

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO
FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE



Année universitaire 2021-2022

N°/..... /

TITRE DU MEMOIRE

***EVOLUTION DES PRATIQUES ET PERCEPTIONS DE
LA POPULATION SUR L'EXCISION AU MALI***

Présenté et soutenu publiquement le 12 / 01 / 2023 à 9 heures

Devant la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako

Par : Dr Aminata KODIO

Pour obtenir le Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de Médecine de
Famille/Médecine Communautaire

JURY

Président :	Professeur Moustapha TOURE
Membre :	Docteur Samba DIARRA
Codirecteur :	Docteur Souleymane SIDIBE
Directrice :	Professeur Fatoumata DICKO

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

Au nom d'**ALLAH Soubhannah Wata Allah**

Le tout puissant, le tout miséricordieux, le très miséricordieux. Merci de m'avoir donné la vie et d'y veiller. Gloire à toi de m'avoir assisté de ta lumière et en toute circonstance. Tant que je vivrai je ne cesserai de te rendre grâce et de faire du bien à l'humanité toute entière car tu as dit dans le saint coran : « celui qui fait un atome de bien le verra, celui qui fait un atome de mal le verra aussi ».

Et à son Prophète **MUHAMAD EL AMIN (Paix et salut sur lui)**, le bien aimé de toutes tes créatures.

Je dédie ce travail :

♥ **A mon père Dr Aldiouma KODIO, Pharmacien**

S'il m'avait été donné de choisir un père, je n'aurais fait meilleur choix que toi. Etre ta fille est une fierté. Très tôt tu as su m'inculquer l'importance du travail bien fait, le sens du devoir et tu m'as toujours incité à aller au bout de moi-même. Je n'ai jamais manqué de rien, tu as consacré ta vie à prendre soin de tes enfants et à faire d'eux des Hommes droits et justes. Tant de souffrances endurées, de sacrifices consentis pour ta famille ! Tu es un père exemplaire, modeste, aimable, celui pour qui le bonheur de sa famille lui est prioritaire face au sien. Aucune dédicace, aucun mot ne saurait exprimer tout le respect, toute l'affection et tout l'amour que je ressens pour toi. L'honneur de ce travail te revient puisqu'il ne peut être qu'un de tes vœux les plus ardents.

Je prie Dieu, le tout puissant, de te protéger et de te procurer santé, bonheur et longue vie à nos côtés.

Que l'avenir soit pour toi soulagement et satisfaction. Amen !

♥ **A MA TENDRE MAMAN MADAME KODIO FATOUMATA GORO**

Me donner la vie est le plus beau cadeau que tu m'aies fait. Femme vertueuse, femme généreuse, femme travailleuse, femme patiente, femme courageuse, femme de principe. Telles sont les qualités qui font de toi une personne admirable. Tout ce que je suis aujourd'hui c'est à toi que je le dois. Les mots ne suffisent pas pour t'exprimer ma gratitude pour tous les sacrifices que tu fais chaque jour pour mes frères et moi. Sois assurée que tes leçons me suivront toujours. J'espère pouvoir être la moitié de la mère que t'es.

Certes je ne te le dis pas souvent, mais t'es mon idole et je suis plus que fière d'être ta fille. Ce travail est également le fruit de ton labeur. Que le tout puissant Allah te garde longtemps auprès de nous dans la santé, l'amour et le bonheur. Amine ! Je t'aime.

♥ **Au Dr Almouzar MAIGA, à Madame MAIGA Awa MAIGA et à Madame CISSOKO**

Assétou MACALOU

Vous ne m'avez certes pas enfanté mais vous avez su au même titre que mes parents biologiques me couvrir d'affection et d'attention. Trouvez en ce travail le modeste témoignage de mon affection et de ma profonde gratitude à votre égard. Puisse Allah vous préserver.

♥ **A mes frères Moussa KODIO et Mohamed KODIO**

On ne choisit pas sa famille mais c'est un plaisir et une chance d'être votre sœur. Merci d'être devenus des hommes responsables, pieux, intelligents et sages dans vos propos. Malgré les discordes nous pouvons toujours compter les uns sur les autres. Vos conseils et encouragements n'ont jamais faits défaut. Sachons toujours vivre selon les principes que papa et maman nous ont inculqués. Que Dieu veille sur chacun de vous et vous assiste dans la réalisation de tous vos projets. Amin !

♥ **A mes sœurs adorées Yaborko KODIO, Mariam KODIO, Madina KODIO et Aichata KODIO**

Merci d'être là pour moi et de m'aimer autant, je sais que je pourrai toujours compter sur vous à n'importe quel moment. Amies par choix et sœurs par évidence, je vous aime et j'espère que ce travail vous servira de bon exemple. Qu'Allah veille sur vous et qu'il vous comble de toutes ses grâces. Amin !

♥ **A mes cousins Amadou KODIO et Issa Doumbo**

Merci pour vos accompagnements et soutiens. Vous êtes de véritables frères pour moi. Qu'Allah vous récompense et exauce vos souhaits les plus chers.

♥ **A mes cousines Maimouna KODIO et Safoura KODIO**

Merci pour tous ces moments de joies et d'avoir été là chaque fois que j'ai eu besoin de vous. Nous sommes une famille et je serai toujours là pour vous.

REMERCIEMENTS

Mes sincères remerciements :

Au Professeur Hamidou Baba SACKO

J'ai eu l'honneur de compter parmi vos élèves et je ne saurais exprimer avec des mots la gratitude qui m'anime. Les conseils fructueux que vous n'avez cessé de m'inculquer, la confiance que vous avez manifestée à l'endroit de ma personne resteront à jamais gravés dans ma mémoire. Acceptez, je vous prie l'expression de mon profond respect.

A mon cher Harouna BARRY

Tu as fait irruption dans ma vie quand je m'y attendais le moins et tu as su gagner mon amour et ma confiance par ton sérieux, ton sens de l'écoute, ta compréhension et ta générosité. Merci pour ton amour et ton soutien sans faille. Puisse Allah le tout puissant te préserver longtemps et combler tes désirs.

Au Professeur DEMBELE Mamadou

Merci d'avoir accepté d'être le premier coordinateur du DES de Médecine de Famille/Médecine Communautaire et pour tout ce que vous avez fait pour la bonne marche du département. Merci pour la formation et l'enseignement que vous nous avez transmis. On en fera bon usage. Que Dieu vous garde aussi longtemps que possible dans la santé.

A toute l'équipe du Projet CLEFS à travers la personne du Professeur Mahamane MAIGA :

Merci pour le soutien financier et matériel. On vous sera toujours reconnaissants de cette faveur.

Aux Maîtres Assistants et Chargés d'encadrement clinique et de cours : Dr Issa Souleymane GOITA ; Dr Drissa Mansa SIDIBE ; Dr Souleymane SIDIBE ; Dr Boubacar NIARE ; Dr Mamadou Bayo COULIBALY ; Dr Inhissa BENGALY ; Dr Bréhima Kafougou COULIBALY ; Dr Aboubakary KONATE ; Dr Alfousseyni SISSOKO dit Guimba n°2 ; Dr Kassim BARRY ; Dr Mohamed DIABATE

Merci pour cette formation de qualité, tous vos soutiens pour la réussite de ce travail et en souvenir des moments passés ensemble. Que le tout puissant vous accorde sa grâce.

A Dr Intimbé TEMBINE

Merci pour votre aide pour la réussite de ce travail. Que le tout puissant vous accorde sa grâce.

Aux Résidents 2 et 3 de l'année universitaire 2021-2022 : Dr Koniba DIAKITE ; Dr Diahara TANGARA ; Dr Daouda Diarra ; Dr Adama Mansa DOUMBIA ; Dr COULIBALY Hassane ; Dr Salif KAMISSOKO ; Dr DIAKITE Mamadou ; Dr Sidy KONATE ; Dr Siaka DOUMBIA

Dr Diakaridia COULIBALY ; Dr Fatoumata Oumar MAIGA ; Dr Seydou MAIGA ; Dr Abdoulaye DIARRA ; Dr Karime BAYOGO

Ce mémoire est le fruit de votre travail et sans vous la collecte des données n'allait pas se faire. Puisse Allah vous préserver dans la santé, la longévité et la prospérité.

A mes compagnons de classe de tous les jours (**8^{ème} Promotion du DES de MF/MC**) : **Dr Kadia TRAORE ; Dr Aminata BORE ; Dr Abasse DIABY**

Nous avons parcouru ensemble un long chemin semé d'embûches et nous nous sommes soutenus et accompagnés jusqu'au bout. Merci pour tous ces moments de joies et d'avoir été là chaque fois que j'ai eu besoin de vous. Nous sommes une famille et je serai toujours là pour vous. Bonne chance à tous.

A Monsieur TRAORE Arouna et Madame TRAORE Mariam SANGARE

Merci d'avoir mis au monde une fille et d'en faire mon homonyme (Aminata Kodio TRAORE). Que Dieu vous le rende et lui donne une longue vie.

Aux DES de Médecine Interne notamment : Dr KONE Nouhoum ; Dr FANE Sékou ; Dr SANGARE Moussa

Certes on ne faisait pas de la même spécialité mais nous avons passé beaucoup de bons moments d'apprentissage et de divertissement. Vraiment on s'éclate ensemble. Il y a des choses qui se font de manière spontanée, des gens qu'on aime d'un coup, sans forcer et vous en faites partie. Je vous aime inconditionnellement et vous souhaite le meilleur sur cette terre. Unies pour la vie.

A mes oncles paternels et maternels

A mes tantes paternelles et maternelles

A mes cousins et cousines

A mes grands-parents

Merci pour vos prières.

A tous les maitres du service de médecine interne du CHU point G

A tout le personnel des Centres de Santé Communautaire et Universitaire

Merci pour l'enseignement reçu.

**Aux familles KODIO, GORO, DANSOKO, FANE, TOURE, MAIGA, DIAKITE,
BARRY, CISSOKO, COULIBALY**

Merci pour vos prières et bénédictions.

A tous ceux qui ont cette noble tâche de soulager les gens et de diminuer leurs souffrances.

**A tous ceux et celles qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce travail, dont
l'oubli du nom n'est pas celui du cœur**

**HOMMAGES AUX MEMBRES DU
JURY**

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Moustapha TOURE

- ✓ Maître de conférence à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) à la retraite ;
- ✓ Certificat de procréation médicalement assistée (PMA) à Hambourg en Allemagne ;
- ✓ Certificat du cours européen d'épidémiologie tropicale de Bale en Suisse ;
- ✓ Master de recherche sur les systèmes de santé de l'Université libre de Bruxelles ;
- ✓ Diplômé de chirurgie endoscopique du centre international de chirurgie endoscopique de Clermont-Ferrand en France ;
- ✓ Certificat de pédagogie de l'université de Sherbrooke au Canada ;
- ✓ Diplômé d'échographie de la faculté de médecine de Brest ;
- ✓ Officier de l'ordre National.

Cher Maître,

C'est un honneur pour nous que vous ayez accepté de présider ce jury et en nous aidant à choisir ce sujet de mémoire.

Les mots nous manquent pour vous exprimer tout le bien que nous pensons de vous.

Tout au long de ce travail, vous avez forcé notre admiration tant par la grandeur de vos talents scientifiques que par vos multiples qualités humaines, notamment votre bienveillance à notre égard, votre sens de l'écoute, votre sincérité et votre bonne humeur communicative.

Ce fut un véritable privilège pour nous de compter parmi vos étudiants.

Veillez agréer, cher maître, l'expression de notre vive reconnaissance et de notre profond attachement.

Que Dieu le tout puissant vous accorde santé et longévité afin que plusieurs générations d'apprenant puissent bénéficier de la qualité de votre enseignement.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Samba DIARRA

- ✓ **MSC, PhD, Sociologue de la santé ;**
- ✓ **Chargé de recherche au département d'enseignement et de recherche en santé publique à l'USTTB ;**
- ✓ **Coordinateur des activités d'engagement communautaire au centre universitaire de recherche clinique UCRC/NIH/USTTB ;**
- ✓ **Chargé du module "Qualitative research in Resarch Ethic" au département d'enseignement et de recherche en santé publique à l'USTTB ;**
- ✓ **Représentant régional (Mali) du Réseau de Formation, de Recherche et d'Action sur les Migrations Africaines (REFORMAF), Suisse.**

Cher Maître,

Nous vous sommes très reconnaissantes de la spontanéité et de l'amabilité avec lesquelles vous avez accepté de juger notre travail malgré le délai court.

Votre modestie et votre compétence professionnelle seront pour nous un exemple dans l'exercice de notre profession.

Veillez trouver, chère Maître, le témoignage de notre grande reconnaissance et de notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR

Docteur Souleymane Sidibé

- ✓ **Spécialiste en médecine de famille/ médecine communautaire ;**
- ✓ **Maitre-assistant à la faculté de médecine et d'odontostomatologie ;**
- ✓ **Membre du Bureau de recherche de la faculté de médecine ;**
- ✓ **Vice-président du Réseau des Médecins de Famille et Communautaires (REMEFAC) ;**
- ✓ **Chargé de la santé de la reproduction au CSCOM-U de Banconi.**

Cher Maître,

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous avez fait en nous aidant à parfaire ce sujet de mémoire.

Homme de principe, d'humanisme, votre simplicité, votre souci à transmettre vos connaissances et votre rigueur scientifique font qu'il est agréable d'apprendre à vos côtés.

Respecté et respectable, vous resterez pour nous un miroir, un modèle à imiter.

Ce mémoire est l'occasion pour nous de vous remercier pour tout le sacrifice consenti pour nous et pour la confiance et le soutien que vous avez eu à notre égard. Soyez rassuré de notre profonde gratitude.

Que le bon Dieu vous prête la santé et la paix du Cœur.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTRICE DE MEMOIRE

Professeur Fatoumata DICKO

- ✓ Professeur titulaire de Pédiatrie à la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie ;
- ✓ Coordinatrice du DES de Médecine de Famille/ Médecine Communautaire ;
- ✓ Chef de service de la néonatalogie de la clinique périnatale Mohamed VI ;
- ✓ Secrétaire générale de l'Association Malienne de Pédiatrie (SOMAPED) ;
- ✓ Secrétaire générale de l'association des Pédiatres d'Afrique Noire Francophone (APANF) ;
- ✓ Membres du collèges Ouest Africains des Médecins.

Cher Maître,

Ce travail est le fruit de vos efforts.

Votre rigueur, votre humanisme, la clarté de votre enseignement, votre souci constant pour le travail bien fait et votre intérêt pour la ponctualité imposent respect et admiration.

Votre amour maternel envers nous, votre dévouement pour les malades et vos qualités intellectuelles font de vous un modèle.

Par ailleurs, nous vous prions de bien vouloir accepter nos excuses pour toutes les fois où nous n'avons pas été à la hauteur de vos attentes.

C'est l'occasion solennelle de vous dire infiniment merci pour votre soutien, pour les nombreux conseils que vous nous avez prodigués et pour votre sens aigu du travail bien fait que vous nous avez transmis.

LISTE DES ABREVIATIONS

ABREVIATIONS

AMSOPT : Association Malienne pour le Suivi et l'Orientation des Pratiques Traditionnelles

APDF : Association pour le Progrès et la Défense des Droits des Femmes

ASACO : Association de Santé Communautaire

ASDAP : Association de Soutien au Développement des Activités de Population

CAFO : Coordination des Associations et ONGs féminines

CEDH : Convention Européenne des Droits de l'Homme

CI-AF : Comité Inter-Africain

CNAPN : Comité National d'Action pour l'Abandon des Pratiques Néfastes à la Santé de la femme et de l'Enfant

CRAPN : Comités Régionaux d'Action pour l'Abandon des Pratiques Néfastes à la Santé de la femme et de l'Enfant

CSCOM-U : Centre de Santé Communautaire et Universitaire

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DNDSES : Direction Nationale du Développement Social et de l'Economie Solidaire

DTC : Directeur technique du centre

DUDH : Déclaration Universelle des Droits de l'Homme

EDS : Enquête Démographiques et de Santé

E/MGF : Excision/Mutilation Génitale Féminine

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

MGF : Mutilation Génitale Féminine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONASR : Office National de la Santé de la Reproduction

ONG : Organisation Non Gouvernementale

PIDCP : Pacte International relatif aux Droits Civils et Politiques

PIDESC : Pacte International relatif aux Droits Economiques, Sociaux et Culturels

PNVBG : Programme National pour L'Abandon de Violences Basées sur le Genre

SR : Santé de la Reproduction

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

**LISTES DES FIGURES ET DES
TABLEAUX**

Figure 1 : Mots clés du mémoire

Figure 2 : Répartition des cibles en fonction du milieu de résidence

Figure 3 : Répartition des cibles en fonction du sexe

Figure 4 : Répartition en fonction des tranches d'âge

Figure 5 : Répartition en fonction de la nationalité

Figure 6 : Répartition en fonction de la région d'origine

Figure 7 : Répartition en fonction de l'ethnie

Figure 8 : Répartition en fonction des raisons de l'excision évoquées lors des entretiens individuelles et focus group

Figure 9 : Répartition des problèmes d'entraves à l'abandon de l'excision par le niveau institutionnel

Figure 10 : Répartition en fonction des solutions proposées par les ONG et la population face à l'excision

Figure 11 : Répartition en fonction de la pratique future de l'excision lors des focus group et entretiens individuelles

Tableau I : Répartition des cibles en fonction des aires de santé

Tableau II : Répartition des cibles en fonction du consentement à participer à l'enquête

Tableau III : Répartition en fonction du statut matrimonial

Tableau IV : Répartition en fonction du niveau d'études

Tableau V : Répartition en fonction de l'activité socioprofessionnelle

Tableau VI : Répartition en fonction de la religion

Tableau VII : Répartition en fonction du modèle de famille

Tableau VIII : Répartition en fonction de la connaissance de l'excision et des utilisateurs ayant bénéficié de sensibilisation sur la pratique de l'excision

Tableau IX : Répartition en fonction des moyens de sensibilisation

Mémoire de fin de cycle DR Aminata KODIO

Tableau X : Répartition en fonction du choix du type de pratique d'excision

Tableau XI : Répartition en fonction des raisons de la pratique de l'excision

Tableau XII : Répartition en fonction de la connaissance et du type de complications de l'excision

Tableau XIII : Répartition en fonction de la personne décidant de l'excision de la fille selon le père ou la mère

Tableau XIV : Répartition en fonction du statut d'excision des adolescentes et femmes

Tableau XV : Répartition en fonction du nombre de filles de chaque homme enquêté

Tableau XVI : Répartition en fonction du statut d'excision des filles de chaque homme enquêté

Tableau XVII : Répartition en fonction du nombre de filles de chaque femme enquêtée

Tableau XVIII : Répartition en fonction du statut d'excision des filles de chaque femme enquêtée

Tableau XIX : Répartition en fonction des raisons de la non excision des filles

Tableau XX : Relation entre le statut d'excision des filles et de celui de leurs mères

Tableau XXI : Répartition des femmes excisées en fonction des caractéristiques sociodémographiques, du niveau d'instruction, de la religion et du modèle de famille

Tableau XXII : Répartition du statut des filles excisées en fonction des caractéristiques de leurs mères

Tableau XXIII : Répartition du statut des filles excisées en fonction des caractéristiques de leurs pères

Tableau XXIV : Répartition de la pratique de l'excision des femmes en fonction du milieu de résidence

Tableau XXV : Répartition de la pratique de l'excision des filles en fonction du milieu de résidence

Tableau XXVI : Répartition de l'intention d'excision des pères qui n'ont pas de filles en fonction de certains caractéristiques sociodémographiques, le niveau d'instruction et la religion et le modèle de famille

Tableau XXVII : Répartition de l'intention d'excision des mères qui n'ont pas de filles en fonction de certains caractéristiques sociodémographiques, le niveau d'instruction et la religion et le modèle de famille

Tableau XXVIII : Répartition des cibles en fonction de leur opinion sur l'excision

Tableau XXIX : Répartition en fonction des avantages de l'excision

Tableau XXX : Répartition de la volonté ou non des hommes d'épouser une fille non excisée

Tableau XXXI : Répartition de l'opinion des agents de santé sur la médicalisation de l'excision

Tableau XXXII : Répartition du maintien de la pratique en fonction du sexe, du statut d'excision des femmes, du milieu de résidence, de la religion et du niveau d'instruction

Tableau XXXIII : Répartition de l'avis des hommes et femmes sur la pensée du sexe opposé sur le maintien de la pratique de l'excision

Tableau XXXIV : Répartition des EDS en fonction de la prévalence, de l'âge d'excision et de certaines caractéristiques sociodémographiques

Tableau XXXV : Répartition des EDS en fonction du niveau d'instruction, de la religion et de la personne ayant fait la pratique d'excision et de l'opinion sur le maintien de l'excision

Tableau XXXVI : Répartition des EDS en fonction des raisons de la pratique de l'excision et de son lien avec la religion

Table des matières

INTRODUCTION.....	1
1 CONTEXTE ET JUSTIFICATION.....	4
2 HYPOTHESES DE RECHERCHE.....	7
3 OBJECTIFS.....	9
4 DEFINITION DES CONCEPTS.....	10
5 METHODOLOGIE.....	12
5.1 Cadre d'étude :.....	12
5.2 Type et Période d'étude :.....	12
5.3 Population d'étude :.....	12
5.4 Déroulement.....	14
5.5 Méthode de collecte des données.....	15
5.6 Saisie et analyse des données :.....	15
5.7 Considérations éthiques :.....	15
6 RESULTATS :.....	17
6.1 Résultats globaux :.....	17
6.2 Données quantitatives.....	19
6.3 Données qualitatives.....	42
6.4 Données comparative des EDS faites au Mali.....	49
7 COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....	53
7.1 Limites de l'étude :.....	53
7.2 Connaissance et sensibilisation des hommes et des femmes sur l'excision.....	53
7.3 Prévalence de l'excision chez les femmes.....	55
7.4 Age d'excision des femmes.....	55
7.5 Prévalence et Age d'excision des filles.....	56
7.6 La personne ayant procédé à l'excision.....	58
7.7 Intention d'exciser leurs filles.....	59
7.8 Croyances et Opinions sur l'excision.....	59
7.9 Opinion sur l'adoption d'une loi ou continuité de l'excision.....	64
CONCLUSION.....	71
RECOMMADATIONS.....	72
REFERENCES.....	74
8 ANNEXES.....	77
FICHE SIGNALETIQUE.....	100

INTRODUCTION

L'excision encore appelée mutilation génitale féminine (MGF) est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme « toute intervention aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux féminins qui est pratiquée pour des raisons culturelles ou autres, et non à des fins thérapeutiques » (1, 2).

Cette procédure était auparavant généralement connue par le terme de "circoncision féminine". Mais lorsqu'elle a connu des échos dépassant les communautés qui la pratiquaient traditionnellement mais discrètement, la terminologie de "mutilation génitale féminine" a été adoptée ; c'est une appellation plus réelle qui reflète concrètement non seulement l'horreur de la procédure elle-même mais aussi l'importance de ses conséquences inhumaines et de ses effets délétères sur la santé physique, sexuelle et psychique des filles et des femmes. En 1991, et suivant la recommandation de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'expression "Excision/Mutilation Génitale Féminine" (E/MGF) a été adoptée (3, 4).

L'origine précise de l'usage de l'excision est peu connue des chercheurs historiens et n'est pas clairement établie. Cependant, il existe des textes antiques qui témoigneraient de sa pratique, bien avant l'apparition des religions (Christianisme et Islam) révélées monothéistes, dans des communautés qui les perpétuent de nos jours. Par exemple, il semblerait que l'excision des femmes Égyptiennes remonte à plus de cinq mille ans avant Jésus-Christ (J.-C.), et qu'elle aurait été pratiquée à l'époque des pharaons ; d'ailleurs on a pu retrouver des momies égyptiennes excisées (3,4).

Des historiens comme Hérodote affirment qu'au V^e siècle avant J.-C., la circoncision féminine était pratiquée par les Phéniciens, les Hittites et les Éthiopiens (4).

Plus tard, avant l'apparition de l'Islam, les pays de la corne d'Afrique justifiaient les fondements mythiques d'usage de la procédure en rapportant que l'on pratiquait l'excision pharaonique sur les femmes pour les protéger contre les viols au moment des razzias Arabes (3).

Encore récemment, dans les années 1950, la clitoridectomie était pratiquée en Europe occidentale et aux États-Unis pour traiter certains états et comportements perçus comme des maladies : l'hystérie, l'épilepsie, les troubles mentaux, la masturbation, la nymphomanie et la dépression. En d'autres termes, les MGF ont été pratiquées, à toutes les époques et sur tous les continents, par de nombreux peuples et sociétés (3, 4).

La pratique de l'excision remonte loin dans l'histoire des peuples en Afrique, selon diverses versions des légendes et mythes du terroir. Au Mali, selon de nombreuses recherches scientifiques, elle est même plus ancienne que les grands empires qui se sont succédés en Afrique de l'Ouest, dont le Ghana, le Mali, la Guinée.... Ainsi, malgré le caractère sacré et

inviolable de l'être humain reconnu par les lois de ces entités politiques et administratives, l'excision a été associée à des rites initiatiques plutôt qu'à des sévices corporels avec des conséquences sanitaires et psychologiques multiples. C'est pourquoi, malgré les dispositions de la Charte du Mandé, proclamée à Kurukan fuga, une *'authentique déclaration universelle des droits de l'homme dès le XIIIe siècle de notre ère'*, l'excision a survécu, au Mandé comme *“ un fait social, lié à des normes de sexualité, de féminité, de reproduction, et de socialisation qui sont renforcées par celle du conformisme à l'ordre établi”* (5).

A la lumière des connaissances actuelles, on peut affirmer que l'excision n'est pas l'apanage d'une communauté, d'un pays ou d'une région. Elle est connue et pratiquée ou l'avait été un peu partout dans le monde (2).

L'OMS classe les MGF en quatre catégories : - Type I : Ablation partielle ou totale du clitoris et, plus rarement, seulement du prépuce (clitoridectomie) ; - Type II : Ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans ablation des grandes lèvres (excision) ; - Type III : Rétrécissement de l'orifice vaginal par recouvrement, réalisé en sectionnant et en repositionnant les petites lèvres, ou les grandes lèvres, parfois par suture, avec ou sans ablation du clitoris (infibulation) ; - Type IV : Toutes les autres interventions néfastes au niveau des organes génitaux féminins à des fins non médicales, par exemple, piquer, percer, inciser, racler et cautériser les organes génitaux (4, 6,7).

On estime qu'actuellement, 200 millions de filles et de femmes ont subi des MGF, mais les taux sont en hausse du fait de la croissance démographique mondiale. Les filles et les femmes ayant subi ces pratiques vivent principalement en Afrique subsaharienne et dans les États arabes (8).

En Afrique, 92 millions de jeunes filles âgées de 10 ans ou plus auraient subi cette pratique, chaque année plus de deux millions sont exposées à cette pratique et chaque jour, 6000 petites filles subissent le même sort soit 250 filles/heure (9).

Actuellement, elles sont surtout répandues dans 28 pays africains où le taux de prévalence varie entre 5 et 98% (9).

Au Mali, Selon l'enquête démographique et de santé (EDS VI), environ neuf femmes de 15- 49 ans sur dix (89 %) et 73 % des filles de 0-14 ans sont excisées. Dans la majorité des régions, la quasi-totalité des femmes sont excisées comme par exemple, à Kayes (95 %), Koulikoro (96 %) ou encore à Sikasso et Ségou (respectivement 96 % et 92 %) ou bien dans le district de Bamako (91 %). Avec un pourcentage de 50 %, la région de Tombouctou enregistre une

prévalence faible. Enfin, dans des régions comme Gao et Kidal, l'excision est une pratique marginale avec respectivement 1 % et moins de 1 %) **(10)**.

L'EDSM-V relève que, dans l'ethnie Bambara, 95 % des femmes de 15 à 49 ans enquêtées déclarent avoir été excisées. Les chiffres sont de 92,4 % dans l'ethnie Malinké, 93,1 % chez les Peulhs, 96 % chez les Sarakolé/Soninké/Marka, 59,5 % dans l'ethnie Sonraï, 90 % dans l'ethnie Dogon, 62,7% dans l'ethnie Tamachek/Bella, 87 % dans l'ethnie Sénoufo/Minianka, 63,5 % dans l'ethnie bobo. La source observe que la proportion de femmes excisées est plus faible dans les ethnies Sonraï, Tamacheck/Bella et Bobo que parmi les ethnies Bambara ou Sarakolé/Soninké/Marka, ce qui explique cette faible proportion dans les régions du nord **(11)**. La comparaison des résultats des enquêtes démographiques et de santé (EDS) réalisées depuis 1995-1996 ne fait apparaître aucun changement concernant la pratique de l'excision **(10)**.

Si les tendances actuelles se poursuivent, environ 86 millions de filles supplémentaires âgées de 15 à 19 ans risquent, elles aussi, de subir des mutilations génitales d'ici à 2030 **(8)**.

1 CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Après la seconde guerre mondiale, une série de déclarations et de pactes ont commencé à articuler les droits humains universels (12).

En 1948, pour la première fois, les pays se sont mis d'accord sur une liste complète des droits de l'homme inaliénables. En décembre de la même année, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté la Déclaration universelle des droits de l'homme (DUDH), une étape importante qui allait profondément influencer le développement du droit international des droits de l'homme (12).

En décembre 1966, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté deux traités internationaux qui façonneront davantage les droits humains internationaux : le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC) et le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIDCP). Ceux-ci sont souvent appelés « les Pactes internationaux ». Ensemble, la DUDH et ces deux pactes sont connus sous le nom de **Charte internationale des droits de l'homme** (12).

Le droit international des droits de l'homme énonce des obligations que les États sont tenus de respecter. En devenant parties aux traités internationaux, les États assument des obligations et des devoirs en vertu du droit international de respecter, de protéger et de réaliser les droits de l'homme. L'obligation de respecter signifie que les États doivent s'abstenir d'entraver ou de restreindre la jouissance des droits de l'homme. L'obligation de protéger exige des États qu'ils protègent les individus et les groupes contre les violations des droits de l'homme. L'obligation de mettre en œuvre signifie que les États doivent prendre des mesures positives pour faciliter la jouissance des droits humains fondamentaux (13).

Depuis le début des années 80, le débat sur l'excision alimente sans cesse les causeries, les conférences, les colloques et les séminaires relatifs à la santé et aux droits humains de la femme. Mais le sujet continue d'opposer, voire, de diviser les opinions nationales africaines. Cette opposition a atteint son paroxysme lorsqu'il s'est agi pour certains pays de prendre des dispositions légales et réglementaires interdisant la pratique (2).

Plusieurs Conventions régionales sur les droits humains ont été adoptées : Du point de vue de l'Europe, cette obligation découle déjà de la Convention européenne des droits de l'homme (CEDH) du 4 novembre 1950, et notamment, qui protège l'intégrité physique (l'article 3) et la Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique du 11 mai 2011, connue sous le nom de « Convention d'Istanbul », interdit explicitement les mutilations génitales féminines.

En Afrique, l'interdiction de l'E/MGF résulte d'une part de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples du 27 juin 1981 (connue sous le nom de Charte de Banjul) qui, comme les traités relatifs aux droits de l'homme des Nations Unies, protège pleinement les droits humains. La Charte de Banjul a été ratifiée par 53 des 54 pays africains des droits de l'homme et des peuples. De plus, la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant du 11 juillet 1990 oblige les États à assurer l'intégrité physique et la santé de l'enfant et interdit toute discrimination liée au genre. L'article 21 interdit toutes les pratiques sociales et culturelles préjudiciables pour l'enfant. Elle a été ratifiée par 41 des 54 États africains **(14)**.

Le Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique du 11 juillet 2003 exige explicitement des États dans l'article 5 qu'ils interdisent toute forme d'E/MGF, qu'ils punissent les auteures et auteurs de telles pratiques et qu'ils prennent des mesures de protection et de soutien des victimes. Le protocole a été ratifié jusqu'à présent par 36 des 54 pays africains, relatif aux droits des femmes en Afrique **(14)**.

C'est ainsi que le Comité Inter-Africain (CI-AF) a été créé en 1984, à l'issue d'un séminaire international sur les mutilations génitales féminines (MGF) à Dakar au Sénégal. Son siège se trouve à Addis-Abéba en Ethiopie et elle a un Bureau de Liaison à Genève. L'organisation possède des comités nationaux dans 29 pays africains et des affiliés dans 19 pays non africains. L'association a pour objectifs d'identifier et d'éliminer toutes les pratiques traditionnelles néfastes (mutilations génitales féminines, mariages d'enfants, tabous nutritionnels...) ; de protéger et de promouvoir les pratiques considérées positives (allaitement maternel, prise en charge collective des personnes âgées et des enfants...) ; de publier toute information ou tout travail de recherche sur les pratiques traditionnelles ayant effet sur la santé des femmes et des enfants **(15)**.

Face à l'ampleur du phénomène, les pouvoirs publics se sont engagés dans la lutte pour son élimination ou tout au moins sa réduction. Le gouvernement du Mali qui a ratifié le protocole de Maputo le 13 janvier 2005, a certes pris des mesures en vue de lutter contre l'excision **(10, 11, 16, 17)**.

Au Mali, la volonté politique du gouvernement de prendre en compte la lutte contre la pratique de l'excision s'est traduite par des actions telles que :

- La prise en compte des mutilations génitales parmi les composantes de la Santé de la Reproduction (SR) ;
- La création en 1996, d'un Comité National d'Action pour l'Abandon des Pratiques Néfastes à la Santé de la femme et de l'Enfant (CNAPN) sous l'égide du commissariat à la Promotion

de la Femme. Ce comité a été remanié en juin 1999 par décret N° 99-157/PM-RM. Il est composé de représentants des départements ministériels, des institutions de la république, des services techniques et des associations/ONG. Ledit comité a élaboré un plan quinquennal d'action pour la période 1999-2003. Le CNAPN est représenté dans les régions administratives par les comités régionaux (CRAPN). Il a mené des actions parmi lesquelles on peut citer : le plaidoyer auprès des parlementaires et des élus locaux ; la sensibilisation des associations membres de la coordination des associations et ONG féminines (CAFO) ;

- L'implication du réseau des pairs éducateurs en MGF (Mutilation Génitale des Femmes) dans la campagne d'information et des actions de plaidoyer au niveau des différentes régions ;

- Une décision du Ministère de la Santé interdisant la pratique par les agents socio-sanitaires en milieu médical a été prise (décision qui est en train d'être corrigée pour apporter plus de précision) ;

- La création du Programme National de Lutte contre l'Excision (par l'Ordonnance n° 02-053/P-RM du 04 juin 2002), puis s'en suit l'adoption de la Loi N°014/2019 du 03 juillet par l'Assemblée Nationale, portant la création d'un Programme National pour L'Abandon de Violences Basées sur le Genre (PNVBG). Cette structure de l'Etat a comme principale mission la coordination, le suivi et l'évaluation de toutes les actions liées aux VBG sur le territoire du Mali, mais il n'existe toujours aucune loi visant à interdire cette pratique ;

Enfin, une décision a été prise d'introduire dans les curricula des établissements scolaires socio-sanitaires une formation sur les problèmes posés par la MGF **(10, 11, 16, 17)**.

Les différentes actions menées ont permis de rompre le silence autour d'un sujet aussi sensible et tabou qu'est l'excision. Cependant, malgré une longue période d'agitation politico médiatique, l'excision reste très ancrée et très répandue dans le pays **(1)**.

Au regard des niveaux encore préoccupants de la pratique des MGF au Mali et en dépit des actions menées au plan national et international pour son éradication, il importe de savoir quels sont les facteurs qui sont susceptibles d'expliquer la persistance de la pratique de l'excision. Car il ressort des constats que les acteurs sont nombreux sur le terrain et leurs activités diversifiées, tant au niveau du développement des outils de sensibilisation et d'information, que des groupes cibles à atteindre. Et, les efforts de communication ont, sans nul doute, permis de démystifier l'excision. Cependant, le taux de prévalence demeure encore élevé **(18)**.

La présente étude contribuera à la compréhension de la logique de la perpétuation des mutilations génitales féminines ainsi que des représentations sociales. Elle permettra aussi une compréhension des différents programmes et stratégies déjà mis en place afin d'émettre des

recommandations pour des politiques et programmes mieux adaptés et plus efficaces pour l'éradication de ces pratiques dont les conséquences néfastes pour la santé de la reproduction ont été largement démontrées.

2 HYPOTHESES DE RECHERCHE

Les populations sont favorables à la pratique de l'excision ;

Les représentations sociales sont importantes en matière de stratégie de lutte contre la pratique de l'excision ;

La connaissance de l'évolution de la pratique de l'excision à une grande place dans la mise en œuvre des politiques et programmes de lutte.

OBJECTIFS

3 OBJECTIFS

3.1 Objectif général

Evaluer l'évolution et les perceptions de la population sur la pratique de l'excision au Mali

3.2 Objectifs spécifiques

3.2.1 Au niveau communautaire :

- Déterminer les caractéristiques sociodémographiques de la population concernée par le phénomène ;
- Décrire les principaux aspects socioculturels motivant la pratique de l'excision ;
- Etablir le lien entre le statut d'excision des mères et l'exposition des filles ;
- Comparer les perceptions des populations des zones urbaines à celles des zones rurales face à la pratique de l'excision.

3.2.2 Au niveau institutionnel

- Comparer les résultats des différentes EDS faites au Mali sur la pratique de l'excision ;
- Analyser les différentes stratégies et politiques contre l'excision mises en place au Mali.

4. DEFINITION DES CONCEPTS

4.1 La théorie de la perception

La perception est la faculté des individus à donner du sens à ce qui les entoure. Face à une incertitude ou un message ambigu, ils organisent et interprètent inconsciemment les éléments d'information externes pour construire une image cohérente de leur environnement. La perception se base donc sur les inférences opérées en fonction de nombreux facteurs (culture, genre, expérience personnelle, contexte) (19).

La perception varie également parmi les membres d'une même culture et au sein d'une même période historique. Le genre, la race, la classe, l'activité professionnelle, les handicaps et même les hobbies, tout cela peut occasionner des distinctions sur le plan des formes d'expertise perceptuelle et des conventions perceptuelles (20).

4.2 L'évolution

C'est le changement progressif ou graduel d'un être, d'une chose, d'un phénomène ou d'un système (21).

Selon le dictionnaire Larousse, l'évolution est définie par la transformation du caractère, du comportement, des opinions de quelqu'un au cours du temps.

4.3 La pratique

C'est l'activité qui vise à appliquer une théorie ou qui recherche des résultats concrets, positifs (22).

METHODOLOGIE

5 METHODOLOGIE

5.1 Cadre d'étude :

Cette étude a été rendue possible grâce à deux cadres : l'un institutionnel et l'autre technique

5.1.1 Cadre institutionnel

La Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) a servi de cadre institutionnel du travail pour l'obtention du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) en Médecine de Famille/Médecine Communautaire au bout d'une formation postdoctorale de quatre (04) ans.

5.1.2 Cadre technique

Cette étude multicentrique s'est déroulée dans les villages/ quartiers abritant les Centres de Santé Communautaires et Universitaires (CSCOM-U) du Mali.

Il existe actuellement deux CSCOM-U urbains (Banconi en commune I du District de Bamako et Sanoubougou 2 du District de Sikasso, région du même nom) et trois ruraux (CSCOM- U de Ségué District de Kolokani, région de Koulikoro ; CSCOM-U de Konobougou District de Baraouéli, région de Ségou ; enfin le CSCOM-U de Koniakary District de Kayes, région du même nom).

5.2 Type et Période d'étude :

Il s'agissait d'une étude mixte (qualitative et quantitative) transversale, analytique, qui s'est déroulée de Mai à Septembre 2022 soit une période de 5 mois.

5.3 Population d'étude :

5.3.1 Echantillonnage

5.3.1.1 Etude qualitative :

L'échantillonnage était raisonné en tenant compte des critères d'inclusion. Il s'agissait de réaliser pour chacune des aires de santé :

- Deux entrevues de groupe (ou *focus group*) par aire de santé concernée avec un groupement de femmes et un groupement de jeunes hommes (soit 10 individus par groupement et par aire ; soit n=100).
- Des **entrevues individuelles** avec :
 - Des leaders communautaires membres des ASACO (deux femmes et deux hommes par ASACO), soit n = 20,
 - Des leaders religieux et coutumiers soit 1 Imam, 1 chef de quartier/village ou conseiller et 1 Pasteur/Prêtre ou équivalent si existence, soit n=15,
 - Une exciseuse traditionnelle en activité ou pas, et par aire de santé si possible, soit n=5,

- Le Directeur technique du centre (DTC), deux agents de la maternité (un avec la plus grande ancienneté et l'autre de deux ans au moins), deux de l'infirmierie (un avec la plus grande ancienneté et l'autre de deux ans au moins), par CSCoM-U concerné (n = 25).
- Les principaux acteurs nationaux et certaines Associations/ ONG intervenant dans le cadre de la lutte contre l'excision :
 - ONASR (Office National de la Santé de la Reproduction) ;
 - PNVBG-MPFEF (Programme National pour l'abandon des Violences Basées sur le Genre) ;
 - DNDSES (Direction Nationale du Développement Social et de l'Economie Solidaire) ;
 - UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance) ;
 - Plan International Mali ;
 - APDF (Association pour le Progrès et la Défense des Droits des Femmes) ;
 - ASDAP (Association de Soutien au Développement des Activités de Population) ;
 - AMSOPT (Association Malienne pour le Suivi et l'Orientation des Pratiques Traditionnelles) ;
 - Sini Sanuman ;
 - Les services de la Justice.

5.3.1.2 Etude quantitative :

Nous avons procédé à un échantillonnage en grappe en considérant les différents villages abritant les CSCoM-U comme étant des grappes. Ainsi Sachant que la population totale ces villages était de 1806 à Koniakary ; 1226 à Ségué ; 13135 à Sanoubougou 2 ; 10423 à Konobougou et 20371 à Banconi Flabougou (soit 46971 individus en tout) ; la prévalence de l'excision chez les femmes en âge de procréer (15 - 49ans) étant de 89% et selon la formule : $n = t^2 \times p \times (1-p) / m^2$, ce qui nous a donné un total de 719 personnes à enquêter au **minimum**. Cette taille était répartie de manière proportionnelle à la taille de la population dans les différentes aires de santé. Ce qui nous donnait 139 personnes à koniakary ; 134 à Ségué ; 149 à Sanoubougou II ; 148 à Konobougou et 149 à Banconi Flabougou.

Dans chaque village nous avons enquêté 75% de femmes et 25% d'hommes. Dans un second temps, une analyse des différents résultats des Enquêtes démographiques et de Santé (EDS) sur l'excision faites au Mali, a été faite en vue d'une comparaison et d'une appréciation de l'évolution dans la pratique de l'excision.

5.3.2 Critères d'inclusion :

5.3.2.1 Données qualitatives

Les participants ont été sélectionnés sur la base de leur profession (Agent de santé, Acteurs de la lutte contre l'excision, Services de la justice, Exciseuses traditionnelles), de la place qu'ils occupent dans la communauté choisie (Maire, Chef de villages /quartiers, Imam/Pasteur) et de leur consentement.

5.3.2.2 Données quantitatives

Ont été inclus tout sujet consentant, d'âge supérieur ou égal à 15 ans ou plus pour les femmes et les chefs de ménage mariés ou qui furent mariés se trouvant dans les lieux d'étude et dans les ménages tirés pour l'enquête.

5.3.3 Critères de non inclusion :

5.3.3.1 Données qualitatives

Participants non disponibles ou non consentants.

5.3.3.2 Données quantitatives

Sujets non consentants, sujets de moins de 15 ans pour les femmes et tout homme qui n'était pas chef de ménage.

5.4 Déroulement

Tous les outils de collecte de données ont été pré-testés avant le début de la collecte pour nous permettre d'obtenir les différents paramètres nécessaires à l'étude et pour une meilleure finalisation des outils de collecte et de la stratégie à mettre en œuvre.

5.4.1 Volet quantitatif

Compte tenu de la difficulté de trouver une liste exhaustive avec toutes les caractéristiques des populations enfin de procéder à un tirage véritablement aléatoire, nous avons choisi donc une méthode de sondage empirique en divisant chaque village en 4 secteurs ou grappes. Nous avons par la suite choisi un au hasard et en définissant le centre de chaque secteur comme point de départ. La méthode de la direction montrée par le bout du stylo, a permis de choisir la direction et le premier ménage et les autres se sont faits de proche en proche avec un saut de pas de 1 ménage après chaque ménage enquêté jusqu'à obtention de l'échantillon souhaité. Dans chaque ménage, un chef de ménage marié ou qui fut marié et 3 femmes de 15 ans ou plus ont été enquêtés.

5.4.2 Volet qualitatif

Pour les focus group et entrevues individuelles, les enquêteurs avec l'appui des DTC ont coordonné ces activités avec les cibles en tenant compte de leur disponibilité et consentement.

Pour ceux qui étaient du niveau national (ONG ; services étatiques ; justice) des rendez-vous ont été fixés en fonction de leur disponibilité.

5.5 Méthode de collecte des données

Les données ont été recueillies par des enquêteurs sous la supervision des DTC de chaque aire de santé ainsi que de l'équipe du projet de recherche.

Les informations des données quantitatives ont été recueillies par l'interview des enquêtés à l'aide d'une fiche d'enquête électronique établie à cet effet (ANNEXE) pour l'enquête terrain et l'exploitation directe des résultats pour les données des EDS. Tous les enquêteurs avaient le logiciel installé sur leurs téléphones androïde avec réception instantanée des informations dans la base de données centrale.

Pour les données qualitatives, le recueil s'est fait à l'aide d'un enregistreur audio accompagné de prise de note.

5.6 Saisie et analyse des données :

La collecte des données quantitative a été faite à partir de la plateforme ODK Collect. Ainsi la saisie des données a été instantanée. Les données une fois collectées ont été extraites de cette plateforme sous format Excel.

Les données qualitatives enregistrées ont été transcrites sur Word. L'analyse et le traitement des données quantitatives ont été faits avec le logiciel Stata 15.1 et l'analyse de celles qualitatives a été faite avec le logiciel QDA miner 6.

5.7 Considérations éthiques :

Une attention particulière a été portée au respect de l'anonymat et de la confidentialité des participants, et le temps nécessaire a été pris pour assurer leur libre consentement. Des fiches d'information expliquant les objectifs de la recherche, d'assentiment pour les participants mineurs (15 à 17 ans) et de consentement garantissant la confidentialité et le caractère volontaire de la participation ont été établies à cet effet (voir annexes). Un consentement éclairé individuel était obtenu de chaque participant avant l'entretien.

RESULTATS

6 RESULTATS :

6.1 Résultats globaux :

Compte tenu des réalités du terrain, de la sensibilité du sujet d'étude et de la disponibilité des personnes cibles, nous avons pu faire en terme :

6.1.1 Échantillonnage qualitatif

- 7 **entrevues de groupe** (ou *focus group*) sur 10 prévues dont 2 à Konobougou (Femmes et jeunes hommes) ; 2 à Koniakary (Femmes et jeunes hommes), 1 à Sikasso (mixte) et 2 à Banconi (Femmes et jeunes hommes).
- Des **entrevues individuelles** avec :
 - 24 leaders communautaires (20 membres des ASACO sur 20 et 4 maires sur 5) sur 25 prévues,
 - 9 leaders religieux et coutumiers sur 15 prévues dont 4 imams, 3 chefs de quartier/village et 2 Pasteurs,
 - 4 exciseuses traditionnelles sur 5,
 - 5 Directeurs techniques du centre (DTC) sur 5, 10 agents de la maternité sur 10 et 10 agents de l'infirmierie sur 10 soit 25/25,
 - 8 principaux acteurs nationaux (Etat ; Associations/ONG) intervenant dans le cadre de la lutte contre l'excision et 1 représentant des services de la justice :
- **ONASR** (Office National de la Santé de la Reproduction) 1/1;
- **PNVBG-MPFEF** (Programme National pour l'abandon des Violences Basées sur le Genre) 1/1 ;
- **DNDSES** (Direction Nationale du Développement Social et de l'Economie Solidaire) 0/1 ;
- **UNICEF** (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance) 1/1 ;
- **Plan International Mali** 1/1 ;
- **APDF** (Association pour le Progrès et la Défense des Droits des Femmes) 1/1 ;
- **ASDAP** (Association de Soutien au Développement des Activités de Population) 1/1 ;
- **AMSOPT** (Association Malienne pour le Suivi et l'Orientation des Pratiques Traditionnelles) 1/1 ;
- **Justice** 1/1.

6.1.2 Échantillonnage quantitatif :

Nous avons pu administrer nos questionnaires auprès de 714 personnes sur 719 prévues dans les villages abritant les CSCOM-U dont 139/ 139 à Koniakary ; 120/134 à Ségué ; 151/149 à Sanoubougou II ; 137/148 à Konobougou et 145/149 à Banconi Flabougou.

Une analyse des différents résultats des Enquêtes démographiques et de Santé (EDS) sur l'excision faites au Mali, a été faite en vue d'une comparaison et d'une appréciation de l'évolution dans la pratique de l'excision.

6.2 Données quantitatives

6.2.1 Données sociodémographiques et économiques

Tableau I : Répartition des cibles en fonction des aires de santé

Type de participant	Aire de santé					
	Banconi	Koniakary	Konobougou	Sanoubogou	Ségué	Total
Utilisateurs des services de santé	145	139	137	151	120	692
Membre ASACO	4	4	4	4	4	20
Infirmier(e)	3	2	2	4	3	14
Sagefemme / IO / Matrone	2	4	2	4	1	13
Chef de village	1	0	1	0	1	3
Exciseuse Traditionnelle	1	0	2	0	1	4
Imam	1	0	1	1	1	4
Maire	1	1	1	0	1	4
Médecin	1	1	1	1	1	5
Pasteur	1	0	1	0	0	2
Total	160	151	152	165	133	761

Tableau II : Répartition des cibles en fonction du consentement à participer à l'enquête

Consentant	Fréquence	Pourcentage
Oui	761	96.94
Non	24	3.06
Total	785	100.00

Parmi nos cibles, 3,06% n'ont pas consenti à participer à l'enquête.

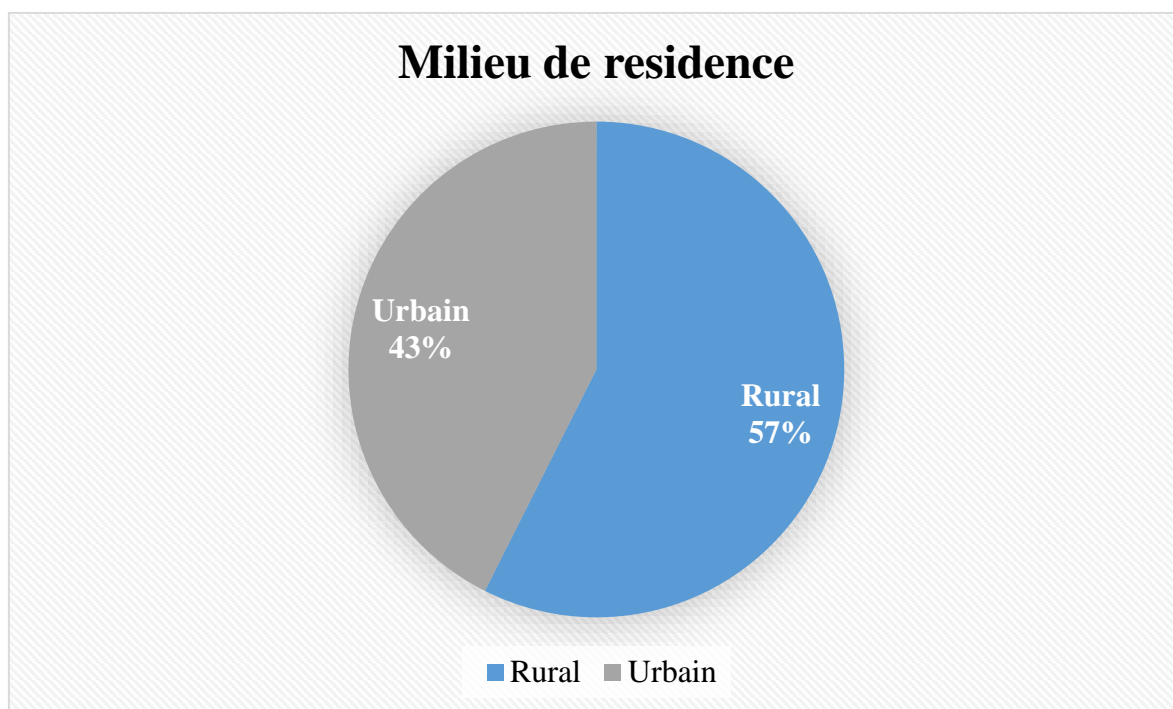


Figure 2 : Répartition des cibles en fonction du milieu de résidence.

Les enquêtés vivant en milieu rural représentaient 57%.

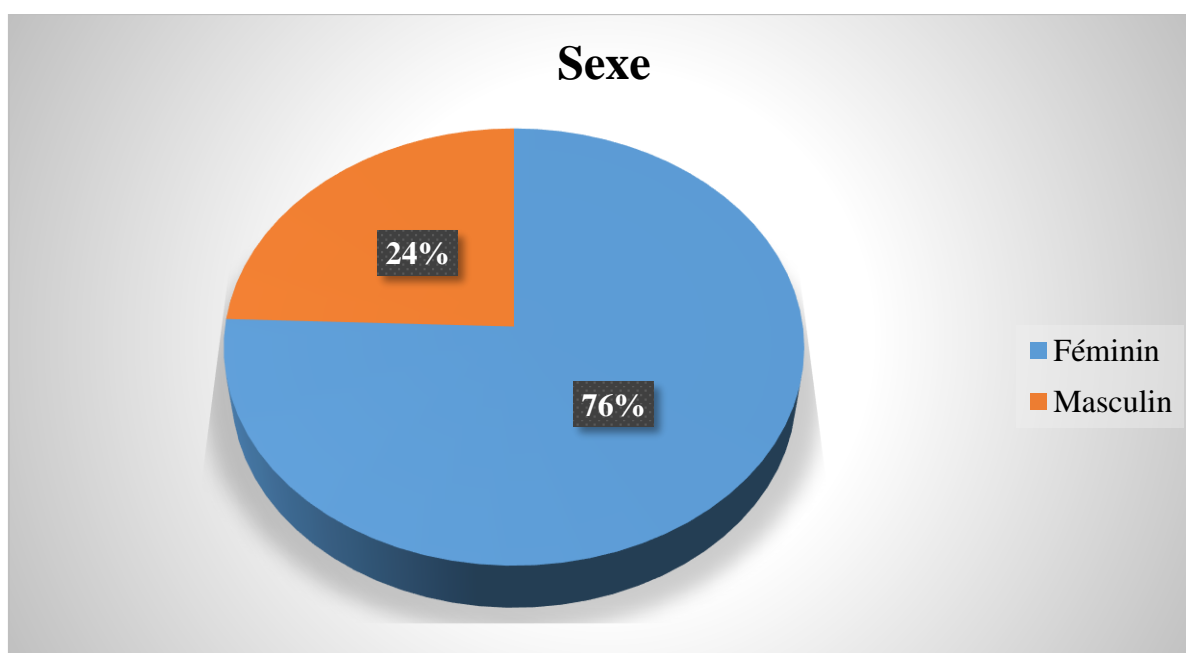


Figure 3 : Répartition des cibles en fonction du sexe

Le sexe féminin représentait 76%. Le sex ratio à 0,32.

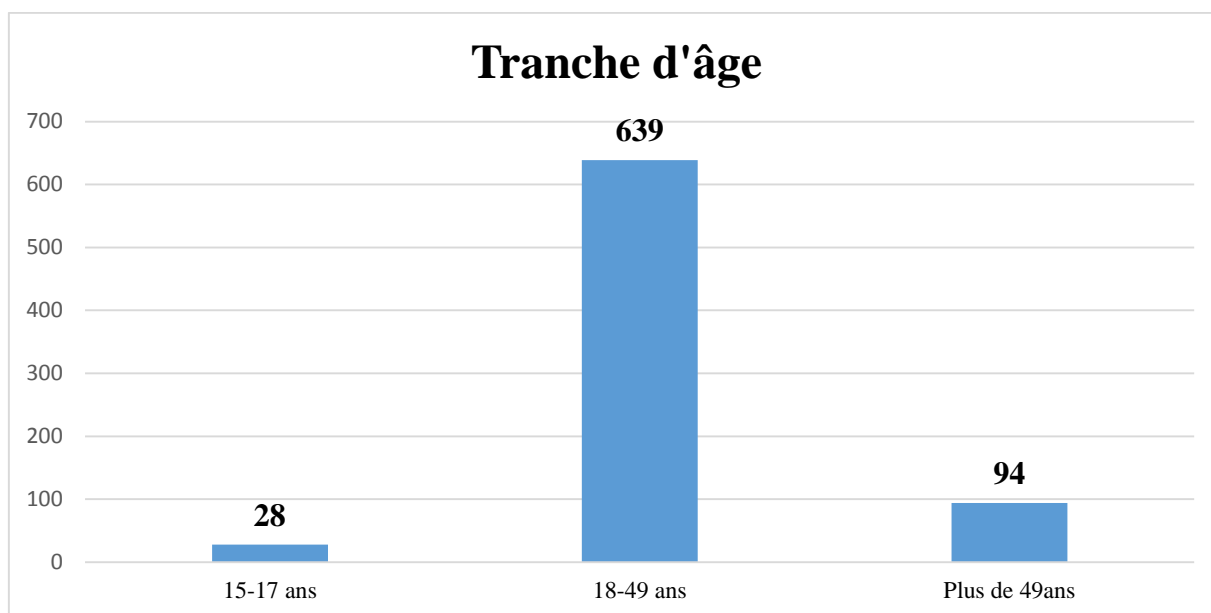


Figure 4 : Répartition en fonction des tranches d'âge.

La tranche d'âge de 18 à 49 ans représentait 84,23%. L'âge moyen de nos enquêtés était de 33 ans +/- 13,21ans.

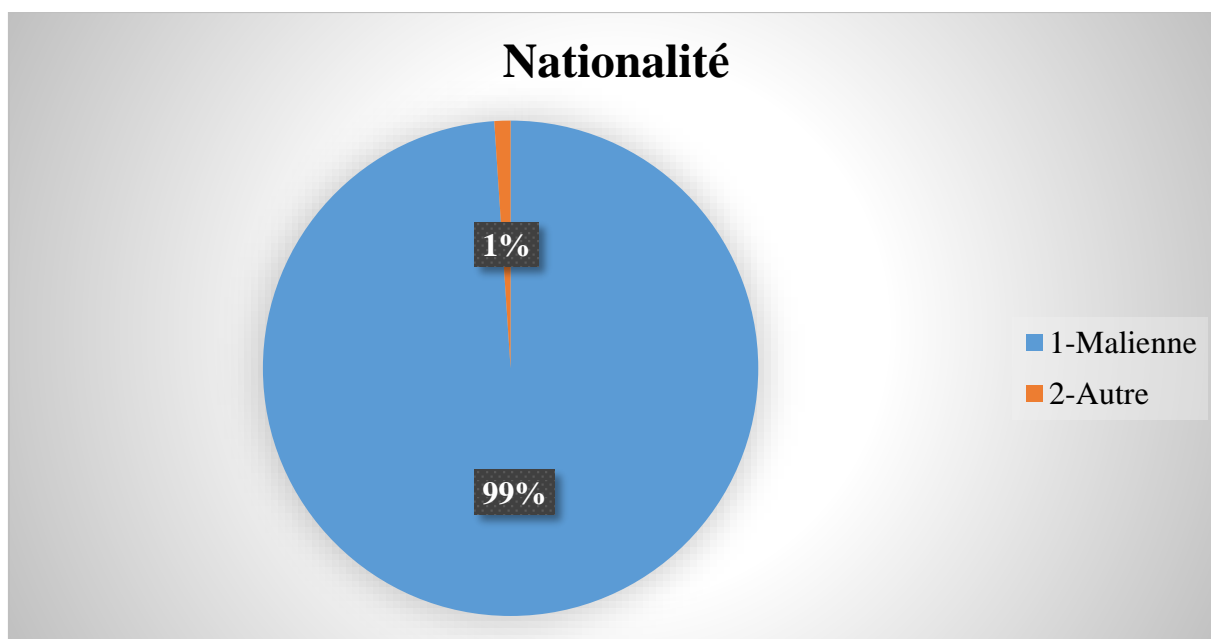


Figure 5 : Répartition en fonction de la nationalité

La nationalité malienne a représenté 99%.

Autres : Burkinabè (4) ; Camerounaise (1) ; Congolaise (1) ; Ivoirienne (1) ; Mauritanienne (1).

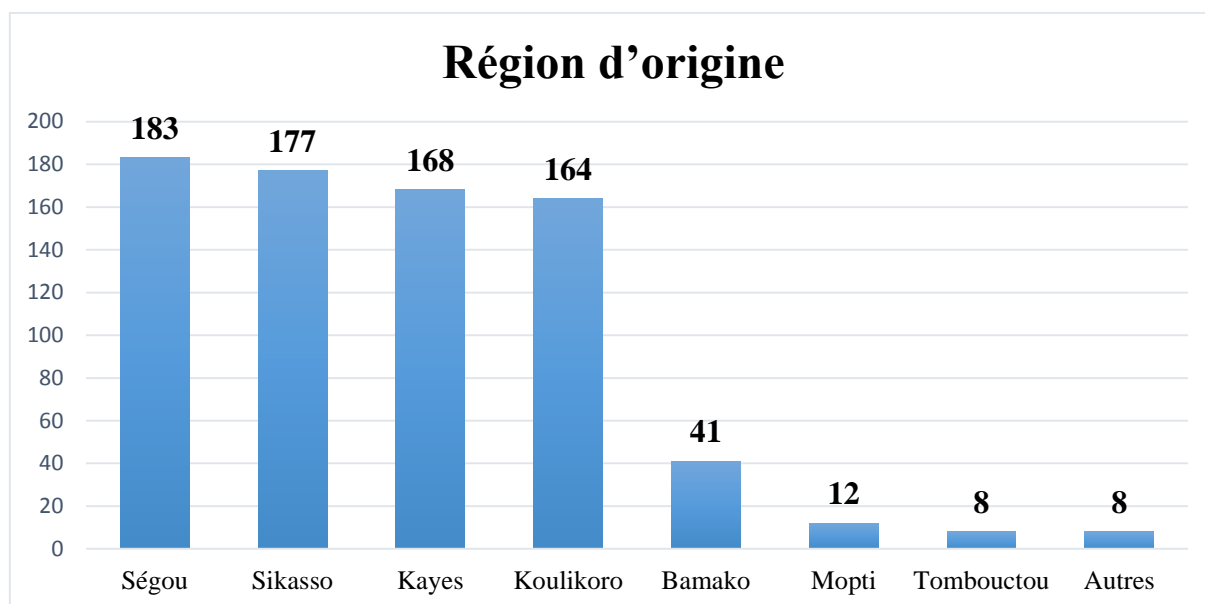


Figure 6 : Répartition en fonction de la région d'origine

Les régions du sud à savoir Ségou, Sikasso, Kayes et Koulikoro représentaient 90,94% soit respectivement 24,05% ; 23,26% ; 22,08% et 21,55%.

Autres= Taoudéni (1) ; Burkina Faso (4) ; Congo (1) ; Mauritanie (1) ; Sénégal (1).

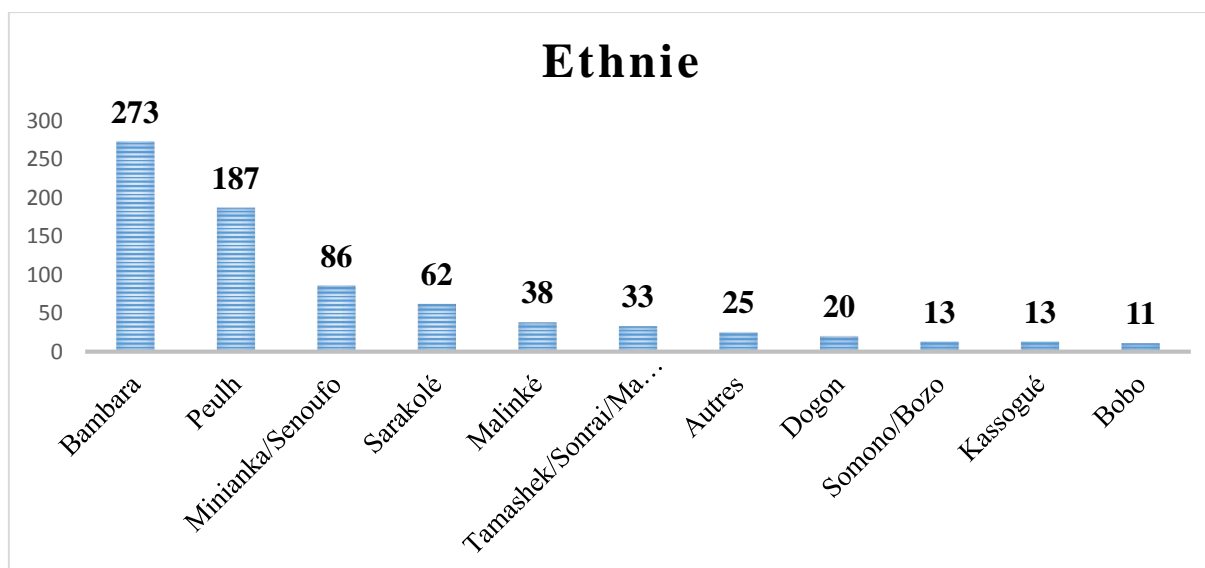


Figure 7 : Répartition en fonction de l'ethnie

Les Bambaras ont représenté 35,87% des cas.

Autres= Mossi (9) ; Samoko (7) ; Dafing (4) ; Kakolo (4) ; Wolof (1).

Tableau III : Répartition en fonction du statut matrimonial

Statut matrimonial		Fréquence	Pourcentage
Marié (e)	Monogame	403	88.57
	Polygame	271	
Célibataire		59	7.75
Veuf (ve)		17	2.23
Divorcé (e)		11	1.45
Total		761	100.00

Les mariés ont représenté 88.57% des cibles. Parmi eux, les monogames étaient de 59,79%.

Tableau IV : Répartition en fonction du niveau d'études

Niveau d'instruction	Fréquence	Pourcentage
Non scolarisé(e)	190	24.97
Ecole coranique/ Medersa	179	23.52
Primaire	158	20.76
Secondaire	147	19.32
Supérieur	63	8.28
Alphabétisé	24	3.15
Total	761	100.00

Les non scolarisés ont représenté 24,97%.

Tableau V : Répartition en fonction de l'activité socioprofessionnelle

Profession	Fréquence	Pourcentage
Femme au foyer	338	44.42
Secteur informel/Métier tertiaire	138	18.13
Fonctionnaire Contractuel	80	10.91
Domaine Agro-pastorale	70	9.20
Elève/Etudiant	62	9.20
Fonctionnaire d'état	46	4.86
Sans emploi	14	1.84
Retraité	6	0.79
Autres	7	0.66
Total	761	100.00

Les femmes au foyer représentaient 44.42% des cas.

Autres : Marabout (2) ; Pasteur (2) ; Relais (3).

Tableau VI : Répartition en fonction de la religion

Religion	Fréquence	Pourcentage
Musulmane	734	96.45
Chrétienne	12	1.58
Animiste	14	1.84
Athée	1	0.13
Total	761	100.00

Les musulmans ont représenté 96.45% des enquêtes.

Tableau VII : Répartition en fonction du modèle de famille

Modèle de famille	Fréquence	Pourcentage
Grande famille (Grand parents, parents, enfants, petits-enfants)	527	76.16
Famille nucléaire	114	16.47
Famille monoparentale	47	6.79
Famille recomposée	4	0.58
Total	692	100.00

NB : Cette question n'a été posée seulement qu'aux utilisateurs d'où le total 692.

Les enquêtés vivant dans la grande famille étaient de 76,16% des cas.

6.2.2 Données socioculturelles et opinion sur l'excision

Tableau VIII : Répartition en fonction de la connaissance de l'excision et des utilisateurs ayant bénéficié de sensibilisation sur la pratique de l'excision

Caractéristiques	OUI		NON		Total	P value
	n	%	n	%		
Connaissance de l'excision	761	100	0	0	761	
Sensibilisation sur la pratique de l'excision						
Masculin	83	53,90	71	46,10	154	
Féminin	283	52,60	255	47,40	538	0,78
Total	366	52,89	326	47,11	692	

Parmi les utilisateurs des services de santé, ceux ayant bénéficié de sensibilisation sur l'excision représentaient 52.89%.

Tableau IX : Répartition en fonction des moyens de sensibilisation (n=366)

Moyen (s)	OUI		NON	
	n	%	n	%
Radio	230	62,84	136	37,16
Télévision	182	49,73	184	50,27
Causerie débat au grin / village	160	43,71	206	56,28
Campagne de sensibilisation	89	24,32	277	75,68
Réseaux sociaux / Internet	9	2,46	357	97,54
Autres	13	3,55	353	96,45

Autres : Ecole (9) ; Centre de santé (2) ; Coran (1) ; Formation (1).

L'audio-visuel était le moyen par lequel la sensibilisation s'est faite dans 63% et 50% des cas.

Tableau X : Répartition en fonction du choix du type de pratique d'excision

Type de pratique d'excision	Fréquence	Pourcentage
Pratique solitaire	338	48.56
Aucun	185	26.58
Pratique en groupe	173	24.85
Total	696	100.00

NB : Cette question n'a été posée qu'aux utilisateurs et exciseuses traditionnelles.

La pratique solitaire a été le type de pratique voulu par les enquêtés dans 48,56% des cas.

Tableau XI : Répartition en fonction des raisons de la pratique de l'excision (n=729)

Raison (s)	OUI		NON	
	n	%	n	%
Traditionnelle	584	80.11	145	19.89
Religieuse	273	37.45	456	62.55
Sexuelle	103	14.13	626	85.87
Sociologique	47	6.45	682	93.55
Ne sait pas	30	4.12	699	95.88
Pas de raison particulière	7	0.96	722	99.04
Mystique	1	0.14	728	99.86
Autres	3	0.41	726	99.59

Autres : Raisons sanitaires (2), Influence de l'entourage (1).

La tradition était la raison qui avait été évoquée par 80% de nos cibles.

Tableau XII : Répartition en fonction de la connaissance et du type de complications de l'excision

Caractéristiques	OUI		NON		Total
	n	%	n	%	
Connaissance des complications	302	41.43	427	58.57	729
Type de complications connu					
Sanitaires	299	99.01	3	0.99	
Psycho-sociales	39	12.91	263	87.09	302
Médico-légales	11	3.64	291	96.36	

Les complications de l'excision étaient connues par 41,43% des enquêtés. Le type de complications connu de ces enquêtés était sanitaires dans 99% des cas.

Tableau XIII : Répartition en fonction de la personne décidant de l'excision de la fille selon le père ou la mère

Décision d'exciser	Parents	
	Père	Mère
Mère ou Père	62(35.23)	25(5.94)
Belle-mère ou Beau-père	12(6.82)	152(36.10)
Vous	52(29.55)	33(7.84)
Conjoint(e) et vous ensemble	40(22.73)	133(31.59)
Conjoint(e)	10(5.68)	75(17.81)
Frère et Sœur	0	3(0.70)

Qu'on soit avec le père ou la mère, la décision d'exciser les filles venait en grande partie des grands-parents paternels soit respectivement 35% et 36% des cas.

6.2.3 Données relatives au statut d'excision des enquêtées

Tableau XIV : Répartition en fonction du statut d'excision des adolescentes et femmes

Statut d'excision	Fréquence	Pourcentage
Excisée	448	83.27
Ne veut pas répondre	75	13.94
Non excisée	15	2.79
Total	538	100.00

La prévalence de l'excision était de 83,27% chez les adolescentes et femmes enquêtées.

Tableau XV : Répartition en fonction du nombre de filles de chaque homme enquêté

Nombre de filles	Fréquence	Pourcentage
Aucune	41	26.62
1-3 filles	77	50.00
4-6 filles	31	20.12
Plus de 6 filles	5	3.25
Total	154	100.00

Les pères qui avait un nombre de filles compris entre 1 à 3 représentaient 50% des enquêtés.

Tableau XVI : Répartition en fonction du statut d'excision des filles de chaque homme enquêté

Nombre de filles excisées	Fréquence	Pourcentage
Aucune	12	10.62
1-3 filles	69	61.06
4-6 filles	28	24.77
Plus de 6 filles	4	3.53
Total	113	100.00

La prévalence de l'excision était de 89,38% chez ces filles avec un pourcentage de 61,06% chez les pères ayant au plus 3 filles.

Tableau XVII : Répartition en fonction du nombre de filles de chaque femme enquêtée

Nombre de filles	Fréquence	Pourcentage
Aucune	155	28.81
1-3 filles	316	58.74
4-6 filles	61	11.34
Plus de 6 filles	6	1.13
Total	538	100.00

Les mères qui avait un nombre de filles compris entre 1 à 3 représentaient 58,74% des enquêtés.

Tableau XVIII : Répartition en fonction du statut d'excision des filles de chaque femme enquêtée

Statut d'excision	Fréquence	Pourcentage
Aucune	40	10.44
1-3 filles	284	74.15
4-6 filles	54	14.11
Plus de 6 filles	5	1.3
Total	383	100.00

La prévalence de l'excision était de 89,56% chez ces filles avec un pourcentage de 74,15% chez les femmes ayant au plus 3 filles.

Tableau XIX : Répartition en fonction des raisons de la non excision des filles

Raisons de la non excision des filles	Fréquence	Pourcentage
Je ne veux pas	24	47.06
N'a pas encore l'âge	8	15.69
A cause des complications	6	11.76
Mon mari est contre	4	7.84
Par peur des complications	3	5.88
Je ne suis pas encore prête / Je n'ai pas encore décidé	3	5.88
Aucune raison particulière	2	3.92
Peur des représailles (interdiction légale)	2	3.92
Ma famille / Belle famille est contre	2	3.92
Mon mari n'a pas encore décidé	2	3.92
On ne pratique pas chez nous	2	3.92
Autres	3	5.88

Autres= La belle famille n'a pas décidé (1) ; Conseil d'un parent médecin (1) ; Venue au monde étant excisée (1)

Comme certaines filles enquêtées n'étaient pas excisées au moment de l'enquête, on a également demandé aux parents les raisons de la non excision de ces filles.

Le refus des parents était la raison de la non excision des filles dans 47,06% des cas. Nous constatons que 15,09% des parents ont déclaré que leurs enfants n'avaient pas encore l'âge donc s'ajouteront à la prévalence de l'excision des filles par la suite.

Tableau XX : Relation entre le statut d'excision des filles et de celui de leurs mères

Statut des filles	Statut des mères		Total	P
	Mères excisées	Mères non excisées		
Filles excisées	295	2	297	
Filles non excisées	31	6	37	0.001
Total	326	8	334	

Les mères excisées étaient celles dont la majorité des filles était aussi excisée. Il existe un lien statistiquement significatif entre le statut d'excision des filles et celui de leurs mères (p=0,001).

Tableau XXI : Répartition des femmes excisées en fonction des caractéristiques sociodémographiques, du niveau d'instruction, de la religion et du modèle de famille

Caractéristiques	Femmes excisées	Effectif total de femmes	P
Lieu de résidence			
Rural	263 (58.71)	306 (56.88)	
Urbain	185 (41.29)	232 (43.12)	0.144
Age actuel			
15-17 ans	20 (4.46)	27(5.02)	
18-49 ans	398 (88.84)	471(87.55)	0.132
Plus de 49ans	30 (6.70)	40(7.4)	
Age à l'excision			
0-1an	227 (50.67)	227(50.67)	
2-4ans	79(17.63)	79(17.63)	
5-9ans	33(7.37)	33(7.37)	
10ans et plus	17(3.79)	17(3.79)	
Ne sais pas	92(20.54)	92(20.54)	
Région d'origine			
Kayes	102 (22.77)	116 (21.56)	
Koulikoro	113(25.22)	121(22.49)	
Sikasso	107(23.88)	117(21.75)	
Ségou	96(21.43)	132(24.54)	0.001
Mopti	9(2.01)	10(1.86)	
Tombouctou	5(1.12)	7(1.30)	
Bamako	11(2.46)	28(5.20)	
Autres	5(1.12)	7(1.30)	
Ethnie			
Bambara	170(37.95)	194(36.06)	
Peulh	115(25.67)	140(26.02)	
Dogon	11(2.46)	14(2.60)	
Malinké	20(4.46)	25(4.65)	
Sarakolé	33(7.37)	46(8.55)	
Somono/Bozo	9(2.01)	10(1.86)	0.001
Minianka/Senoufo	51(11.38)	53(9.85)	
Tamashek/Sonrai..	16(3.57)	26(4.83)	
Kassogué	8(1.79)	8(1.49)	
Bobo	4(0.89)	7(1.30)	
Autres	11(2.46)	15(2.79)	
Niveau d'instruction			
Non scolarisée	142(31.70)	166(30.86)	
Ecole coranique/Medersa	96(21.43)	115(21.38)	
Niveau primaire	88(19.64)	109(20.26)	0.001
Niveau secondaire	82(18.30)	96(17.84)	
Niveau supérieur	32(7.14)	33(6.13)	
Alphabétisé	8(1.79)	19(3.53)	
Religion			
Musulmane	432(96.43)	518(96.28)	
Chrétienne	5(1.12)	8(1.49)	0.004
Animiste	11(2.46)	12(2.23)	
Modèle de famille			
Grande famille	347(77.46)	409(76.02)	
Famille nucléaire	63(14.06)	88(16.36)	0.001
Famille monoparentale	35(7.81)	37(6.88)	
Famille recomposée	3(0.67)	4(0.74)	

La pratique de l'excision est très répandue dans ces zones puisque 83% ont déclaré avoir subi cette pratique. Cette proposition était élevée chez les femmes en âge de procréer (18 à 49ans) soit 89%.

Les résultats nous ont montré que dans les zones enquêtées, l'excision était pratiquée à un âge relativement tôt : 51 % des femmes ont déclaré que l'excision avait eu lieu lorsqu'elles avaient 0-1 an et 18% lorsqu'elles avaient 2-4 ans. Par ailleurs, 21 % des femmes n'ont pas pu déterminer un âge exact à leur excision. Globalement, on constate que 69% de ces femmes ont subi cette pratique avant 5 ans. Cependant, dans 7 % des cas, les femmes ont déclaré qu'elles avaient été excisées à l'âge de 5-9 ans et 4 % à 10ans ou plus.

Les résultats selon le milieu de résidence font apparaître une proportion grande chez les femmes vivant en milieu rural (85%) contre 79% pour le milieu urbain.

Selon la région d'origine, on a constaté que les régions du sud se caractérisaient par une importante proportion de femmes excisées soit respectivement 87% à Kayes, 93% à Koulikoro 91% à Sikasso. Par contre, dans les autres régions, la proportion de femmes excisées variait d'un minimum de 39% (Bamako) à 71 % (Tombouctou).

Le niveau d'instruction allait d'un maximum de 88% chez les femmes de niveau supérieur à un minimum de 86 % chez celles sans instruction.

La très grande majorité des femmes était excisée quelle que soit leur religion. Cependant, on a constaté que les femmes de confessions animiste (91 %) et musulmane (83 %) étaient plus souvent excisées que celles de confession chrétienne (62 %).

Seule l'appartenance ethnique semble jouer un rôle important dans la pratique de l'excision : c'est dans les ethnies Sonraï et Tamacheck que la prévalence de l'excision était, de loin, la plus faible (61 %), contre 87% chez les Bambara et 82% chez les peulhs. Ce qui est cohérent avec l'observation faite précédemment sur les régions de Tombouctou, Gao et Kidal, où sont concentrées une grande partie des femmes de ces ethnies.

Par rapport au modèle de famille, 85% des femmes vivant dans les grandes familles étaient excisées contre 72% des familles nucléaires.

Tableau XXII : Répartition du statut des filles excisées en fonction des caractéristiques de leurs mères

Caractéristiques	Filles excisées(Mère)	Effectif total de filles	P
Lieu de résidence			
Rural	211 (61.52)	231(60.31)	0.059
Urbain	132 (38.48)	152(39.69)	
Age à l'excision			
0-1an	230(67.06)	230(67.06)	0.094
2-4ans	59(17.20)	59(17.20)	
5-9ans	12(3.50)	12(3.50)	
10ans et plus	6(1.75)	6(1.75)	
Ne sais pas	36(10.50)	36(10.50)	
Région d'origine			
Kayes	98 (28.57)	102 (26.63)	0.001
Koulikoro	95(27.70)	95(24.80)	
Sikasso	57(16.62)	68(17.75)	
Ségou	61(17.78)	81(21.15)	
Mopti	6(1.75)	9(2.35)	
Tombouctou	2(0.58)	2(0.52)	
Bamako	18(5.25)	20(5.22)	
Autres	6(1.75)	6(1.57)	
Ethnie			
Bambara	122(35.57)	134(34.99)	
Peulh	100(29.15)	111(28.98)	
Dogon	8(2.33)	11(2.87)	
Malinké	12(3.50)	16(4.18)	
Sarakolé	31(9.04)	34(8.88)	
Somono/Bozo	4(1.17)	4(1.04)	
Minianka/Senoufo	27(7.87)	31(8.09)	
Tamashek/Sonrai..	14(4.08)	16(4.18)	
Kassougé	8(2.33)	8(2.09)	
Bobo	6(1.75)	6(1.57)	
Autres	11(3.20)	12(3.13)	
Niveau d'instruction			
Non scolarisée	133(38.78)	139(36.29)	0.001
Ecole coranique/Medersa	91(26.53)	97(25.33)	
Niveau primaire	64(18.66)	70(18.28)	
Niveau secondaire	33(9.62)	48(12.53)	
Niveau supérieur	15(4.37)	21(5.48)	
Alphabétisé	7(2.04)	8(2.09)	
Religion			
Musulmane	332(96.79)	370(96.61)	0.208
Chrétienne	2(0.58)	4(1.04)	
Animiste	9(2.62)	9(2.35)	
Modèle de famille			
Grande famille	277(80.76)	297(77.55)	0.001
Famille nucléaire	47(13.70)	61(15.93)	
Famille monoparentale	17(4.96)	23(6.01)	
Famille recomposée	2(0.58)	2(0.52)	

Lors de l'interview, des questions ont également été posées aux femmes qui avaient, au moins, une fille vivante pour savoir si elle ou l'une d'entre elles avait été excisée. Si plusieurs filles de l'enquêtée avaient été excisées, les questions concernant l'âge à l'excision, le lieu d'excision, la personne ayant fait l'excision, les complications, etc... portaient uniquement sur la fille qui avait été excisée le plus récemment.

Les résultats font apparaître, globalement, les mêmes variations que celles déjà observées pour l'ensemble des femmes excisées.

L'analyse montre que 90 % des femmes avaient déjà fait exciser leurs filles ou au moins l'une de leurs filles.

En ce qui concerne le milieu, elles ont représenté pour 91% le milieu rural et 87% le milieu urbain.

Selon l'âge à l'excision, on a constaté que pour 84 % des filles, l'excision a eu lieu avant 5 ans : 67 % à 0-1 ans ; 17 % à 2-4 ans. Par rapport aux mères, on a constaté donc que les filles étaient excisées à des âges plus jeunes puisque 69 % des mères avaient été excisées avant 5 ans. De plus, on a constaté que seulement 2 % des filles ont subi cette pratique à 10ans ou plus contre 4 % chez les mères.

Concernant les ethnies, on pouvait souligner que c'était parmi les ethnies dans lesquelles l'excision était une pratique très fréquente que les proportions de filles excisées étaient les plus élevées : les bambaras (91 %), les Sarakolés (91%), les Peulh (90%) et les Malinké (75 %).

Selon le niveau d'instruction, les résultats montraient que la pratique de l'excision des filles variait avec l'augmentation du niveau d'instruction de la mère (96 % parmi les filles dont la mère n'avait aucun niveau d'instruction contre 69 % et 71% parmi celles dont la mère avait une instruction secondaire ou plus).

Concernant la religion, la très grande majorité des femmes était excisée. Cependant, on a constaté que les filles des femmes de confessions animiste (100 %) et musulmane (90 %) étaient plus souvent excisées que celles de confession chrétienne (50 %).

Par rapport au modèle de famille. 93% des filles dont les mères vivaient dans les grandes familles étaient excisées contre 77% des familles nucléaires.

Tableau XXIII : Répartition du statut des filles excisées en fonction des caractéristiques de leurs pères

Caractéristiques	Filles excisées(Père)	Effectif total de filles	P
Lieu de résidence			
Rural	62 (61.39)	66(58.41)	0.105
Urbain	39 (38.61)	47(41.59)	
Age à l'excision			
14jrs-1an	64(63.37)	64(63.37)	0.315
2-4ans	21(20.79)	21(20.79)	
5-9ans	6(5.94)	6(5.94)	
Ne sais pas	10(9.90)	10(9.90)	
Région d'origine			
Kayes	27 (26.73)	27 (23.89)	0.001
Koulikoro	26(25.74)	27 (23.89)	
Sikasso	22(21.78)	27 (23.89)	
Ségou	16(15.84)	21(18.58)	
Tombouctou	0	1(0.88)	0.403
Bamako	10(9.90)	10(8.85)	
Ethnie			
Bambara	38(37.62)	42(37.17)	
Peulh	24(23.76)	27(23.89)	
Dogon	4(3.96)	4(3.54)	
Malinké	4(3.96)	5(4.42)	
Sarakolé	7(6.93)	8(7.08)	
Somonbo/Bozo	1(0.99)	1(0.88)	
Minianka/Senoufo	11(10.89)	13(11.50)	
Tamashek/Sonrai..	3(2.97)	4(3.54)	
Kassougé	3(2.97)	3(2.65)	
Bobo	1(0.99)	1(0.88)	
Autres	5(4.95)	5(4.42)	
Niveau d'instruction			
Ecole coranique/Medersa	37(36.63)	41(36.28)	0.247
Non scolarisée	19(18.81)	19(16.81)	
Niveau primaire	21(20.79)	23(20.35)	
Niveau secondaire	12(11.88)	16(14.16)	
Niveau supérieur	7(6.93)	9(7.96)	
Alphabétisé	5(4.95)	5(4.42)	
Religion			
Musulmane	98(97.03)	110(97.35)	0.960
Chrétienne	1(0.99)	1(0.88)	
Animiste	2(1.98)	2(1.77)	
Modèle de famille			
Grande famille	84(83.16)	89(78.76)	0.001
Famille nucléaire	14(13.86)	18(15.93)	
Famille monoparentale	3(2.97)	6(5.31)	

Les filles excisées selon leurs pères ont représenté pour 94% le milieu rural et 83% le milieu urbain.

Selon l'âge d'excision, pour 84 % des filles, l'excision a eu lieu avant 5 ans : 63 % à 0-1 ans ; 21 % à 2-4 ans.

Concernant les ethnies, les proportions grandes se retrouvaient parmi les ethnies dans lesquelles l'excision était très fréquente : les Bambaras (90 %), les Peulh (89%).

Selon le niveau d'instruction, les résultats montraient que la pratique de l'excision des filles variait avec l'augmentation du niveau d'instruction du père (100 % parmi les filles dont le père n'avait aucun niveau d'instruction, contre 75 % chez ceux ayant un niveau d'instruction secondaire).

Pour ce qui était de la religion, on a constaté que 89% des filles de pères musulmans ; 100% de chrétiens et d'animistes ont été excisées.

Par rapport au modèle de famille, 94% des filles dont les pères vivaient dans les grandes familles était excisées contre 78% des familles nucléaires.

Tableau XXIV : Répartition de la pratique de l'excision des femmes en fonction du milieu de résidence

Caractéristiques	Lieu de résidence			P
	Rural	Urbain	Total	
Lieu d'excision des femmes				
Village	248(94.30)	53(28.65)	301(67.19)	
Ville	6(2.28)	116(62.70)	122(27.23)	
Ne sait pas	5(1.90)	12(6.49)	17(3.79)	0.001
CSCOM/ CSREF/ Hôpital	3(1.14)	2(1.08)	5(1.12)	
Ne se souviens pas	1(0.38)	1(0.54)	2(0.45)	
Autres (Burkina Faso)	0	1(0.54)	1(0.22)	
Comment				
Seule	111(42.21)	47(25.41)	158(35.27)	0.001
En groupe	109(41.44)	51(27.57)	160(35.71)	
Ne sait pas	43(16.35)	87(47.03)	130(29.02)	
Personne ayant fait l'excision				
Exciseuse traditionnelle	230(87.45)	99(53.51)	329(73.44)	
Ne sais pas	25(9.51)	72(38.92)	97(21.65)	0.001
Agent de santé	8(3.04)	14(7.57)	22(4.91)	
Complications				
Non	218(82.89)	151(81.62)	369(82.37)	
Oui	4(1.52)	7(3.78)	11(2.46)	0.308
Ne sait pas	41(15.59)	27(14.59)	68(15.18)	

Par rapport au lieu d'excision, 82% des femmes qui vivaient en milieu rural ont été excisées au village contre 17% de celles vivant en milieu urbain.

La pratique a été faite pour celles vivantes en milieu rural en groupe dans 68% et 70% en solitaire. Concernant le milieu urbain, elle était de 30% pour la pratique solitaire et 32% pour la pratique en groupe.

Quel que soit le milieu, on a constaté que la très grande majorité des femmes enquêtées (87% en milieu rural et 54% en milieu urbain) ont été excisées par des exciseuses traditionnelles. Le recours à des professionnels de la santé était très rare mais n'est pas à négliger (3% en milieu rural et 8% en milieu urbain). Seules 2% des femmes du milieu rural et 4% du milieu urbain avaient signalé une complication au décours de l'excision.

Tableau XXV : Répartition de la pratique de l'excision des filles en fonction du milieu de résidence

Caractéristiques	Lieu de résidence			P
	Rural	Urbain	Total	
Lieu d'excision des filles				
Village	62(100.00)	8(20.51)	70(69.31)	
Ville	0	28(71.79)	28(27.72)	
Ne veux pas répondre	0	1(2.56)	1(0.99)	0.001
CSCOM/ CSREF/ Hôpital	0	1(2.56)	1(0.99)	
Ne se souviens pas	0	1(2.56)	1(0.99)	
Comment				
Seule	38(61.29)	31(79.49)	69(68.32)	0.121
En groupe	23(37.10)	7(17.95)	30(29.70)	
Ne pas répondre	1(1.61)	1(2.56)	2(1.98)	
Personne ayant fait l'excision				
Exciseuse traditionnelle	60(96.77)	33(84.62)	93(92.08)	
Ne veut pas répondre	0	2(5.13)	2(1.98)	0.062
Agent de santé	2(3.23)	4(10.26)	6(5.94)	
Complications				
Non	62(100.00)	38(97.44)	100(99.01)	0.205
Ne veut pas répondre	0	1(2.56)	1(0.99)	

Les résultats des filles font apparaître, globalement, les mêmes variations que celles déjà observées pour l'ensemble des femmes excisées.

Concernant le lieu d'excision, 100% des filles des femmes qui vivaient en milieu rural ont été excisées au village contre 21% de celles vivant en milieu urbain.

La pratique s'était faite pour celles dont les mères vivaient en milieu rural en groupe dans 77% et 55% en solitaire. Concernant le milieu urbain, elle était de 45% pour la pratique solitaire et 23% pour la pratique en groupe.

On a constaté que chez la très grande majorité des femmes enquêtées, les filles (97% en milieu rural et 84% en milieu urbain) avaient été excisées par des exciseuses traditionnelles. Le recours à des professionnels de la santé était de 3% pour le milieu rural et 10% pour le milieu urbain. Aucune complication n'avait été signalée quel que soit le milieu de résidence.

Tableau XXVI : Répartition de l'intention d'excision des pères qui n'ont pas de filles en fonction de certains caractéristiques sociodémographiques, le niveau d'instruction et la religion et le modèle de famille

Caractéristiques	Intention d'exciser ses filles (Père)				P
	Ne veut pas répondre	Non	Oui	Total	
Lieu de résidence					0.223
Rural	7(87.50)	3(50.00)	15(55.56)	25(60.98)	
Urbain	1(12.50)	3(50.00)	12(44.44)	16(39.02)	
Niveau d'instruction					
Ecole coranique/Medersa	5(62.50)	0	9(33.33)	14(34.15)	
Non scolarisée	0	0	1(3.70)	1(2.44)	
Niveau primaire	2(25.00)	2(33.33)	5(18.52)	9(21.95)	0.193
Niveau secondaire	1(12.50)	1(16.67)	8(29.63)	10(24.39)	
Niveau supérieur	0	3(50.00)	4(14.81)	7(17.07)	
Religion					
Musulmane	8(100.00)	6(100.00)	26(96.30)	40(97.56)	0.767
Chrétienne	0	0	0	0	
Animiste	0	0	0	0	
Autres	0	0	1(3.70)	1(2.44)	
Modèle de famille					
Grande famille	5(62.50)	2(33.33)	22(81.48)	29(70.73)	
Famille nucléaire	3(37.50)	2(33.33)	3(11.11)	8(19.51)	0.062
Famille monoparentale	0	2(33.33)	2(7.41)	4(9.76)	

L'analyse a montré que les pères qui n'avaient pas d'enfants et qui avaient l'intention de les exciser une fois après les avoir eu étaient de 66% avec 56% vivant en milieu rural et 46% en milieu urbain. Cette volonté était manifeste chez 64% des pères qui avaient fait l'école coranique, 65% des musulmans et 75% des habitants de grande famille.

Tableau XXVII : Répartition de l'intention d'excision des mères qui n'ont pas de filles en fonction de certains caractéristiques sociodémographiques, le niveau d'instruction et la religion et le modèle de famille

Caractéristiques	Intention d'exciser ses filles (Mère)				P
	Ne veux pas répondre	Non	Oui	Total	
Lieu de résidence					
Rural	14(45.16)	18(48.65)	43(49.43)	75(48.39)	0.920
Urbain	17(54.84)	19(51.35)	44(50.57)	80(51.61)	
Niveau d'instruction					
Ecole					
coranique/Medersa	5(16.13)	3(8.11)	10(11.49)	18(11.61)	0.035
Non scolarisée	6(19.35)	2(5.41)	19(21.84)	27(17.42)	
Niveau primaire	5(16.13)	8(21.62)	26(29.89)	39(25.16)	
Niveau secondaire	7(22.58)	19(51.35)	22(25.29)	48(30.97)	
Niveau supérieur	3(9.68)	4(10.81)	5(5.75)	12(7.74)	
Alphabétisé	5(16.13)	1(2.70)	5(5.75)	11(7.10)	
Religion					
Musulmane	31(100.00)	35(94.59)	82(94.25)	148(95.48)	0.355
Chrétienne	0	2(5.41)	2(2.30)	4(2.58)	
Animiste	0	0	3(3.45)	3(1.94)	
	0.00	0.00			
Modèle de famille					
Grande famille	23(74.19)	22(59.46)	67(77.01)	112(72.26)	0.464
Famille nucléaire	6(19.35)	8(21.62)	13(14.94)	27(17.42)	
Famille monoparentale	2(6.45)	6(16.22)	6(6.90)	14(9.03)	
Famille recomposée	0	1(2.70)	1(1.15)	2(1.29)	

L'analyse de ce tableau a montré que les mères qui n'avaient pas d'enfants et qui avaient l'intention de les exciser une fois après les avoir eu, étaient de 56% avec 49% vivant en milieu rural et 50% en milieu urbain. Cette volonté était manifeste chez 59% des mères non scolarisées, 55% des musulmanes et 60% des habitantes de grande famille.

6.3 Données qualitatives

6.3.1 Opinion sur l'excision

Tableau XXVIII : Répartition des cibles en fonction de leur opinion sur l'excision

Opinion sur l'excision Pensée sur la pratique de l'excision	Type de participant				
	Utilisateurs	Exciseuse traditionnelle	Agents de santé	Leaders religieux	Leaders communautaires
Favorable	272		5	2	4
Très favorable	196		2	2	2
Défavorable	112		16	1	12
Ni favorable ni défavorable	88		1	1	6
Très défavorable	24		8		3
Conséquences sur la fertilité					
En désaccord	260	1			
Ni d'accord ni en désaccord	189		4		
D'accord	108	1	18		
Totalement en désaccord	85	2			
Tout à fait d'accord	50		10		
Difficultés lors du travail d'accouchement					
En désaccord	223	1			
Ni d'accord ni en désaccord	179		3		
D'accord	152	1	18		
Tout à fait d'accord	73		11		
Totalement en désaccord	65	2			
Diminution de la libido					
Ni d'accord ni en désaccord	208		3		
En désaccord	196	1	4		
D'accord	167	3	17		
Tout à fait d'accord	104		8		
Totalement en désaccord	17				
Une femme non excisée n'est pas une femme					
En désaccord	283	1			
D'accord	118				
Ni d'accord ni en désaccord	116				
Tout à fait d'accord	101	2			
Totalement en désaccord	74	1			
Abandon de l'excision					
D'accord	88			1	9
En désaccord	283			2	8
Ni d'accord ni en désaccord	109			1	4
Totalement en désaccord	149			1	1
Tout à fait d'accord	63			1	5

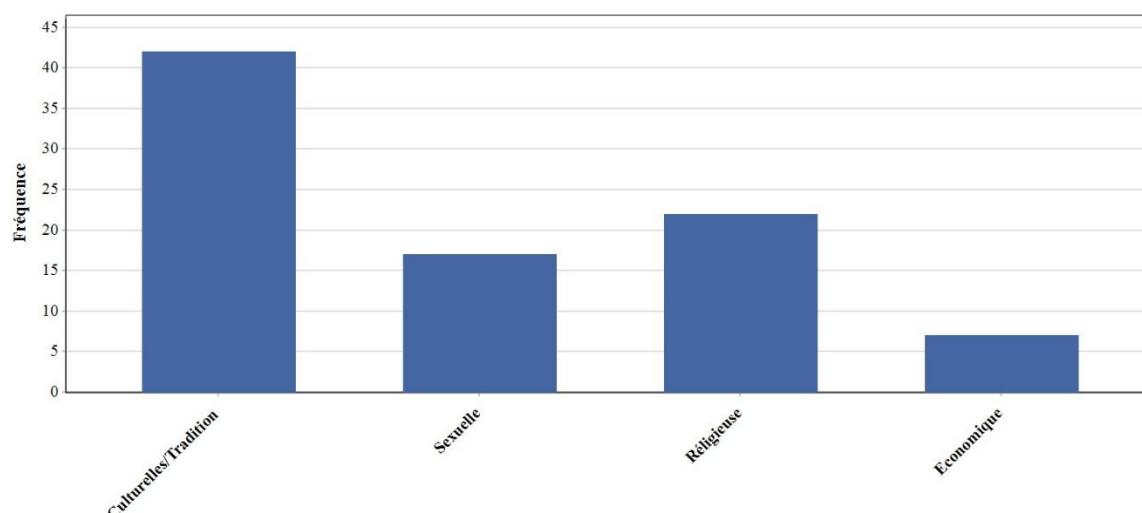


Figure 8 : Répartition en fonction des raisons de l'excision évoquées lors des entrevues individuelles et focus group

Les raisons d'ordre culturel et traditionnel étaient les plus évoquées dans les entretiens qualitatifs.

Tableau XXIX : Répartition en fonction des avantages de l'excision (n=729)

Avantages de l'excision	OUI		NON	
	n	%	n	%
Contrôle de sa sexualité/ abstinence	344	47.19	385	52.81
Ne sait pas	164	22.50	565	77.50
Meilleure éducation sexuelle	138	18.93	591	81.07
Bonne préparation à la vie féminine (femme au foyer)	111	15.23	618	84.77
Pas d'avantage	108	14.81	621	85.19
Bonne hygiène	88	12.07	641	87.93
Meilleure gestion de son foyer	38	5.21	691	94.79
En accord avec la religion	35	4.80	694	95.20
Plaisir grand du mari	21	2.88	708	97.12
Préservation de sa virginité	15	2.06	714	97.94
Permet d'avoir un bon mariage	11	1.51	718	98.49
Autres	7	0.96	722	99.04
Prévenir l'immoralité	7	0.96	722	99.04

Autres : Protège la femme contre certaines maladies (3) ; Maternités et travail d'accouchement faciles (2) ; L'esthétique car c'est vilain de voir le clitoris d'une femme non excisée. Ça contribue à la diminution de son désir sexuel (1) ; Absence de stigmatisation par les autres femmes qui traitent la non excisée de BILA KORO MUSO (1).

Le Contrôle de sa sexualité/ abstinence était l'avantage qui avait été évoqué dans 47,19% des enquêtés. Nous avons constaté que 14,81% ont déclaré qu'il n'y a aucun avantage pour une fille d'être excisée.

Tableau XXX : Répartition de la volonté ou non des hommes d'épouser une fille non excisée

Prêt à épouser une fille non excisée			
Oui		Non	
Raisons	Fréquence	Fréquence	Raisons
C'est une femme comme les autres /Indifférence	32(51.61)	16(23.88)	L'excision est une recommandation /Obligation religieuse musulmane
Par amour/ Si je l'aime	11(17.74)	12(17.91)	Elle aura un plaisir excessif/ pulsions sexuelles élevées
Je n'aurai aucun problème avec les conséquences de l'excision	7(11.29)	12(17.91)	Impropre/Impure/ Non hygiénique
L'excision n'est pas obligatoire	4(6.45)	8(11.94)	Femme incomplète/ imparfaite
Connait la valeur d'un homme	2(3.23)	8(11.94)	Par respect pour nos coutumes/Tradition
Si ça ne l'empêche pas d'avoir un enfant	2(3.23)	5(7.46)	Je n'aime pas simplement
Ce n'est pas une condamnation religieuse	1(1.61)	2(2.99)	Ne sait pas
J'opte pour l'abandon de la pratique	1(1.61)	2(2.99)	Peur qu'elle ne soit infidèle
Sans raison	1(1.61)	1(1.49)	Il paraît qu'il soit contraire à la religion musulmane que je peux intégrer dans l'avenir
L'excision n'est pas une pratique de chez nous	1(1.61)	1(1.49)	Sans raison
Total	62	67	Total

NB : 25 hommes n'ont pas voulu répondre à cette question soit 16%.

Les hommes qui ont affirmé être prêts à épouser une fille non excision (40.25%), ont évoqué comme raison l'indifférence avec celles qui sont excisées dans 51.61%. Par contre ceux qui ont refusé (43.50%) ont évoqué la raison de l'incompatibilité avec la religion dans 23.88% et un plaisir excessif/ pulsions sexuelles élevées dans 17.91%.

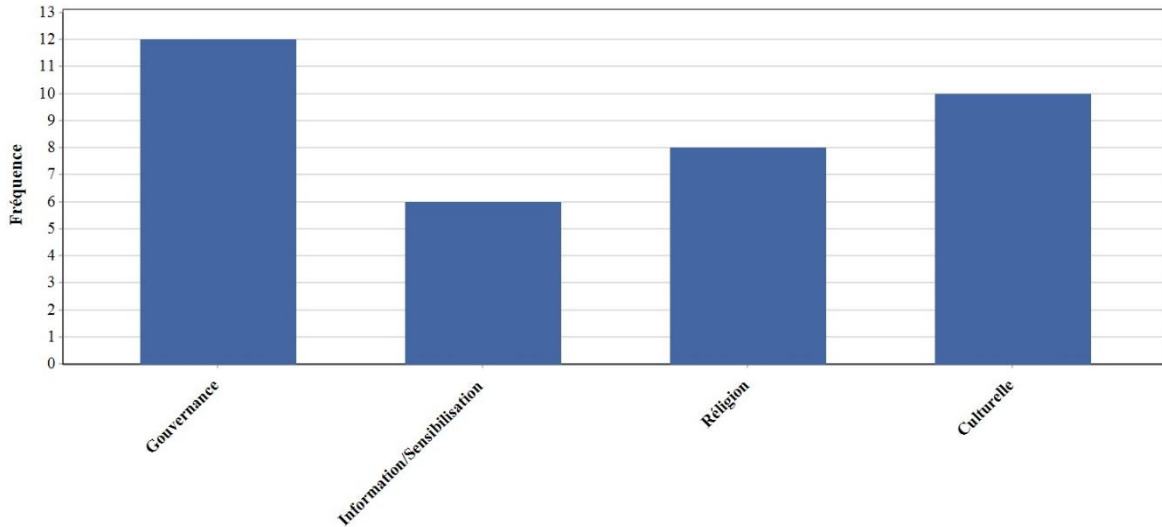


Figure 9 : Répartition des problèmes d’entraves à l’abandon de l’excision par le niveau institutionnel

La faiblesse dans la gouvernance, la culture et la religion ont été les obstacles les plus citées par les ONG et la justice face à l’abandon de l’excision.

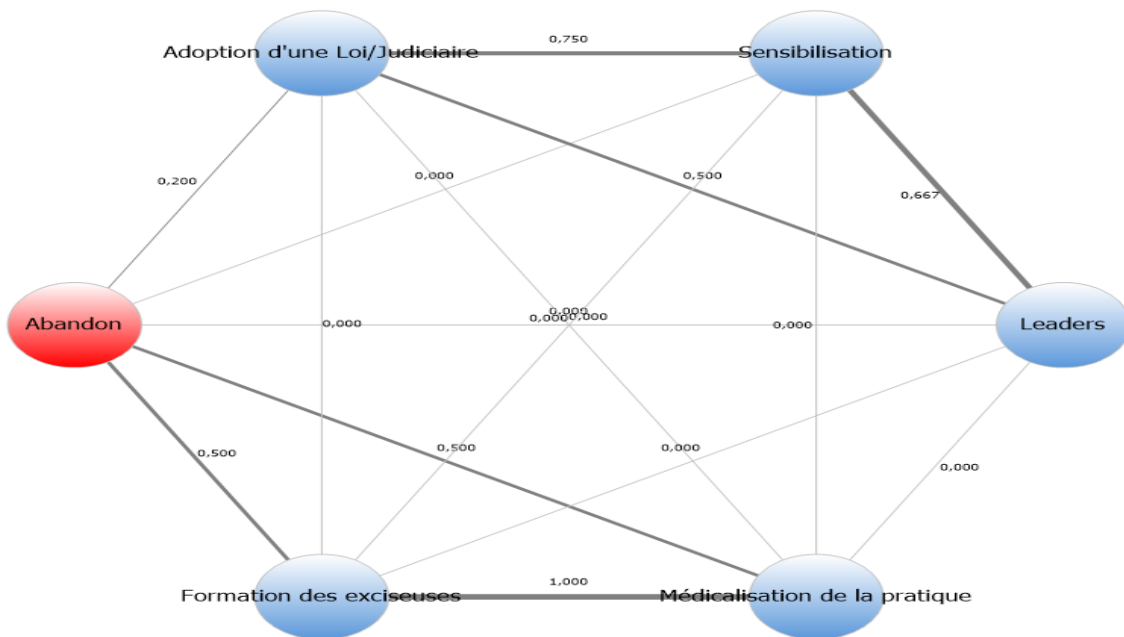


Figure 10 : Répartition en fonction des solutions proposées par les ONG et la population face à l’excision

Dans les propositions de solutions, l’implication des leaders religieux musulmans dans la sensibilisation en vue d’une adoption de loi a été évoquée. Au vue des statistiques, l’abandon de l’excision n’est pas une idéologie soutenue par la population et propose des solutions comme la formation des exciseuses traditionnelles et la médicalisation de la pratique de l’excision.

Tableau XXXI : Répartition de l'opinion des agents de santé sur la médicalisation de l'excision

Favorable à la médicalisation de l'excision			
Oui		Non	
Raisons	Fréquence	Fréquence	Raisons
Eviter ou prévenir les complications	4(36.36)	8(42.11)	Acte criminel /Dangereux / Néfaste à la santé
Diminuer/Minimiser les complications ou infections	3(27.27)	4(21.05)	Conséquences/Complications de l'excision
Persistance de la pratique	2(18.18)	3(15.79)	Abandon/Cessation/Arrêt de la pratique
Etre en contact avec les patients pour les convaincre des conséquences de la pratique de l'excision/ Impact sur les accidents provoqués	1(9.09)	3(15.79)	Aucun avantage
Si cette pratique continue, mieux vaut former les exciseuses pour minimiser les complications ?	1(9.09)	1(5.26)	Si vous ne voulez pas que l'excision continue, pourquoi l'apprendre aux gens ?
Total	11	19	

NB : 2 agents de santé soit 6.25% n'ont pas voulu se prononcer sur cette question.

Les agents de santé qui ont opté pour une médicalisation de la pratique (34.38%) ont donné comme raison principale, permet d'éviter/prévenir les complications ou de diminuer/ minimiser les complications ou infections dans respectivement 36,36% et 27,27%.

Ceux qui étaient contre cette médicalisation (59.38%) ont évoqué la dangerosité, la criminalité de l'acte ainsi que sa répercussion sur la santé dans 42,11%.

Tableau XXXII : Répartition du maintien de la pratique en fonction du sexe, du statut d'excision des femmes, du milieu de résidence, de la religion et du niveau d'instruction

Caractéristiques	Abandon de la pratique de l'excision						P
	D'accord	En désaccord	Ni d'accord ni en désaccord	Totalement en désaccord	Tout à fait d'accord	Total	
Sexe							
Féminin	79(89.77)	219(77.39)	90(82.57)	105(70.47)	45(71.43)	538(77.75)	0.005
Masculin	9(10.23)	64(22.61)	19(17.43)	44(29.53)	18(28.57)	154(22.25)	
Statut d'excision							
Oui	62(78.48)	183(83.56)	70(77.78)	96(91.43)	37(82.22)	448(83.27)	0.001
Non	8(10.13)	0	3(3.33)	0	4(8.89)	15(2.79)	
Ne veut pas répondre	9(11.39)	36(16.44)	17(18.89)	9(8.57)	4(8.89)	75(13.94)	
Lieu de résidence							
Rural	61(69.32)	197(69.61)	63(57.80)	59(39.60)	17(26.98)	397(57.37)	0.001
Urbain	27(30.68)	86(30.39)	46(42.20)	90(60.40)	46(73.02)	295(42.63)	
Niveau d'instruction							
Ecole coranique/Medersa	16(18.18)	63(22.26)	28(25.69)	54(36.24)	9(14.29)	170(24.57)	0.001
Non scolarisée	12(13.64)	103(36.40)	38(34.86)	32(21.48)	1(1.59)	186(26.88)	
Niveau primaire	24(27.27)	59(20.85)	19(17.43)	33(22.15)	6(9.52)	141(20.38)	
Niveau secondaire	26(29.55)	32(11.31)	17(15.60)	17(11.41)	30(47.62)	122(17.63)	
Niveau supérieur	7(7.95)	10(3.53)	6(5.50)	9(6.04)	17(26.98)	49(7.08)	
Alphabétisé	3(3.41)	16(5.65)	1(0.92)	4(2.68)	0	24(3.47)	
Religion							
Musulmane	84(95.45)	269(95.05)	106(97.25)	148(99.33)	61(96.83)	668(96.53)	0.062
Chrétienne	3(3.41)	3(1.06)	1(0.92)	0	2(3.17)	9(1.30)	
Animiste	1(1.14)	11(3.89)	2(1.83)	0	0	14(2.02)	
Autres	0	0	0	1(0.67)	0	1(0.14)	

On a également demandé aux femmes et aux hommes enquêtés leur opinion sur la poursuite ou l'abandon de l'excision. Ce tableau montre qu'au niveau global, 60% des femmes pensaient que l'excision était une pratique qui devrait être maintenue ; 23 % ont déclaré, au contraire, qu'elle devrait disparaître et 17 % n'ont pas su se prononcer. Comme il fallait s'y attendre, la majorité des femmes excisées était favorable au maintien de l'excision (62 %) alors que la majorité des femmes non excisées était favorable à sa disparition (80 %).

Concernant le milieu de résidence, ceux qui étaient pour le maintien étaient de 64% et 60% pour le rural et urbain. Ceux contre étaient de 20% et 25% pour le rural et urbain.

Pour le niveau d'instruction, les non scolarisés étaient pour à 73% et contre à 7%.

Pour la religion, les musulmans étaient pour à 62% et contre 22%.

Une proportion d'hommes légèrement plus grande que celle des femmes (70 % contre 60 %) s'était déclarée favorable au maintien de cette pratique, 17 % pensaient qu'elle devrait disparaître et 12 % n'ont pas su se prononcer.

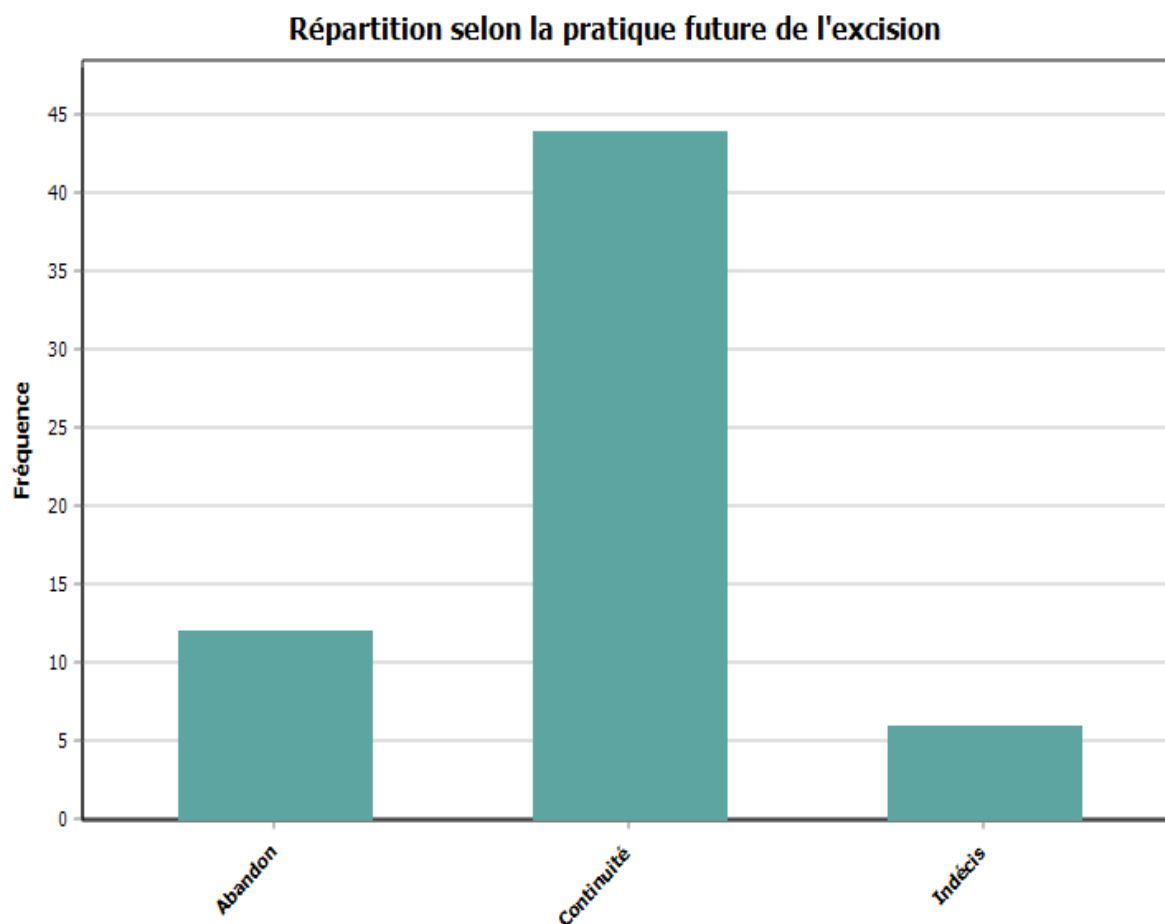


Figure 11 : Répartition en fonction de la pratique future de l'excision lors des focus group et entretiens individuelles

Le maintien de la pratique de l'excision a été le plus évoqué lors de ces entretiens.

Tableau XXXIII : Répartition de l'avis des hommes et femmes sur la pensée du sexe opposé sur le maintien de la pratique de l'excision

Avis du sexe opposé sur le maintien de l'excision	Homme	Femme
Pour	93(61.59)	377(70.60)
Contre	19(12.58)	49(9.18)
Ne sait pas	39(25.83)	108(20.22)
Total	151	534

Parmi les femmes enquêtées, 71% pensent que les hommes sont favorables au maintien de l'excision et 62% des hommes aussi pensent la même chose sur les femmes.

6.4 Données comparative des EDS faites au Mali

Tableau XXXIV : Répartition des EDS en fonction de la prévalence, de l'âge d'excision et de certaines caractéristiques sociodémographiques

Paramètres		EDS 2	EDS3	EDS4	EDS5	EDS6
Connaissance de l'excision	Femmes	N/A	98%	95%	98%	96%
	Hommes	N/A	96%	95%	99%	97%
Prévalence	10-14ans	74%	73%	69%	83%	73%
	15- 49ans	94%	92%	85%	91%	89%
Age d'excision des femmes	Avant 5ans	41%	15%	11%	73%	76%
	Petite enfance	N/A	46%	57%	N/A	N/A
	5-9ans	28%	21%	17%	15%	16%
	10-14ans	8%	13%	9%	7%	4%
	15ans et plus	6%	1%	1%	0,4%	1%
	NSP	17%	4%	6%	5%	4%
Age d'excision des filles	Avant 5ans	72%	52%	53%	16%	32%
	Petite enfance	N/A	28%	23%	48%	34%
	5-9ans	20%	16%	18,2%	3,9%	5,2%
	10-14ans	4%	3%	3,7%	0,3%	0,4%
	15ans et plus	0,4%	0,1%	0,5%	N/A	N/A
	NSP	3%	2%	1%	0,4	0,9%
Milieu de résidence	Ensemble Urbain	90%	90%	81%	91%	89,2%
	Rural	96%	92%	87,4%	92%	88,4%
	Autres Villes	86%	86%	72,2%	91%	85%
	Bamako	95%	93%	93%	90%	91%
Région	Bamako	95%	93%	93%	90%	91%
	Kayes	99%	98%	98,3%	95%	95%
	Koulikoro	99%	99%	97,4%	94%	96%
	Sikasso	97%	97%	94,7%	91%	96%
	Ségou	94%	95%	92,2%	89%	92%
	Mopti	88%	88%	75%	88%	82%
	Tombouctou	9%	11%	44%	N/A	50%
	Gao	9%	11%	2%	N/A	1%
	Kidal	N/A	11%	1%	N/A	0,%
Ethnie	Bambara	99%	98%	98%	95%	N/A
	Peulh	98%	97%	95%	98%	N/A
	Sarakolé/Soninké/Marka	99%	97%	97%	96%	N/A
	Senoufo/Minianka	96%	97%	93%	87%	N/A
	Dogon	85%	79%	76%	90%	N/A
	Malinké	99%	98%	98%	92%	N/A
	Bobo	N/A	91%	81%	64%	N/A
	Tamacheck	17%	65%	32%	63%	N/A
	Sonrai	48%	41%	28%	60%	N/A
	Autres	91%	95%	N/A	94%	N/A
	Pays CEDEAO	N/A	N/A	87%	84%	N/A

Tableau XXXV : Répartition des EDS en fonction du niveau d'instruction, de la religion et de la personne ayant fait la pratique d'excision et de l'opinion sur le maintien de l'excision

Paramètres			EDS 2	EDS3	EDS4	EDS5	EDS6	
Niveau d'instruction	Aucun	Femmes	81%	80%	78%	76%	65%	
		Hommes		66%	60%	61%	53%	
	Primaire	Femmes	12%	11%	11%	9%	13%	
		Hommes		15%	19%	16%	14%	
	Secondaire ou plus	Femmes	7%	9%	10%	15%	22%	
		Hommes		19%	20%	26%	32%	
Religion	Musulmane		94%	92%	86%	93%	N/A	
	Chrétienne		85%	76%	68%	65%	N/A	
	Animiste		95%	95%	82%	77%	N/A	
	Autres		97%	97%	92%	N/A	N/A	
Personne ayant pratiqué l'excision	Personnel médical	Mère	2%	2%	3%	1%	0%	
		Fille	5%	5%	4%	2%	1%	
	Exciseuses traditionnelles	Mère	82%	91%	89%	88%	89%	
		Fille	88%	94%	92%	92%	94%	
	Accoucheuses traditionnelles	Mère	6%	1%	3%	3%	3%	
		Fille	6%	1%	3%	5%	4%	
	Autres traditionnels	Mère	0%	N/A	N/A	0%	0%	
		Fille	0%	N/A	N/A	1%	0%	
NSP	Mère	10%	6%	6%	8%	8%		
	Fille	1%	1%	1%	0%	0%		
Statut d'excision des filles et intention des mères	Filles excisées		74%	73%	69%	69%	73%	
	Filles non excisées mais	a intention de la faire	19%	17%	14%	31%	27%	
		pas d'intention	6%	7%	10%			
		NSP	1%	1%	3%			
Opinion sur le maintien de la pratique	Effectif total	Femmes	Pour	75%	80%	76%	72%	76%
			Contre	13%	13%	16%	18%	18%
			NSP	12%	3%	4%	10%	7%
		Hommes	Pour	N/A	73%	70%	79%	74%
			Contre		21%	21%	12%	13%
			NSP		4%	5%	9%	13%
	Effectif de femmes excisées	Pour		80%	85%	N/A	76%	81%
		Contre		10%	9%		15%	13%
		NSP		10%	3%		9%	6%
	Effectif de femmes non excisées	Pour		9%	12%	N/A	16%	12%
Contre		53%	66%	61%	74%			
NSP		38%	12%	23%	13%			

Tableau XXXVI : Répartition des EDS en fonction des raisons de la pratique de l'excision et de son lien avec la religion

Paramètres		EDS 2	EDS3	EDS4	EDS5	EDS6	
Raisons pour la poursuite de l'excision	Coutumes/Tradition	Femmes	61%	N/A	N/A	N/A	N/A
		Hommes					
	Bonne tradition	Femmes	28%	N/A	N/A	N/A	N/A
		Hommes					
	Nécessité religieuse	Femmes	13%	19%	24%	N/A	N/A
		Hommes		20%	24%		
	Hygiène	Femmes	6%	21%	22%	N/A	N/A
		Hommes		17%	14%		
	Préserver la virginité et prévenir l'immoralité	Femmes	5%	7%	12%	N/A	N/A
		Hommes		12%	22%		
	Meilleure chance de mariage	Femmes	3%	7%	10%	N/A	N/A
		Hommes		4%	5%		
	Plus grand plaisir du mari	Femmes	1%	2%	7%	N/A	N/A
		Hommes		6%	5%		
	Reconnaissance sociale	Femmes	N/A	42%	37%	N/A	N/A
		Hommes		29%	19%		
Autres	Femmes	3%	18%	16%	N/A	N/A	
	Hommes		20%	19%			
NSP	Femmes	7%	N/A	N/A	N/A	N/A	
	Hommes						
Pas d'avantage	Femmes	N/A	15%	17%	N/A	N/A	
	Hommes		20%	23%			
Excision et religion	Exigée	Femmes	N/A	70%	64%	71%	70%
		Hommes	N/A	63%	38%	66%	68%
		Femmes excisées	N/A	74%	68%	74%	74%
		Femmes non excisées	N/A	13%	23%	23%	19%
	Non exigée	Femmes	N/A	N/A	N/A	22%	21%
		Hommes	N/A	N/A	N/A	21%	17%
		Femmes excisées	N/A	N/A	N/A	19%	17%
		Femmes non excisées	N/A	N/A	N/A	65%	69%
	Prévient les relations sexuelles avant le mariage	Femmes	N/A	30%	44%	N/A	N/A
		Hommes	N/A	29%	25%	N/A	N/A
		Femmes excisées	N/A	32%	48%	N/A	N/A
		Femmes non excisées	N/A	5%	11%	N/A	N/A

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

7 COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

7.1 Limites de l'étude :

Compte tenu de la sensibilité du sujet et de son abord difficile dans la communauté, nous avons été confronté à des difficultés telles que le refus de participation de certains utilisateurs de services ainsi que de certains leaders communautaires en avançant comme propos : « *Participer à une étude ou un débat sur l'excision revient à manquer du respect à nos ancêtres et à notre religion* ».

Un examen clinique en complément de la question sur le statut d'excision allait juger du statut réel des femmes et des filles. Cet examen n'a pas été fait lors de cette étude.

7.2 Connaissance et sensibilisation des hommes et des femmes sur l'excision

Dans notre étude tous les hommes et femmes connaissaient ou avaient entendu parler de l'excision soit un pourcentage de 100%. En ce qui concerne leur sensibilisation sur l'excision par n'importe quel moyen qu'il soit, 52,89% des hommes et des femmes ont répondu avoir été sensibilisés pour un pourcentage de 77,32% pour les femmes et 22,68% pour les hommes. L'audio-visuel était le moyen par lequel la sensibilisation s'est faite dans 63% et 50% des cas.

Nos résultats sont similaires à ceux des différentes Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) faites au Mali où la quasi-totalité des femmes et des hommes ont déclaré connaître l'excision soit respectivement 98 % et 96 % pour l'EDS 3, 95 % pour l'EDS 4, 98% et 99% pour l'EDS 5 et 96% et 97% pour l'EDS6 et ceci quel que soient le niveau d'instruction, la religion ou le niveau socio-économique du ménage. Cependant des variations étaient constatées quant aux caractéristiques sociodémographiques où les régions du nord ont présenté des proportions d'hommes et de femmes connaissant l'excision les plus faibles qu'ailleurs, et même concernant la résidence, ceux vivant dans les zones urbaines connaissaient mieux ainsi que le niveau d'instruction où les plus instruits étaient les plus à la connaître **(10, 11, 16, 17)**.

Ils sont aussi similaires à une étude faite au Burkina Faso en 2008 sur les données des EDS où plus de 90% des hommes (91% en 1998 et 94% en 2003) et de 85% des femmes (86% en 1998 et 97% en 2003) ont déclaré connaître la pratique. Ils ont également constaté que, chez les femmes comme chez les hommes, la connaissance de l'excision varie significativement selon la résidence et le niveau de scolarité. En 1998 comme en 2003, les urbains et les plus éduqués semblent mieux connaître l'excision que les personnes vivant en milieu rural et ayant un faible niveau de scolarité **(24)**.

Ceci pourrait s'expliquer par le faite que l'excision est une pratique ancienne et qu'il semble que la population ciblée par les campagnes se soit modifiée graduellement au fil des ans. Alors qu'auparavant seuls certains groupes, telles que les femmes, étaient ciblées, les intervenants se sont graduellement aperçus de la nécessité d'insérer toute la population à la sensibilisation sans distinction de lieu de résidence, de sexe ou encore de caractéristiques sociales, économiques ou professionnelles.

Ces propos trouvent leurs preuves dans les interventions de certaines ONG :

« Nous avons de nos jours couverts plus de 400 villages en république du Mali pour informer, sensibiliser les communautés, et les amener à comprendre que l'excision est un problème de santé. Amener également les communautés à comprendre que cette pratique culturelle viole le droit des femmes et des filles et les inciter à aller vers l'abandon. Nous intervenons dans le cadre de la communication pour le changement de comportement (CCC). Ça permet d'amener la population à cogiter sur la pratique et réfléchir sur les idées reçues et se projeter de l'avant. Nous faisons également le plaidoyer et travaillons aussi avec l'APDF qui est l'une des premières ONG dans les années 2000 à s'attaquer à la question de la loi contre la pratique de l'excision à l'assemblée nationale du Mali 'rendons à César ce qui appartient à César quand même. Il y a l'offre de service que rend l'exciseuse et la demande de service que représente la communauté. Sur laquelle des deux types de services faudrait-il agir en priorité ? A l'unanimité au niveau national, on s'est dit qu'il faut agir sur la demande de services. S'il n'y a plus de demandes, l'exciseuse n'aura plus de service à offrir car rarement tu ne vois une exciseuse rentrée dans une famille prendre un enfant et l'exciser. Notre priorité c'est les hommes, les jeunes filles et garçons, les leaders religieux et traditionnels c'est-à-dire ceux qui peuvent prendre des décisions au niveau communautaire et changer les choses » **AMSOPT**

« Nous avons comme volet d'interventions l'aspect communautaire ; nous allons jusque dans les villages, quartiers, dans les espaces filles-femmes, les grins pour faire passer l'information sur les dangers liés à la MGF ; que soit sur le plan sanitaire, psycho-social et économique parce que l'excision a un coût économique très élevé.

L'UNICEF dans sa stratégie travaille avec les parents (un focus sur les pères et leurs réseaux d'influence (oncle, grand-père)) et les jeunes garçons qui sont les futurs décideurs, les femmes, les jeunes filles (10-17ans). On leur touche à tous les niveaux (écoles, structures de santé, églises, mosquées, communautés). Nous ne nous focalisons pas sur les leaders ou les exciseuses car pour nous ce n'est pas eux le problème ». **UNICEF**

« Nous œuvrons dans le renforcement des capacités des leaders religieux et coutumiers, les communicateurs traditionnels, les exciseuses et ex exciseuses, les groupements de femmes, les organisations d'enfants, les enseignants, les paires éducateurs, les grands-mères et grands-pères, les membres des comités communaux et villageois pour l'abandon des pratiques néfastes. Nous faisons des plaidoyers à l'endroit des décideurs Nationaux, locaux et communautaires, Organisons des caravanes médiatiques et des causeries éducatives, et réalisons des émissions radiophoniques ». **Plan International Mali**

« L'APDF est l'une des premières organisations qui a parlé des MGF à visage découvert. On en parlait mais celle qui a osé dire sur les antennes les MGF, c'est la première présidente feu Mme DIAKITE. A son temps, il y a eu beaucoup de FATIYA contre elle dans les mosquées. Nous avons fait plusieurs actions par rapport aux MGF, nous avons fait la sensibilisation, la reconversion des Exciseuses, nous avons organisé beaucoup de caravanes des jeunes dans les régions parce qu'on a vu que l'implication des jeunes est importante pour le changement de comportement. On a travaillé avec des leaders religieux pour informer la population sur la pratique. Nous sommes aussi l'une des premières organisations à proposer une loi sur l'abandon des MGF ». **APDF**

7.3 Prévalence de l'excision chez les femmes

Dans notre étude, la prévalence de l'excision chez les femmes et adolescentes était de 83,27%. En comparaison aux données des EDS, nos résultats sont les plus faibles car ceux des EDS étaient respectivement de 94%, 92%, 85%, 91%, 89% (10, 11, 16, 17, 23).

Ceci pourrait s'expliquer par la taille de l'échantillon dans notre étude. La comparaison des résultats des enquêtes réalisées depuis 1995-1996 ne fait apparaître aucun changement concernant la pratique de l'excision qui reste très répandue au Mali.

Les ONG enquêtées ne sont pas de cet avis quant à l'évolution dans la prévalence :

« Il y a de l'évolution dans la prévalence mais en regardant les chiffres des EDS, tu te dis mais tous ces efforts pour si peu de résultats, mais réellement dans beaucoup de communautés les choses ont changé. Une communauté où on ne pouvait même pas parler de l'excision maintenant les gens en parlent, en discutent, hommes et femmes, époux et épouses, jeune garçons et jeunes filles, des familles et des villages décident d'abandonner, des villages qui prennent publiquement la parole, des imams qui s'engagent publiquement en faveur de l'abandon. Ceci démontre d'un changement qualitatif dont l'idéal serait de le rendre quantitatif aussi ». AMSOPT

« On est passé de tabou à discussion partout même dans les mosquées et églises, chose qui n'était pas donnée il y a 10 ans avec des argumentaires religieux et sanitaires à tous les niveaux pour expliquer la pratique. De 0 à 23% de villages d'abandon. L'un des défis, c'est aussi les moyens parce qu'on fait des projets avec des fonds qui ne sont pas souvent consistants. C'est des changements de normes sociales qui ne se font pas au bout de 3 ou 5 ans. Il faut travailler sur le long terme Pour des actions qu'on pose aujourd'hui dont le résultat se verra dans 5 à 10 ans, alors qu'on a des projets de 6 mois à 1 an ». UNICEF

Nos résultats sont supérieurs à ceux de l'étude du Burkina où la prévalence de l'excision était de 72% en 1998 et 77% en 2003. Ceci pourrait s'expliquer par l'existence de loi contre la pratique l'excision dans ce pays et son adoption en 1996 qui pourrait aussi expliquer le faible pourcentage de 1998 (sous déclaration) (24).

7.4 Age d'excision des femmes

La moitié des femmes ont déclaré avoir été excisées avant l'âge d'un an soit 51%. Nous avons eu un pourcentage de 68% de femmes excisées avant 5ans.

Nos résultats sont supérieurs à ceux de l'EDS 2 (41%) et 3 (61%) ; identiques à ceux de l'EDS 4 (68%) et inférieurs à ceux de l'EDS 5 (73%) et 6 (75%) (10, 11, 16, 17, 23).

Nous avons constaté qu'au fil des années, un rajeunissement de la pratique de l'excision se faisait. L'excision, considérée avant comme un rite de passage et d'initiation à la vie adulte, était traditionnellement organisée autour d'une cérémonie et d'une semaine de réclusion durant laquelle les jeunes filles étaient formées par des anciennes à la vie de femme.

Désormais le jeune âge auquel il se pratique montre bien que l'excision n'est plus un rite de passage.

Ceci pourrait s'expliquer aussi par le désir des parents de faire tôt l'excision pour éviter toute opposition de leurs filles due aux multiples sensibilisations sur la pratique. Ces parents jugent aussi que l'on se souviendra très peu de la douleur vécue voire son absence à bas âge.

Durant nos entrevues, nous avons pu recueillir ces quelques propos :

« Dans notre culture, l'excision se faisait vers 14 ans voire 15 ans. En fait tu sors de la case d'initiation et tu te maries la semaine qui suit, que tu sois fille ou garçon. Mais avec tout le tapage qu'on a fait sur la pratique en disant les méfaits, maintenant non seulement on essaie de médicaliser mais il y a le rajeunissement de l'âge. Dans les statistiques c'est entre 0 et 5 ans pour la plupart (94%). A cet âge aucune fille ne peut donner son consentement. On la vaccine, perce ses oreilles et l'excise en même temps et on dit qu'elle ne sent pas la douleur comme si elle n'est pas un être humain ». UNICEF

« Avant c'était 15 à 17 ans. Maintenant c'est même une semaine de vie. L'excision a perdu son sens. C'était pour préparer la fille pour son futur foyer mais qu'est-ce qu'on peut faire avec une enfant d'une semaine ? » APDF

« On assiste à un rajeunissement de l'âge à l'excision (souvent d'un an). Ce rajeunissement de l'âge suggère que les populations ont peur des répressions. C'est pourquoi, elles se cachent pour le faire et sur des enfants ». PNVBG

« L'Age d'excision était de 15,18, voire 20 ans. Mais aujourd'hui d'une semaine à 40 jours. Les mamans pensent qu'exciser tôt les filles c'est pour qu'elles ne sentent pas la douleur et que la cicatrisation sera rapide ». Plan International Mali

Les données des EDS faites au Burkina suggèrent que l'excision aujourd'hui a lieu plutôt durant l'enfance et même la petite enfance (24).

7.5 Prévalence et Age d'excision des filles

La prévalence de l'excision des filles était de 90%, nettement supérieure à celle des mères (83%). Ceci pourrait s'expliquer par la sous déclaration du statut des mères avec un pourcentage de refus de 14% à la question en rapport avec leur statut d'excision. Delà sortent certaines limites de l'étude qui allait juger du statut réel des femmes et des filles en face d'un examen clinique. Nous avons aussi constaté qu'il était plus facile pour une mère de parler du statut de son enfant que du sien qui d'ailleurs pouvait compte tenu des barrières sociétales dire que son enfant est excisée alors que non. Etant donné que nous ne disposons pas de certitude clinique pour appuyer notre argument en faveur de l'augmentation de la prévalence de l'excision de mère en fille, nous nous réservons sur ce détail.

Nos résultats sont supérieurs à ceux d'une étude réalisée en 2013 dans le district de Bamako par A. Traore et l'association Malienne de Pédiatrie (restitution des résultats des travaux de recherche de l'AMAPED) qui a montré que sur 1980 filles recrutées pour des examens physiques, 1027 filles étaient excisées, soit une prévalence de 52 %. Cette diminution de la prévalence pourrait s'expliquer par le fait qu'en plus de l'interrogatoire l'étude s'appesantissait aussi sur l'examen physique des filles enquêtées (1, 25).

Ces propos sont soutenus par certaines ONG/ Associations :

« Nous pensons qu'on doit faire des enquêtes spécifiques sur l'excision chez les filles de 0 à 5 ans ou de 0 à 10 ans et nous allons avoir moins que ça. Car nous sommes dans une société où une enfant non excisée est taxée de BILAKORO MUSSO et donc à chaque question sur le statut d'excision de l'enfant, la réponse est toujours oui, mais si on faisait un examen physique au service de pédiatrie, je pense qu'on sera agréablement surpris parce que les gens sont assez réservés pour communiquer sur ce sujet ». AMSOPT

« Avant on ne pouvait pas en parler maintenant tout le monde en parle sans problème. Il y a des gens qui ont arrêté la pratique mais qui ne le disent pas. A travers les sensibilisations, ils ont compris et arrêté mais c'est toujours des choses secrètes et des non-dits auprès des communautés parce que quand on dit que ta fille n'est pas excisée, elle peut être indexée. Nous avons fait la caravane des jeunes pour former les jeunes garçons et les amener à accepter les filles non excisées et réduire la divulgation et la stigmatisation parce que c'est les hommes qui vont dire 'ma femme n'est pas excisée' sinon qui peut le voir ?» APDF

Nos résultats sont aussi supérieurs à ceux des EDS soit respectivement de 74%, 73%, 68,7%, 83% 75% et à ceux de l'étude du Burkina qui ont eu respectivement 46% en 1998 et 32% en 2003 (10, 11, 16, 17, 23, 24).

La majorité des filles tout comme leurs mères ont été excisées avant l'âge de 5 ans mais avec un pourcentage beaucoup plus élevé soit 85%. Contrairement à leurs mères l'excision après 5 ans était de 5% contre 11% chez leurs mères.

Ces résultats sont aussi supérieurs à ceux des EDS respectivement 72%, 79%, 77%, 65% et 66% et à ceux du Burkina avec où une majorité de filles excisées entre 0 et 4 ans en 1998 et en 2003 (56% et 54% respectivement) (10, 11, 16, 17, 23, 24).

D'après les interventions de l'étude faite au Burkina la diminution de l'âge à l'excision serait aussi due au vote de la loi : - Extrait d'un discours de cette étude

« Dans le temps quand la lutte n'était pas engagée, c'est à partir de 7 ans quand l'enfant est assez grande, de 7 ans jusqu'à 15, 16 ou 20 ans. Par exemple même à la veille du mariage de la fille. Puisque dans certaines régions, c'est-à-dire, c'est pratiquement tout juste avant le mariage que la fille est excisée et tout juste après elle rejoint le domicile conjugal. C'est de façon générale. Mais actuellement avec la lutte, l'âge de l'excision a baissé c'est-à-dire maintenant on excise les enfants de quelques jours de la naissance peut être jusqu'à moins de 7 ans. Les gens ont baissé l'âge, parce qu'il y a la lutte qui est engagée et non seulement il y a la lutte qui est engagée, il y a la loi qui accompagne la lutte et les gens sont informés non seulement de la lutte mais de la loi aussi. Si bien que c'est pendant que l'enfant est très très jeune, elle n'a pas un pouvoir de décision, elle ne peut pas parler, elle n'a pas en tout cas des actions pour se défendre donc on profite de cet état de fait pour la faire exciser. » (Formatrice au SP/CNLPE) » (24).

Dans l'étude faite par A. TRAORE et al, 89 % des fillettes étaient excisées avant leur premier anniversaire soit 28,6 % avant 1 mois de vie (1, 25).

7.6 La personne ayant procédé à l'excision

L'excision des femmes ainsi que des filles a été faite en grande partie par des exciseuses traditionnelles respectivement 73% et 92%.

Nos données sont identiques à ceux des EDS qu'on soit avec les mères ou les filles (EDS2 : 82% et 88% ; EDS3 : 91% et 94% ; EDS4 : 89% et 92% ; EDS 5 : 88% et 92% ; EDS 6 : 89% et 94%) (10, 11, 16, 17, 23).

Cependant, malgré un niveau toujours très faible, le recours à un professionnel de la santé a légèrement augmenté puisqu'il est passé de 4,91% chez les mères à 5,94% chez les filles. Ce qui peut laisser supposer une amélioration des conditions d'asepsie dans lesquelles sont pratiquées ces interventions. Néanmoins, on peut aussi considérer que cette tendance comporte un risque de déviation dans la lutte contre l'excision et fut proposée par certains enquêtés :

« Le centre de santé est mieux indiqué car ils connaissent la pratique, lutte contre les infections car les instruments sont différents de ceux de l'exciseuse traditionnelle » Focus group

A.Traoré et al ont trouvé que les excisions étaient réalisées à domicile dans 77,6 % des cas, suivi du domicile de l'exciseuse dans 19 % des cas et au sein des formations sanitaires dans 2,1 % des cas (1, 25).

Si l'intervention de personnel de santé formé pour effectuer l'excision fait courir beaucoup moins de risques aux femmes, il n'en demeure pas moins que cette tendance ne doit pas être encouragée.

Beaucoup d'intervenants ont aussi opté pour la formation des exciseuses dans le souci d'éviter des complications :

« Si on ne peut pas s'en passer, alors choisissons plutôt certaines et formons-les sur la bonne manière de faire. C'est mieux que d'abandonner ». Focus group

« Les gens n'ont pas la même façon de voir les choses. Je propose qu'on revoie la façon de faire la pratique et de former d'avantage les exciseuses sur la bonne pratique avec moins de conséquences car ce n'est le souhait de personne de faire du mal à son prochain. Et toute chose à des avantages tout comme des inconvénients mais c'est l'excès qui est nuisible ». Chef de quartier

« Je ne veux pas qu'on arrête car c'est une ancienne tradition et ce n'est pas toutes les femmes qui font des complications au cours de l'accouchement. Peut-être que pour celles qui font des complications, la pratique n'a pas été bien faite et j'exhorte les exciseuses à la bonne pratique ». Focus group

Dans l'étude faite au Burkina les exciseuses ont représenté 85% pour les femmes et autour de 97% pour l'excision des filles. La pratique de l'excision par des professionnels de la santé ou par des praticiens traditionnels se situait en-deçà de 1% pour les femmes et les filles (24).

7.7 Intention d'exciser leurs filles

Plus de la moitié des parents avait l'intention d'exciser leurs filles s'ils en avaient eu soit 56,16% contre 21,94% qui n'avaient pas l'intention et 20% qui n'ont pas voulu se prononcer. Les mères excisées étaient celles dont la majorité des filles était aussi excisée.

Pour ce qui était des parents qui avaient des filles non excisées, le refus des parents était la raison de la non excision des filles dans 47,06% des cas et 15% ont dit que la fille n'avait pas encore l'âge comme raison de non excision donc susceptible de l'être dans le futur.

Au décours de ces résultats, il semblerait donc que cette pratique se perpétuerait d'autant plus que c'est seulement 20 % qui n'ont pas l'intention de faire exciser leurs filles s'ils en avaient.

Nous retrouvons ces mêmes résultats dans nos différentes EDS mais à noter que cette question a été posée aux femmes qui avaient des filles mais qui n'étaient pas encore excisées contrairement à la nôtre où cette question a été posée aux parents qui avaient ou non des filles.

Dans l'EDS2, 74 % des filles aînées ont subi une excision. Parmi les filles aînées qui n'étaient pas excisées, pour 19% d'entre elles, la mère avait l'intention de faire procéder à l'excision, et seulement 6 % n'avaient pas l'intention de le faire. Au total, 93 % des filles aînées des femmes enquêtées sont ou seront excisées, c'est-à-dire un niveau tout à fait semblable à celui des mères soit 94% **(23)**.

Pour l'EDS3, 73 % des femmes enquêtées avaient leurs filles excisées, 17 % avaient l'intention de la (ou les) faire exciser et, à l'opposé, 7 % n'avaient pas l'intention de le faire. Seulement un peu plus de 1 % ont déclaré qu'elles n'avaient pas pris de décision. Au total, 90 % des filles des femmes enquêtées sont ou seront excisées, c'est-à-dire un niveau très proche de celui des mères (92 %) **(16)**.

Dans l'EDS 4, 69 % des femmes enquêtées, ayant au moins une fille, avaient déjà fait exciser leur fille ou au moins l'une de leurs filles et 14 % avaient l'intention de la (ou les) faire exciser. À l'opposé, 10 % des femmes n'avaient pas l'intention de faire effectuer cette intervention. Au total donc, 82 % des filles des femmes enquêtées sont ou seront excisées, c'est-à-dire un niveau légèrement inférieur à celui des mères (85 %) **(17)**.

Ces résultats indiquent que l'excision est une pratique qui reste encore aujourd'hui très répandue.

Nos résultats sont différents de ceux du Burkina où on a un recul du nombre de mères souhaitant exciser ou ayant déjà excisé leur fille. En effet, si en 1998 elles étaient 57% à déclarer vouloir ou avoir déjà excisé leur fille, elles ne l'étaient que 40% dans ce cas en 2003 **(24)**.

7.8 Croyances et Opinions sur l'excision

7.8.1 Raisons

La tradition et la culture étaient les raisons qui avaient été évoquées par 80% de nos enquêtés et la religion par 38%.

Les raisons sociale et religieuse étaient les plus fréquentes avec respectivement 52,1% et 32,4 % des cas dans l'étude faite par A. TRAORE et al **(1, 25)**.

Nos résultats sont supérieurs de ceux de l'EDS2 où 61% ont donné comme raison principale à l'excision la coutume/la tradition et la religion dans 13% (23).

Tout comme dans les données quantitatives, la culture et la tradition ont été les raisons les plus fréquemment évoquées dans les données qualitatives également.

Extrait de quelques discours sur ces raisons :

« Au Mali nous avons hérité d'une tradition ancestrale qui est liée aux us et coutumes et qui croit ferme que la pratique de l'excision fait du bien aux enfants et pour la femme. Nous ne sommes pas compris, certains pensent que nous sommes inféodés à l'occident que nous avons pris l'argent du Blanc, qu'il faut manger en le justifiant. D'autres pensent que les blancs sont islamophobes et qu'en voulant détruire l'islam, il faut recruter dans notre société des ONG. On nous taxe de TOUBABOU GUEREBOU. Ils disent donc qu'on prend l'argent des blancs pour saboter notre culture et que la lutte n'est pas honnête ». AMSOPT

Quelques raisons traditionnelles et religieuses de l'excision tirées de l'interview avec l'ONASR

- *« Considérations hygiénique et esthétique : Les organes génitaux de la femme non excisée sont laids et sentent mauvais. Il faut donc couper le clitoris au risque de le voir grandir démesurément).*
- *Considérations liées au contrôle de la sexualité : Une femme non excisée est de mœurs légères. Quand elle est excisée, elle développerait des vertus comme la fidélité, la maîtrise, le respect à l'époux.*
- *Considérations liées aux effets maléfiques du clitoris : Certains pensent que l'homme pourrait devenir impuissant si son sexe touchait le clitoris de la femme non excisée lors des rapports sexuels. D'autres pensent que le bébé en naissant pourrait mourir ou devenir handicapé mental si sa tête touchait le clitoris.*
- *Considérations liées à la fécondité et à la préservation de la virginité : l'excision rend la femme fertile et facilite l'accouchement.*
- *Considérations liées aux Mythes : Selon les mythes Dogon et Bambara, tout être humain, à sa naissance est doté de 2 sexes : **féminin et masculin**. Le prépuce est le principe féminin chez l'homme et le clitoris est le pénis chez la femme. Il faut les couper pour remettre de l'ordre dans le désordre primordial ».*

*« La raison elle est essentiellement culturelle. Les gens disent généralement que c'est leur tradition et tout ce qui se rapporte à la tradition au Mali, les gens ont tendance à s'y accrocher parce qu'ils pensent qu'en acceptant d'abandonner l'excision, c'est comme s'ils acceptent d'abandonner une partie de leurs us et coutumes. D'une autre part certains disent que c'est pour réduire la sensibilité de la femme et par ricochet que ça lutte contre la débauche. Il y a une raison économique aussi parce que les exciseuses gagnent quelques choses-là dans donc c'est comme si pour une certaine franche de la population, c'est une source de revenu. **Justice***

Pour juger de la place de la religion et de la tradition dans les raisons de l'excision, Nous avons demandé aux leaders religieux et communautaires de nous édifier sur cette question. Nous

notons que les prêtres se sont prononcés sur cette question en notifiant qu'il n'y avait pas de lien entre l'excision et le christianisme.

Extrait des interventions faites par des imams et chefs de villages/Quartiers :

« L'acte a précédé la religion et cette dernière l'a notifié sur directives du Prophète (PSL) de ne pas tout couper ». **Imam**

« L'islam ne l'oblige pas mais ce n'est pas non plus contre-indiqué ». **Imam**

« C'est une pratique ancienne à la religion. Mais lors du déplacement du Prophète (PSL) de la Mecque pour Médine, il y avait une femme qui faisait l'excision et qui a soumis sa pratique à l'approbation du Prophète. Ce dernier ne s'y est pas opposé et ordonnant de veiller à sa bonne pratique. C'est une marque d'hygiène et de respect envers la femme ». **Imam**

« Depuis le premier mandat du président Alpha Oumar Konaré à nos jours, nous participons à des ateliers de formation sur l'excision. Beaucoup étaient pour la continuité de la pratique mais qui changent toujours d'avis après avoir regardé les images (chose qui m'est interdite par la religion musulmane). Nous avons tous des femmes excisées chez nous et pouvons donc témoigner de l'existence des complications ou non. Soyez véridique. Une ancienne sage-femme m'a témoigné ne jamais eu à faire face à une complication de l'excision de toutes ses années de service à la maternité du Point G. Nous savons et voyons aussi que ceux qui sortent partout pour faire des sensibilisations font également la pratique en cachette, que faire alors ? » **Chef de quartier**

Extrait de quelques discours lors des focus group

« Depuis notre enfance on entend des choses négatives sur l'excision mais pourquoi ce n'est pas bon ? On n'a aucune idée dessus. L'excès de toute chose est nuisible et dans le domaine de l'excision il ne faut pas excéder sur la zone propice. Je suis musulman et je crois à cette bonne pratique car ça joue un grand rôle dans l'éducation sexuelle de la fille, chose qui nous aide dans la pratique de notre religion. Il faut former les exciseuses sur comment éviter les complications et continuer avec la pratique ».

« C'est une pratique conseillée par l'islam car on ne peut pas la pratiquer dans le manque d'hygiène. On peut prier sans être excisée mais on n'est quand même pas propre. Je pense l'excision doit être faite car ça fait partie de nos pratiques traditionnelles et religieuses ».

« DOUGOU BLA KA FISSA LADA WILILI YE. De nos jours nous avons tendance à rejeter notre culture au profit des blancs. Tout le monde peut se tromper mais si réellement l'excision fait des complications qu'ils nous montrent alors des preuves convaincantes et pour ainsi démontrer l'erreur ou non des dits de la religion et de la tradition. Car on n'entend certes que ce n'est pas bon mais nous ne voyons pas de conséquences ».

« Ils se basent sur la tradition alors que les choses ont changé. Ceux avec quoi ils vivent avant, nous ne pouvons pas vivre avec ces mêmes choses aujourd'hui. Nous leurs supplions d'arrêter pour que nous n'ayons pas plus de maladies sanguines car vraiment ça a de l'ampleur par ici.

L'excision fait que la plupart d'entre nous qui vive à l'extérieur, refuse d'amener leurs enfants au village pour éviter la pratique ».

« C'est une tradition et une preuve de pureté et d'hygiène vis-à-vis de la religion et si je sais qu'une fille n'est pas excisée, je ne l'épouserai pas ».

« Dans mon quartier, ils sont contre l'abandon et disent que c'est une tradition en laquelle ils ne voient pas de conséquences et que nous sommes petits pour y changer grande chose. C'est même source de divorce pour celles qui refusent d'exciser leurs filles et dès fois la maman quitte un pays où l'excision n'est pas pratiquée et ça entraîne de la discorde avec la belle-famille alors que la maman ne cherche que le bonheur de sa fille ».

Extrait de quelques discours faits par les ONG :

« Les leaders religieux musulmans n'ont pas rendu le travail facile même à l'état. Il y a eu des fois des débats sur l'Islam et excision dont les résultats sont disponibles mais la diffusion en audio et vidéo a posé problème. Ils font des lobbyings très forts auprès du gouvernement pour censurer les images et l'engagement officiel et accru de l'Etat auprès des acteurs de la lutte contre la pratique de l'excision. Rarement le 6 février, journée nationale de lutte contre l'excision, tu ne verras la Première Dame ou le premier ministre venir témoigner de l'engagement de l'état ou de l'équipe gouvernementale aux côtés du ministère de la promotion de la femme de l'enfant et de la famille. Je rends hommage à certaines premières dames qui ont eu à faire le déplacement auparavant (Mme KEITA Ami MAIGA et Mme TOURE Lobbo TRAORE. Qu'est-ce que l'état fait face à ses engagements internationaux ? L'état respecte trop les leaders religieux. Indépendamment de toute considération culturelle et religieuse, l'intérêt supérieur des enfants doit être au-dessus de toute considération parce qu'en excisant un enfant tu peux lui ôter la vie. L'état doit considérer l'intérêt supérieur des enfants. La lutte devient difficile et on s'adonne dans certaines radios privées à nous insulter père et mère et à saboter tout ce que nous construisons en faveur de la lutte contre la pratique de l'excision ».

AMSOPT

« L'un des défis majeurs est la réticence des leaders religieux. Le problème au Mali c'est que les leaders religieux on fait un amalgame entre la pratique de l'excision et la religion musulmane. Les premiers leaders qui travaillaient sur la question on les a amenés partout dans le monde. Les pays arabes sur lesquels ils prennent la référence, on les a amenés là-bas et si ce n'est l'Egypte où la pratique a connu jour et qui est d'ordre traditionnel et non religieux. L'Arabie saoudite qui est la référence ne pratique pas l'excision et est considéré comme HARAM et ne la connait pas. Mais malgré tout ça ils sont retournés mais ont continué à soutenir l'idée tout en disant que si ta fille n'est pas excisée tes prières ne seront pas acceptées et si ta fille meurt tu rentreras dans l'enfer. Et les parents ont pris ça pour de l'argent comptant. C'est une pratique qui est ancienne à toutes les religions monothéistes mais l'amalgame demeure. Toutes les études montrent que ce sont les parents (père, mère, tantes, grands-mères et leurs réseaux de référence) qui sont les décideurs et non les leaders et c'est pourquoi à l'UNICEF nous travaillons sur ces personnes car si en tant que père de famille si je dis que ma fille ne sera pas excisée alors elle ne le sera pas et je mettrai toutes les pressions possibles. D'où l'intérêt de l'implication des hommes. Si tu prends les statistiques par rapport au

maintien, 76% des femmes sont pour contre 74% des hommes qui sont aussi pour. On va dire pourquoi les femmes sont pour ? C'est une analyse superficielle car on leur a dit que si tu n'excises pas ta fille, si elle tombe enceinte ou meurt, c'est toi mère qui iras en enfer et si vous ne les excisez pas on ne va pas les marier et aucune maman n'aimerait mettre au monde une fille et la garder chez elle. Voilà les raisons de la persistance du problème. On va à un rythme très très lent qui est malien d'ailleurs mais on n'y arrivera dans un futur proche ». UNICEF

« C'est compliqué et souvent même quand on veut sensibiliser les gens qui défendent l'excision, vous leur faites voir tous les méfaits de l'excision, ils vont te dire que c'est vrai mais que c'est leur culture qui date des millénaires et nous ne pensons pas que ça puisse causer problème » Justice.

Dans les autres EDS, on a demandé spécifiquement aux femmes et aux hommes s'ils étaient d'accord avec ces deux assertions : « l'excision est une pratique exigée par la religion » et « l'excision est un moyen d'empêcher les relations sexuelles avant le mariage ». Ainsi dans l'EDS3, 70 % des femmes et 63 % des hommes ont déclaré qu'ils pensaient que l'excision était une pratique exigée par la religion et 30 % des femmes et 29 % des hommes ont déclaré qu'ils pensaient que l'excision était un moyen de prévenir les relations sexuelles avant le mariage (16).

Dans l'EDS 4 : 64 % femmes et 38 % d'hommes ont déclaré qu'ils pensaient que l'excision était une pratique exigée par la religion et 44 % des femmes et 25 % des hommes ont déclaré qu'ils pensaient que l'excision était un moyen d'empêcher les relations sexuelles avant le mariage. Pour l'EDS5 et 6, ils étaient respectivement de 71 % de femmes et 66 % d'hommes et 70 % de femmes et 68 % d'hommes pour l'exigence religieuse (17).

7.8.2 Avantages

Le Contrôle de sa sexualité/ abstinence a été l'avantage qui fut évoqué par 47% de nos enquêtés. Cependant, 15% des enquêtes ont déclaré que l'excision n'avait pas d'avantage.

Dans les résultats de l'EDS 3, on constate tout d'abord que 15 % des femmes contre 20% d'hommes ont déclaré qu'il n'y a aucun avantage pour une fille d'être excisée. Il apparaît ensuite que la reconnaissance sociale (42 % des femmes et 29% des hommes), le fait que l'excision soit associée à une meilleure hygiène (21 % des femmes et 17% des hommes), la nécessité religieuse (19 % des femmes et 20% des hommes) la préservation de la virginité (7% des femmes et 12% des hommes) et augmentation des chances de mariage (7%) comme principaux avantages cités (16).

Dans l'EDS 4, ils étaient de 17 % de femmes 23% à décaler qu'il n'y avait aucun avantage pour une fille à être excisée, 37 % et 19% pour la reconnaissance sociale, 24 % de femmes et d'hommes pour la nécessité religieuse (17).

Extrait du discours de certaines ONG sur les avantages :

« L'excision n'a aucun avantage car elle nuit à la santé de la fille/femme. Les raisons avancées sont : traditionnelles, culturelles, religieuses et des préjugés. Plan International mali

« D'une façon générale, il n'y a aucun avantage dans la pratique de l'excision sur le plan sanitaire. Toutefois, les raisons que l'imaginaire populaire avance pour perpétuer l'excision sont les suivants :

- Le sexe de la femme est sale. L'excision rend la femme propre ;
- Le clitoris de la femme peut se développer de façon démesurée si on ne le coupe pas ;
- L'excision rend une femme féconde, fidèle, et vierge jusqu'au mariage ;
- L'excision est une recommandation de la religion musulmane ». **PNVVG**

Extrait du discours de la population (focus group) sur les avantages :

« L'excision n'a aucun avantage et est source de divorce car si ton homme ne prend pas de plaisir avec toi, il ne t'accordera pas de valeur d'où le divorce. Et si tu vois que nous maliennes avons peur d'avoir une coépouse sénégalaise, c'est dû à l'excision. Nous lançons un cri de cœur aux parents, ne faites pas de nos foyers des lieux de souffrances ».

« Ça te permet d'être fidèle à la religion musulmane et de bien la pratiquer. C'est hygiénique et une Suna du prophète. Ça fait diminuer le désir sexuel. Si on coupe tout, la femme n'aura plus de plaisir. C'est pourquoi il faut réserver une partie comme l'a dit le prophète (PSL) sinon ça sera une vie de débauche ».

Dans l'étude faite au Burkina, comme l'ont montré les résultats précédents, la majorité des hommes et des femmes semblent ne trouver aucun avantage à l'excision (52% des femmes et 69% des hommes). La reconnaissance sociale, une meilleure hygiène et la préservation de la virginité sont les trois avantages les plus cités par les femmes (respectivement environ 24%, 6% et 4%). Comme les femmes, les hommes mettent eux aussi en avant la reconnaissance sociale (10%) et la garantie de la virginité (environ 5%) mais citent également la nécessité religieuse de la pratique (environ 5%) (24).

Extrait des discours du Burkina

« Certaines ethnies disent qu'une femme non excisée n'est pas pure et n'a pas droit à des funérailles. On nous a rapporté un cas au niveau de la région de Po où, si une femme n'est pas excisée à sa mort, il faut l'exciser pour qu'elle ait droit à des funérailles. » (Conseillère technique au Ministère de l'Action sociale) (24).

7.9 Opinion sur l'adoption d'une loi ou continuité de l'excision

7.9.1 Abandon de l'excision

7.9.1.1 Opinion propres des femmes et des hommes

Concernant leurs opinions sur l'abandon de la pratique de l'excision, 60% des femmes et 70% des hommes étaient en désaccord ou totalement en désaccord avec cette volonté d'abandon ($P=0,005$). Pour ce qui est du statut d'excision des femmes, 62% des excisées étaient pour la continuité de la pratique contre 80% des non excisées qui étaient contre avec un lien statistiquement significative ($p=0,000$).

Extrait de quelques discours de la population sur l'abandon

« Même dans le domaine médical il y a des complications qui ne sont pas toutes imputées à l'excision. Par exemple, le médecin avant de faire une intervention chirurgicale donne toute une panoplie d'analyses à faire mais ce n'est pas pour autant que les patients ne saignent pas

ou ne meurent pas. Avons-nous abandonné les opérations pour ça ? Qu'en est-il du cas des injections qui ont été sources d'handicap ? Ce n'est pas la recherche et la formation sur la bonne manière de faire qui font qu'on voit moins de complications maintenant ? Et même la nourriture peut rendre malade. Nous ne sommes pas inhumains et si la femme est malade forcément son mari l'est donc on ne peut pas faire la sourde oreille face à ces complications mais on peut revoir pour le bien de tous et non parler directement d'abandon ». **Chef de quartier**

Nos résultats sont similaires à ceux des EDS :

Pour les EDS 2 et 3, nous avons eu respectivement 75% et 80 % des femmes qui étaient pour le maintien de la pratique et 13% contre. Par rapport au statut d'excision, comme il fallait s'y attendre 80% et 85 % des excisées étaient pour le maintien de l'excision et 53% et 66 % des non excisées étaient favorables à sa disparition **(16, 23)**.

Dans l'EDS 4, 76 % des femmes étaient pour le maintien. À l'opposé, 16 % ont déclaré qu'elle devrait disparaître et 8 % n'ont pas su se prononcer **(17)**.

Quant aux EDS 5 et 6, 72 % et 76% des femmes ainsi que 79% et 74% des hommes pensaient que la pratique de l'excision devrait être maintenue. Ces proportions variaient selon les caractéristiques sociodémographiques des femmes. En effet, on constate que 76 % et 81% des femmes excisées étaient favorables au maintien de la pratique contre 16 % et 12% parmi celles qui ne l'étaient pas **(10, 11)**.

Pour ce qui est du résultat de l'étude du Burkina, certes il y a la loi mais on constate que le taux de personnes défavorables à l'abolition de l'excision n'a guère varié entre 1998 et 2003 et s'est légèrement accru. Dans l'ensemble moins d'un quart des hommes et des femmes (environ 22% en 1998 et 24 % en 2003) se disaient défavorables à la disparition de la pratique **(24)**.

7.9.1.2 Opinion du sexe contraire sur l'abandon ou le maintien de l'excision

En plus de demander aux femmes et aux hommes s'ils pensaient que la pratique de l'excision devait être maintenue ou disparaître, on leur a posé la question suivante également : « Pensez-vous que le sexe opposé est favorable au maintien de la pratique ».

Nous avons constaté que 71% des femmes et 62% des hommes pensaient que le sexe contraire était favorable au maintien de l'excision. Sur les 60% de femmes qui étaient pour le maintien de l'excision, 71% pensaient que les hommes étaient du même avis. Les hommes aussi qui étaient favorables au maintien de l'excision (70%), pensaient que 80% des femmes le sont aussi.

Dans l'EDS 3 et 4, parmi les femmes qui ont déclaré que la pratique de l'excision devait être maintenue (80 % et 76%), la majorité (64 % et 66%) pensaient que les hommes étaient du même avis, c'est-à-dire qu'ils sont favorables au maintien de l'excision. Parallèlement, parmi les femmes qui ont déclaré que la pratique de l'excision devait être abandonnée (13 % et 16%), plus de la moitié (8 % et 10%) pensent que les hommes sont également du même avis, c'est-à-dire qu'ils sont favorables à la disparition de cette pratique.

Ce même constat se faisait voir du point de vue des hommes **(16, 17)**.

Globalement, nous pouvons dire que les hommes ainsi que les femmes ont une bonne connaissance de l'opinion du sexe opposé sur l'excision.

7.9.2 Problèmes ou obstacles à l'abandon de l'excision

En plus de la religion et de la culture, la faiblesse dans la gouvernance a été aussi évoquée comme obstacle à l'abandon de l'excision.

Quelques interventions des ONG sur cette faiblesse dans la gouvernance

« Nous avons attiré l'attention des autorités maliennes (les députés) sur le fait que le Mali a signé et ratifié tous les protocoles, toutes les chartes et conventions qui protègent la femme et l'enfant. Sans réserve, il va falloir que nous fassions face à nos engagements. Malheureusement la pression des leaders religieux musulmans ont eu raison de nous. L'Etat a plus peur d'eux que d'honorer ses engagements. Pendant tous les régimes jusqu'en 2022, nous avons approché l'assemblée nationale pour la loi. Et devant cette inaction du Mali, nous avons porté plainte au niveau de la cour de justice de la CEDEAO car l'article 5 du protocole de Maputo est clair et le Mali l'a signé et ratifié. Donc on ne peut pas évoquer la culture ou la religion pour ne pas respecter ces traités et conventions. Puisque le Mali ne l'a pas fait, il faut l'obliger à le faire et on a d'autres mécanismes de justice, d'autres recours au niveau régional et sous régional que nous avons saisi qui malheureusement avec la crise que nous avons avec la CEDEAO, le processus a été mis en berne d'abord. Nous sommes en train de suivre ». AMSOPT

« Le Mali a ratifié toutes les conventions que ce soit sous régionale, au niveau Africain et international, qui protègent les droits de l'enfant. Dans ces conventions, les questions de l'excision, quand tu prends la convention relative aux droits de l'enfant qui est la CDE, la convention pour l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes qui est la CDF, le protocole de Maputo, la charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant, reviennent. Il faut prendre des lois pour interdire les MGF et le mariage des enfants avant 18ans. Le Mali a ratifié toutes ces conventions sans aucune réserve et il est l'un des rares pays qui a mis aussi dans sa constitution, qu'une convention qui est ratifiée à force de lois supérieure à une loi nationale. Mais malgré tout ça, le code des personnes demande de marier la fille à 16 ans et les questions de MGF continuent. A chaque fois qu'on a essayé de mettre en avant la question de la législation, on s'est confronté à des leaders religieux qui nous disent que c'est contre les principes donc ça devient comme une histoire de 2 poids 2 mesures parce que c'est aussi les autorités maliennes qui ont ratifié ces conventions sans réserve. On avait la latitude de ratifier avec réserve mais on l'a fait sans et avons mis dans notre constitution que ces conventions sont supérieures aux lois nationales. Dès lors on est toujours interpellé à chaque fois qu'il y a la réunion des comités des conventions pour légiférer contre les pratiques de l'excision (En 2006, 2007, 2009) ». UNICEF

Avis d'une Magistrate (Justice)

« L'excision dans sa définition est une mutilation et ça nous pousse à penser à l'infraction de coups et blessures volontaires. Peut-être le procureur de la république (dépend de son appréciation) qui voit l'excision en tant que telle pourra peut-être engager des poursuites mais là aussi la question qui va se poser serait l'élément intentionnel parce que comme on l'a dit

l'infraction nécessite la réunion de l'élément matériel, l'élément légal et l'élément intentionnel. La question qui va se poser serait est ce qu'en pratiquant l'excision les personnes mises en cause avaient l'intention de faire mal à la petite fille ? Le procureur de la république est également le gardien de l'ordre public et donc fait tout pour que l'ordre social ne soit perturbé alors que généralement l'excision se passe dans un cercle restreint, familial et qui fait que même si on engageait des poursuites contre l'exciseuse on sera obligé d'engager également contre les parents comme étant des complices. Dans notre société je vois un peu mal un procureur qui va prendre ce risque-là de poursuivre une exciseuse et les parents de la victime pour CBV ».

Dans l'étude faite au Burkina, les intervenants soulignent que les différences légales favorisent le franchissement des frontières pour exciser dans les pays frontaliers, ou dans le cas des personnes immigrantes, lors d'un retour au pays ou dans le pays d'accueil même. « Dans certains pays, ce n'est pas évident qu'il y ait une loi et c'est pourquoi, quelques fois nous assistons à la migration des exciseuses ou même des parents. » explique une formatrice au CNLPE (20).

Extrait de l'interview d'une ONG sur ces différences légales

« Le gouvernement tergiverse sur la loi, ce qui facilite la pratique de l'excision. Quand j'étais au Burkina, un de mes collègues m'a montré un journal où c'était écrit à la une LE MALI, EXCISION A VOLONTE. Il y a la loi là-bas donc ceux qui veulent échapper viennent au Mali car nous n'en avons pas. Nous sommes interpellés car dans l'espace CEDEAO, nous sommes un danger en matière d'excision pour nos voisins et tous ceux qui nous entourent ont pris des lois et nous sommes les seuls et servons d'échappatoire pour ceux dont les pays en ont. AMSOPT

7.9.3 Solution proposées

En plus d'une sensibilisation accrue, de la formation des exciseuses traditionnelles ou de la médicalisation de la pratique, l'adoption d'une loi a été proposée par une partie de la population mais surtout les ONG. Quelques extraits de ces propositions :

Avis d'une Magistrate (Justice)

« Avec la recrudescence des crimes féministes, les gens sont un peu sensibles à la question des VBG. Les pouvoirs publics pourront réfléchir sur comment prendre cette loi contre les VBG. Sinon la question d'excision reste impunie et n'est même pas considérée comme une infraction. Même les praticiens que nous sommes souvent lors des rencontres, les défenseurs avaient conseillé et voulaient nous inciter à engager des poursuites sur la base de l'infraction CBV. Mais avec des doutes sur l'élément intentionnel, aucun procureur n'a osé franchir le pas. En tant que praticien, une loi serait vivement la bienvenue parce qu'à un moment donné on a dit que la loi est supérieure aux us et coutumes et parce que nous en avons tellement alors que la loi est d'envergure nationale et à un moment donné il vaudra qu'elle s'impose pour que certaines pratiques puissent cesser. En matière de loi pénale on ne peut pas raisonner par

analogie. Mais actuellement ce sera très compliqué et toutes les études ont montré que l'excision a beaucoup plus de méfaits que d'avantages ».

Avis des ONG et Associations

*« Le deuxième défi c'est la loi et absolument contre la pratique de l'excision. J'ai entendu des discours où on dit la loi c'est trop tôt, les gens ne sont pas assez sensibilisés mais sachant qu'elle peut ôter des vies. Le viol qui est un crime est ce que les gens l'ont abandonné parce que dans la nature c'est un crime ? NON. Il faut protéger les enfants pour qu'elles ne soient pas excisées. Un violeur ne sera pas d'accord avec la peine. Donc il faudra prendre des instruments qui protègent les filles et les femmes au Mali. Rendre également la prise en charge médicale des complications gratuite et donner aux structures de l'état (PNVBG) et aux ONG, les moyens financiers, logistiques, matériels, humains pour leur permettre de remplir leurs missions. **AMSOPT***

*« Il faut que les gens comprennent que la loi est d'abord préventive car beaucoup de familles n'aiment pas exciser leurs filles et ont besoin d'avoir une loi pour les protéger. Au lieu d'être d'abord répressif, c'est à titre préventif. Le Mali a peur de la loi et les gens ont tendance à laisser. Mais s'il n'y a rien pour faire peur aux gens c'est un problème car malgré la section 3 de la constitution pour coups et blessures volontaires, la loi est d'application stricte et nul part dans le code pénal il n'est écrit MGF, ni dans la constitution, donc pas de décision, car il n'y a pas une loi pour punir l'excision raison pour laquelle les gens s'adonnent à la pratique et des fois même sans le consentement des parents et rien sur le plan pénal, triste réalité. Nous adoptons des textes mais on ne s'assume pas dans l'opérationnalisation et c'est ça le problème. **UNICEF***

*« Je pense qu'il faut seulement intensifier et prioriser la communication pour un changement de comportement positif dans nos communautés ». **ASDAP***

*« Les pays voisins ont adopté une loi interdisant la pratique de l'excision, le Mali aussi peut le faire avec une synergie d'action des intervenants de la lutte contre la pratique de l'excision à travers des plaidoyers à l'endroit des décideurs politiques ». **Plan International Mali***

*« La loi contre l'excision est possible au Mali. Cette volonté des populations se manifeste par les nombreux villages d'abandon enregistrés par le PNLE depuis 2002. Les conventions signées par les communautés sont l'expression qu'une loi peut bien être adoptée un jour contre l'excision au Mali ». **PNVBG***

*« Le Mali, face à ses engagements internationaux et à l'instar des pays limitrophes, doit apporter des solutions législatives en matière de MGF/E. Nous nous réjouissons de l'existence d'un avant-projet de loi pour toutes les violences basées sur le genre et de la Lettre circulaire du MSPA de 1999 interdisant la pratique de l'excision en milieu hospitalier » **ONASR***

Avis de la population

« Ça me fera très plaisir d'avoir une loi car je dis toujours à mes vieilles qu'il est temps d'arrêter mais elles refusent. Elles en ont fait assez, c'est bon. Faire plus de sensibilisation sans user de la force autour car il y a des hommes qui refusent de marier une fille non excisée ou d'en avoir comme belle fille et c'est aussi sources de violences physiques pour les femmes

qui refusent. J'en ai vu dans un film et malheureusement la fille est décédée des complications de l'excision ».

« Je pense que la loi va entraîner d'autres problèmes car c'est une pratique recommandée par l'islam et si on use de la force ça va être un problème. Continuons avec la sensibilisation jusqu'à avoir gain de cause. On est au Mali et tous les pays ne sont pas pareils et donc dire que les autres ont accepté n'est pas une référence. Mais je serai d'accord si le pays adopte la loi ».

« Avant on n'avait pas compris mais grâce à la sensibilisation, beaucoup choses sur les conséquences (dystocies et hémorragies) ont été comprises c'est pourquoi, on opte pour l'abandon maintenant ».

« Faire plus de sensibilisation sans user de la force autour car il y a des hommes qui refuse de marier une fille non excisée ou d'en avoir comme belle fille et c'est aussi sources de violences physiques pour les femmes qui refusent ».

« Sensibiliser plutôt les hommes et femmes en âge de procréer plutôt que nous chefs de village vieux qui n'enfantent plus. Mettre plus d'accents sur les femmes car c'est elles qui amènent leurs filles pour l'exciser et des fois sans l'accord du mari pour éviter qu'elles ne soient traitées de Bilakoro Musso par leurs semblables ».

**CONCLUSION ET
RECOMMADATIONS**

CONCLUSION

Au terme de cette étude, il ressort que l'excision reste une problématique dans notre société.

Lorsque l'imaginaire des populations africaines, leur agir ou leur vécu soulèvent une interrogation ou un désir de compréhension, la réponse à laquelle a généralement droit le regard curieux est du genre, 'nous sommes nés trouver et nous nous devons de nous aligner, sans objection ni recherche des fondements'. Cette réponse, couramment rencontrée, traduit toute la difficulté d'intelligibilité des phénomènes dans les sociétés africaines, décrit les mécanismes de construction et de perpétuation des perceptions et de l'agir des populations.

La tradition ainsi que la religion occupent à elles seules une place très importante dans la perpétuation de cette pratique. Malgré les différentes sensibilisations faites, elle continue et est toujours d'actualité.

L'état en dépit des conventions et traités ratifiés sur le plan national et international, de la charte de Kurukan fuga et de la Constitution de février 1992 (« Article 1^{er} : La personne humaine est sacrée et inviolable. Tout individu a droit à la vie, à la liberté, à la sécurité et à l'intégrité de sa personne ; Article 2 : Tous les Maliens naissent et demeurent libres et égaux en droits en devoirs. Toute discrimination fondée sur l'origine sociale, la couleur, la langue, la race, la religion, le sexe, et l'opinion politique est prohibée ; Article 3 : Nul ne sera soumis à la torture, ni à des services ou traitements inhumains, cruels, dégradants ou humiliants »), n'arrive pas à s'assumer face au poids de la population. Ce phénomène fait que le pays est indexé et traité de lieu d'échappatoires pour les habitants des pays signataires de loi.

La population n'est pas encore prête à l'abandon au vu des statistiques et propose entre autres plus de sensibilisations, la formation des exciseuses traditionnelles ou la médicalisation de l'excision.

Ces propositions sont carrément rejetées par les ONG œuvrant dans le domaine de la lutte contre l'atteinte de l'intégrité physique et morale des femmes et des filles et proposent à leurs tours une adoption sans condition d'une loi sous peine de convoquer le pays devant les tribunaux des droits de l'homme.

A quand un consensus dans ce domaine ?

RECOMMADATIONS

Au terme de ce travail, nos suggestions vont à l'endroit des :

Autorités de l'Etat

- ✓ S'assumer dans les prises de décision ;
- ✓ Mener de vastes campagnes de sensibilisation en langue locale auprès de la population ;
- ✓ Renforcer le programme national de lutte contre les violences basées sur le genre tant en ressources humaines, matérielles et financières ;
- ✓ Poursuivre la dotation des hôpitaux et des centres de santé de référence en médicaments pour la prise en charge des complications de l'excision ;
- ✓ Veiller au respect de l'introduction dans les curricula des établissements scolaires et socio-sanitaires, des modules de formation sur les problèmes posés par la MGF.

ONG

- ✓ Faire de la sensibilisation une plaque incontournable en Intensifier l'IEC auprès de toutes les couches sociales en vue d'induire un changement social de comportement favorable à l'abandon ;
- ✓ Spécifier d'avantage les stratégies pour chaque cible pour améliorer la qualité des résultats ;
- ✓ Faire des campagnes médiatisées de valorisation de la femme non excisée ;
- ✓ Sensibiliser les hommes et surtout les jeunes futurs pères et leurs impliquer par la suite aux différentes campagnes de sensibilisation ;
- ✓ Mettre en place des activités de suivi et d'évaluation après déclaration publique pour mesurer le changement de comportement.

Agents de santé

- ✓ Ne pas souscrire à une médicalisation de la pratique des MGF ;
- ✓ Assurer la formation continue des prestataires sur la prise en charge des complications de l'excision ;
- ✓ Assurer la prise en charge médicale et psychosociales des victimes de l'excision.

Population

- ✓ Ne pas rejeter les personnes œuvrant dans le domaine de la recherche sur l'excision ;
- ✓ Permettre à ce que des discussions autour de l'excision ainsi que des sensibilisations puissent se faire en toute quiétude et sécurité.

**REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES**

REFERENCES

1. **A. TRAORE.** Aspects épidémiologiques, cliniques et socioéconomiques de l'excision dans le district de Bamako. Thèse méd FMOS, Bamako 2013 ; n° 13M253 : page 16-46.
2. **F. ATJI.** Excision : Aspects socio-sanitaires au Mali à propos de 1000 cas au service de gynécologie obstétrique du CHU Point G. Thèse méd FMPOS, Bamako 2007 ; n° 07M108 : page 3-4.
3. **A.B.Jebria.** L'excision, une pratique en pleine expansion. HuffPost, France 05/05/2015 ; 11 :33 CEST
4. **UNFPA.** Les mutilations génitales féminines (MGF) - questions fréquemment posées. Jul 2020 ; page 1-2
5. **S.Dao.** Lutte contre l'excision : Les enseignements de la Charte de Kurukan-fuga ! Le Jalon, Bamako 26 Avril 2022
6. **OMS. Mutilations sexuelles féminines. 21 janvier 2022**
7. **COMMISSARIAT GÉNÉRAL AUX RÉFUGIÉS ET AUX APATRIDES MALI.** Les mutilations génitales féminines (MGF). COI Focus Cedoca 18 juillet 2017 ; Page 6-13
8. **UNICEF.** Female Genital Mutilation/Cutting: a global concern. New York, 2016 : page 2.
9. **UNICEF.** Mutilations génitales féminines/excision : aperçu statistique et étude de la dynamique des changements. New York, 2013 : page 1-7.
10. **EDS VI.** Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018. Bamako, Mali et Rockville, Maryland, USA : INSTAT, CPS/SS-DS-PF et ICF. Institut National de la Statistique (INSTAT), Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF) et ICF. 2019 : Chapitre 16 page 345-356.
11. **EDS V.** Enquête Démographique et de Santé au Mali 2012-2013. Rockville, Maryland, USA : CPS, INSTAT, INFO-STAT et ICF International. Cellule de Planification et de Statistique (CPS/SSDSPF), Institut National de la Statistique (INSTAT/MPATP), Centre d'Études et d'Information Statistiques (INFO-STAT) et ICF International, 2014 : Chapitre 18 page 291-305
12. **Nations Unies Droits de l'homme Haut-commissaire.** Charte internationale des droits de l'homme : Un bref historique et les deux Pactes internationaux. HCDH 1996-2022
13. **United Nations Human Rights.** Droit international des droits de l'homme. Office of the High Commissioner 1996-2022
14. **Réseau suisse contre l'excision.** Engagements internationaux dans le domaine de la lutte contre l'excision (E/MGF).

- 15. Courants de femmes. CIAF** - Comité Inter-Africain sur les pratiques traditionnelles ayant effet sur la santé des femmes et des enfants. Benin Avril 2004 ciafbenin@yahoo.fr
- 16. EDS III.** Enquête Démographique et de Santé au Mali 2001. Calverton, Maryland, USA : CPS/MS, DNSI et ORC Macro. Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé (CPS/MS), Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique (DNSI) et ORC Macro. 2002 : Chapitre 13 page 220-244
- 17. EDSIV :** Enquête Démographique et de Santé du Mali 2006. Calverton, Maryland, USA : CPS/DNSI et Macro International Inc. Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé (CPS/MS), Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique du Ministère de l'Économie, de l'Industrie et du Commerce (DNSI/MEIC) et Macro International Inc. 2007 : chapitre 18 page 285-305
- 18. R-K. Sidibé.** Mutilation génitale féminine Décomposition des Tendances Récentes au Mali (2001-2006) MARIKANI ML Bamako-Mali 2013 : page 4-5.
- 19. S.Dahmani.** Théorie de la perception : exemples d'utilisation marketing. HubSpot, Inc Jul 27, 2020, mise à jour le 19 janvier 2023
- 20. A. Friedman.** La perception : une approche en sociologie cognitive. Éditions de la Maison des sciences de l'homme, 2011 : p. 161-192 <https://books.openedition.org/editionsmsh>
- 21. Wiktionnaire.** le dictionnaire libre extrait du Dictionnaire de l'Académie française, huitième édition, 1932-1935 : 11 décembre 2022.
- 22. CNRTL.** Outils de recherche pour un traitement optimisé de la langue. Centre National de ressources textuelles et lexicales. Nancy Cedex – France, 2012 – CNRTL BP 30687 54063
- 23. S. Coulibaly, F. Dicko, S. M. Traore, O. Sidibé, M. Seroussi, B. Barrère.** Enquête Démographique et de Santé, Mali 1995-1996. Calverton, Maryland, USA. Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la santé, Direction Nationale de la Statistique et de l'Information et Macro International Inc : Chapitre 11 page 180-200
- 24. Joannah VALMA.** Évolution de la pratique et de la perception de l'excision au Burkina Faso entre 1998 et 2003. Mémoire Département de Sociologie Faculté des Arts et des Sciences, Université de Montréal Octobre 2008 : page 60-90
- 25. ECHOS DE L'AMAPED.** Restitution des résultats des travaux de recherche de l'AMAPED. Semestriel de l'Association Malienne des Pédiatres - N° 007 et N° 008 du 3^{ème} et 4^{ème} semestre 2016 : page 3

ANNEXES

8 ANNEXES

8.1 Fiche d'information et de consentement

8.1.1 Fiche d'information

Titre de l'étude : Evolution des pratiques et Perceptions de la population sur l'excision au Mali

Investigateurs principaux : Aminata KODIO (MD) ; Souleymane SIDIBE (MD, Spécialiste en Médecine de Famille/ Médecine Communautaire)

8.1.1.1 Introduction

Nous sollicitons votre participation à une étude. Cependant, avant d'accepter de participer à cette étude et de signer la fiche de consentement ci-jointe, veuillez prendre le temps de lire / entendre, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Cette fiche peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur. Prenez tout le temps nécessaire pour vous décider. Votre participation est volontaire.

8.1.1.2 Contexte

Depuis le début des années 80, le débat sur l'excision alimente sans cesse les causeries, conférences, colloques et séminaires relatifs à la santé et aux droits humains de la femme. Mais le sujet continue d'opposer, voire, de diviser les opinions nationales africaines.

A la lumière des connaissances actuelles, on peut affirmer que l'excision n'est pas l'apanage d'une communauté, d'un pays ou d'une région. Elle est connue et pratiquée ou l'avait été un peu partout dans le monde.

On estime qu'actuellement, 200 millions de filles et de femmes ont subi des MGF, mais les taux sont en hausse du fait de la croissance démographique mondiale.

Au Mali, Selon l'enquête démographique et de santé (EDS VI), Environ neuf femmes de 15-49 ans sur dix (89 %) et 73 % des filles de 0-14 ans sont excisées. La comparaison des résultats des enquêtes réalisées depuis 1995-1996 ne fait apparaître aucun changement concernant la pratique de l'excision.

La présente étude contribuera à la compréhension de la logique de la perpétuation des mutilations génitales féminines ainsi que des représentations sociales. Elle permettra aussi une compréhension des différents programmes et stratégies déjà mis en place afin d'émettre des recommandations pour des politiques et programmes mieux adaptés et plus efficaces pour l'éradication de ces pratiques dont les conséquences néfastes pour la santé de la reproduction ont été largement démontrées.

8.1.1.3 Objectifs de l'étude

8.1.1.3.1 Objectif général

- Évaluer l'évolution des pratiques et les perceptions de la population sur l'excision au Mali

8.1.1.3.2 Objectifs spécifiques

8.1.1.3.2.1 Au niveau communautaire :

- Déterminer les caractéristiques sociodémographiques de la population concernée par le phénomène ;
- Décrire les principaux aspects socioculturels motivant la pratique de l'excision ;
- Etablir le lien entre le statut d'excision des mères et l'exposition des filles ;
- Comparer les perceptions populations des zones urbaines à celles des zones rurales face à la pratique de l'excision.

8.1.1.3.2.2 Au niveau institutionnel

- Comparer les résultats des différentes EDS faites au Mali sur la pratique de l'excision ;
- Analyser les différentes stratégies et politiques contre l'excision mises en place au Mali.

Vous êtes appelé à participer à cette étude parce que vous êtes membres d'une communauté se trouvant dans les zones d'études choisies.

Au total, 719 membres des communautés et parties prenantes à l'excision participeront à cette étude dans les régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou et le district de Bamako dont les communes de Koniakary, Ségué, Sanoubougou 2, Konobougou et Banconi.

8.1.1.4 Avantages liés à votre participation :

Bien que cette étude n'ait pas pour but de vous apporter un bénéfice personnel, votre participation contribuera à la compréhension de la logique de la perpétuation et des perceptions des mutilations génitales féminines ainsi que des représentations sociales, Elle évaluera les stratégies déjà mises en place et afin d'émettre des recommandations pour des politiques et programmes mieux adaptés et plus efficaces.

8.1.1.5 Risques et inconvénients liés à votre participation :

Il y a très peu de risque liés à la participation à cette étude. Elle vous demande cependant un peu de votre temps, soit environ 30 minutes à 60 minutes pour participer à l'entretien. La nature personnelle de certaines questions de l'étude pourrait vous mettre mal à l'aise ou vous embarrasser. Si cela arrivait, vous pouvez les éluder. Vous pouvez interrompre la discussion à n'importe quel moment. Toutefois, si vous ressentez de l'inquiétude ou avez besoin de soutien psychologique, vous pouvez vous adresser au Directeur technique du centre (DTC).

8.1.1.6 Confidentialité :

Nous ferons tout notre possible pour garder vos informations confidentielles à toutes les étapes de la recherche de même qu'au moment de la diffusion du rapport de recherche. Pour tenir vos informations privées, votre nom ne sera mentionné dans aucun rapport de cette étude. Nous garderons vos réponses secrètes. Après la rédaction de notre rapport, nous détruirons tous les enregistrements, notes et transcriptions de l'étude.

Veillez noter que, bien que votre nom ne figure pas dans la publication, l'enquêteur sera toujours en mesure de vous relier à vos informations.

8.1.1.7 Compensation :

Vous ne recevrez aucune compensation pour le temps et les inconvénients de temps pour la visite liée à l'étude.

8.1.1.8 Nature de la participation :

Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter, tout comme de refuser d'y participer, sans aucun préjudice.

Elle consistera à participer à une entrevue visant à documenter l'évolution des pratiques et les perceptions des populations sur de l'excision au Mali.

8.1.1.9 Questions ou préoccupations :

Si vous avez des problèmes ou des inquiétudes concernant cette étude, ou vos droits en tant que participant, contactez les chercheurs principaux, Dr Aminata KODIO et Dr Souleymane SIDIBE, aux numéros de téléphone suivants : (223) 66 79 95 10 | (223) 74 44 95 88 (223) | 79 27 64 70. En outre, vous pouvez contacter les personnes du Comité de révision éthique des Facultés de médecine et d'odonto-stomatologie et de Pharmacie (FMOS/FAPH) au Point G, à Bamako.

8.1.2 Fiche de consentement

8.1.2.1 Consentement du participant

J'ai lu/entendu et compris le contenu de la fiche d'information et de la présente fiche de consentement. Je certifie qu'on me l'a expliquée verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions au sujet de cette étude et on y a répondu avec satisfaction. Je sais que je suis libre d'y participer et que je demeure libre de me retirer de ce projet de recherche en tout temps, par avis verbal, sans préjudice. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision. J'accepte librement et volontairement de participer au présent projet de recherche.

Je consens à ce que l'entrevue soit enregistrée **Oui** **Non**

Signature du participant / de la participante :

Date de la signature :

8.1.2.2 Engagement du chercheur/Enquêteur

Je certifie : a) avoir expliqué au signataire les termes de la présente fiche de consentement ;
 b) avoir répondu aux questions qu'il/elle m'a posées à cet égard ;
 c) m'être assuré qu'il/elle ne s'y oppose pas;
 d) lui avoir clairement indiqué qu'il/elle reste libre de mettre un terme à tout moment à son autorisation et à sa participation au présent projet de recherche;
 e) que je lui remettrai une copie signée de la présente fiche de consentement.

Nom de l'enquêtrice /enquêteur	Fonction	Signature	Date

8.2 Formulaires d'information et d'assentiment (15-17 ans)

Titre de l'étude : Evolution des pratiques et Perceptions de la population sur l'excision au Mali

Investigateurs principaux : Aminata KODIO (MD) ; Souleymane SIDIBE (MD, Spécialiste en Médecine de Famille/ Médecine Communautaire)

8.2.1 Information clé sur cette étude

Ce formulaire d'assentiment décrit l'étude et est conçu pour vous aider à décider si vous souhaitez vous joindre à cette étude.

On vous demande de participer à une étude sur l'excision. La participation à cette étude est entièrement volontaire. Vous pouvez choisir de participer ou de ne pas participer. Vous pouvez vous retirer à tout moment.

Le but de cette étude est de recueillir des informations sur l'évolution des pratiques et les perceptions des populations sur l'excision au Mali.

L'étude comprendra une seule visite et les questions vous seront posées sous forme d'entrevue de 30 à 60 mn.

Vos parents nous ont donné la permission de participer à cette étude.

Si vous avez des questions sur cette étude, vous pouvez contacter le personnel de l'étude aux numéros suivants : Dr Aminata KODIO et Dr Souleymane SIDIBE, aux numéros de téléphone suivants : (223) 66 79 95 10 | (223) 74 44 95 88 (223) | 79 27 64 70

Si vous décidez que vous ne voulez pas participer à cette étude, vous n'êtes pas obligé d'y participer. Veuillez nous dire si vous ne souhaitez pas participer cette étude.

Si vous acceptez de participer à cette étude, veuillez signer ou mettre votre empreinte digitale ci-dessous.

8.2.2 Formulaire d'assentiment

J'ai lu/entendu et compris le contenu de la fiche d'information et de la présente fiche d'Assentiment. Je certifie qu'on me l'a expliquée verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions au sujet de cette étude et on y a répondu à ma satisfaction. Je sais que je suis libre d'y participer et que je demeure libre de me retirer de ce projet de recherche en tout temps, par avis verbal, sans préjudice. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision. J'accepte librement et volontairement de participer au présent projet de recherche.

Nom du Mineur _____ **Age du Mineur** _____

Signature ou Empreinte digitale _____

Date : ___ / ___ / ___

Je consens à ce que l'entrevue soit enregistrée Oui Non

Entrevue avec le témoin de l'assentiment

À la date indiquée à côté de ma signature, j'ai assisté à l'entrevue d'approbation / d'assentiment pour l'étude de recherche mentionnée ci-dessus dans ce document. J'atteste que les informations contenues dans ce formulaire d'assentiment ont été expliquées au mineur, et le mineur a indiqué que ses questions et préoccupations ont été correctement prises en compte et que le mineur consent à s'inscrire à cette étude.

Nom du Témoin _____

Signature du Témoin _____

Date : ___ / ___ / ___

Engagement du chercheur/Enquêteur

Je certifie : a) avoir expliqué au signataire les termes de la présente fiche de consentement ;
 b) avoir répondu aux questions qu'il/elle m'a posées à cet égard ;
 c) m'être assuré qu'il/elle ne s'y oppose pas;
 d) lui avoir clairement indiqué qu'il/elle reste libre de mettre un terme à tout moment à son autorisation et à sa participation au présent projet de recherche;
 e) que je lui remettrai une copie signée de la présente fiche de consentement.

Nom de l'enquêtrice /enquêteur	Fonction	Signature	Date

8.3 Questionnaires

8.3.1 Entrevue individuelle

Fiche d'enquête

Date :

Numéro :

1. RENSEIGNEMENTS GENERAUX

Région : District sanitaire : Commune : Aire de sante : Village/quartier :

1.1 Identité du Participant : Caractéristiques sociodémographiques

1- Age : 2- Sexe :

3- Lieu de résidence (Cochez un seul critère) : 1-Rural 2 -Urbain

4- Région d'origine (Cochez un seul critère) : Kayes ; Koulikoro ; Sikasso ; Ségou ; Mopti ; Tombouctou ; Gao ; Kidal ; Bamako ; Ménaka ; Taoudéni.

5-Ethnie (Cochez un seul critère) :

- Bambara ; Peulh ; Bobo ; Dogon ; Malinké ; Minianka ; Sarakolé ; Sonrhaï ; Somono ; Bozo ; Senoufo ; Tamashek ; Maure ; Autres.

6-Statut matrimonial : 1-Marié (e) ; 2-Divorcé (e) ; 3-Veuf (ve) ; 4-Célibataire

7-Profession :

8-Niveau d'instruction (Cochez un seul critère) :

- 1-Eole coranique/ Medersa ; 2-Non scolarisée ; 3-Niveau primaire ; 4-Niveau secondaire ; 5-Niveau supérieur

9-Nationalité (Cochez un seul critère) : 1-Malienne 2-Autre

10-Religion (Cochez un seul critère) : 1-Musulmane 2- Chrétienne 3- Animiste 4- Païen

11- Modèle de famille : Grande famille (Grand parents, parents, enfants, et petits enfants...) ; Famille nucléaire ; Famille monoparentale ; Famille recomposée ; Famille homoparentale

2. EXCISION

2.1 Sensibilisation sur l'excision

- 1- Avez-vous déjà été sensibilisé sur la pratique de l'excision ? OUI NON
- 2- Si oui, par quel (s) moyen (s) l'avez-vous été ? Radio ; Télévision ; Causerie débat ; Campagne de sensibilisation

- 3- Si oui, a-t-elle apporté un changement sur votre manière de voir/comprendre l'excision ? OUI NON
- 4- Si campagne de sensibilisation, Où est-ce qu'elle a eu lieu ? Village/ quartier ; Ménage ; Lieu de travail ; Atelier de formation

8.2 Opinion sur l'excision

1-Que pensez-vous de la pratique de l'excision ? Très favorable ; Favorable ; Ni favorable ni défavorable ; Défavorable ; Très défavorable

2-Etes-vous d'accord avec cette affirmation que l'excision est une pratique normale ?

- Tout à fait d'accord ; D'accord ; Ni d'accord ni en désaccord ; En désaccord
- Totalement en désaccord

3-Etes-vous d'accord que l'excision peut entraîner des conséquences sur la fertilité de la femme ?

- Tout à fait d'accord ; D'accord ; Ni d'accord ni en désaccord ; En désaccord
- Totalement en désaccord

4-Etes-vous d'accord que l'excision peut entraîner des difficultés lors du travail d'accouchement ?

- Tout à fait d'accord ; D'accord ; Ni d'accord ni en désaccord ; En désaccord
- Totalement en désaccord

5-Etes-vous d'accord que l'excision peut entraîner une diminution de la libido (désir sexuel) chez la femme ?

- Tout à fait d'accord ; D'accord ; Ni d'accord ni en désaccord ; En désaccord
- Totalement en désaccord

6-Si femme avez-vous des problèmes de libido ? Oui Non

7-Etes-vous d'accord avec cette affirmation qu'une femme non excisée n'est pas considéré comme une femme ?

- Tout à fait d'accord ; D'accord ; Ni d'accord ni en désaccord ; En désaccord
- Totalement en désaccord

8-Etes-vous d'accord que la pratique de l'excision doit être abandonnée

- Tout à fait d'accord ; D'accord ; Ni d'accord ni en désaccord ; En désaccord
- Totalement en désaccord

9- Etes-vous favorable à quel type de pratique d'excision ?

- Pratique solitaire : Pourquoi ?
- Pratique en groupe ; Pourquoi ?
- Aucun

10-Que pensez-vous de la fréquence de l'excision dans votre commune ?

- Très fréquente ; Fréquente ; Ni fréquente ni rare ; Rare ; Très rare

2.3 Raisons de la pratique de l'excision

1-Quelle (s) est (sont) selon vous la ou les raison(s) de la pratique de l'excision ?

2- Quels sont les avantages de l'excision selon vous ?

2.4 Connaissances sur les complications

1-Connaissez-vous des complications de l'excision ? Oui Non

2-Si Oui, pouvez-vous nous dire celles que vous connaissiez ?

2.5 Expérience personnelle

1- Si homme, posez les questions suivantes :

- Combien de filles avez-vous ?
- Combien sont excisées ?
 - Si fille Excisée : - Quel âge avait-elle en ce moment ?.....
 - Où cela a eu lieu ? Village /.../ ; Ville ; /.../Hôpital/.../
 - Comment : Seule /.../ En groupe/.../
 - Qui a fait l'excision : agent de santé /.../ ; exciseuse traditionnelle/.../
 - Il y a-t-il eu des complications ? Oui/.../ Non/.../.
 - Si oui lesquelles ?
 - Si filles mais non excisée, Pourquoi ?
 - Si pas de filles, exciserez-vous vos filles si vous en avez eu ?
- Serez-vous prêt à marier une femme non excisée ?
 - Si Oui, Pourquoi
 - Si Non, Pourquoi
- La décision d'exciser vos filles revient à qui ?
 - Vous ; Votre conjointe ; Votre conjointe et vous ensemble
 - Votre mère ou votre père ; Votre belle-mère ou beau-père ; Autres (à préciser)

- Si opinion défavorable mais fait la pratique, demandez les raisons de cette incohérence

2- Si Femme ou Fille, posez les questions suivantes :

- Avez-vous été excisée ? Oui Non
 - Si Oui :
 - Quel âge aviez-vous en ce moment ?.....
 - Où cela a eu lieu ? Village /.../ ; Ville ; /.../Hôpital/.../
 - Comment : Seule /.../ En groupe/.../
 - Qui a fait l'excision : agent de santé /.../ ; exciseuse traditionnelle/.../
 - Il y a-t-il eu des complications ? Oui/.../ Non/.../.
 - Si oui lesquelles ?
 - Si Non, Pourquoi ?
- Combien de filles avez-vous ?
- Combien sont excisées ?
 - Si fille Excisée : - Quel âge avait-elle en ce moment ?.....
 - Il y a-t-il eu des complications ? Oui/.../ Non/.../.
 - Si oui lesquelles ?
 - Si filles mais non excisée, Pourquoi ?
 - Si pas de filles, exciserez-vous vos filles si vous en avez eu ?
- La décision d'exciser vos filles revient à qui ?
 - Vous
 - Votre conjoint
 - Votre conjoint et vous ensemble
 - Votre mère ou votre père
 - Votre belle-mère ou beau-père
 - Autres (à préciser)
- Si opinion défavorable mais fait la pratique, demandez les raisons de cette incohérence

8.2.1 Exciseuse Traditionnelle

Fiche d'enquête

Date :

Numéro :

1. RENSEIGNEMENTS GENERAUX

Région : District sanitaire : Commune : Aire de sante : Village/quartier :

1.1 Identité du Participant : Caractéristiques sociodémographiques

2. EXCISION

2.1 Attitudes pratiques

1- Êtes-vous en activité actuellement ? Oui Non Se réserve de réponse

2- Quel type d'excision faites-vous fréquemment et pourquoi ?

- Type 1 ; Type 2 ; Type 3 ; Type 4

3- Il existe plusieurs types d'excision, pensez-vous qu'il y en a qui sont plus acceptables que d'autres ? OUI, Lesquels ? NON

4- Etes-vous favorable à quel type de pratique d'excision ?

- Pratique solitaire : Pourquoi ? Pratique en groupe ; Pourquoi ?

2.2 Opinion sur l'excision

1-Que pensez-vous de la fréquence de l'excision dans votre commune ?

- Très fréquente ; Fréquente ; Ni fréquente ni rare ; Rare ; Très rare

2 Si on compare cette fréquence à celle d'avant, comment se présente-t-elle ?

- A la baisse ; Inchangée ; A la hausse

3-Si variation de fréquence, demandez à quoi est-elle due ?

4-Etes-vous d'accord que l'excision peut entraîner des conséquences sur la fertilité de la femme ?

- Tout à fait d'accord ; D'accord ; Ni d'accord ni en désaccord ; En désaccord
- Totalement en désaccord

5-Etes-vous d'accord que l'excision peut entraîner des difficultés lors travail d'accouchement ?

- Tout à fait d'accord ; D'accord ; Ni d'accord ni en désaccord ; En désaccord
- Totalement en désaccord

6-Etes-vous d'accord que l'excision peut entraîner une diminution de la libido (désir sexuel) chez la femme ?

- Tout à fait d'accord ; D'accord ; Ni d'accord ni en désaccord ; En désaccord
- Totalement en désaccord

7-Etes-vous d'accord avec cette affirmation qu'une femme non excisée n'est pas considérée comme une femme ?

- Tout à fait d'accord ; D'accord ; Ni d'accord ni en désaccord ; En désaccord
- Totalement en désaccord

2.3 Raisons de la pratique de l'excision

1- Quelle (s) est (sont) selon vous la ou les raison (s) de la pratique de l'excision ?

2- Quels sont les avantages de l'excision selon vous ?

2.4 Connaissances sur les complications

1-Connaissiez-vous des complications de l'excision ? Oui Non

2-Si Oui, pouvez-vous nous dire celles que vous connaissiez ?

2.5 Sensibilisation

1-Avez-vous bénéficié de formation ou de sensibilisation de la part des autorités ou des partenaires ?

- Si oui : Quand ? Où ? Combien de fois ? Sur quoi précisément ?
 - Qu'est-ce que cette ou ces formation (s) a ou ont apporté de changement dans votre pratique ?
- Si non, pourquoi ?
 - Refus ; Non contactée ; Indisponibilité

8.2.2 Focus group

Focus group (Groupement de jeunes ; Groupement de femmes)

REGION DE : CERCLE : DISTRICT SANITAIRE DE : COMMUNE DE :

AIRE DE SANTE DE : VILLAGE /QUARTIER DE : DATE :

PROCEDURE

- S'assurer que tous les répondants aient donné leur consentement et autorisation écrit ;
- Collecter les informations démographiques individuelles de chaque participant ;
- Installer confortablement le groupe en forme de cercle pour que chacun les uns et les autres se regardent face à face ;
- Faire vérifier l'appareil d'enregistrement (dictaphone) par le preneur de notes et lui demander de s'apprêter pour la prise de notes ;
- La discussion devrait être menée comme une conversation, de sorte que chaque question découle de la réponse de la précédente. Tous les sujets doivent être abordés lors de la discussion. Des questions pour approfondir les réponses devraient être formulées en fonction de la discussion (tous ne pas être prescrits dans ce guide). Bien que cela soit le type d'information que nous voulons collecter, la façon dont vous posez les questions et les questions de suivi dépendront du flux de la conversation ;
- Faire attention au langage corporel des participants pour accorder des pauses, au besoin.

CHAPITRE INTRODUCTIF

Bonjour mesdames, messieurs, avec votre permission nous allons discuter ensemble d'un sujet qui touche certains aspects importants de notre vie quotidienne.

Depuis le début des années 80, le débat sur l'excision alimente sans cesse les causeries, conférences, colloques et séminaires relatifs à la santé et aux droits humains de la femme. Mais le sujet continue d'opposer, voire, de diviser les opinions nationales africaines.

A la lumière des connaissances actuelles, on peut affirmer que l'excision n'est pas l'apanage d'une communauté, d'un pays ou d'une région. Elle est connue et pratiquée ou l'avait été un peu partout dans le monde.

On estime qu'actuellement, 200 millions de filles et de femmes ont subi des MGF, mais les taux sont en hausse du fait de la croissance démographique mondiale.

Au Mali, Selon l'enquête démographique et de santé (EDS VI), Environ neuf femmes de 15-49 ans sur dix (89 %) et 73 % des filles de 0-14 ans sont excisées. La comparaison des résultats des enquêtes réalisées depuis 1995-1996 ne fait apparaître aucun changement concernant la

pratique de l'excision. C'est pour vérifier cette hypothèse que nous sommes aujourd'hui avec vous.

La présente étude contribuera à la compréhension de la logique de la perpétuation des mutilations génitales féminines ainsi que des représentations sociales. Elle permettra aussi une compréhension des différents programmes et stratégies déjà mis en place afin d'émettre des recommandations pour des politiques et programmes mieux adaptés et plus efficaces pour l'éradication de ces pratiques dont les conséquences néfastes pour la santé de la reproduction ont été largement démontrées.

Toutes les informations recueillies resteront strictement confidentielles. Votre opinion contribuera à la compréhension de la logique de la perpétuation des mutilations génitales féminines ainsi que des représentations sociales, évaluera les stratégies déjà mises en place et aidera à asseoir des politiques et programmes adaptés et plus efficaces. Avez-vous des questions particulières ? Êtes-vous prêt à participer ?

Oui /___/ Non /_____/

▪ **LISTE DES PARTICIPANTS :**

N°	Noms et Prénoms des répondants	Age (Années)	Sexe	Niveau d'étude	Statut Matrimonial	Contacts
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

QUESTIONS

1-Que pensez-vous de la pratique de l'excision ? Justifiez votre réponse

2-Que pensez-vous de la fréquence de l'excision dans votre quartier / village ? Justifiez votre réponse

3 Si on compare cette fréquence à celle d'avant, comment se présente-t-elle ?

- A la baisse ; Inchangée ; A la hausse

4-Si variation de fréquence, demandez à quoi est-elle due ?

5-Vous êtes favorable à quel type de pratique d'excision ?

- Pratique solitaire : Pourquoi ?
- Pratique en groupe : Pourquoi ?

6- Quelle(s) est (sont) selon vous la ou les raison(s) de la pratique de l'excision ?

7- Quels sont les avantages de l'excision selon vous ?

8-Connaissez-vous des complications de l'excision ?

Justifiez votre réponse

9-Si Oui, pouvez-vous nous dire celles que vous connaissiez ?

10- Etes- vous d'accord avec l'abandon de la pratique de l'excision ?

Justifiez votre réponse

11- Etes-vous d'accord que l'excision peut entraîner des conséquences sur la fertilité de la femme ? Justifiez votre réponse

12- Etes-vous d'accord que l'excision peut entraîner des difficultés lors travail d'accouchement ? Justifiez votre réponse

13-Quelles sont vos suggestions / recommandations concernant la pratique de l'excision ?

Merci de votre aimable attention !

8.2.3 Professionnels de santé

Fiche d'enquête

Date :

Numéro :

1. RENSEIGNEMENTS GENERAUX

Région : District sanitaire : Commune : Aire de sante : Village/quartier :

1.1 Identité du Participant : Caractéristiques sociodémographiques

2. EXCISION

2.1 Opinion sur l'excision

1-Que pensez-vous de la pratique de l'excision ?

- Très favorable ; Favorable ; Pas d'avis ; Défavorable ; Très défavorable

2- Que pensez-vous de la fréquence de l'excision dans votre aire de santé ?

- Très fréquente ; Fréquente ; Ni fréquente ni rare ; Rare ; Très rare

3 Si on compare cette fréquence à celle d'avant, comment se présente-t-elle ?

- A la baisse ; Inchangée ; A la hausse

4-Si variation de fréquence, demandez à quoi est-elle due ?

5-Etes-vous d'accord que l'excision peut entrainer des conséquences sur la fertilité de la femme ?

- Tout à fait d'accord ; D'accord ; Ni d'accord ni en désaccord ; En désaccord
- Totalement en désaccord

6-Etes-vous d'accord que l'excision peut entrainer des difficultés lors du travail d'accouchement ?

- Tout à fait d'accord ; D'accord ; Ni d'accord ni en désaccord ; En désaccord
- Totalement en désaccord

7-Etes-vous d'accord que l'excision peut entrainer une diminution de la libido (désir sexuel) chez la femme ?

- Tout à fait d'accord ; D'accord ; Ni d'accord ni en désaccord ; En désaccord
- Totalement en désaccord

2.2 Expériences professionnelles

1-Quelles sont les personnes qui pratiquent l'excision dans votre aire de Santé ?

- Exciseuses traditionnelles ; Agents de santé ; Autres à préciser

2-Quel type d'excision font ils fréquemment et pourquoi ?

- Type 1 ; Type 2 ; Type 3 ; Type 4

3- Quelles sont les raisons pour lesquelles ce type est préféré par rapport à d'autres ?

4- Etes-vous favorable à la médicalisation de l'excision ? Pourquoi

- Oui Non Ne veut pas répondre Pas d'avis

5-Si favorable, demandez pourquoi ?

6-Si défavorable, demandez pourquoi ?

7- Avez-vous reçu au cours des deux dernières années une fille ou femme victime des complications ou séquelles de l'excision ? Oui Non

8-Quel type de complications recevez-vous fréquemment ?

9- Y a-t-il une prise en charge médicale des femmes ou filles victimes de complications ou de séquelles de l'excision dans votre aire de santé ? OUI NON

10- Qui prend en charge les frais de soins ?

- Partenaires ; Famille ; Exciseuse traditionnelle ; ASACO ; Mairie ; Chef de village

11- Avez-vous mené des campagnes de sensibilisation sur l'excision dans votre aire de santé ?

- Oui Non

12- Si oui, ont-elles apporté des résultats ? Oui Non

13- Si oui, comment ?

14- Si non, pourquoi ?

15- Si n'a pas mené de campagnes de sensibilisation, demandez pourquoi ?

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

8.2.4 Leaders religieux (Imam, Pasteurs)

Fiche d'enquête

Date :

Numéro :

1. RENSEIGNEMENTS GENERAUX

Région : District sanitaire : Commune : Aire de sante : Village/quartier :

1.1 Identité du Participant : Caractéristiques sociodémographiques

2. EXCISION

2.1 Opinion sur l'excision

1-Que pensez-vous de la pratique de l'excision ?

- Très favorable ; Favorable ; Pas d'avis ; Défavorable ; Très défavorable

2-Si favorable à la pratique, demandez pourquoi ?

3-Si contre la pratique, demandez pourquoi ?

4- Existe-il un lien entre l'excision et la religion ? OUI NON

5- Si oui, pouvez-vous nous parler de ce lien ?

6- Que pensez-vous de la fréquence de l'excision dans votre commune ?

- Très fréquente ; Fréquente ; Ni fréquente ni rare ; Rare ; Très rare

7 Si on compare cette fréquence à celle d'avant, comment se présente-t-elle ?

- A la baisse ; Inchangée ; A la hausse

8-Si variation de fréquence, demandez à quoi est-elle due ?

9-Etes-vous d'accord que la pratique de l'excision doit être abandonnée ?

- Tout à fait d'accord ; D'accord ; Ni d'accord ni en désaccord ; En désaccord
- Totalement en désaccord

2.2 Raisons de la pratique de l'excision

1-Quelle (s) est (sont) selon vous la ou les raison (s) de la pratique de l'excision ?

2- Quels sont les avantages de l'excision selon vous ?

2.3 Connaissances sur les complications

1-Connaissiez-vous des complications de l'excision ? Oui Non

Si Oui, pouvez-vous nous dire celles que vous connaissiez ?

2.4 Sensibilisation

1-Avez-vous bénéficié de formation ou de sensibilisation de la part des autorités ou des partenaires ?

- Si oui : Quand ? Où ? Combien de fois ? Sur quoi précisément ?
 - Qu'est-ce que cette ou ces formation (s) a ou ont apporté de changement dans votre manière de voir/ de comprendre ?
- Si non, pourquoi ? Refus ; Non contactée ; Indisponibilité

8.2.5 Leaders communautaires (Maire, chef de quartier/village, Membre ASACO)

Fiche d'enquête

Date :

Numéro :

1. RENSEIGNEMENTS GENERAUX

Région : District sanitaire : Commune : Aire de sante : Village/quartier :

1.1 Identité du Participant : Caractéristiques sociodémographiques

2. EXCISION

2.1 Opinion sur l'excision

1-Que pensez-vous de la pratique de l'excision ?

- Très favorable ; Favorable ; Pas d'avis ; Défavorable ; Très défavorable

2-Si favorable à la pratique, demandez pourquoi ?

3-Si contre la pratique, demandez pourquoi ?

4- Que pensez-vous de la fréquence de l'excision dans votre quartier/village ?

- Très fréquente ; Fréquente ; Ni fréquente ni rare ; Rare ; Très rare

5 Si on compare cette fréquence à celle d'avant, comment se présente-t-elle ?

- A la baisse ; Inchangée ; A la hausse

6-Si variation de fréquence, demandez à quoi est-elle due ?

7-Etes-vous d'accord que la pratique de l'excision doit être abandonnée ?

- Tout à fait d'accord ; D'accord ; Ni d'accord ni en désaccord ; En désaccord
- Totalement en désaccord

8- Il y a-t-il des exciseuses traditionnelles dans votre communauté ? Oui

Non

9- Si oui, combien sont-elles ?

10- Si oui sont-elles en activités ?

2.2 Raisons de la pratique de l'excision

1-Quelle (s) est (sont) selon vous la ou les raison (s) de la pratique de l'excision ?

2- Quels sont les avantages de l'excision selon vous ?

2.3 Connaissances sur les complications

1-Connaissez-vous des complications de l'excision ? Oui Non

Si Oui, pouvez-vous nous dire celles que vous connaissiez ?

2.3 Sensibilisation

1-Avez-vous bénéficié de formation ou de sensibilisation de la part des autorités ou des partenaires ?

- Si oui : Quand ? Où ? Combien de fois ? Sur quoi précisément ?
 - Qu'est-ce que cette ou ces formation (s) a ou ont apporté de changement dans votre manière de voir/ de comprendre ?
- Si non, pourquoi ? Refus ; Non contacté ; Indisponibilité

2- Avez-vous mené des campagnes de sensibilisation sur l'excision dans votre aire de santé ?

- Oui Non

3- Si oui, ont-elles apporté des résultats ? Oui Non

4- Si oui, comment ?

5- Si non, pourquoi ?

6- Si n'a pas mené de campagnes de sensibilisation, demandez pourquoi ?

8.2.6 Guide d'entretien avec les principaux acteurs (Services étatiques ; ONG / Associations)

Fiche d'enquête

I. IDENTIFICATION

DATE DE L'ENQUETE : _____

PRENOM ET NOM DE L'ENQUETE : _____

CONTACTS : _____

STRUCTURE : _____

FONCTION : _____

PRENOM ET NOM DE L'ENQUETEUR : _____

II. Questions

1. Quelles sont les raisons et les avantages de l'excision qui sont généralement évoqués par la population face à l'excision ?
2. Quelles sont les actions que vous avez menées dans la lutte contre la pratique de l'excision ?
3. Quels sont les grands axes de ces mouvements de lutte ?
4. A travers vos expériences, pouvez-vous nous dire dans quelles zones du Mali et dans quelles ethnies, l'excision est plus pratiquée et dont la sensibilisation tarde à faire effet ?
5. Quels sont les principaux acteurs intervenant dans la lutte contre la pratique de l'excision et le rôle joué par chacun d'eux ?
6. Quels sont les principaux moyens ou canaux que vous utilisez pour faire passer vos messages de sensibilisation ?
7. Qui sont les cibles visées par ces messages ?
8. Pensez-vous que ces moyens ou canaux sont efficaces ?
9. Il y a-t-il une évolution dans la pratique et la perception des populations face à l'excision en termes de prévalence, d'âge d'excision, de type d'excision, et du nombre d'exciseuses traditionnelles ?
10. Pensez-vous qu'une loi interdisant la pratique de l'excision est possible au Mali ?
11. Quel bilan faites-vous de la lutte contre la pratique de l'excision :
 - Les acquis ou résultat ?
 - Les limites ou obstacles ?
 - Les défis à relever ?
 - Les perspectives ?

MERCI DE VOTRE DISPONIBILITE

8.2.7 Guide d'entretien avec les services de la Justice

Fiche d'enquête

I. IDENTIFICATION

Date de l'enquête : _____

Nom de la structure : _____

Prénom et Nom du répondant : _____

Sexe : _____

Titre/Fonction/Rôle : _____

Contact : _____

Heure de début de l'entretien :h.....mn

Heure de fin de l'entretien :h.....mn

II. QUESTIONS

1. Quelles sont les raisons et les avantages de l'excision qui sont généralement évoqués par la population ?
2. Quelles sont les actions que vous avez menées dans la lutte contre la pratique de l'excision ?
3. A travers vos expériences, pouvez-vous nous dire dans quelles zones du Mali et dans quelles ethnies, l'excision est plus pratiquée et dont la sensibilisation tarde à faire effet ?
4. Malgré l'absence de loi interdisant la pratique, des poursuites judiciaires sont-elles prévues ?
 - Si oui, pouvez-vous nous en dire un peu sur ces poursuites ?
 - Avez-vous déjà reçu des exemples de cas ? Justifiez votre réponse
5. Pensez-vous qu'une loi interdisant la pratique de l'excision est possible au Mali ? Justifiez votre réponse.

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : KODIO

Prénom : Aminata

Titre : Evolution des pratiques et perceptions de la population sur l'excision au Mali.

Année : 2021-2022. **Ville de soutenance :** Bamako. **Pays d'origine :** Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie

E-mail : kodioaminata@yahoo.fr / aminatakodio@gmail.com

Résumé :

Nous avons mené étude mixte (qualitative et quantitative) transversale, analytique, de Mai à Septembre 2022 dans les 5 CSCOM-U (urbains et ruraux) du Mali et au près des services de l'état, de la justice et de certaines ONG/Associations pour évaluer l'évolution et les perceptions de la population sur la pratique de l'excision. Nous avons aussi comparé les résultats des différentes Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) faites au Mali

L'échantillon était composé de 692 utilisateurs de services de santé, 24 leaders communautaires, 9 leaders religieux et coutumiers, 4 exciseuses traditionnelles, 32 agents de santé, 8 principaux acteurs nationaux (Etat ; Associations/ONG) intervenant dans le cadre de la lutte contre l'excision et 1 représentant des services de la justice.

Le sex-ratio H/F (186/575) était de 0,32 en faveur du sexe féminin et la tranche d'âge de 18 à 49 ans représentait 84,23% avec un âge moyen de 33 ans +/- 13,21ans.

La prévalence de l'excision était de 84% chez les femmes et adolescentes et de 90% chez les filles. Les mères excisées étaient celles dont la majorité des filles était aussi excisée ; P=0,001.

La tradition et la religion étaient les raisons de l'excision les plus évoquées dans les résultats quantitatifs (80% et 38%) ainsi que qualitatifs. Le Contrôle de sa sexualité/ abstinence était l'avantage à l'excision qui avait été évoqué par les enquêtés dans 47,19% des cas.

La décision d'exciser les filles venait en grande partie des grands-parents paternels soit respectivement 35% selon le père et 36% selon la mère.

Pour les filles non excisées, le refus des parents était la raison principale dans 47,06% et 15,09% des parents ont déclaré que leurs enfants n'avaient pas encore l'âge donc susceptibles d'être exciser par la suite.

Pour les parents qui n'ont pas encore de filles, la volonté de les exciser après les avoir eu étaient de 66% pour les pères et 56% pour les mères.

La faiblesse dans la gouvernance, la culture et la religion ont été les obstacles les plus citées par les ONG/Associations et la justice face à l'abandon de l'excision et optent pour une adoption de loi contre cette pratique.

Le maintien de la pratique de l'excision a été le plus évoqué, et cela quel que soit le sexe (70% des hommes et 60% des femmes ; P=0,0005), le statut d'excision (P=0,0001), le milieu de résidence (P=0,0001), le niveau d'instruction (P=0,0001).

La comparaison des résultats des enquêtes réalisées depuis 1995-1996 à nos jours ne fait apparaître aucun changement concernant la pratique de l'excision.

Mots-clés : Excision-Tradition-Religion-Loi-Sensibilisation-Abandon

Secteurs d'intérêt : Santé Publique- Santé Communautaire

DATA SHEET

Last name: KODIO

First name: Aminata

Title: Evolution of practices and perceptions of the population on excision in Mali.

Year: 2021-2022. **Defense city:** Bamako. **Country of origin:** Mali

Place of deposit: Library of the Faculty of Medicine, Pharmacy and Odonto-Stomatology

Email: kodioaminata@yahoo.fr / aminatakodio@gmail.com

Summary:

We conducted a mixed (qualitative and quantitative) cross-sectional, analytical study from May to September 2022 in the 5 CSCOM-Us (urban and rural) in Mali and with state services, justice and certain NGOs / Associations to evaluate the evolution and perceptions of the population on the practice of excision. We also compared the results of the various Demographic and Health Surveys (DHS) carried out in Mali

The sample was made up of 692 users of health services, 24 community leaders, 9 religious and customary leaders, 4 traditional circumcisers, 32 health workers, 8 main national players (State; Associations/NGOs) involved in the fight against female circumcision and 1 representative of justice services.

The sex ratio M/F (186/575) was 0.32 in favor of the female sex and the age group from 18 to 49 years represented 84.23% with an average age of 33 years +/- 13, 21 years old.

The prevalence of excision was 84% among women and adolescent girls and 90% among girls. Circumcised mothers were those whose majority of daughters were also circumcised; $P=0.001$. Tradition and religion were the most cited reasons for excision in the quantitative (80% and 38%) as well as qualitative results. Controlling one's sexuality/abstinence was the advantage of excision that was mentioned by the respondents in 47.19% of cases.

The decision to excise girls came largely from the paternal grandparents, respectively 35% according to the father and 36% according to the mother.

For girls not circumcised, parental refusal was the main reason in 47.06% and 15.09% of parents said that their children were not yet of the age therefore likely to be circumcised later.

For parents who do not yet have daughters, the desire to circumcise them after having had them was 66% for fathers and 56% for mothers.

Weakness in governance, culture and religion were the obstacles most cited by NGOs/Associations and justice in the face of the abandonment of excision and opt for the adoption of a law against this practice.

Maintaining the practice of excision was mentioned the most, regardless of sex (70% of men and 60% of women; $P=0.0005$), excision status ($P=0, 0001$), place of residence ($P=0.0001$), level of education ($P=0.0001$).

The comparison of the results of the surveys carried out since 1995-1996 to the present day does not reveal any change concerning the practice of excision.

Keywords: Excision-Tradition-Religion-Law-Awareness-Abandonment

Sectors of interest: Public Health - Community Health