulter des lésions des organes avoisinants (Toubia, 1994; Richard, 2003; Carcopino, Shojai et Boubli, 2004). L'infection des plaies peut causer abcès, gangrène, ulcères, septicémie et tétanos (Toubia, 1994; GAMS, 2000; Carcopino, Shojai et

⁴ Committee on Bioethics, « Female Genital Mutilation », [Pediatrics](#) , vol.102, n°1,p.154

Boubli, 2004). Selon Toubia (1994) et Carcopino, Shojai et Boubli (2004), les conséquences sanitaires à long terme sont plus spécifiques à l'infibulation (Committee on Bioethics, 1998) en raison du mélange et de la stagnation de l'urine et du sang menstruel (Toubia, 1994). Parmi la multitude de conséquences à long terme, on retrouve entre autre chéloïdes, kystes, dysménorrhée, infection urinaire chronique, incontinence, fistules, déchirures, blocage de l'accouchement et une possible infertilité (GAMS, 2000; Toubia, 1994; Carcopino, Shojai et Boubli, 2004). Malgré le manque de recherche prouvant le lien entre l'excision et la transmission de maladies infectieuses, l'excision pourrait être un vecteur de transmission de maladies telles que les hépatites et le VIH (Toubia, 1998; Carcopino, Shojai et Boubli, 2004). Selon Erlich (1988), citant une étude effectuée au Soudan par A. El Dareer en 1983, les complications immédiates ne concerneraient que 9% des femmes ayant subi une « Circoncision Sunna » et 25% de celles qui ont été infibulées. Les complications à long terme toucheraient quant à elles 15% des premières et 33% des secondes. Au Nigéria, l'incidence des conséquences immédiates est inférieure à 9% (Erlich, 1988). L'impact psychologique de la pratique, encore peu documenté, apparaît être non négligeable (Toubia, 1994; GAMS, 2000; Richard, 2003; Carcopino, Shojai et Boubli, 2004). On y retrouve l'anxiété, la dépression, l'angoisse (GAMS, 2000; Toubia, 1994; Carcopino, Shojai et Boubli, 2004), la perte de confiance aux proches et des troubles comportementaux (Richard, 2003). Toutes ces conséquences accroissent la mortalité infantile et maternelle et la morbidité dans les sociétés où les systèmes de santé sont peu développés (Toubia, 1994). Selon Kuba et Muasher (1985), l'excision est dès cette époque souvent pratiquée sous anesthésie locale, de façon stérile et par du personnel paramédical ce qui empêche à la fille de bouger et accroît les chances d'enlever davantage de tissus. Toutefois, « du fait de la dégradation des schémas initiatiques sous l'influence de l'acculturation, la pratique de l'excision dans les sociétés animistes tend à se rapprocher de celle des sociétés musulmanes : l'opération détachée de son contexte rituel peut même être réalisée en milieu médical, tendance nettement marquée dans les classes sociales supérieures urbaines. » (Erlich, 1988 :14).

La médicalisation de l'excision, suggérée en tant que palliatif aux conséquences sur la santé, pose pourtant une question éthique (Shell-Duncan, 2001; Richard, 2003) et divise le mouvement de lutte contre l'excision (Shell-Duncan, 2001). Certains favoriseraient la médicalisation pour parvenir à une disparition de la pratique, alors que d'autres y sont

farouchement opposés (Shell-Duncan, 2001). Pour Kuba et Muasher (1985), les Africains les plus en santé et les plus éduqués font exciser leurs filles par des infirmières et des médecins. En 2003, Richard fait le même constat en Egypte. Selon ce même auteur, la médicalisation de la pratique ne résout pas la problématique de l'excision et ne devrait pas être permise, car « elle est contraire à l'éthique fondamentale des soins de santé en vertu de laquelle les dispensateurs de soins ne sauraient approuver une mutilation corporelle qui n'est pas obligatoire; la médicalisation légitimise cette pratique préjudiciable »⁵. D'autres abordent pourtant la médicalisation de l'excision comme un tremplin vers la disparition de l'excision ou encore comme un consensus entre lutte contre l'excision et culture permettant de préserver la santé des femmes (Moniaga, 2002). Dans son article « The medicalization of female "circumcision" : harm reduction or promotion of a dangerous practice? », Shell-Duncan aborde la médicalisation de l'excision dans le cadre de la politique de santé publique de la « réduction des risques » de l'OMS. Dans un contexte où une disparition immédiate d'une pratique est impossible, argumente l'auteure, l'utilisation d'une stratégie de réduction des risques pourrait être bénéfique. Ainsi, médicaliser l'excision aurait comme objectif la disparition graduelle de la pratique en prônant des formes d'excision moins importantes diminuant les conséquences sur la santé (Shell-Duncan, 2001).

Les opposants à l'excision pensent toutefois que la médicalisation de celle-ci ne garantit pas une pratique effective de formes moins importantes de la pratique et n'est en aucun cas une étape vers sa disparition (Dorkenoo, 1994 cité par Shell-Duncan, 2001). Pour plusieurs, la médicalisation de l'excision la rend légitime et nuit aux mouvements de lutte contre l'excision (Gordon, 1991; Toubia, 1993 et Dorkenoo, 1994 cités par Shell-Duncan, 2001; Moniaga, 2002). Aux États-Unis, le problème de la réinfibulation des femmes suite à un accouchement a été posé par Baker et al. (Baker et al cité par Toubia, 1994). Les personnes et organisations œuvrant pour la fin de l'excision prône la mise en place d'une législation, éthiquement et scientifiquement fondée, interdisant l'excision et sa pratique par le corps médical (Toubia et Izett, 1998).

⁵ Richard, Fabienne, « Les mutilations sexuelles féminines : leur reconnaissance, leur prévention », Mars 2003, p.92.

1.5 Lois internationales et programmes de lutte contre l'excision

1.5.1 Une préoccupation internationale, régionale et nationale

Les stratégies de lutte contre l'excision ont pris plusieurs directions (Larsen et Yan, 2000). Certains pays criminalisent la pratique alors que d'autres préfèrent sensibiliser les populations sur ses méfaits (Larsen et Yan, 2000). Au niveau international, la voie législative a été choisie pour lutter contre l'excision (Créel, 2002). L'implication internationale commence en 1960 par la prise de position de l'OMS contre l'excision (Créel, 2002). Durant la décennie suivante, l'OMS, fait la promotion de la disparition de l'excision à travers de nombreuses initiatives de recherche épidémiologique sur les conséquences sanitaires de l'excision (Créel, 2002) En 1979, lors de la première conférence internationale sur la « circoncision féminine », tenue par l'OMS à Khartoum, l'éradication totale de l'excision et le rejet de toutes tentatives visant à diminuer les conséquences sanitaires de l'excision en la médicalisant est prônée (Toubia et Sharief, 2003). Le mouvement de lutte des deux décennies suivantes opte pour une approche moins agressive basée sur une sensibilisation des populations aux conséquences sanitaires de l'excision (Toubia et Sharief, 2003). Dans les années 80, une déclaration de l'OMS fait plusieurs recommandations aux gouvernements afin d'optimiser l'efficacité des programmes de lutte et en 1988, l'OMS intègre l'excision dans le développement des soins primaires (Créel, 2002). La décennie 1980-1990 place l'excision dans la problématique des inégalités de genre et de leurs conséquences sur la santé des femmes. A partir de 1990, « l'excision est progressivement reconnue par les gouvernements africains, la communauté internationale, les organisations féminines et les associations professionnelles à titre de question relevant de la santé et des droits de la personne. » (Créel 2002 : p.5).

Cette même décennie est marquée par la reconnaissance des droits de la femme comme des droits humains et par la considération des violences faites aux femmes comme une violation des droits humains lors de la Conférence mondiale sur les droits de l'homme à Vienne en 1993 (Toubia et Sharief, 2003). Lors des multiples conférences qui suivirent (la Conférence internationale sur la population et le développement de 1994 et la quatrième Conférence mondiale sur la femme de 1995), l'excision était à l'ordre du jour et l'objectif exprimé était que l'on mette un terme à cette pratique. La Conférence du Caire attire particulièrement l'attention de l'opinion internationale sur les conséquences néfastes de l'excision sur la santé et le bien-être des femmes (Larsen et Yan, 2000). L'excision est,

pour la première fois, officiellement et internationalement mentionnée comme une entrave à la santé reproductive des femmes (Toubia et Sharief, 2003). La Conférence de Beijing consolide les assises du mouvement de lutte contre l'excision en la définissant comme une violation des droits des femmes et fillettes et par l'élaboration des politiques spécifiques à l'excision par tous les organismes onusiens concernés (Toubia et Sharief, 2003). Durant la même année, un groupe de travail sur les mutilations génitales féminines est réuni à Genève (Toubia et Izett, 1998). À l'issue de cette conférence, l'excision est déclarée illégale : « Les mutilations sexuelles sont une pratique traditionnelle profondément ancrée. Elles constituent toutefois une forme de violence à l'encontre des fillettes et des femmes et elles ont des conséquences physiques et psychosociales graves qui nuisent à leur santé. L'OMS est décidée à faire abolir toutes les formes de mutilations sexuelles. Elle déclare nécessaire d'assumer la protection efficace et la promotion des droits humains des fillettes et des femmes, y compris leur droit à l'intégrité corporelle et au plus grand bien-être physique, mental et social possible. L'OMS condamne vigoureusement la médicalisation des mutilations sexuelles, c'est-à-dire la participation de professionnels de la santé à quelque forme que ce soit de mutilations sexuelles et en quelque lieu que ce soit, les hôpitaux et autres établissements de santé compris» (Toubia et Izett, 1998 : p.6).

Sur le plan régional, en 1984, le Comité Interafricain est créé afin de réguler et de décider des actions à mener pour faire disparaître l'excision (CI-AF : consulté en avril 2005). La Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant (1999) et la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples sont les deux outils régionaux légaux qui protègent indirectement les femmes et les enfants contre la pratique de l'excision (CI-AF : consulté en avril 2005). Selon Toubia et Sharief (2003), l'Union Africaine travaille à l'introduction d'un protocole spécifique aux droits de la femme interdisant l'excision dans la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples. Le site du Comité Interafricain sur les pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants confirme la mise en vigueur le 27 juillet 2003 au Mozambique de ce protocole nommé Protocole à la charte africaine des droits de l'homme, des peuples et des femmes en Afrique.

Actuellement, on dénombre 16 pays africains ayant adopté une loi interdisant clairement la pratique de l'excision (CI-AF : consulté en avril 2008). Parmi ceux-ci, on compte le Burkina Faso dont la loi, adoptée en 1996 et intégrée au code pénal, contient trois articles punissant les familles, les praticiens, le corps médical ainsi que tout complice n'ayant pas

dénoncé l'excision à venir (CI-AF, 1997; CI-AF, 2003; Ministère de l'action sociale, 1999) L'excision est considérée au Burkina Faso comme « une violence physique, psychologique et sexuelle » (Ministère de la promotion de la femme, 2004). Les multiples conséquences de l'excision sur la santé des femmes au Burkina Faso ont contribué à la reconnaissance de la pratique par le gouvernement burkinabé comme une priorité de santé publique et comme une partie intégrante de la santé de la reproduction (INSD, 2004).

1.5.2 Programme de lutte au Burkina Faso

1.5.2.1. Les principales périodes de la lutte contre l'excision

Le Burkina Faso s'est en fait avéré un précurseur en matière de promotion d'abandon de l'excision (Ministère de la Promotion de la santé, 2004). La lutte contre la pratique de l'excision n'y est en effet pas récente (Achilli, 2002; CI-AF, 1997; CNLPE et Population Council, 2006; Kéré et Tapsoba cités par Gnagnou, 2001) et se répartit sur quatre périodes : les années 1900 à 1984, la période révolutionnaire à la veille de la 4^{ème} république, la décennie 1990 et la période après 2000 (CNLPE et Population Council, 2006). Les actions menées durant la première phase en vue de faire disparaître l'excision se sont heurtées à des pressions sociales, culturelles, économiques et politiques. Ainsi, les menaces des Pères Blancs d'excommunier les chrétiens s'adonnant à l'excision (1900) et les tentatives de Maurice Yaméogo lors de l'indépendance (1960) ont été peu efficaces (Achili, 2002; CNLPE et Population Council, 2006). L'année internationale de la femme (1975) fixe les assises du mouvement de lutte et donne lieu à une vaste campagne radiophonique (Achilli, 2002) d'information sur l'excision et ses conséquences sur la santé des femmes. À Copenhague (1980), les Burkinabè ayant assisté à la conférence expriment leur mécontentement. Cette période s'achève sur la solidification du mouvement en 1983 par le Président Thomas Sankara qui fait de l'« émancipation des femmes une condition au développement du pays et une priorité dans les actions du gouvernement et encourage l'abandon de l'excision » (Achili, 2002 : p.47; Prolongeau, 2006). L'année 1985 entame la seconde période de lutte. L'initiative de l'Union des femmes Burkinabè (CNLPE et Population Council, 2006) d'organiser un séminaire sur la condition féminine, pendant lequel sera abordée l'excision, a pour objectif final de demander une législation l'interdisant (CNLPE et Population Council, 2006; Achili, 2002; CNLPE, 1999). Suite au premier séminaire de réflexion nationale sur l'excision organisé par le Secrétariat d'État à l'Action Sociale et à la Famille tenu en mai 1988, un comité provisoire de lutte placé sous

la tutelle du secrétariat organisateur est créé en octobre de cette même année l'interdisant (CNLPE et Population Council, 2006; Achili ,2002; Ministère de l'action sociale ,1999).

La décennie 1990 marque un tournant important dans le mouvement de lutte contre l'excision burkinabè avec la mise en place définitive d'un comité national de lutte contre l'excision (1990), l'insertion dans le code pénal d'une loi interdisant la pratique (1996), l'élaboration de plans d'action couvrant la période de 1993 à 2003 et la création en 1997 d'un secrétariat permanent du CNLPE visant à améliorer le rendement du CNLPE. La période suivant l'an 2000 renforce l'implication gouvernementale dans la lutte contre l'excision. Elle est marquée d'une part, par l'intégration de la lutte dans le programme d'investissement public et l'intégration du budget du SP/CNLPE dans le budget de l'État, et d'autre part, par la création en 2001 d'une journée nationale de lutte contre l'excision (18 mai) et sa prise en compte dans les priorités de santé publique débouchant sur une importante formation du personnel de santé (CNLPE et Population Council, 2006).

Le 13 novembre 1996, la loi n°43-96/ADP du Code pénal sanctionne, entre autres, les atteintes à l'intégrité physique, psychique et morale de la femme et de la petite fille. Elle traite de l'excision, de l'abandon volontaire d'une femme enceinte, du mariage forcé et de la bigamie (Ministère de la promotion de la femme, 2004 : p.24).

1.5.2 .2 Les plans de lutte et les approches adoptées

L'examen des actions de lutte contre l'excision de RAINBO cité par Toubia et Sharief (2003) dénombre six grandes approches : l'approche des risques de santé, celle ciblée sur les exciseuses, l'approche des rites de passages de substitution, l'approche de développement social intégré et celle de la déviance positive. Le Burkina Faso a principalement opté pour une méthode de sensibilisation nommée Information Éducation Communication/ Communication pour le changement de comportement (IEC/CCC). Cette méthode est divisée en six axes (sensibilisation, formation, recherche, réparation des séquelles et patrouilles de gendarmerie/ répression) et détaillée dans des plans d'actions, utilisant divers moyens de communication afin de faire changer les comportements et attitudes (CNLPE et Population Council, 2006 :p.10; CNLPE et SAEC : 2006).

Le plan d'action 1997-1999 du Burkina Faso fait partie d'un agenda commun portant sur la lutte contre les pratiques traditionnelles néfastes (PTN) mis en place par le CI-AF (CI-AF, 1997). Pour ce faire, le CI-AF s'est donné comme objectif, d'une part, de sensibiliser et

mobiliser les populations aux conséquences des PTN via un programme massif d'éducation et de formation et, d'autre part, d'accroître le pouvoir socio-économique des femmes et d'améliorer leur santé générale et reproductive (CI-AF, 1997). Ce projet passe d'abord et avant tout par la formation des employés et la création de matériel didactique servant de support lors des campagnes de sensibilisation. Il prévoit ainsi de former des personnes ressources influentes dans les milieux de la santé, politique, économique, religieux et coutumier ainsi que des jeunes qui serviront à long terme de vulgarisateurs. Il est en outre question de leaders d'opinion (politiciens, chefs religieux ou traditionnels, législateurs et décideurs), d'hommes et de femmes vivant en milieu rural, d'agents sanitaires tels que les sages-femmes, les jeunes et les écoliers (CI-AF, 1997). Au Burkina Faso, les années 1997-1999 sont aussi régies par la stratégie d'Opportunités d'Emplois de Substitution (OES) précédemment testée dans plusieurs pays africains: Niger, Mali, Soudan et Ouganda. À l'issue de ce plan d'action, des films, affiches ou encore des modèles anatomiques ont été conçus et la capacité opérationnelle de chaque organe national a été améliorée (CNLPE, 1999). Citons comme exemple la création du SP/CNLPE au Burkina Faso, où travaillent des employés spécialistes du mouvement améliorant par là même la performance dans le domaine de la recherche, du suivi et de l'évaluation des activités (CNLPE, 1999).

Le plan d'action 1992-1999 a permis de sensibiliser 4 750 000 personnes, d'augmenter les compétences de 2700 personnes à travers 87 formations, à impliquer la police, les groupes religieux, les jeunes, les femmes et les chefs traditionnels, à former et pousser les exciseuses à arrêter de pratiquer et à éduquer les populations, à mettre en place une loi contre l'excision et à mettre en place un numéro vert pour dénoncer les cas d'excision (WHO, CHS,WMH, 1999). Selon le rapport du Department of Women's Health, Health Systems and Community Health et la World Health Organization (1999), les campagnes de sensibilisation du CNLPE ont davantage permis de conscientiser les Burkinabè sur les conséquences négatives sur la santé des femmes qu'à réellement changer leurs comportements (WHO, CHS,WMH, 1999: p.71).

L'élaboration du plan 1999/2003 a permis de réajuster et d'améliorer les actions à mener ainsi que la stratégie IEC/excision (Ministère de l'action sociale, 1999). Selon ce même plan d'action (1999), « le constat exprimé par le CNLPE dans son rapport "bilan des sept ans d'expérience" est que les résultats de la sensibilisation sont restés en deçà des attentes en termes de changement de comportement de la part des populations en général. Il y a lieu

de relever avec force que les acquis qui existent ne sont pas non plus négligeables.⁶» Toujours selon le rapport d'évaluation du plan d'action précédent (Ministère de l'action sociale, 1999), la campagne de sensibilisation précédente a permis l'accroissement et la diversification des personnes formées en IEC/excision permettant ainsi de mieux répondre aux besoins de formation de la population en matière de connaissance de la pratique. Elle a aussi permis l'élargissement du territoire ciblé aux 45 provinces du Burkina Faso, la multiplication des canaux et moyens de communications utilisés et a suscité l'intérêt des écoles et chercheurs universitaires pour la problématique de l'excision. Enfin, elle a également servi d'amorce au suivi des activités à accomplir au niveau national et provincial à travers des assemblées mensuelles au niveau central et semestrielles au niveau décentralisé (Ministère de l'action sociale, 1999). L'important lobbying du CNLPE a eu pour conséquence le consentement des autorités burkinabés, internationales et juridiques à adhérer au mouvement de lutte en même temps que d'attirer un grand nombre de partenaires. Ceci eut comme répercussion la mise en place de mesures administratives et juridiques lors de la table ronde des bailleurs de fonds pour les activités du plan d'action (Ministère de l'action sociale, 1999). «La sensibilisation qui vise les changements de comportement par l'adoption de nouveaux modes de vie et d'acceptation de situations nouvelles de la part des groupes ciblés peut difficilement parvenir à un tel résultat pour la période considérée. Cependant, il est à noter une prise de conscience grandissante des dangers et du non fondé de la pratique de l'excision au niveau des acteurs du développement dans l'ensemble des provinces⁷ ». De même que de nombreux problèmes organisationnels, structurels et infra structurels persistent. Il en est ressorti, la nécessité d'investir dans la recherche concernant l'excision, de davantage décentraliser les ressources, d'une plus grande responsabilisation des membres du CNLPE afin de les conscientiser face à leur rôle de pilier de la lutte, d'une régularité dans le suivi, la supervision et l'auto-évaluation des activités, ce manquement ayant défavorisé l'efficacité du mouvement à faire régresser la pratique. Le SP/CNLPE fait face à un manque de personnel qualifié en recherche statistique et de ressources ne leur permettant pas d'assurer rentablement la gestion des activités, tout en devant contrer un manque de financement et des demandes croissantes de financements provenant des collaborateurs nationaux..

⁶MINISTÈRE DE L'ACTION SOCIALE, plan d'action 1999/2003, p.12

⁷ MINISTÈRE DE L'ACTION SOCIALE, plan d'action 1999/2003, p.9

De façon générale, dans le plan d'action couvrant la période allant de 1999 à 2003, le CNLPE souhaite : « Contribuer à l'épanouissement de la famille et à l'amélioration de la santé de la femme et de la fillette, par la lutte contre les mutilations génitales féminines, en réduisant le taux de prévalence de la pratique de l'excision de 66.35% à 25% chez les filles de 0 à 20 ans.⁸ » Plus précisément, il souhaite sensibiliser 46 à 80% des Burkinabè, améliorer la fonctionnalité des organes de lutte, développer la recherche qualitative et quantitative sur l'excision accroissant par la même occasion la quantité de données socioculturelles et anthropologiques disponibles et pour finir, implanter l'IEC/excision dans le programme national d'enseignement primaire, tout cela dans l'espoir de pouvoir conscientiser la population quant aux conséquences de la pratique sur la santé des femmes, de diversifier les acteurs de la lutte, d'institutionnaliser l'IEC/excision et de renforcer la fonctionnalité des comités (Ministère de l'action sociale, 1999).

Depuis la fin de ce plan d'action, lors de la Conférence Internationale sur la Tolérance Zéro à la MGF tenue au Centre de conférence des Nations Unies à Addis-Abeba, un plan d'action commun visant à éradiquer l'excision d'ici à 2010 régionalement et internationalement a été mis en place. Lors de cette conférence internationale, le CI-AF demande aux particuliers et institutions luttant contre les MGF de regrouper leurs efforts dans ce but (CI-AF, 2003 : p.8). Les objectifs spécifiques de ce plan sont d'une part, d'utiliser la recherche opérationnelle afin de mieux identifier la pratique des MGF, d'adapter et de maximiser les campagnes de sensibilisation et de formation touchant les professionnels clés, la population et les jeunes ainsi que le matériel didactique et d'autre part, de recycler les exciseuses et d'améliorer la mise en place de législations contre l'excision et la collaboration entre les gouvernements et les instances internationales. Ce plan vise surtout à pouvoir offrir un service de soutien et de conseils aux femmes ayant été excisées (CI-AF , 2003).

Mis à part la stratégie du CNLPE, plusieurs initiatives d'ONG et d'associations ont vu le jour dont le projet supra régional de la GTZ, le projet 1000 jeunes filles, le projet UNF ou encore Medicus Mundi Andaluca (CNLPE et Population Council, 2006). « Le projet supra régional de la GTZ a travaillé dans les cinq provinces identifiées comme ayant un niveau de prévalence très élevé. La stratégie consiste à appuyer un certain nombre de structures ou

⁸ MINISTÈRE DE L'ACTION SOCIALE, plan d'action 1999/2003, p.16

organisations locales qui travaillent déjà dans le domaine.⁹ » Parmi ces projets on retrouve celui en collaboration avec l'ONG Mwangaza action nommé « programme d'éducation aux droits humains et déclaration publique » (CNLPE et SAEC, 2006). L'approche holistique pour l'éducation aux droits humains de la GTZ et de Mwangaza action s'inspire de la méthode sénégalaise TOSTAN et vise les populations, les comités villageois de gestion, les formateurs des ONG et les facilitateurs communautaires (Ouoba et al, 2001; Ouoba et al, 2004; CNLPE et SAEC, 2006) « Ce programme utilise une approche intégrée en abordant plusieurs aspects relatifs à la situation des femmes, associé à une mobilisation communautaire pour l'amener à faire une déclaration publique en faveur de comportements plus positifs » (Ouoba et al, 2004 : p.V) La méthode TOSTAN burkinabé a été appliquée dans 46 villages de la province Bazéga-Zoundwéogo, dont 23 étaient des villages contrôlés (Ouoba et al, 2001; Ouoba et al, 2004). La méthode TOSTAN se base sur « la stratégie PLA (approche de la formation participative) qui indique que l'abandon de l'excision passe par l'éducation de la population et la participation de la communauté dans l'organisation des activités.¹⁰ » L'application de la méthode TOSTAN est régie par la mise en confiance des populations ciblées, en intégrant leur vie quotidienne afin d'en améliorer les conditions (Ouoba et al, 2001; Ouoba et al, 2004). Le changement doit cependant provenir des populations elles-mêmes. Pour ce faire, la mise à disposition des « armes » nécessaires au changement social passe par la communication d'information technique, des discussions sur les droits humains et l'aide au développement de stratégies de développement (Ouoba et al, 2001 : p.V).

1.6 Déterminants de l'excision et obstacles à la lutte

Outre les initiatives politiques et les programmes de lutte, le monde de la recherche s'est intéressé au sujet de l'excision, notamment pour évaluer la prévalence et l'évolution de la pratique ainsi que ses déterminants sociaux, économiques et culturels.

1.6.1 Déterminants sociaux, économiques et culturels

Les Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS), vastes enquêtes nationales réalisées dans la plupart des pays du Sud, consacrent depuis plusieurs années un volet spécifique à

⁹ CNLPE et Population Council, Évaluation et analyse de l'évolution de la pratique de l'excision au Burkina Faso, p.13.

¹⁰ Ouoba et al. , Le programme de TOSTAN: l'expérience d'un programme d'éducation de base au Burkina Faso, p.1

l'excision dans les pays où elle se pratique. Ces enquêtes constituent une excellente source d'évaluation des changements dans les connaissances, les attitudes et les comportements individuels en matière d'excision (Herger Boyle, Mc Morris et Gomez, 2002). Elles permettent également d'évaluer les facteurs affectant les attitudes et pratiques. Ainsi, Mazharul et Mosleh (2001) ont montré, sur la base de l'EDS du Soudan, que les niveaux socio-économiques et d'éducation ainsi que la religion des femmes étaient des facteurs déterminants des attitudes face à l'excision. L'étude montre que les chances de défendre la pérennisation de l'excision diminuent avec le niveau de scolarité et de statut (Mazharul et Mosleh, 2001). Les hommes sont aussi significativement moins enclins que leur femme à être en faveur de la pérennité de l'excision (Mazharul et Mosleh, 2001). Ces différences selon le genre se retrouvent dans une étude effectuée par Carr (1997) en Érythrée et dans le nord soudanais où les Érythréens se sont révélés moins susceptibles de soutenir la pratique que leurs épouses. L'indice de bien-être du ménage, le statut matrimonial, le fait de vivre à Conakry et les différentes régions influencent différemment les hommes et les femmes (Gage et Van Rossem, 2005). Le fait de n'avoir jamais été mariée et avoir un niveau élevé de bien-être augmente les chances d'une femme d'être en faveur de la cessation de l'excision, alors que pour les hommes elle n'a aucune incidence statistique (Gage et Van Rossem, 2005). De plus, un homme vivant à Conakry a 2,53 fois plus de chance qu'un homme vivant en milieu rural d'être pour que l'excision s'arrête; cette variable n'affecte toutefois en rien les attitudes féminines (Gage et Van Rossem, 2005).

Dans six pays, dont le Burkina Faso, où ont été menées des Enquêtes Démographiques et de Santé entre 1989 et 1999, la baisse de la prévalence de l'excision parmi les filles serait foncièrement reliée à l'augmentation du niveau de scolarité des mères (Yoder, Abderrahim et Zhuzhuni, 2005). Chez les femmes, chaque année supplémentaire d'étude favorise l'opposition au maintien de la pratique de l'excision ainsi qu'à l'excision de sa fille (Herger Boyle, Mc Morris et Gomez, 2002). L'opposition à l'excision est nettement plus marquée chez les femmes ayant atteint un niveau d'étude supérieur. Dans ces six pays, le fait de ne pas avoir atteint un niveau d'éducation élevé augmenterait environ de 7 fois les chances de faire exciser sa fille et de 5 fois celles de défendre le maintien de la pratique (Herger Boyle, Mc Morris et Gomez, 2002). En Guinée, Gage et Van Rossem (2005) ont aussi montré que les chances d'être en faveur de la disparition de l'excision augmentent avec chaque année supplémentaire de scolarité. L'étude de Dembele (1999) menée au Burkina Faso, montre

que dans un couple, le niveau de scolarité des deux parents influence le fait que les filles soient excisées ou non et les risques d'excision pour une fille dont les deux parents sont très scolarisés sont 4 fois moins élevés que ceux d'une fille ayant deux parents non scolarisés. En 2002, Yount montre qu'à Minia en Égypte, les filles dont le père a atteint un niveau primaire ont moins de la moitié des chances de celles dont le père n'a pas de scolarité d'encourir le risque de se faire exciser (Yount, 2002). Entre 80 et 90% des femmes Burkinabé, des Centrafricaines, des Kényanes et des Érythréennes les plus éduquées sont contre le fait que l'excision se perpétue (Créel, 2002). Le soutien à l'excision serait aussi plus fort chez les femmes musulmanes que chez les chrétiennes (Mazharul et Mosleh, 2001; Créel, 2002). D'autre part, au Soudan, dans les régions de Haj-Youshif et de Shendi l'état de pauvreté augmente la probabilité d'être favorable au maintien de l'excision (Mazharul et Mosleh, 2001).

Au Burkina Faso, l'ethnie joue un rôle important dans la décision d'un couple de faire exciser sa fille (Dembele, 1999). Les couples Bobo suivis de ceux issus d'autres ethnies, des Peulh et des Gourmantché sont ceux à avoir davantage fait exciser leur fille aînée (Dembele, 1999). Dembele montre aussi que le fait d'être soi-même excisée influence la probabilité de désirer faire exciser sa fille. En effet, la probabilité que les mères ayant été excisées en fassent de même pour leur fille aînée est de 11 fois supérieure à celle des mères non excisées (Dembele, 1999). À Minia, en Égypte, l'expérience personnelle de l'excision des femmes est aussi significativement reliée à l'intention d'exciser leurs filles (Yount, 2002). Ainsi, les femmes ayant subi une excision de type I (rapport de quote de 1,46) ou de type III (rapport de quote de 1,38) sont plus susceptibles d'être en faveur de l'arrêt de l'excision que celles ayant subi une excision de type II (Gage et Van Rossem, 2005). Toujours selon ces mêmes auteurs, l'âge et le type d'exciseurs n'ont aucune incidence statistique sur les attitudes

Outre le fait d'exciser les filles, certaines études se sont penchées sur les déterminants des types d'excision pratiquée. Yoder et Mahy (2001) ont montré qu'en Guinée où l'excision est une pratique répandue, l'éducation, l'exposition à la radio et le lieu de résidence n'affectent en rien l'intention des mères d'exciser leurs filles, mais affectent le type d'excision des filles. Le type d'excision de la mère, quant à lui, est en relation directe avec le type d'excision de la fille (Yoder et Mahy, 2001). Pour ces mêmes auteurs, les caractéristiques socioéconomiques des mères déterminent le fait de faire subir ou non une

forme radicale d'excision à sa fille. L'ethnie influence également le type d'excision choisie alors que la religion n'affecte pas ce choix (Yoder et Mahy, 2001). En Guinée, les chances de faire subir une forme radicale d'excision à sa fille sont déterminées par le degré d'exposition à l'extérieur par le biais de l'éducation, du lieu de résidence et de la radio (Yoder et Mahy, 2001). Généralement, les femmes sont plus susceptibles d'être excisées (Carr, 1997 : p.60) et d'avoir l'intention de faire exciser leurs filles (Mazharul et Mosleh, 2001) que d'être en faveur de la pérennisation de la pratique (Carr, 1997 ; Mazharul et Mosleh, 2001).

Des recherches précédentes, menées dans plusieurs pays d'Afrique entre 1999 et 2002, ont prouvé qu'en matière de soutien de l'excision, il existe une grande différence entre les générations (Yoder, Abderrahim et Zhuzhuni, 2005). Dans son étude comparative Créel (2002) montre qu'au Burkina Faso, en République Centrafricaine, au Kenya et particulièrement en Érythrée, les femmes des jeunes générations (âgées entre 20 et 24 ans) se positionnent davantage en faveur de la disparition de l'excision que leurs aînées. Les mêmes résultats ont été trouvés par Herger Boyle, Mc Morris et Gomez (2002) pour l'Égypte, le Kenya, le Mali, le Niger et le Soudan. Ces différences intergénérationnelles s'expliquent en partie par la plus grande exposition des jeunes générations aux campagnes de sensibilisation internationales.

Dans une étude présentant les résultats des EDS menées dans sept pays d'Afrique (République Centrafricaine, Côte d'Ivoire, Égypte, Érythrée, Mali et Soudan) entre 1989 et 1996, Carr (1997) montre, qu'à l'exception du Yemen, il existe dans ces pays un lien entre le lieu de résidence et les attitudes face à l'excision. Dans son étude portant sur les données EDS récoltées dans huit pays (Burkina Faso, Égypte, Érythrée, Kenya, Mali, République Centrafricaine) entre 1989 et 2000, Créel (2002) trouve elle aussi que, dans tous ces pays, le soutien de l'excision est moins répandu parmi les urbaines. Ainsi, en 1998 au Burkina Faso, malgré la plus grande prévalence de citadines excisées, elles sont moins nombreuses que les femmes rurales à appuyer la pérennisation de l'excision (Créel, 2002 : p.14). En Égypte, où l'on a demandé aux femmes si elles avaient l'intention d'exciser leur fille ou si elles l'avaient déjà fait, plus de rurales que de citadines ont répondu positivement à cette question (Carr, 1997; Yount, 2002). Par contre, Herger Boyle, Mc Morris et Gomez (2002) montrent que le développement diminuerait les chances d'être favorable au maintien de l'excision et de vouloir faire exciser sa fille.

1.6.2 Obstacles à la lutte

Malgré les campagnes de sensibilisation et une meilleure connaissance de la population des conséquences néfastes de l'excision perdure dans de nombreux pays africains.

Dans une étude qualitative qui se base sur les propos de personnes pratiquant l'excision dans différents pays d'Afrique de l'Ouest (dont le Burkina Faso), l'ONG Plan international cherche à comprendre la dynamique de l'excision et à savoir quels sont les déterminants socioculturels qui font que l'excision perdure. Il en est, entre autres, ressorti que, dans certains pays, « le développement social, les tabous, la tradition, la religion, la politique, la relation avec d'autres pratiques nocives et les changements opérés dans la manière de pratiquer l'excision » constituent des obstacles à la disparition de l'excision dans les sociétés d'Afrique de l'Ouest (Plan international, 2006).

Au Burkina Faso, le CNLPE et Population Council (2006 : pp.9-10) identifient plutôt « la persistance des pesanteurs socioculturelles, les problèmes de financement et le choix de stratégies, l'efficacité de la décentralisation, le renforcement des capacités, l'application variable de la loi, la clandestinité de la pratique et le mépris des anciens condamnés¹¹ » comme des facteurs affectant l'efficacité des programmes visant la disparition de l'excision au Burkina Faso. Pour le Ministère de la promotion de la femme (2004), les valeurs et traditions favorisant l'excision sont encore prépondérantes dans la vie des Burkinabè et les pesanteurs culturelles orientent encore leurs attitudes, décisions et opinions. Selon Carr (1997), dans quelques pays, les familles ne souhaitant pas perpétuer l'excision doivent faire face à des traditions établies et aux conséquences d'aller à l'encontre des normes sociales. Dans le Sud tchadien, il a été fait mention des pressions sociales pour exciser les filles et pour perpétuer la pratique. Les femmes approuvant l'excision ont mentionné que leur filles non excisées seront sujettes à des moqueries de la part de leur camarades, de leur futures coépouses ou de leur mari (Leonard, 1996). Dans certaines régions des simples gestes tels que servir les plus âgés, boire du lait de vache, mais aussi et surtout trouver un mari ou encore être baptisées sont interdites aux filles non excisées (Eliah, 1996 et Issayas, 1996 cités par Carr, 1997). Erlich (1988 : p. 19) souligne que « refuser le rite équivaut au rejet de la société toute entière et conduit à la marginalisation. » Dans le nord du Soudan, les femmes ont principalement mentionné la crainte d'être socialement critiquées suivi de

¹¹Par «mépris des anciens condamnés », les auteurs de ce rapport veulent parler de la non-reconnaissance de la loi par les multirécidivistes.

l'ignorance des conséquences et de l'influence des femmes âgées comme raison justifiant la perpétuation de l'excision (DOS and IRD cité par Carr, 1997).

Comme le souligne le rapport du Ministère de la promotion de la femme : « Étude diagnostique de la situation de la femme au Burkina Faso (2004) »; l'actuelle société burkinabé doit faire face à des dualismes modernité/tradition et droit français/droit coutumier qui compliquent l'application de la législation de certaines pratiques culturelles (excision, lévirat et mariage précoce) néfastes pour la santé physique et morale des femmes favorisant de la sorte la fortification et la persistance de ces dernières (Ministère de la promotion de la femme, 2004 : pp.26-32 et pp.35-36). Selon le CNLPE et Population Council (2006), l'application de la loi est variable. Malgré une augmentation des poursuites, les peines appliquées restent en deçà de celles prévues par la loi, de nombreuses poursuites sont abandonnées ou diminuées suite à des interventions de connaissances importantes et parfois les condamnés sont libérés avant la fin de leur peine (CNLPE et Population Council, 2006). Toujours selon ce même rapport, le dédain des sanctions prévues par la loi des personnes ayant été condamnées les pousse à récidiver. La glorification de ces derniers et du cumul de leurs emprisonnements dans certains secteurs apparaît comme un phénomène nouveau (CNLPE et Population Council, 2006)

L'application de la loi et la pratique transfrontalière de l'excision ont défavorisé à la fois la lutte et la situation des femmes excisées en rendant la pratique de l'excision clandestine et plus difficilement quantifiable (CNLPE et Population Council, 2006). Selon Toubia et Sharief (2003), les politiques nationales contre l'excision sans un support régional et national se sont avérées inefficaces. Dans les pays qui ont utilisé des approches centrées sur les exciseuses, ces dernières ont parfois été remplacées par des praticiens provenant d'autres villages, par de nouveaux types d'exciseuses ou alors elles reprennent leur activité (Toubia et Sharief, 2003 : p.256). De même, dans l'évaluation de ses activités, le CNLPE en collaboration avec la SAEC (2006 : p.4) comptait parmi les dix défis à relever par le CNLPE « la migration des exciseuses et des populations vers des pays qui ne disposent pas encore de loi réprimant la pratique. »

1.7 Objectifs de recherche et hypothèses

En regard de l'étendue des connaissances sur l'excision, ce mémoire s'intéresse d'une part, à brosser un portrait de l'évolution de la lutte contre la pratique de l'excision et de ses

acquis dix ans après le vote de la loi anti-excision et d'autre part, d'analyser les déterminants favorisant la persistance de l'excision. Dans cette optique, le mode de recherche choisi allie méthodologie quantitative et qualitative.

Comme il a été exposé plus haut plusieurs auteurs se sont intéressés aux divers aspects de l'excision. Ainsi, une étude réalisée au Soudan¹² sur 3126 femmes, âgées de 15 à 49 ans, mariées ou ne l'ayant jamais été et de religion chrétienne ou musulmane visait à étudier « les perceptions à l'égard de la pratique (l'excision), les raisons de son soutien par les femmes et les prédicteurs sociodémographiques à ce soutien pour définir les stratégies susceptibles de la faire disparaître¹³ » a montré que le niveau socio-économique, le niveau d'éducation et la religion des femmes déterminent l'attitude vis-à-vis de l'excision dans deux régions du Soudan. L'accroissement de l'éducation et de la richesse diminuent les chances d'être en faveur de la pérennisation de l'excision. De même que les musulmanes seraient plus susceptibles que les chrétiennes d'en favoriser le maintien dans les deux régions incluses dans l'analyse logistique. (Mazharul et Mosleh : 2001).

On pourrait alors s'attendre à ce que les hommes et les femmes les moins instruits et musulmans soient moins réfractaires au maintien de la pratique. D'autre part, l'état de pauvreté augmenterait la possibilité d'être favorable à la transmission de l'excision.

Dans six pays, dont le Burkina Faso, où ont été menées des Enquêtes Démographiques et de Santé entre 1989 et 1999, on constate une diminution marquée du pourcentage de filles âgées excisées intimement reliée à l'augmentation du niveau de scolarité de la mère (Yoder, Abderrahim et Zhuzhuni : 2005).

Les mères peu scolarisées devraient être plus enclines à avoir excisé leur fille ou d'en avoir l'intention.

L'ethnie et le fait d'être excisée ou non sont deux autres variables explicatives retenues dans nos analyses. Dans un article intitulé « Accord ou désaccord entre conjoints sur l'excision de la jeune fille au Burkina Faso? » basé sur les données recueillies auprès d'hommes et de femmes durant l'EDS de 1998 et visant à trouver de nouvelles pistes

¹² L'étude a été réalisée dans 3 régions du Soudan (Haj-Youshif, Shendi et Juba). L'analyse logistique multidimensionnelle ne concerne que deux de ces régions (Haj-Youshif et Shendi) en raison du faible taux de femmes excisées dans Juba.

¹³ Mazharul et Mosleh, « L'excision au Soudan : perspectives d'avenir et stratégies d'élimination » in Perspectives internationales sur le Planning Familial, P.20.

d'éradication de l'excision, Bernard Dembele s'intéresse à la nouvelle « dynamique décisionnelle » de l'excision depuis son interdiction au Burkina Faso (Dembele, 1999). Le couple apparaissant comme la nouvelle « structure décisionnelle », l'auteur cherche à trouver les facteurs (ethnie, expérience personnelle, rôle dans le couple et positions des conjoints face à la pratique) pouvant influencer le choix d'exciser au sein de 1731 couples. Il montre comment l'ethnie joue un rôle important dans la décision d'un couple de faire exciser leur fille. Les couples Bobo, ceux d'autres ethnies, les Peulh et les Gourmantché sont, dans un ordre décroissant, ceux à avoir davantage fait exciser leur fille aînée. De même, le statut d'excision de la mère influencerait significativement cette même décision. En effet, l'étude de Dembele montre que la probabilité que les mères ayant été excisées en fassent de même avec leur fille aînée est de 11 fois supérieure à celle des mères non excisées. (Dembele : 1999)

Il se pourrait que le choix d'exciser sa fille ou de ne pas le faire soit influencé par un impact combiné du statut d'excision de la mère et de son ethnie d'origine. Toutefois, pour ce travail nous les considérerons séparément. Ainsi, on pourrait alors faire l'hypothèse qu'en matière d'excision des filles, le fait que la mère soit excisée augmente les chances que sa fille soit excisée ou qu'elle ait l'intention de le faire. D'autre part, concernant l'ethnie, on pourrait s'attendre à ce qu'elle joue aussi un rôle déterminant dans l'intention d'exciser des mères et l'excision des filles et dans la défense du maintien de la pratique. Ainsi, être Bobo favoriserait d'une part la probabilité d'être en faveur du maintien de l'excision (pour les femmes comme pour les hommes) et d'autre part, et la probabilité que les filles soient excisées. Alors qu'être issu de l'ethnie Mossi exercerait l'effet inverse.

En ce qui concerne l'effet de l'âge, comme nous l'avons signalé plus haut, des recherches précédentes menées dans plusieurs pays d'Afrique entre 1999 et 2002, ont prouvé qu'il existe une grande différence entre les générations lorsqu'il s'agit de soutenir ou non la pratique. (Yoder, Abderrahim et Zhuzhuni : 2005). De plus, l'excision est une pratique ancestrale, basée sur des croyances et des mythes, véhiculant valeurs, normes et coutumes (Plan international : 2006). Et comme on le sait, les plus âgés sont les gardiens de la tradition. Les exciseuses sont d'ailleurs des femmes âgées, des accoucheuses traditionnelles (Richard, 2003). Cependant, la récente importance des campagnes de sensibilisation visant à déconstruire ces croyances, depuis le vote de la loi en 1996, laisse supposer que les plus jeunes Burkinabè soient moins favorables à la pérennité de l'excision que les plus vieux.

Tout comme l'on s'attend à ce que les plus jeunes femmes soient moins enclines à faire exciser leur fille que les femmes des générations antérieures.

Dans une étude présentant les résultats des EDS menées dans sept pays d'Afrique entre 1989 et 1996, Carr montre qu'il existe dans la plupart de ces pays un lien entre le lieu de résidence et les attitudes concernant l'excision. Le Yémen fait cependant exception puisque les femmes rurales sont plus nombreuses à être contre l'excision, une situation complètement à l'inverse de celle des 6 autres pays considérés. En Égypte, où l'on a demandé aux femmes si elles avaient l'intention d'exciser leur fille ou si elles l'avaient déjà fait, plus de rurales que de citadines ont répondu positivement à cette question.

Le lieu de résidence devrait donc orienter les attitudes et la pratique des femmes en matière d'excision. On s'attend à ce que les femmes et les hommes vivant en milieu rural soient plus réceptifs à la pratique et à sa perpétuation.

CHAPITRE 2 : DONNÉES ET MÉTHODES

Ce chapitre présente les données et méthodes de recherche utilisées dans ce mémoire. Rappelons que nos objectifs de recherche sont d'une part, de dresser un portrait de l'évolution de la lutte contre la pratique de l'excision et de ses acquis dix ans après le vote de la loi anti-excision. Et d'autre part, d'analyser les déterminants favorisant la persistance de l'excision. Dans cette optique, le mode de recherche choisi allie méthodologie quantitative et qualitative. La première partie porte sur la méthodologie quantitative. Elle présente d'abord les bases de données et les modèles utilisés ainsi que l'opérationnalisation des variables, pour ensuite aborder les analyses effectuées. La seconde section en présente l'aspect qualitatif et se décompose en quatre sous-sections : les critères de sélection de l'échantillon, la présentation des unités de l'échantillon, l'entretien et la recherche documentaire dans le milieu. En guise d'introduction, une première partie présente le site de l'étude : le Burkina Faso.

2.1 Contexte géographique, social, démographique et économique du Burkina Faso

Le Burkina Faso, pays sahélien d'Afrique de l'Ouest limitrophe de six pays, occupe une superficie de 274 200 km².



Source : <http://www.burkinaonline.bf/burkina/burkina.htm>

En 2003, Le Burkina Faso demeure un des pays les plus pauvres du monde, 64,2% de la population vit avec un revenu inférieur au seuil de pauvreté. Le rapport de l'enquête démographique et de santé de 2003 soulignait que depuis quelques décennies, le Burkina doit faire face à une situation économique difficile (INSD 2004 : p.1). Durant cette année, le Burkina Faso était classé selon l'indice de développement humain comme le 2^e pays le

plus pauvre (IPH de 64.2%) et le 3^e au développement humain le plus faible (IDH de 0.317)¹⁴.

Tableau 1. Modifications de quelques indicateurs socio-économiques du Burkina Faso (2003).

Valeur de l'IDH	0,317
PIB/habitant (US\$)	345
Espérance de vie (ans)	47,5
Taux d'alphabétisation des jeunes (15-24 ans) en %	31,2 ¹
Alphabétisation des adultes (15 ans et+) en %	21,8 ¹
Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances)	107
IPH(%)	64,2

* Sources: Rapports sur le développement humain 2005 et 2006.

¹ Données de 2004, tirées du rapport sur le développement humain 2006

Pour cette même année, l'indice sexo-spécifique de développement humain (ISDH) était de 0.311 (PNUD , 2005 et 2006). On constate qu'en 2003, les femmes vivent plus longtemps que les hommes et sont moins alphabétisées et scolarisées que ces derniers (Tableau2).

Tableau 2. Présentation sexo-spécifique des indicateurs du développement humain pour l'année 2003

	2002-2003	
	Femmes	Hommes
Espérance de vie (ans)	48,2	46,8
TAB (15 ans et +) en % ¹	8,1 ^a	18,5 ^a
TBSC (du primaire au supérieur) en % ²	20	27
Valeur de l'ISDH ³	0,311	

* Sources: Rapports sur le développement humain 2005

¹Taux d'alphabétisation des adultes

² Taux brut de scolarisation combiné

³ Indice sexo-spécifique du développement humain

^a Les données portent sur une année située entre 1995 et 1999

Le Burkina Faso est un pays jeune et essentiellement rural. Comme le montre le tableau 3, en 2003 (date approximative de la collecte de données utilisées dans le présent travail) il

¹⁴ 175^{ème} sur 177 pays en ce qui concerne l'IDH et 102^{ème} sur 103 pays pour l'IPH

comptait une population totale de 12 400 000 habitants dont environ 18% de citadins et 48% de jeunes âgés de moins de 15 ans. En 2003 les femmes avaient en moyenne plus de 6 enfants.

Tableau 3. Données démographiques du Burkina Faso pour l'année 2003

Population totale (millions)	12,4
Population urbaine(en % du total)	17,8
Population de moins de 15 ans (en % du total)	47,7
ISF (par femme)	6,7 ¹

* Sources: Rapports sur le développement humain 2005

¹ Données allant de 2000 à 2005

2.2 Volet quantitatif de la recherche

Afin d'évaluer l'évolution de la pratique et de la perception de l'excision au Burkina Faso, les analyses statistiques présentées dans ce mémoire ont été effectuées à partir de deux bases de données des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) menées au Burkina Faso : celle de 1998 et celle de 2003. Les données recueillies auprès des hommes et femmes dans les deux enquêtes ont été utilisées.

2.2.1 Présentation des bases de données

Les EDS 1998 et 2003 sont deux enquêtes d'envergure nationale menées par l'Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) en collaboration avec l'institution américaine Macro International. Les données ont été collectées à l'aide de trois questionnaires couvrant onze thèmes de santé reproductive dont celui de l'excision. En 1998 comme en 2003, l'échantillon a été sélectionné selon un sondage par grappes stratifiées à deux degrés, à partir de la liste des zones de dénombrement du recensement général de la population et de l'habitation (1998) et du découpage administratif des régions (2003). Avec des taux de réponses de 96 % pour les femmes et aux alentours de 90 % pour les hommes (91 % en 1998 et 90 % en 2003), l'enquête de 1998 a touché 6445 femmes et 2641 hommes et celle de 2003, 12477 femmes et 3605 hommes. Pour les deux périodes, les

populations interrogées se composent de femmes âgées de 15 à 49 ans et d'hommes entre 15 et 59 ans.

Dans les deux enquêtes des questions relatives à la connaissance, à la pratique et à l'attitude vis-à-vis de la pratique de l'excision ont été posées. En 2003, un volet supplémentaire portant sur les conséquences sanitaires de l'excision a été ajouté dans le questionnaire adressé aux femmes. Plusieurs des questions relatives à l'excision ont été retenues dans le cadre de cette recherche, elles sont présentées dans le tableau 4 ci-dessous.

Tableau 4. Liste des questions utilisées pour 1998 et 2003

1998	2003
<p>Connaissance</p> <p>Avez-vous entendu parler de l'excision?</p> <p>Attitude</p> <p>Avez-vous l'intention de la faire exciser? Pensez-vous que la pratique de l'excision doit être maintenue ou qu'elle doit disparaître?</p> <p>Pratique</p> <p>Quel âge aviez-vous lorsque vous avez subi cette pratique? Qui a procédé à votre excision? Quel âge avait-elle lorsqu'elle a subi ce type de pratique? Qui a procédé à son excision?</p>	<p>Connaissance</p> <p>Avez-vous entendu parler de l'excision?</p> <p>Attitude</p> <p>Dans l'avenir, avez-vous l'intention de faire exciser vos filles? Pensez-vous que la pratique de l'excision doit être maintenue ou qu'elle doit disparaître?</p> <p>Pratique</p> <p>Avez-vous été excisée? Quel âge avez-vous lors de votre excision? Qui a procédé à votre excision? La répondante a-t-elle une fille vivante? Est-ce que certaines de vos filles ont subi l'excision? Si oui combien? Sur laquelle de vos filles, a-t-on procédé récemment à l'excision? Quel âge avait (Nom de la fille à Q.1011) au moment de l'excision? Qui a procédé à l'excision de votre fille?</p>

*Sources : Enquêtes Démographiques et de Santé Burkina Faso 1998 et 2003.

Les questions relatives à l'excision des filles ont uniquement été posées aux femmes et spécifiquement à celles ayant au moins une fille vivante¹⁵.

Outre les variables portant sur l'excision, les enquêtes contiennent des informations sur le profil socio-économique des enquêtés : leur âge, leur milieu de résidence (urbain, rural), leur niveau de scolarité (aucun, primaire, secondaire, supérieur), leur ethnie (bobo, dioula, fulfulde, gourmantche, gourounsi, lobi, mossi, senoufo, touareg/bella, bissa, diafing, dagara, samo, autre ethnie du Burkina, nigérienne, togolaise, béninoise, malienne, ivoirienne, ghanéenne, autre ethnie d'Afrique, nsp, autre)¹⁶ et leur religion (catholique, protestant, musulman, traditionnel, pas de religion, autre)¹⁷. Le statut économique des ménages a également été estimé. Inexistant en 1998, il a été créé à partir du type de toilette des ménages (chasse d'eau, chasse d'eau personnelle, chasse d'eau commune, fosse, latrines simples, latrines ventilées, pas de toilettes, autre), de la présence d'électricité ou non dans le foyer, de leur possession d'une télé (non, oui) et d'un réfrigérateur (non, oui). En 2003, cet indicateur est mesuré par cinq quintiles de bien-être (le plus pauvre, second, moyen, quatrième, les plus riches) construit à partir des possessions matérielles des ménages telles que la télévision, la radio ou encore une voiture et des caractéristiques de leur habitat (présence ou non d'électricité, type d'approvisionnement en eau, type de toilettes, type de sol, nombre de personnes dormant dans une pièce et combustible utilisé pour cuisiner)¹⁸.

2.2.2 Analyse de l'évolution de la pratique et de la perception de l'excision entre 1998 et 2003

Afin de jauger des changements survenus dans la connaissance, la perception et la pratique de l'excision au Burkina Faso entre 1998 et 2003, nous avons eu recours à des analyses comparatives bivariées sur la base des réponses fournies aux questions présentées ci-dessus (voir Tableau4).

¹⁵ En 1998, les données recueillies sur les filles concernent les filles aînées uniquement tandis qu'en 2003, elles portent sur celles les plus récemment excisées.

¹⁶ En 2003, l'ethnie revêt une forme différente : ethnie (bobo, dioula, fulfulde/peul, gourmantche, gourounsi, lobi, mossi, senoufo, touareg/bella, bissa, autre).

¹⁷ En 2003, la religion est différemment estimée : religion (catholique, protestante, musulmane, traditionnelle/animiste, autre).

¹⁸ INSD, Enquête Démographique et de Santé 2003, p.26.

Sur le plan de la connaissance, nous avons comparé les proportions de répondants déclarant connaître l'excision en 1998 et 2003. Les changements dans les attitudes et les pratiques ont été mesurés sur la base de l'intention des mères d'exciser leurs filles et l'opinion des enquêtés quant à l'avenir de la pratique en 1998 et 2003. Sur la base du pourcentage de mères déclarant avoir l'intention d'exciser leurs filles, nous avons créé une variable d'intention combinant l'intention et le type d'excision des filles pour celles ayant déjà été excisées. La variable finale compte donc 3 catégories : fille excisée, fille pas excisée mais la mère en a l'intention, fille pas excisée et la mère n'en a pas l'intention. En 1998 comme en 2003, les hommes et les femmes ont été questionnés sur leur opinion concernant l'avenir de l'excision. En 1998 et en 2003, on leur a demandé si la pratique de l'excision devait être maintenue ou disparaître. Sur la base de ces deux questions, nous utilisons donc dans ce mémoire une variable à deux modalités (oui, non) donnant la proportion de répondants favorables à ce que la pratique disparaisse (pour 1998) ou qu'elle ne se perpétue pas (pour 2003).

Afin de juger des modifications survenues dans les pratiques en matière d'excision au cours des dernières années, nous avons comparé dans les deux enquêtes le pourcentage de filles ayant été excisées (d'après les déclarations de leur mère). Afin d'obtenir un indicateur de l'excision des filles, la variable concernant le type d'excision des filles a été transformée en une variable à deux catégories (excisée, pas excisée). Nous nous sommes également intéressés à l'âge des filles lors de leur excision (0-4 ans, 5-9 ans, 10 ans et +), au type d'excision subi (non excisée, clitoridectomie, excision, infibulation, autre, pas encore excisée) et au choix d'exciseuse (exciseuse, professionnels de la santé (médecin, infirmière et sage-femme), praticiens traditionnels (matrone et accoucheur traditionnel), autre/NSP) et des changements éventuels dans ces domaines entre la génération des enquêtées excisées et celle de leurs filles.

Enfin, pour identifier les sous-groupes socio-économiques au sein desquels les changements de connaissance, d'attitude et de pratique ont été les plus marqués pour chacune des variables présentées ci-dessus, nous comparons lorsque possible, les réponses des répondants selon le sexe, le milieu de résidence (urbain et rural) et le niveau de scolarité atteint (aucun, primaire, secondaire et plus).

Toutefois comme nous l'avons vu plus haut, les différences de formulation de certaines questions dans les enquêtes de 1998 et de 2003 (voir tableau 4) obligent à garder une certaine distance face à la comparabilité des indicateurs de ces deux années.

2.2.3 Les déterminants de l'excision au Burkina Faso en 2003 : présentation des modèles

Un des objectifs de l'étude est d'analyser les déterminants de l'excision et les facteurs favorisant la persistance de la pratique. Pour ce faire, nous avons construit deux modèles: le premier s'intéressant aux déterminants de l'excision ou de l'intention d'exciser les filles selon les déclarations de leur mère et le deuxième, considérant l'opinion des femmes et des hommes sur l'abolition ou non de l'excision. Dans le premier modèle la variable dépendante est donc la probabilité qu'une femme déclare avoir déjà fait ou vouloir exciser sa fille (versus répondre non ou ne sais pas). Dans le deuxième modèle, la variable dépendante est la probabilité qu'une femme ou un homme se déclare en faveur du maintien de la pratique (versus répondre non ou je ne sais pas).

Dans les deux cas, les variables dépendantes étant dichotomiques, nous avons utilisé des régressions logistiques. En effet, comme le rappelle Benoît Riandey, « En présence d'un échantillon représentatif et sous les hypothèses d'additivité du modèle, la régression logistique, permet de recomposer la probabilité de l'évènement traité pour toute combinaison de caractéristiques des individus¹⁹ » (Riandey, 1991). La régression logistique est depuis un certain temps utilisée dans les enquêtes de l'INSEE pour traiter des variables qualitatives²⁰(Riandey, 1991). Elle permet d'estimer l'impact de variables explicatives, polytomiques ou non, ainsi que leur effet spécifique sur une variable dépendante dichotomique²¹ (Riandey, 1991). Son échelle dichotomique [0;1] « permet de rendre comparables des écarts de pourcentage autour de valeurs différentes²² » et est « la seule façon de représenter utilement des fréquences de toute valeur²³ ». Précisément, ce type d'analyse est utilisé, notamment par l'INSEE, car elle permet de « décrire au mieux tous les

¹⁹ Benoît Riandey, « L'utilisation de la régression logistique dans les enquêtes », Bulletin de méthode sociologique, n°33, avril 1991, p.80

²⁰ Benoît Riandey, « L'utilisation de la régression logistique dans les enquêtes », Bulletin de méthode sociologique, n°33, avril 1991, p.79

²¹ Ibidem

²² Ibidem

²³ Benoît Riandey, « L'utilisation de la régression logistique dans les enquêtes », Bulletin de méthode sociologique, n°33, avril 1991, p.80

facteurs influençant un phénomène en démêlant les effets indirects des effets spécifiques et de décrire l'influence d'un facteur de seconde importance, masqué par l'effet principal d'une autre variable²⁴. »

Afin d'expliquer les attitudes et pratiques vis-à-vis de la pratique de l'excision, trois groupes de variables explicatives ont été considérées : l'expérience, les caractéristiques socio-démo-économiques et les caractéristiques culturelles. En effet, la littérature existante suggère que des facteurs tels que l'expérience personnelle de l'excision des mères, le lieu de résidence, la scolarité atteinte, l'état civil, le niveau socio-économique du ménage, l'âge, la religion ou encore l'ethnie influenceraient l'excision des filles, l'intention des mères de faire exciser leur fille et leur opinion face à la pérennité de la pratique.

L'expérience personnelle en matière d'excision a été mesurée par une variable dichotomique reflétant si l'enquêtée était excisée ou non. Le niveau socio-économique du ménage est, comme mentionné plus haut, un indicateur de bien-être construit sur la base des possessions d'un ménage et de la qualité de leur habitat. Trois modalités ont été retenues pour cet indicateur : élevé, moyen et bas. La variable reflétant le niveau de scolarité a été créée à partir de deux variables : l'alphabétisation (oui, non) et le plus haut niveau de scolarité atteint (pas d'éducation, primaire, secondaire, supérieur). Il s'agit d'une variable à trois modalités : secondaire et +, primaire, aucun niveau de scolarité. L'âge des répondantes (35-49 ans, 25-34 ans, 15-24 ans) et des répondants (45-59 ans, 35-44 ans, 25-34 ans, 15-24 ans) est regroupé en catégories de 10 ans au lieu de groupes de 5 ans comme à l'origine. Le lieu de résidence compte deux modalités : urbain et rural. Concernant les variables culturelles, l'ethnie a été regroupée en trois modalités : autres, mossi et bobo tout comme la religion (chrétienne, musulmane, autres).

2.3 Volet qualitatif de la recherche

Outre l'analyse des données d'enquête, des données qualitatives ont été collectées du 1er au 10 octobre 2005 auprès d'intervenants spécialistes de la lutte contre l'excision lors d'un stage effectué à Ouagadougou entre les mois d'août et d'octobre 2005. Ce stage a été dirigé par Monsieur Jean-Pierre Guengant, démographe et représentant de l'IRD au Burkina Faso. La présence des principales instances gouvernementales dont le Comité National de Lutte

²⁴ Benoît Riandey, « L'utilisation de la régression logistique dans les enquêtes », Bulletin de méthode sociologique, n°33, avril 1991, p.81(avril 1991)

contre la Pratique de l'Excision (CNLPE) et de plusieurs ONG importantes actives dans la lutte contre l'excision, ainsi que la possibilité d'avoir accès à plusieurs centres de documentation (dont celui de l'Institut de Recherche et Développement), ont motivé mon choix de la capitale pour ce terrain de recherche. L'objectif principal de la collecte de données qualitatives était de resituer les résultats quantitatifs dans leur contexte social et légal, de dresser un portrait de l'évolution de la lutte contre la pratique et de ses acquis dix ans après le vote de la loi anti-excision d'après la perception des intervenants sur le terrain. La sélection de l'échantillon et des sources d'information, les outils de collecte, le déroulement du terrain sont présentés ci-dessous.

2.3.1 Échantillon et sources d'information

Nos objectifs de recherche (montrer les changements survenus dans la pratique de l'excision, en trouver les déterminants et déterminer les obstacles à la mise en œuvre de la lutte contre la pratique), la présence du Comité National de Lutte contre la Pratique de l'Excision (CNLPE) et des principaux intervenants dans le domaine à Ouagadougou, ainsi qu'une perspective de stage au sein l'Institut de Recherche et Développement (IRD) de cette même ville ont déterminé le lieu d'étude. L'échantillon se constitue de quatre grandes organisations : Ministère de l'action sociale, CNLPE, Deutscher Entwicklungsdienst (DED) et Mwangaza action. Les unités de l'échantillon sont les intervenants rencontrés au sein de ces différentes organisations.

L'objectif était d'interviewer des responsables au sein des principaux acteurs de la lutte.

Le Ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale est responsable de la conception et de l'application des politiques et programmes ciblant la famille et les personnes défavorisées. Les champs d'intervention de ce Ministère sont : l'encadrement et la protection de l'enfant et de l'adolescent, la promotion et la protection de la famille et des groupes spécifiques, la promotion de la solidarité et de la réhabilitation, la lutte contre les MST et VIH/SIDA et le renforcement des capacités et compétences institutionnelles²⁵. En 1988, lors du premier séminaire de réflexion nationale sur l'excision regroupant 300 représentants de sphères multiples, le gouvernement décide de créer un Comité provisoire de lutte contre la pratique de l'excision et de le placer sous la tutelle de l'actuel Ministère

²⁵ MINISTERE DE L' ACTION SOCIALE ET DE LA SOLIDARITE NATIONALE, Ouagadougou, Burkina Faso <http://www.burkinaphonebook.com/gouvernement/ministere-de-laction-sociale-et-de-la-solidarite-nationale/ministere-laction-sociale-la-solidarite-nationale-59208.html> (Consulté le 09 novembre 2005)

de l'Action Sociale attribuant ainsi à ce ministère un nouveau champ d'intervention. Le comité définitif est créé en 1990. La Ministre de l'Action sociale, au moment de l'étude, est d'ailleurs l'ancienne présidente du CNLPE. Pour ces raisons, nous avons choisi le Ministère de l'Action sociale comme structure à approcher. Par le biais de notre contact au Burkina Faso, nous avons pu rencontrer la conseillère technique de la Ministre de l'Action sociale qui s'occupe du volet excision du ministère.

D'autre part, on souhaitait rencontrer des membres du Secrétariat Permanent du Comité National de Lutte contre la Pratique de l'excision (SP/CNLPE), l'organe exécutif du CNLPE. Le SP/CNLPE se divise en 4 organes : l'assemblée générale, le secrétariat permanent, les comités provinciaux et les personnes ressources. L'assemblée générale est le lieu de décision des actions à mener. Le secrétariat permanent endosse plusieurs responsabilités. Il se charge, entre autres, d'assurer l'exécution et le bon fonctionnement des arrêtés de l'assemblée générale et de répartir les ressources matérielles et financières entre les différents acteurs de la lutte ainsi qu'aux comités provinciaux (CP). Le SP/CNLPE fait aussi de la recherche et offre de la formation sur l'excision. Le SP se compose de 16 agents répartis dans trois services : actions éducatives, de formation et de recherche; coordination et appui aux comités provinciaux et autres structures de lutte contre la pratique de l'excision; service matériel et financier. Pour finir, les « personnes ressources » sont des membres ayant une influence politique, judiciaire ou publique dans leurs villes et provinces. Ce sont des chefs coutumiers, des avocats, des magistrats, des représentants religieux, des jeunes, des accoucheuses, des gendarmes et policiers, des journalistes, des professionnels de la santé, des exciseuses ou encore des enseignants²⁶. Les « personnes ressources » occupent des postes dans chacun des départements du SP/CNLPE et participent activement à la sensibilisation des populations. Le CNLPE favorise une sensibilisation axée sur le non-fondement religieux de l'excision et ses conséquences sur la santé des femmes et enfants. Il nous paraissait donc important de rencontrer des membres de cette structure. Nous avons pu recueillir les propos de huit membres dont cinq employés et trois personnes ressources.

Nous avons également jugé utile de rencontrer des intervenants qui pouvaient parler des aspects juridiques et religieux de la lutte contre l'excision. Ces derniers nous ont été

²⁶ SP/CNLPE, Structuration du CNLPE, <http://www.sp-cnlpe.gov.bf/organigramme/orgad%E9tail.htm> (Consulté le 09 novembre 2005)

conseillés par les membres du CNLPE. Pour ce faire, nous avons interrogé un représentant de la police militaire engagé dans la lutte, qui a pu nous entretenir de l'application de la loi et du programme de sensibilisation sur l'excision des forces de l'ordre. De plus, trois représentants religieux (un protestant, un catholique et un musulman), également impliqués dans la lutte contre l'excision, ont pu s'exprimer sur les méthodes de démythification des fondements religieux de la pratique et des moyens mis en œuvre par leur religion respective pour faire disparaître l'excision. Afin de recueillir un avis médical, nous avons rencontré un médecin, travaillant avec le SP/CNLPE, qui reconstruit l'appareil génital des femmes excisées et qui offre de la formation à d'autres médecins sur sa méthode d'opération. Ce dernier a pu nous parler plus clairement des conséquences de la pratique sur la santé des femmes et plus précisément, de la reconstruction vaginale. Parmi les membres du CNLPE, nous avons pu rencontrer trois employés qui nous ont entretenus de l'excision, du mouvement de lutte, de sa coordination et de ses obstacles.

Sur le terrain, nous avons entendu parler, par un autre de nos contacts, de la Deutscher Entwicklungsdienst (DED), une organisation allemande de développement international. Fondée en 1963, elle emploie plus de 13 000 personnes travaillant à améliorer les conditions de vie dans 40 pays d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine en offrant aux organisations locales des services de consultation, de financement de petits programmes et d'aide aux spécialistes locaux. Actuellement, la DED mène au Burkina Faso un double programme de « Santé Sexuelle VIH/SIDA/Droits humains et Lutte contre le trafic et les pires formes de travail des enfants » contenant un volet « lutte contre les mutilations génitales féminines ». Ce projet mis en œuvre par des petites ONG de l'Ouest du Burkina Faso vise à comprendre les raisons du difficile abandon de la pratique l'excision dans ces régions. Afin d'obtenir un exemple de l'implication des ONG internationales dans le mouvement de lutte, nous avons souhaité rencontrer la personne en charge de ce projet. Dans le cadre de ce programme, la DED travaille avec Mwangaza action, une ONG locale dont les initiatives se sont avérées concluantes. Suite à cet entretien, nous avons décidé d'essayer de rencontrer un membre de cette ONG.

Mwangaza Action, est une ONG Burkinabé créée en 1999 qui soutient les organisations œuvrant dans le développement communautaire. Son domaine de prédilection est la santé reproductive, la planification familiale, la prévention du VIH/SIDA et des IST (infections sexuellement transmissibles) et les mutilations génitales féminines. Son programme

« Participation Communautaire pour la santé reproductive et sexuelle des jeunes » offre un support technique et intellectuel aux jeunes afin de les aider à participer dans les sphères de décision de leur communauté. Dans ce même cadre, un travail d'amélioration de la communication entre parents et enfants est mené. L'action de Mwangaza s'étend sur 3 régions du Burkina : Sissili, Boulgou et Kompienga et est financée par la Pacific Institute for Women's Health. De plus, elle propose des formations de pairs éducateurs et de personnel clinique visant à conseiller les jeunes. De concert avec le FNUAP, elle travaille aussi dans le cadre du programme « Communication pour le Changement de Comportement des Adolescents et des jeunes en matière de santé sexuelle et de la reproduction » et est à l'origine d'un programme « de promotion de l'abandon de la pratique de l'excision » basée sur l'approche sénégalaise TOSTAN du Sénégal²⁷. Le chargé de projet de cette ONG nous a parlé de l'application de leur programme de promotion de l'abandon de la pratique de l'excision.

En complément des propos recueillis auprès du médecin membre du CNLPE, une sage-femme engagée dans la lutte belge contre l'excision et un médecin ont été interviewés.

Au total, 14 entretiens ont donc été menés auprès de responsables de projets ou autres personnes clés impliquées dans la lutte contre l'excision au Burkina Faso.

En plus des entrevues, de la « littérature grise » a été récoltée au cours de notre séjour. Ainsi, lors de nos visites au SP/CNLPE, nous avons pu avoir accès à des documents officiels tels que les plans d'action et le bilan des 7 années d'activité, des rapports d'enquêtes menées par le CNLPE (comme le rapport final sur l'étude sur la prévalence de l'excision au Burkina Faso de 2001 et une étude de base sur la pratique de l'excision dans 16 provinces du Burkina Faso en 2002), des documents relatifs aux activités menées dans la sous-région (Symposium des Leaders Religieux d'Afrique francophone sur les Mutilations sexuelles féminines, séminaire sous-régional sur l'excision, Rapport de l'atelier régional sur le thème : Pour une action concertée contre les pratiques des mutilations génitales féminines dans les pays membres de l'UEMOA) et un dossier de presse d'articles parus entre 1988 et 2005. Grâce aux contacts noués au Burkina Faso, nous avons pu recevoir de la documentation officielle plus récente sur les plans d'action actuels du CNLPE. Au

²⁷ German Foundation for World Population, DSW: Repro-Ado: Burkina Faso: Organisations: MWANGAZA Action, http://www.repro-ado.org/text_only/burkina_faso_org9.html (Consulté le 09 novembre 2005).

Centre d'Information de l'institut de Recherche et Développement (CIRD), nous avons également eu accès à différents documents : thèses et mémoires, articles, rapports d'enquêtes locales effectuées par des ONG et documents généraux sur la santé reproductive.

2.3.2 Choix de la méthode de collecte

L'ampleur des connaissances sur l'excision et les différentes manières de traiter le sujet, ressorties de la phase de lecture exploratoire, ont confirmé l'utilité d'utiliser une méthode qualitative exploratoire. « Lectures et entretiens exploratoires doivent aider à constituer la problématique de recherche. Les lectures aident à faire le point sur les connaissances concernant le problème de départ : Les entretiens contribuent à découvrir les aspects à prendre en considération et élargissent ou rectifient le champ d'investigation des lectures²⁸. » Pour ce mémoire nous avons donc opté pour une méthode qualitative exploratoire basée sur des entretiens semi-dirigés qui nous permettait de spécifier nos hypothèses de recherche. Car selon Quivy et Van Campenhoudt, « les entretiens exploratoires ont donc pour fonction principale de mettre en lumière des aspects du phénomène étudié auxquels le chercheur n'aurait pas pensé spontanément lui-même et à compléter les pistes de travail que ses lectures auront mises en évidence²⁹ » et « l'entretien semi-directif, ou semi-dirigé est certainement le plus utilisé en sciences sociales³⁰. » Le fait que, toujours selon les mêmes auteurs, le propre de l'entretien semi-directif, est d'être basé sur un outil de collecte de données assez ouvert contenant les thèmes qu'il est nécessaire d'explorer; permettant ainsi à la personne interrogée de parler librement de ces sujets. Nous avons jugés que l'utilisation d'entretiens exploratoires semi-directifs nous permettrait de répondre à nos objectifs de recherche : replacer les résultats quantitatifs dans leur contexte social, économique et politique afin de brosser un portrait de l'évolution de la lutte contre la pratique de l'excision et de ses acquis dix ans après le vote de la loi anti-excision. Et d'autre part, d'analyser les déterminants favorisant la persistance de l'excision.

Concernant l'analyse des données, la dimension exploratoire des données recueillies a été exploitée de façon à ce que nous puissions déterminer les aspects culturels, traditionnels,

²⁸ Quivy R, et Van Campenhoudt, "Manuel de recherche en sciences sociales", p.63.

²⁹ Quivy R, et Van Campenhoudt, "Manuel de recherche en sciences sociales", p.63.

³⁰ Quivy R, et Van Campenhoudt, "Manuel de recherche en sciences sociales", p.195.

sanitaires et politiques de l'excision comme des aspects que nous souhaitons approfondir. Cette dimension nous a aussi permis de préciser nos hypothèses de recherche. L'utilisation d'entretiens semi-directifs permet de justifier le choix méthodologique d'employer nos résultats qualitatifs pour compléter, valider ou invalider nos hypothèses de recherches. Car en effet, ce type d'entrevue est adéquat pour « l'analyse d'un problème précis : ses données, les points de vue en présence, ses enjeux, les systèmes de relation, le fonctionnement d'une organisation, etc.³¹ » et « pour la reconstitution de processus d'action, d'expériences ou d'événements du passé³². » Toutefois, nous ne prétendons pas utiliser les données qualitatives recueillies à des fins d'analyse de contenu.

2.3.3 Présentation des grilles d'entretien

Afin de replacer les résultats quantitatifs dans leur contexte, nous souhaitons récolter des informations sur les initiatives mises en place en matière de lutte contre la pratique de l'excision au Burkina Faso au cours des dernières années, les acquis politiques et législatifs dans le domaine ainsi que les obstacles rencontrés et les critiques éventuelles des mécanismes de la lutte utilisés jusqu'à présent. D'autres thèmes, tels que le lien avec les conditions de vie des femmes au Burkina Faso et les conséquences sanitaires et sociales de l'excision, ont également été abordés afin d'introduire les thématiques centrales.

Rappelons que nous avons utilisé une méthode qualitative exploratoire (voir section précédente). Les thèmes centraux des grilles d'entretien ont permis de répondre à la fois à nos deux objectifs de recherche.

La section « condition féminine et pratique de l'excision » des grilles d'entretien aborde les thèmes de la de la signification, des origines et du processus de l'excision ainsi que ceux de la santé et des conditions de vie des femmes. Cette partie permet de connaître les perceptions des intervenants en ce qui a trait aux répercussions sanitaires de l'excision et au lien existant entre caractéristiques sociales, économiques et culturelles de l'excision. Ces thématiques ont en grande partie été utilisées afin de répondre au premier objectif de recherche de ce mémoire (brosser un portrait de l'évolution de la lutte contre la pratique de l'excision et de ses acquis dix ans après le vote de la loi anti-excision). Les résultats des entrevues ont plus particulièrement servi à étayer les résultats statistiques abordant les

³¹ Quivy R, et Van Campenhoudt, "Manuel de recherche en sciences sociales", p.196.

³² Ibidem.

sous-thèmes de l'âge à l'excision, du type d'exciseur choisi, de la médicalisation de l'excision et des raisons utilisées pour justifier cette pratique. Le second objet de ce mémoire étant d'analyser les déterminants favorisant la persistance de l'excision, la section « condition féminine et pratique de l'excision » a été employée pour en présenter les obstacles liés aux croyances et à la tradition.

Les dimensions politiques et législatives, les obstacles rencontrés et les critiques éventuelles des mécanismes de la lutte sont traités dans les sections « généralités sur le mouvement de lutte », « plan d'action » et « expérience professionnelle » de l'outil de collecte. En mettant particulièrement l'accent sur l'aspect politique et législatif de l'excision au Burkina Faso ces sections recueillent les renseignements concernant les différentes structures de lutte, le financement du mouvement, les actions mises en place, les différentes approches, les moyens de diffusion des messages, les obstacles rencontrés et les activités organisées. La thématique des plans d'action a aussi permis d'évoquer les changements en matière de campagnes de sensibilisation. Cependant, les thèmes présentés dans ce paragraphe visaient précisément à répondre à la deuxième partie de nos objectifs de recherche. Ces indicateurs nous ont permis de recueillir les impressions des intervenants sur les acquis, les progrès et les reculs du mouvement de lutte depuis ses débuts.

Les pré-tests de l'outil initial de collecte de données ont démontré la nécessité de dédier une grille d'entretien spécifique à chacun des groupes cibles³³ et d'en clarifier les questions. Ainsi, quatre guides ont été construits : CNLPE³⁴, ONG, personnel de santé et représentants religieux. Les grilles CNLPE, ONG et représentants religieux se distinguent par la section concernant les plans d'action.

L'outil utilisé pour le personnel de santé contient plusieurs questions relatives à la pratique de l'excision propre à leur domaine. Ces dernières portent sur l'implication du corps médical dans la lutte, la chirurgie réparatrice et ses conséquences sur la santé physique des femmes. La pratique de l'excision ayant été longtemps justifiée par des arguments religieux (voir revue de la littérature), nous avons décidé de mettre l'accent dans le questionnaire des représentants religieux, sur les questions de l'origine de l'excision et des activités de lutte de chaque religion. Les grilles consacrées aux experts de la lutte contre l'excision, se

³³ La nécessité de dédier une grille d'entretien spécifique à chacun des groupes cibles est expliquée en détail dans la section suivante.

³⁴ Le Ministère de l'action sociale étant l'organe auquel la tutelle du CNLPE a été confiée, nous avons utilisé le même guide d'entretien pour le CNLPE et le Ministère de l'action sociale.

devaient davantage de recueillir leur opinion concernant les mécanismes, les acquis et les reculs du mouvement de lutte. Les grilles d'entretien sont placées en annexe de ce mémoire.

2.3.4 Déroutement des entretiens et obstacles rencontrés

Les rendez-vous ont été fixés selon les conditions et disponibilités des personnes interrogées. Certaines entrevues se sont déroulées à domicile, d'autres sur le lieu de travail et parfois à l'IRD. Les rencontres ont duré entre 30 minutes et 1 heure et ont été enregistrées. Elles abordaient des généralités sur l'excision, en plus des thématiques précédemment citées. Malgré une grille d'entretien assez détaillée, les intervenants parlaient librement des sujets et dans l'ordre souhaité. Les questions servaient davantage de support pour réorienter les discussions lorsque nécessaire pour assurer le recueil des données souhaitées.

De façon plus précise, nous avons d'abord eu recours à deux informateurs clés : la documentaliste de l'IRD (ancienne responsable de la bibliothèque du CNLPE) et le nouveau documentaliste du CNLPE. Ainsi, la documentaliste de l'IRD nous a introduit au sein du CNLPE, par le biais de son remplaçant au comité. Elle a planifié trois de nos rencontres : conseillère technique du Ministre de l'Action Sociale, intervenante travaillant dans la lutte pour l'amélioration des conditions de vie des femmes et un de nos médecins. Une fois intégrée au SP/CNLPE, notre deuxième informateur clé à savoir le documentaliste en poste, a favorisé et arrangé les rendez-vous avec les intervenants du Comité, au départ perplexes quant à nos intentions.

L'effet « boule de neige » a ensuite contribué, à ce que nous rencontrions une seconde partie de notre échantillon. Tout d'abord, un chercheur en poste à l'IRD ayant entendu parler de notre projet, nous a donné les coordonnées d'une de ses connaissances à la DED. Nous l'avons donc contactée par courrier électronique, en lui expliquant brièvement les objectifs de notre recherche et en lui demandant s'il lui était possible de nous accorder un rendez-vous. Ensuite, la sage-femme que nous avons rencontrée et interrogée à l'IRD nous a orientés vers l'un des médecins de notre échantillon. Puis, lors de notre entretien avec une des intervenantes du SP/CNLPE, nous avons été orientés vers trois représentants religieux actifs dans la lutte contre la pratique de l'excision.

Pour finir, nous avons eu recours à la prise de contact directe uniquement pour l'intervenant de Mwangaza action et la sage-femme dont il est question plus haut.

Si l'ensemble de la collecte s'est bien déroulée, trois types de problèmes ont pourtant émergé sur le terrain : les contraintes d'horaire, de confiance et de structuration de l'outil de collecte de données.

Sans l'intervention de nos contacts, planifier des rencontres se serait avéré plus ardu en raison du souci de certains intervenants de voir leur travail critiqué. Nous avons eu l'impression que cette crainte était aussi la raison pour laquelle, au début de nos entretiens, l'enregistreuse mettait certaines personnes mal à l'aise alors que d'autres y étaient indifférentes. Il nous semble que cette requête pourrait refléter un manque de confiance quant aux intentions réelles de ce travail qui, initialement, n'étaient pas clairement exposées.

En ce qui concerne la structuration et les limites de nos grilles d'entretien les, prétests ont démontré que les questions initiales n'étaient pas assez précises et que la première grille était inappropriée pour les groupes d'intervenants visés. Souvent, les intervenants demandaient des éclaircissements sur le sens des questions. Cependant, soucieux de ne pas influencer leurs réponses, nous essayions de rester le plus vague possible. Aussi, avons-nous dû remanier l'outil de collecte à deux reprises. De la première modification débouchait un questionnaire d'une cinquantaine de questions (voir annexe), risquant de dissuader les personnes à participer au projet. Or l'étude porte sur une population de professionnels provenant de différents domaines; et, comme nous l'avons vu plus haut, la diversité de notre échantillon constitue un critère décisif en ce qui concerne l'importance accordée aux différents thèmes du questionnaire. Nous avons donc pris conscience qu'il était préférable d'adapter une grille d'entretien à chacune des catégories d'intervenants. Après réflexion, la même grille aurait pu être utilisée pour les ONG et pour le CNLPE.

La contrainte du temps a aussi constitué un problème. Ayant sélectionné une population de travailleurs, nous devons nous plier à leurs rythme et horaire. Ajouté au manque de confiance, évoqués dans les deux paragraphes précédents, fixer des rendez-vous et les maintenir a été compliqué. Certaines entrevues ont été reportées plusieurs fois avant de ne pouvoir aboutir. Cependant, malgré ces contraintes, le contenu des entrevues s'est avéré riche. L'utilisation d'une méthode semi-directive a permis de pouvoir recueillir des récits

relatifs à l'expérience professionnelle de nos intervenants et à leur opinion quant à la progression du mouvement sans qu'ils ne se sentent limités. Ce qui constitue selon Quivy et Van Campenhoudt un des avantages de cette méthode : « La souplesse et la faible directivité du dispositif qui permet de récolter les témoignages et les interprétations des interlocuteurs en respectant leur propre cadre de références : leur langage et leurs catégories mentales³⁵. » Comme on le verra, les entretiens serviront de support aux données quantitatives.

En raison de la courte durée de la période de collecte de données, les entretiens ont été retranscrits à notre retour du terrain. Les verbatim contiennent le discours des intervenants ainsi que toutes les interventions et interruptions durant les entrevues. Ce document est composé de 185 pages. Selon Giami, Korpès, Lavigne et Scelles (1995), « L'analyse systématique d'un corpus d'entretiens est la phase centrale d'un travail de recherche qualitatif³⁶. » L'intérêt de l'analyse qualitative n'étant pas une analyse de discours à proprement parler, nous ne présentons pas les retranscriptions telles quelles. Les propos des intervenants sont présentés sans les spécificités de langage. Par exemple, l'expression : « Bon ya », est retranscrite : « Il y a ». Les interjections telles que « Bon, euh » et les répétitions inutiles de mots ont aussi été supprimées. Suite à la retranscription, nous avons pu procéder à l'analyse des entretiens. Selon Quivy et Van Campenhoudt, « en recherche sociale, la méthode des entretiens est toujours associée à une méthode d'analyse de contenu. Au cours des entretiens, il s'agit en effet de faire surgir un maximum d'éléments d'information et de réflexion qui serviront de matériaux à une analyse de contenu systématique qui répond, quant à elle, aux exigences d'explicitation, de stabilité et d'intersubjectivité des procédures³⁷. » Pour Guibert et Jumel (1997), le repérage thématique et le traitement qualitatif sont les deux phases d'une analyse qualitative. Le repérage thématique vise dans un premier temps à faire ressortir les thèmes abordés durant les entretiens, qu'ils soient relatifs ou non à ceux de l'outil de collecte, puis de les diviser en sous-thèmes; et dans un deuxième temps à mettre en exergue le sens contenu dans les discours récoltés. Le traitement qualitatif quant à lui est une analyse comparative visant à

³⁵ Quivy R, et Van Campenhoudt, "Manuel de recherche en sciences sociales", p.196.

³⁶ Giami A et al., « Un exemple d'articulation de méthodes d'analyse qualitatives et quantitatives sur des entretiens semi-directifs : les représentations du handicap » in Bulletin de Méthodologie Sociologique n°47, p.55

³⁷ Quivy R, et Van Campenhoudt, "Manuel de recherche en sciences sociales", p.197.

mettre en évidence les concordances et les discordances entre les thèmes et sous-thèmes de chaque entretien (Guibert et Jumel : 1997). Ainsi, dans ce mémoire, nous recourons à une analyse thématique afin de faire émerger les thèmes et sous-thèmes récurrents dans les propos de nos intervenants, de les comparer à ceux des analyses quantitatives et de faire ressortir les plus importants prédicteurs de la persistance l'excision. Car comme mentionné au début de ce chapitre, la collecte de données qualitatives avait pour but de faire ressortir les similitudes et contrastes entre les résultats des EDS et la perception des intervenants. Et ce, dans l'optique de faire un portrait des mutations et acquis de la lutte contre la pratique de l'excision au Burkina Faso. Lors de ce travail d'analyse, nous avons regroupé les thématiques des entretiens selon celles de la grille d'entretien. Ainsi, cette catégorisation thématique des propos des répondants a permis de corroborer ou non les résultats quantitatifs et surtout de mettre en relief des subtilités statistiquement imperceptibles. Plus précisément, nous avons adopté une démarche d'analyse thématique catégorielle. Selon Quivy et Van Campenhoudt, le propre de l'analyse thématique est de tenter « principalement de mettre en évidence les représentations sociales ou les jugements des locuteurs à partir d'un examen de certains éléments constitutifs du discours³⁸. »

L'analyse thématique catégorielle, quant à elle, « consiste à calculer et à comparer les fréquences de certaines caractéristiques (le plus souvent les thèmes évoqués) préalablement regroupés en catégories significatives. Elle se fonde sur l'hypothèse qu'une caractéristique est d'autant plus fréquemment citée qu'elle est importante pour le locuteur³⁹. » La démarche analytique présentée ci-dessus, tend davantage vers la description que vers l'explication et se pose dans le cadre de l'anthropologie sociale (Miles et Huberman : 2003). Elle visait à essayer de « découvrir et d'expliquer les façons dont les gens dans un contexte (de travail) particulier parviennent à expliquer leur situation quotidienne, à en rendre compte, à agir sur elle ou au moins à la gérer » (Van Maanen cité par Miles et Huberman, 2003 : p.23).

Ce paragraphe clôt le deuxième chapitre de ce mémoire. Nous vous y avons présenté les données et méthodes utilisées. La partie suivante consiste en l'analyse des résultats.

³⁸ Quivy R, et Van Campenhoudt, "Manuel de recherche en sciences sociales", p.232.

³⁹ Ibidem.

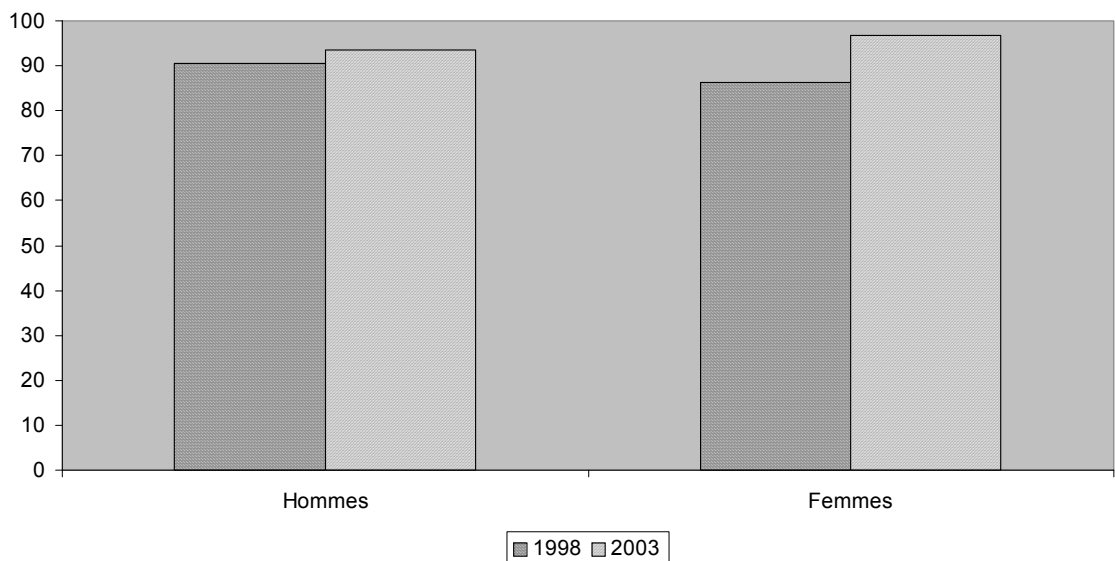
CHAPITRE 3 : ÉVOLUTION DE LA PRATIQUE ET DE LA PERCEPTION

Dans ce chapitre, nous traiterons des changements survenus dans la connaissance, la perception et la pratique de l'excision entre 1998 et 2003 au Burkina Faso. Pour chaque aspect nous contrasterons les réponses des enquêtés selon : l'année d'enquête, le lieu de résidence, la scolarité atteinte et le sexe lorsque possible.

3.1 Connaissance de l'excision chez les hommes et les femmes

Lors des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) de 1998 et 2003, les hommes et les femmes ont été questionnés sur leurs connaissances relatives à l'excision. La Figure 1, présentée ci-dessous, représente la proportion d'hommes et de femmes déclarant connaître la pratique de l'excision en 1998 et 2003 respectivement.

Figure 1. Connaissance de l'excision en 1998 et 2003 chez les hommes et les femmes.



* Sources : Enquêtes démographiques et de Santé Burkina Faso 1998 et 2003.

La grande majorité des Burkinabè connaissent la pratique de l'excision et plus de 90% des hommes (91% en 1998 et 94% en 2003) et de 85% des femmes (86% en 1998 et 97% en 2003) déclarent connaître la pratique (Figure 1). Pour les hommes comme pour les femmes,

on remarque une légère augmentation du pourcentage de répondants qui déclarent connaître l'excision entre 1998 et 2003. L'augmentation est plus importante chez les femmes (12,8%) que chez les hommes (3,3%) et en 2003 approximativement le même pourcentage d'hommes et de femmes savent ce qu'est l'excision.

Tableau5. Connaissance de l'excision chez les hommes et les femmes selon la résidence et la scolarité en 1998 et 2003.

	1998				2003			
	N	Femmes	N	Hommes	N	Femmes	N	Hommes
Résidence								
Urbain	1086	97,2 ¹	581	97,1 ²	2697	99	868	98,2
Rural	5359	84	2060	88,7	9780	96	2737	91,8
X ²	130,9	p = ,000	37,47	p = ,000	56,54	p = ,000	42,31	p = ,000
Scolarité								
Aucun	5531	84,7	1941	89	8941	96,1	1687	91,5
Primaire	540	94,5 ^{a1}	373	92,2 ^{a2}	2451	97,3 ^{a1}	1844	93,6 ^{a2}
Secondaire+	374	98	326	97,5	1085	99,7	608	98,7
X ²	84,96	p = ,000	25,19	p = ,000	43,38	p = ,000	38,39	p = ,000
<hr/>								
Ensemble	86,3		90,5		96,7		93,4	
Total	5558		2390		12060		3366	
N	6445		2641		12477		3605	

Sources: Enquêtes démographiques et de santé 1998 et 2003.

^a Différence significative entre les catégories "aucun" et "secondaire et +"

¹ Différence significative entre les femmes de 1998 et de 2003

² Différence significative entre les hommes de 1998 et de 2003

Le tableau 5 dresse un portrait des différences en matière de connaissance chez les hommes et les femmes, pour les deux années d'enquête, en fonction de leur lieu de résidence et de leur niveau scolaire. Nous constatons que, chez les femmes comme chez les hommes, la connaissance de l'excision varie significativement selon la résidence et le niveau de scolarité. En 1998 comme en 2003, les urbains et les plus éduqués semblent mieux connaître l'excision que les personnes vivant en milieu rural et ayant un faible niveau de scolarité. Ainsi, dans les deux enquêtes, chez les hommes comme chez les femmes, c'est parmi les plus éduqués et les urbains que les pourcentages de répondants qui affirment connaître l'excision sont les plus élevés. En 1998, par exemple, 97% des femmes urbaines disent savoir ce qu'est l'excision contre 84% de leurs homologues rurales. Les mêmes

différences de pourcentages sont visibles lorsque les femmes les plus scolarisées sont comparées à celles n'ayant pas fréquenté l'école.

Le tableau montre que les plus nettes augmentations dans les pourcentages de répondants déclarant connaître l'excision se retrouvent chez les femmes de milieu rural (14,2%) et chez celles n'ayant pas fréquenté l'école (13,5%). A quoi peut-on attribuer cette croissance entre 1998 et 2003 dans ces sous-populations? A noter que le rapport de l'Enquête Démographique et de Santé de 2003 souligne que cette augmentation reflète potentiellement une sous-déclaration en 1996 dû à une crainte de s'exprimer vis-à-vis du sujet:

« Il faut rappeler qu'en 1996, le Burkina Faso a adopté un texte de loi qui interdit cette pratique. Par crainte d'éventuelles poursuites inhérentes à la mise en œuvre de la loi, on peut penser que les populations enquêtées à cette époque n'avaient peut-être pas voulu se prononcer sur le sujet et avaient donc déclaré ne pas connaître l'excision, ce qui expliquerait l'écart constaté entre les deux opérations de collecte⁴⁰ ».

Cette amélioration de la connaissance parmi les femmes rurales et les femmes moins scolarisées pourrait également s'expliquer par une plus grande sensibilisation au phénomène de l'excision. Durant nos entretiens, nous avons pu recueillir des propos concernant les campagnes de sensibilisation et les populations ciblées. D'après les entretiens, il semble que la population ciblée par les campagnes se soit modifiée graduellement au fil des ans. Ainsi, alors qu'auparavant seuls certains groupes, telles que les femmes, étaient ciblés, les intervenants se sont graduellement aperçus de la nécessité d'insérer toute la population à la sensibilisation sans distinction de lieu de résidence, de sexe ou encore de caractéristiques sociales, économiques ou professionnelles. Aujourd'hui, il semble que c'est l'ensemble de la population burkinabè qui soit ciblée par les campagnes de sensibilisation :

« On cible presque tout le monde : les hommes, les femmes, les jeunes, les leaders. Avec l'appui de l'Ambassade des États-Unis, on est reparti dans les villages où nous avons travaillé et on a spécialement ciblé les leaders d'opinion. Notamment, les chefs traditionnels, les chefs coutumiers et les chefs religieux. » (Chargé de projet à Mwangaza action)

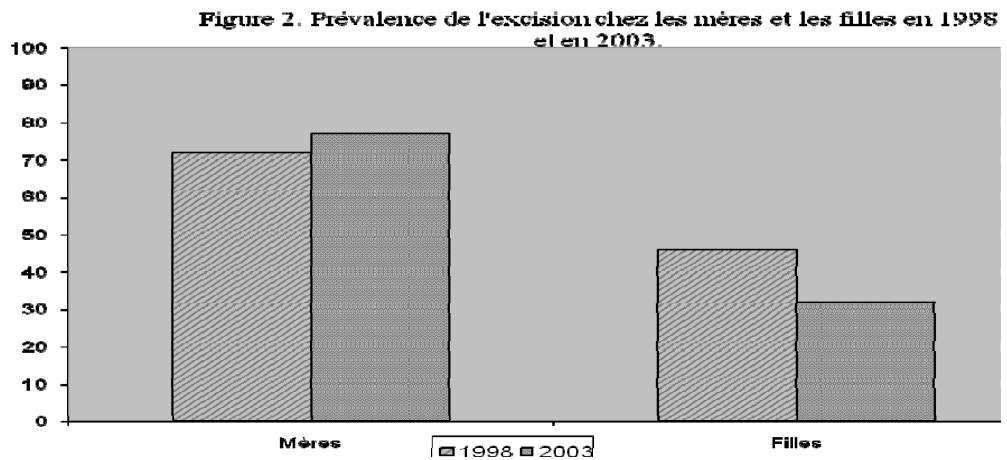
« Qui nous ciblons ? Bon effectivement, nous ciblons beaucoup de personnes. Les leaders d'opinion, les jeunes, les leaders coutumiers, politiques parce que quelque part ce sont eux

⁴⁰ INSD, Enquête Démographique et de Santé 2003, p.204.

qui ont le pouvoir dans les localités. Quelque part le problème était résolu à moitié donc nous avons ciblé ce groupe cible. Et également, nous nous sommes dit que le problème n'était toujours pas résolu. Alors nous avons ciblé des groupes d'hommes, de femmes et également des groupes socioprofessionnels qui peuvent nous aider notamment des enseignants, des agents de l'Action sociale, des gendarmes, des policiers. Dans le cadre de la loi, pour permettre son application, nous travaillons avec des avocats, des personnes qui ont été formées et qui dans l'exercice de leurs fonctions font circuler le message. Et là effectivement, les journalistes ont aussi été formés et sensibilisés pour nous accompagner. Mais actuellement, ce que nous visons davantage les jeunes qui sont la relève de demain. Nous nous disons qu'en grandissant, en devenant adultes automatiquement ils vont continuer. Donc nous mettons beaucoup l'accent sur les jeunes et le ministère de l'enseignement de base et de l'enseignement supérieur. Nous avons un programme qui a été mis en place de lutte contre la pratique de l'excision dans les programmes d'enseignement. » (Formatrice et Directrice remplaçante du SP/CNLPE).

3.2. Prévalence et pratique de l'excision au Burkina Faso

Lors des deux enquêtes les femmes ont été questionnées sur trois aspects de leur excision personnelle et celle de leur fille : le type d'excision subi, la personne ayant excisé et l'âge à l'excision. La proportion des femmes se déclarant excisées et des mères déclarant avoir excisé leur fille en 1998 et 2003 est présentée ci-dessous dans la Figure 2.



* Source : Enquêtes démographiques et de Santé Burkina Faso 1998 et 2003.

Alors que la prévalence de femmes excisées semble avoir légèrement augmenté entre 1998 et 2003 (de 72% à 77%), celle des filles diminue (de 46% à 32%). Toujours selon l'EDS de 2003, l'adoption de la loi interdisant la pratique de l'excision en 1996 entraînant une sous-déclaration du nombre d'excisions en 1998 expliquerait le léger accroissement du nombre de femmes consultées déclarant avoir été excisées :

« Comme pour la connaissance, on remarque que la proportion de femmes excisées est supérieure à celle constatée en 1998-1999 (72%). Cet écart ne correspond certainement pas à une augmentation de la pratique. L'hypothèse avancée précédemment pour expliquer l'écart de niveau de connaissance entre les deux enquêtes peut être de nouveau envisagé ⁴¹ »

Dans tous les cas, la tranche d'âge des femmes interrogées par l'EDS (15-49 ans) ne permet pas de déceler les changements survenus entre 1998 et 2003 dans une pratique qui a cours durant l'enfance. Pour juger de l'évolution de l'excision au Burkina Faso les résultats concernant les filles sont plus adéquats. Il semblerait donc que la pratique recule puisque, en 2003, 32% des mères seulement déclaraient que leurs filles étaient excisées contre 46% en 1998.

Pour les deux années d'enquête, le pourcentage de mères déclarant que leur fille est excisée est plus élevé parmi les femmes les moins éduquées et celles vivant à la campagne. En effet, 33% des mères vivant en milieu rural déclarent que leur fille est excisée contre 27% des urbaines. Les différences selon le niveau de scolarisation sont encore plus nettes puisque 34% de celles n'ayant aucune scolarité déclaraient avoir excisé leur fille contre 10% parmi des plus éduquées.

A noter que c'est parmi les femmes vivant en milieu urbain et ayant atteint un niveau de scolarité supérieur que la pratique semble avoir reculé le plus. En effet, on note une diminution de 34% parmi les citadines contre 30% parmi les femmes rurales et de 29% parmi les femmes n'ayant jamais fréquenté l'école et 22 % parmi celles ayant un niveau primaire contre 39% parmi celles ayant un niveau secondaire et plus.

Voyons maintenant s'il y a aussi eu évolution en ce qui concerne les personnes vers qui les parents se tournent pour faire exciser leur fille au Burkina Faso.

⁴¹ INSD, Enquête Démographique et de Santé 2003, p.204.

Tableau 7. Personne ayant excisé les femmes et les filles

	1998		2003	
	Femmes	Filles	Femmes	Filles
Exciseuse	86,3	97	88	97,2
Professionnels de la santé	0,6	0,7	1	0,9
Praticiens traditionnels	0,2	0,4	0,1	0,7
Autre/NSP	12,9	1,9	10,8	1,1
N	4645	1592	9505	2380

Sources: Enquêtes Démographiques et de Santé Burkina Faso 1998 et 2003.

Selon le tableau 7, en 1998 comme en 2003, l'excision serait toujours presque exclusivement pratiquée par une exciseuse. Les taux varient relativement peu et se situent au-delà de 85% pour les femmes et autour de 97% pour l'excision des filles. Plus de dix pourcent des excisions des femmes et moins de deux pourcent de celles de leurs filles ont été effectuées par d'autres praticiens dont on ne sait pas l'occupation. La pratique de l'excision par des professionnels de la santé ou par des praticiens traditionnels reste un recours peu utilisé dont les taux se situent en-deçà de 1% pour les femmes et les filles. Cependant, selon une sage-femme présidente d'une ONG belge luttant contre la pratique de l'excision, cette dernière augmentation est à la fois rassurante et inquiétante. En effet, elle pose le problème de la médicalisation de l'excision et de l'éthique :

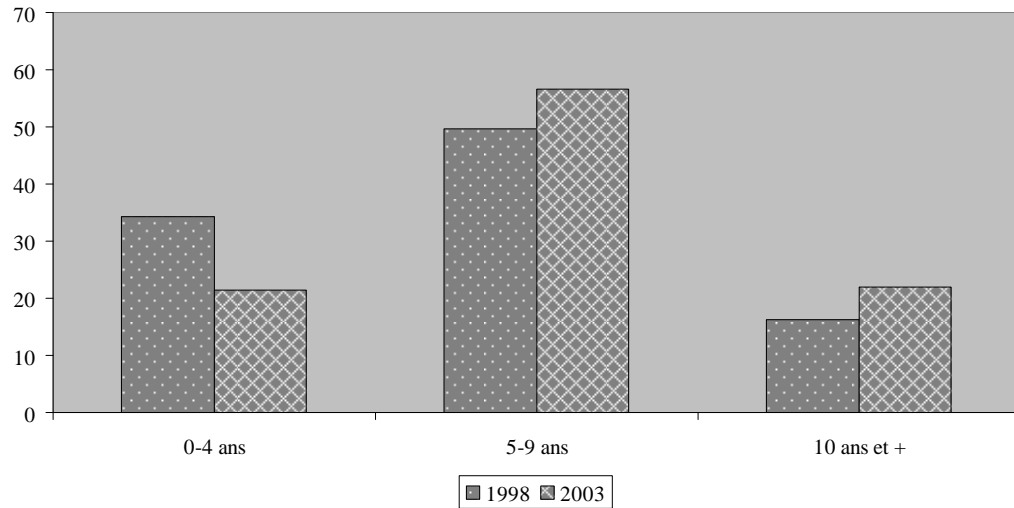
« Certaines personnes prônent la médicalisation pour éviter ces complications. En tant que professionnel de santé, on est là pour protéger l'intégrité des petites filles. Et je sais pas, une petite fille qui apprend qu'à 7 ans, c'est une sage-femme qui l'a excisé, comment elle peut aller après, euh, enfin, recourir aux services de santé, imaginer qu'on va la protéger ou même plus tard quand elle aura des enfants, alors que c'est la même sage-femme qui lui a coupé une partie de son corps. Je pense qu'en tant que personnel de santé, par rapport à la déontologie médicale, c'est difficilement acceptable. »

Si la personne vers qui les parents se tournent pour exciser leur fille demeure l'exciseuse, qu'en est-il de l'âge à l'excision ? A-t-il évolué entre 1998 et 2003?

L'excision a longtemps été un rite de passage signifiant le passage de l'enfance à l'âge adulte. Traditionnellement, elle était organisée autour d'une cérémonie et d'une semaine de réclusion durant laquelle les jeunes filles étaient formées par des anciennes à la vie de femme (Ouoba et al:2004, Kwasi Odoi-Agyarko et Kofi Owusu-Daaku : 2003, CI-AF :

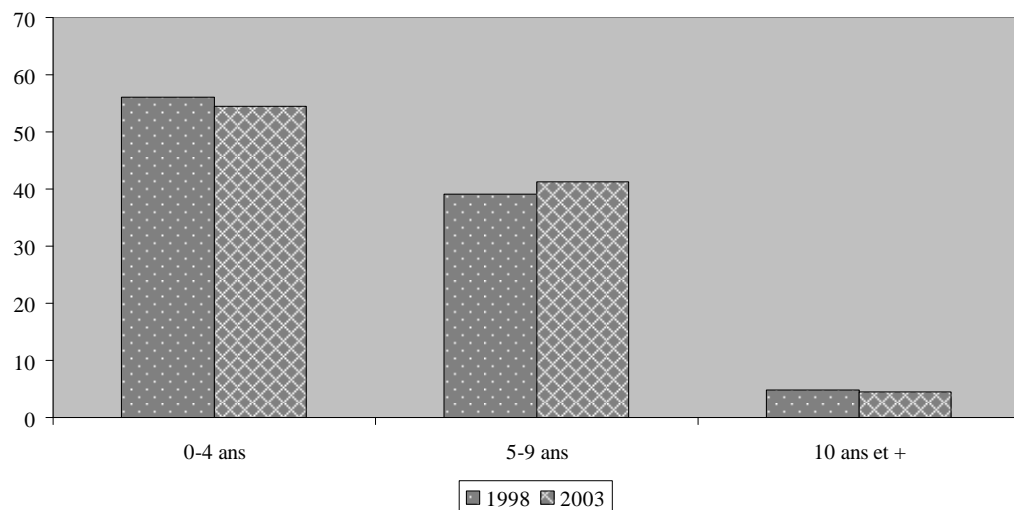
2003). Les données des EDS suggèrent que l'excision aujourd'hui a lieu plutôt durant l'enfance et même la petite enfance. On constate en effet que les femmes et les filles, pour les deux années d'enquête sont majoritairement excisées entre 0 et 9 ans (Figure 3).

Figure 3. Age à l'excision des femmes (%).



* Sources : Enquêtes démographiques et de Santé Burkina Faso 1998 et 2003.

Figure 4. Age à l'excision des filles (%).



* Sources : Enquêtes démographiques et de Santé Burkina Faso 1998 et 2003.

D'après les données collectées sur l'excision des filles des enquêtées il semble y avoir eu un rajeunissement de l'âge à l'excision au Burkina Faso. En effet, les informations

collectées sur les filles des enquêtées (Figure 4) montrent que la majorité d'entre elles en 1998 et en 2003 sont excisées entre 0 et 4 ans (56% et 54% respectivement) soit plus précocement que les mères. Ces résultats sont confirmés par les propos des intervenants qui soulignent que l'excision a lieu plus précocement aujourd'hui qu'auparavant. Plusieurs (6 sur 14) affirment également que le vote de la loi a entraîné une diminution de l'âge à l'excision. Selon une formatrice :

« Dans le temps quand la lutte n'était pas engagée, c'est à partir de 7 ans quand l'enfant est assez grande, à partir de 7 ans jusqu'à 15, 16 ou 20 ans. Par exemple même à la veille du mariage de la fille. Puisque dans certaines régions, c'est-à-dire, c'est pratiquement tout juste avant le mariage que la fille est excisée et tout juste après elle rejoint le domicile conjugal. C'est de façon générale. Mais actuellement avec la lutte, l'âge de l'excision a baissé c'est-à-dire maintenant on excise les enfants de quelques jours de la naissance peut être jusqu'à moins de 7 ans. Les gens ont baissé l'âge, parce qu'il y a la lutte qui est engagée et non seulement il y a la lutte qui est engagée, il y a la loi qui accompagne la lutte et les gens sont informés non seulement de la lutte mais de la loi aussi. Si bien que c'est pendant que l'enfant est très très jeune, elle n'a pas un pouvoir de décision, elle ne peut pas parler, elle n'a pas en tout cas des actions pour se défendre donc on profite de cet état de fait là pour exciser. » (Formatrice au SP/CNLPE). »

D'autres partagent cet avis :

« Actuellement, l'âge a carrément baissé, ça a reculé. Avec les luttes, on excise même des bébés. Donc est-ce qu'on peut même parler d'âge ? C'est ça ! On excise des bébés maintenant. On l'a fait pour contrecarrer la lutte. Et c'est là que l'on comprend maintenant qu'il y a beaucoup de raisons que l'on invoque pour exciser qui ne tiennent pas. Parce qu'on disait qu'on excise ici pour pouvoir éduquer les filles. On ne peut pas éduquer un bébé ! Comment on peut apprendre à un bébé comment vivre avec son mari, comment vivre avec les beaux-parents, comment filer le coton, comment préparer le To ? Le prétexte d'éducation est parti. Donc ça veut dire qu'on en veut surtout à l'organe génital. » (Représentant de la communauté musulmane).

Une autre de nos intervenantes fait ressortir, un aspect complétant le précédent :

« Euh avant c'était la tranche d'âge comprise entre 0 et 11 ans. Dans certaines régions, par exemple dans la région de Kenedougou c'était un prélude au mariage. Donc les jeunes filles étaient excisées et on les conduisait au mariage. Mais maintenant se sont des pratiques qui n'ont plus cours et de plus en plus l'excision se pratique sur des enfants de moins de 1 an. A même 7 jours de la naissance. Il y a un changement, les gens se disent que l'enfant est plus jeune, qu'il n'a pas la possibilité de refuser et que les conséquences sont amoindries ce qui est faux. L'enfant ne sent pas la douleur ce qui n'est pas vrai. Ils se disent que l'organe est plus jeune, que c'est plus facile à enlever et puis ! Il faut se cacher parce qu'il y a la loi ! Il faut se cacher. » (Conseillère technique du ministre de l'action sociale)

Ainsi, nos intervenants analysent la diminution de l'âge à l'excision comme un moyen de contrecarrer les lois contre la pratique de l'excision.

Dans l'ensemble, les entretiens avec les intervenants, corroborent l'idée émise dans la plupart des travaux portant sur l'excision : « autrefois, l'excision faisait partie d'un rite d'initiation, désormais le jeune âge auquel il se pratique montre bien que l'excision n'est plus un rite de passage. »

3.3. Intention d'exciser et excision des filles selon les caractéristiques de la mère

Le tableau suivant présente l'intention d'exciser et l'excision chez les filles selon les caractéristiques socio-économiques des mères.

Tableau 8. Intention d'exciser et excision des filles selon les caractéristiques de la mère (%)⁴²

	1998				2003			
	Pas excisées ⁴³				Pas excisées			
	Excisée	intention	Pas intention	Total	Excisée	intention	Pas intention	Total
Résidence								
Urbain	41,8 ¹	5,1 ¹	53,1 ¹	493	27,5 ¹	4,9 ¹	67,6 ¹	1158
Rural	49,7 ¹	9 ¹	41,3 ¹	2790	35,3 ¹	5,8 ¹	58,9 ¹	5780
X ²		26,9		p= ,000		30,6		p= ,000
Scolarité								
Aucun	50,5	8,7	40,8	2950	36,1	5,6	58,3	6055
Primaire/Alphabétisation	37,3 ^{a1}	8 ^{a1}	54,7 ^{a1}	225	24,8 ^{a1}	6,7 ^{a1}	68,4 ^{a1}	564
Secondaire et +	16,8	1,9	81,3	107	10	3,8	86,2	319
X ²		82,9		p=,000		124,6		p=,000
Ensemble								
Total	48,5	8,4	43,1	100	34	5,6	60,4	100
Total	1592	277	1414	3283	2357	391	4190	6938

Sources: Enquêtes Démographiques et de Santé Burkina Faso 1998 et 2003.

^a Différence significative entre les catégories "aucun" et "secondaire et +"

¹ Différence significative entre les femmes de 1998 et de 2003

⁴² A noter qu'en 1998, seules les mères connaissant l'excision ont été interrogées, alors qu'en 2003, toutes les femmes ayant au moins une fille vivante l'ont été.

⁴³ Ce tableau représente les pourcentages de filles, en 1998 et en 2003, qui ont déjà été excisées et de celles qui ne le sont pas. Les filles qui ne sont pas encore excisées sont représentées en deux catégories selon que la mère ait l'intention d'exciser ou de ne pas exciser sa fille.

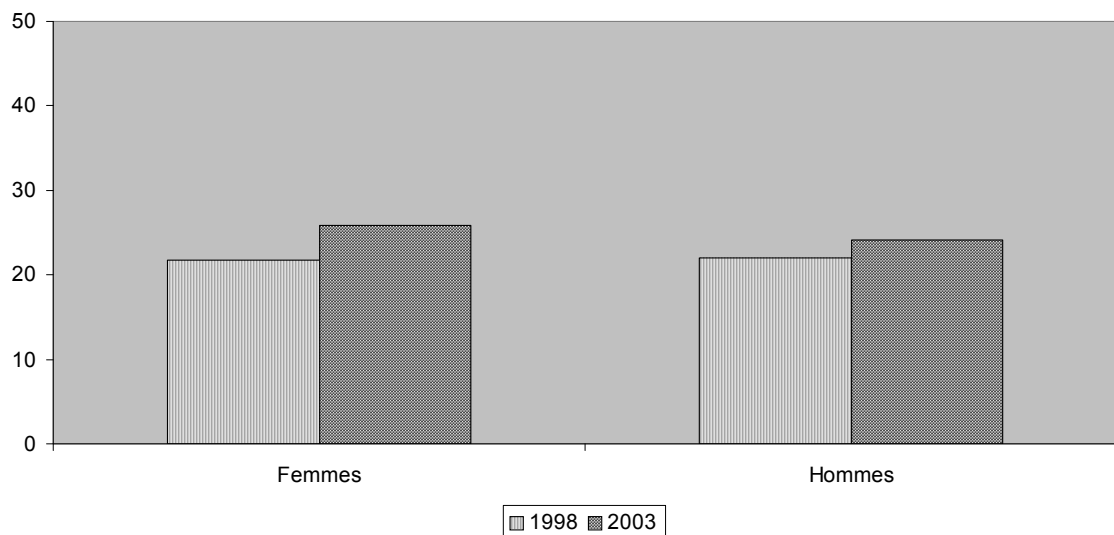
Globalement, le tableau 8 montre un recul du nombre de mères souhaitant exciser ou ayant déjà excisé leur fille. En effet, si en 1998 elles étaient 57% à déclarer vouloir ou avoir déjà excisé leur fille, elles ne sont que 40% dans ce cas en 2003.

La résidence et le niveau de scolarité des mères sont fortement et significativement associés à l'excision ou l'intention d'exciser les filles. En 1998 et en 2003, on note c'est parmi les femmes rurales (5,8%) et les non scolarisées (5,6%) que la pratique de l'excision (ou l'intention) est la plus élevée. C'est cependant chez ces mêmes groupes de femmes que l'on constate le recul le plus important dans les intentions et la pratique de l'excision (environ 40%)

3.4 Opinion des Burkinabè concernant l'abolition de la pratique de l'excision

Dans la section suivante, nous analysons l'opinion des Burkinabè concernant l'abolition de la pratique; nous comparons les résultats en fonction du sexe et selon le statut d'excision des répondantes.

Figure 5. Pourcentage de Burkinabè déclarant que l'excision ne pas vouloir l'abolition de l'excision.



* Sources : Enquêtes démographiques et de Santé Burkina Faso 1998 et 2003.

La Figure 5, présente le pourcentage d'hommes et de femmes qui déclarent ne pas souhaiter la disparition de la pratique de l'excision, pour les années 1998 et 2003

On constate que le taux de personnes défavorables à l'abolition de l'excision n'a guère varié entre 1998 et 2003 et s'est légèrement accru. Dans l'ensemble moins d'un quart des hommes et des femmes (environ 22% en 1998 et 24 % en 2003) se disent défavorables à la disparition de la pratique.

Il existe peu de différences selon le sexe et en 1998, 22% des hommes comme des femmes étaient contre la disparition de l'excision, alors qu'en 2003, les femmes y sont légèrement plus réfractaires (26%) que les hommes (24%). Le tableau 9 montre le pourcentage d'hommes et de femmes qui déclarent être défavorables à l'abolition de l'excision, en fonction de leurs caractéristiques sociodémographiques.

Tableau 9. Pourcentage de personnes déclarant que l'excision ne devrait pas être abolie.

	Femmes				Hommes			
	N	1998	N	2003	N	1998	N	2003
Résidence								
Urbain	1055	7,8 ¹	2669	19 ¹	578	12,6 ²	852	22,5
Rural	4504	25,1 ¹	9391	27,8 ¹	2052	24,6 ²	2514	24,6
X ²	150,6	p=,000	85,06	p=,000	37,7	p=,000	1,46	p= ,227
Scolarité								
Aucun	4682	23,9	8592	28,8	1933	24,6	1687	26,9
Primaire/Alpha	510	15,1 ^{a1}	2386	22,9 ^{a1}	372	19,6 ^{a2}	1079	25,9 ^{a2}
Secondaire +	367	4,6	1082	9,1	325	8,9	600	12,8
X ²	89,13	p=,000	209,1	p=,000	41,4	p=,000	50,8	p=,000
Ensemble								
		21,8		25,9		22		24,1
Total		1213		3121		578		810
N		5559		12060		2630		3366

*Sources: Enquêtes Démographiques et de Santé Burkina Faso 1998 et 2003.

^a Différence significative entre les catégories "aucun" et "secondaire et +"

¹ Différence significative entre les femmes de 1998 et de 2003

² Différence significative entre les hommes de 1998 et de 2003

En tenant compte des caractéristiques sociodémographiques des hommes et des femmes en 1998 et 2003, on note que globalement, les Burkinabè issus de milieux ruraux et n'ayant aucune scolarité sont davantage réfractaires à la disparition de l'excision. En effet, pour les années 1998 et 2003, les femmes vivant en dehors de la ville sont respectivement, 25% et

28% à être défavorables à l'abolition de la pratique contre seulement 8% et 19% en milieu urbain pour les mêmes années. Les mêmes différences significatives sont visibles parmi les hommes en 1998 (l'association entre les deux variables n'étant pas statistiquement significative en 2003). Pour les hommes comme pour les femmes les différences selon le niveau de scolarité sont aussi marquées et statistiquement significative.

Si globalement, en 1998 le même nombre de femmes que d'hommes se prononcent contre la fin de l'excision au Burkina Faso, ce n'est pas le cas dans toutes les catégories sociales et économiques. Lorsque le milieu de résidence et le niveau de scolarité sont pris en compte, le tableau 9 révèle des différences hommes femmes intéressantes. Ainsi, les hommes urbains sont plus réfractaires à l'abolition de la pratique (13%) que leurs homologues féminins (8%) et l'écart selon le sexe se creuse avec le niveau d'éducation. Même chose en 2003, où les différences hommes femmes sont divergentes selon le milieu de résidence et l'éducation. Ainsi, si parmi les citadins la proportion d'hommes qui se disent réfractaires à l'abolition est plus élevée que celle des femmes, c'est l'inverse en milieu rural. Pareillement, avec le niveau de scolarité. Parmi les plus scolarisés les hommes sont proportionnellement plus nombreux à être contre l'abolition alors que c'est l'inverse parmi les non-scolarisés. Ce sont donc les femmes urbaines et les plus scolarisées qui sont proportionnellement les moins nombreuses à être pour le maintien de la pratique.

Si généralement la proportion d'hommes et de femmes se déclarant contre l'abolition a peu changé, certaines catégories d'hommes et de femmes ont connu des changements plus marquants que d'autres. Entre les deux années d'étude, les changements d'opinion vis-à-vis de l'excision ont été particulièrement marqués parmi les citadines et les femmes les plus éduquées (avec des diminutions dans les pourcentages de femmes se déclarant pour le maintien de la pratique respectives d'environ 143% et 98%.) alors qu'ils sont plus minimes parmi les non-scolarisées et les rurales. On retrouve le même phénomène, cependant atténué, chez les hommes.

CHAPITRE 4 : DÉTERMINANTS DE L'EXCISION ET OBSTACLES À LA LUTTE CONTRE LA PRATIQUE

Ce chapitre présente les résultats de l'analyse des déterminants de l'excision et traite des obstacles à la lutte au Burkina Faso tels que perçus par les intervenants. Nous testerons l'effet de l'expérience avec l'excision, des caractéristiques sociales, démographiques et économiques telles que le milieu de résidence, le niveau de scolarité, l'âge et le niveau socio-économique des ménages et les caractéristiques culturelles (comme la religion et l'ethnie) des femmes burkinabè sur le fait (ou l'intention) de faire exciser leur fille et sur le désir des hommes et des femmes de voir perdurer l'excision.

4.1. Profil des échantillons

La première analyse a porté sur l'intention, et l'échantillon est composé de 6938 femmes ayant au moins une fille vivante et s'étant exprimée sur l'excision de leur fille. La deuxième partie de l'analyse multivariée a porté sur l'opinion quant au maintien de la pratique de l'excision. La question ayant été posée à tous les enquêtés connaissant l'excision, les échantillons utilisés dans cette section correspondent à la quasi-totalité de ceux de l'enquête EDS. Les caractéristiques des échantillons sont présentées dans le tableau 10.

Confirmant les résultats exposés dans le chapitre précédent, le Tableau 10 rappelle que la majorité des mères (60%) n'ont pas excisé leur fille ou déclarent ne pas vouloir le faire. De même, la grande majorité des femmes (81%) et des hommes (76%) déclarent être contre la perpétuation de l'excision (Tableau 10).

Les mères ayant au moins une fille vivante et s'étant prononcées sur l'excision de leur fille sont principalement rurales (83%), peu scolarisées (87%), âgées de 35 à 49 ans (46%) et font partie de la classe moyenne (43%). Ces dernières sont en grande partie Mossi (55%) et de confession musulmane (60%). (Tableau 10)

En ce qui concerne l'expérience avec l'excision, la majorité des femmes composant l'échantillon (79%) est excisée. À l'image de la population féminine burkinabè, l'échantillon est composé de femmes essentiellement rurales (78%), peu scolarisées (seulement 9 % ont un niveau supérieur au primaire) et plutôt pauvres (seules 24% sont issues de ménages à niveau socio-économique élevé). Sur le plan démographique, les

femmes sont plutôt jeunes (41% d'entre elles sont âgées de 15 à 24 ans). Les mêmes tendances démographiques et socio-économiques sont perceptibles chez les hommes. Les femmes étant toutefois moins éduquées que les hommes (Tableau 10). Culturellement, on constate une prédominance des Mossi (57% des femmes et 55% des hommes) et musulmans (60% des femmes et 58% des hommes) dans les échantillons.

Tableau 10 Caractéristiques des hommes, des femmes et des mères ayant au moins une fille vivante de 2003 (%)

	Femmes	Mères	Hommes
Variables Dépendantes			
<u>L'excision doit continuer</u>			
Non	81,3	___ ¹	75,9
Oui	18,6	___ ¹	24,1
<u>Intention d'exciser</u>			
Pas intention		60,4	
Intention et excision		39,6	
Variables explicatives			
<u>Excision des femmes</u>			
Pas excisée	20,8	17,1	
Excisée	79,2	82,9	
<u>Milieu de résidence</u>			
Urbain	21,6	16,7	24,1
Rural	78,4	83,3	75,9
<u>Scolarité atteinte</u>			
Secondaire et +	8,7	4,6	16,9
Primaire	11	8,1	32
Aucune	80,3	87,3	51,2
<u>Niveau Socio-économique du ménage</u>			
Élevé	23,8	18,9	26,9
Moyen	40,3	43,1	37,9
Bas	35,9	38	35,2
<u>Age des répondants</u>			
45-59 ans	N/A ²	N/A ²	18,3
35-44 ans	N/A ²	N/A ²	18,4
35-49 ans	30,2	46,4	N/A
25-34 ans	29,3	37,5	23,4
15-24 ans	40,5	16,1	39,9
<u>Religion</u>			
Autre	11,7	13,2	13,2
Musulmane	60,1	60,1	57,7
Chrétienne	28,2	26,7	29,1
<u>Ethnie</u>			
Autre	40,9	42,7	42,1
Mossi	56,6	54,9	54,6
Bobo	2,5	2,5	3,3
Total	12477	6939	3605

* Sources: Enquête Démographique et de Santé Burkina Faso 2003 hommes et femmes.

¹ La question a été posée à la totalité des femmes et non uniquement aux mères (voir début de la section 4.1).

N/A² Non applicable car l'enquête a été effectuée auprès des femmes de 15 à 49 ans

4.2. Résultats des analyses multivariées

4.2.1 Excision des filles et intention des femmes de faire exciser leurs filles

Le tableau 11 présente les résultats de la régression logistique modélisant l'effet des caractéristiques sociales, démographiques, économiques et culturelles des mères sur la probabilité que celles-ci aient fait ou aient l'intention d'exciser leur fille. Rappelons que pour l'année 2003 la question porte sur la plus jeune des filles. Les rapports de cote, c'est à dire l'exponentiel des coefficients de régression, sont présentés dans ce tableau.

Comme on s'y attendait, le tableau 11 confirme que le fait d'être soi-même excisée, favorise grandement les chances (12 fois plus de chance) qu'une femme ait fait ou envisage d'exciser sa plus jeune fille. Parmi les caractéristiques sociales, démographiques et économiques, le niveau de scolarité, l'âge et le niveau socio-économique du ménage des répondantes influencent significativement la pratique de l'excision. Comme on s'y attendait, l'âge influence négativement la probabilité de vouloir exciser ou d'avoir fait exciser sa fille. Ainsi, toutes choses étant égales par ailleurs, les jeunes femmes âgées de 15-24 ans ont 3,3 fois moins de chances (rapport de cote de 0.3) de souhaiter exciser leur fille ou de l'avoir fait que leurs consœurs âgées de 35 à 49 ans. L'ethnie, quant à elle, influence bien l'attitude des mères. Être originaire de l'ethnie Bobo double la probabilité d'exciser ou de souhaiter exciser, alors qu'être Mossi, ethnie majoritaire au Burkina Faso, diminue cette probabilité.

Sans surprise, les femmes les moins éduquées ont 2,7 fois plus de chances que celles les plus éduquées d'avoir fait ou de vouloir faire subir l'excision à leur fille. Confirmant également l'hypothèse selon laquelle la pratique de l'excision s'accroît avec l'appauvrissement, on constate que les femmes issues des ménages les plus pauvres et celles de la classe moyenne ont respectivement 1,6 fois et 1,4 fois plus de chances que les femmes les plus riches d'avoir excisé ou de souhaiter exciser leur fille. Le fait que la religion musulmane favorise la pratique est également confirmé. En effet, être une femme musulmane augmente de 2,4 fois le fait d'avoir fait ou de vouloir faire exciser sa fille par rapport à la religion chrétienne. Et ce, malgré l'existence d'un programme musulman de lutte contre la pratique de l'excision, dont une partie concerne le non-fondement religieux de la pratique :

« Le message religieux, veut dire que dans un premier temps, on ne peut pas convaincre un musulman que l'excision est mauvaise si vous n'arrivez pas à lui démontrer que ce n'est pas la religion qui l'enseigne. Le combat se fait donc sur la base de textes religieux le Coran et le Hadith (ce que le Prophète a dit). On leur prouve que le Coran n'a pas parlé d'excision. Et c'est très intéressant car beaucoup de gens illettrés, n'ont pas accès aux textes, notamment les femmes, et suivent ce que les hommes disent. Nous avons réussi à leur dire que le Coran n'en parle pas. Parce que ceux qui luttent, discutent des textes coraniques. Même dans des séminaires de musulmans, on ne commence pas à parler de conséquences. Si vous commencez à en parler, c'est la bagarre. Ils défendent leur religion. Mais si vous vous basez sur la religion, ils ne peuvent pas dire c'est leur religion qui le leur dit. Si vous lui dites de vous montrer les références coraniques qui dictent d'exciser, ils ne peuvent plus dire que c'est Dieu qui leur dit de le faire On les a bousculé. Et le fait qu'ils le sachent qui fait qu'aujourd'hui, personne ne peut se justifier par le Coran. De plus, nous avons fouillé dans le Hadith sur lequel les gens se basaient pour exciser, afin de leur dire qu'il n'est pas authentique et qu'il n'est pas valide. » (Représentant de la communauté musulmane)

À l'inverse de ce que nous avons supposé, le lieu de résidence des femmes n'influence pas de façon significative l'intention et le souhait d'exciser.

Tableau 1. Régression logistique de la probabilité que les femmes aient fait exciser ou aient l'intention d'exciser leur fille (2003).

Variables indépendantes (lors de la prise de décision)	Rapports de cote
Expérience des femmes	
<u>Excision de la mère</u>	
Pas excisée	—
Excisée	12***
Caractéristiques Economiques	
Socio-Démo-	
<u>Milieu de résidence</u>	
Urbain	—
Rural	0,9
<u>Scolarité atteinte</u>	
Secondaire et +	—
Primaire	2,3***
Aucun	2,7***
<u>Niveau socio-économique</u>	
Elevé	—
Moyen	1,4**
Bas	1,6***
<u>Age</u>	
35-49 ans	—
25-34 ans	0,4***
15-24 ans	0,3***
Caractéristiques culturelles	
<u>Religion</u>	
Chrétienne	—
Musulmane	2,4***
Autres	1,3**
<u>Ethnie</u>	
Autre	—
Mossi	0,9**
Bobo	2***
Observations (N)	6933
Modèle Chi carré (probabilité -2 log)	7827,614***

* significatif à $p < 0.05$ ** significatif à $p < 0.01$

*** significatif à $p < 0.001$

Source : Enquête Démographique et de Santé Burkina Faso 2003.

4.2.2 Opinion des femmes et des hommes concernant le devenir de l'excision au Burkina Faso.

Le tableau 12 montre les résultats de la régression logistique représentant l'effet de l'expérience (pour le modèle des femmes), des caractéristiques socio-démo-économiques et culturelles sur la probabilité que les hommes et les femmes soient favorables à la perpétuation de l'excision. Tout comme le chapitre 3, cette partie est une analyse sexo-spécifique. En raison des données disponibles pour les hommes dans l'EDS III, seule l'opinion sur la disparition de l'excision est prise en compte. Comme pour la partie précédente, les rapports de cote sont présentés.

En ce qui concerne les femmes, les résultats de ce modèle sont, à peu de choses près, semblables à ceux portant sur l'intention d'exciser les filles. En effet, comme dans le modèle précédent, le fait d'être excisé, d'avoir peu ou pas fréquenté à l'école, d'être d'un bas milieu socio-économique augmentent la probabilité que les femmes soient favorables à la perpétuation de l'excision. De même, dans les deux modèles, les résultats concernant la religion confirment nos prédictions. En effet, être musulmane ou d'une autre religion accroît les chances d'être favorable à ce que l'excision continue. L'effet de l'ethnie est plus ambigu. Comme dans l'étude de Dembele, les résultats montrent qu'être Bobo augmente significativement les chances d'être en faveur de la perpétuation de l'excision (1,9 fois plus que parmi les femmes d'autres ethnies que les Bobos ou Mossi). Contrairement aux résultats des études antérieures, en revanche, les Mossi sont aussi plus favorables au maintien de la pratique (1,3 fois plus). Le lieu de résidence qui n'avait pas d'effet dans le modèle précédent, influence significativement la possibilité d'être pour la pérennité de l'excision. Comme on s'y attendait, les femmes rurales ont 1,6 fois plus de chances que leurs consœurs citadines d'appuyer le maintien de la pratique de l'excision. Curieusement, l'âge, quant à lui, agit et de façon différente, sur l'opinion des femmes sur le devenir de la pratique que sur l'excision et l'intention d'exciser leurs filles. En effet, toutes choses égales par ailleurs, les femmes des plus jeunes générations semblent plus favorables au maintien de l'excision que leurs consœurs plus âgées.

Pour les hommes, le lieu de résidence, le niveau de scolarité atteint, la religion et l'âge influencent l'opinion sur l'avenir de l'excision. En revanche, la classe sociale et l'ethnie n'affectent pas la probabilité statistique de se positionner contre l'abolition de l'excision (Tableau 12).

Sans surprise, les hommes les moins instruits et musulmans sont les plus favorables au maintien de la pratique. En effet, pour les hommes n'ayant jamais été à l'école les chances de soutenir l'excision sont environ trois fois plus élevées que celles des hommes les plus scolarisés. Comme pour les femmes, être de confession musulmane augmente de 2,5 fois la probabilité d'être en faveur du maintien de l'excision. Les hommes des autres religions quant à eux sont significativement plus susceptibles de favoriser le maintien de la pratique que les chrétiens (rapport de cote de 1,5).

Les résultats relatifs à l'âge et au lieu de résidence confirment en partie nos hypothèses. Le lieu de résidence a certes une influence statistique mais influence les décisions des hommes dans le sens inverse à celui prédit. Alors que nous supposions que la ruralité influencerait positivement le choix des Burkinabè de voir perpétuer l'excision, nous constatons que vivre à l'extérieur de la ville diminue les chances d'un homme de vouloir voir l'excision continuer. Concernant l'âge, toutes choses étant égales par ailleurs, les résultats confirment que les jeunes générations, (les hommes âgés de 25 à 34 ans) sont les moins susceptibles d'être pour que l'excision se pérennise (rapport de cote de 0,7).

Tableau12. Régression logistique de la probabilité que les femmes et les hommes soient favorables à la perpétuation de l'excision(2003)

	Femmes	Hommes
Variables indépendantes (lors de la prise de décision)	Rapports de cote	Rapports de cote
Expérience des femmes		
<u>Excision de la mère</u>		
Pas excisée	—	N/A
Excisée	6,1***	N/A
Caractéristiques Socio-Démo-Économiques		
<u>Milieu de résidence</u>		
Urbain	—	—
Rural	1,4**	0,7*
<u>Scolarité atteinte</u>		
Secondaire et +	—	—
Primaire	2,6***	2,6***
Aucune	2,8***	2,8***
<u>Niveau socio-économique</u>		
Élevé	—	—
Moyen	1	0,9
Bas	1	0,9
<u>Age</u>		
45-59 ans	—	—
35-49 ans	—	N/A
35-44 ans	N/A	0,8
25-34 ans	1,1	0,7*
15-24 ans	1,5***	0,8
Caractéristiques culturelles		
<u>Religion</u>		
Chrétienne	—	—
Musulmane	1,3***	2,5***
Autres	1,9***	1,5*
<u>Ethnie</u>		
Autre	—	—
Mossi	1,3***	0,9
Bobo	1,9***	1
Observations (N)	11029	3376
Modèle Chi carré(probabilité -2 log)	9671,11***	3549,798***

* significatif à $p < 0.05$ ** significatif à $p < 0.01$ *** significatif à $p < 0.001$
N/A = Non applicable.

Source: Enquête démographique et de Santé2003

4.3 Obstacles à la lutte contre la pratique de l'excision : perception des intervenants

4.3.1. Perceptions des avancées de la lutte

Treize des quatorze intervenants se sont prononcés sur les acquis et avancées de la lutte contre l'excision. Initialement, la grille d'entretien du personnel de santé ne prévoyait pas de les interroger sur le thème de l'avancée de la lutte. Ils se sont toutefois prononcés sur le sujet lorsqu'ils ont évoqué les conséquences directes de la lutte.

Alors que les résultats des deux enquêtes suggèrent un certain recul de la pratique, en 2005, la totalité des intervenants questionnés sur la localisation de l'excision dépeignent une situation encore critique en matière d'excision au Burkina Faso :

« Il y a des études qui ont prouvé que sur les 45 provinces, toutes ne pratiquent pas. Et les ethnies aussi, il y a certaines minorités localisées qui ne pratiquent pas. Mais de façon générale presque toutes les ethnies au Burkina Faso pratiquent, à quelques exceptions près. » (Secrétaire permanente par intérim au CNLPE)

Parmi les intervenants s'étant prononcés sur l'avancée de la lutte, six sur treize se sont pourtant montrés très positifs quant aux avancées de la lutte :

« J'allais dire que la lutte porte des fruits parce que, si vous demandez aux pionniers, le début de la lutte n'était pas comme ça. D'abord, l'excision était un tabou. Vous et moi, ne nous serions pas assis pour parler d'excision. C'est déjà un acquis. Ce sont des choses dont on ne parlait pas. En société, en cercle restreint, on n'en parlait pas et encore moins à la radio ou à la télévision. Et aujourd'hui, ça se fait. Nous avons des émissions télé et radio. Je vous ai dit que nous avons un programme, avec 32 radios communautaires qui diffusent un certain nombre de messages de lutte contre la pratique de l'excision. Et aussi, le fait de dénoncer les cas d'excision, c'est une avancée, parce que les gens ne dénoncent pas. Parce que s'ils dénoncent, c'est parce qu'ils sont convaincus que c'est mauvais. Il y a des gens qui prennent parti pour la cause. Donc je pense que ça avance, ça avance peut-être doucement mais c'est un changement de comportement. Et ça va changer. Et aussi, je vous ai dit entre-temps, que le passage de témoin entre les exciseuses, les vieilles exciseuses et la jeune génération ne se fait pas. Et à un certain moment, il n'y aura pas d'exciseuses en réalité. Étant donné qu'avec la loi, la partie médicale est interdite, donc ce n'est pas à l'hôpital qu'on ira le faire. La troisième raison d'espérer, est qu'il y a une génération de fillettes qui ne sont pas excisées. Donc ce que je n'ai pas subi, je ne le ferai pas subir à mon enfant. Je pense que se sont ces contours qui font qu'il y a de l'espoir, il y a de l'avancée mais c'est étape par étape » (Gendarme au CNLPE)

Quatre de nos interlocuteurs mettent l'accent sur des conséquences directes de la lutte autres que celles généralement citées par les autres interlocuteurs et qui sont mentionnées dans la littérature sur l'excision :

« Oui, oui, il a fallu la lutte pour qu'il y ait un changement. Pour qu'il y ait des informations sur les conséquences, sur les problèmes. La preuve est qu'il y en a beaucoup qui viennent pour la réparation des séquelles. » (Éducatrice sociale au CNLPE)

Les interventions des deux médecins et de la sage-femme renforcent les propos précédents. Ils y soulignent l'augmentation de l'utilisation de la chirurgie réparatrice des séquelles de l'excision et l'existence d'une aide gouvernementale visant à faciliter l'accès à ce service :

« Tous les mercredis sont consacrés, à la clinique de la Première Dame : Clinique Suka, aux réparations des séquelles de l'excision. La Première Dame a offert un kit contenant tous les médicaments nécessaires pour soigner gratuitement ces femmes. Leur unique contribution est le coût de revient de leur transport jusqu'à la clinique. Jusqu'à l'année dernière, nous effectuions 452 réparations. Donc, ce n'est pas négligeable. Et maintenant, nous estimons le nombre des réparations entre 500 et 600, car à la clinique Suka nous réalisons, au moins 4 réparations par semaine. » (Médecin 1)

Un des médecins ajoute une nuance relative à la gratuité totale de la réparation :

« Au Burkina, la réparation des séquelles est prise en charge par le Comité National de Lutte contre la Pratique de l'Excision qui est vraiment dynamique. Les services de santé s'occupent de sensibiliser les femmes, qui sont excisées ou non, à la prise en charge médicale des séquelles pour qu'elles viennent dans les centres de santé pour être soignées. Je ne sais pas si la prise en charge des réparations est totalement gratuite. Parce que, tant qu'on peut le faire, on le fait gratuitement. Peut-être que si l'opération est un peu plus compliquée, on demandera une contribution de la famille. Mais en général, tant qu'on peut le faire, on le fait sans frais. » (Médecin 2)

Deux autres se montrent plus critiques quant aux acquis actuels du mouvement de lutte (soit environ 15%) :

« Oui, elle [la lutte] a porté ses fruits, mais il est beaucoup trop tôt pour baisser les bras. Parce qu'il faut rester vigilant, ça va disparaître mais ça va encore durer pendant un bout de temps. Je crois qu'il est temps maintenant d'encourager les non-excisées à sortir pour qu'elles servent de modèle positif aux autres. Il faut continuer à chercher les voies et moyens à communiquer avec les poches de résistance. Pour qu'elles ne fassent pas tâche d'huile. Il y a un déclin réel mais on ne connaît pas les chiffres, donc il faut aussi beaucoup investir dans la recherche. » (Coordonatrice DED)

« Oui, ça a porté ses fruits et ça il faut le dire. Mais il reste beaucoup à faire. Parce que tant que nous n'avons pas abouti à l'éradication, il reste toujours vraiment de la tâche à exécuter. » (Représentant de la communauté musulmane).

Trois des treize interlocuteurs soulignent les difficultés à mesurer les avancées :

« Jusqu'à présent, je crois que le problème par rapport à la diminution, à la baisse de la prévalence ou non, c'est un problème d'indicateurs ... La deuxième chose, qui est la difficulté aussi de la recherche, c'est qu'on se base sur les dires des gens, sur les dires des mamans. Bon, elle dit oui ou elle dit non, en fonction de son expérience. On sait qu'il y a une loi qui interdit la pratique de l'excision. Personne ne va dire qu'il a excisé ... Donc je crois qu'il y a toutes ces questions-là qui font qu'aujourd'hui, on pense toujours qu'il y a toujours une tendance à la baisse. » (Chargé de projet à Mwangaza action)

Par contre, ils s'accordent tous pour dire qu'œuvrer pour la disparition de l'excision est un objectif sur le long terme. Pour beaucoup, les fondements traditionnels ainsi que les croyances dans de nombreuses ethnies, restent plus forts que les efforts de sensibilisation des intervenants. La perpétuation de l'excision apparaît comme une pratique traditionnelle peu encline à disparaître qui entrave l'avancée de la lutte. La création du CNLPE, la mise en place de la loi anti-excision en 1990, la médiatisation des campagnes de sensibilisation, la mise en place d'un numéro gratuit pour dénoncer les cas d'excision et la diminution de la pratique chez les filles entre 1998 et 2003 (de 46% à 32%) sont des preuves irréfutables des résultats de ce programme. Cependant, les entretiens effectués en 2005 laissent entrevoir, chez les intervenants, un sentiment de stagnation du mouvement de lutte et un besoin criant d'innovations en ce qui a trait aux outils d'une telle action.

4.3.2 Les obstacles liés aux croyances et traditions vis-à-vis de l'excision

Les hommes et les femmes participant à l'EDS 2003 ont été interrogés sur les avantages pour une fille d'être excisée. Les principales réponses sont présentées dans le tableau 13.

Tableau.13 Avantages pour une fille d'être excisée parmi les femmes et les hommes qui connaissent l'excision en 2003.

	Femmes	Hommes
Pas d'avantages	52	69,3
Meilleure hygiène	5,5	3,6
Reconnaissance sociale	24	10,3
Meilleure chance de mariage	2,6	2,2
Préservation de la virginité	4,1	4,7
Plus grand plaisir de l'homme	0,4	1,1
Nécessité religieuse	2,8	4,6
Autre	1,8	1,1
Total	12060	3366

Source: Enquête Démographique et de Santé Burkina Faso 2003

* La somme des pourcentages peut dépasser 100% car les femmes et les hommes peuvent citer plusieurs avantages⁴⁴

Ainsi que le montre le tableau 13, comme dans de nombreux autres pays (Dembele, 1999) les principales raisons évoquées par les hommes et les femmes au Burkina Faso sont : l'acceptation sociale, la préservation de la virginité et la nécessité religieuse (INSD, 2004). Comme l'ont montré les résultats précédents, au Burkina Faso, la majorité des hommes et des femmes semblent ne trouver aucun avantage à l'excision (52% des femmes et 69% des hommes). La reconnaissance sociale, une meilleure hygiène et la préservation de la virginité sont les trois avantages les plus cités par les femmes (respectivement environ 24%, 6% et 4%). Comme les femmes, les hommes mettent eux aussi en avant la reconnaissance sociale (10%) et la garantie de la virginité (environ 5%) mais citent également la nécessité religieuse de la pratique (environ 5%). Les intervenants interrogés abordent globalement les mêmes thèmes que ceux mentionnés par les enquêtés de l'EDS⁴⁵.

⁴⁴ INSD, Enquête Démographique et de Santé Burkina Faso, 2004, p. 215-216

⁴⁵ Les questions relatives aux justifications de l'excision ont uniquement été posées aux représentants des ONG et du CNLPE ainsi qu'aux représentants religieux. Les pourcentages présentés ici sont donc calculés sur un total de 10 intervenants.

Ainsi, l'hygiène et la notion de pureté associées à l'excision font aussi, d'après plusieurs intervenants, partie intégrante des croyances dans de nombreuses ethnies. Comme l'explique une intervenante :

« Certaines ethnies disent qu'une femme non excisée n'est pas pure et n'a pas droit à des funérailles. On nous a rapporté un cas au niveau de la région de Po où, si une femme n'est pas excisée à sa mort, il faut l'exciser pour qu'elle ait droit à des funérailles. » (Conseillère technique au Ministère de l'Action sociale)

Un autre intervenant résume:

« Il y en a qui disent que si la femme n'est pas excisée, elle n'est pas propre. Les gens évoquent deux types de pureté: la pureté disons physique, c'est-à-dire qu'elle peut sentir mauvais, ou bien la pureté par rapport à l'adoration des religions coutumières telles que les fétiches, telles que les religions comme l'Islam. Donc, voilà tout un tas de raisons. Donc, si on résume, ce sont des problèmes d'hygiène, d'esthétique, de procréation et de santé. C'est du déjà vu tous ces prétextes-là, c'est-à-dire que ce sont des raisons inventées. » (Représentant de la communauté musulmane)

D'autres raisons « médicales » sont aussi évoquées, par six de nos interlocuteurs, pour justifier la pratique. Une intervenante explique :

« Certaines femmes pensent que si elles ne sont pas excisées, elles auront des pertes blanches. Alors il faut absolument qu'elles soient excisées pour éviter d'avoir des pertes blanches, qui ne sont pas forcément liées à ça. » (Éducatrice sociale au CNLPE)

Un autre abonde dans le même sens :

« Certaines femmes expliquent l'excision en disant qu'avant l'excision, la jeune fille se gratte assez souvent au niveau de son appareil génital. Et quand on pratique l'excision, c'est fini, elle ne se gratte plus. » (Chargé de projet à Mwangaza action)

Les effets sur la santé sexuelle des hommes sont aussi évoqués :

« Il y a même des raisons liées à la sécurité pour l'homme parce que les gens nous disent souvent qu'avoir des rapports sexuels avec une femme non excisée expose l'homme à l'impuissance. » (Chargé de projet à Mwangaza action)

Les croyances vis-à-vis de l'effet de l'excision sur la procréation et l'accouchement ont été aussi mentionnées par les intervenants. Ainsi, d'après le représentant de la communauté musulmane :

« *Il y en a qui pensent que si la femme n'est pas excisée, qu'elle aura certaines maladies clitoridiennes et qu'elle n'aura pas d'enfants*» (Représentant de la communauté musulmane)

Comme le résume une représentante de la communauté catholique :

« *On dit souvent que c'est la coutume..... On dit aussi que c'est un organe qui tue l'enfant s'il le touche à la naissance. Ce qui est faux, parce qu'il y a bien des femmes qui ne sont pas excisées et qui arrivent à mettre au monde des enfants vivants. Donc ce sont des réactions, des jugements qui ont de la valeur chez ceux qui pratiquent mais qui ne veulent rien dire.*» (Représentante de la communauté catholique)

Une autre intervenante explique que :

« *On dit que le clitoris contient des vers et que s'il touche la tête de l'enfant, il meurt.* » (Intervenante et éducatrice au CNLPE)

Comme certains auteurs (Ilboudo : 2000; Plan : 2006; Badini : 1994), la totalité des intervenants soulignent que pour beaucoup de Burkinabè l'excision apparaît un élément central de la transmission de valeurs, coutumes et traditions.

« *Aujourd'hui, je crois que les gens se limitent à dire que : « non on est nés trouvé⁴⁶ » pour vraiment caricaturer. Quand on demande aux gens la raison pour laquelle ils pratiquent, ils disent : « non, non, c'est parce qu'ils sont nés trouvé ». (Membre de Mwangaza action)*

« *Mais il y a aussi le fait qu'ils sont nés trouvés qu'il ne faut pas que ce soit eux, à leur niveau, qui coupe, que les coutumes coupent sur ce qui devait être fait. Voilà, c'est vous qui êtes venus détruire ce que les vieilles personnes ont installé comme une coutume, comme un héritage.* » (Éducatrice sociale au CNLPE).

Une autre intervenante met en exergue le fait que l'excision est un rite de passage important pour les femmes, un élément central du processus de socialisation des jeunes femmes burkinabè :

« *On dit que l'excision permet à la fille d'être femme. Puisque l'on sait que les filles sont excisées à un certain âge. Au cours de l'excision, on les amène dans un coin éloigné avec*

⁴⁶ L'expression « on est nés trouvé » est une manière de dire qu'ils sont nés alors que l'excision existait depuis des générations, qu'ils l'ont « trouvé » là à la naissance.

des vieilles, où on leur donne une certaine éducation à la vie familiale et à leur future vie de femme. » (Intervenante et éducatrice au CNLPE)

Un autre intervenant souligne :

« Il y en a qui disent que si la femme n'est pas excisée, elle n'atteindra jamais la maturité. Quel que soit son âge, elle se comportera toujours comme un enfant. » (Représentant de la communauté musulmane)

Enfin, la crainte du « vagabondage sexuel » et de la « frivolité » des femmes et plus généralement le désir de contrôler la sexualité féminine sont également, d'après plusieurs intervenants, des raisons souvent évoquées par la population pour justifier l'excision.

Ainsi, six de nos intervenants mentionnent la frivolité et le vagabondage sexuel :

« Généralement, on nous répond qu'une fille qui n'est pas excisée est très volage. » (Formatrice et Secrétaire générale par intérim au CNLPE)

De même une intervenante souligne que :

« Il y en a qui disent qu'il faut exciser pour protéger la virginité de la femme. Sinon, son clitoris l'empêche de rester tranquille et la pousse à courir les hommes. » (Éducatrice sociale au CNLPE.)

Le représentant de la communauté musulmane rencontré pense aussi que :

« Il y en a qui disent que si la femme n'est pas excisée, qu'elle se prostituera. » (Représentant de la communauté musulmane)

Les rôles de l'excision serait de mettre fin à l'androgynie des femmes, de leur ôter la puissance masculine que leur confère le clitoris et d'ainsi, les rendre fidèles :

« Si la fille n'est pas excisée qu'elle ressemble à un garçon. Son organe sexuel peut se mettre en érection comme l'organe mâle, donc il faut diminuer cette puissance de la femme pour qu'elle soit fidèle soit disant. Mais pour moi, la fidélité ne réside pas dans cette mutilation, mais plutôt dans une éducation familiale bien comprise, bien menée. » (Représentante de la communauté catholique)

Deux autres de nos interlocuteurs pensent aussi que l'un des rôles de la pratique serait de dominer la sexualité des femmes :

« En gros, l'excision c'est pour brimer la femme, pour qu'elle soit soumise à tel point qu'elle ne puisse même pas réagir lors des relations sexuelles. C'est pour la dominer complètement, pour l'effacer, pour dire qu'elle n'a pas de personnalité, qu'elle est une machine avec laquelle on peut faire ce que l'on veut et par la même occasion des enfants. » (Représentante de la communauté catholique)

4.3.3 Difficile application de la loi

Actuellement, l'excision se pratique dans 28 pays d'Afrique sub-saharienne, dans quelques ethnies d'Asie et du Moyen-Orient. D'après les intervenants, les différentes manières de légiférer vis-à-vis de l'excision dans les différents pays africains constituent un véritable obstacle à sa disparition sur le continent. Comme certains auteurs (Richard, 2003), les intervenants soulignent que les différences légales favorisent le franchissement des frontières pour exciser dans les pays frontaliers, ou dans le cas des personnes immigrantes, lors d'un retour au pays ou dans le pays d'accueil même.

Comme l'explique un membre du CNLPE :

« Mais nous voyons aussi qu'il y a l'excision transfrontalière. C'est-à-dire qu'elles quittent les murs du Burkina pour aller faire ça dans des pays où la répression n'est pas très forte. »

Outre la migration des parents pour faire exciser leur fille, trois intervenants ont également mentionné la venue des exciseuses d'autres pays.

« Dans certains pays, ce n'est pas évident qu'il y ait une loi et c'est pourquoi, quelques fois nous assistons à la migration des exciseuses ou même des parents. » explique une formatrice au CNLPE.

Au Burkina Faso en revanche, l'application de la loi passe par une double action de sensibilisation et de répression des forces de l'ordre sur le terrain (voir Chapitre 1). Ainsi un gendarme explique :

« Les gendarmes vont sur le terrain en tenue. Ils expliquent qu'ils ne viennent pas pour faire de la répression, mais pour expliquer le contenu de la loi. Et les gens demandent si la loi est effectivement appliquée. À quoi ils répondent par l'affirmative et en profitent pour donner des exemples de leurs interventions et arrestations. Nous privilégions une stratégie de sensibilisation complétée par la répression. La preuve en est que nous avons intégré le contenu de la loi à nos campagnes de sensibilisation. Le second rôle des gendarmes est effectivement la répression. En cas de délation de cas d'excision à venir ou récente, ils demandent des renseignements précis sur le lieu de l'excision. Si l'information est vérifiée, on envoie une patrouille formée de gendarmes ou de policiers et de membres du CNLPE

sur le terrain. Si l'excision a déjà été pratiquée, ils procèdent à une arrestation, dans le cas contraire, les familles sont mises sous surveillance permanente. Et généralement l'excision n'a plus lieu.» (Gendarme au CNLPE)

« D'abord, au niveau des forces de l'ordre, nous avons demandé à ce qu'elles aillent sur le terrain pour qu'elles aient les informations. Je prends un exemple : quelqu'un peut appeler pour dire qu'il y a un cas d'excision dans tel secteur. Il donne avec précision le quartier, la rue si possible, le numéro du portail, toutes les indications possibles. On vérifie l'information. Si l'information est correcte, il y a une équipe du Secrétariat permanent qui descend sur le terrain avec la police ou la gendarmerie, on procède à la vérification et à l'interpellation si les faits sont vérifiés et la procédure judiciaire commence. S'ils ne le sont pas, une équipe pluridisciplinaire repart dans la famille pour donner une séance de sensibilisation dans la famille. Donc les deux approches sont combinées. Si l'excision a eu lieu ou qu'elle est en train de se passer, on intervient avec la police ou la gendarmerie. Mais si l'excision est en préparation, on essaie de les dissuader en les sensibilisant et en leur parlant de loi et des conséquences sur la santé. « Et on met un système de surveillance permanente sur eux pour voir comment ça va se passer. Mais généralement, quand on a l'information, étant donné que les gens savent qu'il y a une surveillance permanente sur eux, l'excision ne se fait plus. » (Gendarme au CNLPE).

Enfin, la quasi-totalité⁴⁷ de nos intervenants ont fait mention du rajeunissement de l'âge à l'excision et la moitié d'entre eux l'ont identifié comme un obstacle à la disparition de l'excision. En effet, la pratique étant exercée sur des filles peu âgées et encore inaptées à s'exprimer, empêche d'une part la délation de leur excision récente ou à venir et d'autre part leur opposition au projet familial.

« Les gens ont baissé l'âge de l'excision, en raison de la lutte qui est bien ancrée et de l'existence de la loi. Les gens en sont informés. Si bien qu'ils excisent l'enfant très très jeune. Ainsi, elle n'a pas de pouvoir de décision, ne peut parler et n'a, par conséquent, pas de recours pour se défendre. Donc, ils en profitent. » (Membre du CNLPE)

En définitive, nous avons montré dans cette partie que malgré une modification apparente de la dynamique de l'excision au Burkina Faso entre 1998 et 2003, les déterminants de la pratique restent sensiblement les mêmes. L'influence des déterminants socioculturels, démographiques et économiques diffère toutefois selon les sexes. En ce qui concerne les intervenants, nous avons fait ressortir une perception assez réaliste de l'évolution de leur champ d'action.

⁴⁷ La question de l'âge à l'excision n'a été abordée que pour les membres des organismes de lutte contre l'excision. Deux d'entre eux n'ont pas répondu à la question, jugeant que rien de nouveau ne pouvait être apporté à ce sujet.

CONCLUSION

L'objectif principal de cette recherche était de dresser un portrait de l'évolution de la pratique et de la perception de l'excision au Burkina Faso entre 1998 et 2003. Dans un contexte où les politiques et les programmes de lutte contre l'excision se sont multipliés, il s'agissait de se pencher sur les déterminants de la persistance de l'excision, chez les hommes et les femmes, ainsi que sur les obstacles à la mise en œuvre des programmes, tels que perçus par les intervenants sur le terrain pour l'année 2003.

Afin d'atteindre nos objectifs de recherche, rappelons que nous avons utilisé les données quantitatives des enquêtes démographiques effectuées au Burkina Faso en 1998 et en 2003.

Cependant, comme l'ont fait remarquer les intervenants rencontrés, l'utilisation des données des enquêtes démographiques de santé pose certaines limites. Les mêmes indicateurs peuvent, d'une année à l'autre, mesurer des phénomènes différents (voir chapitre II). Comme les chercheurs de l'EDS l'ont eux-mêmes signalé en 2003, les résultats des sondages sont basés sur les déclarations des mères. Le vote de la loi interdisant la pratique de l'excision deux ans avant l'enquête de 1998 aurait pu influencer les réponses des mères pour cette année (INSD, 2004 : p.xxvi). En effet, les femmes sondées en 1998 ont pu craindre des condamnations après avoir déclaré exciser leur fille aînée. Ce qui expliquerait en partie les différences entre certains résultats de 1998 et de 2003. Il faut garder une certaine vigilance quant à la comparabilité des résultats.

L'analyse des données statistiques et des entretiens qualitatifs a tout de même permis de dégager plusieurs résultats importants. Entre 1998 et 2003, le Burkina Faso a effectivement progressé dans la lutte contre l'excision et dans la sensibilisation de sa population aux effets sanitaires néfastes de la pratique. En effet, sur la période d'observation, la prévalence de l'excision chez les filles est passée de 46% à 32%. Parallèlement, le nombre de femmes déclarant vouloir exciser leur fille a chuté d'environ 33% et les taux de connaissance de la pratique, tout niveau de scolarité et lieu de résidence confondus, est très élevé en 1998 comme en 2003. En 2003, la majorité des femmes (52%) comme des hommes (69,3%) ne trouve aucun avantage à pratiquer l'excision. De plus, la majorité des Burkinabè (74,1 % des femmes et 76% des hommes) se déclarent en 2003 favorable de l'abolition de l'excision. Confirmant les propos de Toubia et Sharief (2003) sur l'ouverture des Africains au

changement tant qu'il provient de l'intérieur, les résultats montrent une évolution certaine des opinions face à la pratique de l'excision.

Ajouté à ces changements, on a constaté une volonté politique réelle de la part du gouvernement burkinabé à lutter contre la pratique. Entre 1992 (année du premier plan d'action) et 2005 (période de l'enquête de terrain) le mouvement de lutte burkinabé a obtenu de nombreux résultats dans le domaine politique et législatif. Parmi ces derniers nous citerons sans toutefois en faire une liste exhaustive : le vote de la loi le 13 novembre 1996, la nomination de la Première dame du Burkina Faso en tant qu'Ambassadeur de bonne volonté du CI-AF, la création de la journée nationale de la lutte contre l'excision (18 mai), la mise en place de curricula sur l'excision dans les programmes scolaires au primaire et au secondaire, la définition de l'excision comme un problème de santé publique, la mise en place d'une ligne gratuite pour la dénonciation de cas d'excision, la mise en place d'un programme de réparation des séquelles de l'excision, l'amélioration de l'application des peines ou encore le soutien conséquent des partenaires financiers internationaux (Ministère de l'action sociale, Secrétariat Général et CNLPE, 2005). Tous ces acquis montrent une réelle prise de conscience nationale de la problématique complexe que représente l'excision. Les acquis du Burkina Faso dans ce domaine reflètent bien la réelle volonté des autorités politiques, administratives et judiciaires de mettre fin à la pratique dans leur pays. Pourtant, malgré ces progrès et les nombreuses initiatives gouvernementales et non-gouvernementales, la pratique perdure et 34 % des mères ont en 2003 déjà excisé leur fille et 5,6% comptent le faire. En plus d'être une tradition qui demeure enracinée, les résultats montrent que la pratique se modifie. Ainsi, les mères déclarent davantage que leurs filles ont été excisées par des exciseuses en 2003 qu'en 1998. En matière d'âge à l'excision, les résultats confirment les études antérieures dans d'autres pays et on constate effectivement que les filles sont excisées plus jeunes que leurs mères. En effet, les filles sont majoritairement excisées entre 0 et 4 ans alors que leurs mères l'étaient entre 5 et 9 ans. Phénomène assimilé, par les intervenants interrogées, à une tentative de contournement de la loi anti-excision. Malgré le fait que la majorité des Burkinabè interrogés en 1998 et en 2003 se disent favorables à l'abolition de l'excision, on constate qu'entre 22 et 26% de la population du Burkina Faso reste toujours en faveur de la pérennité de cette pratique. Qui plus est, alors que les hommes et les femmes de 1998 étaient autant à être pour que la pratique perdure, en 2003 les femmes sont légèrement plus nombreuses à se dire réfractaires à sa disparition (soit environ 26% pour les femmes et 24% pour les hommes).

La deuxième partie de l'analyse statistique visait à faire ressortir les déterminants de l'excision des filles et de l'intention d'exciser des mères ainsi que ceux de la volonté des Burkinabè (hommes et femmes) de voir l'excision perdurer. Les résultats ont confirmé certaines de nos hypothèses, mais ont aussi montré quelques résultats surprenants. En ce qui concerne les femmes, le fait d'être excisée favorise bien les chances d'avoir excisé ses filles, de vouloir le faire et de vouloir que l'excision continue. Les hommes et les femmes les moins instruits et de confession musulmane ont effectivement plus de chances d'être en faveur du maintien de la pratique ; tout comme les femmes possédant ces deux caractéristiques ont plus de chances d'avoir déjà excisé leurs filles ou de vouloir le faire. Les résultats concernant l'effet de l'âge, l'ethnie, du niveau socio-économique et du milieu de résidence se sont avérés fort intéressants. L'effet de l'âge et du lieu de résidence est différent selon le sexe. En effet, comme nous l'avions prévu, ce sont les plus jeunes femmes (15-24 ans) qui ont le moins de chances d'avoir excisé leurs filles ou de souhaiter le faire. Contrairement aux hommes, les jeunes femmes sont, curieusement, les plus susceptibles que les plus vieilles générations à souhaiter que l'excision se perpétue.

De même, à l'inverse de ce que nous avons supposé, le fait de vivre à la campagne, augmente les chances qu'une femme veuille que l'excision continue alors qu'elle en diminue les chances pour les hommes.

L'effet de l'ethnie est plus ambigu. En effet, uniquement le fait d'être Bobo semble statistiquement influencer la pratique intergénérationnelle de l'excision. Les femmes Bobo ont plus de chances d'avoir excisé ou de vouloir faire exciser leurs filles. Par contre, lorsqu'il s'agit de prendre position par rapport à la transmission de la pratique les femmes Mossi et Bobo ont presque autant de chances d'être en faveur de la pérennité de la pratique. En revanche, l'ethnie n'influence pas de manière statistiquement significative les attitudes masculines. Pas plus que la classe sociale. Pour les femmes, par contre, comme on pouvait s'y attendre, la pauvreté accroît la probabilité d'être favorables à la pratique de l'excision. Les hypothèses relatives au lieu de résidence, à l'ethnie et à l'âge n'ont pas été entièrement confirmées. Il se pourrait qu'il existe une relation entre ces variables qui influence les résultats. Nous pensons que les groupes de variables utilisés dans les régressions logistiques binaires représentent une autre des limites de ce mémoire. Les problèmes liés à l'outil de collecte de données, présentés dans le chapitre II, constituent le troisième frein que nous

souhaitons faire ressortir de ce travail. L'utilisation d'une méthode qualitative d'entretien et d'analyse différente aurait pu mettre en exergue d'autres aspects de la problématique.

Toutefois, les résultats de l'analyse des entretiens ont permis d'éclairer certains résultats statistiques et ont aussi permis d'identifier les obstacles que rencontrent les intervenants sur le terrain dans la lutte contre la pratique. Le discours des intervenants révèle qu'au fil des ans le public cible des campagnes de sensibilisation s'est graduellement élargi à la totalité de population sans distinction de lieu de résidence, de sexe ou encore de caractéristiques sociales, économiques ou professionnelles. Lors des entretiens l'existence de la médicalisation de l'excision au Burkina Faso, les considérations éthiques et la perte de confiance des femmes envers le système de santé que cette médicalisation entraîne ont été abordés. Les intervenants ont mis en exergue le rajeunissement de l'âge à l'excision dû à la mise en vigueur de la loi. Toujours selon les intervenants, cette même loi peut entraîner de fausses déclarations des mères qui rendent la diminution réelle de l'excision difficilement quantifiable. L'excision est désormais pratiquée entre les jours suivant la naissance et la première année des petites filles. Ce qui, aux yeux de nos intervenants, lui enlève tout caractère initiatique. Ainsi, les défenseurs de l'excision justifient la pratique en bas âge par le fait que la jeunesse de l'organe le rend plus malléable et que par conséquent la douleur ressentie et les risques de complications en étaient diminués. Les acteurs rencontrés considèrent ce nouveau phénomène comme une stratégie de contournement de la loi qui évite les oppositions et les dénonciations.

Alors que les résultats des deux enquêtes suggèrent un certain recul de la pratique, en 2005, les intervenants ressentent un sentiment ambivalent par rapport à ce sujet. La totalité des acteurs dépeignent la situation comme encore critique et s'accordent tous pour dire que la lutte contre l'excision est un travail de longue haleine. Ils se montrent tout de même positifs quant aux avancées de la lutte. Ils soulignent que l'excision n'existe plus dans certaines régions et ethnies et mettent en avant quelques « victoires » : de plus en plus de dénonciations d'excision, une certaine démythification de l'excision, l'importante avancée médiatique sur les complications de l'excision sur la santé psychologique et reproductive, ainsi que la chirurgie réparatrice des séquelles gratuite. Pour beaucoup d'entre eux, pourtant, les fondements traditionnels ainsi que les croyances restent encore solides dans de nombreuses ethnies, malgré les efforts de sensibilisation des intervenants. Tout comme les études antérieures sur le sujet, les acteurs ont fait ressortir des croyances liées à l'hygiène, à

la pureté, à la maladie, à la sécurité des hommes, à la santé sexuelle et reproductive des femmes et à la transmission des normes, valeurs et traditions, partie intégrante du processus de socialisation des jeunes filles. La crainte d'être les premiers à briser les traditions ancestrales poussent certaines personnes à perpétuer l'excision. Les intervenants ont aussi ajouté que pour certaines ethnies, la non excision pouvait causer la mort des femmes, de leurs maris ainsi que celle de leur descendance. Les intervenants ont aussi fait ressortir l'existence d'un « vide juridique » donnant lieu à une migration des exciseuses et des familles qui favorisent l'excision des filles dans d'autres pays, dans leur pays d'accueil ou lors de vacances dans leur pays d'origine. Concernant l'application de la loi au Burkina Faso, les intervenants ont mentionné la nécessité de poursuivre les actions de sensibilisation et de répression qui se base sur la dénonciation des cas d'excision, menée par la police, la gendarmerie et le CNLPE dans l'optique de diminuer les cas d'excision. Afin de remédier à ces obstacles, les intervenants pensent qu'il serait nécessaire, d'une part, de rechercher des moyens de communication efficaces pour entamer la discussion avec les groupes de réfractaires et, d'autre part, d'inciter les femmes non-excisées à parler aux autres femmes pour casser les croyances qui persistent.

Le gouvernement burkinabè a reconnu plusieurs de ces obstacles et difficultés rencontrés sur le terrain et la littérature officielle sur l'excision au Burkina Faso comme le plan d'action national de tolérance zéro à la MGF 2008-2012, en fait état. Suite à des évaluations externes (notamment de l'OMS, plusieurs modifications ont été suggérées au CNLPE. Ainsi, la campagne élargie de sensibilisation du CNLPE devrait être accompagnée de programmes ciblés sur les besoins des communautés. Pour ce faire, le matériel didactique utilisé doit être révisé en fonction des recommandations issues de recherches scientifiques sur le sujet afin de concevoir un message spécifique au contexte des communautés. La sensibilisation communautaire, doit comporter une formation sur la protection légale contre l'excision. Elle devra entre autres parler des droits humains, de la Convention des droits des enfants, de la Convention de l'élimination de toutes les formes de discriminations contre les femmes et des aspects positifs de la de la loi interdisant l'excision au Burkina Faso (WHO, CHS,WMH, 1999: p.71).. Ce programme d'éducation communautaire vise à promouvoir une protection judiciaire équitable pour tous qui n'insiste pas sur l'aspect répressif de la loi. Le programme actuel du CNLPE devrait davantage opter pour une méthode de sensibilisation centrée sur une décision familiale et

communautaire d'abandonner l'excision. Qui plus est, les curricula doivent inclure tant les aspects culturels, sexuels, psychologiques, légaux que médicaux de l'excision (WHO, CHS, WMH, 1999: p.71). D'autre part, toujours selon ce rapport d'évaluation, il existe aussi un important besoin de formation au sein des comités nationaux et provinciaux.

La nécessité de poursuivre la recherche notamment sur les déterminants, la prévalence et l'incidence de l'excision, est aussi reconnue par le CNLPE. Nos résultats suggèrent d'ailleurs plusieurs pistes de recherche qui gagneraient à être approfondies. Premièrement, les différences hommes/femmes, révélées par l'analyse, en matière d'attitudes et de pratiques devraient être creusées. Il serait intéressant notamment d'approfondir les connaissances relatives à la dynamique de couple qui entre en compte dans la décision d'exciser les petites filles. Il faudrait dans un premier temps aussi interroger les hommes sur leur intention de faire exciser ou non leurs enfants. D'autre part, le fait que les femmes semblent plus réticentes que les hommes à la disparition de la pratique, demanderait que l'on analyse plus en détails les conséquences sociales pour les femmes de ne pas être excisées. L'impact des campagnes de sensibilisation sur les différentes couches sociales, démographiques, culturelles et économiques gagnerait également à être approfondi. Enfin, il serait utile de se pencher sur les conséquences des transformations dans les modalités de la pratique révélées par l'étude: rajeunissement de l'âge à l'excision, recours accru aux exciseuses et médicalisation de la pratique en milieu urbain. Orienter la recherche dans ces directions permettrait d'aider à mieux cibler les programmes de lutte au Burkina Faso et à atteindre l'objectif d'éradication que s'est fixé le gouvernement burkinabè.

BIBLIOGRAPHIE

ACHILLI, L. (2002). La lutte contre l'excision au Burkina Faso: Historique et Idéologies. Paris, Haute École des Sciences Sociales. Mémoire: 140.

ALTHAUS, F. (1997). "Excision: rite de passage ou atteinte aux droits de la femme?" Perspectives Internationales sur le Planning Familial numéro spécial: 28-32.

ANDRO, A. and M. LESCLINGAND (Octobre 2007). "Les mutilations sexuelles féminines: le point sur la situation en Afrique et en France." Population & Sociétés(n°438): 1-4.

ANUFORO, P. O., L. OYEDELE, et al. (April 2004). "Comparative Study of Meanings, Beliefs, and Practices of Female Circumcision Among Three Nigerian Tribes in the United States and Nigeria." Journal of transcultural nursing **15**(n°2): 103-113.

BADINI, A. (1994). Naître et grandir chez les Moosé traditionnels. Paris:Ouagadougou, SEPIA-A.DD.B.

BRIGGS, L. (2002). "Male and female viewpoints on Female Circumcision in Ekpeye, Rivers State, Nigeria." African Journal of Reproductive Health **6**(n°3): 44-52.

Burkina Faso Ministère de la promotion de la femme (2004). Étude diagnostique de la promotion de la femme au Burkina Faso: Pour l'élaboration de la politique nationale de la femme.

Burkina Faso Ministère de l'action sociale et de la solidarité nationale (1999). "Plan d'action 1999-2003."

Burkina Faso Ministère de l'Action sociale et de la solidarité nationale (2005). Plan d'action national tolérance zéro à la MGF 2008-2012.

CARCOPINO, X., R. SHOJAI, et al. (2004). "Les mutilations génitales féminines : généralités, complications et prise en charge obstétricale." Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction **33**(n°5): 378-383.

CARR, D. (1997). Female Genital Cutting. Findings from Demographic and Health Surveys Program. Calverton, Maryland, USA, Macro International: 96.

CI-AF. "Inter-African Committee on Traditional Practices | Affecting the Health of Women and Children ", from <http://www.iac-ciaf.com/> (Consulté en avril 2005).

CI-AF (1997). Plan d'action 1997-1999.

CI-AF (2003). Tolérance zéro à la MGF: Agenda commun pour l'action en vue de l'élimination des Mutilations Génitales Féminines 2003-2010.

CNLPE and Population Council (2006). Évaluation et Analyse de l'Évolution de la pratique de l'excision au Burkina Faso: 21.

CNLPE and SAEC (2006). Évaluatoin des actions du comité national de lutte contre la pratique de l'excision de 1990 à 2005: 44.

COLLINET, P., F. SABBAN, et al. (2004). Prise en charge des mutilations génitales féminines de type III. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. **33**: 720-724.

COMMITTEE ON BIOETHICS (1998). "Female Genital Mutilation." *Pediatrics* **102**(n°1): 153-156.

CREEL, L. (2002). Abandonner l'excision féminine prévalence, attitudes et efforts pour y mettre fin. Washington, États-Unis.

DEMBELE, B. (1999). "Accord ou désaccord entre conjoints sur l'excision de la jeune fille au Burkina Faso?", http://wwwidelf.ined.fr/colloques/seance5/t_dembele.pdf (consulté en janvier 2006).

EKE, N. and K. E. O. NKANGINIEME (1999). "Female Genital Mutilation: A Global Bug That Should Not Cross the Millenium." *World Journal of Surgery* **23**: 1082-1087.

EL-GIBALY, O., B. IBRAHIM, et al. (2002). "The decline of circumcision in Egypt:evidence and interpretation." *Social Science & Medecine* **54**: 205-220.

ERLICH, M. (Janvier 1988). "Les Mutilations sexuelles des femmes." *La Recherche* (n°195): 12-19.

EYEGA, Z. and E. CONNEELY (1997). "Facts and Fiction Regarding Female Circumcision/Female Genital Mutilation: A pilot study in New-York City." *JAMWA* **52**(n°4): 174-179.

GAGE, A. J. and R. VAN ROSSEM (2006). "Attitudes Toward the discontinuation of female genital cutting among men and women in Guinea." *International Journal of Gynecology and Obstetrics* **92**: 92-96.

GAMS. (2000). "GAMS Belgique." <http://www.gams.be/francais.htm> (consulté en novembre 2005).

German Foundation for World Population. "DSW: Repro-Ado: Burkina Faso: Organisations: MWANGAZA Action." from http://www.repro-ado.org/text_only/burkina_faso_org9.html (Consulté le 09 novembre 2005).

GIAMI, A., J.-L. KORPÈS, et al. (juin 1995). "Un exemple d'articulation de méthodes d'analyse qualitatives et quantitatives sur des entretiens semi-directifs : les représentations du handicap " *Bulletin de Méthodologie Sociologique*(n°47): 49-77.

GNAGNOU, O. (2001). Les fondements socio-culturels de la prévalence de l'excision au Burkina Faso: Étude comparative de quatre groupes ethniques. *Sciences de la Famille et de la Sexualité*. Louvain-la-Neuve, Université catholique de Louvain. Mémoire: 80.

GUIBERT, J. and G. JUMEL (1997). *Méthodologie des pratiques de terrain en sciences humaines et sociales*. Paris, Armand & Colin.

HERGER BOYLE, E., B. J. MC MORRIS, et al. (March 2002). "Local Conformity to International Norms: The Case of Female Genital Cutting." *International Sociology* **17**(n°1): 5-33.

HERZBERGER FOFANA, P. (2004). "Mutilations Génitales Féminines (MGF)." <http://www.arts.uwa.edu.au/AFLIT/MGF2.html> (consulté le 22 mars 2006).

ILBOUDO, M. (Mayo-Agosto 2000). "L'excision: une violence sexiste sur fond culturel." *Boletín Antropológico*(n°49): 5-28.

INSD (2000). *Burkina Faso: Enquête Démographique et de Santé 1998-1999*. Calverton, Maryland, USA.

INSD (2004). *Burkina Faso : Enquête Démographique et de Santé 2003*. Calverton, Maryland, USA, ORC Macro: 455.

KOUBA, J. and J. MUASHER (1985). "Female circumcision in Africa: an overview." *African Study Review* **28**(n°1): 95-110.

LARSEN, U. and S. YAN (August 2000). "Does female circumcision affect infertility and fertility? a study of case of the Central African Republic, Côte d'Ivoire, and Tanzania." *Demography* **37** (n°3): 313-321.

LEONARD, L. (1996). "Female circumcision in Southern Chad: Origins, meaning, and current practice." *Social Science & Medecine* **43**(n°2): 255-263.

LOCOH, T. (1998). "Pratiques, opinions et attitudes en matière d'excision en Afrique." *Population* (n°6): 1227-1240.

MAZHARUL, I. and U. MOSLEH (2001). "L'excision au Soudan: perspectives d'avenir et stratégies d'élimination." *Perspectives Internationales sur le Planing familial*(numéro spécial): 20-25.

MILES, M. B. and A. M. HUBERMAN (2003). *Analyse des données qualitatives: recueil de nouvelles méthodes*. Paris, Boeck Université.

MINISTERE DE L'ACTION SOCIALE ET DE LA SOLIDARITE NATIONALE.
<http://www.burkinaphonebook.com/gouvernement/ministere-de-laction-sociale-et-de-la-solidarite-nationale/ministere-laction-sociale-la-solidarite-nationale-59208.html> (Consulté le 09 novembre 2005).

MONIAGA, N. C. (2002) A Women's Rite to Health. *JAMA* Volume, DOI: 10.1001/jama.288.9.1134

ODOY-AGYARKO, K. and K. OWUSU-DAAKU (2003). *Female Genital Mutilation: The cross-cutting issues of education, religion, urbanization and reproductive health morbidity in the Boltanga District of the Upper East Region of Ghana*. Thema, Ghana: 58.

OMS. (2000). "Les mutilations sexuelles féminines." <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/fr/> (consulté en 2004).

OUOBA, D., Z. CONGO, et al. (2001). *Burkina Faso: expérience d'un programme d'éducation de à base communautaire*: 45.

OUOBA, D., Z. CONGO, et al. (2004). *Expérience d'un Programme d'éducation de base au Burkina Faso*: 51.

PLAN INTERNATIONAL. (2006). "Tradition et droits: l'excision en Afrique de l'Ouest." www.plan-international.org/pdfs/fgcreportfrench.pdf (Consulté en décembre 2007).

PNUD (2005). Rapport sur le développement humain. New-York: 372.

PNUD (2006). Rapport sur le développement humain. New-York: 424.

PROLONGEAU, H. (Août 2006). Un des combats de Thomas Sankara. Le Monde Diplomatique.

QUIVY, R. and R. VAN CAMPENHOUDT (1995). Manuel de recherche en Sciences sociales. Paris, DUNOD.

RIANDEY, B. (avril 1991). "L'utilisation de la régression logistique dans les enquêtes " Bulletin de Méthode Sociologique(n°33): 79-85.

RICHARD, F. (2003). Les mutilations sexuelles féminines: leur reconnaissance, leur prévention. Violences sociales, violences sexuelles. Belgique, GAMS. Atelier 3: 90-97.

SHELL-DUNCAN, B. (2001). "The medicalization of female"circumcision": harm reduction or promotion of a dangerous practice?" Social Science & Medecine **52**: 1013-1028.

SP/CNLPE."Structuration du CNLPE."<http://www.sp-cnlpe.gov.bf/organigramme/orgad%E9tail.htm> (Consulté le 09 novembre 2005).

TOUBIA, N. (1994). "Female circumcision as a Public Health Issue." The New England Journal of Medecine **331**: 712-716.

TOUBIA, N. and S. IZETT (1998). Les mutilations sexuelles féminines: un aperçu du problème. Genève, Suisse, OMS: 78.

TOUBIA, N. F. and E. H. SHARIEF (2003). "Female Genital Mutilation:have we made progress?" International Journal of Gynecology & Obstetrics **82**: 251-261.

WHO, CHS, et al. (1999). Female Genital Mutilation Programmes to Date: What Works and What Doesn't: 127.

YODER, S., N. ABDERRAHIM, et al. (2005). L'excision dans les Enquêtes Démographiques et de Santé : Une Analyse Comparative. Rapports comparatifs Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS). Calverton, Maryland, USA: 65.

YODER, S., P. O. CAMARA, et al. (1999). L'excision et la socialisation des adolescentes en Guinée. M. DHS+. Calverton, Maryland, USA.

YODER, S. and M. MARY (2001). Female Genital Cutting in Guinea: Qualitative and Quantitative Research Strategies DHS Analytical Studies n°5. Calverton, Maryland, ORC Macro.

YOUNT, K. (2002). "Like Mother, like Daughter? Female Genital Cutting in Minia, Egypt." *Journal of health and social Behavior* **43**(n°3): 336-358.

YOUNT, K. and D. L. BALK (à paraître). Health and social effects of femal genital cutting: the evidence to date: 47.

ANNEXES

Annexes I : Formulaire de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT VERBAL

Titre de la recherche : Evolution de la pratique et de la perception de l'excision au Burkina Faso.

Chercheur : Joannah VALMA, étudiante, maîtrise de sociologie, Département de sociologie, Université de Montréal.

Directrice de recherche : Anne CALVES, professeur adjoint, Département de sociologie, Faculté des Arts et des Sciences.

- 1 **.Objectifs du projet :** Ce projet vise à retracer l'évolution de la pratique et de la perception de l'excision depuis les dix dernières années au Burkina Faso. Pour ce faire, le projet mettra un accent particulier sur le mouvement de lutte contre la pratique de l'excision et des mécanismes mis en place pour « éradiquer » l'excision sur le territoire burkinabé depuis le vote de la loi de 1996.
- 2 **.Votre participation :** Je vous rencontrerai, à la date, à l'heure et au lieu de votre choix, pour une entrevue ou je vous poserai des questions sur : l'origine, la pratique et la perception de l'excision, la condition féminine au Burkina Faso et sur le mouvement de lutte contre la pratique. Le cas échéant, il vous sera possible de préciser si vous voulez que l'une ou l'autre de vos réponses reste de nature confidentielle. La durée prévue des entrevues est de 30 à 45 minutes. Ces entrevues feront l'objet d'enregistrements sur cassette.
- 3 **.Avantages et inconvénients :** Ce projet permettra d'approfondir ma connaissance et ma compréhension de la pratique de l'excision au Burkina Faso ainsi que des actions menées pour lutter contre les mutilations génitales féminines sur le territoire. Ce projet ne comporte aucun inconvénient pour les participants dans la mesure où il ne leur est posé aucune question relative à leur expérience personnelle de l'excision. Elle aura pour avantage de permettre aux différentes personnes interrogées de faire entendre leurs opinions et arguments.
- 4 **.Caractère confidentiel ou public des informations :** Les cassettes des entrevues seront accessibles uniquement au traducteur, à la directrice de

recherche et au chercheur. Toutes les données recueillies seront conservées pour une durée de 5 ans maximum et pourront être utilisées, s'il y a lieu, dans des travaux futurs. Après cette durée, les cassettes seront effacées. Cependant, les retranscriptions d'entrevues seront conservées dans le but d'être réutilisées dans d'autres projets. L'identité des personnes qui sont des professionnels de la lutte contre la pratique de l'excision, ne sera pas cachée. Sauf si la personne le demande ou que le chercheur juge que la citation utilisée peut être problématique (par exemple si quelqu'un qui travaille dans le domaine de la lutte contre l'excision, fait un commentaire négatif sur le mouvement). En ce qui concerne les données des ONG, il est clair, qu'à chaque utilisation de données provenant de leur base de données, l'ONG sera citée. De plus, toutes les institutions ayant participé à l'accomplissement du mémoire figureront en page de remerciements. En ce qui concerne les entrevues faites avec des hommes et des femmes défendant la pratique de l'excision leur identité ne sera pas modifiée dans la mesure où les questions ne concernent en rien leur expérience personnelle. Cependant les clauses prévues pour les professionnels (confidentialité si demandée ou si jugée nécessaire par le chercheur leur sont applicables).

- 5 .Participation volontaire :** La participation à cette recherche est entièrement volontaire et non rémunérée. Chaque participant est libre de se retirer sans préjudice et en tout temps, sans devoir justifier sa décision. Cette considération est d'autant plus importante que la participation à la recherche n'est pas rémunérée. Si vous décidez de vous retirer de l'étude, vous n'avez qu'à m'en aviser verbalement. Si vous vous retirez de l'étude après l'entrevue, l'enregistrement de l'entrevue sera détruit.
- 6 . Clauses spéciales :** En participant à cette recherche, vous vous engagez à ne dévoiler aucun renseignement concernant votre expérience personnelle de l'excision ou celle d'autres personnes en donnant des noms. Vous vous engagez à donner votre opinion personnelle sur l'excision, la condition féminine et le mouvement de lutte en ne donnant aucune information concernant votre propre excision ou celle de vos proches. Les renseignements demandés sont d'ordre général et en aucun cas d'ordre privé.

CONSENTEMENT :

Je, déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessus, en avoir discuté avec le responsable du projet, Joannah VALMA, et comprendre le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude en question.

Après réflexion et un délai raisonnable, je consens librement à prendre part à cette étude. Je sais que je peux me retirer en tout temps sans préjudice.

Date de l'accord verbal :

Lieu de l'accord verbal :

Joannah VALMA

Étudiante en maîtrise, Département de sociologie, Université de Montréal.

Stagiaire de l'IRD Ouagadougou.

Tél. Burkina : 50-30-67-37 poste 413

Ou

Tél. Burkina : 50-30-67-37 poste 401 (Bureau du maître de stage, Jean-Pierre GUENGANT, Représentant de l'IRD Ouagadougou.)

Tél. Montréal : 514-343-2372

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à **frais virés** à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone (514) 343-2100 ou à l'adresse courriel suivante : ombudsman@umontreal.ca

Annexes II : Première grille d'entretien

EVOLUTION DE LA PERCEPTION ET DE LA PRATIQUE DE L'EXCISION AU BURKINA FASO DE 1998 A 2003

Questions Générales :

- 1) D'abord, pouvez-vous me donner une définition de ce qu'est l'excision ?
- 2) Quels sont les différents types d'excision ?
- 3) Quelles sont les raisons généralement données pour justifier cette pratique ?
- 4) Qui décident de faire exciser les filles ?
- 5) A quel âge sont généralement excisées les femmes ?
- 6) L'excision est elle pratiquée de façon générale au Burkina Faso ou est ce le fait de certaines ethnies ou de certaines zones géographiques ?
- 7) Quelles sont les personnes qui pratiquent l'excision ?
- 8) Dans quelles conditions ces personnes excisent les femmes ?
- 9) Il y a-t-il quelqu'un qui peut s'opposer à l'excision des femmes ?
- 10) L'excision a-t-elle des répercussions sur la santé des femmes ?

Sur la lutte :

J'ai lu que le mouvement de lutte contre la pratique de l'excision au Burkina Faso est très présent depuis les années 70-80 et plus particulièrement depuis que la loi de 1996 a été votée. Puis-je maintenant vous poser quelques questions sur les pratiques mises en œuvre dans cette lutte ?

- 11) Pouvez-vous me parler de la loi contre l'excision ?
- 12) A l'effet de qui ces lois ont été créées ?
- 13) Quelles sont les sanctions prévues par cette loi pour les personnes qui excisent les femmes ?
- 14) Quels sont les principaux acteurs de la lutte ?
- 15) Pouvez-vous me nommer quelques autres organismes prenant part à ce mouvement ?

- 16) Quels sont les grands axes du mouvement de lutte contre l'excision ? Pourquoi luttez-vous exactement ?
- 17) Quels moyens utilisez-vous pour faire passer vos ou votre message(s) ?
- 18) Qui ciblez-vous dans cette lutte ?
- 19) Comment cela se passe-t-il au niveau de la diffusion du message ? Quels moyens détenez-vous pour véhiculer le message ?
- 20) Pouvez-vous me parler de vos campagnes d'information et de sensibilisation ?
- 21) Pouvez-vous me parler plus en détail du rôle :
 - a) du ministère de l'action sociale ?
 - b) du Ministère de la santé ?

- c) du Secrétariat national de la lutte contre la pratique de l'excision ?
- 22) l'excision est-elle considérée comme un problème primordial de santé publique ?
- 23) Depuis les années 90 avez-vous changé de méthode ?
Si oui lesquels ?
Si non, pensez-vous qu'il serait nécessaire de faire quelques changements ?
- 24) Il y a-t-il eu une évolution dans la pratique et la perception de l'excision au Burkina Faso depuis ces 5 dernières années ?
- 25) La prévalence de l'excision a-t-elle bougé ?
- 26) Est-ce qu'il y a une prise de conscience face à la pratique ?
- 27) Pour finir Madame, Monsieur ? Pensez-vous que le parcours de la lutte contre l'excision est encore long et parsemé d'embûches ?

Identification personnelle :

Nom :

Prénom :

Fonction :

Lieu et date de l'entrevue :

**Nous sommes arrivés à la fin de notre entrevue,
Je vous remercie d'avoir participer à ce projet et d'y avoir apporter vos
connaissances,
Je vous souhaite donc une bonne fin de journée,
Merci.**

Annexes III : Seconde grille d'entretien

EVOLUTION DE LA PERCEPTION ET DE LA PRATIQUE DE L'EXCISION AU BURKINA FASO DE 1999 A 2003

Questionnaire

Partie I : Condition des femmes au Burkina Faso

1. Au Burkina Faso, que représente la femme ?
2. Quel est son rôle ?
3. Quelle est sa position au sein de la société ?
4. Existe-t-il encore des inégalités entre femmes et hommes :
 - ↑ Oui (Si oui, passez à la question 5)
 - ↑ Non (Si non, passez à la question 9)
5. Quelles sont ces inégalités ?
6. En ce qui à trait au marché du travail, les femmes ont-elles accès aux postes de direction ?
7. Les salaires sont-ils les mêmes pour une femme et un homme ?
8. Retrouve-t-on plus les femmes dans le milieu formel ou informel ?
9. Quel rôle joue l'excision dans la vie d'une femme Burkinabé ?

Partie II : Origines et Pratique de l'excision

10. Quelle est l'origine de l'excision ?
11. Il y a plusieurs types d'excision
 - 11.1 Quels sont-ils ?
 - 11.2 Il y en a-t-il qui soient plus acceptables que d'autres ?
12. Quelles sont les raisons qui justifient cette pratique ?
13. Quelles est la personne qui décide de l'excision d'une femme ?^{XLVIII}
 - ↑ Père / Beau-père
 - ↑ Mère / Belle-mère
 - ↑ Oncle / Tante
 - ↑ Grand-mère paternelle
 - ↑ Grand-mère maternelle
 - ↑ Autres (précisez) : _____
14. Est-ce qu'il y a quelqu'un qui peut s'opposer à l'excision d'une femme ou fillette ?
 - ↑ Oui, (Si oui, passez à la question 15)
 - ↑ Non, (Si non, passez à la question 16)
15. Qui peut s'opposer à l'excision ?^{XLIX}
 - ↑ Père / Beau-père
 - ↑ Mère / Belle-mère
 - ↑ Oncle / Tante
 - ↑ Grand-mère paternelle
 - ↑ Grand-mère maternelle

^{XLVIII} Question inspirée de l'EDSBF II (1998)

^{XLIX} Question inspirée de l'EDSBF II (1998)

↑ Autres (précisez) : _____

16. Quel est généralement l'âge à l'excision ?

17. L'excision est-elle le fait de certaines régions ou de certains groupes ou est-ce un fait général ?

18. Qui procède à l'excision ?^L

↑ Médecin

↑ Infirmière / Sage femme

↑ Matrone

↑ Accoucheuse traditionnelle

↑ Exciseuse / Exciseur

↑ Autres (précisez) : _____

↑ N S P

19. Comment se pratique l'excision ?

19.1 Avec quel(s) instrument(s) on excise les filles ?

19.2 Dans quelles conditions sanitaires se font les excisions ?

Partie III : Santé des femmes

20. Les mutilations génitales féminines ont-elle des répercussions sur la santé des femmes ?

↑ Oui, (Si oui, passez à la question 21)

↑ Non, (Si non, passez à la question 27)

21. Quelles sont ces répercussions ?

22. Sont-elles toutes de la même importance ?

23. Il y a-t-il une prise en charge des femmes souffrant de problèmes de santé liés à l'excision ?

↑ Oui, (Si oui, passez à la question 24)

↑ Non, (Si non, passez à la question 27)

24. Le corps médical reçoit-il une formation sur l'excision, lui permettant de faire face au problème ?

25 Quel rôle joue dans la lutte contre l'excision :

↑ Les sages-femmes

↑ Les infirmières

↑ Les médecins

26. Quelles en sont les points positifs et les limites ?

Partie IV : Actions et programmes

Le mouvement de lutte contre la pratique de l'excision au Burkina Faso est très présent depuis les années 70-80 et plus particulièrement depuis que la loi de 1996 a été votée. Par rapport à cela :

27. Connaissez-vous l'histoire de la lutte de 1979 à 1996 ?

↑ Oui, Si oui, passez à la question 28

↑ Non, Si non, passez à la question 29

28. Pouvez-vous dire les moments importants qui ont fait avancer le mouvement de lutte contre l'excision ?

29. Que mentionne la loi de 1996 ?

30. Il y a-t-il des décrets d'applications de la loi ?

^L Question inspirée de l'EDSBF II (1998)

- ↑Oui, Si oui, passez à la question 31
 ↑Non, Si non, passez à la question 32
31. Les connaissez vous ?
 ↑Oui, Si oui, quels sont-ils ?
 ↑Non, Si non, passez à la question 32
32. Quelles sont les sanctions prévues par cette loi ?
33. Quels sont les principaux acteurs de la lutte contre l'excision ?
34. Quelles sont les deux ou trois messages que vous essayez de faire passer à travers la lutte contre la pratique de l'excision ?
35. Qui ciblez-vous principalement ?
36. Quels moyens de utilisez-vous pour faire passer votre message ?
37. Quels supports détenez-vous pour diffuser votre message? (Vous pouvez cocher plusieurs cases)^{LI}
- ↑Radio
 - ↑Télévision
 - ↑Journaux ou Magazines
 - ↑Affiches
 - ↑Prospectus ou brochures
 - ↑Pancarte, Panneau, Publicité
 - ↑Causeries-débats
 - ↑Service ou agent de santé
 - ↑Mosquée, Eglise ou Temple
 - ↑Ecole ou Enseignant
 - ↑Amis ou Parents
 - ↑Voisins
 - ↑Théâtre
 - ↑Autres (précisez) : _____
38. Comment est financé le mouvement de lutte ?
39. Le financement est-il lié à des conditions particulières ?
40. Il y a-t-il des partenariats avec certains Ministères ou certains organismes internationaux ?
- ↑Oui, Si oui, passez à la question 41
 - ↑Non, Si non, passez à la question 43
41. Connaissez-vous les Organismes et Ministères qui participent à ce financement ? ?
- ↑Oui, Si oui, passez à la question 42
 - ↑Non, Si non, passez à la question 43
42. Quels sont-ils ?
43. Pouvez-vous me parler plus précisément du rôle que joue dans ce mouvement :
- Le Ministère de l'Action Sociale
 - Le Ministère de la Santé
 - Le Comité National de Lutte contre la Pratique de l'Excision
42. Quelles politiques ces trois institutions adoptent elles pour lutter contre la pratique de l'excision au Burkina Faso ?
44. En ce qui concerne le CNLPE, comment est-il structuré ?
45. Avez-vous entendu parler des Plans d'Action du CNLPE ?
- ↑Oui, Si oui, passez à la question 45
 - ↑Non, Passez à la dernière question 58b

^{LI} Question inspirée de l'EDSBF II 1998

46. Connaissez-vous le Plan d'action de 99-03 ?
 ↑Oui, Si oui, passez à la question 47
 ↑Non, Si non, passez à la question ????
47. Quelles actions prévoit ce plan ?
48. Comment ce Plan d'Action a-t-il été mis sur pied ?
49. Quelles étapes de ce plan d'action ont été totalement réalisées ?
51. Depuis le plan d'action, en ce qui concerne les activités d'Information, d'Education et de Communication en matière d'excision sur le terrain :
- Combien de causeries débats ont été organisées :

 - Combien d'émissions radio ont été diffusées :

 - Combien d'émissions télé ont été diffusées :

 - Combien de vulgarisation de la loi en langues nationales ont été faites :

 - Combien de supports et d'IEC ont été créés :

 - Des révisions et reproductions des supports d'IEC ont-elles été faites ?

 - Combien de supports ont été modifiés :

 - Combien de séminaires de sensibilisation ont été effectués :

 - Combien de patrouilles de sensibilisation et de dissuasion ont été envoyées sur le terrain :

52. En ce qui concerne le renforcement des compétences des différents membres intervenant dans l'action de la lutte contre la pratique de l'excision :
- Combien de formation en IEC/Excision ont été offertes :

 - Combien de formateurs en IEC/Excision sont actuellement en poste au CNLPE :

 - Combien de personnes ressources en IEC/Excision sont présents dans les CPLPE :

 - Combien de membres du CNLPE et des CPLPE sont formés aux techniques de supervision et d'évaluation :

 - Combien d'animateurs et d'animatrices en IEC/Excision sont formés au Droits des femmes :

 - Il y a-t-il eu des voyages d'études entre 1999 et 2003 ?
 ↑Oui, si oui, passez à la question suivante
 ↑Non, si non, passez à la question 53
 - Dans quels pays avez-vous fait ces voyages d'études ?

-
-
-
- Avez-vous intégré à votre programme de lutte des méthodes venues de ces pays ou pour modifier certaines de vos méthodes ?

↑ Oui, Si oui, lesquelles :

↑ Non

- Avez-vous participé à des séminaires internationaux traitant de la condition des femmes ou de l'excision ?

↑ Oui, Si oui, Qu'avez-vous tiré de cette expérience ?

↑ Non, Si non, passez à la question ????????

- Etes-vous en contact avec des ONG de femmes de d'autres pays ?

53. En ce qui concerne la recherche sur la pratique de l'excision:

- Il y a-t-il des études concernant la prévalence de l'excision et l'impact de la lutte sur la prévalence :

↑ Oui, si oui, combien ? _____

↑ Non, si non question suivante

- Il y a-t-il des recherches sur la connaissance des jeunes en matière d'excision ?

↑ Oui, si oui combien ? _____

↑ Non, si non question suivante

- Il y a-t-il des recherches faites sur la prévalence de l'excision chez les jeunes filles ?

↑ Oui, si oui, combien ? _____

↑ Non, si non question suivante

- Les études sont-elles faites par le CNLPE même ou par d'autres institutions ?

↑ CI-AF

↑ CNLPE

↑ DHS

↑ GTZ

↑ OMS

↑ UNICEF

↑ Institut National de statistique

↑ Autres (précisez) : _____

54. En ce qui à trait au financement et l'appui au fonctionnement de la lutte contre la pratique de l'excision :

- Comment sont financées les actions menées ?

-
-
-
-
-
-
-
- Quels types d'activités sont financés par les différentes institutions donnant des fonds au CNLPE ?

-
-
-
-
-
-
-
- Investissez-vous plus dans certaines actions que d'autres ?
↑Oui, Si oui, Quelle en est la justification ?

↑Non, Si non, passez à la question suivante.

- Le CNLPE finance-t-il des ONG locales luttant contre la pratique de l'excision ou l'amélioration de la condition féminine ?

↑Oui, si oui, passez au point suivant

↑Non, si non, passez à la question 55

- Il y a-t-il des critères de sélection de ces ONG ?

↑Oui, Si oui, quels sont-ils et pourquoi ?

↑Non

55. Le plan d'action est-il suivi et évalué ?

↑Oui, quels en sont les résultats ?

↑Non, pourquoi ?

↑En cours de réalisation (question suivante)

56. Quelles étapes du suivi évaluation ont été jusqu'à maintenant accomplies ?

57. Pour l'année 2005, existe-t-il aussi un plan d'action ?

↑Oui, passez à la question 58 et 58 a

↑Non, passez à la question 58b

↑NSP, passez à la dernière question

58. Que prévoit ce nouveau plan d'action ?

58a. Où en êtes vous de l'application de ce plan ?

58b. Cela signifie-t-il qu'il n'y a plus rien à faire dans le domaine de la lutte contre la pratique de l'excision ? Est-ce un problème de financement ? Ou est-ce une perte d'importance au plan International et National de l'excision ?

Identification personnelle :

Nom :

Prénom :

Fonction :

Lieu et date de l'entrevue :

**Nous sommes arrivés à la fin de notre entrevue,
Je vous remercie d'avoir participé à ce projet et d'y avoir apporter vos
connaissances,
Je vous souhaite donc une bonne fin de journée,
Merci.**

Annexes IV: Grilles définitives d'entretien

EVOLUTION DE LA PERCEPTION ET DE LA PRATIQUE DE L'EXCISION AU BURKINA FASO DE 1998 A 2003

Grille d'entretien-CNLPE

Partie I : Condition féminine et pratique de l'excision

- 14) Quelles sont les raisons généralement données pour justifier cette pratique ?
- 15) Il y a plusieurs types d'excision, pensez-vous qu'il y en ait d'acceptables et d'autres pas ?
- 16) Dans une famille, quelle personne décide de l'excision d'une femme ?
- 17) Est-ce qu'elle en décide seule ?
- 18) Il y a-t-il quelqu'un qui peut s'opposer à l'excision des femmes ?
- 19) A quel âge sont généralement excisées les femmes ?
- 20) L'excision est-elle pratiquée de façon générale au Burkina Faso ou est-ce le fait de certains groupes ou de certaines zones géographiques ?
- 21) Quelles sont les personnes qui pratiquent l'excision ?
- 22) Dans quelles conditions ces personnes excisent les femmes ?
- 23) L'excision a-t-elle des répercussions sur la santé des femmes ?
 - Importance
 - Prise en charge
 - Réparation
- 24) Quelles sont les raisons généralement données pour justifier cette pratique ?
- 25) Existe-t-il des inégalités entre hommes et femmes au Burkina Faso ?
 - Quels sont les domaines d'expression de ces inégalités
- 26) Quelle est la place de la femme dans la société burkinabé ?
- 27) Quel rôle joue l'excision dans la vie d'une femme burkinabé ?

Partie II : Généralités sur le mouvement de lutte depuis 1996

Le mouvement de lutte contre la pratique de l'excision au Burkina Faso existe depuis les années 70-80 et plus particulièrement depuis que la loi de 1996 a été votée. Par rapport à cela :

- 15) Connaissez-vous les décrets d'application de la loi?
- 16) Quelles sont les sanctions prévues par cette loi et ses décrets pour les personnes qui excisent les femmes ?
- 17) Selon vous, quelles sont les principales institutions luttant contre l'excision ?
- 18) Pouvez-vous me parler plus en détail du rôle :
 - a) du Ministère de l'Action Sociale ?
 - b) du Ministère de la Santé ?
 - c) du Secrétariat National de la Lutte contre la Pratique de l'Excision ?
- 19) Quels sont les principaux messages que vous essayez de faire passer ?
- 20) Qui ciblez-vous principalement dans cette lutte ?
- 21) Comment faites-vous pour faire passer vos messages ?
- 22) Quels supports détenez-vous pour véhiculer le message ?
- 23) Que pensez-vous de votre approche ?
- 24) Les fonds du CNLPE sont-ils majoritairement burkinabés ou proviennent-ils d'organismes internationaux ?
- 25) Selon vous, la priorité accordée par le gouvernement à la lutte contre la pratique de l'excision est-elle forte, moyenne ou faible ?

Partie III : Plans d'actions

- 26) Le CNLPE a-t-il effectué des recherches sur la pratique et la perception de l'excision chez les jeunes et les plus âgés ?
- 27) D'autres institutions ont-elles fait des études sur la prévalence et la perception de la pratique de l'excision ?
- 28) Quelles actions prévoyait le Plan d'action 1999-2003 ?
- 29) Depuis le plan d'action, en ce qui concerne les activités d'Information, d'Education et de Communication en matière d'excision sur le terrain qu'est-ce qui a été réalisé en terme :
 - o De causeries débats ont été organisées : _____

- D'émissions radio diffusées : _____
- D'émissions télé ont été diffusées : _____
- De vulgarisation de la loi en langues nationales:

- De supports et d'IEC créés : _____
- De révisions et reproductions de supports d'IEC :

- De modification de supports: _____
- De séminaires de sensibilisation effectués :

- De patrouilles de sensibilisation et de dissuasion envoyées sur le terrain :

30) En ce qui concerne le renforcement des compétences des différents membres intervenant dans l'action de la lutte contre la pratique de l'excision :

- Des formations en IEC/Excision ont-elles été offertes :

- Combien de formateurs en IEC/Excision sont actuellement en poste au CNLPE : _____
- Combien de personnes ressources en IEC/Excision sont présents dans les CPLPE : _____
- Des membres du CNLPE et des CPLPE ont-ils été formés aux techniques de supervision et d'évaluation : _____
- Des animateurs et animatrices en IEC/Excision sont formés au Droits des femmes : _____

31) Le plan d'action a-t-il été évalué ?

- Oui, quels en sont les résultats ?
- Non, pourquoi ?
- En cours de réalisation (question suivante)

32) Quelles étapes du suivi évaluation ont été jusqu'à maintenant accomplies ?

33) Pour l'année 2005, existe-t-il aussi un plan d'action ?

- Oui, que prévoit-il ? où en êtes-vous ?

➤ Non, question 30

34) Cela signifie-t-il qu'il n'y a plus rien à faire dans le domaine de la lutte contre la pratique de l'excision ? Est-ce un problème de financement ? Ou est-ce une perte d'importance au plan International et National de l'excision ?

Partie IV : Expérience professionnelle personnelle

35) Quel type d'activité avez-vous réalisé depuis votre arrivée ?

36) Il y a-t-il des difficultés sur le terrain ?

37) Quelle était la dernière activité à laquelle vous avez pris part ?

➤ Quand ?

38) Comment cela c'est passé ?

39) Comment la population a réagi ?

40) Selon vous, la lutte a-t-elle influencé la pratique de l'excision ?

Identification personnelle :

Nom :

Prénom :

Fonction :

Lieu et date de l'entrevue :

Nous sommes arrivés à la fin de notre entrevue,

Je vous remercie d'avoir participé à ce projet et d'y avoir apporté vos connaissances,

Je vous souhaite donc une bonne fin de journée,

Merci.

EVOLUTION DE LA PERCEPTION ET DE LA PRATIQUE DE L'EXCISION AU
BURKINA FASO DE 1998 A 2003

Grille d'entretien-Organismes

Partie I : Condition féminine et pratique de l'excision

- 28) Quelle est la place de la femme dans la société burkinabé ?
- 29) Existe-t-il des inégalités entre hommes et femmes au Burkina Faso ?
- 30) Quels sont les domaines d'expression de ces inégalités
- 31) Quel rôle joue l'excision dans la vie d'une femme burkinabé ?
- 32) Il y a plusieurs types d'excision, pensez-vous qu'il y en ai d'acceptables et d'autres pas ?
- 33) Quelles sont les raisons généralement données pour justifier cette pratique ?
- 34) Dans une famille, quelle personne décide de l'excision d'une femme ?
- 35) Est-ce qu'elle en décide seule ?
- 36) A quel âge sont généralement excisées les femmes ?
- 37) L'excision est-elle pratiquée de façon générale au Burkina Faso ou est ce le fait de certains groupes ou de certaines zones géographiques ?
- 38) Quelles sont les personnes qui pratiquent l'excision ?
- 39) Dans quelles conditions ces personnes excisent les femmes ?
- 40) Il y a-t-il quelqu'un qui peut s'opposer à l'excision des femmes ?
- 41) L'excision a-t-elle des répercussions sur la santé des femmes ?
 - Importance
 - Prise en charge
 - Réparation

Partie II : Généralités sur le mouvement de lutte depuis 1996

Le mouvement de lutte contre la pratique de l'excision au Burkina Faso existe depuis les années 70-80 et plus particulièrement depuis que la loi de 1996 a été votée. Par rapport à cela :

- 42) Connaissez-vous les décrets d'application de la loi?
- 43) Quelles sont les sanctions prévues par cette loi et ses décrets pour les personnes qui excisent les femmes ?

- 44) Selon vous, quelles sont les principales institutions luttant contre l'excision ?
- 45) Pouvez-vous me parler plus en détail du rôle :
- a) du Ministère de l'Action Sociale ?
 - b) du Ministère de la Santé ?
 - c) du Secrétariat National de la Lutte contre la Pratique de l'Excision ?
 - d) de votre organisme ?
- 46) Quels sont les principaux messages que vous essayez de faire passer ?
- 47) Qui ciblez-vous principalement dans cette lutte ?
- 48) Comment faites-vous pour faire passer vos messages ?
- 49) Quels supports détenez-vous pour véhiculer le message ?
- 50) Que pensez-vous de votre approche ?

Partie III : Plans d'actions

- 51) Comment se concrétise votre action dans le mouvement de lutte contre l'excision ?
- 52) Faites-vous des recherches dans le domaine des Mutilations génitales féminines ?
- 53) Comme Le CNLPE avez-vous des plans d'action ou des projets déterminants des objectifs spécifiques ?

Partie IV : Expérience professionnelle personnelle

- 54) Quel type d'activité avez-vous réalisé depuis votre arrivée ?
- 55) Il y a-t-il des difficultés sur le terrain ?
- 56) Quelle était la dernière activité à laquelle vous avez prit part ?
- Quand ?
- 57) Comment cela c'est passé ?
- 58) Comment la population a réagi ?
- 59) Selon vous, la lutte a-t-elle influencé la pratique de l'excision ?

Identification personnelle :

Nom :

Prénom :

Fonction :

Lieu et date de l'entrevue :

Nous sommes arrivés à la fin de notre entrevue,

Je vous remercie d'avoir participé à ce projet et d'y avoir apporté vos connaissances,

Je vous souhaite donc une bonne fin de journée,

Merci.

EVOLUTION DE LA PERCEPTION ET DE LA PRATIQUE DE L'EXCISION AU
BURKINA FASO DE 1998 A 2003

Grille d'entretien - Personnel de santé

- 1) En matière de santé, existe-t-il des inégalités entre hommes et femmes au Burkina Faso ?
- 2) Quelles sont les personnes qui pratiquent l'excision ?
- 3) Les mutilations génitales féminines sont-elles médicalisées au Burkina Faso ?
- 4) Pouvez-vous me parler des conditions sanitaires dans lesquelles se pratique l'excision ?
- 5) L'excision a-t-elle des répercussions sur la santé des femmes ?
- 6) Tous les types de MGF ont-ils les mêmes conséquences sur la santé des femmes ?
- 7) Quels risques les mutilations génitales féminines représentent-elles en santé de la reproduction ?
- 8) Il y a-t-il une prise en charge médicale des femmes souffrant de séquelles dues à leur excision ?
- 9) Dans la politique de population du Burkina Faso, quelle place occupe les mutilations génitales féminines ?
- 10) La politique de santé du Burkina Faso prend-elle en compte les mutilations génitales féminines ?
- 11) Quel rôle joue le corps médical dans la lutte contre la pratique de l'excision ?
 - Médecin
 - Infirmière/sages-femmes ?
- 12) Quelle approche utilisez-vous pour lutter contre cette pratique ?
- 13) Quels moyens détenez-vous pour arriver à vos fins ?
- 14) A partir de quand, les professionnels de la santé se sont impliqués dans le mouvement de lutte contre la pratique de l'excision ?
- 15) Comment se passe la chirurgie réparatrice ?
- 16) Est-elle accessible à toutes les femmes ?
- 17) Est-elle prise en charge par le Ministère de la Santé ou par une autre institution ?

18) Quels sont les frais qui sont à la charge de la patiente ?

19) Beaucoup de femmes ont-elles recours à la chirurgie réparatrice?

20) La chirurgie réussit-elle à rendre aux femmes qui la pratiquent toutes les capacités de leur appareil génital ?

Identification personnelle :

Nom :

Prénom :

Fonction :

Lieu et date de l'entrevue :

Nous sommes arrivés à la fin de notre entrevue,

Je vous remercie d'avoir participé à ce projet et d'y avoir apporté vos connaissances,

Je vous souhaite donc une bonne fin de journée,

Merci.

EVOLUTION DE LA PERCEPTION ET DE LA PRATIQUE DE L'EXCISION AU
BURKINA FASO DE 1998 A 2003

Grille d'entretien- Représentants Religieux

Partie I : Condition féminine et pratique de l'excision

- 1) D'où provient l'excision ?
- 2) Quelles sont les raisons généralement données pour justifier cette pratique ?
- 3) Quelle est l'opinion de la religion (musulmane, catholique ou protestante) sur la pratique de l'excision ?
- 4) L'opinion diffère-t-elle selon les différentes congrégations (musulmanes, catholiques ou évangéliques) du Burkina ?
- 5) Il y a plusieurs types d'excision, pensez-vous qu'il y en ait d'acceptables et d'autres pas ?
- 6) Dans une famille, quelle personne décide de l'excision d'une femme ?
- 7) Est-ce qu'elle en décide seule ?
- 8) Il y a-t-il quelqu'un qui peut s'opposer à l'excision des femmes ?
- 9) A quel âge sont généralement excisées les femmes ?
- 10) L'excision est-elle pratiquée de façon générale au Burkina Faso ou est-ce le fait de certains groupes ou de certaines zones géographiques ?
- 11) Quelles sont les personnes qui pratiquent l'excision ?
- 12) Dans quelles conditions ces personnes excisent les femmes ?
- 13) L'excision a-t-elle des répercussions sur la santé des femmes ?
 - Importance
 - Prise en charge
 - Réparation
 - a. Quelles sont les raisons généralement données pour justifier cette pratique ?
- 14) Existe-t-il des inégalités entre hommes et femmes au Burkina Faso ?
 - Quels sont les domaines d'expression de ces inégalités ?

15) Quelle est la place de la femme dans la société burkinabé ?

16) Quel rôle joue l'excision actuellement dans la vie d'une femme burkinabé ?

Partie II : Généralités sur le mouvement de lutte depuis 1996

Le mouvement de lutte contre la pratique de l'excision au Burkina Faso existe depuis les années 70-80 et plus particulièrement depuis que la loi de 1996 a été votée. Par rapport à cela :

17) Connaissez-vous les décrets d'application de la loi?

18) Quelles sont les sanctions prévues par cette loi et ses décrets pour les personnes qui excisent les femmes ?

19) Selon vous, quelles sont les principales institutions luttant contre l'excision ?

20) Pouvez-vous me parler plus en détail du rôle :

a) du Ministère de l'Action Sociale ?

c) du Ministère de la Santé ?

b) du Secrétariat National de la Lutte contre la Pratique de l'Excision ?

21) Au sein de la communauté (islamique, catholique ou protestante) quels sont les principaux messages que vous essayez de faire passer ?

22) Qui ciblez-vous principalement dans cette lutte ?

23) Comment faites-vous pour faire passer vos messages ?

24) Quels supports détenez-vous pour véhiculer le message ?

25) Que pensez-vous de votre approche ?

26) Les fonds du CNLPE sont-ils majoritairement burkinabés ou proviennent-ils d'organismes internationaux ?

27) Selon vous, la priorité accordée par le gouvernement à la lutte contre la pratique de l'excision est-elle forte, moyenne ou faible ?

Partie III : Plans d'actions

28) Le CNLPE a-t-il effectué des recherches sur la pratique et la perception de l'excision chez les jeunes et les plus âgés ?

29) D'autres institutions ont-elles fait des études sur la prévalence et la perception de la pratique de l'excision ?

30) Et vaguement, quelles actions prévoyait le Plan d'action 1999-2003 ?

31) Le plan d'action a-t-il été évalué ?

- Oui, quels en sont les résultats ?
- Non, pourquoi ?
- En cours de réalisation (question suivante)

Partie IV : Expérience professionnelle personnelle

32) Quel type d'activité avez-vous réalisé depuis votre arrivée dans ce milieu?

33) Il y a-t-il des difficultés sur le terrain ?

34) Quelle était la dernière activité à laquelle vous avez pris part ? (

35) Comment cela c'est passé ?

36) Comment la population a réagi ?

37) Selon vous, la lutte a-t-elle influencé la pratique de l'excision ?

Identification personnelle :

Nom :

Prénom :

Fonction :

Lieu et date de l'entrevue :

Nous sommes arrivés à la fin de notre entrevue,

Je vous remercie d'avoir participé à ce projet et d'y avoir apporté vos connaissances,

Je vous souhaite donc une bonne fin de journée,

Merci.

Annexes V : Loi contre l'excision du Burkina Faso

La loi sur les MGF au Burkina Faso :

LOI N°043/96/ADP du 13 novembre 1996 portant Code pénal

Chapitre II

Section 2 – Des Mutilations Génitales Féminines

Article 380 :

Est puni d'un emprisonnement de six mois à trois ans et d'une amende de 150.000 à 900.000 francs CFA ou de l'une des deux peines seulement, quiconque porte ou tente de porter atteinte à l'intégrité de l'organe génital de la femme par ablation totale, par excision, par infibulation, par insensibilisation ou par tout autre moyen.

Si le décès de la victime en résulte, la peine est un emprisonnement de cinq à dix ans.

Article 381 :

Les peines sont portées au maximum si le coupable est du corps médical ou paramédical. La juridiction saisie peut en outre prononcer contre lui l'interdiction d'exercer sa profession pour une durée qui ne peut excéder cinq ans.

Article 382 :

Est punie d'une amende de 50.000 à 100.000 francs CFA, toute personne ayant connaissance des faits prévus à l'article 380 et qui n'en avertit pas les autorités compétentes.

*Source : <http://courantsdefemmes.free.fr/Assoces/Burkina/CNLPE/CNLPE.html> (Consulté le 01 avril 2008)