

ABANDONNER

L'EXCISION FEMININE

Prévalence,

attitudes et

efforts pour y

mettre fin

par **Liz Creel**

Population Reference Bureau

PRB

Remerciements

Ce rapport a été préparé par Liz Creel, du Population Reference Bureau (PRB), avec la collaboration de Lori Ashford, Dara Carr, Nazy Roudi, Justine Sass et Nancy Yinger du PRB. Les tabulations spécifiques des données des Enquêtes démographiques et de santé de ORC Macro utilisées dans cette brochure sont le fruit du travail de Rodney Knight et Lisa Belzak, de Principia International, Inc.

Le PRB exprime toute sa gratitude à l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) pour l'appui qu'elle a fourni à ce projet. Cette brochure a été financée par des concours du Département Afrique de l'USAID, Bureau pour le développement durable, dans le cadre du projet MEASURE *Communication* (HRN-A-00-98-000001-00).

Tous nos remerciements s'adressent également aux relecteurs dont les noms suivent :

Khadijat Mojidi, *USAID, Département Afrique, Bureau pour le développement durable*

Micha Avni et Zeline Pritchard, *USAID, Département des Programmes mondiaux, Bureau chargé des questions de population*

P. Stanley Yoder, *ORC Macro*

Fatma El-Zanaty, *National Population Council, Le Caire, Égypte*

Zeinab Ayega, *RAINBO*

Ian Askew, *The Population Council, Nairobi, Kenya*

Molly Melching, *Tostan, Sénégal*

Rédactrice : Kathleen Maguire, PRB

Composition : Tara Hall, PRB

Impression : Sauls Lithograph, Inc.

Photo de couverture : © S.J. Staniski

Ce rapport est disponible en français et en anglais sur : www.measurecommunication.org

© 2002, Population Reference Bureau.

Population Reference Bureau

Créé en 1929, le PRB s'inscrit en chef de file dans le domaine de la prestation d'informations opportunes et objectives sur les schémas démographiques tant américains qu'internationaux et leurs incidences. Le PRB assure l'information des décideurs, des éducateurs, des médias et des citoyens œuvrant dans le cadre d'activités d'intérêt général, dans le monde entier. Le PRB est un organisme non partisan, à but non lucratif. Nos efforts bénéficient de l'appui de contrats publics, de dons de fondations, de contributions de particuliers et d'entreprises et de la vente de nos publications. Le PRB est placé sous l'autorité d'un Conseil d'administration représentant des intérêts professionnels et communautaires divers.

ABANDONNER L'EXCISION FEMININE

Prévalence, attitudes et efforts pour y mettre fin

Table des matières

Sommaire.....	1	Les démarches pour abandonner	Annexe
Introduction.....	3	l'excision : tour d'horizon	Agences d'exécution des Enquêtes
Encadré n° 1 : Décoder les termes :		Les fondements des efforts pour	démographiques et de santé.....29
circoncision, mutilation ou ablation ? ..3		faire abandonner l'excision	Références
Encadré n° 2 : Types d'excision		Démarches pour abandonner l'excision : ce	Sites Web et autres ressources
féminine.....4		qui est efficace et ce qui ne l'est pas	
L'excision : pourquoi ?	6	Projets prometteurs.....21	
Comprendre pourquoi cette pratique		Encadré n° 5 : Coursus des autres	
continue.....6		rites initiatiques du passage à l'âge	
Prévalence et attitudes relatives à		adulte – Kenya	
l'excision	8	Encadré n° 6 : Le rôle des hommes	
Prévalence de l'excision	8	dans l'abandon de l'excision.....24	
Encadré n° 3 : Campagne d'information,		Mesures recommandées pour	
d'éducation et de communication (IEC)		mettre fin à l'excision	
au Burkina Faso	10	Recommandations à l'intention des	
Attitudes envers l'excision	12	décideurs.....25	
Encadré n° 4 : Mise à jour sur la		Encadré n° 7 : Script de théâtre Tostan...26	
situation en Égypte	13	Recommandations destinées aux	
Conditions et conséquences sur la santé..16		directeurs de programmes.....27	



Cette photo n'a pas publié par respect des droits d'auteur.

L'excision constitue souvent soit le rite d'initiation et de passage à l'âge adulte de la femme, soit le positionnement des filles et des femmes par rapport aux normes sociales de leur groupe spécifique ou de leur ethnie. L'excision est d'ordinaire pratiquée sur les filles entre 4 et 12 ans, bien que dans certaines cultures elle le soit dès les premiers jours après la naissance ou plus tard, avant le mariage, au cours de la grossesse ou encore à la suite du premier accouchement.

SOMMAIRE

Plus de 130 millions de filles et de femmes, dans le monde entier, ont subi une excision féminine (EF) et tous les ans, quelque deux autres millions de filles en courent le risque¹. L'excision est une pratique traditionnelle d'ablation ou de modification des organes génitaux des femmes, à titre de rite initiatique ou parfois socioculturel. Selon certaines recherches, nombre de femmes qui subissent une excision ne connaissent aucun problème de santé lié à cette intervention. Pour d'autres, toutefois, cette pratique peut avoir de graves répercussions sur leur santé² : hémorragies, choc septique, douleurs, infections, difficultés d'accouchement, problèmes psychologiques et sexuels qui peuvent altérer la santé d'une femme tout au long de sa vie. Ces problèmes de santé potentiels s'aggravent selon le type d'excision. Il existe d'autres facteurs déterminant la gravité des répercussions, notamment la compétence et les instruments du praticien, les conditions d'hygiène et l'accès à des services de soins adéquats.

Au cours des vingt dernières années, les gouvernements, la communauté internationale et les organisations professionnelles de la santé ont progressivement reconnu l'excision à titre de problématique des droits à la

santé et de la personne. De ce fait, un consensus a graduellement été adopté contre l'excision et de solides efforts ont été engagés au niveau international, national et communautaire pour y mettre fin. Les organisations non gouvernementales, œuvrant à l'échelon local ou international, mettent en œuvre la majorité des programmes d'abandon de l'excision : il existe à l'heure actuelle au minimum 100 groupements œuvrant dans ce sens. Les programmes communautaires se situent au cœur des efforts visant à obtenir l'abandon de l'excision ; des réformes, des ressources et des textes de loi, tant nationaux qu'internationaux, sont nécessaires pour créer un contexte favorable à ces initiatives locales.

L'excision existe principalement en Afrique sub-saharienne et du nord-est, mais elle s'est propagée dans d'autres régions du monde par la migration des populations. Elle est pratiquée dans toutes les classes sociales, à tous les niveaux d'instruction, chez les populations rurales et urbaines et par différents groupes religieux et ethniques. Il y a toutefois de grandes variations d'un pays à l'autre liées aux caractéristiques suivantes : l'âge auquel l'excision est pratiquée, sa fréquence et la position de l'opinion publique face à

Cette photo n'a pas été publiée par respect des droits d'auteur.

Des femmes de Malicounda Bambara, le premier village du Sénégal à annoncer officiellement la fin de l'excision, se réjouissent de cette décision le 31 juillet 1997.

l'excision, le type de praticien chargé de l'opération, les conditions dans lesquelles l'excision est réalisée et, enfin, les cérémonies et les traditions entourant cette pratique.

Ce rapport éclaire l'excision à partir des données de récentes enquêtes démographiques et de santé (Demographic and Health Survey – EDS) et de leurs tableaux comparatifs, concernant neuf pays : le Burkina Faso, l'É-

gypte, l'Érythrée, le Kenya, le Mali, la République centrafricaine (RCA), le Soudan, la Tanzanie et le Yémen. La prévalence nationale de l'excision dans ces pays va de sa quasi-universalité (90 % ou plus) en Égypte, en Érythrée, au Mali et au Soudan, à 18 % en Tanzanie. Au Burkina Faso, en Érythrée, au Kenya, en RCA et en Tanzanie, il semblerait que cette pratique soit en diminution chez les

jeunes femmes. En revanche, en Égypte, au Mali et au Soudan, on n'enregistre pratiquement aucune modification. Dans certains pays, il existe un contraste frappant entre la forte prévalence de l'excision et le faible taux d'approbation par rapport à cette dernière. Cette dichotomie entre la pratique et les attitudes pourrait constituer des possibilités d'intervention, notamment au Burkina Faso, en Érythrée, au Kenya et en RCA. Par contre, la forte prévalence et le taux d'approbation élevé en faveur de l'excision dans d'autres pays, notamment l'Égypte, le Mali et le Soudan, exigeraient sans doute des interventions différentes.

Les citadines, possédant une certaine instruction, sont d'ordinaire moins susceptibles d'accepter et de pratiquer l'excision, mais ce n'est pas toujours le cas dans tous les pays. L'excision est une pratique culturelle non religieuse ni ethnique. Elle se pratique dans tous les groupes religieux d'Afrique, bien qu'aucune religion ne la préconise. L'affiliation ethnique est également associée à l'excision féminine. Dans certains pays, toutes les ethnies pratiquent l'excision dans toutes les régions ; dans d'autres, la pratique est circonscrite à une ou à plusieurs ethnies, habitant dans des régions spécifiques.

Les praticiens traditionnels, d'ordinaire sans formation médicale, assurent la grande majorité des opérations EF. Très souvent, le praticien en question vient d'une famille de praticiens traditionnels depuis des générations. Dans certains pays, l'excision des mères et des filles est opérée par des praticiens traditionnels. Dans d'autres pays, un personnel médical se charge de plus en plus souvent de cette opération, surtout sur les filles les plus jeunes, sans que ce soit une garantie accrue d'innocuité.

Le présent rapport comporte un tour d'horizon et des statistiques récentes relatives à l'excision, un sommaire des démarches d'abandon de cette pratique et un bref examen des projets de quatre pays (Égypte, Kenya, Ouganda et Sénégal) considérés comme prometteurs par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Enfin, le rapport offre des recommandations aux décideurs et aux directeurs de programmes qui prennent part à la mise en œuvre des politiques et des activités d'abandon de l'excision.

Pays inclus dans le présent rapport



INTRODUCTION

Dans le monde entier, plus de 130 millions de filles et de femmes ont subi une excision, également nommée « circoncision féminine », « mutilation génitale » ou « ablation génitale » (cf. encadré n° 1) et près de deux autres millions de filles en courent le risque, tous les ans³. L'excision constitue souvent un rite initiatique de passage à l'âge adulte ou de positionnement des filles et des femmes par rapport aux normes sociales de leur ethnie ou de leur tribu. Cette tradition trouverait son origine il y a 2.000 ans, dans le sud égyptien ou le nord soudanais, mais dans de nombreuses régions d'Afrique, cette pratique a commencé au XIX^e ou au XX^e siècle⁴. Il n'existe aucune preuve concluante renseignant sur la date ou la raison de l'apparition de l'excision⁵. L'excision est une pratique ancienne, mais elle a également été adoptée récemment, par exemple pour les adolescentes au Tchad⁶.

L'excision est d'ordinaire pratiquée sur les filles entre 4 et 12 ans, bien que dans certaines cultures elle le soit dès les premiers jours de la naissance ou plus tard, avant le mariage, au cours de la grossesse ou encore à la suite du premier accouchement⁷. La fille y est soumise individuellement ou avec d'autres filles de sa communauté ou de son vil-

lage. D'ordinaire, les aînés traditionnels (barbiers et exciseuses) exécutent l'opération, parfois à titre lucratif. Dans certains cas, l'opération n'est pas rémunérée et le prestige et le pouvoir de cette fonction amènent les praticiens à poursuivre l'excision. Le praticien possède ou non une formation médicale, pratique ou non l'anesthésie, stérilise ou non les instruments de sa fonction. Ces derniers sont : des lames de rasoir, des éclats de verre, des couteaux de cuisine, des silex aiguisés, des ciseaux ou des scalpels⁸. Il est démo-ralisant de constater une tendance au recours à la profession médicale (médecins, infirmières et sage-femmes) dans certains pays, notamment en Égypte, au Kenya, au Mali et au Soudan, pour pratiquer l'excision, en raison de la sensibilisation accrue aux risques sanitaires de l'excision et de son rôle éventuel dans la transmission du VIH⁹. L'OMS a vivement recommandé qu'aucun professionnel de la santé ne pratique l'excision, sous quelque forme que ce soit, dans quelque cadre que ce soit, y compris les hôpitaux et autres centres de santé¹⁰.

L'excision comporte des risques pour la santé, notamment pour les femmes qui en ont subi les formes les plus extrêmes (cf. encadré n° 2, page 4). Citons-en quelques effets secondaires

potentiels : douleurs graves, hémorragie, lésion des tissus et des organes connexes, choc septique, infection, rétention urinaire et tétanos¹¹ (cer-

tains de ces effets secondaires peuvent entraîner la mort). Les répercussions de longue durée comprennent notamment : kystes, abcès, incontinence,

Encadré n° 1

Décoder les termes : circoncision, mutilation ou ablation ?

L'excision féminine (EF), également nommée « circoncision féminine » (CF), « mutilation génitale », et « ablation génitale des femmes », signifie l'ablation ou l'altération des organes génitaux de la femme pour des raisons sociales, et non médicales. Le terme CF a été longtemps employé pour décrire cette pratique ; toutefois, il a été abandonné car il implique une analogie avec la circoncision masculine¹. Plusieurs communautés emploient encore ce terme, CF, car il s'agit d'une traduction directe de l'expression dans leur propre langue. La circoncision masculine, qui fait l'objet de critiques croissantes elle aussi, consiste en l'ablation du prépuce, à l'extrémité du pénis, sans nuire à l'organe lui-même. La « circoncision féminine » est une opération beaucoup plus néfaste et invasive. En outre, la circoncision masculine est perçue comme une affirmation de la masculinité, alors que la « circoncision » féminine est souvent considérée comme un moyen d'interdire les rapports sexuels pré-nuptiaux et de protéger la virginité. Mutilation est le terme le plus couramment employé par les défenseurs des droits et de la santé des femmes, pour souligner les dégâts produits par cette opération. Vers 1995, de nombreuses communautés locales la pratiquant et les militants ont décidé de choisir un terme plus neutre, l'excision féminine (*female genital cutting* en anglais), car il leur semblait que le terme « mutilation » était péjoratif, traduisait un jugement de valeur et entravait le débat et une éventuelle collaboration en faveur de son abandon. L'USAID (Agence des États-Unis pour le développement international) a décidé de faire de même et préfère le terme *female genital cutting*². Le débat concernant la terminologie appropriée quant à cette pratique se poursuit.

Notes :

1. Anika Rahman et Nahid Toubia, *Female genital mutilation : a guide to laws and policies worldwide* (Londres : Zed Books, 2000) : 4.
2. USAID, « USAID policy on female genital cutting », révisé le 20 septembre 2000.

problèmes psychologiques et sexuels et difficultés d'accouchement. L'arrêt de travail en cours d'accouchement peut se produire chez les femmes infibulées. L'infibulation est l'ablation des organes génitaux externes et la suture des deux lèvres de la vulve, en ne laissant qu'un petit orifice pour la miction et la menstruation. Si la vulve n'est pas rouverte (désinfibulation) pour la par-turition, l'accouchement est entravé et peut entraîner des complications mortelles pour la mère et l'enfant, notamment des lacérations du périnée, des hémorragies et infections, des lésions cérébrales chez l'enfant et la formation de fistules¹².

Tous ces effets secondaires éventuels peuvent endommager à vie la santé de la jeune fille ; toutefois le type et la gravité des conséquences sont tributaires du type d'opération qu'elle aura subi (cf. encadré n° 2). L'infibulation, ou type 3, est l'excision la plus invasive et la plus destructrice. Les études de recherche sur ces opérations, réalisées au Burkina Faso et au Mali, démontrent que les femmes infibulées sont deux fois et demie plus sujettes à des complications gynécologiques que les femmes ayant subi une ablation de type 2 ou 1. Les risques au cours de l'accouchement augmentent également avec la gravité de l'opération. Par exemple, au Burkina Faso, les femmes ayant subi une excision de type 2 ou 3 étaient sensiblement plus sujettes aux hémorragies ou aux déchirures du périnée pendant l'accouchement¹³.

S'il est certes difficile de déterminer le nombre de femmes ayant subi

une EF et le nombre de celles ayant subi les différents types d'excision, selon les estimations de l'OMS, la clitoridectomie qui représente près de 80 % de tous les cas, reste la procédure la plus courante. Quinze pour cent de toutes les femmes circonscises ont été infibulées, c'est-à-dire la forme la plus grave de circoncision¹⁴.

L'excision est pratiquée dans quelque 28 pays, au moins, de l'Afrique du nord-est et sub-saharienne, mais elle ne l'est pas dans les pays arabophones d'Afrique du Nord, à l'exception de l'Égypte. Elle se pratique à tous les niveaux d'instruction et dans toutes les classes sociales et dans de nombreux groupes religieux (musulmans, chrétiens, animistes et une secte juive), bien qu'aucune religion ne la préconise¹⁵. En ce qui concerne les pays présentés ici, par rapport aux données EDS, la prévalence varie de 18 % en Tanzanie à près de 90 % ou davantage en Égypte, en Érythrée, au Mali et au Soudan. Selon les estimations de l'OMS, 18 pays africains présentent une prévalence de 50 % ou davantage¹⁶. Cette pratique s'est propagée, avec la migration des populations, jusqu'en Europe, en Amérique du Nord et du Sud, en Australie et en Nouvelle-Zélande. Bien que les médecins, les administrateurs coloniaux et les spécialistes des sciences sociales aient relevé depuis de nombreuses années, pièces à l'appui, les effets néfastes de l'excision, les gouvernements et les bailleurs de fonds s'intéressent progressivement à la question en raison des répercus-

Encadré n° 2

Types d'excision féminine

L'excision féminine (EF) englobe toute une gamme d'opérations impliquant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme. Les organes génitaux de la femme sont composés de la vulve, qui comprend les grandes lèvres, les petites lèvres et le clitoris, couvert par son capuchon devant les ouvertures urinaire et vaginale. En 1995, l'Organisation mondiale de la Santé a classé les opérations EF en quatre catégories, décrites ci-dessous :

- **type 1 – la clitoridectomie.** Excision (ablation) du capuchon du clitoris accompagnée ou non du retrait du clitoris.
- **type 2 – l'excision.** Ablation du clitoris avec retrait total ou partiel des petites lèvres.
- **type 3 – l'infibulation.** Ablation totale ou partielle des organes génitaux externes (clitoris, petites lèvres et grandes lèvres) et suture et/ou rétrécissement du vagin, en ne laissant qu'un petit canal pour l'écoulement de l'urine et du sang menstruel.
- **type 4 – non classé.** Toute autre opération sur les organes génitaux de la femme, y compris :
 - piqûre, percement, étirement ou incision du clitoris et/ou des lèvres ;
 - cautérisation par brûlure du clitoris et des tissus avoisinants ;
 - incisions de la paroi vaginale, raclage ou incision du vagin et des tissus avoisinants, et introduction de substances corrosives ou de plantes dans le vagin.

Note : Organisation mondiale de la Santé, *Mutilation génitale des femmes, Rapport du groupe de travail technique* (Genève : OMS, 1996) : 9.

sions pour la santé publique et les droits de la personne.

Les efforts mondiaux visant à mettre fin à l'excision ont emprunté la voie législative pour sanctionner les activités de projet, protéger les femmes et dissuader les exciseurs et les familles qui craignent des poursuites en justice. Dans les années 60, l'OMS a été la pre-

mière agence spécialisée des Nations Unies (ONU) à prendre position contre l'excision féminine. L'OMS a lancé, dans les années 70, des initiatives visant à promouvoir l'abandon des pratiques traditionnelles néfastes, telles que l'excision, efforts axés principalement sur le recueil d'informations concernant l'épidémiologie et les

conséquences sanitaires de l'excision, et la sensibilisation à l'encontre de l'excision à l'échelon international, régional et national. En 1982, l'OMS a délivré une déclaration officielle devant la Commission des droits de l'homme des Nations Unies, recommandant plusieurs mesures :

- Les gouvernements devraient adopter des politiques nationales explicites visant à mettre fin à l'excision, à instruire et à informer le public sur les aspects nocifs de cette dernière.
- Les programmes de lutte contre l'excision doivent tenir compte de l'association entre cette dernière et les conditions socio-économiques difficiles, et répondre aux besoins et aux problèmes des femmes.
- Les organisations féminines locales devraient être encouragées à prendre des mesures de lutte contre l'excision¹⁷.

En 1988, l'OMS a commencé à intégrer l'excision dans le contexte du développement des soins primaires. Au cours des années qui suivirent, l'OMS a modifié sa position quant à l'excision, abordée au départ du point de vue de la santé, pour la considérer enfin dans son optique de santé et des droits de la personne. Dans les années 90, l'excision a progressivement été reconnue par les gouvernements africains, la communauté internationale, les organisations féminines et les asso-



Cette photo n'a pas été publiée par respect des droits d'auteur.

L'excision, lorsqu'elle est opérée sur des filles et des femmes non consentantes, viole plusieurs droits de la personne, reconnus et protégés par les conventions et les conférences internationales.

ciations professionnelles, à titre de question relevant de la santé et des droits de la personne. La Convention de Vienne sur les droits de l'homme de 1993, la Conférence internationale sur la population et le développement de 1994 et la quatrième Conférence mondiale sur la femme de 1995, ont demandé que l'on mette un terme à cette pratique. L'excision, lorsqu'elle est opérée sur des filles et des femmes non consentantes, viole plusieurs droits de la personne, reconnus et protégés par les conventions et les conférences internationales, notamment la Convention sur les droits de l'enfant, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW). Selon les

termes explicites de ces conventions, les pratiques traditionnelles nocives, telles que l'excision, constituent des violations des droits de la personne, notamment le droit à la non-discrimination, le droit à la vie et à l'intégrité physique, le droit à la santé et le droit de l'enfant à des protections spéciales¹⁸.

Le respect des législations internationales sur les droits de l'homme n'exige pas que toutes les cultures adoptent une même démarche relative à l'abandon de l'excision. Selon un érudit musulman, le respect des différentes cultures signifie l'acceptation « du droit de tous les êtres humains à choisir les options respectant en toute égalité les droits de la personne », ces derniers devant comprendre la vie, la

liberté et la dignité pour chaque personne ou groupe d'êtres humains¹⁹.

En Afrique, dix pays (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Djibouti, Ghana, Guinée, Niger, République centrafricaine, Sénégal, Tanzanie et Togo) ont adopté des lois criminalisant l'EF. Les peines prévues vont de six mois d'incarcération à la prison à perpétuité. Au Nigeria, 3 des 36 états (en 2000) ont également adopté des lois concernant l'excision. Au Burkina Faso, au Ghana et au Sénégal, ces lois sont appliquées et les exciseurs sont emprisonnés. Dans ces pays, plusieurs groupes informent le grand public des lois, empruntent diverses stratégies (par exemple, information d'intérêt public et comités de surveillance) afin de dénoncer l'excision et arrêter les activités des exciseurs en les signalant à la police. Plusieurs pays prévoient également des amendes. En Égypte, le ministère de la Santé a publié un décret déclarant l'excision illégale et passible de poursuites en vertu du Code pénal. Plusieurs poursuites en justice ont été engagées en invoquant cette loi, qui ont abouti à des peines de prison et des amendes. En outre, sept pays industrialisés qui accueillent les immigrants venant de pays où se pratique l'excision (Australie, Canada, Nouvelle-Zélande, Norvège, Suède, Royaume-Uni et États-Unis) ont adopté des lois interdisant cette pratique²⁰. Toutefois, l'application de ces lois est très inégale. La France, en revanche, applique uniformément les dispositions générales de son Code pénal à l'encontre des praticiens d'EF

et n'a pas adopté de loi spécifique concernant l'excision.

L'excision : pourquoi ?

Les traditions autour de l'excision diffèrent selon les sociétés. Dans certaines communautés, elle constitue une initiation à l'âge adulte et se fait à la puberté ou au moment du mariage. Dans d'autres communautés, elle est effectuée à un plus jeune âge pour d'autres raisons, notamment pour marquer l'entrée à l'âge adulte, la protection des coutumes ou des traditions ou encore pour symboliser l'appartenance à une ethnie. L'excision rituelle fait souvent partie intégrante de cérémonies qui se tiennent sur plusieurs semaines, où les filles sont glorifiées et submergées de cadeaux, et leurs familles honorées. Il s'agit d'une période de joie, accompagnée de nombreux visiteurs, de festins, danses, repas copieux, dans une atmosphère de liberté pour les filles. Ce rituel constitue un acte de socialisation par rapport aux valeurs culturelles, ainsi qu'un lien important avec la famille, la communauté et les générations antérieures. Les cérémonies englobent souvent trois éléments reliés :

- **éducatif** : la jeune fille apprend quelle est sa place dans la société, ainsi que son rôle en qualité de femme, d'épouse et de mère.
- **physique** : la jeune fille doit subir la douleur physique pour prouver qu'elle est en mesure d'endosser son nouveau rôle, courageusement, sans montrer ni souffrance, ni douleur. La douleur provient de l'excision elle-même et des châtiments corporels subis par les filles qui sont totalement soumises, au cours des semaines d'initiation.
- **vœu de silence** : chaque fille doit prêter serment solennel de ne pas révéler son vécu pendant la cérémonie²¹.

Les motifs de l'excision diffèrent, mais nombre de communautés qui la pratiquent estiment qu'elle protège la virginité des filles, ainsi que la fidélité conjugale car elle réduit son désir sexuel²². Dans les communautés qui pratiquent l'excision, l'on cite toutes sortes de raisons : jouissance du mari, obligations religieuses, propreté, identité, maintien de la santé et position sociale de qualité. Au cœur de tous ces motifs se trouve la nubilité de la femme, qui est importante dans les sociétés où la femme est prise en charge par les hommes de la famille, notamment le mari. Une femme ayant subi l'excision aura un meilleur équivalent-dot, ce qui est tout à l'avantage de sa famille. La pratique est considérée comme une preuve d'amour

Cette photo n'a pas été publiée par respect des droits d'auteur.

L'éducation des filles et de leur famille est la clé de l'abandon de l'excision.

parental. Les parents souhaitent donner à leur fille une existence stable et lui garantir une participation intégrale à la communauté. De nombreuses filles et femmes reçoivent peu d'instruction et sont appréciées principalement pour leur rôle en qualité de source de main-d'œuvre et de génitrices. Pour de nombreuses femmes et filles, si elles ne subissent pas cette opération, cela signifie qu'elles n'auront ni statut, ni pouvoir d'expression dans leur communauté. En raison du grand respect de ces traditions, nombre de femmes qui réprouvent l'excision s'y soumettent toutefois, et la font subir à leurs filles.

Comprendre pourquoi cette pratique continue

L'excision est une pratique culturelle. Les efforts visant à y mettre fin exigent de comprendre, pour pouvoir les changer, les convictions et les perceptions qui l'ont appuyée au fil des siècles. Quels que soient la date, la raison et le lieu de son origine, ceux qui la pratiquent possèdent les mêmes croyances, une « carte mentale », présentant des motifs justifiant l'ablation du clitoris et autres organes génitaux externes²³. Les détails de ces cartes mentales diffèrent selon les pays et il existe des caractéristiques afférentes à chaque culture dont il convient que les prestataires de soins, les travailleurs sociaux et autres prenant part aux campagnes contre l'excision tiennent compte.

La figure 1 présente un cadre conceptuel pour saisir le rôle de l'excision dans la société. Cette carte mentale montre les raisons psychologiques et sociales, ainsi que les convictions religieuses, sociétales et individuelles (hygiène et esthétique) contribuant à cette pratique. Ces convictions recouvrent notamment : la poursuite de coutumes et de traditions de longue date, la protection de la propreté, de la chasteté et de la virginité, la sauvegarde de l'honneur familial (et parfois des édits religieux perçus) et la suppression de la sexualité des femmes pour protéger toute la communauté. Dans les pays où ont été effectuées des enquêtes démographiques et de santé, le maintien de bonnes coutumes et

traditions constitue la raison citée le plus souvent pour soutenir l'excision. De mauvaises coutumes et traditions sont également mentionnées comme l'une des raisons principales pour mettre fin à cette pratique²⁴.

Pour encourager l'abandon de l'excision, il convient que le personnel médical, les travailleurs sociaux et autres participants aux programmes contre l'excision saisissent la carte mentale des communautés dans lesquelles ils travaillent. Les communautés possèdent toute une gamme de mécanismes d'exécution pour s'assurer que la majorité des femmes se soumettent à l'excision, notamment : le châtiement divin, la réticence des hommes à épouser une femme non opérée, l'obligation pour les femmes des autres tribus de se faire opérer lorsqu'elles contractent un mariage dans cette communauté, ainsi que des poèmes et des chants locaux venant renforcer l'importance de ce rituel. Dans certains cas, les femmes qui ne sont pas excisées peuvent faire l'objet d'un divorce immédiat ou être contraintes à cette pratique par la force. Les filles qui s'y soumettent reçoivent parfois des récompenses, des cadeaux, ainsi que la reconnaissance publique pendant des cérémonies, l'assurance d'un mariage potentiel, le respect de la communauté et la possibilité de prendre part aux manifestations jusque-là réservées aux adultes. Dans d'autres cas de figure, les filles et les femmes subissent l'excision sans cérémonie, une plus grande importance étant accordée à l'excision même qu'aux rituels connexes²⁵.

Le désir de se conformer aux normes de leur groupe amène de nombreuses filles à subir volontairement l'excision, mais il arrive fréquemment que les filles (parfois les nourrissons) n'aient pas le choix. La famille d'une fille, d'ordinaire sa mère, son père ou des parentes, décide souvent de l'opération. En raison de l'influence de la tradition, de nombreuses filles acceptent et perpétuent parfois cette pratique. En Érythrée, les hommes sont plus susceptibles que les femmes de prôner l'abandon de cette pratique²⁶.

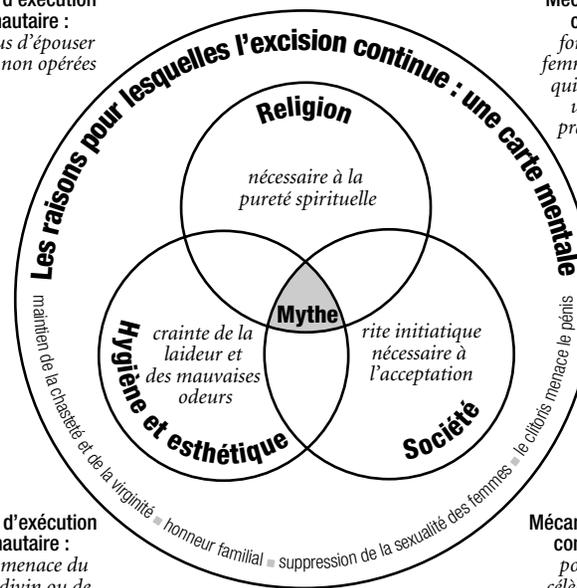
L'excision pourrait se poursuivre éternellement en l'absence d'interventions efficaces permettant de convaincre des millions d'hommes et de femmes de l'abandonner. De nombreux militants africains, agents du développement et de la santé, ainsi que ceux qui respectent les modes de vie traditionnels, reconnaissent la nécessité de changer cet état de fait, sans toutefois avoir réussi à opérer cette transformation sociale d'envergure.

Figure n° 1

Les raisons pour lesquelles l'excision continue : une carte mentale

Mécanisme d'exécution communautaire :
divorce, refus d'épouser des femmes non opérées

Mécanisme d'exécution communautaire :
forcer à l'excision les femmes des autres tribus qui sont épousées dans une communauté pratiquant l'excision



Mécanisme d'exécution communautaire :
brandir la menace du châtiement divin ou de forces surnaturelles

Mécanisme d'exécution communautaire :
poèmes, chants, célébrant l'excision et se moquant des filles non opérées

Source : Asha Mohamad, Nancy Ali, Nancy Yinger, Program for Appropriate Technology in Health/Organisation mondiale de la Santé (PATH/OMS), *Female genital mutilation, programmes to date : what works and what doesn't* (Genève : OMS, 1999) : 7.

PRÉVALENCE ET ATTITUDES RELATIVES À L'EXCISION

La clé des efforts visant à l'abandon de l'excision consiste à comprendre la prévalence de l'excision au niveau national et local, les indices de changement dans sa pratique, ainsi que les attitudes relatives à cette opération. Pendant de nombreuses années, une profusion de statistiques médiocres s'est substituée à des données de qualité sur ce sujet. Un indice de progrès : le volume d'informations dont nous disposons maintenant sur l'excision.

Cette section présente les données récentes des EDS au Burkina Faso, en Égypte, en Érythrée, au Kenya, au Mali, en RCA, au Soudan, en Tanzanie et au Yémen (cf. tableau en annexe, page 29). L'analyse tient compte de plusieurs aspects de l'excision :

- la prévalence et les attitudes chez les femmes de 15 à 49 ans, selon diverses caractéristiques (âge, éducation, ethnie, religion, région et résidence) ;
- les signes de modification des attitudes et de la prévalence chez les femmes de 15 à 49 ans, et les femmes de 20 à 39 ans, concernant la pratique de l'EF sur leurs filles ;

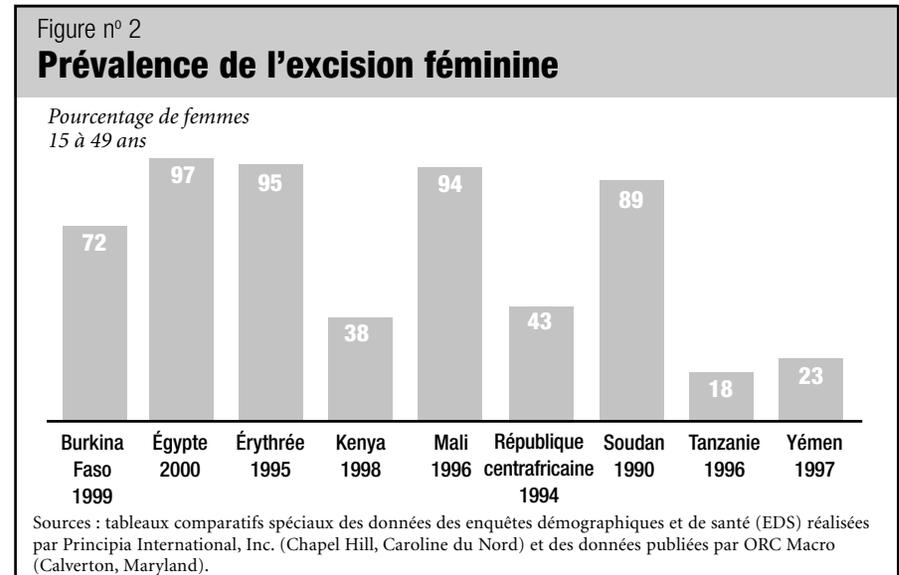
- les types de praticiens qui opèrent l'excision sur les femmes de 15 à 49 ans, par groupe d'âge, pays et résidence.

Prévalence de l'excision

La prévalence de l'excision varie sensiblement selon les pays étudiés.

Les données relatives à la prévalence, recueillies par les EDS, révèlent un taux national élevé d'excision chez les femmes de 15 à 49 ans au Burkina Faso, en Égypte, en Érythrée, au Mali et au Soudan (cf. figure n° 2). Les taux sont plus modérés, dans l'ensemble, au Kenya, en RCA, en Tanzanie et au Yémen.

Il convient de noter que dans certains pays, la prévalence nationale de l'excision ne reflète peut-être pas intégralement la véritable prévalence parmi les groupes qui la pratiquent. Par exemple, au Soudan, 89 % des femmes ont subi une EF et 79 % soutiennent cette pratique. Ce pourcentage tient compte uniquement des femmes de la région du nord du pays qui ont subi l'opération et qui sont plus susceptibles de connaître, et d'approuver, ces pratiques. Ce chiffre ne reflète pas le grand nombre de groupes



qui ne pratiquent pas l'excision, notamment ceux de la région sud du pays. Au Kenya, douze ethnies au minimum pratiquent l'excision, avec une prévalence allant de 43 % à 97 %.

Dans sept des neuf pays, le taux de prévalence est à peu près le même chez les jeunes femmes et chez les femmes plus âgées.

Dans deux autres pays, la prévalence semble avoir chuté.

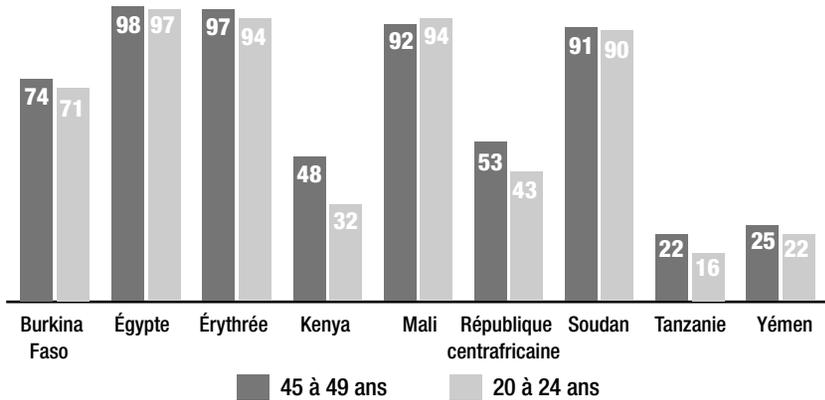
Dans plusieurs pays (Burkina Faso, Érythrée, Tanzanie et Yémen), les femmes de 20 à 24 ans sont légèrement

moins susceptibles d'avoir subi une EF que les femmes de 45 à 49 ans (cf. figure n° 3). La différence entre les jeunes femmes et les femmes plus âgées, dans ces pays, est de 3 % à 6 %. En Égypte, au Mali et au Soudan, les jeunes femmes sont tout aussi susceptibles d'avoir subi une EF que leurs mères : la différence entre les jeunes femmes et les femmes plus âgées n'est que de un ou deux pour cent. Ce résultat semble indiquer que dans certains pays, où la prévalence des EF est élevée, la pratique perdure davantage. En RCA et au Kenya, un grand écart

Figure n° 3

Prévalence de l'excision féminine chez les jeunes femmes et les femmes plus âgées

Pourcentage

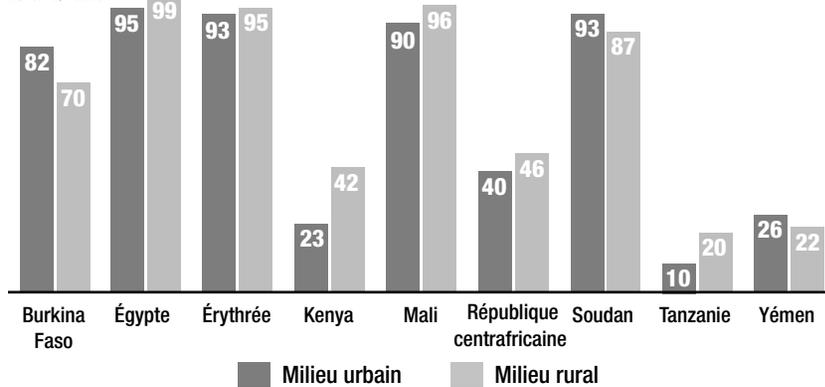


Sources : tableaux comparatifs spéciaux des données des enquêtes démographiques et de santé (EDS) de 1989-2000 par Principia International, Inc. (Chapel Hill, Caroline du Nord) et des données publiées par ORC Macro (Calverton, Maryland).

Figure n° 4

Prévalence de l'excision féminine, selon la domiciliation urbaine ou rurale

Pourcentage de femmes 15 à 49 ans



Sources : tableaux comparatifs spéciaux des données des enquêtes démographiques et de santé (EDS) de 1989-2000 par Principia International, Inc. (Chapel Hill, Caroline du Nord) et des données publiées par ORC Macro (Calverton, Maryland).

de prévalence apparaît entre les jeunes femmes et la génération de leurs mères, écart de 10 % et 16 % respectivement. Il convient de noter qu'en RCA et au Kenya, aucune information n'est disponible sur le nombre de femmes de 20 à 24 ans subissant encore l'opération, ce qui fait que la différence de prévalence quant aux jeunes femmes pourrait être en réalité moins importante.

Les femmes qui vivent dans les milieux urbains sont en général moins susceptibles de pratiquer l'excision.

Dans tous les pays étudiés, sauf le Burkina Faso et le Soudan, la prévalence de l'excision est inférieure pour les femmes vivant en milieu urbain (cf. figure n° 4). Cela est peut-être dû à une plus grande disponibilité et facilité d'accès aux informations dans un cadre urbain, par opposition à un contexte rural, ainsi qu'aux schémas d'implantation ethnique. Au Kenya, 23 % des femmes urbaines ont subi cette opération, contre 42 % dans les milieux ruraux. En Tanzanie, 10 % des citadines ont subi l'excision contre 20 % de femmes en milieu rural. La différence de prévalence entre les contextes rural et urbain est moins marquée en Égypte et en Érythrée.

Au Burkina Faso et au Soudan, par contre, les femmes des zones urbaines sont plus susceptibles que leurs homologues rurales d'avoir subi une EF. En effet, dans ces pays, les femmes urbaines de tout groupe d'âge sont plus susceptibles que les femmes rurales d'avoir subi une EF. Ces diffé-

rences sont particulièrement marquées au Burkina Faso, où 75 % des citadines et 61 % des rurales de 15 à 19 ans ont subi une EF. A l'autre extrémité de l'éventail des âges, 86 % des citadines de 45 à 49 ans ont subi une EF, contre 73 % de leurs homologues rurales. Ces résultats procèdent peut-être du fait que les groupes ethniques de la région du sud, plus rurale, ne pratiquent pas l'excision, ainsi la prévalence de l'excision est plus faible dans les milieux ruraux²⁷. Les résultats peuvent également être attribués aux différences d'accès à l'information parmi les femmes. Les femmes urbaines ont davantage d'informations sur l'excision que leurs homologues rurales et peuvent donc être plus en mesure de répondre aux questions sur l'excision. Seize pour cent des femmes rurales interrogées ne connaissaient pas l'excision, contre 3 % des citadines.

Dans de nombreux pays, les femmes plus instruites sont moins susceptibles de pratiquer l'excision.

Dans l'ensemble, les femmes subissent l'excision à un trop jeune âge pour pouvoir avoir une influence sur la probabilité de l'opération. L'instruction peut toutefois indiquer ou donner des indications sur la richesse de la famille et sur le statut de la femme dans le foyer. Dans nombre de pays étudiés, un niveau supérieur d'instruction est souvent associé à un statut socioéconomique supérieur.

Pour la plupart, la prévalence de l'excision est moins importante chez

les femmes instruites. Le niveau d'instruction est également important. Les femmes n'ayant pas reçu d'éducation ou une éducation primaire sont plus susceptibles d'avoir subi l'opération que les femmes ayant reçu une éducation secondaire (cf. figure n° 5). Dans bon nombre de pays étudiés toutefois (l'Égypte et le Kenya faisant exception), le nombre de femmes ayant poursuivi des études secondaires reste faible. Par exemple, au Mali, la situation est analogue : 685 femmes sur 9.700 possèdent une éducation supérieure. Au Yémen, 135 femmes sur 7.854 ont fini l'école secondaire.

Les différences les plus marquées s'observent en RCA (48 % des femmes sont analphabètes, contre 45 % des femmes possédant une éducation primaire et 23 % une éducation secondaire), au Kenya (51 % contre 40 % et 27 %) et en Tanzanie (23 % contre 17 % et 7 %). Les différences sont moins sensibles en Égypte, en Érythrée et au Mali.

Dans trois pays (Burkina Faso, Soudan et Yémen), les femmes qui possèdent une instruction primaire et secondaire sont plus susceptibles d'avoir subi une EF que leurs homologues analphabètes. Au Burkina Faso, 79 % des femmes possédant une éducation primaire et 74 % de celles ayant une éducation secondaire ont subi une EF, contre 71 % des femmes sans instruction. Au Soudan, la situation est analogue (98 % des femmes possédant une éducation primaire et secondaire, contre 83 % de celles ne possédant aucune instruction).

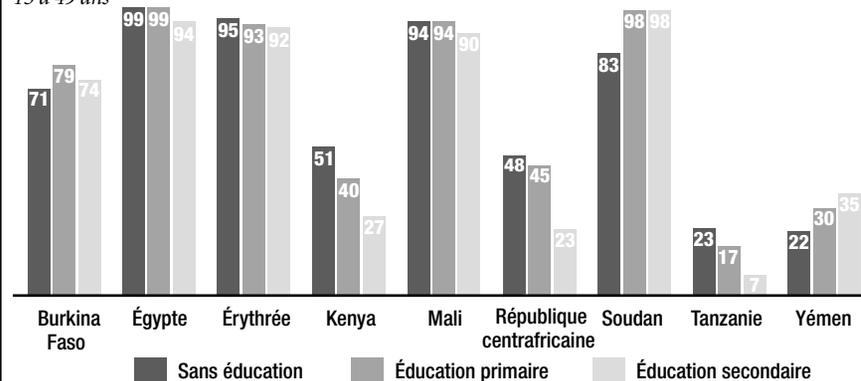
Un certain nombre de facteurs contribuent probablement aux résultats relevés au Burkina Faso et au Soudan. Au Burkina Faso, l'excision est illégale depuis 1996 et les Burkinabées sont sans doute réticentes à révéler qu'elles ont subi une EF, étant donné son caractère illégal. Les données tirées des enquêtes de 1996 et 1998, réalisées par le Population Council, appuient cette optique. Dans l'enquête de 1998, 33 % des femmes non averties du caractère illégal de l'opération ont indiqué qu'elles feraient subir l'opération à leur(s) fille(s) à l'avenir. En outre, de 1996 à 1998, le pourcentage d'ensemble des parents souhaitant faire subir l'opération à leurs filles a sensiblement diminué. Ces données laissent à penser que la loi est effectivement dissuasive. En revanche, cela pourrait également indiquer que les personnes interrogées sont peu disposées à dire qu'elles ont accompli, ou qu'elles accompliront, un acte illégal²⁸.

Le Burkina Faso possède également une campagne intensive d'information, éducation et communication (IEC) de longue date, notamment dans les milieux urbains, qui a sans doute apporté une sensibilisation marquée sur le sujet, particulièrement chez les femmes instruites (cf. encadré n° 3). De ce fait, les femmes qui ont subi l'opération au plus jeune âge sont plus susceptibles de faire état de leur opération (en raison de leur contact avec la campagne d'information sur le sujet). Citons un autre facteur : les groupes ethniques du sud du

Figure n° 5

Prévalence de l'excision féminine, par niveau d'instruction

Pourcentage de femmes
15 à 49 ans



N.B. : En Égypte l'éducation primaire signifie « éducation primaire incomplète ».

Sources : tableaux comparatifs spéciaux des données des enquêtes démographiques et de santé (EDS) de 1989-2000 par Principia International, Inc. (Chapel Hill, Caroline du Nord) et des données publiées par ORC Macro (Calverton, Maryland).

Encadré n° 3

Campagne d'information, d'éducation et de communication (IEC) au Burkina Faso

Au Burkina Faso, il existe une tradition de longue date d'activités de sensibilisation et de promotion de l'abandon de l'excision. Ces initiatives ont commencé par une campagne radio, lancée en 1975, ayant abouti au décret présidentiel de 1990 créant le Comité national de lutte contre la pratique de l'excision (CNLPE). Les activités principales de ce dernier sont la formation, l'information, l'éducation et la communication (IEC) visant divers publics, particulièrement dans les milieux urbains, y compris les chefs traditionnels, les groupes religieux, les jeunes, les militaires et la police civile, ainsi que les médias. Les résultats de l'enquête nationale sur l'excision réalisée en 1996 par le CNLPE indiquent que ces efforts ont réellement amplifié la prise de conscience des citoyens quant à la nature nocive de cette pratique et de ses complications. Et c'est particulièrement vrai dans les milieux urbains : les communautés rurales n'ont pas bénéficié aussi largement des efforts IEC¹.

Note :

1. Program for Appropriate Technology in Health/Organisation mondiale de la santé (PATH/OMS), *Female genital mutilation, programmes to date : what works and what doesn't* (Genève : OMS, 1999) : 62-71.

Tableau n° 1

Femmes de 15 à 49 ans ayant subi l'excision féminine, par religion

Pays	Musulmanes		Chrétiennes		Traditionnelles/autres	
	% Interrogées	% Opérées	% Interrogées	% Opérées	% Interrogées	% Opérées
Burkina Faso	56	78	27	66	17	61
Égypte	95	98	5	88	-	-
Érythrée	38	99	62	92	-	-
Kenya	5	28	92	38	3	31
Mali	91	94	3	85	6	90
République centrafricaine	9	50	90	43	2	42
Soudan	98	90	2	47	-	-
Tanzanie	31	14	57	19	12	22

Sources : tableaux comparatifs spéciaux des données des enquêtes démographiques et de santé (EDS) de 1989-2000 par Principia International, Inc. (Chapel Hill, Caroline du Nord) et des données publiées par ORC Macro (Calverton, Maryland). Les données ne sont pas disponibles pour le Yémen.

pays ne pratiquent pas l'excision²⁹. Traditionnellement, ces femmes ont moins eu accès à l'instruction que leurs homologues des autres régions du Burkina Faso. Le Soudan connaît probablement une situation analogue : les groupes ethniques de l'ouest du pays ne pratiquent pas l'excision et historiquement ont un contact plus restreint avec l'instruction que les groupes du reste du Soudan³⁰.

Les femmes qui pratiquent l'excision viennent de différents groupes religieux (chrétiens, musulmans, une petite secte juive et groupes autochtones).

Toutefois, cette pratique n'est pas préconisée par les préceptes religieux :

l'excision a des bases culturelles davantage que religieuses.

Dans plusieurs pays (Burkina Faso, Égypte, Érythrée, Mali, RCA et Soudan) les musulmanes sont plus susceptibles d'avoir subi une EF que les chrétiennes ou les femmes pratiquant d'autres religions (par exemple, animisme). Au Kenya et en Tanzanie, le pourcentage est inversé. En Tanzanie, les femmes qui pratiquent des religions traditionnelles présentent la plus haute prévalence d'EF du pays (22 %). Ces résultats doivent être examinés au vu des petits pourcentages de femmes interrogées dans certains pays (cf. tableau n° 1). Au Yémen, il n'existait aucune information par religion.

L'appartenance ethnique et la domiciliation régionale constituent également des facteurs quant à l'ampleur de la pratique de l'excision.

En Érythrée, l'excision est pratiquée uniformément par tous les groupes ethniques. Dans les autres pays, par exemple le Burkina Faso, le Kenya et la RCA, elle varie selon les groupes ethniques³¹.

■ Au Burkina Faso, la prévalence de l'excision est de 60 % ou davantage dans 16 groupes ethniques. Dans six groupes (autres Africains, Togolais, Touareg/Bella, Gourounsi, Gour-matche et Ivoiriens) la pratique est moins répandue : 23 % à 60 %.

■ En RCA, la variabilité est encore plus marquée parmi les groupes ethniques. Chez les Banda et les Mandjia, la prévalence de l'excision surpasse 70 %. Dans d'autres groupes, par exemple les Gbaya, Hausa et Sara, moins de la moitié des populations pratiquent l'excision. Dans trois groupes (Yakoma-Sango, Mboum et Zandé-Nzakara) la prévalence de l'excision est inférieure à 5 %.

■ Au Kenya, où la prévalence nationale de l'excision est de 38 %, la variabilité selon les groupes ethniques est également très marquée. Chez les Kissii et les Massai, la prévalence de l'excision est de 97 % et 89 % respectivement. Dans d'autres groupes (Kamba, Kikuyu, Meru/

Embu, Taita/Taveta, Kalenjin et Somali), la prévalence va de 33 % à 63 %. Dans plusieurs groupes, notamment les Luo et les Luhya, la prévalence y est inférieure à 2 %.

■ Alors qu'aucune information ethnique n'a été recueillie en Égypte, au Soudan et au Yémen, l'EDS de la Tanzanie contient ce type d'information mais elle ne figure pas dans les tableaux comparatifs spéciaux réalisés pour ce rapport.

En Égypte et en Érythrée, la prévalence de l'excision atteint à 75 % ou davantage dans toutes les régions du pays. Dans d'autres pays (Burkina Faso, Kenya, Mali, RCA, Soudan, Tanzanie et Yémen), l'ampleur de l'opération varie selon les régions :

■ Au Burkina Faso, 79 % au minimum des femmes de la capitale, Ouagadougou, et des régions du nord et de l'ouest du pays subissent l'opération. À l'est et au centre-sud du pays, la pratique est moins courante (60 % ou davantage).

■ Au Kenya, les communautés de quatre régions du pays sont plus susceptibles de pratiquer l'excision. Il s'agit de la vallée centrale (56 %) et des régions de Nyanza, du centre et de l'est (43 % ou davantage). Les communautés du littoral (20 %), de la région de Nairobi (19 %) et de l'ouest du pays (2 %) sont moins susceptibles de pratiquer l'excision.

■ Au Mali, près de 90 % des femmes, ou davantage, pratiquent l'excision dans cinq régions du pays : Kayes et Koulikoro (99 %), Sikasso (97 %), Ségou (94 %), Mopti (88 %) et Bamako, la capitale (95 %). Dans deux régions du pays, Tombouctou et Gao, 10 % des femmes ou moins subissent cette opération.

■ La variabilité régionale est plus prononcée en RCA. Quarante-vingt onze pour cent des femmes pratiquent l'excision en région sanitaire (RS) IV (la région orientale du pays), 56 % ou davantage en RS I et V ; un moins grand nombre de femmes pratique l'excision dans la capitale (Bangui), 35 %, et dans l'ouest du pays, RS III (28 %) et RS II (14 %).

■ Dans de nombreuses régions du Soudan, la prévalence de l'excision est très élevée (87 %). A Darfur, la prévalence est légèrement plus faible (65 %). Trois des régions du sud du pays ne pratiquent pas, semble-t-il, l'excision³².

■ En Tanzanie les taux les plus élevés d'excision sont les suivants : Arusha (81 %), Dodoma (67 %) et Mara (43 %). D'autres régions du pays (Tanga, Singida, Iringa et Kilimandjaro), ont une prévalence de 25 % à 36 %. Quelques régions pratiquent à peine l'excision.

■ Au Yémen, 69 % des femmes habitant la région côtière ont subi une EF, par rapport à 15 % dans les montagnes et 5 % dans les régions des plateaux et du désert.

Attitudes envers l'excision

Il existe des contrastes frappants dans certains pays entre une forte prévalence de l'excision et un faible taux d'assentiment à son égard.

Au Burkina Faso, si 72 % des femmes de 15 à 49 ans ont subi une EF, seules 18 % l'approuvent. Une proportion de femmes n'ont pas d'opinion sur l'excision ou ne connaissent pas cette pratique. Au Burkina Faso, 12 % des femmes ne savent pas s'il convient de continuer ou d'arrêter l'excision.

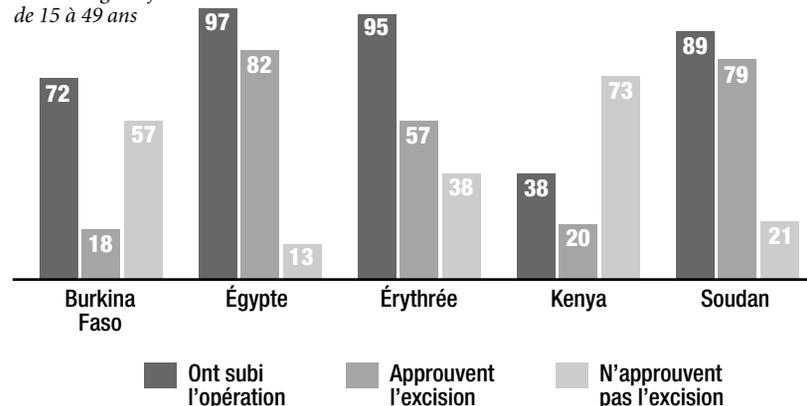
De même, en Érythrée, 95 % des femmes ont subi l'opération, mais seules 57 % approuvent l'excision (cf. figure n° 6).

En Égypte et au Soudan, les attitudes concernant l'excision sont davantage conformes à la prévalence élevée que connaît cette pratique. En Égypte, 97 % des femmes ont subi cette opération et 82 % approuvent cette pratique (contre 75 % en 2000). Au Soudan, 89 % des femmes ont subi l'excision et 79 % la soutiennent. Il est important de noter que ce pourcentage tient compte uniquement des femmes de la région nord du Soudan, opérées et plus susceptibles de connaître et d'approuver cette pratique. Il ne reflète pas le grand nombre de groupes qui

Figure n° 6

Les femmes qui ont subi une EF et les femmes qui approuvent ou n'approuvent pas cette pratique

Pourcentage de femmes de 15 à 49 ans



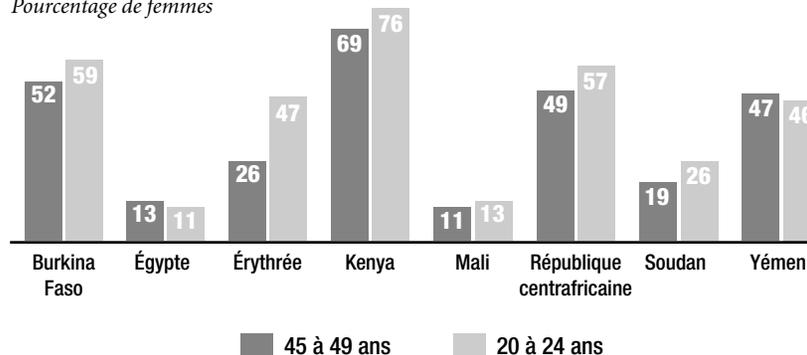
N.B. : L'approbation et la désapprobation sont indiquées pour les femmes de 15 à 49 ans, qu'elles aient subi une EF ou pas. Les données pour l'Égypte sont tirées de l'EDS de 1995.

Sources : tableaux comparatifs spéciaux des données des enquêtes démographiques et de santé (EDS) de 1989-2000 par Principia International, Inc. (Chapel Hill, Caroline du Nord) et des données publiées par ORC Macro (Calverton, Maryland).

Figure n° 7

Jeunes femmes et femmes plus âgées opposées à l'EF

Pourcentage de femmes



N.B. : Aucune donnée sur les attitudes en Tanzanie n'est disponible. Les données concernant l'Égypte sont tirées de l'EDS de 1995.

Sources : tableaux comparatifs spéciaux des données des enquêtes démographiques et de santé (EDS) de 1989-2000 par Principia International, Inc. (Chapel Hill, Caroline du Nord) et des données publiées par ORC Macro (Calverton, Maryland).

Encadré n° 4

Mise à jour sur la situation en Égypte

Selon la récente Enquête démographique et de santé (EDS) publiée en 2000, pour l'Égypte, 97 % des femmes égyptiennes ont subi une EF, donc aucun changement par rapport à l'EDS de 1995. Selon l'EDS 2000 pour l'Égypte, les jeunes femmes, vivant en milieu urbain et possédant une éducation secondaire ou supérieure, sont moins susceptibles de penser à faire opérer leurs filles que leurs homologues plus âgées, rurales et moins instruites. Ces résultats sont conformes à ceux de l'EDS de 1995. Selon l'EDS 2000 pour l'Égypte, la tendance à une médicalisation croissante persiste également. En 2000, des praticiens médicaux, formés, ont assuré un peu plus de 60 % des opérations et les sage-femmes traditionnelles ont réalisé la majorité des opérations restantes.

Toutefois, les attitudes concernant la pratique semblent se modifier. En 2000, 81 % des femmes ayant des filles indiquaient soit que leur fille était déjà opérée soit qu'elles prévoyaient de la faire opérer. Cela représente une légère régression par rapport à 1995, lorsque 87 % des femmes ayant des filles prévoyaient de leur faire subir l'opération ou la leur avaient déjà fait subir.

Dans l'EDS de 2000, les différences d'attitude selon le lieu de résidence et le niveau d'instruction sont frappantes. Les femmes urbaines et plus instruites sont moins susceptibles que les autres femmes de considérer que l'excision constitue un aspect important de la tradition religieuse ou que les hommes préfèrent une épouse opérée. Par exemple, dans les circonscriptions urbaines, près de 4 femmes sur 10 sont d'avis que « les maris préfèrent une épouse excisée », par rapport à 8 femmes sur 10 en Haute Égypte rurale¹.

Note :

1. Fatma El-Zanaty et Ann Way, EDS pour l'Égypte 2000 (Le Caire, Égypte : National Population Council et Calverton, Maryland : ORC Macro, 2001).

ne pratiquent pas l'excision, comme ceux de la région sud du pays.

Les femmes plus jeunes sont plus susceptibles de s'opposer à la pratique.

Dans la plupart des pays étudiés, les femmes de 20 à 24 ans expriment davantage leur appui en faveur de l'abandon de l'excision (cf. figure n° 7). Cette situation est particulièrement

marquée en Érythrée, où les femmes de 20 à 24 ans sont deux fois plus susceptibles que les femmes de 45 à 49 ans de s'opposer à l'excision. Au Burkina Faso, au Kenya et en RCA, où les femmes plus âgées rejettent plus ou moins fermement cette pratique, les femmes plus âgées, les jeunes femmes sont également plus susceptibles de s'y opposer. Au Soudan, où

l'opposition envers l'excision est moins marquée, les jeunes femmes expriment également une opposition plus marquée à son égard que leurs homologues plus âgées. Ce qui suggère que les jeunes générations ont sans doute davantage accès aux informations contre l'excision et sont moins influencées par la tradition.

En Égypte, certains signes indiqueraient un changement d'attitude. Une enquête de représentation nationale effectuée auprès de 1.500 adolescents égyptiens (1.200 filles et 300 garçons) indique que la probabilité des jeunes femmes égyptiennes de subir l'excision a baissé de 10 % au moins par rapport à leurs mères. Cette enquête fait partie d'un programme de recherche plus vaste sur l'adolescence, nommé enquête 1997 sur l'adolescence et le changement social en Égypte. Cette enquête a effectué l'estimation des taux d'EF pour toute la population d'adolescentes célibataires, par rapport aux femmes non célibataires uniquement (l'axe de l'EDS). Selon cette enquête, les filles de mères plus instruites étaient moins susceptibles d'être opérées, 34 % moins susceptibles pour celles dont les mères avaient suivi une formation professionnelle et 64 % moins susceptibles pour celles dont les mères avaient une instruction secondaire ou supérieure³³. Ces résultats sont appuyés par ceux de l'EDS pour l'Égypte qui indiquent une chute de 6 % dans la proportion de femmes qui soit ont déjà fait opérer leurs filles, soit prévoyaient de le faire,

passant de 87 % en 1995 à 81 % en 2000 (cf. encadré n° 4).

Au Mali, selon les résultats de l'EDS, il existe peu de différence entre les jeunes femmes et les femmes plus âgées quant à leur point de vue sur l'excision.

Dans tous les pays étudiés, l'approbation de l'excision est plus faible chez les femmes des milieux urbains.

Un accès accru à l'éducation dans les milieux urbains ainsi qu'une certaine diversité d'idées et de pratiques, est sans doute la raison de ces résultats.

En Égypte, au Mali et au Soudan, l'approbation nationale en faveur de l'excision est élevée ; il existe toutefois des disparités d'attitude entre les habitants urbains et ruraux. Par exemple, en Égypte, 63 % des citadines approuvent l'excision contre plus de 85 % des rurales. Une situation analogue existe au Mali et au Soudan, où le pourcentage des rurales est plus élevé que celui des citadines en matière d'approbation de la pratique (cf. figure n° 8).

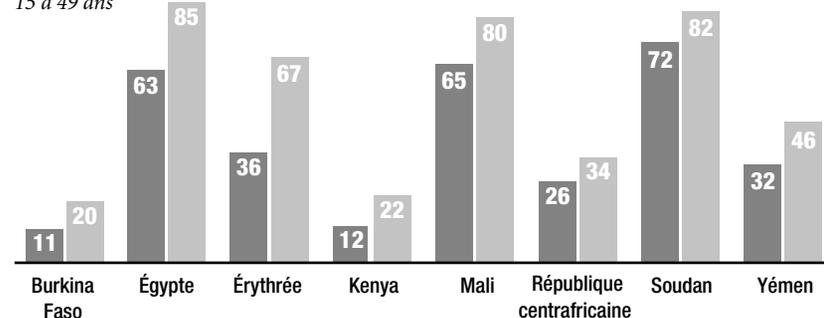
En Érythrée, la différence entre les attitudes par rapport à l'excision est encore plus importante entre les citadines et les rurales. Parmi les citadines, 36 % approuvent l'excision, par rapport à 67 % parmi les rurales (cf. figure n° 9).

Au Burkina Faso, où la prévalence de l'excision est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural, un plus petit pourcentage de citadines soutiennent l'excision, par rapport aux rurales (11 % contre 20 %). En milieu urbain et rural, le pourcentage de femmes selon lesquelles l'excision devrait continuer est moins important que le pourcentage de femmes qui ont subi une EF. Il semblerait que la pression sociale visant à respecter la pratique est élevée, mais que les attitudes changent (cf. figure n° 9).

Figure n° 8

Femmes appuyant l'excision, par domiciliation urbaine ou rurale

Pourcentage de femmes
15 à 49 ans



N.B. : Aucune donnée sur les attitudes en Tanzanie n'est disponible.

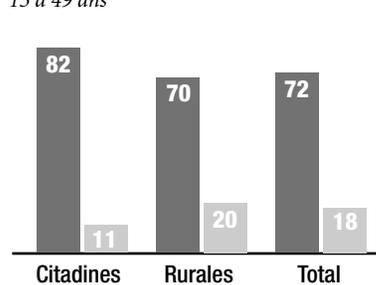
Sources : tableaux comparatifs spéciaux des données des enquêtes démographiques et de santé (EDS) de 1989-2000 par Principia International, Inc. (Chapel Hill, Caroline du Nord) et des données publiées par ORC Macro (Calverton, Maryland).

Figure n° 9

Attitudes des femmes envers l'excision, par domiciliation urbaine ou rurale, au Burkina Faso et en Érythrée

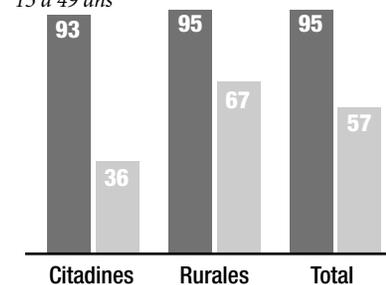
Burkina Faso

Pourcentage de femmes
15 à 49 ans



Érythrée

Pourcentage de femmes
15 à 49 ans



■ Ont subi l'opération

■ Approuvent l'excision

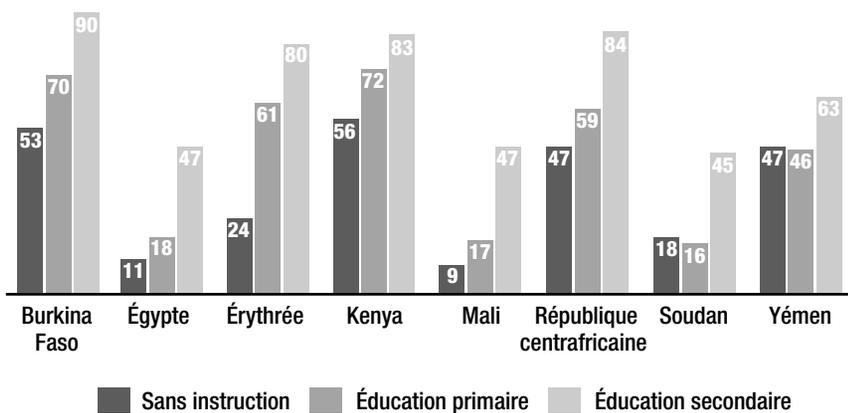
N.B. : L'approbation est présentée pour toutes les femmes de 15 à 49 ans, qu'elles aient subi une EF ou non.

Sources : tableaux comparatifs spéciaux des données des enquêtes démographiques et de santé (EDS) de 1995 (Érythrée) et 1998-1999 (Burkina Faso) par Principia International, Inc. (Chapel Hill, Caroline du Nord) et des données publiées par ORC Macro (Calverton, Maryland).

Figure n° 10

Femmes opposées à l'excision, par niveau d'instruction

Pourcentage de femmes
15 à 49 ans



N.B. : Aucune donnée sur les attitudes en Tanzanie n'est disponible. En Égypte, l'éducation primaire signifie éducation primaire incomplète. Les données pour l'Égypte sont tirées de l'EDS de 1995.

Sources : tableaux comparatifs spéciaux des données des enquêtes démographiques et de santé (EDS) de 1989-2000 par Principia International, Inc. (Chapel Hill, Caroline du Nord) et des données publiées par ORC Macro (Calverton, Maryland).

Dans la moitié des pays étudiés, on enregistre des niveaux élevés de désapprobation de l'excision chez les femmes ayant une éducation secondaire.

En Érythrée, au Kenya, en RCA et au Burkina Faso, 80 % à 90 % des femmes ayant une éducation secondaire s'opposent à l'excision. Par contre, 45 % à 63 % des femmes plus éduquées du Soudan, de l'Égypte, du Mali et du Yémen sont contre cette pratique. La figure 10 propose une ventilation des pourcentages de femmes en fonction de leur niveau d'éducation au Burkina Faso, en Égypte, en Érythrée, au Kenya, au Mali, en RCA, au Soudan et au Yémen.

Bien que l'excision soit pratiquée par de nombreux groupes religieux, les attitudes des femmes sont généralement le reflet de la nature culturelle et non religieuse de cette pratique.

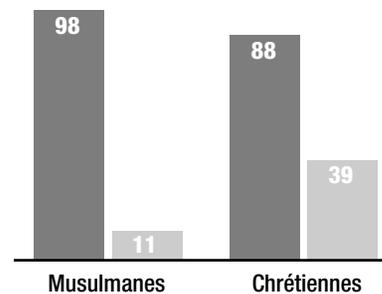
La figure 11 brosse un tableau de l'opinion des femmes sur l'excision suivant leur religion en Égypte, en Érythrée, au Kenya et au Mali. Dans trois pays essentiellement islamiques (l'Égypte, l'Érythrée et le Mali), les Musulmanes sont moins susceptibles de s'opposer à l'excision que les Chrétiennes. Cependant au Kenya, où une part importante de la population est chrétienne, les Musulmanes sont tout aussi susceptibles que les Chrétiennes de s'opposer à cette pratique.

Figure n° 11

Femmes opposées à l'excision, par religion

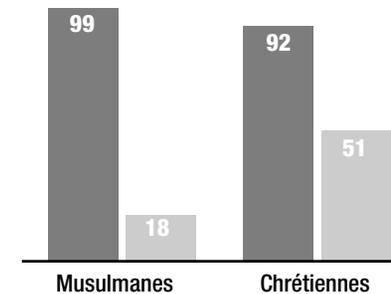
Égypte

Pourcentage de femmes
15 à 49 ans



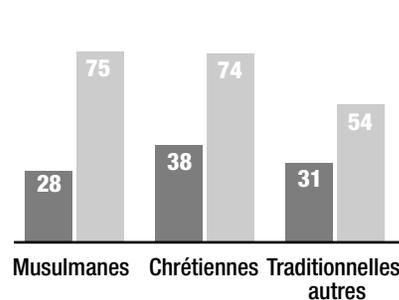
Érythrée

Pourcentage de femmes
15 à 49 ans



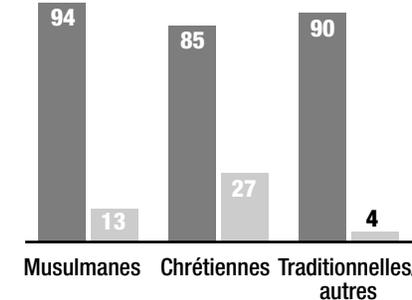
Kenya

Pourcentage de femmes
15 à 49 ans



Mali

Pourcentage de femmes
15 à 49 ans



■ Ayant subi une EF ■ N'approuvent pas l'excision

N.B. : Les données concernant l'Égypte sont tirées de l'EDS de 1995.

Sources : tableaux comparatifs spéciaux des données des enquêtes démographiques et de santé (EDS) de 1995-1998 par Principia International, Inc. (Chapel Hill, Caroline du Nord) et des données publiées par ORC Macro (Calverton, Maryland).

Parmi les femmes dont une ou plusieurs filles ont été opérées, il existe une variation importante quant à l'ampleur de l'approbation en faveur de cette pratique.

Dans trois pays (Égypte, Mali, Soudan), les femmes dont une ou plusieurs filles ont été opérées soutiennent fortement l'excision. Au Kenya et en Érythrée, environ deux tiers des mères qui ont fait opérer au moins une de leurs filles approuvent cette pratique. Au Burkina Faso toutefois, 28 % seulement des ces mères l'approuvent (cf. figure 12).

Conditions et conséquences sur la santé

Dans tous les pays étudiés, les praticiens traditionnels accomplissent la majorité des opérations EF.

Les praticiens traditionnels ne possèdent d'ordinaire aucune formation médicale. Il s'agit notamment des accoucheurs traditionnelles (sages-femmes), des barbiers et des exciseurs (cf. figure 13).

Alors que la plupart des EF reste accomplie par des praticiens traditionnels, une plus grande médicalisation apparaît en Égypte et en Tanzanie, avec un recours à des praticiens non traditionnels (par exemple du personnel médical, tel que les médecins, les infirmières et les sage-femmes formées à cet effet) pour

accomplir l'excision, plutôt que d'en abandonner totalement la pratique³⁴.

La médicalisation résulte en partie de programmes des vingt dernières années, encourageant l'abandon de l'excision en soulignant les « risques pour la santé » ou sa nature « traditionnelle nocive ». C'est le recours aux personnels de santé pour transmettre des messages sanitaires sur les complications physiques de l'excision, par exemple les hémorragies ou les infections, et le risque pour la mère ou l'enfant pendant l'accouchement, et non pas la nécessité de réduire la prévalence de l'excision, qui aurait encouragé la médicalisation de cette pratique.

Dans tous les pays, il existe peu de différence dans le recours aux praticiens traditionnels par comparaison aux praticiens non traditionnels, en milieu urbain ou rural.

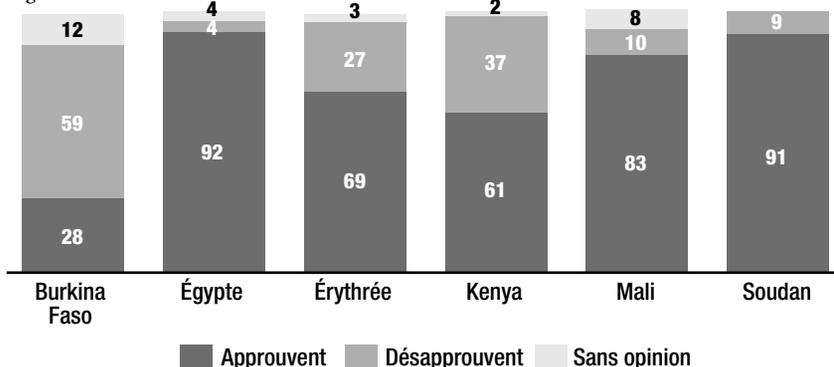
L'excision peut entraîner des effets néfastes pour la santé des femmes, y compris des hémorragies, infections, douleurs, fièvre, difficulté de miction et choc septique.

En RCA, 27 % des femmes signalent des effets secondaires à la suite de l'opération et en Égypte, 5 %. En RCA, sur les 27 % de femmes ayant signalé des effets secondaires, 65 % signalaient des saignements, 40 % des douleurs et 17 % de la fièvre. En Égypte, sur les 5 % de femmes ayant signalé des effets secondaires, 70 % signalaient des saignements à titre d'effet secondaire le plus marqué, suivi des douleurs et, enfin, des infections et de la fièvre.

Figure n° 12

Attitudes à l'égard de l'excision des femmes dont au moins une fille a subi cette pratique

Pourcentage des femmes âgées de 20 à 39 ans



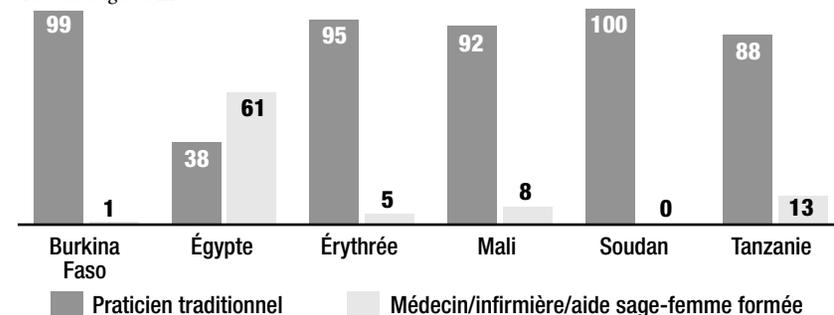
Note : Les données pour l'Égypte datent de 1995. Nous ne disposons d'aucune donnée pour 2000 pour l'Égypte pour le groupe des 20 à 39 ans. Ce groupe a été choisi pour l'évaluation des femmes les plus susceptibles d'avoir des filles en âge d'être soumises à l'excision. Les pourcentages indiqués pour le Burkina Faso, l'Érythrée et le Mali ont été arrondis et leur total n'est pas égal à 100.

Sources : tableaux comparatifs spéciaux des données des enquêtes démographiques et de santé (EDS) de 1989-1999 par Principia International, Inc. (Chapel Hill, Caroline du Nord) et des données publiées par ORC Macro

Figure n° 13

L'excision pratiquée par les praticiens traditionnels et non traditionnels

Pourcentage de EF



Note : Nous ne disposons d'aucune donnée pour la République centrafricaine, le Kenya et le Yémen. Les données pour le Soudan n'incluent que les accoucheuses traditionnelles ; pas d'information disponible sur les autres praticiens de l'excision. Les « praticiens traditionnels » incluent les personnes pratiquant l'excision et les accoucheuses traditionnelles.

Sources : tableaux comparatifs spéciaux des données des enquêtes démographiques et de santé (EDS) de 1989-2000 par Principia International, Inc. (Chapel Hill, Caroline du Nord) et des données publiées par ORC Macro (Calverton, Maryland).

LES DÉMARCHES POUR ABANDONNER L'EXCISION : TOUR D'HORIZON

Les fondements des efforts pour faire abandonner l'excision

Mettre fin à l'excision constituera un processus long et difficile, exigeant un engagement de longue haleine pour établir les fondements d'un changement de comportement durable. Un rapport du Program for Appropriate Technology in Health (PATH) et de l'OMS cerne six éléments critiques qu'il convient de souligner pour que les efforts visant à faire abandonner l'excision réussissent³⁵. Le rapport s'appuie sur une analyse bibliogra-

phique exhaustive, des données d'enquête provenant de 88 agences dotées de programmes de lutte contre l'excision et d'évaluations sur le terrain de cinq pays dotés de programmes solides. Ces six éléments sont les suivants :

- des institutions solides et compétentes de mise en œuvre de programmes d'abandon de l'excision, à l'échelon national, régional et local,
- des pouvoirs publics convaincus, soutenant l'abandon de l'excision par des politiques, des lois et des ressources solides,

- l'institutionnalisation des questions de l'excision dans les programmes nationaux de santé reproductive et de développement,
- des prestataires de soins formés, en mesure de reconnaître et de traiter les complications à la suite d'une EF,
- une coordination entre les organisations gouvernementales et non gouvernementales, et
- des efforts de promotion encourageant un contexte politique et juridique positif, un appui accru en faveur des programmes et l'éducation de la population.

Le rapport note que les interventions novatrices de changement de comportement se situent au cœur de l'abandon de l'excision, car elles abordent ses racines culturelles. Toutefois, pour que ces interventions réussissent, il convient que les fondements figurant ci-dessus soient mis en place. Si des lois et des déclarations politiques claires peuvent apporter un contexte d'ensemble pour mettre fin à l'excision, des efforts plus exhaustifs sont également nécessaires³⁶.

Une juge au Mali faisant campagne contre l'excision présente un article de journal. Seules les régions du nord ne la pratiquent pas.

Démarches pour abandonner l'excision : ce qui est efficace et ce qui ne l'est pas

Au cours des deux dernières décennies, les pouvoirs publics nationaux, les organisations locales et les organismes bailleurs de fonds ont emprunté différentes démarches pour encourager l'abandon de l'excision. Les démarches tributaires des autorités extérieures ou basées sur des incitations financières ont connu un moindre succès que celles qui se sont axées sur le changement de comportement communautaire. L'une des stratégies les plus anciennes et les plus utilisées jusqu'à présent reste la démarche « risque pour la santé » et « pratique traditionnelle néfaste », mentionnée à la page 16³⁷. En dépit de son utilisation de longue date, il existe peu de preuves indiquant que cette stratégie, employée seule en dehors des autres efforts éducatifs, ait diminué l'incidence de l'excision. En fait, la démarche de santé, utilisée seule, a débouché sur un certain nombre de problèmes, y compris la médicalisation de la pratique.

Une autre stratégie anti-EF controversée s'est axée sur l'éducation des

Cette photo n'a pas publié par respect des droits d'auteur.

exciseurs et leur formation à d'autres sources de revenu, pour réduire ainsi le nombre de praticiens de l'excision. Cette stratégie, adoptée dans de nombreux pays depuis plus de 10 ans, n'a dans l'ensemble pas influé sur les demandes d'excision. Des projets, notamment au Ghana, où les exciseuses ont suivi une formation de sage-femme traditionnelle, et en Éthiopie, où elles ont été formées à la fabrication de sandales ou à la boulangerie, ont au départ donné des résultats positifs³⁸. Toutefois, des études plus récentes indiquent que ces démarches se heurtent à de nombreuses difficultés. Selon une étude d'évaluation réalisée en 1998 au Mali, cette stratégie aurait échoué car les parents ont continué à solliciter les praticiens de l'excision. L'infériorité du statut de ces derniers ne leur permet pas d'influer sur l'abandon de l'excision et leur travail leur rapporte, en plus de revenus, la reconnaissance de la communauté³⁹. Selon cette étude, il conviendrait que les programmes futurs soient axés sur la réduction des demandes d'excision au sein de la communauté au lieu de viser à restreindre le nombre de praticiens traditionnels. En outre, il conviendra que les futurs efforts dans ce sens encouragent des campagnes d'éducation communautaire, visant des publics diversifiés (hommes, chefs d'opinion, chefs religieux et sage-femmes traditionnelles), favorisent le débat sur l'excision et invitent vivement les dirigeants locaux à critiquer publiquement l'excision.

Les programmes les plus efficaces se sont axés sur le changement de comportement communautaire. Les projets communautaires ont adopté une ou plusieurs des démarches suivantes. Ces démarches ne sont pas incompatibles et se recoupent parfois. Elles semblent réussir davantage lorsqu'elles sont appliquées en synergie avec d'autres types d'interventions ; l'absence de liens avec d'autres démarches réduirait leur efficacité.

1. Intégration de l'abandon de l'excision dans une gamme d'initiatives de développement socioéconomique, axées sur le renforcement de l'autonomie des femmes.

Cette démarche de longue haleine est axée sur les femmes qui deviennent chefs de famille pour différentes raisons, par exemple la migration ou l'émigration de leur époux pour se procurer un revenu. Cette démarche comprend des initiatives telles que la production de revenus, la prestation de services de santé et des cours d'alphabétisation. À l'issue du programme, tous les groupes de la communauté (y compris les sage-femmes traditionnelles et les barbiers qui remplissent des fonctions d'exciseurs) signent une déclaration selon laquelle ils abandonneront l'excision. Cette stratégie a été couronnée de succès dans certains milieux d'Égypte, par exemple les villages d'Al Tayeba et Deir Al Bersha, qui comptent des populations chrétiennes assez importantes, où l'excision s'est arrêtée. Un certain progrès a également été réalisé dans des com-



Cette photo n'a pas été publiée par respect des droits d'auteur.

Les efforts visant à décourager la pratique de l'excision peuvent s'inscrire dans toute une gamme d'activités axées sur la démarginalisation des femmes.

munautés fortement musulmanes, dans d'autres régions du pays⁴⁰. Cette démarche offre un environnement dans lequel les femmes sont à même d'exercer un pouvoir décisionnel plus marqué.

Une étude de Deir Al Bersha s'est appuyée sur des enquêtes auprès des ménages et des entretiens approfondis avec des personnalités de la communauté (par exemple des dirigeantes communautaires et la première jeune mariée non opérée) afin de déterminer pourquoi l'excision avait sensiblement diminué d'une génération à l'autre dans le village (de 95 % chez les femmes interrogées à 50 % chez leurs filles). Selon les résultats, trois facteurs principaux sont associés à cette baisse : 1) une ou plusieurs personnes dans le ménage ont pris part à des activités de développement, 2) le mari travaillait à l'étranger et l'épouse était chef de famille, 3) diverses églises chrétiennes

de la communauté s'étaient exprimées contre cette pratique⁴¹.

2. Elaboration de rituels de substitution pour remplacer les cérémonies traditionnelles accompagnant l'excision.

Les ONG communautaires consultent les membres des familles et des communautés, par exemple les dirigeants religieux ou tribaux, afin de créer une cérémonie d'initiation à l'âge adulte, sans EF, mais regroupant tous les autres aspects du rituel qui accompagnent d'ordinaire cette dernière : isolement, échange d'informations et célébration (par exemple remise de cadeaux). Pour certaines, ces cérémonies sont une déclaration publique de l'abandon de l'excision. Les filles ayant participé à ce type de cérémonies ont déclaré que cette formation les avait aidées à affermir leur amour-propre et leur confiance en soi pour résister à la pression communautaire visant à leur

faire subir l'excision. En outre, les initiées de toutes les circonscriptions ayant pris part à ce programme ont formé des groupes d'entraide, ce qui renforce leur nouveau rôle dans la culture communautaire⁴².

Bien que cette démarche n'ait pas été intégralement évaluée, selon les résultats préliminaires relevés au Kenya, il s'agit d'une stratégie prometteuse pour réduire l'excision dans certaines communautés⁴³. L'une des clés de sa réussite réside dans la participation des membres des familles et des communautés à la conception du projet.

3. Renforcement de l'autonomie des femmes par le biais de techniques participatives afin de prendre des décisions collectives sur l'excision et négocier l'appui communautaire.

Cette démarche participative offre aux femmes des cours d'alphabétisation et des informations (par exemple ayant trait à la santé, aux droits de la personne et à la résolution de problèmes) afin de leur donner les informations et la confiance en soi nécessaires pour abandonner l'excision. Les femmes et les autres membres de la communauté décident alors de présenter une déclaration publique pour mettre fin à la pratique. Au Sénégal cette stratégie a été appliquée avec succès par le programme Tostan, qui emprunte le modèle formulé par le sociologue Gerry Mackie. Il s'agit d'un processus en trois étapes pour modifier les conventions quant aux pratiques culturelles, telles que les pieds bandés en Chine et l'excision en Afrique, par le

biais d'une instruction de base, de débats et de déclarations publics⁴⁴.

En Chine, cette méthodologie a été appliquée, au début des années 1900, pour mettre fin aux pieds bandés, pratique consistant à envelopper les pieds des fillettes pour que les orteils rejoignent le talon. Cette pratique culturelle, comme l'excision, existait depuis des milliers d'années et était obligatoire pour un mariage en bonne et due forme, pour la vertu des femmes et pour l'honneur de la famille. La campagne visant à mettre fin aux pieds bandés comportait trois aspects :

- mise au point d'une campagne moderne d'éducation expliquant que le reste du monde ne bandait pas les pieds des femmes,
- explication des avantages des pieds naturels et des inconvénients des pieds bandés sur le plan de la culture chinoise, et
- formation d'associations de femmes aux pieds naturels et engagements des femmes à ne pas bander les pieds de leurs filles et à ne pas laisser leurs fils épouser des femmes aux pieds bandés⁴⁵.

Le projet Tostan emprunte également les trois étapes de Mackie pour changer la convention de l'excision. En encourageant un « dialogue informé »

Dans l'ensemble, les efforts de sensibilisation à l'EF ont eu plus de succès que ceux visant à modifier les comportements.

entre les femmes, les hommes, les dirigeants communautaires et religieux, sur les droits, la santé des femmes et l'excision, cette démarche pose des bases pour la participation des femmes à d'autres aspects de la vie communautaire. Cette démarche permet de changer les rapports de pouvoir dans les familles et les communautés et valorise les besoins courants des femmes en matière d'information et de compétences, et sert donc leurs intérêts à longue échéance⁴⁶.

La déclaration publique semble avoir été essentielle pour l'abandon rapide et universel de l'excision dans différents villages au Sénégal. Lorsqu'un nombre suffisant de familles s'engage à mettre fin à l'excision, elles ont à cœur de tenir leur promesse et de convaincre leurs homologues de s'opposer à cette pratique⁴⁷. La déclaration publique tient également une place essentielle pour encourager le dialogue



Cette photo n'a pas publié par respect des droits d'auteur.

sur l'excision, résoudre les conflits et renforcer le consensus entre les différentes parties concernées.

Cette démarche de programme, comme celle mise en place en Égypte, souligne le renforcement de l'autonomie des femmes et la participation de la communauté. Ces deux stratégies aboutissent à une déclaration publique qui soit sera signée par tous les membres de la communauté, soit fera l'objet de leur serment⁴⁸.

4. Mise en œuvre d'une démarche de marketing social intensif pour amener les administrés communautaires à évaluer les coûts et les avantages de la poursuite ou de l'abandon de l'excision.

Dans ce contexte, le marketing social est défini généralement comme un processus visant à accroître l'adhésion à des idées ou à des pratiques parmi les membres d'un groupe visé⁴⁹. Cette démarche de vulgarisation se fonde sur la diffusion d'un message auprès des personnalités ou des chefs de communauté ou de tribu, par le biais d'une analyse des coûts-avantages des effets négatifs de l'excision sur la communauté pour la convaincre d'y renoncer. Cette démarche comprend un rituel de substitution (analogue à ce qui a été décrit dans la deuxième démarche), une journée culturelle affirmant l'identité de la communauté et les éléments positifs de sa culture, et une cérémonie de remise de prix aux dirigeants qui demandent avec instance aux filles de mettre fin à l'excision⁵⁰.

En Ouganda, cette démarche a été introduite dans la communauté

Sabiny, où les filles subissaient d'ordinaire une opération entre 15 et 22 ans, ou juste avant leur mariage, lors de cérémonies en décembre, toutes les années paires, afin de coïncider avec les dates de la circoncision des garçons. A la suite de ce programme, la majorité des filles ont arrêté cette pratique la première année. Selon de récents rapports, toutefois l'excision aurait continué dans les années suivantes car les dirigeants seraient revenus à leur position en faveur de cette pratique. En outre, nombre de filles déclarent qu'elles souhaitent subir une EF car elles n'ont pas pris part à la décision d'y mettre fin et estiment qu'on leur a refusé un privilège⁵¹.

5. Identification des personnes ayant remis en question ou abandonné les conventions sociétales pour explorer des options positives remplaçant des normes culturelles, convictions ou perceptions dans leurs communautés.

Cette démarche identifie les membres communautaires opposés à l'excision pour les promouvoir à titre de modèles. Il peut s'agir de familles, de professeurs, de personnalités religieuses et autres qui ont abandonné la pratique de l'excision, incité les autres à rejeter cette dernière ou déclaré publiquement leur opposition à son endroit. L'efficacité de la stratégie est rehaussée par des efforts pour étayer les récits de personnes ayant rejeté l'excision, ayant fait face au désarroi et à l'opposition rencontrés et ayant pris position contre des opinions majoritaires. Ces personnes

relatent leur expérience à des forums communautaires.

Le bureau en Égypte du CEDPA (Centre for Development and Population Activities) a mis en œuvre un projet pilote, de 1998 à 1999, afin de comprendre les facteurs qui permettent à certaines familles de décider de ne pas faire opérer leurs filles. Les collaborateurs du CEDPA/Égypte ont cerné neuf modèles positifs et ont organisé des partenariats avec quatre ONG : COST (Coptic Organization for Services and Training) et Manshiet Nasser, deux ONG à Beni Suef, CEWLA (Center for Egyptian Women's Legal Assistance) au Caire et Caritas à Minya. Ces ONG représentent des populations urbaines, rurales, chrétiennes et musulmanes, de tous les niveaux d'éducation et elles offrent des activités dans divers domaines : alphabétisation, acquisition de nouvelles compétences, santé et planification de la famille, aide judiciaire et lutte contre la toxicomanie.

Le projet englobait des ateliers d'orientation axés sur la pratique de l'excision, les efforts antérieurs sur le sujet et une vue d'ensemble du processus, avec des entretiens avec les neuf modèles. La formation axée sur les compétences portait sur des aptitudes de communication efficace, ainsi que des techniques d'entretien et d'enregistrement d'informations.

Leçon de tricot du cours d'économie domestique au Caire (Égypte) dirigé par le CEOSS (Coptic Evangelical Organization for Social Services).

Après la conduite des entretiens, les dirigeants communautaires, les collaborateurs du CEDPA et des ONG se sont réunis pour analyser les informations enregistrées. Cette analyse a constitué le fondement des stratégies et des activités proposées pour aboutir à l'abandon de l'excision dans les communautés participantes.

Par le biais de ses activités, le CEDPA/Égypte a formé 31 femmes et 13 hommes et mis au point un manuel pour aider d'autres organisations souhaitant reproduire le projet. A l'heure actuelle, 83 modèles de rôle ont été identifiés et interviewés dans les communautés locales.

Les communautés et les organisations de développement local en Égypte ont applaudi ce projet, qui a été reproduit dans huit autres pays. Le projet est en cours d'évaluation.

De nombreuses démarches visant à l'abandon de l'excision ont été tentées et d'autres seront mises au point jusqu'à ce que cette pratique disparaisse. Il n'existe aucune donnée d'évaluation rigoureuse, mais les preuves s'accumulent quant à l'incidence des activités communautaires pour combattre l'excision. Des efforts ont été entrepris pour affecter davantage de ressources au recueil et à l'analyse des données, et s'attacher davantage à la nécessité d'effectuer des recherches de haute qualité afin d'évaluer l'efficacité des interventions de lutte contre l'excision.

En règle générale, les efforts de sensibilisation à cette question connaissent un plus grand retentissement que ceux visant à changer les comportements. Par exemple, dans de nombreux pays, l'excision n'est plus un sujet tabou et les dirigeants politiques, religieux et traditionnels soutiennent l'abandon de cette pratique. En outre, la société civile, y compris les médias, prend davantage part à la promotion du dialogue et de l'éducation sur ce sujet. Les organisations qui ont investi dans l'abandon de l'excision améliorent leurs compétences de promotion dans ce domaine, par la mise en œuvre de programmes et la rédaction de messages et de documents appropriés à cet effet.

On reconnaît de plus en plus que l'excision est une violation des droits

Cette photo n'a pas publié par respect des droits d'auteur.

de la personne, qu'elle porte atteinte à la santé sexuelle des femmes et qu'elle constitue un fardeau pour la santé publique. Des lois de lutte contre l'excision ont été promulguées dans 10 pays africains et d'autres pays ont adopté des décrets ou des lois médicales générales pour réglementer ou interdire l'excision⁵². Enfin, les efforts communautaires ont démontré que des changements peuvent intervenir sur une petite échelle et commencer à réduire l'excision chez certains groupes, dans les pays qui la pratiquent.

Projets prometteurs

La présente section offre une brève description de quatre projets communautaires prometteurs en Égypte, au Sénégal, au Kenya et en Ouganda. Les études d'évaluation sont en cours et selon les données préliminaires, il s'agirait de réussites. Les enseignements tirés de ces projets communautaires sont présentés en détail dans le rapport PATH/OMS.

Égypte : Coptic Evangelical Organization for Social Services (CEOSS)

La CEOSS, ou Organisation évangélique copte pour les services sociaux, existe depuis 50 ans et, dans la communauté copte, ses programmes de renforcement de l'autonomie des femmes rurales font sa renommée, notamment le programme de lutte contre l'excision établi en 1995. Ce programme d'éducation vise tous les membres des familles et porte une

attention particulière aux filles de 7 à 13 ans, courant le risque d'excision, ainsi qu'à leurs mères.

Cette démarche comporte plusieurs volets. Tout d'abord, on crée un comité de leaders locaux, comprenant un omda (maire), un cheik et un prêtre. Des responsables de la mise en œuvre du programme CEOSS, d'ordinaire une équipe composée d'un homme et d'une femme, résident auprès d'une famille choisie à cet effet, et sont chargés de travailler directement avec les dirigeants locaux. Le travail dans le domaine de l'excision commence par l'inscription des filles de 7 à 13 ans, à qui l'on présente progressivement les questions de santé et d'alphabétisation, puis le sujet délicat de l'excision. Cette démarche progressive est capitale et les responsables de la mise en œuvre vérifient, à intervalles réguliers, la maturité d'esprit des participantes avant de passer à d'autres sujets ou de faire avancer le programme. Cette démarche a connu le plus grand succès dans les communautés homogènes, par exemple dans des villages dotés d'une majorité chrétienne, où les habitants s'influencent facilement les uns les autres et où il existe une certaine pression pour se conformer à la norme. Selon le PATH/OMS, des résultats positifs ont été enregistrés également dans les villages où la majorité est musulmane, mais le niveau de réussite n'est pas encore comparable aux villages d'Al Tabeya et Deir Al Bersha.

Le programme CEOSS découpe la communauté selon le nombre de lea-

Cette photo n'a pas été publiée par respect des droits d'auteur.

L'imam d'un village donne lecture du Coran dans un village de Tatin Bambara, près de Dakar, au Sénégal, où l'on continue à pratiquer l'excision. À droite se trouve la présidente de l'association des femmes du village. Un dialogue informé sur l'excision entre femmes, hommes et dirigeants communautaires et religieux jette les bases nécessaires pour en modifier la pratique.

ders disponibles, chacun endossant la responsabilité d'une aire géographique précise. Chaque leader élabore un plan de travail annuel et suit environ 10 filles par an, en se servant de tableaux de suivi conçus à cet effet. Au cas où, selon ce tableau, une fille atteint ses 13 ans et n'est pas opérée, elle est considérée hors risque et son cas, couronné de succès.

Selon l'étude PATH/OMS, le CEOSS a réussi à réduire le taux d'EF dans huit communautés sur 22 du gouvernorat de Minya. Le taux d'abandon de l'excision était de plus de 70 % dans ces huit villages. Ces changements positifs sont intervenus sur sept ans (cf. encadré n° 4, page 13).

Plusieurs facteurs ont contribué à l'efficacité du projet : un axe sur les jeunes filles courant le plus le risque d'une EF, le recours à des informations claires et positives concernant l'abandon de l'excision et le soutien de diri-

geants des communautés locales, ce qui contribue à la pérennité des efforts. Des initiatives ont été entreprises pour évaluer la continuité de cet effort à long terme.

Sénégal : l'expérience Tostan et l'éducation communautaire

Tostan est une organisation internationale non gouvernementale pour l'éducation, créée en 1991, dont le siège se trouve au Sénégal. Tostan, qui signifie « découverte » en wolof, renforce l'autonomie des populations par l'éducation et les connaissances, afin de valoriser leur développement individuel et communautaire. Citons ses objectifs spécifiques : réduire l'analphabétisme, promouvoir le développement personnel par l'utilisation de documents éducatifs adaptés et offrir un programme éducatif modèle pouvant être reproduit. Tostan offre aux femmes et aux adolescentes un pro-

gramme éducatif d'un an sur divers sujets : techniques comptables, droits de la personne, planification et mise en œuvre de projets, santé de l'enfant et de la femme (y compris l'excision), dans leur propre langue.

Après avoir été informées des conséquences néfastes de l'excision sur la santé, les femmes de Malicounda Bambara ont commencé progressivement, à partir de 1996, à parler ouvertement de la pratique avec leurs maris, le chef du village (un homme) et l'imam, un éminent chef religieux. Au bout d'un an, les femmes se sont mobilisées et ont déclaré qu'elles mettraient fin à cette pratique. Le chef du village a soutenu cette décision et aucune cérémonie d'EF ne s'est tenue cette année-là. En raison des efforts de cette communauté, les villages avoisinants ont également commencé à s'exprimer contre l'excision. Le projet a reçu l'appui du président sénégalais, qui a vivement incité d'autres communautés à suivre l'exemple de Malicounda Bambara et a entamé les procédures visant à mettre en œuvre la législation interdisant l'excision. L'imam du village bambara de Keur Simbara, réellement déterminé à faire abandonner l'excision, s'est rendu dans tous les villages bambara, en trois mois. Ses efforts et le consensus des autorités religieuses, sanitaires et publiques, ont abouti à la déclaration de Diabougou, affirmant l'engagement de la communauté bambara à mettre fin à la pratique de l'excision. A l'heure actuelle, 274 villages (soit plus de 250.000 personnes) ont convenu



Cette photo n'a pas été publiée par respect des droits d'auteur.

Le processus de Tostan permet une décision collective pour mettre fin à l'excision, pour qu'aucune famille et aucune fille ne soit frappée d'ostracisme.

« Nous demandons à Dieu que notre décision serve d'inspiration à d'autres communautés du monde entier. Hier, il y avait un seul village, puis il y en a eu 10, aujourd'hui plus de 100, et demain nous serons des millions au Sénégal et dans toute l'Afrique, à protéger et garantir le bien-être de nos concitoyens ».

—*Participante villageoise, lisant la Déclaration mettant fin à l'excision, rédigée et approuvée dans 105 villages de Kolda, région du sud du Sénégal.*

d'abandonner cette pratique. Le suivi du projet est en cours⁵³.

Le processus de Tostan a été couronné de succès car il a fourni une instruction de base, essentielle pour renforcer l'autonomie des villageois,

un forum de discussion de l'excision et la participation des dirigeants villageois (notamment les leaders religieux) qui peuvent répondre aux préoccupations des villageois sur la position de l'Islam sur ce sujet.

Quatre-vingt quinze pour cent des Sénégalais sont musulmans et la religion joue un rôle important dans leur vie. En outre, cela a permis aux habitants de prendre conscience des choix (par exemple, tout le monde ne fait pas opérer sa fille), de s'informer sur les avantages pour la santé de ne pas faire exciser les filles, et a permis aux habitants de décider collectivement de mettre fin à la pratique, afin qu'aucune famille ne soit remarquée et aucune jeune fille ne soit socialement discréditée, donc non-épousable. La publicité et la presse ont aidé le mouvement en encourageant le dialogue sur la question et en diffusant le message au-delà des villages initiaux.

Kenya : autres rites initiatiques à l'âge adulte

La Maendeleo Ya Wanawake Organization (MYWO) a été créée en 1952, dans le but d'améliorer le niveau de vie des familles et des communautés du Kenya. MYWO a eu recours au programme d'autres rites d'initiation à l'âge adulte pour promouvoir l'abandon de l'excision dans sept des 63 circonscriptions du Kenya⁵⁴. Le premier programme en la matière « Ntanira na Mugambo », (« l'excision par les mots », en swahili), mis au point par MYWO et PATH, s'est déroulé en 1996 à Meru, au Kenya. Le programme recueille les connaissances traditionnelles communiquées aux filles au moment de leur opération, et les adapte de manière à encourager des valeurs traditionnelles féminines positives sans les dégâts physiques et psychologiques qu'en-

traîne l'excision. Ce programme comprend un isolement de cinq jours, pour enseigner aux filles des valeurs et des comportements adultes (cf. encadré n° 5). Ce processus aboutit à une cérémonie d'une journée de passage à l'âge adulte, comprenant un festin, une remise de cadeaux et de diplômes.

Les autres rites initiatiques sont de plus en plus acceptés dans les communautés et sont validés par les anciens des communautés et l'association médicale kényenne. La cérémonie de « l'excision par les mots » s'est développée rapidement, en commençant par 12 familles de Gatunga (dans la circonscription de Tharaka Nithi) et a gagné 200 familles dans trois collectivités de la circonscription en un an. Selon le PATH/OMS, aucune des filles ayant participé aux cérémonies de substitution n'a été opérée. Leurs familles et elles-mêmes constituent un groupe central fermement décidé à recruter d'autres familles⁵⁵. Selon PATH Kenya, 14 rites initiatiques de substitution se sont déroulés dans les circonscriptions de Kisii, Meru, Narok et Tharaka Nithi. Quatre ans après la première cérémonie en 1996, près de 3.000 fillettes ont suivi ces cérémonies initiatiques de passage à l'âge adulte. En 1999, selon la recherche d'évaluation, on enregistre une modification des comportements et des attitudes chez les hommes et chez les femmes⁵⁶.

Des activités antérieures de vulgarisation communautaire ont sensibilisé l'opinion publique en permettant aux rites de passage alternatifs de se

Encadré n° 5

Cursus des autres rites initiatiques du passage à l'âge adulte – Kenya

- Amour-propre : faire face à la critique
- Responsabilité face à ses propres décisions
- Fréquentation du sexe opposé et rapports amoureux
- Faire face à la pression des pairs
- Hygiène individuelle
- Mariage
- Grossesse et prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) y compris le VIH/SIDA
- Contraception
- EF, mariage précoce et autonomie des femmes, y compris les droits des fillettes
- Respect de la communauté et des anciens

Note : Agence des États-Unis pour le développement international, Groupe de travail intra-Agence sur l'excision, *Female genital cutting : the facts and the myths*, rapport final de l'USAID (Washington, DC : USAID, 1999) : 13.

concentrer à encourager les décisions d'abandon de cette pratique. Une importante campagne médiatique a appuyé la promotion de la sensibilisation et l'intérêt porté à la question. Le ministère de la Santé prévoit de reproduire cet effort dans d'autres régions, notamment la circonscription de TansMara, grâce à un financement de l'Office allemand pour la coopération technique (Deutsche

Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit – GTZ).

Le programme des rites de substitution a réussi en partie en raison d'une stratégie plus vaste : il s'appuie sur les valeurs communautaires positives sous-tendant l'excision. Ce programme offre un point de départ pour promouvoir le dialogue entre les membres des familles des communautés rurales sur divers sujets : famille, apprentissage de la vie et sexualité. Divers administrés, y compris les filles (particulièrement celles initiées à l'excision entre 12 et 19 ans), les mères, les tantes, les grands-mères, les maraines, les dirigeants communautaires et les pères, étudient la possibilité d'adopter un rituel de substitution. Chacun d'entre eux suggère la manière et l'éventualité de mise en œuvre du programme, les informations nécessaires, les types de cérémonies préconisées, les types de cadeaux à remettre et les éventuels participants. Des éducatrices, choisies dans la communauté et formées à cet effet, remplissent des fonctions essentielles pour recruter les mères et les filles pour ce programme et les instruire des effets nocifs de l'excision.

Ouganda : programme sur la santé reproductive, communautaire et l'éducation sanitaire (REACH)

La communauté de Sabiny, dans la circonscription de Kapchorwa, en Ouganda, avec l'appui du Fonds des Nations Unies pour la population, a mis au point en 1995 le programme REACH. Ce programme a sensibilisé

les membres de l'association des anciens de Sabiny et les chefs des clans de la circonscription de Kapchorwa aux effets nocifs de l'excision. A la suite de ce programme, les anciens ont décidé de remplacer l'excision par une remise symbolique de cadeaux et autres festivités, pour marquer le passage à l'âge adulte. Le projet REACH comporte plusieurs volets de vulgarisation :

- séminaires et ateliers communautaires s'adressant à certains groupes de la communauté, y compris les anciens,
- sélection et formation d'adolescentes afin de remplir les fonctions d'éducatrices pour leurs camarades à l'école et au foyer pendant les vacances,
- formation des sages-femmes traditionnelles et du personnel soignant à la protection maternelle et infantile, au planning familial, à l'accouchement et aux dangers de l'excision, et
- création d'une journée culturelle de la circonscription, visant à célébrer les valeurs culturelles et réfuter les tabous et les pratiques nocives.

Le projet a réussi à obtenir la participation des chefs communautaires au processus décisionnel, à la conception et à sa mise en œuvre. Il a abordé les besoins de base de la santé reproductive de la communauté, tout en visant l'abandon de l'excision. Il s'est

appuyé sur une collaboration avec différents partenaires parmi les organismes internationaux bailleurs de fonds (par exemple International Planned Parenthood Federation et l'Agence norvégienne pour le développement) et plusieurs organisations intra-frontières (par exemple l'Association ougandaise de planification familiale). Enfin, le projet a eu recours à une démarche culturellement sensible et « persuasive » à l'égard de l'excision, au lieu d'une démarche la condamnant.

Depuis sa création en 1996, le projet REACH a eu une incidence positive sur la communauté de Kapchorwa. Selon les statistiques recueillies par les collaborateurs de REACH, le pourcentage de filles et de femmes opérées a diminué de 36 % en deux ans (544 excisions en 1996, par rapport à 854 en 1994). Autres résultats favorables : un dialogue plus vaste sur l'excision et la santé reproductive, une augmentation du nombre d'adolescentes pre-

nant part au programme pour sensibiliser les autres quant aux effets nocifs de l'excision et une demande accrue quant au nombre de séminaires de sensibilisation sur l'excision et ses effets connexes. Les anciens ont reçu le prix du FNUAP en 1998 pour leur rôle au sein du projet REACH. Cette démarche est reproduite dans d'autres pays, notamment au Mali.

Dans plusieurs pays, la participation marquée des hommes a permis d'encourager la cessation de l'excision. Cela est particulièrement vrai dans la région des projets Tostan et REACH. Les dirigeants (hommes) traditionnels, après avoir été sensibilisés aux effets nocifs de l'excision, ont pris parti pour l'abandon de l'excision dans leur communauté. Ils ont également lancé et collaboré aux projets novateurs afin de protéger les aspects cérémoniels importants de l'excision tout en éliminant l'excision véritable (cf. encadré n° 6).

Encadré n° 6

Le rôle des hommes dans l'abandon de l'excision

Dans deux pays pratiquant l'excision et disposant de données EDS sur les hommes (Guinée et Érythrée), les résultats de l'enquête révèlent que les hommes sont moins susceptibles que les femmes de soutenir la poursuite de l'excision. En Guinée par exemple, 68 % des femmes soutiennent l'excision, par rapport à 52 % des hommes¹. C'est également le cas en Érythrée où davantage de femmes (57 %) que d'hommes (46 %) appuient le maintien de cette pratique².

La participation des hommes est essentielle lorsqu'il s'agit de promouvoir l'abandon de l'excision. Toutefois, les hommes n'ont pas toujours été la cible des campagnes d'information, d'éducation et de communication. Les études qualitatives réalisées au Mali et au Burkina Faso par le Population Council indiquent que les hommes reconnaissent que cette pratique ne sera pas abandonnée sans leur participation. Au Burkina Faso, les pères remplissent un rôle prépondérant dans la décision de faire opérer leurs filles³.

Notes :

1. P. Stanley Yoder, Papa Ousmane Camara et Baba Soumaoro, *Female genital cutting and coming of age in Guinea* (Calverton, Maryland : Macro International, 1999).
2. Enquête démographique et de santé de 1995 en Érythrée (Calverton, Maryland : Macro International, 1995).
3. Population Council/Africa OR/TA, *Strengthening reproductive health services in Africa through operations research*, rapport final du 2e projet d'assistance (Nairobi, Kenya : Population Council) : 87.

Qui prend part à la décision de faire opérer les filles ? Données de Bazèga, Burkina Faso



N.B. : On a demandé aux hommes et aux femmes « Qui prend part à la décision de faire opérer les filles ? » Voici les réponses obtenues.

Source : Population Council/Africa OR/TA, *Strengthening reproductive health services in Africa through operations research*, rapport final du 2e projet d'assistance (Nairobi, Kenya : Population Council, 1999).

MESURES RECOMMANDÉES POUR METTRE FIN À L'EXCISION

Les données sur les attitudes, les pratiques et la prévalence peuvent offrir des informations documentaires importantes sur les possibilités d'intervention. En outre, les enseignements tirés de programmes antérieurs apportent un contexte important pour formuler des campagnes destinées à faire abandonner l'excision. PATH et l'OMS ont formulé les recommandations suivantes pour les décideurs et les directeurs de programme.

Recommandations à l'intention des décideurs

Les décideurs sont ceux qui sont en mesure d'influencer les politiques et d'apporter les fonds nécessaires pour la lutte contre l'excision.

1. Il convient que les gouvernements et les bailleurs de fonds appuient par leur assistance financière et technique le très grand nombre d'organisations œuvrant pour l'abandon de l'excision. Un nombre croissant d'organisations, notamment des ONG, prennent part aux efforts visant à mettre fin à l'excision. Toutefois, les programmes sont

d'ordinaire de petite taille, tributaires de bénévoles et de fonds provenant de bailleurs étrangers, et ils touchent une petite partie uniquement des personnes auxquelles ils seraient utiles. Un appui supplémentaire est nécessaire pour rendre ce réseau croissant d'organisations plus efficace et amplifier leur portée.

En Égypte, 15 ONG, y compris l'Egyptian Fertility Care Society, le Groupe de travail spécial contre l'excision, l'Institut pour les études sur les droits de la personne du Caire et CEOSS, ont rempli des fonctions essentielles dans la promotion de l'abandon de l'EF. Pour devenir plus efficaces, ces groupes doivent collaborer entre eux, valoriser la formation dans le domaine de la promotion et des aptitudes à communiquer et évaluer l'incidence de leurs programmes⁵⁷.

Les excellents modèles de programmes exécutés par les ONG à titre de projets pilotes doivent être amplifiés, soit par des interventions gouvernementales directes soit par le biais d'un appui accru en faveur des réseaux d'ONG.

2. Il convient que les gouvernements adoptent et utilisent des lois de lutte contre l'excision afin de protéger les filles et d'éduquer les communautés sur l'excision et les droits de la personne.

L'adoption de lois de lutte contre l'excision constitue l'un des aspects les plus controversés du mouvement en faveur de l'abandon de l'excision. Il est extrêmement difficile d'appliquer ces lois. Une application trop sévère peut entraîner la pratique clandestine de l'excision. De fait, ce fut le cas dans certains pays. Toutefois, la plupart des chargés de programmes et des militants conviennent qu'une législation de lutte contre l'excision démarquerait la légalité et l'illégalité, offrirait un appui juridique officiel aux activités de projet, ainsi qu'une protection légale aux femmes et, enfin, découragerait les exciseurs et les familles par crainte de poursuites judiciaires. La clé consiste à avoir recours aux lois de

Cette photo n'a pas été publiée par respect des droits d'auteur.

En Égypte, les ONG ont rempli un rôle essentiel dans la promotion de l'abandon de l'excision.

façon positive, à titre de moyen d'éducation du public sur les mesures communautaires de lutte contre l'excision.

3. Il convient que les gouvernements prennent une part active aux décisions de réforme et à l'expansion des programmes existants.

Les gouvernements ont un rôle essentiel à jouer : élargir les activités communautaires efficaces d'abandon de l'excision. A ce jour, la plupart des gouvernements ont apporté un appui sous forme de contributions en nature aux ONG œuvrant dans les communautés. Les excellents modèles de programmes exécutés par les ONG à titre de projets pilotes doivent être élargis, soit par des interventions gouvernementales directes soit par le biais d'un soutien accru des réseaux d'ONG.

4. Pour pérenniser les programmes, il convient que les gouvernements institutionnalisent les efforts d'abandon de l'excision auprès de tous les ministères concernés

A l'heure actuelle, aucun des efforts en cours de lutte contre l'excision n'est durable à long terme, en partie parce qu'ils n'ont pas été en mesure de changer les normes sociales qui sous-tendent l'excision. L'intégration de la problématique de l'excision dans les programmes gouvernementaux a toutefois enregistré un certain succès. Au Burkina Faso, le comité national de lutte contre la pratique de l'excision a assuré, efficacement, la promotion de l'abandon de l'excision, par sa participation à des manifestations nationales, notamment la journée internationale de la population, en intégrant l'abandon de l'excision dans tous les ministères concernés et par des activités de formation et de sensibilisation.

Les efforts déployés dans d'autres pays, par exemple au Mali, ont rencontré davantage de difficultés. Bien que divers ministères aient exprimé leur soutien à l'égard des activités de lutte contre l'excision, celles-ci n'ont pas été intégrées dans les ministères concernés, notamment dans les programmes exécutés par le ministère de la Santé malien. Les facultés de médecine et les écoles d'infirmières au Mali ne présentent pas dans leur cursus l'excision à titre de pratique néfaste pour la santé⁵⁸. A l'heure actuelle, PRIME II, une association d'organisations ayant son siège aux États-Unis,

collabore avec le ministère de la Santé pour mettre au point un cursus national englobant l'excision⁵⁹.

Les gouvernements ont la responsabilité de prendre des décisions politiques et d'inclure l'abandon de l'excision dans les programmes courants de santé reproductive et de développement. Un succès restreint a été obtenu grâce à une mobilisation accrue de fonds, une intégration plus avancée des activités de lutte contre l'excision dans les programmes gouvernementaux et de la société civile, et l'appel à l'appui communautaire.

5. Il convient que les prestataires médicaux à tous les niveaux reçoivent une formation et un appui financier pour traiter les complications qu'entraîne l'excision et pour prévenir l'excision.

Un fondement essentiel de l'abandon de l'excision : sensibiliser les prestataires de soins à l'ampleur et à la gra-

tivité des complications qu'entraîne l'excision et leur donner les compétences et les moyens de les traiter. Les prestataires de soins rencontrent souvent des femmes et des filles souffrant de complications liées à l'excision. Toutefois, ils ne sont souvent pas préparés à traiter et conseiller les femmes, ni à prévenir la récurrence de l'excision. Il existe peu de formation sur les traitements cliniques à appliquer aux femmes ayant subi une EF ou sur les consultations d'orientation pour les femmes souffrant de problèmes psychologiques ou sexuels. Les femmes n'ont pas accès, dans la plupart des pays, à des services pertinents et de haute qualité.

En 1998, une étude de recherche opérationnelle réalisée au Mali s'est efforcée d'évaluer le recours au personnel sanitaire pour aborder la problématique de l'excision. L'étude, réalisée par une ONG, Association de soutien au développement des activités

de population (ASDAPO), et par le ministère de la Santé, a évalué l'efficacité d'un stage de formation de trois jours sur l'identification et le traitement des complications médicales liées à l'excision, ainsi que sur les consultations psychologiques des patientes sur ce sujet. L'étude s'est axée sur 14 centres de santé, ruraux et urbains, à Bamako et dans la région de Ségou. Elle a regroupé 107 prestataires de soins relevant de sites expérimentaux et témoins. Selon les résultats, ce stage a permis de changer efficacement les attitudes des prestataires de soins par rapport à l'excision. Après avoir suivi cette formation, trois prestataires sur quatre connaissaient au minimum trois complications immédiates et durables de l'excision. Toujours selon l'étude, ces prestataires ont estimé qu'ils possédaient des connaissances restreintes en matière de soins des complications à la suite de l'excision (même après avoir reçu cette formation) et qu'ils avaient besoin d'une formation plus poussée pour parler de l'excision avec leurs clientes⁶⁰.

6. Il conviendrait que les gouvernements, les bailleurs de fonds et les ONG œuvrant en faveur de l'abandon de l'excision, continuent à coordonner leurs efforts.

Selon les évaluations sur le terrain, il existe une gamme impressionnante d'efforts coopératifs et d'échanges d'informations et de ressources entre les ONG, les institutions gouvernementales et les bailleurs de fonds.

Encadré n° 7

Script de théâtre Tostan

Poollel était une petite fille de huit ans. Un jour, la sœur de son père est venue la chercher, accompagnée d'une exciseuse traditionnelle. Poollel, avec ses amies du même âge, était censée subir une EF rituelle, pratiquée par son groupe ethnique. Cette opération allait l'aider à devenir une « vraie femme », lui donner sa dignité et sa valeur au sein de sa société. Malheureusement, l'opération a mal tourné : Poollel a souffert d'une hémorragie et sa famille en était bouleversée. Ses parents se sont rendus chez l'infirmière du village. Cette dernière s'est mise en colère contre les parents qui avaient fait opérer leur fille, mais elle s'est efforcée de stopper l'hémorragie. Elle n'y a pas réussi et Poollel a souffert le martyr. Elle a enfin été évacuée dans un hôpital régional où les médecins ont tenté de la sauver. Mais il était trop tard. Poollel est morte le lendemain.

Source : Tostan, *Breakthrough in Senegal : the process that ended female genital cutting in 31 villages* [Découverte au Sénégal : le processus qui a mis fin à l'excision dans 31 villages] (Nairobi, Kenya : Population Council, 1999).

D'ordinaire, les organisations s'invitent mutuellement à des réunions et activités de formation et coordonnent leurs activités sur les sites des programmes afin d'éviter tout double emploi des efforts. Malgré des conflits occasionnels quant aux financements et aux stratégies, les organismes ne devraient pas se décourager de poursuivre leurs efforts mutuels et de consolider leurs capacités.

7. Il conviendrait que les agences internationales aident les collaborateurs des ONG et des gouvernements à développer leurs compétences de promotion.

La promotion est essentielle pour garantir que les programmes d'abandon de l'excision soient implantés et maintenus jusqu'à l'élimination de l'excision. Les agences œuvrant en faveur de l'abandon de l'excision ont de plus en plus recours à la promotion pour éduquer le public et pour influencer sur les législations, mais il leur faut toutefois améliorer leurs compétences.

Recommandations destinées aux directeurs de programmes

Les directeurs de programmes conçoivent et mettent en œuvre les programmes.

1. Il conviendrait que les exécutants des programmes d'abandon de l'excision fassent participer tous les administrés à la conception, la mise en œuvre et l'évaluation de ces programmes.

Bien que les évaluations de programme indiquent que les agences ont englobé une vaste gamme de participants dans la planification des programmes, rares sont les agences qui ont fait intervenir les bénéficiaires escomptés, les femmes et les jeunes filles, aux activités de conception. Les démarches participatives sont essentielles à la réussite.

2. Il convient que les programmes visant à mettre fin à l'excision s'appuient sur des recherches solides pour que leurs programmes et documents ciblent un public précis.

De nombreux groupes ont mis au point et mis en œuvre leurs efforts de lutte contre l'excision sans réaliser de recherches pratiques, spécifiques au pays concerné. Il convient que chaque perception communautaire sur l'EF constitue le fondement des campagnes d'information et d'abandon de cette dernière. Il serait préférable que les programmes et les documents empruntent des symboles compris des publics analphabètes, qu'ils emploient des images neutres, qu'ils transmettent des messages sans jugement de valeur et qu'ils incluent des informations à jour.

3. Il est important que les programmes soient particulièrement axés sur les jeunes filles, car ces dernières sont les agents du changement et elles sont plus susceptibles de subir une EF.

Selon les résultats des EDS et d'autres recherches, un pourcentage élevé d'adolescentes, de 15 à 19 ans, a déjà subi une EF. En dépit de la prévalence élevée de cette pratique, les jeunes filles (notamment dans les zones urbaines) sont plus susceptibles que leurs parents de s'opposer à cette pratique. En raison de cette différence entre les générations quant à l'approbation de l'excision, les responsables de la mise en œuvre des programmes de lutte contre l'excision considèrent les adolescentes comme le principal public ciblé. Les activités de vulgarisation pour ce groupe peuvent être réalisées par des moyens formels (par exemple dans le cadre des écoles) et informels (par exemple dans le cadre d'associations de jeunes). Les programmes d'éducation par des pairs et les programmes de rituel de substitution de passage à l'âge adulte sont particulièrement importants pour changer les attitudes, les connaissances et les pratiques futures des jeunes.

4. Il serait souhaitable d'inclure les hommes et les femmes instruits des zones urbaines dans les programmes.

L'excision est pratiquée dans tous les groupes socioéconomiques. De fait, dans les pays à haute prévalence de l'excision, il existe uniquement des différences minimales entre les niveaux

de pratique suivant l'instruction et la domiciliation des femmes. Dans ces pays, les jeunes femmes, en général, sont presque aussi susceptibles d'être opérées que leurs mères. Les citadines instruites, en Égypte, en Érythrée, au Mali et au Soudan, sont plus susceptibles de désapprouver l'excision que leurs homologues rurales moins instruites. En dépit de cette attitude moins favorable envers l'excision, un grand nombre de femmes opposées à l'excision ont fait opérer ou souhaitent faire opérer leurs filles. Selon PATH/OMS, les communautés urbaines et instruites ont peut-être été oubliées dans les programmes d'abandon de l'excision, qui se sont généralement axés sur les jeunes et les communautés rurales et non instruites. Il serait bon que les programmes englobent les groupes urbains et instruits qui auraient des réserves quant à la pratique de l'excision.

5. Il importe que les programmes évaluent et s'appuient sur les valeurs communautaires positives qui soutiennent l'excision, tout en œuvrant auprès de la population afin d'abandonner cette pratique.

Il est recommandé que les programmes de lutte contre l'excision soient mis au point par les communautés où cette dernière est pratiquée, et non par des décideurs, des éducateurs ou des professionnels de la santé de l'extérieur. Les programmes figurant dans le présent rapport constituent des interventions prometteuses,

Cette photo n'a pas publié par respect des droits d'auteur.

L'expérience des programmes communautaires indiquerait que la pratique de l'excision serait en voie de disparition. Si les programmes communautaires sont au cœur des efforts visant à faire abandonner l'excision, les lois nationales et internationales, les politiques et les ressources sont aussi nécessaires pour produire un environnement propice à ces initiatives locales.

fondées sur le renforcement de l'autonomie communautaire, le renforcement du consensus et les décisions collectives.

6. Il serait bon que les programmes élargissent leur collaboration avec les médias, notamment dans les domaines créatifs tels que les médias et les spectacles traditionnels (cf. encadré n° 7). Plus de 60 % des groupes œuvrant pour l'abandon de l'excision citent la collaboration avec les médias à titre de

stratégie de programme. Une couverture médiatique précise permet de désensibiliser la question de l'excision et d'encourager le dialogue. Trente à quarante pour cent des agences interrogées ont produit des programmes éducatifs traditionnels et modernes, avec médias et spectacles populaires. Ces types de stratégies médiatiques serviraient à examiner les traditions et les mythes qui entourent l'excision, sous forme divertissante et non intimidante.

7. Il convient que les efforts de formation à la lutte contre l'excision soient exhaustifs quant à la gamme de personnes formées et aux sujets abordés.

La formation constitue un élément critique des efforts visant l'abandon de l'excision. Elle valorise la capacité des responsables de la mise en œuvre des programmes à concevoir, exécuter, évaluer et surveiller les programmes pluridimensionnels, nationaux et communautaires, pour modifier les comportements, ainsi que leur capacité à établir une infrastructure d'ensemble pour en garantir la pérennité. Par exemple, le programme conjoint de l'organisation Kenya-Maendeleo Ya Wanawake et PATH-Kenya comprend un cours de trois à quatre semaines, destiné aux responsables de la mise en œuvre, aux prestataires de soins et autres personnes-ressource. Il fournit aux participants l'information et les compétences nécessaires pour planifier et mettre en œuvre une intervention communautaire efficace de lutte contre l'excision.

8. Il conviendrait que les programmes accordent la priorité à l'exécution d'évaluations pour mesurer l'efficacité de leurs activités.

Des données d'évaluation rigoureuses sont rarement disponibles pour appuyer l'amélioration et l'expansion des programmes de lutte contre l'excision. L'analyse PATH/OMS indique que moins de 30 % des organisations interrogées ont évalué leurs projets pour cause de manque de fonds ou de connaissances spécialisées. La plupart des groupes interrogés déclarent avoir mieux réussi en matière de sensibilisation à l'excision qu'en matière de changement des comportements.

Des progrès sont réalisés pour encourager et promouvoir l'abandon de l'excision, mais ces efforts ne font que commencer. Dans certains contextes, dans quelques pays, la pratique de l'excision a diminué et les attitudes à son égard semblent changer. L'expérience des programmes communautaires porte à croire que la pratique de l'excision est en voie de disparition. Si les programmes communautaires sont au cœur des efforts visant à faire abandonner l'excision, les lois nationales et internationales, les politiques et les ressources sont aussi nécessaires pour créer un environnement propice à ces initiatives locales.

ANNEXE

Agences d'exécution des Enquêtes démographiques et de santé

Pays	Année de l'étude	Nombre de femmes de 15 à 49 ans interrogées	Agence d'exécution
Burkina Faso	1998–1999	6.445	Institut National de la Statistique et de la Démographie, Ministère de l'Économie et des Finances
Égypte	1995	14.779*	National Population Council
	2000	15.573*	
Érythrée	1995–1996	5.054	National Statistics Office, Department of Macro Policy and International Economic Cooperation, Office of the President
Kenya	1998	7.881	National Council for Population and Development, Central Bureau of Statistics, Office of the Vice President and Ministry of Planning and National Development
Mali	1995–1996	9.704	Cellule de Planification et de Statistique, Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées ; Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique
République centrafricaine	1994–1995	5.884	Direction des Statistiques Démographiques et Sociales, Division des Statistiques et des Études Économiques, Ministère de l'Économie, du Plan et de la Coopération Internationale
Soudan	1989–1990	5.860	Department of Statistics, Ministry of Economic and National Planning
Tanzanie	1996	8.120	Bureau of Statistics Planning Commission
Yémen	1991–1992	5.687*	Central Statistical Organization
	1997	10.414*	

*Indique les femmes qui sont mariées ou qui l'ont été.

RÉFÉRENCES

1. Asha Mohamud, Nancy Ali, Nancy Yinger, Program for Appropriate Technology in Health/Organisation mondiale de la Santé (PATH/OMS), *Female genital mutilation, programmes to date : what works and what doesn't* (Genève: OMS, 1999) : 3.
2. Carla Makhoulf Obermeyer et Robert F. Reynolds, "On cutting women's genitals, female genital surgeries, reproductive health and sexuality : a review of the evidence", *Reproductive Health Matters* 7, No. 13 (mai 1999) : 112-120.
3. PATH/OMS, *Female genital mutilation, programmes to date : what works and what doesn't* : 3.
4. Bettina Shell-Duncan et Ylva Hernlund, *Female "circumcision" in Africa : culture, controversy, and change* (Boulder, Colorado : Lynne Rienner Publishers, Inc., 2000).
5. Dara Carr, *Female genital cutting : findings from the demographic and health survey* (Calverton, Maryland : Macro International, 1997) : 3.
6. Shell-Duncan et Hernlund, *Female "circumcision" in Africa*.
7. Nahid Toubia, *Female genital mutilation : a call for global action* (New York : RAINBO, 1995) : 9.
8. Alean Al-Krenawi et Rachel Wiesel-Lev, "Attitudes toward and perceived psychological impact of female circumcision as practiced among the Bedouin-Arabs of the Neger", *Family Process* 38, No. 4 (1999) ; et Gary Davis, Julius Ellis, Milo Hibbert, Romeo Perez et Erlene Zimbleman, "Female circumcision : the prevalence and nature of the ritual in Eritrea", *Military Medicine* 164, No. 1:011 (1999).
9. Margaret Brady, "Female genital mutilation : complications and risk of HIV transmission", *AIDS Patient Care and STDs* 13, No. 12 (décembre 1999) : 709-716.
10. OMS, Déclaration à la Commission des droits de l'homme, août 1982, dans *Female genital mutilation : an overview* (Genève : OMS, 1998), consultée en ligne à www.who.int/dsa/cat98/fgmbook.htm, le 1 mai 2001.
11. Brady, "Female genital mutilation : complications and risk of HIV transmission", *AIDS Patient Care and STDs*.
12. Olayinka Koso-Thomas, *The circumcision of women : a strategy for eradication* (Londres : Zed Books Ltd., 1987).
13. Nafissatou J. Diop et al., *Etude de l'efficacité de la formation du personnel socio-sanitaire dans l'éducation des client(e)s sur l'excision au Mali* (Bamako, Mali : Population Council, 1998) ; et Heidi Jones et al., "Female genital cutting and its negative health outcomes in Burkina Faso and Mali", *Studies in Family Planning* 30, No. 3 (septembre 1999).
14. OMS, *Female genital mutilation : report of a technical working group* (Genève : OMS, 1996) : 9.
15. Frances Althus, "Female circumcision : rite of passage or violation of rights?" *International Family Planning Perspectives* 23, No. 3 (septembre 1997) : 130.
16. Nahid Toubia et Susan Izett, *Female genital mutilation : an overview* (Genève : OMS, 1998).
17. Ibid.
18. The Center for Reproductive Law and Policy, *Reproductive rights 2000 : moving forward* (New York : CRLP, 2000) : 39.
19. Stephen A. James, "Reconciling international human rights and cultural relativism : the case of female circumcision", *Bioethics* 8, No. 1 (1994).
20. Anika Rahman et Nahid Toubia, *Female genital mutilation : a guide to laws and policies worldwide* (Londres : Zed Books Ltd., 2000) : 95-241. L'information sur le Nigeria a été ajoutée après une communication personnelle avec Laura Katzvie, Center for Reproductive Law and Policy, le 11 juin 2001.
21. Tostan, *Breakthrough in Senegal : the process that ended female genital cutting in 31 villages* (Nairobi, Kenya : Population Council, 1999).
22. Althus, "Female circumcision: rite of passage or violation of rights?" : 130.
23. Asha Mohamud, "Strategies to abandon FGM : the role of youth and youth-serving organizations", exposé présenté à l'African Adolescent Forum, Program for Appropriate Technology in Health (PATH), Addis Adaba, Éthiopie, le 20 janvier 1997.
24. Enquêtes démographiques et de santé – Burkina Faso (1999), Égypte (1995), Égypte (2000), Érythrée (1998), Kenya (1998), Mali (1996), République centrafricaine (1994), Soudan (1990), Tanzanie (1996), Yémen (1991/1992), et Yémen (1997) (Calverton, Maryland : ORC Macro).
25. Communication personnelle avec Ian Askew, Population Council, le 23 mars 2001.
26. Enquêtes démographiques et de santé – Érythrée (Asmara, Érythrée : National Statistics Office et Calverton, Maryland : ORC Macro, 1997).
27. Communication personnelle avec Mohamed Ayad, ORC Macro, le 24 janvier 2001.
28. Communication personnelle avec Ian Askew, Population Council, le 23 mars 2001.
29. Communication personnelle avec Mohamed Ayad, ORC Macro, le 24 janvier 2001.
30. Dara Carr, *Female genital cutting : findings from the demographic and health survey* : 18.
31. Les tabulations spécifiques des données des Enquêtes démographiques et de santé – Burkina Faso (1999), Égypte (1995), Érythrée (1995), Kenya (1998), Mali (1996), République centrafricaine (1994), Soudan (1990), Tanzanie (1996) et Yémen (1991/1992) sont le fruit du travail de Rodney Knight et Lisa Belzak, de Principia International, Inc., 2000 et 2001.
32. Communication personnelle avec Zeinab Ayega, RAINBO, mars 2001.
33. Omaima El-Gibaly, Barbara Ibrahim, Barbara S. Mensch et Wesley H. Clark, "The decline of female circumcision in Egypt : evidence and interpretation", *Policy Research Division Working Paper* no. 132 (New York : Population Council, 1999) : 14.
34. Rahman et Toubia, *Female genital mutilation : a guide to laws and policies worldwide* : 76 ; et Enquêtes démographiques et de santé en Égypte et Tanzanie 1995 (Calverton, Maryland : ORC Macro, 1995).
35. Le rapport PATH/OMS est disponible en anglais à www.who.int/frhwhd/PDFfiles/Programmes.

36. PATH/OMS, *Female genital mutilation, programmes to date : what works and what doesn't* : 8.
37. Rahman et Toubia, *Female genital mutilation : a guide to laws and policies worldwide* : 19.
38. S. Armstrong, "Female circumcision : fighting a cruel tradition", *New Scientist* 1754 (2 février 1991) : 42-47.
39. Ministère des Enseignements secondaire, supérieur et de la Recherche scientifique du Mali, Centre national de la Recherche scientifique et technologique, *Evaluation de la stratégie et reconversion des exciseuses pour l'éradication des mutilations génitales féminines au Mali* (1998) ; et "FGC excisors persist despite entreaties", *OR Summary* 2 Population Council, (janvier 2000).
40. Rahman et Toubia, *Female genital mutilation: a guide to laws and policies worldwide* : 77 ; et PATH/OMS, *Female genital mutilation, programmes to date : what works and what doesn't* : 106.
41. Anal Abd El-Hadi, "We are decided : the experience of an Egyptian village to stop FGM" (Le Caire : Cairo Institute for Human Rights Studies, 1999). Extrait de Susan Izett et Nahid Toubia, "Female circumcision/female genital mutilation", *Women and Health* (New York : Academic Press, 2000).
42. Asha Mohamud, Samson Radeny, Nancy Yinger et Leah Muuya, "Protecting and empowering girls : confronting the underlying roots of female genital mutilation", rapport non publié, 2001.
43. Cheywa Spindel, Elisa Levy et Melissa Connor, *With an end in sight: strategies from the UNIFEM trust fund to abandon violence against women* (New York : Fonds de développement des Nations Unies pour la femme, 2000) : 23-33.
44. Gerry Mackie, "Female genital cutting : the beginning of the end", dans *Female circumcision in Africa: culture, controversy, and change*, eds. Bettina Shell-Duncan et Ylva Hernlund (Boulder, Colorado : Lynne Rienner Publishers, Inc., 2000), consulté en ligne à www.tostan.org/article4b.html, le 1 mai 2001.
45. Ibid.
46. Tostan, "Ending female genital cutting in the Kolda region", rapport d'achèvement du projet Promoting Women in Development (PROWID), soumis au Centre for Development and Population Activities (1999).
47. Gerry Mackie, "Female genital cutting : the beginning of the end."
48. Tostan, *Breakthrough in Senegal : a report on the process to end female genital cutting in 31 villages* (New York : Population Council, 1998).
49. Alan R. Andreasen, *Marketing social change : changing behavior to promote health, social development, and the environment* (San Francisco : Jossey-Bass, 1995).
50. Rahman et Toubia, *Female genital mutilation : a guide to laws and practices worldwide* : 78.
51. PATH/OMS, *Female genital mutilation, programmes to date : what works and what doesn't* : 119.
52. Ibid. : 14.
53. Tostan, *Breakthrough in Senegal: a report on the process to end female genital cutting in 31 villages*.
54. Population Council, le 30 octobre 2000.
55. PATH/OMS, *Female genital mutilation, programmes to date : what works and what doesn't* : 109.
56. Samson Radeny, "Helping communities change traditions : lessons from a female genital mutilation (FGM) eradication project in Kenya," PATH, mai 2001. Exposé présenté au Global Health Council Conference, Washington, DC, 29 mai-1 juin 2001.
57. Nahla Abdel-Tawab et Sahar Hegazi, *Critical analysis of interventions against FGC in Egypt, final report* (Le Caire : Population Council, 2000), extrait de "NGOs need to join forces to end FGC", *OR Summaries* 14 (Washington, DC : Population Council, septembre 2000).
58. PATH/OMS, *Female genital mutilation, programmes to date : what works and what doesn't* : 98.
59. Communication personnelle avec Rebecca Kohler, PRIME/INTRAH, le 28 juin 2001.
60. Nafissatou J. Diop, *Etude de l'efficacité de la formation du personnel socio-sanitaire dans l'éducation de client(e)s sur l'excision au Mali* (Bamako, Mali : Population Council, 1998), extrait, *OR Summaries* 11 (Washington, DC : Population Council, avril 2000).

SITES WEB ET AUTRES RESSOURCES

AllAfrica

Site Web : fr.allafrica.com

Agence des États-Unis pour le développement international (USAID)

Siège social

Ronald Reagan Building

Washington, DC 20523-1000, É.-U.

Tél. : 202-712-4810

Télécopieur : 202-216-3524

Site Web : www.usaid.gov

Centre for Development and Population Activities (CEDPA)

Siège social

1400 16th Street, NW, Suite 100

Washington, DC 20036, É.-U.

Tél. : 202-667-1142

Télécopieur : 202-332-4496

Site Web : www.cedpa.org/publications

E-mail : cmail@cdpa.org

CEDPA/Égypte

53 Manial Street, Suite 500

Manial El Rodah

B.P. 110

Le Caire, Égypte 11451

Tél. : 202-365-4567

Télécopieur : 202-365-4568

E-mail : cedpa@intouch.com

CEDPA/Mali

B.P. E-1524

Zone Industrielle

Bamako, Mali

Tél. : 223-21-5429

Télécopieur : 223-21-0246

E-mail : cedpa@spider.toolnet.org

CEDPA/Nigeria

18A & B Temple Road,

Off Kinsway Road

Ikoyi, Lagos, Nigeria

Tél. : 234-1-260-0022

Télécopieur : 234-1-288-2719

E-mail : cedpa@usips.org

Center for Reproductive Law and Policy (CRLP)

120 Wall Street

New York, NY 10005, É.-U.

Tél. : 917-637-3600

Télécopieur : 917-637-3666

Site Web : www.crlp.org

E-mail : info@crlp.org

Coptic Evangelical Organization for Social Services (CEOSS)

B.P. 162-11811

El Panorama

Le Caire, Égypte

Tél. : 202-297-5901/2/3 ou 202-297-

5872/3/4

Télécopieur : 202-297-5878

Site Web : www.ceoss.org

E-mail : Int.relatns@ceoss.org.eg

Fonds de développement des Nations Unies pour la femme (UNIFEM)

304 East 45th Street, 15th Floor

New York, NY 10017, É.-U.

Tél. : 212-906-6400

Télécopieur : 212-906-6705

Site Web : www.unifem.undp.org

E-mail : unifem@undp.org

Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP)

220 East 42nd Street

New York, NY 10017, É.-U.

Tél. : 212-297-5020

Télécopieur : 212-557-6416

Site Web : www.fnuap.org

E-mail : hq@unfpa.org

International Center for Research on Women (ICRW)

1717 Massachusetts Avenue, NW,

Suite 302

Washington, DC 20036, É.-U.

Tél. : 202-797-0007

Télécopieur : 202-797-0030

Site Web : www.icrw.org

E-mail : info@icrw.org

Johns Hopkins University Center for Communication Programs (JHU/CCP)

111 Market Place, Suite 310

Baltimore, Maryland 21202, É.-U.

Tél. : 410-659-6300

Télécopieur : 410-659-6266

Site Web : www.jhuccp.org

E-mail : webadmin@jhuccp.org

Maendeleo Ya Wanawake Organization (MYWO)

Maendeleo House, B.P. 44412

Monrovia Street, 4th Floor

Nairobi, Kenya

ORC Macro et MEASURE DHS+

11785 Beltsville Drive, Suite 300
Calverton, Maryland 20705, E.-U.
Tél. : 301-572-0456
Télécopieur : 301-572-0999
Site Web : www.measuredhs.com
E-mail : MEASURE@macroint.com

Organisation mondiale de la Santé (OMS)

20 avenue Appia
1211 Genève 27
Suisse
Tél. : 41-22-791-21-11
Télécopieur : 41-22-791-31-11
Site Web : www.who.int/frh-who/FGM
E-mail : wmh@who.int

Population Council

Siège social
One Dag Hammarskjold Plaza
New York, New York 10017, E.-U.
Tél. : 212-339-0500
Télécopieur : 212-755-6052
Site Web : www.popcouncil.org/rhfp/violence.html
E-mail : pubinfo@popcouncil.org

Afrique orientale et australe
Kenya (bureau régional)
Population Council
Multichoice Towers, Upper Hill
B.P. 17643
Nairobi, Kenya
Tél. : 254-2-713-480/481/482/483 ou
712-814
Télécopieur : 254-2-713-479
E-mail : pcnairobi@popcouncil.or.ke

Afrique de l'Ouest et centrale
Sénégal (bureau régional)
Population Council
B.P. 21027
Dakar, Sénégal
Tél. : 221-824-1993/4
Télécopieur : 221-824-1998
E-mail : pcdakar@pcdakar.org

Asie de l'Ouest et Afrique du Nord
Égypte (bureau régional)
Population Council
B.P. 115
Dokki 12211
Le Caire, Égypte
Tél. : 202-571-9252
Télécopieur : 202-570-1804
E-mail : pcouncil@pccairo.org

Program for Appropriate Technology in Health (PATH)

Siège social
4 Nickerson Street
Seattle, Washington 98109-1699, E.-U.
Tél. : (206) 285-3500
Télécopieur : (206) 285-6619
Site Web : www.path.org
E-mail : info@path.org

PATH Kenya

A.C.S. Plaza, 4th floor
Lenana and Galana Road
Nairobi, Kenya
Tél. : 254-2-577-177
Télécopieur : 254-2-577-172
E-mail : info@path-kenya.or.ke

REACH (Reproductive, Education, and Community Health) Programme

a/s FNUAP
15B Clement Hill Road
B.P. 7184
Kampala, Ouganda
Télécopieur : 228-268-955

Research, Action and Information Network for the Bodily Integrity of Women (RAINBO)

915 Broadway, Suite 1109
New York, New York 10010-7108, E.-U.
Tél. : 212-477-3318
Télécopieur : 212-477-4154
Site Web : www.rainbo.org
E-mail : info@rainbo.org

RAINBO/Burkina Faso

01 B.P. 515
Ouagadougou 01
Burkina Faso
Tél. : 226-30-79-15
Télécopieur : 226-31-67-37

RAINBO/Égypte

18 Mourad El Sherei Street
Nouzha, Sant fatima, Heliopolis
Le Caire, Égypte
Tél. : 202-243-2589
Télécopieur : 202-431-0213

Tostan

B.P. 325
Thiès, Sénégal
Télécopieur : 221-51-34-27
Site Web : www.tostan.org



Population Reference Bureau

MEASURE *Communication*

1875 Connecticut Avenue, N.W.

Suite 520

Washington, DC 20009, États-Unis

Tél. : 202-483-1100

Télécopieur : 202-328-3937

E-mail : measure@prb.org ou popref@prb.org

Site Web : www.measurecommunication.org

ou www.prb.org