

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I

CENTRE DE RECHERCHE ET
FORMATION DOCTORALE EN
SCIENCES HUMAINES, SOCIALES ET
EDUCATIVES (CRFD/SHSE)

UNITÉ DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE EN
SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

DÉPARTEMENT DE SOCIOLOGIE



UNIVERSITY OF YAOUNDE I

POSTGRADUATE SCHOOL FOR SOCIAL
AND EDUCATIONAL SCIENCES

DOCTORAL RESEARCH UNIT FOR
SOCIAL SCIENCES

DEPARTMENT OF SOCIOLOGY

**REPRÉSENTATIONS SOCIOCULTURELLES ET
PERSISTANCE DES MUTILATIONS GÉNITALES
FÉMININES DANS LA LOCALITÉ DE BOUROU AU
TCHAD**

Mémoire présenté et soutenu le 10 septembre 2022 en vue de l'obtention du Diplôme de
Master en Sociologie

Option : Recherche Action en systèmes de santé en Afrique

Présenté par
Ruth NGOH OUSMANE

Titulaire du diplôme de licence en Sociologie

Jury de soutenance

TEDONGMO TEKO Henri	Président du jury	Maitre de Conférences
DJOU DA FEUDJIO Yves Bertrand	Rapporteur	Maitre de Conférences
NDJAH ETOLO Edith	membre	Chargé de cours



Avril 2022

DEDICACE**A****Ma mère feu YAMTE Jacqueline****Mon père feu NGOH Ousmane****Mon grand frère BAHAGUE Akoina**

REMERCIEMENTS

Nous exprimons à travers ces quelques lignes, notre gratitude aux personnes qui ont contribué à la réalisation de ce travail de recherche.

Nous tenons à remercier chaleureusement le Professeur Yves Bertrand DJOUDA FEUDJIO, directeur de ce mémoire pour sa disponibilité, ses conseils, et encouragements qui ont permis de mieux comprendre et d'orienter cette recherche. Nous témoignons toute notre reconnaissance au Professeur Armand LEKA ESSOMBA, chef de département de sociologie de l'Université de Yaoundé 1, ainsi qu'à tous les intervenants dont les conseils et les enseignements ont renforcé notre détermination à parachever cette œuvre. A Noël DJIMET, Responsable du Centre de Santé de Bourou pour son dévouement et ses encouragements tout au long de la réalisation de ce travail. Une mention spéciale à notre grand frère Akoïna BAHAGUE pour son soutien sans faille pendant les périodes difficiles, qu'il reçoive notre gratitude.

Un chaleureux remerciement à Donald NGOUO DJOUMESSI et Jacob MBAIHONDOUM, doctorants en Sociologie à l'Université de Yaoundé I qui, malgré leurs préoccupations, ont sacrifié de leurs temps pour la relecture de ce mémoire.

Merci également à toute notre promotion pour la collaboration scientifique qui a toujours animé nos relations, particulièrement à Yvette Natacha DOUMOU VOUNDI, Roland DEXT MEKA, Hachim ABDERAHIM, Logam LAWANE, Michée MALAPA, Wilfland NGATCHA, Tidjani AHMAD KHALID, Lydienne Flore NDAMA MAFOU NANGAI, Abdelsalam ALI NOUR GUEDEMI, Beatrice NAMA, Stephason PALAI et Adèle NGNANONE. À nos amis pour leurs soutiens divers, à savoir Inès SIKNGAYE TAMALTA, MANGUINI MAWOI, Axel BOUSSAIN TAMYADI, Josias TORTA et à tous les permanents de la bibliothèque de CEFOD, nous remercions toutes les personnes ressources issues des différentes structures qui ont répondu à nos différentes questions pour rendre ce travail possible.

Nos remerciements s'adressent aussi à la famille Thomas OUSMANE, AL-ITAL ainsi qu'à nos tantes Ruth OUSMANE, Julia OUSMANE, Perside TAOMAL pour leurs soutiens multiformes avant et pendant la rédaction de ce mémoire.

Enfin, à toutes personnes ayant participé de près ou de loin à la réalisation de ce mémoire ; veuillez y trouver l'expression de notre profonde gratitude.

SOMMAIRE

DEDICACE	i
REMERCIEMENTS	ii
SOMMAIRE	iii
RÉSUMÉ	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : LES MUTILATIONS GENITALES FEMININES ET CROYANCES SOCIOCULTURELLES DANS LA LOCALITE DE BOUROU	45
CHAPITRE 1 : PROFILS ET MOTIVATIONS DES FEMMES/FILLES À PRATIQUER L'EXCISION À BOUROU	47
CHAPITRE 2 : PESANTEURS SOCIOCULTURELLES ET PERSISTANCE DE L'EXCISION DANS LA COMMUNE DE BOUROU	63
DEUXIEME PARTIE : POPULATION DE BOUROU : CONSEQUENCES DES MUTILATIONS GENITALES FEMININES ET ACTIONS DE LUTTE	79
CHAPITRE 3 : IMPLICATIONS ET EFFETS PERVERS DE LA PRATIQUE DES MGF A BOUROU	82
CHAPITRE 4 : SOCIOANALYSE DE LA PROMOTION DE LUTTE CONTRE LES MGF A BOUROU	111
CONCLUSION	129
BIBLIOGRAPHIE	133
ANNEXES	140
TABLE DES MATIERES	185

SIGLES

- AFJT** : Association des Femmes Juristes au Tchad
- APLFT** : Association pour la Promotion des Liberté Fondamentale au Tchad
- ATPDH** : Association Tchadienne pour la Promotion et la Défense des Droits de l'Homme
- BET** : Borkou-Ennedi-Tibesti
- CDE** : Convention Relative aux Droits de l'Enfant
- DUDH** : Déclaration Universelle des Droit de l'Homme
- EBCOG**: European Board and College of Obstetrics and Gynaecology
- EDS** : Etude Démographique de Santé
- GIZ** : Deutsche Gesellschaft fur internatinale Zusammenarbeit
- HCDH** : Haut-Commissariat des Nations Unies au Droit de l'Homme
- HCR** : Haut-Commissariat des Refugiés
- HPFE** : Humanitaire pour la Protection de la Femme et de l'Enfant
- LTDH** : Ligue tchadienne des droits de l'Homme
- MGF** : Mutilation Génitale Féminine
- MGF/E** : Mutilation Génitale Féminine/Excision
- MICS** : Multiple Indicator Cluster Surveys
- MSF** : Mutilation Sexuelle Féminine
- OIT** : Organisation Internationale du Travail
- OMD** : Objectif du Millénaire pour le Développement
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- ONG** : Organisation Non Gouvernementale
- ONRTV** : Office Nationale de Radio et Télévision
- PIDCP** : Pacte International relatif au Droit Civil et Politique
- PIDESC** : Pacte International relatif aux Droits Economique, Sociaux et Culturel
- PNB** : Produit National Brut
- PSN** : Plan Stratégique National
- RCOG**: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists
- USD** : United State Dollar
- VBG** : Violences Basées sur le Genre
- VIH** : Virus Immunodéficience Humain

ACRONYMES

ASTBEF : Association Tchadienne pour le Bien Etre Familial

CEDAW: Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women

CEDEF : Convention sur l'Elimination de toutes les formes de Discriminations à l'Egard des Femmes

CELIAF : Cellule de Liaison et d'Information des Associations Féminines

CLAC : Centre de Lecture et d'Animation Culturelle

CONACIAF : Comité National du Comité Interafricaine pour la Lutte contre les Pratiques Néfastes à l'égard des Femmes et des enfants

CONAF-Tchad : Conseil National des Femmes leaders du Tchad

INSEED : Institut National de la Statistique, des Études Économiques et Démographiques

ONU : Organisation des Nations Unies

OPROGEM : L'Office de Protection du Genre et des Mœurs

PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement

SCOT: Scotland Guidance Multi-Agency Guidance

TIC : Technologie de l'Information et de Communication

UNFPA : Nation Unies pour la population

UNICEF : Fonds de Nations Unies pour l'Enfance

USA : Etats Unies d'Amérique

PUF : Presses Universitaires de France

RÉSUMÉ

Les mutilations génitales féminines dans la localité de Bourou au Tchad demeurent un phénomène d'actualité. Elles sont pratiquées dans différents contrées et causent des préjudices irréparables. Elles peuvent entraîner la mort par hémorragie due à des saignements abondants ou à la suite d'une infection grave et généralisée. Pour stopper la pratique des mutilations génitales féminines au Tchad, beaucoup d'ONGS (UNFPA, CELLIAF, CONAF-Tchad) s'investissent dans la lutte contre ce phénomène à travers des activités de sensibilisation des exciseuses, des femmes, hommes et leaders d'opinion. Des relais communautaires de lutte contre l'excision ont été installés. Les médias sont également impliqués dans ce combat. Sur le plan juridique, la constitution tchadienne adoptée en 1976 a proscrit les pratiques traditionnelles négatives au bien être des communautés. Malgré l'interdiction de l'excision au Tchad et en dépit des multiples campagnes de sensibilisation, de reconversion, la pratique de l'excision persiste de façon clandestine à Bourou. De nombreuses jeunes filles continuent d'être victimes des effets pervers de cette pratique. Entre juillet et août 2020, plus de 200 filles ont été excisées dans les provinces du Mandoul et du Logone Oriental au sud du Tchad. L'interrogation sociologique qui a guidé la présente recherche est la suivante : quels sont les facteurs explicatifs de la persistance des Mutilations Génitales Féminines dans la commune de Bourou ? Pour répondre à cette question, il est postulé une hypothèse selon laquelle : La persistance des mutilations génitales féminines s'explique par la survivance de leurs fonctions socio-économique chez les Sara de Bourou.

Le recours aux techniques vivantes (entretiens, observations directes, récits de vie, questionnaire) a permis de collecter les données probantes. Il est à noter que la présente recherche a mobilisé l'approche mixte. Pour le volet quantitatif, 37 personnes ont été interrogées contre 36 pour le volet qualitatif. Les données qualitatives ont été interprétées grâce à l'analyse de contenus. En ce qui concerne celles quantitatives, elles ont fait l'objet d'une exploitation manuelle, puis, nous avons mobilisé Microsoft office Excel 2016 pour construire les tableaux, les histogrammes et les graphiques. Pour mieux étayer l'analyse, la théorie des représentations sociales d'Abric, l'approche genre et le constructivisme structuraliste de Pierre Bourdieu ont servi des grilles d'analyse. Reparti en deux grands axes, le premier s'intéresse aux croyances socioculturelles en rapport avec les mutilations génitales féminines (MGF) dans la localité de Bourou. Le deuxième axe se focalise sur les conséquences des mutilations génitales et les différentes actions de lutte.

Les résultats indiquent que les populations de Bourou font preuve d'un embrigadement entre le dilemme de la tradition et de la modernité. La prévalence de l'excision à Bourou n'a pas diminué et se perpétue de génération en génération. Les femmes sont excisées dans l'enfance, l'âge médian à l'excision étant de 9 ans. Il en ressort également de cette recherche que les femmes subissent de plus en plus la pratique de la MGF mais de façon discrète malgré les campagnes de sensibilisation du gouvernement et des ONG. D'autres résultats stipulent également que les jeunes filles excisées sont de plus en plus vulnérables à l'infection du VIH. La pratique des MGF à Bourou entraîne des effets néfastes sur la santé des femmes excisées notamment les fièvres, l'hémorragie, les douleurs, la mort. Les femmes mutilées connaissent également un plaisir sexuel amoindri. Les effets négatifs de l'excision sur l'éducation de la population de Bourou ne sont plus à démontrer. Aussi, les MGF freinent le développement intellectuel et financier des populations et par ricochet de la localité de Bourou.

Mots-clés : représentations socioculturelles, mutilations génitales féminines, Bourou, Tchad

ABSTRACT

Female genital mutilation in the locality of Bourou in Chad remains a topical phenomenon. They are practiced in different countries and cause irreparable harm. They can lead to death by haemorrhage due to heavy bleeding or following a serious and generalized infection. To stop the practice of female genital mutilation in Chad, many NGOs (UNFPA, CELLIAF, CONAF-Tchad) are involved in the fight against this phenomenon through awareness-raising activities for circumcisers, women, men, leaders of opinion. Community relays for the fight against excision have been set up. The media are also involved in this fight. On the legal level, the Chadian constitution adopted in 1976 prohibits traditional practices that are negative to the well-being of communities. Despite the prohibition of female circumcision in Chad and despite multiple awareness and retraining campaigns, the practice of female circumcision persists clandestinely in Bourou. Many young girls continue to be victims of the perverse effects of this practice. In July and August 2020, more than 200 girls were circumcised in the provinces of Mandoul and Logone Oriental in southern Chad. The sociological question that guided this research is the following: what are the explanatory factors for the persistence of Female Genital Mutilation in the commune of Bourou? To answer this question, a hypothesis is postulated according to which: The persistence of female genital mutilation is explained by the survival of their socio-economic functions among the Sara de Bourou.

The use of living techniques (interviews, direct observations, life stories, questionnaire) made it possible to collect conclusive data. It should be noted that this research mobilizes the mixed approach. For the quantitative part, 37 people were questioned against 36 for the qualitative part. The qualitative data was interpreted using content analysis. The quantitative data were processed manually, and then we used Microsoft Office Excel 2016 to build the tables, histograms and graphs. To better support the analysis, Abric's theory of social representations, the gender approach and Pierre Bourdieu's structuralist constructivism were used as analysis grids. Divided into two main axes, the first focuses on socio-cultural beliefs in relation to FGM in the locality of Bourou. The second axis focuses on the consequences of genital mutilation and the various actions of struggle.

The results indicate that the populations of Bourou are caught between the dilemma of tradition and modernity. The prevalence of FGC in Bourou has not decreased and is perpetuated from generation to generation. Women are cut as children, with a median age of 9 years. This research also shows that women are increasingly undergoing the practice of FGM, but in a discreet manner, despite awareness campaigns by the government and NGOs. Other findings also indicate that young girls who have been cut are increasingly vulnerable to HIV infection. The practice of FGM in Bourou has harmful effects on the health of excised women, including fever, hemorrhage, pain and death. The mutilated women also experience reduced sexual pleasure. The negative effects of FGM on the education of the population of Bourou are no longer to be demonstrated. Also, FGM hinders the intellectual and financial development of the population and, as a result, the locality of Bourou.

Keywords : socio-cultural representations, female genital mutilation, excision, Bourou

LISTE DES PHOTOS

Photo n° 1: Cérémonie de sortie des filles nouvellement excisées	61
Photo n° 2: Scarifications faciales « Njidja » comme signe du passage au rite de MGF.....	73
Photo n° 4: Saignement lors de l'excision	86
Photo n° 5: douleur de la petite fille lors de l'excision	90
Photo n° 6: Jeunes filles nouvellement sorties du couvent à Bourou.....	106
Photo n° 7: habitation des excisées	109
Photos n° 8: Affiche de Campagne de Sensibilisation contre les MGF de L'unicef	126

LISTE DES TABLEAUX

Tableau n°1 : Volet qualitatif de l'étude.....	32
Tableau n°2 : Volet quantitatif de l'étude.....	33
Tableau n°3 : Représentation des enquêtés selon l'âge et sexe en %.....	47
Tableau n°4 : Répartition des enquêtés selon le niveau d'instruction et sexe des enquêtés.....	51
Tableau N°5 : Répartition des enquêtés selon le sexe et la religion	52
Tableau N° 6 : Répartition des enquêtés selon le sexe et la profession.	53
Tableau N° 7 : Répartition selon le lieu de résidence et le sexe des enquêtés.....	53
Tableau 8 : Prévalence des MGF selon l'âge lors de l'excision des enquêtés.....	55
Tableau n°9 : Prévalence des MGF selon les infections urinaires et gynécologiques des enquêtées	87
Tableau n°10 : Prévalence des MGF selon les incontinences urinaires et fécales des enquêtées.	87
Tableau n°11 : Prévalence des MGF selon les type de douleurs chez les excisées en %.....	88
Tableau n° 12 : Prévalence des MGF selon les complications au moment des accouchements en %.....	90
Tableau n°13 : Prévalence des MGF selon la Santé perçue et mal-être des enquêtées.....	91
Tableau n°14 : Gênes dans la vie quotidienne liée aux maladies, symptômes et douleurs	92
Tableau n° 15 : Prévalence des MGF selon la fréquence des difficultés déclarées	93
Tableau n°16 : Répartitions de MGF selon l'Age du premier rapport sexuel par groupe d'âge	95
Tableau n°17 : Répartitions de MGF selon le contexte du premier rapport des enquêtées	96
Tableau n°19 : Répartitions de MGF selon la satisfaction sexuelle des enquêtés.	99
Tableau n°20 : Nombre moyen de rapports sexuels au cours du dernier mois	99
Tableau n°21 : Répartitions de MGF selon la satisfaction vis à vis de la fréquence des rapports sexuels des enquêtées.	100
Tableau n°22 : Répartitions des enquêtés selon les raisons invoquées pour expliquer le non activité sexuelle des enquêtés.....	100

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Répartition des enquêtés selon le sexe et le niveau d'instruction.....	48
Figure 2: Prévalence des MGF selon la connaissance de la pratique.....	54
Figure n°3 : Prévalence des MGF selon le Soutien ou non de la pratique des enquêtés.....	55
Figure n°4: Prévalence des MGF selon les raisons de la pratique de l'excision des enquêtés.....	63
Figure n° 5: Prévalence des enquêtés selon les maladies chroniques	85
Figure 6: Prévalence des MGF selon les types de maladies chroniques déclarées par les femmes	86
Figure 7: Prévalence des MGF selon les douleurs physiques des enquêtées.....	88
Figure 8: Prévalence des enquêtés selon le niveau des difficultés sexuelles des femmes.....	101

INTRODUCTION

I- CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Les statistiques mondiales de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), donnent les chiffres de 200 millions de filles et de femmes dans le monde ayant subi des mutilations génitales féminines soit une femme sur trois a été mutilée. Cette pratique constitue l'une des causes de la mort ou de problèmes de santé de nombreuses filles et femmes.¹

Chaque année, ce sont quatre millions de femmes et de filles environ qui y sont exposées. Parmi les 30 pays où la pratique a été recensée, 27 se situent en Afrique, les autres étant le Yémen, l'Irak et l'Indonésie.

En outre, au niveau mondial, la prévalence des MGF parmi les filles de 15 à 19 ans a globalement diminué de 51% à 37 % entre 1985 et 2018². Par exemple, au cours des trente dernières années, la prévalence a diminué d'environ 30% au Burkina Faso, au Kenya et en Egypte (respectivement de 89% à 58%, de 41% à 11% et de 97% à 70%)³. En revanche, aucun changement significatif n'a été constaté à Djibouti, en Gambie, en Guinée-Bissau, au Mali, au Sénégal, en Somali, au Soudan, au Tchad et au Yémen.⁴ En Afrique, les pays formant une large bande centrale allant de l'Ouest à l'Est du continent et intégrant l'Égypte sont particulièrement concernés par les MGF, mais à des degrés très variables. De plus, les prévalences nationales sous-tendent des variations régionales importantes. Dans les pays voisins du Tchad, les prévalences s'échelonnent entre 2,2% au Niger (min : 0,1%, max : 9%)⁵ ; 30% au Nigeria (min : 1%, max : 31%)⁶ ; 1,4% au Cameroun, 25,7% en RCA et 69,4% au Nord Soudan.

Au Tchad, selon les enquêtes par grappes à indicateurs multiples (MICS) de 2010, 44,2% des femmes au Tchad ont subi une forme de MGF. Les données de MICS de 2000 et 2004 ont mis en relief un taux de 45% ; ce qui montre une baisse de moins d'un pour cent (1%) du taux de prévalence nationale en 10 ans (2000-2010). Selon les MICS de 2004, les mutilations génitales féminines (MGF) varient considérablement en fonction du lieu de résidence et de l'appartenance ethnique. Ainsi, dans certaines zones dont le Mandoul, 83% des femmes ont été excisées, contre 4% dans les zones de Borkou-Ennedi-Tibesti (BET), Kanem et Lac. En ce qui concerne l'appartenance ethnique, plus de 90% des femmes des ethnies Arabe, Ouaddaï et Hadjarai ont subi une forme de mutilation, ce qui reste logique par rapport aux zones à fort taux des MGF. A l'opposé, cette pratique est quasiment inexistante chez les femmes du Mayo Kebbi (0.1%). Une comparaison en termes de pratiques religieuses montre que les MGF sont plus souvent pratiquées

1 Organisation mondiale de la santé, page d'accueil / centre des médias / principaux repères/ détail de 3 février 2020

2 UNICEF, Female Genital Mutilation/Cutting: A Global Concern, New-York, 2018

3 *idem*

4 UNICEF, 2013

5 EDSN IV Niger, 2012

6 MICS Nigeria, 2016 2017

chez les femmes musulmanes (61% contre 31% chez les catholiques) et les analphabètes (50% contre 30% de celles qui ont été au moins jusqu' au collège). Une lecture des taux de prévalence selon la région de résidence, l'appartenance ethnique et la confession religieuse est intéressante à plus d'un titre. Bien qu'elle s'en tienne à un état des lieux purement descriptif, l'EDS de 2014 et 2015 apportent des éléments statistiques intéressants que l'étude dans ladite localité a tenté d'éclairer par l'apport d'éléments d'analyse de type socio-anthropologique.

Suite à des actions de sensibilisations menées par divers acteurs institutionnels, la tendance, dans l'opinion nationale, est en défaveur des pratiques des MGF. En effet, la dernière Etude Démographique et de Santé (EDS 2014) révèle que plus d'une femme sur trois (38 %) déclare avoir été excisée⁷. Durant l'EDS réalisée en 2004, cette proportion était de 44 %. Cependant, les résultats par groupe d'âge ne faisant pas apparaître de variations importantes (de 39,4 % dans le groupe d'âge 39-45 ans à 38,1 % dans le groupe d'âge 15-19 ans), cela pourrait signifier que la prévalence n'a pas réellement diminué entre les générations. Néanmoins, les niveaux d'opposition ont peu varié selon l'âge des femmes. Les femmes instruites (niveau d'instruction secondaire ou plus) et celles appartenant au quintile le plus riche de la population étaient particulièrement réticentes à ces pratiques : respectivement 65% et 51% d'entre elles étaient en faveur de l'éradication des MGF, contre 28% d'analphabètes et 11% de celles du quintile le plus pauvre (EDS, 2004). En outre, les MICS 2010 ont montré que 37,7% des femmes de même tranche d'âge (15-49) approuvent les MGF, ce qui supposerait un taux de désapprobation de plus de 40%.

La lutte contre les MGF menées par l'État tchadien reste essentiellement ancrée sur la promulgation des lois ainsi que la ratification des conventions internationales et régionales. Ainsi, en 2002, la loi 006/PR/2002⁸ contre les MGF a été promulguée. On peut noter par ailleurs, le 11 novembre 1986, l'adhésion du Tchad à la Charte Africaine des Droits de l'homme et des Peuples ; à la Charte Africaine des droits et du Bien-être de l'enfant, le 4 avril 2000 ; à la Convention des Nations Unies sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, le 9 juin 1985, le 2 octobre 1990, à la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant

D'autre part, cette diminution apparente de la pratique peut davantage résulter d'une sous-déclaration consécutive à la pénalisation de la pratique, les femmes étant désormais plus réticentes à déclarer leur statut et celui de leurs filles vis-à-vis de l'excision. Le souci de comprendre et

⁷ La première enquête EDS-MICS réalisée au Tchad en 2004 et qui indiquait une prévalence nationale des MGF de 44,2%. ¹⁰ EDS-MICS 2014 - 2015

⁸ Il s'agit de dispositif législatif et juridique mis en place par le Tchad par la ratification en 1985 de la convention sur l'élimination de toutes formes de discriminations à l'égard de la femme en 2002 du protocole additionnel à la CEDAW/CEDEF ; protocole à la charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatifs aux droits de la femme.

d'expliquer les goulots d'étranglement face à la récurrence des MGF au Tchad a guidé le choix du présent thème qui s'articule autour de : « représentations socioculturelles et persistance des mutilations génitales féminines dans la localité de Bourou au Tchad ».

II- PROBLÈME DE RECHERCHE

Les Mutilations Génitales Féminines (MGF) se caractérisent par l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme.⁹Elles causent des préjudices irréparables et peuvent entraîner la mort par hémorragie due à des saignements abondants, par choc neuronique dû à la douleur et au traumatisme et / ou à la suite d'une infection grave et généralisée. Selon les derniers chiffres publiés par l'UNICEF (2016), plus de 200 millions de femmes et de filles dans le monde ont été victimes de mutilations génitales.¹⁰ Considérées comme un élément fondamental de l'identité culturelle, les MGF demeurent largement répandus dans de nombreuses sociétés africaines.¹¹

Au Tchad, l'excision est pratiquée depuis plusieurs décennies dans différentes contrées dans la partie méridionale.¹² La pratique de l'excision est associée partout aux anciennes traditions. Les parents se décident en faveur de cette pratique souvent accompagnée de tout un rituel parce qu'ils croient qu'elle facilite l'entrée de leurs filles à l'âge adulte, qu'elles feront un meilleur mariage si elles sont excisées et que la famille gagnera ainsi en considération. Depuis près d'une décennie déjà, beaucoup d'ONGS (UNFPA, CELLIAF, CONAF-Tchad...) s'investissent dans la lutte contre ce phénomène à travers des activités de sensibilisation des exciseuses, des femmes, des hommes, des leaders d'opinion. De même, des relais communautaires de lutte contre l'excision ont été installés. Les médias sont également impliqués dans ce combat. Sur le plan juridique, la constitution tchadienne adoptée en 1976, a proscrit les pratiques traditionnelles négatives au bien être des communautés. Malgré l'interdiction de l'excision au Tchad et en dépit des multiples campagnes de sensibilisation, de reconversion, la pratique de l'excision persiste de façon clandestine. De nombreuses jeunes filles continuent d'être victimes des effets pervers de cette pratique. Rien qu'en juillet et août 2020, plus de 200 filles ont été excisées dans les provinces du Mandoul et du Logone Oriental au sud du Tchad. Le souci de comprendre et d'expliquer la pertinence de ce phénomène dans la localité de Bourou a guidé le choix de ce thème.

⁹ UNFPA., *Analyse des cadres juridiques relatifs aux Mutilations Génitales Féminines de Pays Sélectionnés d'Afrique de l'Ouest*, Rapport, 2018, P.11

¹⁰ Coordination des Organisations Non Gouvernementales pour les droits de l'enfant, *Prévention des mutilations génitales féminines : vers une solution durable Analyse*, Rapport, 2017 ;

¹¹ Marie Gisèle GUIGMA/DIASSO : *La lutte contre la pratique de l'excision* (Burkina Faso), Rapport, 2012, P.3.

¹² Au Tchad, l'excision est pratiquée majoritairement dans la province du Mandoul ; Moyen Chari ; Ouaddaï ; Guerra et Chari Baguirmi.

III- PROBLEMATIQUE DE RECHERCHE

La problématique part du problème de recherche identifié par le chercheur au départ de la recherche. Elle constitue la voie par excellence pour amorcer la résolution de l'énigme révélée par le problème de recherche. Elle précise les grandes orientations théoriques qui vont permettre au chercheur de traiter la question qu'il se pose. Selon Raymond QUIVY et Luc VAN COMPENHOUDT, la problématique est : « *l'approche ou la perspective théorique qu'on décide d'adopter pour traiter le problème posé par la question de départ(...) Elle se réalise dans la continuité de l'exploration* »¹³. La problématique se fonde essentiellement sur la qualité des lectures menées par le chercheur lors de la revue de la littérature.

Cependant, loin d'être les premiers à s'intéresser aux mutilations génitales féminines, tout travail de recherche comme souligne Raymond QUIVY et Luc VAN CAMPENHOUDT : *S'inscrit dans un continuum et peut être situé dans ou par rapport à des courants de pensée qui le précèdent et l'influencent. Il est donc normal qu'un chercheur prenne connaissance des travaux antérieurs qui portent sur des objets comparables et qu'il soit explicite sur ce qui rapproche et sur ce qui distingue son propre travail de ces courants de pensée.*¹⁴

En évitant de faire un plagiat, les travaux des auteurs qui ont été évoqués sur les MGF ont permis de faire un état sur la question en Afrique en général et au Tchad en particulier. Nous articulons notre étude sur plusieurs aspects de la revue thématique de littérature entre autre les questions de représentation sociale et connaissance des MGF, la prise en charge des mutilations génitales féminines et les impacts des MGF sur la santé des femmes.

III. 1- Représentations sociales et connaissance de MGF

Les études menées en France par ANDRO Armelle et Marie LESCLINGAND, et Florence CHATOT ont permis d'analyser les domaines de représentations sociales et de la connaissance des MGF.

Du point de vue socio anthropologique, une étude a été menée au Tchad dans le cadre d'un projet de recherche portant sur les mutilations génitales féminines initiée par PASFASS¹⁵. Cette recherche avait pour objectif de mesurer les connaissances, les attitudes et les pratiques des populations cibles sur cette pratique. Ainsi, il en est sorti de cette recherche qu'au Tchad et dans d'autres pays où l'étude a été également entreprise, les MGF sont présentées comme une pratique traditionnelle, un rituel de passage, une purification, la protection de la virginité, le contrôle de

¹³ Raymond QUIVY et Luc VAN COMPENHOUDT, *Manuel de recherche sciences sociales*, Paris, DUNOD, 1995, P75.

¹⁴ Raymond QUIVY et Luc VAN CAMPENHOUDT, *idem*, p.42.

¹⁵ PASFASS (Tchad), *Dynamique et normes sociales liées aux mutilations génitales féminines dans le Mandoul*, 2020

la procréation, la protection de la fidélité par réduction de la sensibilité sexuelle. Pour les populations de cette localité, l'excision est généralement décrite comme un événement faisant partie du processus de socialisation des femmes les préparant à leur futur rôle d'épouse et de mère. Dans de nombreux pays africains, la pratique est une condition *sine qua non* du mariage. Les résultats de cette étude ont pu montrer que les connaissances, les attitudes, et les pratiques des mutilations génitales féminines relevaient d'une construction ancestrale¹⁶. C'est une pratique culturellement et socialement ancrée qui relève de mythes et croyances religieux, sexuels, sociaux et traditionnels¹⁷. Ces recherches montrent également que l'excision est une porte d'entrée intéressante à l'analyse des normes sociales dominantes et des dynamiques de changement social. La pratique de l'excision est considérée comme normale voire souhaitable car s'appuie sur la transmission et le passage de valeurs collectives concernant le rôle des femmes dans l'espace social et familial.

La seconde étude menée en France a permis de comprendre l'inscription de cette pratique dans le contexte social et familial des femmes et des filles. Ces recherches montrent que l'excision est une pratique qui est inscrite dans la construction des rapports de genre inégalitaire et aussi dans la construction du sentiment d'appartenance à une communauté. L'excision est une coutume¹⁸. Dans ce contexte, pour être reconnue en tant que femme, digne d'être épousée, une personne de sexe féminin doit être excisée. Une femme non excisée n'est pas « *pure* » dans certaines sociétés où l'excision est pratiquée, elle ne pourra pas se marier et risque de déshonorer l'ensemble du groupe familial. L'excision vise ainsi à rendre possible l'exercice, pour une femme, du statut qui lui est assigné¹⁹ tout en la désignant comme une personne subalterne. L'excision confère graduellement leur sexe social définitif aux enfants, à la naissance asexués²⁰.

Le mythe d'une androgynie primitive, soutenu également par Sigmund Freud, fait une analogie entre les organes mâles et femelles. Aussi, le clitoris était perçu comme un vestige du pénis, mais surtout un dard, un aiguillon, une petite épée risquant de blesser l'enfant lors de sa sortie du ventre maternel²¹. Ce mythe semble avoir laissé des traces vivaces dans les représentations symboliques collectives.

¹⁶ Plan international, 2006

¹⁷ *Op. cit.*,

¹⁸ Armelle ANDRO et Marie LESCLINGAND, Les mutilations génitales féminines. Etat des lieux et des connaissances, 2016 vol.7. P.224 à 311

¹⁹ Frainzang Sylvie, Circoncision, et rapport de domination, in : Anthropologie et société, 1985

²⁰ Badini Ali, Education traditionnelle et crise des valeurs dans les sociétés, Paris Ouagadougou, ouvrage, 1994

²¹ Ibidem.

Le mythe Dogon, rendu célèbre par l'anthropologue Marcel Griaule, est empreint de cette bisexualité originare de l'être humain. Selon ce mythe, l'homme fut à l'origine pourvu d'une âme femelle siégeant dans le prépuce, alors que « *pour la femme, l'âme mâle fut supportée par le clitoris* »²² ; l'excision a ainsi « *fait disparaître la cause du premier désordre* »²³. Griaule parle « *d'êtres doubles* » pourvus respectivement d'attributs sexuels à la fois excessifs et ambigus. L'ablation de cet « *en trop* » abolit l'indécision, l'instabilité de la personne et détermine l'incorporation de chacun dans la catégorie sexuelle socialement appropriée, sinon « *l'être n'aurait jamais aucun penchant pour la procréation* »²⁴. De fait, l'excision libère les femmes d'un organe tenu soit pour explicitement phallique, soit pour « *trop externe* ». C'est-à-dire incompatible avec des représentations de la féminité comme réceptivité, intériorité, etc., soit pour le siège de pouvoirs dangereux.

La fonction procréative de l'excision a également été rapportée par certains chercheurs qui voyaient dans l'ablation du clitoris et des lèvres est un moyen de prévention des complications post natales. Cette conception est loin d'être isolée puisque la sociologue Nicole Sindzingre témoigne aussi de son existence chez les Fodonon. Selon elle : « *on ne saurait être plus explicite sur les relations étroites entre l'excision et l'institution matrimoniale, sur la subordination à l'ordre procréatif des finalités d'une cérémonie qui ampute la femme d'un facteur de perturbation de cet ordre même* »²⁵.

Au début du XX^e siècle, les mutilations sexuelles féminines ont été surtout analysées comme des rites de passage selon le modèle établi par l'ethnologue Van Gennep. Selon lui, « *ces rites, dont le caractère proprement sexuel ne saurait être nié, et dont on dit qu'ils rendent homme ou femme, ou aptes à l'être, sont des rites de séparation du monde asexué, suivis de rites d'agrégation au monde sexuel* »²⁶. La fonction attribuée par Van Gennep aux rites de passage, qu'ils soient féminins ou masculins, est de transférer des individus d'un statut, d'un état, d'un être social à un autre : ainsi, les rituels initiatiques pubertaires font accéder l'individu au statut de membre « *à part entière* » de son groupe. Ils inscrivent l'appartenance dans les corps et dans les mémoires, éventuellement à un statut sexuel déterminé ; ce transfert s'effectuant suivant une structure temporelle en trois phases ordonnées (rituels de séparation, de mise en marge et de réagrégation). La fonction première de l'initiation relevée par Van Gennep est donc le marquage d'une différenciation spatio-temporelle. Comme la circoncision, l'excision instaure une frontière

²² Griaule Marcel, Dieu d'eau, Paris, Fayard, 1966.

²³ *Idem.*

²⁴ *Ibidem.*

²⁵ Sindzingre Nicole, Un excès par défaut : excision et représentation de la féminité, L'Homme, 1979, tome 19, Les catégories de sexe en anthropologie sociale.

²⁶ Van Gennep Arnold, Les rites de passage, étude systématique des rites, 1909.

et transfère simultanément les individus d'un côté à l'autre de celle-ci. D'une façon générale, la circoncision et l'excision sont constitutives, comme tout rituel, d'un avant et d'un après, d'un dedans et d'un dehors, ici irréversiblement inscrits dans les corps²⁷.

En reprenant les trois séquences cérémonielles de Van Gennep que sont la séparation (l'individu est isolé du groupe : mort symbolique), la marge (moment du rituel : gestation symbolique) et la phase de réintégration (renaissance symbolique), les rites initiatiques, dont l'excision, peuvent être considérés comme des rites de passage puisqu'ils suivent cette séquence et marquent l'incorporation d'un individu dans un groupe social. Cependant, bien plus qu'un passage symbolique, le rituel initiatique semble avoir une fonction bien définie socialement : celle de résoudre les conflits, ou du moins les tensions inhérentes à toute organisation sociale fondée sur des groupes familiaux ou de statut. C'est Max Gluckman, puis Victor Turner, qui développeront particulièrement cette analyse et interpréteront les rites initiatiques comme moyen de renforcement de la cohésion sociale²⁸. Le rite doit être compris comme un engagement à l'égard de règles sociales qui permettent de délimiter le permis et l'interdit.

Selon Pierre Bourdieu : « *il faut poser à la théorie du rite de passage des questions qu'elle ne pose pas, et en particulier, celles de la fonction sociale du rituel et de la signification sociale de la ligne, de la limite, dont le rituel licite le passage, la transgression* »²⁹. Pour lui, bien plus qu'un passage temporel d'un statut d'enfant à celui d'adulte, les rituels de passage ont pour effets essentiels de séparer ceux qui l'ont subi de ceux qui ne le subiront pas et « *d'instituer ainsi une différence durable entre ceux que le rite concerne et ceux qu'il ne concerne pas* »³⁰. D'une part, les hommes et les femmes initiés se démarquent physiquement et statutairement des non-initiés, ce qui marque un clivage social et légitime les rapports de force inégalitaires entre initiés et non-initiés. D'autre part, enlever ou modifier la partie masculine du sexe des femmes reviendrait à la nécessité de conformer le corps de la femme à la place qui lui est dévolue dans les rapports de sexes³¹. Selon Sylvie Fainzang, l'image du clitoris comme extériorité est peu conforme à l'image de la femme envisagée comme exclusivement réceptive, image qui renvoie à la place de la femme au sein des rapports d'autorité dans le cadre matrimonial, et plus généralement dans la société globale.

²⁷Sindzingre Nicole, Un excès par défaut : excision et représentation de la féminité, L'Homme, 1979, tome 19, Les catégories de sexe en anthropologie sociale

²⁸ Turner Victor, Le Phénomène rituel. Structure et contre structure, Paris, 1969

²⁹ Bourdieu Pierre. Les rites comme actes d'institution, Actes de la recherche en sciences sociales. Rites et fétiches, 1982

³⁰Idem

³¹Fainzang Sylvie, Circoncision, et rapport de domination, in : Anthropologie et société, 1985

Dans cette nouvelle perspective, il est alors question de dénoncer la pratique comme outil de légitimation symbolique de la soumission des femmes aux normes masculines. Cette étude, mise en parallèle avec les conséquences sanitaires et psychologiques des MGF sur les femmes, va peu à peu participer à la construction³², et leur reconnaissance comme entrave aux droits humains fondamentaux.

III.2- Prise en charge des mutilations génitales féminines

Les travaux effectués par la mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains³³ indiquent comme conseils pour mener un entretien avec une mineure, que le professionnel doit être particulièrement vigilant lorsqu'il accueillera la mineure. L'accueil participe à la création d'un climat de sécurité, de confiance et de confidentialité. Les premières attitudes et paroles du professionnel, ainsi qu'un endroit calme et confidentiel, faciliteront la communication et la relation avec la mineure. Pour elle, son entretien avec un adulte est une source de stress. Les conditions matérielles et psychologiques de l'entretien favoriseront un dévoilement éventuel par la mineure des MSF.

Il est essentiel que l'adulte rassure et reçoive les informations avec bienveillance : la mineure doit se sentir écoutée sans être jugée. Le professionnel affirmera à la mineure qu'elle n'est en rien responsable de la violence. Elle/il rappellera que la loi interdit ces violences, quelles que soient les causes et circonstances. La mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains, mettra en exergue quelques principes fondamentaux de l'entretien avec la mineure. Elle recommande au personnel de la santé de recevoir les filles mutilées dans un endroit calme et confidentiel, parler d'un ton calme et rassurant, de rompre le silence au sujet des mutilations sexuelles féminines, lui donner la parole, l'écouter, la laisser parler et prendre sa parole en considération, de reconnaître ses émotions par rapport à la menace vécue ou les MSF subies (la peur, l'angoisse, la colère), déculpabiliser et déresponsabiliser la mineure. Ne pas banaliser, ni minimiser les faits. En cas de révélation spontanée lors d'une activité, il conviendrait de dire à l'enfant que vous avez bien compris et entendu. Le personnel de santé

³² Armelle ANDRO et Marie LESCLINGAND, Les mutilations génitales féminines. Etat des lieux et des connaissances, Institut national d'études démographiques, 2016

³³ Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains. Violences faites aux femmes. Livret d'accompagnement du court-métrage de formation "Bilakoro". L'entretien de la professionnelle avec une mineure menacée ou victime de mutilations sexuelles féminines. Paris : Ministère des familles, de l'enfance et des droits des femmes ; 2014.

de lui proposer de vous rencontrer dans un endroit plus approprié. Si possible, vous fixez immédiatement ce rendez-vous.

Les recommandations belges du service public fédéral Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement et GAMS de 2011 indiquent pour la conduite à tenir et l'attitude en cas de dépistage. Cette étude montre que si, au cours de l'examen, on découvre que l'enfant est déjà excisé, il convient d'éviter toute attitude ou comportement qui risquerait de rompre le dialogue avec les parents. L'anamnèse tentera de préciser à quel âge et dans quelles circonstances cela s'est produit. L'objectif essentiel est de proposer un suivi de l'enfant (diagnostic et traitement précoce des complications) et d'éviter une MSF chez d'éventuelles petites sœurs (prévention). À cette fin, il y a lieu de prendre contact avec une équipe multidisciplinaire avec qui vous avez l'habitude de travailler. Vous pouvez les contacter pour signaler une situation, mais également pour demander un avis.

L'équipe pluridisciplinaire évaluera la situation, ses causes et ses conséquences, et veillera à ce que l'enfant bénéficie de tous les soins nécessaires. Elle accompagnera l'enfant et son entourage au cours de la prise en charge et de la reconstruction d'un cadre de vie relationnel sécurisant et favorisant son développement.

Selon les recommandations du Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, (RCOG)³⁴, les professionnels de santé doivent être vigilants et connaître les signes cliniques et les symptômes des MSF récentes qui comprennent : douleur, hémorragie, infection et rétention urinaire (grade D). Les conclusions de l'examen doivent être enregistrées avec précision dans le dossier médical. Les types IV de MSF pour lesquels il y a des petites incisions ou des coupures faites autour du clitoris ou à côté peuvent laisser très peu de signes visibles quand elles sont cicatrisées. Il convient d'envisager une documentation à partir de photos des conclusions (avis du groupe de travail). Les procédures légales et réglementaires doivent être suivies. Toutes les femmes et les filles qui ont eu une MSF récente nécessitent d'être orientées vers les services de police et les services sociaux (niveau de preuve D).

Selon les recommandations du *Scotland Guidance Multi-Agency Guidance (SCOT)*³⁵, la prise en charge dépend des symptômes ressentis par la femme, du type de MSF, et si la femme est enceinte ou non. Les femmes ayant des symptômes gynécologiques tels que : une douleur pelvienne ou gynécologique, une incontinence, un prolapsus, un trouble des règles peuvent nécessiter d'être adressées à un service de gynécologie et d'urologie.

³⁴ Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Low-Beer NM, Creighton SM. Female genital mutilation and its management. London: RCOG; 2015. https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_-53-fgm.pdf

³⁵ Scottish Government. Responding to female genital mutilation in Scotland. Multi-agency guidance. November 2017. Edinburgh: SG; 2017. <http://www.gov.scot/Resource/0052/00528145.pdf>

Les praticiens doivent réaliser une évaluation globale de la femme ou de la fille, examiner son dossier médical et, lui offrir l'appui et la protection dont elle a besoin. Elles doivent être transférées vers des services spécialisés et, si nécessaire, vers un service spécialisé en santé mentale. Les professionnels de santé doivent proposer aux femmes une prise en charge, une aide, une orientation vers une prise en charge spécialisée à savoir une prise en charge psychosexuelle, une consultation en santé mentale, une consultation gynécologique avec un bilan incluant un examen gynécologique et uro-gynécologique, les services de défense des droits, de soutien les services de protection de l'enfance, une prise en charge chirurgicale pour une désinfibulation, les services de soutiens locaux luttant contre les MSF. L'équipe médicale ne doit jamais ré infibuler la patiente. L'équipe médicale doit comprendre que la femme n'est peut-être pas au courant qu'elle a subi une MSF (lorsque la MSF a été réalisée durant son enfance). Étant donné les conséquences au long terme des MSF, les professionnels de santé doivent s'assurer que la femme mutilée reçoit les soins adaptés à son bien-être et à ses besoins. Les professionnels de santé doivent respecter les souhaits des femmes.

Selon les recommandations du *Scotland Guidance Multi-Agency Guidance*³⁶ identifier la présence d'une MSF constitue aussi rapidement que possible un élément déterminant pour les soins efficaces apportés durant la grossesse, les stratégies de prévention et de protection pour les filles. Les consultations de suivi constituent le moment idéal pour parler de MSF lors du recueil habituel des antécédents de la femme. Certains professionnels de santé recherchent de manière habituelle la présence d'une MSF chez toutes les femmes enceintes, reconnaissant qu'il n'est pas possible de l'identifier uniquement à travers le pays d'origine de la patiente.

Cependant, il peut arriver qu'une femme se présente à un stade plus tardif de la grossesse, où la MSF peut ne pas avoir été identifiée avant le début du travail. À tout stade de la grossesse, les sages-femmes peuvent avoir la nécessité de parler de MSF à une femme et d'en évaluer le risque inhérent. Lors de la discussion avec la femme (et l'autre parent si cela est approprié), le risque imminent de MSF qui suit la naissance doit être évalué et il doit être souligné que l'équipe devra initier les procédures de protection de l'enfance.

Si l'équipe de la maternité pense qu'il peut y avoir un risque de MSF à la suite de la naissance, l'équipe médicale doit discuter de ce risque avec le conseiller national en matière de protection de l'enfance, le visiteur de santé et les parents. Si l'équipe de la maternité ne

³⁶ Scottish Government. Responding to female genital mutilation in Scotland. Multi-agency guidance. November 2017. Edinburgh: SG; 2017. <http://www.gov.scot/Resource/0052/00528145.pdf>

constate aucun problème lié à une MSF, l'évaluation du risque de la MSF doit être notée dans le dossier de la patiente et dans le dossier de l'enfant également. Dans tous les cas, l'équipe médicale de la maternité doit partager cette information avec le médecin généraliste de la patiente, le conseiller national en matière de protection, le visiteur de santé et noter cette information dans le dossier de la femme et de l'enfant.

En outre, selon la recommandation générale n°24 concernant l'article 12 de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW), les États parties doivent garantir, sans préjugé ou discrimination, aux femmes et aux adolescentes, le droit à l'information, à l'éducation et aux services en matière d'hygiène sexuelle³⁷. L'offre de conseils en sexualité favorise la réalisation du droit des filles et des femmes vivant avec une MSF à une vie sexuelle saine.

Les études menées dans la région de Murcie en Espagne par Pastor- Bravo & al.³⁸, Caroppo et al³⁹ en Italie et de Kiamani & al⁴⁰ au Kenya montrent l'état des connaissances concernant les MGF.

L'étude de Pasto- Bravo et al met en évidence des lacunes au niveau sanitaire dans la détection des MGF ainsi que dans les traitements. L'analyse montre que les femmes ayant subi une MGF ont déclaré avoir ressentir une gêne, voire une honte de parler de cette pratique. Les soignants sont en première ligne concernant le dépistage, la prévention ainsi que les traitements des MGF. De plus, aucun soignant n'a traité le sujet avec ces femmes, par manque de connaissance et par crainte d'aborder un sujet tabou. Dans cette étude, il a également été exposé l'impact important qu'ont les conséquences de cette tradition sur la santé des femmes. L'analyse des résultats des études exposées semble mettre en évidence que les lacunes des professionnels de la santé ont eu un impact sur la prise en soin des femmes. En effet, le manque d'informations et de connaissances du sujet ont créé un manque de communication et de prévention chez les femmes ayant subi une MGF.

³⁷Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (CEDAW). Les femmes et la santé. Recommandation générale n° 24 : Article 12 de la convention. Adoptée lors de la vingtième session du comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (CEDAW), cinquante-quatrième session de l'assemblée générale [En ligne]. New York: Nations Unies ; 1999. <http://www.refworld.org/docid/453882a73.html>

³⁸ Pastor-Bravo, MDM. Almansa-Martinez Joseph. & Jiménez-Ruiz. (2018), « Living with mutilation: A qualitative study on the consequences of female genital mutilation in women's health and the healthcare system in Spain », in *Midwifery*, 66, pp. 119-126

³⁹Caroppo, Nadia. Almadori, Aurora. Giannuzzi V. Brogna, P. Diodati Jean. Bria alexandre. (2014), « Health care for immigrant women in Italy: are we really ready? A survey on knowledge about female genital mutilation », in *Ann Ist Super Sanità*, 50(1), pp. 49-53

⁴⁰Kiamani, Esho, Kiamani, Muniu, Kamau, Guyo, (2018) « Female Genital Mutilation/Cutting: Innovative training Approach for Nurs-Midwives in High Prevalent Settings», in *Obstetric and gynecology International*, pp. 1-10

Les études menées par Caroppo & al., démontrent que 95,1 % des professionnels de la santé et du social ayant participé à cette étude, estiment ne pas savoir prendre en charge des patientes ayant subi une MGF. L'analyse des résultats de cette étude semble mettre en évidence que la formation concernant cette pratique n'est pas suffisante dans les pays accueillant des personnes ayant migrées. En outre, ces études mettent en exergue un manque de formation des personnels de la santé concernant la pratique ce qui laisse croire que les jeunes mutilées courent des grandes complications tout au long de leur vie. Les recherches de El-Gibaly & al., montrent que les professionnels de la santé en Égypte ont un manque de formation concernant les MGF. Malgré cela, les femmes préfèrent que les MGF soient pratiquées par des professionnels de la santé, pensant que les complications seraient moindres. Selon l'UNICEF, en 2011, 91%⁴¹ des femmes âgées de 14 à 49 ans avaient subi une MGF, en Égypte. L'article de Kiamani & al., Ont montré que les soignants avaient de bonnes connaissances concernant les types de MGF ainsi que sur les impacts d'ordre infantile. Certaines lacunes concernant les raisons et les conséquences ont été soulignées. Selon l'UNICEF, en 2011, 27%⁴² des femmes âgées de 14 à 49 ans avaient subi une MGF, au Kenya. Ces chiffres semblent indiquer que le manque de connaissance des professionnels de la santé impacte sur le taux de pratique de MGF en raison du manque de prévention et de promotion de la santé.

III.3- Les impacts des MGF sur la santé des femmes

Les recherches effectuées par, Geynisman- Tan, et al⁴³ en Afrique, Nawal NOUR et al⁴⁴ et Dupont, Tintin⁴⁵ en Suisse et de Carla Makhoulouf⁴⁶ traitent la connaissance des complications et de l'impact des MGF sur la santé de la femme.

La première étude avait pour objectif d'évaluer l'impact des MGF sur la santé des femmes. Ce travail empirique avait un échantillon de 30 femmes africaines ayant subi une MGF. Grâce aux données quantitatives recueillies auprès des patients, ces acteurs ont parvenu à démontrer que 73% d'entre-elles ont reporté la présence de symptômes des voies urinaires basses. Cette étude conclut que 63% des femmes ont signalé des symptômes urinaires ayant un impact « modéré » ou « assez important » sur leurs activités, leurs relations amoureuses

⁴¹ Organisation Mondiale de la Santé. (2019). Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent : développement des adolescents. Accès https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/

⁴² Organisation Mondiale de la Santé. (2019), *idem*

⁴³ Geynisman-Tan, J., Milewski, A., Dahl, C., Collins, S., Mueller, M., Kenton, K. & Lewicky- Gaupp, C. (2019), « Lower Urinary Tract Symptoms in Women with Female Genital Mutilation », in *Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery*, 25(2), pp.157-160

⁴⁴ Nawal, N. (2008), « Female Genital Cutting: A Persisting Practice », in *Obstetrics & Gynecology*, 1(3), 135-139

⁴⁵ Dupont, T. (2007). Mutilations génitales féminines (MGF). Synthèse des recherches et recommandations. Accès https://www.fr.ch/sites/default/files/contens/bef/_www/files/pdf63/MGF_rapport_canton_al_2007.pdf

⁴⁶ Carla Makhoulouf Obermeyer, *Medical Anthropology Quarterly*, 1999

ou encore sur leur santé psychique. NOUR met en évidence que les complications observées post-mutilations sont nombreuses : hémorragies, infections, sepsis, douleurs, pathologies du système urinaire et stérilité. Toutes ces complications peuvent causer le décès. Elles dépendent du type de mutilation et du matériel utilisé.

Outre Dupont⁴⁷ dans ses recherches fait une analyse sur les douleurs urinaires, il démontre que le cycle menstruel peut devenir très douloureux pour ces femmes. Effectivement, l'orifice vaginal étant restreint, l'évacuation naturelle du sang s'avère difficile. Les menstruations, ne pouvant pas s'évacuer normalement, deviennent plus abondantes. Il se peut ainsi qu'une distension se forme au niveau de l'abdomen provoquant ainsi des infections chroniques. D'autre part, les MGF peuvent rendre les relations sexuelles très douloureuses. L'accouchement est également un événement comprenant des risques pour la mère et pour l'enfant, pouvant être accompagné de grandes souffrances. Il existe aussi un risque majoré de décès pour le nouveau-né. Les MGF provoquent par ailleurs un impact au niveau psychique. D'importants troubles psychologiques peuvent se développer : dépression, angoisses chroniques, psychoses, irritabilité, troubles du sommeil ou encore perte de confiance. Les conflits familiaux sont fréquents lors de ces situations étant donné que ces actes sont souvent réalisés par les membres de la famille. Les femmes concernées peuvent ainsi perdre confiance en leur famille. Il continu a montré que les jeunes filles ayant subi une MGF n'en parleront pas forcément autour d'elles, de peur d'être jugées. Une honte peut se créer et entraîner un isolement social. Dans certaines situations, des symptômes suicidaires sont mis en évidence.

L'article de Carla Makhoul pointait, à partir d'une synthèse de la littérature disponible à l'époque, le manque de connaissances empiriques et statistiquement valides permettant de mesurer la nature et l'ampleur des conséquences de ces pratiques. Il reprochait à l'agenda international des politiques de lutte contre ces pratiques de privilégier une dénonciation de principe plutôt qu'une description documentée de la situation des femmes. Il reconnaissait cependant que les conséquences des MGF restaient mal connues et pouvaient donc tout à la fois être minimisées et/ou exagérées.

En dehors de ces travaux portant sur la persistance des mutilations génitales féminines des travaux d'ordre spécifiques portant sur les impacts des MGF sur la santé de la femme ont été également consultés. C'est dans ce raisonnement que les travaux de l'Organisation

⁴⁷ Op. cit

mondiale de la santé⁴⁸, les Lignes directrices de l’OMS sur la prise en charge des complications des mutilations sexuelles féminines et les recommandations de World Health Organization, *Who guidelines on the management of health complications from female genital mutilation*. Geneva: WHO⁴⁹, décrivent les risques sanitaires liés aux MSF.

Les MSF ne présentent aucun avantage pour la santé. Les filles et les femmes qui ont subi cette intervention risquent toute leur vie de souffrir de leurs complications. L’intervention est douloureuse et traumatisante et elle est souvent pratiquée dans des conditions non stériles par un praticien traditionnel. Ce praticien traditionnel ne connaît ni l’anatomie féminine, ni les procédures de prise en charge des éventuels effets indésirables. De surcroît, l’ablation ou l’altération de tissus génitaux sains entrave le fonctionnement naturel de l’organisme et peut entraîner de nombreuses conséquences immédiates et à long terme sur la santé génito-urinaire de la femme. Les données disponibles indiquent que le risque d’effets indésirables est plus important pour les MSF de type III par rapport à celles de types I et II, et que ces événements ont tendance à être largement sous-déclarés.

En ce qui concerne le risque de complications obstétricales liées aux MSF, un groupe d’étude de l’OMS ayant analysé la question en 2006 a conclu qu’il était nettement plus élevé chez les femmes ayant subi des MSF que pour les autres femmes. Le groupe d’étude de l’OMS a conclu également que le risque de complications obstétricales liées aux MSF était proportionnel aux formes de mutilation. Ces conséquences néfastes peuvent également nuire à la santé des nouveau-nés.

Pour de nombreuses filles et femmes, les MSF sont une expérience traumatisante pouvant laisser des marques psychologiques durables et entraîner divers troubles de santé mentale. Étant donné que certains types de MSF impliquent l’ablation de structures sexuellement sensibles, notamment le gland clitoridien et une partie des petites lèvres, certaines femmes mentionnent une baisse de la réponse et de la satisfaction sexuelle. De surcroît, la cicatrisation de la zone vulvaire peut entraîner des douleurs, notamment pendant les relations sexuelles. Outre ces risques sanitaires, certaines activités du quotidien et interventions médicales peuvent être entravées en raison des altérations anatomiques, notamment l’examen gynécologique, les analyses cytologiques, l’évacuation de l’utérus post-

⁴⁸ Organisation mondiale de la santé. Lignes directrices de l’OMS sur la prise en charge des complications des mutilations sexuelles féminines. Genève: OMS; 2018.

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272847/978924_2549645-fre.pdf?ua=1

⁴⁹ World Health Organization. WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation. Geneva: WHO; 2016. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206437/1/9789241549_646_eng.pdf

avortement, le placement du dispositif intra-utérin (DIU) et l'usage de tampons, en particulier avec des MSF de type III.

Il est difficile de fournir des données précises sur les conséquences directes des MSF sur la santé en raison de la petite taille des échantillons et des limites méthodologiques des études disponibles. Malgré ces limites, les données sont de plus en plus nombreuses depuis une dizaine d'années, ce qui a permis de procéder récemment à la réalisation de revues systématiques et des méta-analyses afin d'en faire une synthèse. Bien que les effets néfastes pour la santé des MSF soient prouvés, et que de nombreuses communautés commencent à reconnaître ce lien, dans la pratique, les dispensateurs de soins ignorent encore bien souvent ces effets et ne sont pas assez formés pour les reconnaître et les traiter correctement.

*L'European Board and College of Obstetrics and Gynaecology (EBCOG)*⁵⁰ indique : les problèmes médicaux qui peuvent survenir à la suite d'une MSF comprennent les saignements abondants, une douleur sévère, une infection, et quelque cas de décès. Les excisions sont souvent effectuées sans anesthésie et dans des conditions d'hygiène déficiente. Les douleurs chroniques constituent une complication à long terme. La dyspareunie ainsi que les déficits de libido sont observés dans tous les types de MSF.

Lorsque la vulve de la femme est scellée, le sang menstruel peut ne pas s'écouler correctement, entraînant une dysménorrhée et des règles prolongées. Fréquemment une rétention urinaire et des infections de l'appareil génital et urinaire peuvent survenir. Les femmes sont souvent traumatisées par la mutilation. Les MSF peuvent entraîner des troubles du syndrome de stress post-traumatique et d'autres problèmes d'ordre psychologique.

D'après les recommandations de la *Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC)*⁵¹, de manière générale, l'enfant est maintenu par la force pendant que l'excision est faite avec un rasoir, un couteau ou un morceau de verre. L'infibulation peut concerner la suture des lèvres. Les jambes de la petite fille sont habituellement attachées ensemble afin de favoriser la cicatrisation des berges coupées lors de l'incision. L'anesthésie, en général, n'est pas utilisée. L'enfant, en se débattant, peut aggraver le traumatisme de l'appareil génital. Les risques immédiats pour la santé et les conséquences à court terme peuvent être graves et mettre en cause le pronostic vital des filles et des femmes. Les complications sont différentes selon le type de mutilation subie et selon les conditions durant

⁵⁰ EBCOG position statement on female genital mutilation. *European Journal Obstet Gynecol Reprod Biol* 2017; 214: 192-3. <http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.04.019>

⁵¹ Perron Joanne, Senikas Vyta, Burnett Margaret, Davis Victoria, Aggarwal Abhijay, Bernardin J, et al. Female Genital Cutting. *J Obstet Gynaecol Can* 2013; 35(11) :1028-45. [http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S17012163\(15\)30792-1](http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S17012163(15)30792-1)

lesquelles elles sont perpétrées (par exemple, conditions stériles, instruments utilisés, expérience du la personne effectuant la mutilation).

Selon le rapport de l'association Gynécologie sans frontières⁵² les MSF sont responsables d'une morbidité mais aussi d'une mortalité féminine importantes. La survenue de complications dépend de l'exciseuse, des conditions (absence d'hygiène, instruments souillés, etc.) dans lesquelles la mutilation a été pratiquée, du type de mutilation pratiquée. Les MSF de type I n'engendrent que peu de complications médicales en général immédiates ; Il faut ajouter que tout type de MSF peut avoir chez la fillette des conséquences dramatiques qui peuvent aboutir à son décès.

D'après l'Institut national d'études démographiques⁵³, Volet quantitatif du projet Excision et handicap (ExH) : Mesure des lésions et traumatismes et évaluation des besoins en chirurgie, les femmes victimes d'une excision peuvent souffrir d'infections susceptibles d'entraîner la stérilité. Elles risquent des complications obstétricales au moment des accouchements. Elles peuvent souffrir de problèmes sévères d'incontinence. Au-delà de ces complications physiques, elles risquent un état de mal-être et des difficultés constantes dans le vécu de leur sexualité. Les conséquences pour la santé des femmes dépendent évidemment du type de mutilation pratiquée. L'OMS précise : les conséquences médicales à court terme, telles que la douleur, les hémorragies, le risque de rétention urinaire, les infections et l'état de choc consécutif à l'événement, les conséquences médicales à long terme, comme les infections pelviennes, la stérilité, les troubles des règles, les problèmes pendant la grossesse et l'accouchement : déchirures périnéales plus fréquentes et souffrances fœtales, les fistules vésico-vaginales ou recto-vaginales entraînant des problèmes d'incontinence, les conséquences sexuelles, mentales et sociales comme l'altération de la sensibilité sexuelle ou les complications psychiatriques (angoisses, dépression).

Dans le rapport de l'association Gynécologie sans frontières, « Le praticien face aux mutilations sexuelles féminines Nantes, GSF⁵⁴ » précise que les mutilations sexuelles féminines peuvent être considérées comme des « victimations » c'est-à-dire des événements ou des actes qui, quelle que soit leur gravité objective, ont créé un traumatisme.

⁵²Gynécologie sans frontières. Le praticien face aux mutilations sexuelles féminines. Nantes : GSF ; 2010. <https://www.gynsf.org/MSF/praticienfaceauxmsf2010.pdf>

⁵³Institut national d'études démographiques, Andro Armelle, Lesclingand Marie, Cambois Emmanuel, Cirbeau Christelle. Rapport final. Volet quantitatif du projet Excision et handicap (ExH). Excision et handicap (ExH) : Mesure des lésions et traumatismes et évaluation des besoins en chirurgie réparatrice. Paris : Panthéon Sorbonne Université Paris 1 ; 2009. https://www.panthéonsorbonne.fr/fileadmin/CRIDUP/Rapport_f_inal_ExH_volet_quantitatif.pdf

⁵⁴ Gynécologie sans frontières. Le praticien face aux mutilations sexuelles féminines. Nantes: GSF; 2010. <https://www.gynsf.org/MSF/praticienfaceauxmsf2010.pdf>

Dans la plupart des cas, la mutilation est vécue dans l'effroi et la sidération psychique. Le sujet est alors propulsé, annulé comme réifié, c'est-à-dire qu'il peut ressentir un sentiment d'annulation de lui-même. L'effraction du corps mutilé peut provoquer un choc intense, laissant la personne dans l'incapacité d'élaborer psychiquement et dans l'incapacité d'attribuer du sens à l'insensé de l'évènement. Parfois, un état psychique organisé autour de symptômes de répétition (reviviscences hallucinatoires, rumination mentale, cauchemars, etc.) s'installe durablement. C'est ce que l'on appelle la névrose traumatique. Dans ce cas, les symptômes font revivre au sujet sans qu'il le veuille la scène traumatisante qu'il n'a pu maîtriser dans la réalité. Par ailleurs, un ensemble de symptômes dits non spécifiques peut également apparaître : asthénie (physique, psychique et sexuelle), anxiété, phobies électives, crises hystériques, rituels protecteurs ou vérificateurs, voire conjuratoires. Des symptômes « psychosomatiques » sont également possibles : maux de tête, douleurs variées. L'inscription corporelle révèle alors l'absence d'élaboration psychique.

Les effets pathogènes de cette « blessure »⁵⁵ seront plus ou moins conséquents et plus ou moins durables selon notamment la tolérance du sujet. En effet, les histoires singulières, les dimensions subjectives, culturelles, rituelles et anthropologiques prennent une part importante dans la lecture de l'évènement et dans son élaboration psychique. Quand l'individuel est primordial au regard du collectif, du groupal, comme c'est le cas dans nos sociétés occidentales, on peut supposer que les conséquences éventuelles de la mutilation n'auront pas la même teneur.

La femme mutilée est ici considérée comme « différente⁵⁶ » alors que là-bas, c'est la femme qui ne l'est pas qui est exclue. La question de l'appartenance à un groupe de référence est ici en jeu et émerge de manière flagrante dans les représentations et les histoires individuelles. Dans certains cas, il peut y avoir une réactualisation du vécu et de la symptomatologie traumatique, notamment à l'occasion d'évènements (même mineurs) rappelant au sujet l'évènement traumatisant.

Il faut noter les moments de grande vulnérabilité comme la grossesse ou l'accouchement. En effet, grossesse et enfantement mobilisent ce « corporel⁵⁷ » autrefois tuméfié. De la même manière, une agression, notamment sexuelle, pourra venir « réveiller » ce qui avait été, jusque-là, refoulé. L'altération de la personnalité peut être profonde et

⁵⁵ Gynécologie sans frontières. Le praticien face aux mutilations sexuelles féminines. Nantes : GSF ; 2010. <https://www.gynsf.org/MSF/praticienfaceauxmsf2010.pdf>

⁵⁶ Op. cit

⁵⁷ Idem

considérable, bouleversant par la même occasion le rapport du sujet au monde, à autrui, ainsi qu'aux proches et à lui-même, notamment pour les relations à la mère, au père, aux hommes mais aussi à la sexualité, à la maternité, à la féminité. Relations qui peuvent être particulièrement complexes, voire pathologiques. Dans certains cas cliniques, le lien est clairement établi entre la relation problématique aux autres et un vécu traumatique concernant la mutilation.

Certains sujets sont néanmoins capables d'échapper aux affres de destins définis comme tragiques et sont tout à fait capables de ne pas être anéantis par le trauma, c'est ce que l'on appelle la résilience. Pour un même événement, tous les sujets ne seront pas « atteints » et ne réagiront pas de façon identique, en dépit de la réalité objective, de l'âge auquel a lieu la mutilation et de la gravité des faits. De fait, toutes les femmes mutilées ne développeront pas de symptômes, ni de névroses post-traumatiques. Ce qu'il convient de retenir est la grande variabilité individuelle dans l'assimilation psychique et physique de ce qui, du point de vue culturel, est nécessairement entendu et vu comme un traumatisme.

D'après les recommandations du *Scotland Guidance Multi-Agency Guidance*⁵⁸, les femmes peuvent ressentir des problèmes récurrents sexuels, des problèmes psychologiques et physiologiques. Les MSF peuvent être extrêmement traumatiques et avoir un impact sur la durée totale de la vie. La prise de conscience augmente sur l'évidence des conséquences psychologiques graves, des problèmes de santé mentale, des troubles de la dépendance à l'alcool et aux drogues. Les jeunes femmes ont rapporté le sentiment d'avoir été trahies par leurs parents, un sentiment d'inachèvement, de regret et de colère.

Ces résultats rendent à la fois compte du risque plus élevé pour la santé lors de l'accouchement pour les femmes excisées et plus généralement des conditions sanitaires souvent mauvaises dans lesquelles ces femmes accouchent.

L'évolution de la question de la persistance des MGF des femmes et de filles souligne que des études ont été effectuées sur la question des politiques et stratégie adéquate pour éradiquer cette pratique. Pourtant il sied de noter que ces travaux se sont alourdis sur la connaissance, l'origine, les motivations, la prise en charge des soins de ces victimes ainsi que l'impact de la pratique sur la santé des femmes et sur la politique sanitaire de lutte contre cette pratique. Ces études ont démontré que l'abolition de cette pratique est un véritable parcours d'obstacle, car les gens ont une vision occidentale de cette coutume ancestrale qui n'égalise bien souvent les conséquences des MGF et le vécu des femmes victimes de cette

⁵⁸ Scottish Government. Responding to female genital mutilation in Scotland. Multi-agency guidance. November 2017. Edinburgh: SG; 2017. <http://www.gov.scot/Resource/0052/00528145.pdf>

pratique. Les comportements de réseau social et familial face aux MGF sont influencés par des multiples facteurs. Ainsi il se pose la question de savoir quels sont les facteurs explicatifs de la persistance de la MGF ?

IV. QUESTIONS DE RECHERCHE

IV.1. Question principale de recherche

La question fondamentale posée est celle de savoir quels sont les facteurs explicatifs de la persistance des Mutilations Génitales Féminines dans la commune de Bourou ?

IV.2. Questions spécifiques de recherche

A cette question fondamentale se greffent des questions spécifiques :

Question spécifique de recherche n° 1 : Comment les jeunes filles mutilées perçoivent et vivent-elles leurs mutilations génitales ?

Question spécifique de recherche n° 2 : Quelles sont les fonctions sociales des mutilations génitales féminines à Bourou ?

Question spécifique de recherche n° 3 : Quelles sont les logiques socioculturelles qui justifient l'enracinement des mutilations génitales féminines à Bourou ? Il est important d'émettre quelques réponses provisoires à ces questions afin de mieux aborder la problématique.

V. HYPOTHÈSES DE RECHERCHE

Pour GRAWITZ une hypothèse est « d'une proposition de réponse à la question posée. Elle tend à formuler une relation entre les faits significatifs »

Hypothèse principale de recherche

Les pesanteurs socioculturelles entretenues par les communautés, l'attachement aux normes sociales et la pauvreté limitent considérablement l'élimination de la pratique de l'excision à Bourou.

Hypothèses subsidiaires

Hypothèse spécifique de recherche no 1 : Les jeunes filles perçoivent et vivent leurs mutilations comme un rite de passage et une violence ambiguë.

Hypothèse spécifique de recherche no 2 : L'excision permet à la femme d'acquérir plus de bien matériels par la dot et d'être légitimement admise socialement.

Hypothèse spécifique de recherche no 3 : La persistance des mutilations génitales féminines s'explique par la survivance de leurs fonctions socio-économique chez les Sara de Bourou.

VI. CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE

La recherche en sociologie nécessite une certaine rigueur dans la manière de l'envisager. C'est pourquoi une certaine démarche méthodologique s'impose pour permettre de mieux saisir la complexité de la réalité sociale « le propre de la méthode est d'aider à comprendre au sens le plus large, non les résultats de la recherche scientifique, mais le processus de la recherche lui-même ». La méthodologie permet donc de clarifier comment mener l'étude. Dans le cadre d'espèce, elle présente le cadre théorique, conceptuel et les techniques de collecte et d'analyse des données.

VI.1- Cadre théorique

Le cadre théorique suppose le choix d'une théorie sociologique en rapport avec l'objet d'étude. L'étude des faits sociaux demeure la spécificité de la sociologie. Si cette dernière s'intéresse à l'étude des mutilations génitales féminines, c'est bien parce qu'elles apparaissent comme une pratique sociale érigée en norme et reliée aux autres instances de l'environnement sociétal qui influe considérablement.

VI.1.1 Théorie structurale des représentations sociales

La source initiale des réflexions sur la représentation sociale, se trouve dans la théorie des représentations collectives de Durkheim, dont l'usage est fait pour caractériser la pensée religieuse. Elle peut être résumée en ces termes comme une entité structurée et figée qui se transmet fidèlement d'une génération à une autre et reflète la conscience stable d'une société. En effet, selon lui, les représentations collectives sont des catégories de pensée aprioriques qui traduisent la société en tant que réalité.

Vers le début des années 60, Moscovici psychologue social repopularise cette notion durkheimienne qui a longtemps disparu dans la littérature scientifique en lui donnant une nouvelle connotation. En effet, les représentations sociales de Moscovici obéissent à des processus de mutation et d'évolution dans le cadre des interactions sociales quotidiennes. En d'autres termes, il est question de structures dynamiques qui se construisent et se transmettent plutôt au niveau des groupes sociaux, qu'au niveau de la société dans sa globalité, et qui se manifeste à l'interface entre l'individuel et le collectif, en intégrant à la fois des éléments cognitifs, affectifs et sociaux. De plus, elles s'élaborent et fonctionnent selon deux principes organisateurs : l'« objectivation » (processus par l'intermédiaire duquel l'information scientifique abstraite est appréhendée et appropriée par le sujet qui l'a transformé en image concrète) et l'« ancrage » (intégration de l'image de l'objet dans un système de pensée sociale préexistant).

Spécifiquement, dans le cadre de cette étude, c'est l'approche structurale ou théorie structurelle des représentations sociales dite approche par le noyau central qui est mobilisée. Sans toutefois, perdre de vue qu'elle touche d'une manière ou d'une autre la théorie des représentations sociales élaborée par Moscovici. En effet, selon Abric les représentations sociales sont composées d'un ensemble organisé d'éléments cognitifs et normatifs. Cependant, le repérage de la substance d'une représentation sociale ne suffit pas pour l'appréhender, d'où l'importance de déchiffrer « la modalité d'organisation des représentations sociales » en d'autres termes de leur « structure ». La nécessité de cette théorie dans le cadre de ce travail se fonde sur la conception selon laquelle, chaque représentation sociale possède un « noyau central » ou « système central » qui est un sous-ensemble de la représentation dont l'absence, déstructurerait la représentation ou lui donnerait un sens complètement différent, et une « zone périphérique » qui sont des sous-ensembles de la représentation qui laissent place aux variations individuelles.⁵⁹ Ils jouent un rôle essentiel dans le fonctionnement et la « dynamique représentationnelle », et comprennent des informations retenues, des jugements formulés à propos de l'objet, des stéréotypes et des croyances.⁶⁰

Cette théorie permet, de cerner les différentes dimensions et orientations de la saisie de la pratique de l'excision par les populations de Bourou. D'étudier comment se « structure logiquement, psychologiquement et sociologiquement la représentation » de celle-ci à partir de la sensibilisation et de la persistance de cette pratique. De plus montrer, comment les populations appréhendent les réponses institutionnelles à la question de l'excision. Par ailleurs, face au « bariolage ethnique » ou encore l'hétérogénéité culturelle des populations de Bourou, elle permet d'appréhender les croyances et multiples dimensions interprétatives en rapport avec la pratique. Ce qui a permis aussi de ressortir une « massification d'opinion et de conduite » plurielles quant aux représentations sociales de l'excision, des croyances et pratiques populaires de prévention et de prise en charge de l'excision. Dans l'explication de la persistance des MGF, cette théorie permet de prendre en compte non seulement les motivations et ou les raisons de chaque famille mais aussi le contexte social dans lequel s'est produit le phénomène.

⁵⁹Jean-Claude Abric, « L'étude expérimentale des représentations sociales », in D. Jodelet, Les représentations sociales, Paris, PUF, 1989

⁶⁰ Jean-Claude Abric, « La recherche du noyau central et de la zone muette dans les représentations sociales », in Jean-Claude Abric, Méthodes d'étude des représentations sociales, Ramonville saint-Agne, Erès, 2003 77

VI.1.2- Théorie structuralisme constructiviste ou constructivisme structuraliste de Pierre Bourdieu

Nous fondons également notre analyse sur une autre méthode, celle du sociologue moderne Pierre Bourdieu. Son œuvre sociologique est dominée par une analyse des mécanismes de production des hiérarchies sociales. Bourdieu insiste sur l'importance des facteurs culturels et symbolique dans cette reproduction sociale.

L'œuvre de Pierre Bourdieu est construite sur la volonté affichée de dépasser, grâce à des concepts fondateurs de la sociologie crée le « *structuralisme constructiviste ou constructivisme structuralisme*⁶¹ ». Il conçoit ainsi le monde comme constitué de structures qui sont certes constitués par l'agent selon le constructivisme mais qui une fois constitués conditionnent à leur tour ces agents, selon la position structuraliste. Dans la théorie de l'action Pierre Bourdieu développe le concept d'habitus pour penser ce lien entre socialisation et action des individus. Il le définit comme étant l'ensemble des dispositions, des schèmes, des actions, et des perceptions que l'individu acquiert à travers son expérience sociale. Ce puissant générateur qu'est l'habitus montre ainsi que c'est par la socialisation puis par sa trajectoire sociale que tout individu incorpore lentement un ensemble de manière de penser, de sentir. Cette logique de Pierre Bourdieu montre que les agents sociaux ne font que développés des stratégies acquis par la socialisation. En nous référant à cette analyse nous constatons que les agents occupent des positions que leur confèrent des dispositions qu'ils acquièrent dans leurs sociétés d'origines. Les violences auxquelles les femmes sont confrontées ne peuvent être expliquées que par cet habitus qui leur prédispose à une position de vulnérabilité. Dans la reproduction, Pierre Bourdieu développe d'ailleurs le concept de violence symbolique qu'il considère comme la capacité de faire méconnaître l'arbitraire des productions symboliques et leur faire admettre. C'est donc le mécanisme symbolique des rapports de domination. De ce fait Bourdieu conçoit que la capacité des agents en position de domination à imposer leurs productions culturelles et symboliques joue un rôle essentiel dans la reproduction des rapports sociaux de domination. Ces deux auteurs Pierre Bourdieu et Passeron mettent de ce fait la violence symbolique en rapport avec les positions qu'occupent les agents. Elle est donc liée à l'intériorisation par les agents de la domination sociale inhérente à la position qu'ils occupent dans un champ donné, plus généralement à leur position spéciale. Cette violence symbolique trouve donc son fondement dans la légitimité des schèmes de classements inhérents à la hiérarchie des groupes sociaux.

⁶¹ Pierre BOURDIEU, *Chose dite*, Paris, Minuit 1987

Cette théorie a permis, de faire ressortir comment et pourquoi le phénomène de l'excision se construit à tel point que, le phénomène fini par être considéré le plus souvent comme presque logique, malgré sa gravité. En outre, de montrer comment quotidiennement des « représentations partagées » et des « rationalités plurielles » se construisent, se déconstruisent et se reconstruisent autour du phénomène de l'excision. Ce cadre théorique a permis de mettre en exergue les contours symboliques et structurels qui structurent les habitus en rapport à la pratique des MGF. Dans l'explication de la persistance des MGF, cette théorie permet de prendre en compte non seulement les motivations et ou les raisons de chaque famille mais aussi le contexte social dans lequel s'est produit le phénomène.

VI.1.3- Théorie des rôles sociaux de genre

Le rôle social est un concept central dans les sciences sociales du fait qu'il permet d'établir un lien analytique entre l'individuel et le social. Ce qu'implique le rôle social en termes de conduites et de formes d'apparence et de présentabilité admises dans le « théâtre » social est tout d'abord intériorisé par les individus et concrétisé selon la manière singulière de chacun d'eux, mais aussi, il est partagé avec autrui, dicté par la structure sociale, apparemment stable et rigide, qui conditionne les comportements et préserve le consensus social. Ce positionnement du concept de rôle dans un point mixte entre la structure sociale qui normalise, stabilise et rend prévisible les comportements et l'individu qui à travers son action fait évoluer l'ordre social mis en place lui confié une fonction de maillon entre la sociologie et la psychologie. Le rôle d'un individu correspond à l'ensemble des comportements à quoi les autres s'attendent légitimement de sa part⁶².

En sociologie, le concept est intimement lié à la position sociale occupée par l'individu, appelée statut social. Il s'agit d'un ensemble de comportements et de qualités socialement reconnus, offrant un moyen d'identifier et de placer un individu dans une société. Le statut social exige de la personne de jouer son rôle, d'adopter des modèles de comportement socialement attendus et approuvés, comprenant à la fois des droits et des privilèges associés à cette position sociale particulière. Les personnes occupent généralement plusieurs positions et remplissent divers rôles, compatibles ou non les uns avec les autres; une personne peut être un mari, un père ou une mère, un médecin ou un patient, un leader ou un subordonné, etc. chaque rôle entraînant des obligations, des devoirs, des privilèges et des droits vis-à-vis des autres.

Un rôle social se joue donc dans un contexte particulier par rapport à d'autres rôles. Ainsi, le rôle du père implique le rôle de l'enfant, le rôle du travailleur implique le rôle de l'employeur et le rôle du médecin implique le rôle du patient. Cette notion est très importante sur le plan sociologique, car il montre comment l'activité individuelle est déterminée et régularisé par la

⁶² Stoetzel Jean, La Psychologie sociale, édition Paris, Flammarion1978, PP 206

société donné à un moment donné, il correspond à l'ensemble des modèles culturels auxquels une personne doit se référer dans sa conduite qui comprend les valeurs, les attitudes, et les comportements que la société assigne à une personne et à toutes les personnes occupant statut. Le rôle quant à lui est l'aspect dynamique du statut, ce qu'un individu doit faire pour valider son occupation d'un statut. Ces deux concepts constituent la forme institutionnelle des relations sociale. Cette institutionnalisation s'effectue, selon George Herbert Mead, à travers la socialisation qui fait que, dès les premiers stades de sa vie, l'homme intériorise et assimile les rôles sociaux⁶³. En jouant, l'enfant apprend en fait à se situer socialement, à jouer son personnage d'enfant qui est requis par son milieu, mais aussi à jouer des rôles différents en se mettant à la place de l'autre. De telle manière, il parvient à connaître et à comprendre les différents comportements des acteurs sociaux et prend conscience de l'emboîtement des rôles sociaux.

Comme il reflète un statut social en termes d'actions, le rôle social se réfère à une base culturelle incluant des normes, des valeurs et des attitudes collectives qui peuvent changer au fil du temps. De même, Les rôles et les attentes de comportement qui en découlent peuvent aussi changer en s'ajustant aux changements, voir aux transformations sociales. Le rôle justifié à un moment donné peut ne pas l'être à un autre moment. En outre, Il semble inenvisageable que quiconque soit en mesure de jouer pleinement et constamment son rôle en conformité avec les attentes de la société

Dans l'intention de comprendre les origines des différences et similitudes qui existent entre les sexes dans le comportement social, Alice Eagly⁶⁴ a développé en 1987 une théorie du rôle social de genre combinant diverses perspectives théoriques, psychologique et sociologique. Elle propose une analyse de l'interaction entre les caractéristiques physiques et les structures sociales pour expliquer l'émergence des rôles sociaux et parallèlement les processus qui y sont liés. En effet, les femmes et les hommes se livrent à une division de travail et s'attribuent des tâches distinctes. L'origine de cette distinction revient d'abord aux attributs biologiques qui diffèrent entre les femmes et les hommes ; les hommes sont plus grands, plus rapides et ayant plus de force physique, les femmes, quant à elles, sont davantage liées à leur fonction biologique de gestation. Compte tenu de ces différences physiques, certaines activités sont accomplies plus efficacement par un sexe que l'autre. Les stéréotypes quant au rôle de genre sont consensuellement et culturellement partagés. Ils découlent de la croyance que chaque sexe possède des dispositions innées lui permettant naturellement d'assumer des rôles sociaux spécifiques. Dans la suite, La

⁶³ George Herbert Mead, *L'esprit, le soi et la société*, Paris, PUF, 1963

⁶⁴ Eagly Alice, *Sex differences in social behavior :A social-role interpretation*, Hillsdale, NJ : Erlbaum, 1987.

spécification des rôles de genre est reproduite à travers les processus de socialisation et d'assimilation subis par les individus dans la société. Ainsi, la construction sociale des rôles de genre tient compte aussi des conditions culturelles et environnementales qui font que les individus perçoivent plus ou moins ces rôles comme des propriétés stables inhérentes au sexe.

Selon la théorie du rôle social, les percepteurs sociaux infèrent qu'il existe une correspondance entre les types d'actions que les gens entreprennent et leurs dispositions intrinsèques, par extension entre le rôle et la personnalité. Les rôles sociaux communément octroyés à chaque genre donnent lieu donc à des stéréotypes et croyances vis-à-vis les qualités et les aptitudes que possèdent différemment les femmes et les hommes. Eagly et Karau citent que plusieurs études ont pu montrer que le genre constitue la base la plus solide de la catégorisation sociale encore plus que la race, l'âge ou la catégorie professionnelle⁶⁵. Ces rôles sociaux découlent des croyances et des attentes socialement partagées à l'égard des personnes occupant une certaine position sociale ou appartenant à une catégorie sociale particulière. Les rôles de genre, par ailleurs, résultent des croyances consensuelles sur les attributs des femmes et des hommes et des attentes de comportements jugés adaptés à chaque genre. Comme le souligne Eagly, ces croyances et attentes de comportement ont un caractère normatif⁶⁶.

Il existe en fait deux normes ou types d'attentes : les normes descriptives qui renvoient aux attentes admises concernant ce que les membres d'un groupe font réellement, et les normes injonctives qui s'attachent aux attentes consensuelles à propos de ce qu'un groupe de personnes devrait faire ou idéalement faire. La notion du rôle de genre renvoie donc à l'ensemble des attentes de comportement descriptives et injonctives stéréotypiquement associées aux femmes et aux hommes. L'aspect descriptif consiste à faire correspondre les comportements habituellement observés chez les hommes et les femmes à leurs qualités personnelles, autrement dit, quand les gens s'habituent à observer des activités associées à des rôles typiques exercés par des hommes et d'autres rôles et activités accomplies par des femmes, ils tendent à croire que leurs attributs livrés par le sexe les rendent aptes à exercer efficacement certaines activités et non pas d'autres. L'aspect injonctif ajoute un surplus de sens en s'attachant aux types d'évaluations du comportement des femmes et des hommes en tant qu'occupants réels ou potentiels d'un rôle social donnée

Dans la mesure où l'explication aux violences faites aux femmes est à rechercher dans la construction des rapports sociaux de genre, cette construction s'appuie sur les éléments, les facteurs qui participent de manière progressive ou brève à la production de tels actes. Par la socialisation, différents types de rapports et de comportements se construisent. Cette étude s'inscrit dans la

⁶⁵ Eagly et Karau, *gender and the effectiveness of leaders : A meta- analysis*, Psychological Bulletin, 2002

⁶⁶ Op.cit.

logique de construction de rapports de pouvoir, de force au sein de la société qui place la femme victime de violence dans une position de vulnérabilité et l'inégalité entre hommes et femmes persiste dans la vie publique et dans les instances décisionnelles. Pour trouver une explication sociologique à ce phénomène, l'analyse des principaux déterminants de cette violence qui participent de façons très active à la construction de tels rapports s'impose. Dans ce même élan, le choix de cette approche dans notre réflexion, s'inscrit dans le but de mettre sur la table la problématique de l'excision, la disséquer pour trouver les causes réelles de sa persistance.

VI.2- Les techniques de collecte des données

Ce travail tente la combinaison de deux méthodes de collecte de données : la méthode qualitative et la méthode quantitative. Cela permet de diversifier le type de données recueillies. Même si ce pluralisme méthodologique fait l'objet de controverses entre plusieurs auteurs, nous optons pour cette combinaison afin de combler les limites de chacune des deux. GROULX LIONEL affirme à cet effet que : « *la complémentarité ou l'intégration de méthodes est devenue nécessaire pour réussir à comprendre les phénomènes sociaux caractérisés par leur complexité, variation et indétermination.* »⁶⁷ NORMAN DENZIN 1989 avait proposé la triangulation des données qui, par la mise en comparaison de données obtenues par deux ou plusieurs méthodologies différentes et indépendante, permet d'augmenter la puissance de l'interprétation. Il affirme à cet effet que :

La triangulation de données qu'elle soit parallèle ou séquentielle cherche à réduire ou à annuler les biais inscrits dans chacune des méthodes. Ici, est posée une possibilité de convergence ou des cheminements méthodologiques différents peuvent conduire à des résultats identiques, en capitalisant sur leur force respective car leur utilisation conjointe opère une annulation des biais inscrits dans chacune d'elles sont souvent la force d'une autre et, en combinant méthode, observation on peut atteindre le meilleur de chacune, tout en dépassant leurs déficiences particulière⁶⁸

VI.2-1 Méthode qualitative

Comme son nom l'indique, la méthode qualitative est celle qui permet de comprendre l'objet d'étude dans sa profondeur et sa totalité. Ainsi elle permet d'étudier le phénomène social dans sa totalité sur la base des données non chiffrées ceci en tenant compte du contexte d'étude voire son objet d'étude qui est extrême onduoyant ou dynamique. A cet effet, la méthode qualitative apparaît dès lors comme des outils de référence dans l'explication et la compréhension du social. C'est ce qui fait dire à Ghiglione et Matalon dans leur ouvrage les enquêtes sociologiques théories et pratiques que : « *il est habituel de considérer qu'une enquête complète doit commencer par une*

⁶⁷ GROULX LIONEL, *Querelles autour des méthodes*, socio-anthropologie, 1997

⁶⁸ NORMAN Denzin, *the Research Act. Englewood Cliffs, Prentice Hall, 1989.P.117*

*phase qualitative*⁶⁹ ». Il convient de souligner que les techniques d'enquête qualitative utilisent les outils tels que l'entretien indirect ou collectif, les observations directes, les observations participantes, les récits de vie. En clair on peut dire que ces outils s'accompagnent généralement de guide d'entretien permettant au chercheur d'entrer en contact avec ses enquêtés. Ces techniques de collectes de données à l'instar de l'observation permettent à l'enquêteur d'obtenir des données autour desquels il pourra organiser ses concepts, ses indicateurs voire ses indices. Dans le cadre de notre recherche l'utilisation de la méthode qualitative est indispensable, cette méthode permet d'apporter quelques explications autour de la notion, recueillir d'une manière plus profonde les opinions sur la pratique et surtout interroger ceux qui s'activent sur cette violence faite aux femmes et aux filles dans la localité de Bourou. Cette méthode permet également de recueillir de manière plus approfondie les opinions des victimes, autres acteurs et quelques proches.

VI.2-1-1 L'entretien

1- L'entretien semi-directif

Utilisé comme une technique de recueil des données dans cette recherche. Cette technique définit par Madeleine Grawitz comme « *un procédé d'investigation scientifique utilisant un processus de communication verbale, pour recueillir des informations en relation avec le but fixé*⁷⁰ ». L'entretien semi-directif ou semi-dirigé, est un entretien ou « *grille de thème* »⁷¹, qui « *n'est ni entièrement ouvert, ni canalisé par un grand nombre de questions précises.* »⁷². Il porte sur un certain nombre de thèmes qui sont identifiés dans une grille d'entretien préparée par l'enquêteur. Cette approche permet d'appréhender des phénomènes complexes, fins et rarement exprimés afin de comprendre les précipitations, sentiments, des normes, attitudes des enquêtés au sujet de la persistance des mutilations génitales féminines. D'autre part de comprendre ce que les individus pensent au sujet des questions relatives au mode de l'absolution de la pratique afin d'approfondir les points importants. Au cours de l'enquête, une analyse d'entretien semi-directifs menés par les femmes et filles excisées, non excisées, les autorités administratives et coutumières, le personnel de la santé, les associations, les hommes, les exciseuses résidant à Bourou est présentée. Au total 36 entretiens ont été réalisés au cours de cette enquête. Les femmes et hommes interrogés ont été enquêtés majoritairement à la suite d'enquête quantitative. Ils se sont vus proposés un entretien approfondi à la fin du questionnaire quantitatif avec une prise de rendez-vous, ce mode de recrutement favorise une sélection de femme plutôt bien disposées vis-à-vis de

⁶⁹ GHIGLIONE Rodolphe ET MATALON Benjamin, *Les enquêtes sociologiques : théories et pratique*, Paris Armand Colin, 1978.

⁷⁰ Madeleine GRAWITZ, *op. cit.*, p.644

⁷¹ R. Ghiglione et B. Matalon, *Les enquêtes sociologiques : théories et pratiques*, Paris, Armand Colin, 1978, p.75

⁷² Ambroise Zagre : *Méthodologie de la recherche en sciences sociales*, Paris, L' Harmattan, 2013, P. 87.

la thématique. Les entretiens réalisés durent entre 45 minutes et 2 heures. Ils ont tous été enregistrés avec l'accord des enquêtés (seuls les chefs coutumiers et les chefs de village ont refusé d'être enregistrés mais la prise de notes pendant l'entretien a permis la restitution de leur discours). Les entretiens ont eu lieu soit dans un bureau de centre de santé, soit au domicile des femmes, soit au champ et dans le cabaret de Bourou.

2- Observation directe

L'observation est la constatation attentive des phénomènes sans volonté de les modifier, à l'aide des moyens d'investigation et d'études appropriées à cette constatation. Selon les termes de Raymond Quivy et Luc Van Kampenhout : « *les méthodes d'observation directe constituent les seules méthodes de recherche sociale qui captent les comportements au moment où ils se produisent sans l'intermédiaire d'un document ou d'un témoignage* ». ⁷³L'observation directe nous a permis d'observer durant toute la période d'enquête de terrain les cérémonies organisées, les rites, le lieu de rencontre des excisées, les conditions de vies, le type et l'état de l'habitation. Nous avons observé onze (11) cas d'excision, des rasoirs utilisés et la manière ou elles sont soignées. Afin de vérifier que les informations collectées lors des entretiens corroborent avec celles observées.

3- Les récits de vie

Le récit de vie est considéré comme une méthode d'enquête, une forme particulière de l'entretien narratif ⁷⁴. Il inclut deux registres de données. D'une part, il tient compte d'événements, d'une réalité objective et historique, et d'autre part, il se réfère à des significations, à l'expression subjective du vécu de l'histoire ⁷⁵. Le récit de vie décrit à la fois la vie intérieure du narrateur, mais aussi ses contextes sociaux traversés ⁷⁶. Le récit de vie a permis de laisser ressortir les facteurs subjectifs jouant un rôle important dans la vie sociale des individus, de leurs savoirs, expériences et attitudes dans le temps et dans l'espace en rapport avec la pratique des mutilations génitales féminines. Il a permis de mettre en relief la « *racontabilité* » (donner la parole aux acteurs) et davantage opérationnaliser la théorie des représentations sociales, afin d'en faire une analyse compréhensive de la pratique. Par ailleurs, le récit de vie donne à des individus non spécialisés, incultes, voire illettrés de parler d'eux et de raconter leurs expériences de façon non inhibée, spontanée et naturelle. Ce qui, laisse une possibilité, d'entrevoir des moments qui seraient autrement méconnus ou ignorés de la société, afin d'accéder aux organisations symboliques des individus. Les récits de vie (dont quatre ont été retenus) ont été réalisés du 15 au 21 août 2021. Ce

⁷³ Raymond Quivy et Luc Van Kampenhout, *op. cit.*, p.177.

⁷⁴ Bertaux Daniel, *Le récit de vie*, Paris, Armand Colin, 2010

⁷⁵ Orofiamma Roselyne, « Les figures du sujet dans le récit de vie » in *Information sociales*, Vol. 145, n1, pp.68-81

⁷⁶ Bertaux Daniel, *op. cit.*

qui a permis de donner profondément du temps à chaque individu de s'exprimer aussi longtemps que possible. Ces différents récits de vie ont également été enregistrés et ont fait l'objet d'une transcription.

4- La photographie

La photographie est l'ensemble des techniques, des procédés et des matériels qui permettent d'enregistrer un sujet en image fixe. Les images sont plus parlantes que les mots, elles servent de preuve d'une étude de terrain. La photographie a été pour nous un outil de collecte des données, raison pour laquelle nous avons eu le soin de prendre des photos de terrain relatives à tout ce qui a trait à la pratique des MGF et aux activités menées. Cette technique nous a permis de comprendre certaines activités perçues et vécues sur la pratique des MGF. Sylvain MARESCA souligne à ce propos que la photographie « présente cette caractéristique d'être à la lisière entre le réel, dont elle restitue une empreinte lumineuse et sa représentation ; puisque ce sont des artefacts visuels à part entière »⁷⁷.

La photographie permet de lire et de comprendre un fait, un territoire par soi-même, de le représenter et ensuite de le faire apparaître sous plusieurs supports. A chaque fois qu'il serait nécessaire, nous introduisons des images pour faciliter la compréhension de l'actuel travail de recherche.

5- Recherche documentaire

Encore appelée « étude des traces », cette technique consiste à collecter des informations à travers des documents. Pour Jean-Louis LOUBET DEL BAYLE, la recherche documentaire « *consiste à parcourir de manière directe les documents qui sont en quelques sortes les traces peuvent avoir laissé les phénomènes que l'on veut étudier* »⁷⁸

La recherche documentaire nous a permis de recueillir les données et les informations de sources écrites sur le sujet de notre recherche. En effet, dans le but de recevoir des renseignements nécessaires et pertinents en rapport avec notre sujet de recherche, nous avons exploité plusieurs documents, dont les ouvrages écrits qui traitent les problèmes et conséquences liés aux mutilations génitales féminines, des articles, les revues, les dictionnaires, les sites internet ; les bibliothèques et d'autres écrits en rapport avec notre sujet et nous a permis de combler les multiples lacunes de l'observation directe. La recherche documentaire nous a été incontournable pour une meilleure, maîtrise, et une compréhension sérieuse des causes de la persistance de mutilation génitale féminine et de moyens déployés pour son éradication. Elle nous a permis de relever par de là les apparences et la signification profonde des réalités.

⁷⁷ Sylvain MARESCA, *La photographie un miroir des sciences sociales* Paris L'Harmattan, 1996

⁷⁸ Jean-Louis LOUBET DEL BAYLE, *Initiation aux méthodes des sciences sociales*, Paris L'Harmattan 2000, P.62.

VI.3- Méthode quantitative

La méthode quantitative consiste à calculer les pourcentages, les fréquences des thèmes, des mots, des symboles retenus et à rechercher les propositions. En d'autres mots « *les méthodes quantitatives sont des méthodes de recherche à propos des nombres ou de quoi que ce soit de quantifiable. Elles se distinguent ainsi des méthodes dites qualitatives*⁷⁹. » La méthode quantitative a permis de quantifier les résultats pour faciliter le traitement et dégager une conclusion. Ceci s'explique en calcul des propositions, des fréquences et des pourcentages. Et c'est ce qu'affirme Madeleine GRAWITZ, quand elle dit que « *l'analyse quantitative consiste à classer en catégories les diverses positions ou attitudes que reflètent les réponses pour permettre une interprétation quantifiée des résultats.* »⁸⁰.

Il s'avère nécessaire d'indiquer que l'analyse quantitative et qualitative est complémentaire ; raison pour laquelle les deux méthodes sont conjointement utilisées en vue de la vérification des hypothèses et des objectifs de recherche. L'usage des méthodes quantitatives a permis d'exprimer avec précision et de rendre vérifiable les idées qualitatives. Tandis que l'utilisation des méthodes qualitatives est pour interpréter les nombres fournis par les méthodes quantitatives.

Dans la méthode quantitative ce qui importe, c'est ce qui apparaît autant de fois ; alors que dans la méthode qualitative la notion d'importance implique la nouveauté, l'intérêt et la valeur d'un thème. Il est à préciser que les données fournies ont été analysées sur la base du traitement statistique, c'est-à-dire sur le calcul des fréquences et des pourcentages. Pour les questions fermées, nous avons procédé par le comptage des fréquences de choix pour chaque réponse proposée, afin de calculer le pourcentage. Pour les questions ouvertes, nous avons procédé par le calcul en pourcentage des fréquences de chaque élément apparu dans les réponses.

VI.4-Population d'étude

Le terme population désigne un ensemble dont les éléments sont choisis parce qu'ils possèdent tous une même propriété et qu'ils sont de même nature. La population concernée par cette étude est constituée des habitants de Bourou, des agents sanitaires, des autorités traditionnelles, religieuses et administratives, des filles excisées et non excisées. Dans cet ordre d'idée nous avons cherché à diversifier au maximum les types de personnes interrogées à l'intérieur de cette population d'étude.

VI.5-L'échantillonnage

Pour mener cette étude, l'on a fait recours à l'échantillonnage de la population cible de ce travail. Ainsi par échantillonnage, il faut comprendre « le nombre restreint des personnes,

⁷⁹ XXX, méthode quantitative, en ligne : [Http// fr.wikipedia.org/wiki/m%c3%methodesquantitatives](http://fr.wikipedia.org/wiki/m%c3%methodesquantitatives)

⁸⁰ M.GRAWITZ, *op. cit.*, p.654

minutieusement choisie pour apporter des informations crédibles sur le sujet de l'enquête ». ⁸¹ Pour aboutir à un résultat fiable au terme de cette recherche, la méthode par échantillonnage nous a permis de sélectionner des individus susceptibles d'apporter des informations en faisant preuve de représentativité. Un échantillonnage est dit représentatif « si les unités qui la constituent ont été choisies par un procédé tel que les membres de la population ont la même possibilité de faire partie de l'échantillon ». La technique d'échantillonnage choisie a été celle par quota, qui consiste à obtenir une représentativité suffisante en cherchant à reproduire dans l'échantillonnage, les distributions de certaines variables importantes telles que ces distributions existent dans la population à étudier. Cette technique a permis de sélectionner une population de 37 personnes réparties en fonction des catégories cibles et qui peut-être structurée à travers le tableau suivant :

Tableau n°1 : Volet qualitatif de l'étude.

Catégorie cibles	Nombre
Filles excisées	12
Filles non excisées	4
Les autorités religieuses, traditionnelles et administratives	6
Membre de la communauté	14
Total	36

Source : Résultat de terrain 2021

Le tableau N°1 donne une répartition de l'échantillon des enquêtés selon leur catégorie sociale. La population rencontrée est de quatre ordres : les filles excisées, les filles non excisées, les autorités religieuses, traditionnelles et administratives et les membres de la communauté. Trente-six (36) personnes représentant ces différentes catégories sociales ont pu se prêter aux différents entretiens, permettant une progression et une édification du présent travail de recherche. La composition de ces enquêtés a été d'un très grand apport dans la recherche ; elle a favorisé l'accès à la documentation en ce qui concerne.

⁸¹ R. GHIGLIONE et B. MATALON, Les enquêtes sociologiques, théories et pratiques, Paris, Armand Colin, 2001, p.29.

Tableau n°2 : Volet quantitatif de l'étude.

Quartiers enquêtés	Homme	femme	Nombre de personnes enquêtées
Bourdawa	5	10	15
Nkakondo	4	8	12
Mbaya	6	4	10
Total	15	22	37

Source : Résultat de l'enquête 2021

Attendu que l'étude porte sur la persistance des mutilations génitales féminines et que l'enquête ne pouvant être menée sur toute la population de Bourou, le tableau N°2 met en exergue les différents quartiers où l'enquête a été menée bien qu'il ne dégage pas les obstacles et difficultés rencontrés lors de cette étude. Au total, notre population-mère compte 387 personnes, la population enquêtée compte 37 personnes dont, quinze (15) de quartier Bourdawa, douze (12) de quartier Nkakondo et dix (10) de quartier Mbaya. Les enquêtés ont été choisis pour leur qualité de pouvoir donner les informations fiables et pertinentes mais aussi, c'est dans ces quartiers qu'on retrouve les chez coutumiers, les forgerons et les détenteurs de la tradition. L'excision est pratiquée beaucoup dans ces quartiers.

VI.6-Analyse de contenu

Un autre travail consiste à analyser et à interpréter les résultats de recherche. L'analyse de contenu selon Raymond QUIY et Luc VAN CAMPENHOUDT « la possibilité de traiter de manière méthodique des informations et des témoignages qui présentent un certain degré de profondeur et de complexité, comme par exemple les rapports d'entretien semi directif » En effet, il constitue le cœur de cette étude, parce que cette partie permet d'analyser scientifiquement et interpréter attentivement les résultats obtenus en vue de vérifier nos hypothèses. Autrement dit, ce chapitre permet de confirmer ou infirmer les hypothèses et fournir des réponses aux questions de recherche préalablement établies dans l'introduction générale. Ce travail d'analyse s'est effectué en rapport avec les techniques de collecte de données utilisées sur le terrain.

Pour l'enquête quantitative, les données recueillies ont été dépouillées et classées en fonction des codes qui leur avaient été attribués. Ce dépouillement a eu pour but de synthétiser les données recueillies, comme le dit M. GRAWITZ, en ces termes : « *le dépouillement des données consiste à résumer, à synthétiser et à classer les données recueillies en tenant compte des diverses*

*facettes des problèmes notamment de la description de l'origine, des causes et des conséquences».*⁸² Par la suite, le logiciel Excel 2016 a été utilisé pour gérer les tableaux, les graphiques et les histogrammes nous permettant d'établir les distributions entre les variables (sexe, âge, niveau d'instruction...), de ressortir la prévalence des MGF dans le monde, au Tchad et à Bourou à travers les données issues des rapports de OMS, UNICEF etc... enfin de mesurer le niveau de connaissance des MGF chez les personnes ressource.

Pour l'enquête qualitative, les informations obtenues à travers l'entretien individuel, les récits de vie à l'aide d'un magnétophone, ainsi que les documents textuels visuels ont été traités grâce à l'analyse de contenu. Cette dernière est une technique qui consiste à un examen méthodique et systématique de documents textuels.

Ainsi, pour mieux extraire et interpréter les informations glanées auprès des enquêtés, nous avons fait recours à deux variantes particulières, inféodées à la galaxie dite « analyse de contenu » à savoir les transcriptions et la catégorisation.

VI.7-La traduction et la transcription

Cette partie a permis de reproduire et de saisir les données collectées sur le terrain, enregistrées sur un magnétophone et dans un journal de terrain sur un support physique. Sur le terrain, afin de rester fidèle à l'esprit et aux propos des enquêtés, un magnétophone a été utilisé pour couvrir certains entretiens approfondis. Le journal de terrain nous a permis de noter tous les éléments, détails et attitudes des interviewés. Cette phase s'est faite au fur et à mesure que les données étaient collectées sur le terrain afin de garder le fil de ce qui a été dit.

VI.8-La catégorisation

La catégorisation est cette étape qui a suivi la transcription. Elle consiste à regrouper les données allant dans le même sens en vue de permettre une meilleure exploitation et donc, une meilleure analyse en évitant les redites. Après la transcription des données sur le papier, nous avons procédé à un regroupement des données en fonction de leur saisie non seulement pour permettre leur sens en profondeur, mais aussi pour relever les occurrences dans les propos et les attitudes des acteurs interrogés, car l'utilisation des techniques qualitative n'exclut pas le retour de la mathématisation des faits.

VII- Définition des concepts opératoires

Dans la tradition scientifique, la définition des concepts est un principe essentiel. Elle permet au chercheur non seulement d'isoler et de classer les catégories de faits, mais aussi d'accomplir une rupture épistémologique avec le sens commun. Autrement dit, la définition des

⁸² M. GRAWTZ, op cit. P717

concepts « aide à reconnaître les données en précisant ce qu'elles incluent et ce qu'elles excluent ». ⁸³ C'est à juste titre que DURKHEIM⁸⁴ préconise d'élucider les concepts afin d'évacuer toute prénotion. La présente tâche repose sur la clarification de quelques notions.

Culture : Afin de mieux appréhender le concept de culture, nous nous sommes référés à l'approche de Tylor. Bien que datant de 1871, elle demeure d'actualité même si on lui a reproché d'être un peu trop descriptive. Depuis Tylor, bien d'autres définitions de la culture se sont ajoutées ; Kroeber et Kluckhohn les ont corrigées, classées et commentées. En nous inspirant de plusieurs, nous pourrions définir la culture comme étant : « *ce tout complexe comprenant le savoir, les croyances, l'art, la morale, le droit, les us et coutumes et l'ensemble des aptitudes et habitudes que l'homme a acquise en tant que membre de la société*⁸⁵ ». L'explication de cette définition va nous permettre de mettre en lumière les caractéristiques principales qu'anthropologues et sociologues s'entendent pour reconnaître à la culture. On notera d'abord que nous avons repris la formule de DURKHEIM en parlant de : « *manière de penser, de sentir et d'agir*⁸⁶ ». En second lieu, ces manières de penser, de sentir et d'agir peuvent être « *plus ou moins formalisées*⁸⁷ ». Quoique complexes et multidimensionnels, les facteurs culturels peuvent être envisagés selon deux perspectives :

- D'une part comme un héritage, un patrimoine qui se transmet de génération en génération ;

- D'autres parts comme toute construction sociale dépendante de la hiérarchie sociale, qui se renouvelle au contact des autres cultures, et qui permet de garder les frontières d'une collectivité particulière, mieux son identité.

- L'identité d'un individu ou d'un groupe est constituée par l'ensemble des caractéristiques et de représentation qui font que cet individu ou ce groupe se perçoit en tant qu'entité spécifique et qu'il est perçu comme tel par les autres. L'identité est donc à la fois une identité « *pour soi* » et une identité « *pour autre* ».

Représentation : Représentation vient du latin *representare*, rendre présente. Le dictionnaire Larousse précise qu'en philosophie « *la représentation est ce par quoi un objet est présent à l'esprit* » et en psychologie, « *c'est une perception, une image mentale dont le contenu se rapporte à l'esprit à un objet, à une scène du monde dans lequel vit le sujet* ».

⁸³A. Zagre, *Méthodologie de la recherche en sciences sociales*, Paris, L'Harmattan, 2013, p.71

⁸⁴ É. Durkheim, *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, PUF, 1937, (21^{ème} édition), p.34

⁸⁵ Edward Tylor, *Primitive culture*, 1971, p ⁸⁵ GRAWITZ op, cit p 180

⁸⁵ Benoît GAUTHIER, *Recherche Sociale, de la problématique à la collecte des données*, Presse de l'université du Québec C. P250, Sillery, Québec GIT2RI, 1990, p 191.

⁸⁵ Edward Tylor, *Primitive p. 1*

⁸⁶ Emile DURKHEIM, *Les Règles de la méthode sociologique*

⁸⁷ Emile DURKHEIM, *Les règles de la méthode sociologique 1895*

La représentation est l'action de rendre sensible quelque chose au moyen d'une figure, d'un symbole, d'un signe.

Représentation sociale

D'après Jodelet :

Les représentations sociales sont des systèmes d'interprétation régissant notre relation au monde et aux autres qui, orientent et organisent les conduites et les communications sociales. Les représentations sont des phénomènes cognitifs engageant l'appartenance sociale et individuelle par l'intériorisation de pratiques et d'expériences, de modèles de conduites et de pensée⁸⁸.

Placée à la frontière de la science sociale, les représentations sociales permettent aux personnes et aux groupes de maîtriser leur environnement et d'agir sur celui-ci

Des mots clés sans lesquels on ne saurait parler de la notion de représentation, il s'agit de sujet et objet, image, figure, symbole, signe, perception et action.

- le sujet peut être un individu ou un groupe social.
- l'objet peut être aussi bien une personne, un événement matériel, physique ou social, un phénomène naturel, une idée une théorie etc. ; il peut être aussi bien réel qu'imaginaire ou mythique, mais il est toujours requis.
- la perception suggère le fait de se saisir d'un objet par les sens (visuel, auditif ...) et par l'esprit (opération mentale).

Mutilations génitales féminines :

Il est important de souligner que le terme « *excision* » est utilisé de façon courante pour désigner de nos jours toutes les formes de mutilations génitales féminines, il en existe plusieurs formes. La mutilation génitale féminine ou circoncision féminine est le nom collectif que l'on donne aux différentes pratiques traditionnelles qui ont pour conséquence l'ablation des organes génitaux féminins. Ainsi nous précisons 3 formes de mutilation que sont : la clitoridectomie, l'excision et l'infibulation.

Selon la définition de l'OMS, « *les mutilations sexuelles féminines recouvrent toutes les interventions incluant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou la lésion des organes génitaux féminins pratiquée pour des raisons culturelles ou religieuses ou pour toute autre raison non thérapeutique* »⁸⁹.

Le mot « *mutilation* » est un terme issu de la langue latin : *mutilare*. Il signifie « *retrancher un membre ou un organe, détériorer, détruire partiellement, défigurer, tronquer, couper,*

⁸⁸ Denise Jodelet : Les représentations sociales 1989

⁸⁹ OMS, Les mutilations sexuelles féminine, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/fr/>, consulté le 18 juin 2021).

diminuer»⁹⁰. Ce terme peut également se définir par : « *perte partielle ou complète d'un membre ou d'un organe externe; déformation, altération, dégradation*⁹¹ ». Dans le Larousse (2008), la mutilation se définit par une : « *atteinte volontaire à l'intégrité physique d'une personne entraînant la perte d'un membre ou d'un organe. (La mutilation peut être une circonstance aggravante de certaines infractions [tortures et actes de barbarie, viol, violence, ..., etc.]. Le risque de mutilation est un des éléments constitutifs de la mise en danger d'autrui)* »⁹². Les synonymes de ce terme sont : l'amputation, la blessure lorsqu'on l'interprète comme une atteinte à l'intégrité physique d'une personne.

A la différence des « *mutilations volontaires* » appelées également « *body art* » où l'on cherche de manière volontaire les limites de son propre corps par des tatouages, piercing et autres actes artistiques, les mutilations génitales féminines (MGF) sont un phénomène involontaire et imposé⁹³.

Les MGF appelées également Mutilations Sexuelles Féminines (MSF) ont pour objectif d'apporter des changements sur le corps féminin par plusieurs méthodes telles que : piqûre, percement, incision, étirement et suppression d'un ou plusieurs tissus des parties génitales féminines. La mutilation féminine peut être prescrite par un individu, une communauté ou une ethnie. Le but de ces transformations est de marquer le corps. Ainsi le corps devient le support de l'inscription et de la représentation culturelle et ethnique⁹⁴. C'est dans le cadre de ce marquage du corps que l'acte devient une « *mutilation* ». De la sorte, le corps s'adapte et se soumet aux exigences représentatives, aux différentes transformations et cela avec docilité et parfois avec des conséquences⁹⁵.

L'excision : appelée « 'Bayan' » en sar ou « 'Ndo Dian' » en langue sar mandjigaye, elle est d'origine latine, *excidere*, l'excision signifie couper, plus précisément c'est l'ablation au moyen d'un instrument tranchant d'un fragment peu volumineux d'organe ou de tissus⁹⁶. L'excision est le synonyme d'ablation et ce terme apparaît dans le domaine médical au XVI^e Siècle⁹⁷. Ainsi, tel qu'il est défini, le terme ne donne pas une signification claire quant au but thérapeutique ou non de l'acte. Malgré que le terme de l'excision soit connu et communément utilisé par les femmes et la population en général, malgré qu'il soit le nom attribué à un type des MGF, il est nécessaire de faire une différence entre son indication à but thérapeutique et l'excision culturelle.

⁹⁰ Dictionnaire Robert, 1992

⁹¹ Dictionnaire le petit Larousse illustré, 2007

⁹² Dictionnaire Larousse, 2008

⁹³ Carbonne, 2011, p ; 18-19

⁹⁴ *Idem*

⁹⁵ *Ibidem*

⁹⁶ Le petit robert, 1986

⁹⁷ *Idem*

L'excision consiste en l'ablation du clitoris et pour cela, on l'appelle encore clitoridectomie. C'est l'envers de la circoncision. L'excision peut s'accompagner de la suppression partielle ou totale des petites lèvres. L'ablation elle-même peut s'effectuer sous plusieurs manières. Elle peut consister en l'ablation du prépuce du clitoris, la pique du clitoris avec une aiguille, l'ablation partielle ou totale du clitoris. Le terme « *excision* » exprime l'action de retrancher, de trancher, d'enlever avec un instrument tranchant selon le dictionnaire Larousse. Elle est pratiquée par quelques populations de Mandoul et moyen Chari.

VIII- DELIMITATION ET POPULATION D'ETUDE

L'étude s'est déroulée dans le village de Bourou précisément dans les quartiers Bourdawa, Mbaya et Nkadongo. Bourou est une localité située dans la région du Mandoul, le sud du Tchad. Elle est limitée au Nord par le village de Maskilin, au Sud par le village de Ndila, à l'Est par Daoua et à l'ouest, par Nara. C'est l'une des communes les moins peuplées, environ 2110 habitants sur une superficie de 100 km². Cette zone est choisie comme cadre d'étude, parce qu'elle est une zone de plusieurs traditions qui favorisent le développement de la pratique de l'excision dans le village.

VIII.1- Organisation sociale et culturelle

À l'instar des sociétés traditionnelles du Tchad, la société nar de Bourou fonctionne sur la base d'intérêts sociaux et d'institutions religieuses. L'objectif est de sauvegarder et de renforcer la paix et la cohésion du groupe sur le plan intérieur et extérieur. Au nombre de ceux-ci, nous pouvons citer les totems et tabous. Le totem, souvent un arbre, un animal ou une herbe ou tout autre objet, est respecté par le groupe totémique. Ce dernier ne peut le tuer, le manger ou le toucher sans en courir de grands risques. Chaque famille, clan adore ou vénère l'être, l'animal ou l'objet qui représente son totem.

Sur le plan sociologique, il convient de signaler que ces animaux auraient rendu de grands services aux groupes concernés. A ces interdits spécifiques à chaque groupe, il faut ajouter les institutions dont le respect s'impose à tout le monde. Aussi, le pacte de terre est un accord sacré passé entre villages, groupes tribaux, ou individus dans le but de favoriser les relations de bon voisinage, la compréhension et le respect mutuel. Il instaure entre les signataires une ambition de paix, de stabilité, de sécurité fondée sur l'honnêteté réciproque et facilite le règlement des conflits entre les villages. Il a pour avantage la cohésion sociale entre deux ou plusieurs localités, l'évitement de la guerre et l'entente entre les villages frères. Hormis le pacte de terre, l'adultère, le mensonge, la calomnie et le vol sont des phénomènes prohibés en milieu Nars. Ces différentes institutions rendent compte de l'intérêt que la population accordait à la paix et à la cohésion sociale.

La région est caractérisée par de grosses concentrations villageoises. Les villages regroupent en moyenne quelques deux ou trois milles individus dont généralement les uns, en majorité, appartiennent au lignage fondateur du village et les autres, à des segments de lignages étrangers venus s'adjoindre aux premiers, suite à de nombreuses migrations ultérieures. Les habitants obéissent aux règles d'une organisation communautaire et forment, à ce titre, de « véritables communautés villageoises ».

La règle de résidence est patri virilocale. En d'autres termes, une femme mariée va vivre avec son mari, chez les parents de celui-ci. Les villages sont composés de multiples cours d'habitations dont chacune abrite une ou plusieurs familles étendues et peut aussi totaliser un grand nombre de personnes qui vivent sous l'autorité du chef de la cour. A l'intérieur de la grande cour, il existe un certain nombre de pièces d'habitations groupées autour de petites cours à la tête desquelles se trouve un chef de petites cours et organisées en un véritable dédale dont les ramifications correspondent aux groupes de parenté.

Les Nars de Bourou ne choisissent pas comme partenaire qui ils veulent. Il existe des mariages, sinon des unions contre nature, dont la sphère est théoriquement définie par la règle de double exogamie, interdisant à tout homme de prendre femme aussi bien dans le lignage de son père que dans celui de sa mère. Ne peuvent donc se marier entre eux, tous les individus issus d'un même ancêtre, en ligne agnatique ou en ligne utérine, quel que soit le degré de parenté.

Si la population de Bourou ne choisit pas leur femme comme elle veut, elle ne la prend pas non plus tout à fait où elle veut. Les impératifs des règles d'exogamie, malgré une grande souplesse qui de nos jours peut s'observer, imposent aux lignages une obligation permanente d'extension des alliances. Cette communauté n'aime cependant pas chercher ses épouses « *trop loin* ». En cas de conflit, palabre, l'affaire est d'autant plus difficile à régler que les parties sont éloignées ou, qui plus est, appartiennent à des groupements traditionnellement ennemis. C'est le cas actuel de leurs attitudes vis-à-vis des autres groupes socioculturels. Ainsi, le mariage le plus sûr et donc le meilleur est celui qu'on peut contracter à l'intérieur de son propre groupe. Il permet une intégration parfaite et harmonieuse de la femme au sein du lignage du mari ; ce qui permet d'éviter tant soit peu des risques ou déviances qui peuvent résulter de certaines conduites de la femme mariée.

Sur le plan culturel, on dénombre une monotonie ethnique malgré la présence des colons agricoles d'importance numérique inégale et qui n'occupent pas toujours des aires géographiques précises. Les autres ethnies sont les Mbay, Day et Sar mandjigaye. Traditionnellement, tous ces groupes ethniques valorisent la polygynie et la forte procréation. Les principales religions à Bourou sont par ordre croissant le christianisme, l'animisme et l'islam. Dans les faits, presque toute

la population pratique d'une manière ou d'une autre les religions traditionnelles. Ces détenteurs sont encore tout puissant et œuvre pour la continuité de l'excision.

VIII.2- Situation économique

L'agriculture reste la principale branche des activités économiques de Bourou et la superficie cultivée s'évalue à 145.000ha (53,80%) tandis que le taux d'activité est de 63,57%. Le maïs, l'arachide, le manioc, le coton, le mil, le sésame, le haricot, le soja, le poids de terre et les fruitiers sont les produits qui procurent de l'argent aux habitants. L'importance des terres affectées à chaque plante varie d'une localité à une autre.

Les potentialités de la commune restent encore énormes (jeunesse de la population, disponibilité des ressources naturelles), régression progressive de l'immigration et une forte émigration des ruraux). Elle reste auto-suffisante sur le plan alimentaire et le reste des produits est vendu sur les marchés locaux ou sur d'autres marchés. Toutefois, les marchés ruraux ont un rayonnement d'envergure locale. Les voies sont impraticables pour la plupart pendant la saison des pluies. Les villages sont coupés les uns des autres ; dans ce cas, le petit commerce est réduit à une activité saisonnière. On arrive parfois à la mévente des produits vivriers. Les activités artisanales sont bien développées dans le milieu. Le village dispose au total de 1 seul marché quotidiens, et 3 boutiques.

L'économie du village repose essentiellement sur l'agriculture et l'élevage qui occupe plus des trois quarts de la population active. À l'instar des autres villages, Bourou est confrontée à un environnement économique difficile depuis plusieurs décennies. Avec un PNB par habitant très faible, le village est classé parmi les communes les plus pauvres du Tchad.

VIII.3- La scolarisation

En Afrique, plus précisément dans les villages du Tchad, la sous-scolarisation et la déscolarisation sont des problèmes importants qui entravent la concrétisation de l'éducation primaire universelle, notamment chez les jeunes filles. Plus de trois millions d'entre elles sont sous-scolarisées. Elles n'ont pas de soutien dans leur scolarité et cela cause un préjudice énorme à leurs droits fondamentaux. Leurs rêves et leur potentiel sont souvent minés par la discrimination, la violence et l'inégalité des chances, malgré le fait qu'elles débordent de talent et de créativité. Cette sous-scolarisation des jeunes filles s'explique par plusieurs facteurs. Les principales raisons sont la pauvreté, l'analphabétisme des parents, ou encore les normes culturelles⁹⁸

Les filles vivant à Bourou sont moins scolarisées que les garçons, la plupart des jeunes filles de Bourou souffrent d'analphabétisme. Ce qui dénote une forte déperdition scolaire. Des

⁹⁸ UNICEF, Chad Humanitarian Situation Report No. 11, 2019

jeunes filles sont freinées dans leurs études à cause de grossesses précoces ou de mariages précoces. D'une manière générale, lorsqu'elles tombent enceintes, leurs parents décident de ne plus payer leurs études car, pour eux, elles ont choisi de ne plus continuer à étudier. Ainsi, malgré leur volonté de poursuivre leurs études, elles sont contraintes de les interrompre, voire d'abandonner. Pour celles qui sont scolarisées, elles font face à certains obstacles.

Les filles restent l'objet de discriminations provenant aussi bien des pratiques pédagogiques des enseignants que de l'attitude de l'administration scolaire et des comportements de leurs pairs. Pire encore, les filles décrivent des situations de harcèlement sexuel par les enseignants. Et même dans les relations entre camarades de classe, dès leur jeune âge, les garçons montrent déjà des gestes agressifs et commencent déjà à exercer leur autorité sur les filles, ce qui crée ensuite des relations tendues entre eux. Les relations conflictuelles et violentes que les filles vivent avec leurs pairs peuvent développer chez elles des états dépressifs et une image plus négative d'elles-mêmes. Tout cela décourage de nombreuses filles de continuer leurs études. Les actions de l'Etat en faveur de l'amélioration de la qualité de l'éducation ont eu des effets peu satisfaisants. Les pratiques d'évaluation exercées par les enseignants annihilent de manière ferme l'acquisition de la responsabilité chez les filles.

En réalité, la pédagogie ne favorise pas l'insertion des jeunes filles dans un établissement scolaire. Le principe de mixité et des proportions n'est pas toujours bien respecté. La plupart des jeunes filles ne sont pas scolarisées, leur scolarisation n'étant pas perçue comme étant d'une grande importance. En Afrique, les jeunes filles doivent avant tout s'occuper des tâches domestiques et, dans de nombreuses régions où les normes culturelles ont peu changé, elles restent toujours cantonnées à la sphère privée.

Le plan tchadien d'éducation provisoire de 2018-2020, a pour but d'améliorer la qualité et les résultats de l'apprentissage ainsi que mettre à jour l'offre de l'enseignement du pays, par exemple au niveau professionnel et technique, en adéquation avec le marché. En raison de la crise économique nationale, le pays étendra probablement son plan jusqu'en 2021⁹⁹.

Beaucoup de difficultés seront abordées puisque le pays traite de nombreux problèmes tels que le manque de fonds ou d'accès aux données académiques et aux informations. Il y a aussi des disparités entre les régions rurales et urbaines. Pour cette raison, le gouvernement a établi des mesures telles qu'une politique d'enseignement bilingue (avec l'enseignement en Français et en Arabe), l'intégration des écoles des camps de réfugiés dans le système d'éducation nationale et plus encore. Bien que l'éducation au Tchad soit obligatoire, seuls quelques enfants, en particulier,

⁹⁹ Borgen Projet, Nw Opportunities: 10 key facts about poverty in Chad, 2018

les garçons, poursuivent des études après l'école primaire. L'égalité des genres et l'égalité entre les régions urbaines et rurales restent cependant un problème dans le pays¹⁰⁰.

La population en âge d'être à l'école primaire représente 1.914.000 pour une population de 12.142.000 habitants¹⁰¹. Parmi les obstacles liés à l'éducation, plusieurs facteurs peuvent être soulignés : la pauvreté, les régions rurales, le manque de ressources, la qualité des services, le faible niveau de compétences des enseignants, l'absentéisme des enseignants, l'infrastructure et la surpopulation des classes avec une moyenne de 64 enfants par classe dans les régions urbaines et une moyenne de 100 enfants par classe dans les régions rurales.

Au Tchad, 34,4 % des enfants entre 6 et 11 ans sont déscolarisés, tandis que plus de 800.000 enfants entre 9 et 14 ans ne vont pas à l'école. Le taux de scolarisation varie en tout entre 95 % dans le sud et de 20 à 40 % dans le nord

Ce bilan peu reluisant de la situation économique de la localité, avec un niveau de pauvreté grandissant dans la population sont de nature à avoir un impact négatif sur la lutte contre les mutilations génitales féminines.

Carte 1: Zone d'étude



Source : archive de la mairie de Béboro

¹⁰⁰ Partnaria Moondial pour l'éducation, L'Education au Chad, 2012

¹⁰¹ UNESCO, Impact of conflict on children's health and disability, 2010

IX- Difficultés rencontrées

Le processus d'une recherche ne peut s'élaborer sans contraintes. La première difficulté à laquelle nous étions confrontées était le nombre limité de documents sur le sujet. Il nous a fallu recourir à la documentation en ligne et aux documents apparentés à notre thème.

Le terrain aussi ne s'est pas effectué sans contraintes. La principale difficulté lors de cette étape recherche était d'aborder le sujet avec les femmes victimes de violences. Ce fut difficile de leur faire revivre ces moments surtout pour celles dont les cas sont récents. Nous avons aussi noté lors des entretiens la sensibilité des victimes sur certains aspects abordés. Ceci les amenait à pleurer, ce qui affectait des fois notre concentration.

Sur le terrain, les difficultés étaient liées à la réticence de certains enquêtés. Lors des interviews avec ces femmes victimes non scolarisées la plupart des cas, c'était très difficile d'aborder la question genre dans une langue autre que le dialecte local. Néanmoins, une approche appropriée à cette cible a été utilisée pour la collecte des données. Etant donné que la population est majoritairement analphabète, la difficulté résidait dans la traduction des questions en langue locale.

Comme autres difficultés, nous pouvons aussi citer celles liées à l'accès aux documents, aux logiciels adéquats et à la prise en charge des frais de terrain.

Il convient également de préciser que pour des raisons d'éthique et d'anonymat, les vraies identités des interviewés ont été voilées afin d'assurer leur confidentialité.

X- Plan de l'étude

Dans la subdivision du présent travail qui en constitue d'ailleurs le nœud, il est question de présenter de manière générale les mutilations génitales féminines et ses raisons socioculturelles dans la localité de Bourou. Ainsi, deux chapitres ont constitué l'ossature de cette partie. Nous présentons le premier chapitre en termes de motivations et logiques des femmes et filles à pratiquer l'excision. Ce chapitre comprendra trois sections à savoir : le profil des enquêtés, le niveau d'information des enquêtés et la prévalence de l'excision à Bourou. Dans le second chapitre de la première partie, il sera question de s'appesantir sur les raisons aussi bien sociales que culturelles qui justifient la persistance des mutilations génitales féminines dans la localité. Nous examinerons deux raisons à savoir les raisons sociales et les raisons culturelles. À la deuxième partie, nous analyserons les différentes conséquences des mutilations génitales féminines et les actions pour l'abolition de la pratique. La préoccupation du troisième chapitre sera axée sur les conséquences et complications des MGF des filles et femmes à Bourou. Ce chapitre présentera quatre secteurs : les conséquences et complications immédiates et à court terme, les conséquences et complications à moyen et long terme, les conséquences liées à la reproduction ou procréation des femmes et filles

excisées à Bourou et les conséquences psychologiques et sexuelles. Ils ne sont pas toujours homogènes à cause des contraintes économiques, sociales, affectives, culturelles et religieuses ; ce qui pousse ces femmes à continuer la pratique des mutilations génitales féminines dans ladite localité. Au dernier chapitre, nous examinerons la promotion de l'abandon des mutilations génitales féminines, les actions menées par les institutions politiques, les organisations féminines, le gouvernement, les associations et des relais communautaires.

PREMIERE PARTIE :
LES MUTILATIONS GENITALES FEMININES ET
CROYANCES SOCIOCULTURELLES DANS LA
LOCALITE DE BOUROU

Cette partie vise à présenter et à analyser les opinions et les croyances relatives à la persistance de la pratique des MGF. Plus spécifiquement, il est question ici de mettre en relief de prime abord les connaissances des populations en rapport à la pratique des MGF, au vu du regain de reconsidération dont a bénéficié la lutte contre l'excision au Tchad par le biais de la campagne de lutte contre l'excision. Ensuite, après avoir ressorti les croyances et opinions des populations au sujet de l'efficacité de l'excision, il s'agira de s'appesantir sur leurs pratiques et expériences au sujet de la pratique. Enfin, il sera question de montrer ou dévoiler en quoi et comment l'hétérogénéité et la complexité des origines géographiques, ethniques ou socioculturelles sont des faits qui influencent les attitudes, les comportements et les pratiques des populations de Bourou. Tout ceci dans l'optique de comprendre les raisons de la persistance des MGF.

CHAPITRE 1 : PROFILS ET MOTIVATIONS DES FEMMES/FILLES À PRATIQUER L'EXCISION À BOUROU

Ce chapitre est consacré à une analyse exploratoire et explicative de la pratique des mutilations génitales féminines dans la localité de Bourou. Il présente successivement les caractéristiques de l'échantillon, les niveaux d'informations de femmes sur la pratique des MGF à Bourou, la prévalence de l'excision, les raisons qui justifient la persistance de la pratique, les niveaux de maturité physiologique des filles et femmes lors de cette pratique et le vécu des filles non excisées.

SECTION 1 : PROFIL ET NIVEAU D'INFORMATION DES ENQUETES

I-1-information sur les enquêtés

Tableau n°3 : Représentation des enquêtés selon l'âge et sexe en %

Sexe	Masculin		Féminin		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
15-20ans	3	8,11	3	8,11	6	18,92
21-29ans	4	10,81	5	13,51	9	24,32
30-39ans	7	18,91	11	29,73	18	40,54
40-49ans	0	0	1	2,70	1	2,70
50 et plus	1	2,70	2	5,41	3	13,51
Total	15	40,53	22	59,45	37	≈100

Source : résultat de l'enquête 2021.

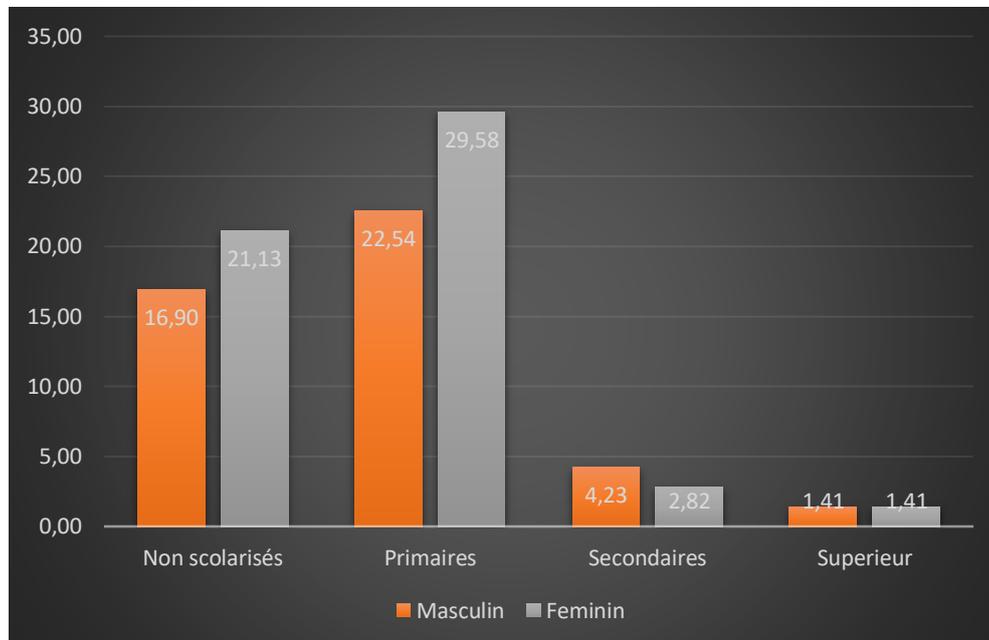
Le tableau n°3 fait apparaître que 49,64% des enquêtés ont l'âge compris entre 30-39 ans. Les hommes représentent ainsi 18,91% et les femmes 29,73% viennent ensuite la tranche d'âge de 21-29 ans soit 24,32% dont 10,81% d'homme et 13,51% de femme. Quant à la tranche d'âge de 15-20 ans, elle représente 18,82% de l'échantillon avec respectivement 8,11% d'hommes et 8,11% femmes. La tranche d'âge de 50 et plus représente 8,11% dont 2,70% d'hommes et 5,41% de femmes. La tranche d'âge de 40-49 ans et plus ne présente par ailleurs que 2,70% seulement de l'échantillon.

Cette composition montre que l'échantillon est composé d'individus relativement adultes susceptibles de donner un avis consentant pour une mutilation génitale féminine dans la localité de Bourou.

I-2- Informations sur les MGF à Bourou

Il serait nécessaire de voir l'impact de certaines caractéristiques socioculturelles sur le niveau de connaissance de la pratique de l'excision à Bourou.

Figure 1: Répartition des enquêtés selon le sexe et le niveau d'instruction



Source : Résultat d'enquête

La pratique de l'excision à Bourou varie aussi par rapport au niveau d'instruction de la population. C'est ainsi qu'on remarque que le niveau de connaissance de cette pratique augmente avec le niveau d'instruction. Il passe de 38,03% pour les hommes et les femmes n'ayant aucun niveau d'instruction et 52,11% pour les hommes et femmes du primaire et 7,04% pour les hommes et femmes ayant atteint le niveau secondaire contre 2,82% pour les femmes ayant atteint le niveau supérieur. Ce résultat laisse présager que les campagnes d'information et de sensibilisation sur les MGF notamment à travers les médias et autres supports sont, de façon plausible, plus reçues par les femmes lettrées que par les femmes illettrées.

La religion est l'une des variables culturelles capitales dans l'analyse des comportements des hommes en matière de fécondité et de mortalité. Elle a été considérée jusqu'à présent par nombres d'observateurs et d'analystes comme l'un des principaux déterminants de la pratique de l'excision dans le monde. Or, dans le cadre de notre étude réalisée dans les localités de Bourou, cette variable n'a pas donné d'effet significatif sur le niveau d'information ni sur la pratique. À ce sujet, c'est probablement au sein de la communauté protestante que le dilemme est le plus important car, pour eux, la construction de l'identité « Sara », symbolisée par l'initiation, est

directement opposée à la doctrine protestante qui rejette catégoriquement les rituels initiatiques masculins et féminins. Le pasteur de l'église protestante de Bourou affirme que : « *L'église a toujours été contre l'initiation des hommes. C'est adorer l'idole, c'est de l'idolâtrie pure et simple. C'est pour ça que j'ai toujours été en conflit avec le chef du village défunt, il soutenait l'excision. Je lui ai dit qu'il fasse son travail dans son coin, moi je fais mon travail de mon côté* »¹⁰²

La religion demeure un facteur prépondérant à la pratique des MGF qui fasse ressortir les différentes variables qui influencent la pratique de l'excision à Bourou. On peut établir un ordre de classement des religions selon le niveau d'information sur l'excision comme suit : traditionnelle (72,4%), aucune religion (68%), catholique (56,5%), autres religions protestantes (56%), islam (45,3%), protestante méthodiste (45%), autres religions (40%), christianisme céleste (37%) et autres religions chrétiennes (32,6%).

En répondant aux questions concernant l'instrument utilisé pour exécuter l'opération la plupart des gens interrogés ont répondu : « *...un seul et unique instrument par individu est utilisé même en cas d'interventions successives lors d'une même cérémonie* ». Et ce couteau sert pendant plusieurs années durant. Mais il s'observe une mutation des pratiques dans la mesure où de nos jours on utilise un instrument la lame par individu.

Cet instrument est un patrimoine qui se transmet de génération en génération et il n'existe aucune mesure de stérilisation, reconnue médicalement comme telle, qui intervienne en préalable à toute intervention. Seules des méthodes traditionnelles de stérilisation sont appliquées. Par exemple le couteau est trempé dans un bouillon de feuilles et de racines. En guise de mesure d'hygiène on prononce des paroles incantatoires puis, on plonge les instruments dans une eau saupoudrée d'une potion magique. Ils sont ensuite exposés à une fumée, tout aussi « *magique* ». Parfois toutes fillettes de 5 à 10 ans d'un même village sont excisées le même jour avec le même « *sans aucune précaution d'hygiène* ».

Le pansement de la plaie se fait souvent à l'aide d'eau chaude infusée et de savon. Une vieille femme décrit les soins apportés :

*La fille, après l'opération, doit porter une couche. Le lendemain, à domicile, deux décoctions de feuilles servent à laver la plaie ; on peut aussi utiliser la décoction d'écorce de néré. Ainsi, chaque matin et soir la même séance est reprise jusqu'à la cicatrisation complète de la plaie. Une alimentation spéciale faite de sauce à base de feuilles séchées de gombo, de haricot et de viande à laquelle on ajoute de l'eau potassée, contribue, selon les idées avancées, à accélérer la cicatrisation de la plaie. Cette sauce, aussi consommée par les nourrices, aurait des vertus cicatrisantes et accélérerait le rétablissement physique de l'excisée.*¹⁰³

¹⁰² L'entretien du 15/08/2021 avec le pasteur de l'église de Bourou

¹⁰³ Extrait du récit de vie de YAMATA NICOLE âgée de 60 ans, veuve, mère de 8 enfants, résidant à Bourou, originaire de Bourou, enquête de terrain, Aout 2021.

Dans 90% des cas, les parents géniteurs ont pris la décision de faire exciser leurs filles. La question que l'on puisse se poser est de savoir dans quelle intention les parents désirent-ils de faire exciser leurs filles ? N'est-ce pas à cause des avantages liés à la pratique ?

À la question « *Avez-vous l'intention de faire exciser vos filles ?* » un homme répond : « *A mon vivant, toutes mes filles seront excisées* ». Certains hommes sont contre l'excision et estiment que ce sont leurs épouses qui y tiennent absolument. Ce qui paraît paradoxal est que, certaines victimes en sont aussi les plus farouches défenseuses.

À la question : « *Les hommes préfèrent-ils les femmes excisées ou non excisées ?* » 5 femmes ont répondu qu'elles ne savent pas, 3 femmes ont répondu que les hommes aiment les femmes non excisées, 19 femmes ont répondu que les hommes préfèrent les femmes excisées. Sur 16 jeunes hommes qui ont répondu à la question « *allez-vous faire exciser vos filles ?* », les réponses varient de la façon suivante :

De nos jours, la tendance est d'exciser les femmes à l'âge adulte, parfois même après plusieurs accouchements. Le choix de l'âge dépend de la volonté soit de l'excisée soit de ses parents. Autrefois, les filles étaient excisées entre 15 et 20 ans avant le mariage. De nos jours, l'excision a lieu après un ou deux accouchements. Cette observation nous prouve que les opérations génitales sont susceptibles de provoquer la stérilité. La croyance populaire est parfois basée sur une vérité constatée par les grands-parents mais que ceux-ci n'expliquent pas. Un époux affirmait que « *même si on n'amène pas nos filles à l'excision, le milieu le fera* ».

Le prix à payer pour chaque cas est une somme de 5000 FCFA, pour les filles vierges et 10000 pour les non vierge en plus des présents tels que les bières locales, les chèvres et la nourriture. Ainsi, les femmes et les hommes qui s'adonnent à cette profession ont tout intérêt à ce que cette tradition se perpétue surtout quand ils savent que le nombre de leurs patientes s'évalue annuellement par dizaines.

En dehors des tarifs et des revenus courants liés à l'opération proprement dite, les exciseuses usent de multiples astuces pour gagner encore plus d'argent. Il suffit pour cela que la fille, sous l'effet de la panique ne retienne pas l'urine ou les matières fécales pour que le tour soit joué : l'exciseuse crie au scandale, son couteau a été endommagé par la fillette et, il faut un dédommagement si on ne veut pas courir le risque d'exposer la propre famille de la victime et l'exciseuse à une grande malédiction. Pour réparer la faute, les parents paient généralement un bœuf, un mouton, une poule, des colas ou autres choses citées par la chirurgienne devenue sorcière pour la circonstance. Quand la jeune fille arrive au lieu sacré ou s'effectue l'opération ou par peur refuse de se faire exciser, il faut un dédommagement sinon la fille deviendra folle deux jours après. Il arrive aussi que l'exciseuse use d'un autre stratagème pour gagner plus d'argent. Dès qu'elle

ouvre les grandes lèvres du sexe de la fillette, elle pousse un cri de stupeur qui alerte tout le monde. C'est ainsi qu'on attend dire que la patiente n'a pas un sexe normal, elle a un sexe « blanc » réputé mortel pour tout homme qui s'en approche. Or laissé tel, est très dangereux, voire mortel pour tout homme qui oserait le toucher. Il faut donc refaire les choses pendant qu'il est encore temps. Les parents paient alors plusieurs têtes de bétails à l'exciseuse, car elle seule sait ce qu'il faut pour changer la couleur du sexe de la fille.

Comme cela a été rappelé dans la partie méthodologique, il était d'abord question de se rendre compte du niveau d'information des femmes sur la pratique de l'excision à Bourou avant de leur demander si elles ont été excisées ou pas et leurs avis sur d'autres aspects. La question de l'information sur l'excision est une question dichotomique. À cet effet, on se rend compte que 97,5% des enquêtes ont répondu « avoir entendu parler de la pratique ». Il serait alors intéressant de savoir les disparités en matière d'information selon la zone d'enquête, le milieu de résidence et par rapport aux caractéristiques sociodémographiques des femmes enquêtées.

I-3 Niveau d'information des enquêtés

Tableau n°4 : Répartition des enquêtés selon le niveau d'instruction et sexe des enquêtés

Sexe	Masculin		Féminin		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Niveau d'instruction						
Non scolarisés	5	13,51	7	18,91	12	32,42
Primaire	7	18,91	12	32,43	19	51,34
Secondaire	2	5,41	3	8,11	5	13,52
Supérieur	1	2,70	0	0	1	2,70
Total	15	40,53	22	59,45	37	≈100

Source : résultat de l'enquête 2021.

Il ressort de la lecture du tableau N° 4 que 51,34% des enquêtés estiment avoir fait le primaire, regroupant ainsi 18, 91% d'hommes et 32,43% de femmes. Pour le non scolarisé on note une proportion de 32,42% soit 13,51% d'hommes et 18,91% des femmes. Pour le secondaire, il faut relever que les hommes représentent 5,41% et 8,11% de femmes. Pour le supérieur, il représente respectivement 2,70%, 2,70% d'hommes et 0% de femmes.

On constate selon le résultat de notre étude que les femmes qui pratiquent l'excision sont plus nombreuses (87,76%) dans la catégorie de celles qui n'ont pas été à l'école ou qui ont arrêté

l'école qu'au niveau primaire. Ce résultat est prévisible quand on sait que le taux d'analphabétisme est élevé au Tchad, et particulièrement celui de la sous scolarisation des filles. Une femme non instruite est loin de comprendre les sensibilisations faites dans les médias contre cette pratique et voire dans les formations scolaires ou académiques.

Tableau N°5 : Répartition des enquêtés selon le sexe et la religion

Sexe et Religions	Masculin		Féminin		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Catholique	8	21,62	11	29,73	19	51,35
Protestante	4	10,81	6	16,22	10	27,02
Islam	1	2,70	1	2,70	2	5,40
Animiste	2	5,41	4	10,81	6	16,22
Total	15	40,54	22	59,46	37	≈100

Source : résultat de l'enquête 2021

Le niveau d'information sur la religion peut s'établir comme suit : catholique 51,35%, soit 21,62% d'hommes et 29,73% de femmes. Protestante 27,02% dont 10,81% d'hommes et 16,22% de femmes. Animiste représente un échantillon de 16,22% soit 5,41% d'hommes et 10,81% de femmes. L'islam ayant respectivement en leur sein rien que 5,40% dont 2,70% les hommes et 2,70% de femmes.

La religion est un facteur qui contribue considérablement à la pratique de l'excision en Afrique. Il existe une relation significative entre la pratique de l'excision et l'appartenance religieuse des pratiquantes.

Selon notre résultat (Tableau n°5), la pratique des mutilations génitales féminines existe plus chez les femmes de la religion traditionnelle (51,35%) que celles de protestant et musulmane.

La pratique des mutilations sexuelles féminines est souvent présentée comme une pratique religieuse, notamment de la religion catholique. En réalité, le facteur principal du risque de mutilation génital n'est pas la religion, elle est liée plutôt à l'appartenance ethnique. Comme à Bourou, à l'instar des autres villages du Tchad certaines ethnies peuvent se retrouver majoritairement au cours de l'histoire dans une religion. C'est ainsi qu'on retrouve beaucoup des Sar, Nar et les Goulaye dans les églises catholiques.

Tableau N° 6 : Répartition des enquêtés selon le sexe et la profession.

Sexe	Masculin		Féminin		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Élève/Étudiant	1	2,70	2	5,41	3	8,11
Agriculteur	5	13,51	10	27,02	15	40,53
Éleveurs	4	10,81	3	8,11	7	18,92
Commerçants	2	5,41	4	10,81	6	16,22
Fonctionnaire	2	5,41	3	8,11	5	13,52
Pêcheur	1	2,70	0	0	1	2,70
Total	15	40,54	22	59,17	37	100

Source : les données de l'enquête 2021

La lecture du tableau N° 6 laisse voir que 43,24% des enquêtés sont des agriculteurs avec des proportions de 16,22% d'hommes et 27,02% de femmes suivis ainsi des éleveurs avec 18,92% dont 10,81% d'hommes et 8,11% de femmes. Les commerçants représentent 16,22% soit 5,41% d'hommes et 10,81% de femmes. Les fonctionnaires représentent 13,52% soit 5,41% d'hommes et 8,11% de femmes. Pour les élevés/étudiants on note une proportion de 8,11% soit 2,70% d'hommes et 5,41% de femmes. Les pêcheurs ayant respectivement en leur sein rien que les hommes dont 2,70% d'hommes. Globalement la population d'étude est constituée d'enquêtés exerçant une activité.

Tableau N° 7 : Répartition selon le lieu de résidence et le sexe des enquêtés.

Lieu de résidence	Masculin		Féminin		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Bourdawa	6	16,21	9	24,32	15	40,53
Nkakondo	5	13,51	7	18,91	12	32,42
Mbaya	3	8,10	7	18,91	10	27,05
Total	15	39,47	23	60,53	37	100

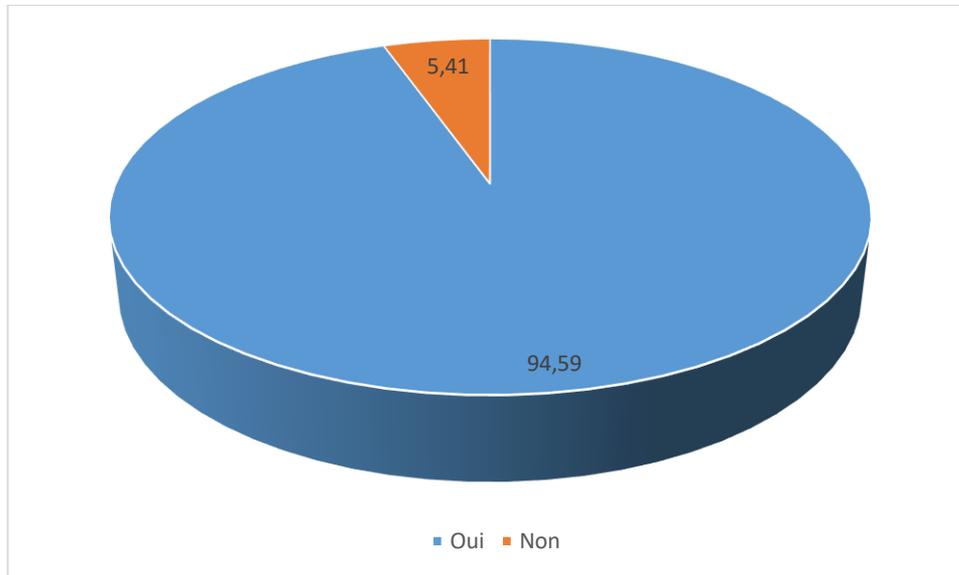
Source : Résultat de l'enquête de terrain 2021

Lorsqu'on fait intervenir l'âge de la femme, on s'aperçoit que la proportion de femmes qui ont une idée sur l'existence de l'excision augmenté avec l'âge dans toutes les zones d'enquête. C'est au-delà de 30 ans que la proportion des femmes est élevée ; 30,98% pour les femmes et filles de 15- 30 ans du quartier de Mbaya, avec 75% des femmes du quartier de Bourdawa et 44% pour les femmes du quartier Nkakondo. Ces résultats ne surprennent guerre lorsqu'on sait qu'à Bourou, il existe des zones de forte prévalence comme 75% dans le quartier de Bourdawa et 44% dans le quartier de Nkakondo. Bien que cette pratique soit ancienne, elle est perpétuée dans ladite localité.

En effet, dans les quartiers Bourdawa et Nkakondo, les communautés font évoluer collectivement les mentalités et les coutumes, ce qui explique l'enracinement de ce phénomène préjudiciable dans ces quartiers.

SECTION 2 : PREVALENCE DES MGF A BOUROU

Figure 2: Prévalence des MGF selon la connaissance de la pratique



Source : résultat d'enquête 2021.

La prévalence de l'excision est approchée à travers le nombre de femmes excisées à Bourou, par quartier et selon les caractéristiques sociodémographiques de ces femmes. Dans l'ensemble, on constate que 94,59 % des enquêtées ont été excisées. Ce qui signifie que près d'une femme sur cinq de l'échantillon a été excisée si on s'en tient à la représentativité de l'échantillon. Ces résultats montrent que la pratique de l'excision féminine à Bourou est très localisée et confirment le fait qu'en réalité l'excision est plus vécue dans le milieu. Cela s'explique par la promotion de la tradition, la sensibilisation qui se font de bouche à œil, par des médias (radio, télévision, téléphones).

I-1 Le contexte de l'excision

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

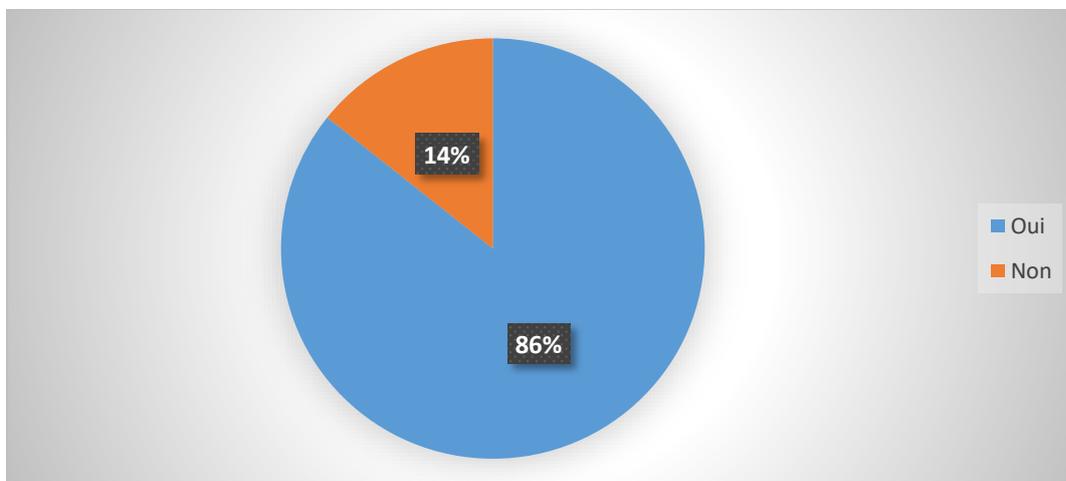
Tableau 8 : Prévalence des MGF selon l'âge lors de l'excision des enquêtés

Age de l'excision	Masculin		Féminin		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
8-12 ans	7	18,92	10	27,03	17	45,95
13-17 ans	5	13,51	7	18,92	12	32,43
18-25 ans	2	5,41	4	10,81	6	16,22
26 et plus	1	2,70	1	2,70	2	5,41
Total	15	40,54	22	59,46	37	100

Source : résultat de l'enquête de terrain 2021.

Les données sur l'âge lors de l'excision sont recueillies régulièrement car elles laissent entrevoir les circonstances de l'évènement et permettent de suivre l'évolution des tendances. L'âge du sujet lors de l'excision joue un grand rôle dans la signification sociale de la pratique. Il est évident que dans les cas où les filles sont coupées à l'âge de quelques mois ou même de quelques années, la signification rituelle pour la fille elle-même ne sera pas la même que pour une adolescente. Dans les contextes où l'excision a lieu entre 12 et 15 ans, l'intervention est souvent vécue comme un rite de passage faisant partie de cérémonies initiatiques et de grandes fêtes. Le tableau n°8 montre les pourcentages des enquêtées excisées à des âges différents. L'âge de l'intervention varie énormément d'une ethnie à une autre. Selon notre enquête, environ 45,95 % des filles sont excisées entre l'âge de 8 et 12 ans, 32,43% ont subi l'excision à l'âge de 13 à 17 ans, 16,22% de la proportion de notre échantillon ont été excisées entre 18 et 25 ans et 5,41% ont été excisées entre 26 ans et plus. Ce qui laisse croire qu'il n'y a pas un âge pour l'excision.

I-2 Perpétuation intergénérationnelle de la pratique d'excision

Figure n°3 : Prévalence des MGF selon le Soutien ou non de la pratique des enquêtés

Source : résultat de l'enquête de terrain 2021.

L'enquête contenant le module sur des questions sur les opinions et les perceptions de la pratique d'excision, mais les questionnaires variaient. Comme il est indiqué dans la figure 3. Lors de l'enquête la question a été posée de savoir si la pratique devrait continuer ou cesser. 86% de notre échantillon ont déclaré que la pratique devrait continuer et 14% pensent qu'elle doit cesser ce qui nous a permis de comprendre que la population soutenait majoritairement la pratique.

On pouvait s'attendre à ce que les femmes excisées veuillent continuer la pratique et que celles qui ne le sont pas encore soutiennent le contraire. Il s'agit de savoir quelle proportion de femmes excisées désire continuer ou abolir la pratique. Serait-il un petit nombre ? Comment est-ce que cela varierait d'une communauté à l'autre ? Y'aurait-il de grandes différences de prévalence par rapport à cette question ? La figure 3 donne des informations pertinentes. Elle montre la proportion des excisées par rapport à celles qui déclarent vouloir abandonner la pratique ou la continuer. Le chiffre principal dans ce tableau est la proportion des femmes excisées qui déclarent vouloir continuer l'excision, car ce sont celles-ci qui sont susceptibles de freiner le changement.

L'essence d'un phénomène peut être ignorés, mais les mécanismes de sa reproduction sociale demeurent et s'enracinent. Les vieillards ou doyens sont les principaux responsables du respect et de transfert des valeurs traditionnelles. N'en demeure que les autres acteurs sociaux, notamment les femmes jouent un rôle assez important dans le transfert intergénérationnel des normes et habitus. Généralement perçues comme de simple figure dans la société traditionnelle ou des sujets soumis au dictat des hommes, la contribution des femmes échappe bien souvent à l'analyse de la production sociale. De par l'organisation sociale et la répartition sexuelle des prérogatives et des attributions, certaines activités ou pratique sociales relèvent davantage du domaine de compétences de la femme. Il s'agit d'activités, qualifiées de « affaires de femmes » qui les concernent et les impliquent directement.

Le sexe et tout ce qui lui est associé ou en dérive sont généralement et par essence tabous dans les sociétés tchadiennes. Il va de soi que l'excision, opération « chirurgicale » de l'appareil sexuel féminin, concerne en premier lieu les femmes cela n'exclut pas d'autres responsabilités dans la mesure où les femmes évoluent dans une sphère sociale plus globale ou l'instauration des règles et des normes leur échappe souvent. La femme peut être dans ce sens appréhendée comme un instrument communautaire pour répondre à une attente sociale. Mais au de cette instrumentalisation, les femmes auraient une responsabilité intrinsèque quant à la perpétuation de la pratique de l'excision

I-3 La reproduction sociale de l'excision une responsabilité féminine à Bourou

Chaque année, au moins deux millions de fillettes et de jeunes filles sont menacées de mutilation génitale dans le monde, soit environ 6000 par jour. Ces filles éprouvent des douleurs,

des traumatismes et souvent de sérieuses complications physiques comme des saignements, des infections qui peuvent entraîner la mort. Loin de s'apparenter à un simple acte chirurgical, l'excision est une tradition qui s'est perpétuée au fil du temps, sous la conviction des rationalités précédemment évoquées. Elle s'est imposée dans le système de fonctionnement des sociétés, du fait de l'imaginaire, des fonctions et des enjeux qui lui sont rattachés. Aussi, des mécanismes ont contribué à sa pérennité.

Eu regard au caractère gérontocratique des sociétés africaines, les vieillards sont les dépositaires des traditions et les garants de leur survivance. A ce titre, ils veillent à la reproduction sociale des normes sociales et valeurs traditionnelles, dont l'excision. Selon la répartition sexuelle des responsabilités et des prérogatives, la prise de décision au niveau familiale relève de l'apanage des hommes. Même si leur avis n'est pas prépondérant, les femmes ont une responsabilité active et tacite dans le processus décisionnel, et surtout la mise en œuvre des actions consécutives aux décisions. Dans les attributions sociales, l'excision est considérée comme une « affaire de femmes ». Celles-ci ont par conséquent la responsabilité sociale d'assurer son organisation, sa perpétuation et sa pérennité.

Certes l'avis des hommes et souvent des fétiches sont requis, mais l'initiative d'exciser, l'organisation de la cérémonie d'excision, sa valorisation et même l'exécution de l'acte d'ablation du clitoris et des lèvres est du ressort des femmes. Le métier d'exciseuse est une tradition qui se transmet de mère à fille. Aussi chaque mère veille à ce que sa fille lui ressemble par le marquage dans sa chair de l'identité féminine. La mère a la responsabilité d'éducation de soin et d'accomplissement social de sa fille. Sous la conviction que c'est grâce à l'excision qu'elle a pu accéder à la vie conjugale, échapper à la stérilité, vivre une fécondité abondante s'épanouir socialement, être fidèle et pure, une mère ne peut souhaiter que le meilleur destin pour sa fille mais sans oublier qu'elle fait tout ça dans le but de satisfaire le désir de l'homme. À Bourou, la prévalence des MGF est estimée à 53%. Le présent chapitre permet d'étudier les conditions dans lesquelles les femmes subissent la MGF et de dégager les conséquences sanitaires qui en découlent. Dans cette section, il consiste à aborder les questions sur les conditions sanitaires des MGF ainsi que leurs conséquences sanitaires.

Ces mutilations génitales féminines se pratiquent en majorité sur les petites filles. En effet, la réponse à la question sur le moment de l'excision montre que 51,28% des femmes ont été excisées lorsqu'elles étaient petites filles et 33,33% des femmes lorsqu'elles étaient jeunes filles. Seulement 12,83% ont subi la pratique de MGF étant grandes filles. Ce constat est confirmé par le fait que l'âge de l'excision est de 9 ans.

L'on remarque dès lors que cette excision est pratiquée à Bourou sur les femmes d'âge moyen compris entre 9 et 10 ans, ce qui suppose qu'à l'âge de 9 ans la moitié des femmes enquêtées a déjà été excisée. Le niveau de maturité des femmes excisées sera examiné selon la zone d'enquête et selon le quartier.

Les petites filles subissent en majorité la mutilation génitale féminine (MGF) dans le quartier de bourdawa (88,0%) et de Nkakondo (56,8%). Par contre, les grandes filles sont en grande partie excisées dans la localité de Mbaya (53,8%). On peut conclure que le niveau de maturité des filles excisées varie d'un quartier à un autre. À Bourdawala, la MGF est surtout pratiquée dans la petite enfance, période de haute sensation et une période d'inconscience où les filles ne peuvent pas se souvenir des maux dont elles avaient souffert ; celles de Mbaya qui ont été excisées à un niveau de maturité avancé peuvent mieux relater les douleurs qu'elles avaient ressenties. Ce qui laisse croire que le vécu des filles et femmes non excisées est pitoyable. La majorité de filles et femmes excisées à Mbaya nous ont fait connaître leur mécontentement comme par exemple « *j'étais obligée d'aller me faire exciser pour éviter les moqueries et certaines injures de mes rivales et de ma belle-famille* ». ¹⁰⁴

Les pratiques de MGF sont tributaires de réalités socioculturelles au nombre desquelles on peut citer la religion, ethnie etc. Pour ce qui concerne la religion, on constate que la pratique des MGF se fait comme suit : religion animiste (11,26%), Catholique (52,1%), islam (8,44%) et protestante 28,16%. La proportion élevée des femmes excisées des religions catholiques pourrait être attribuée au fait que les communautés sont fortement des religions catholiques. Sur 100 femmes excisées fidèles de la religion catholique, 93 ont subi l'excision. La quasi-totalité des filles ont été excisées par les femmes ((99,40%). L'intervention masculine dans la pratique des MGF ne représente que 0,60%. Cet effectif d'hommes ayant réalisé l'opération d'excision se rencontre dans tous les quartiers de la localité. Cette situation est le reflet de la réalité sociologique de Bourou qui permet aux hommes de s'occuper de l'excision tout comme de l'initiation des hommes au nom de la tradition et des coutumes. Il faut signaler que les femmes exciseuses n'ont aucune qualification chirurgicale. Toutefois, cela est considérée comme héréditaire. Elles utilisent des matériels non stérilisés à plusieurs cas d'excision. Ceci peut être à la base de plusieurs problèmes sanitaires notamment la transmission du VIH.

Les attitudes des femmes face à la mutilation génitale féminine sont multiformes du fait qu'on se place dans le contexte socioculturel et du fait que les femmes sont imprégnées des conséquences sanitaires et psychologiques de la MGF. Ce sont les conséquences sanitaires qui guident plus les attitudes des femmes car il s'avère que les conséquences éduquent mieux. Les

¹⁰⁴ Entretien du 22/08/2021 avec OTOIMADJI AMOUR

attitudes des femmes Bourou face la MGF sont observées à travers les raisons d'acceptation de la pratique de la MGF, l'appréciation sur l'excision et les avis et moyens préconisés pour la suppression de l'excision à Bourou. La pratique de la mutilation génitale féminine a été appréciée par les femmes de Bourou comme une bonne chose car c'est une coutume à 98 % et seulement 10,2% de ces femmes ont déclaré que la MGF est une mauvaise chose. Cette dépréciation par la minorité pourrait être attribuée au niveau élevé d'informations de celle-ci sur les effets néfastes de la pratique d'excision sur la vie sexuelle de la femme dans leur vie quotidienne.

Selon les enquêtés, la tradition se perpétue majoritairement par le « *maintien de la tradition* », à 38,22%. Arrivent ensuite le « *rite de passage* », à 19,72%, le « *pression sociale* » à 16,91%. Les autres items ont des taux de réponse plus faibles : « *analphabétisme* » (14,08%), « *bravoure* » (8,46%). Ici encore, on remarque que les motivations principales ne sont pas majoritairement la peur de l'exclusion sociale, puisque « *être accepté par sa famille* » et « *arriver à se marier* » ne représentent que 17%. Cela est peut-être propre à Bourou car, c'est une localité où la MFG n'a pas régressé donc, non généralisable aux autres localités. Mais à part le maintien de la tradition qui est une réponse majoritaire, les autres réponses sont multiples. Une autre question dont les réponses vont dans le phénomène de régression à Bourou : 95% des enquêtés estiment que la pratique de l'excision se développe à Bourou. 0% pense qu'elle diminue, 37% pensent qu'elle reste constante. À la question « *feriez-vous exciser votre fille ?* », 93% répondent « *oui* ». Cependant, 26% pensent que les législations locales et la pénalisation ne leur empêchent d'effectuer la pratique dans la clandestinité puisque c'est en accord avec les chefs du village que l'excision se pratique dans la localité.

Un sujet évoqué en société : levée d'un tabou environ 70% des enquêtés déclarent que le sujet de l'excision est « *souvent* » évoqué autour d'eux, 20% « *parfois* », et environ 8% « *jamais* ». On constate que lorsqu'il est évoqué, il l'est majoritairement entre personnes de sexes opposés, à 52%. Il est évoqué à 23% entre deux femmes, et à 23% entre deux hommes. Le sujet n'est donc pas réservé à un sexe. C'est un sujet évoqué à la fois par les jeunes à 24%, que par les personnes âgées à 30%, parfois dans des échanges entre générations différentes à 24%. 25% des enquêtés estiment que le sujet est évoqué par tout le monde. 10% des enquêtés estiment que l'excision n'est évoquée par personne. D'après ces données, on remarque que le sujet n'est pas un tabou à Bourou.

Cependant, 34% estiment que le sujet est évoqué par les parents et 41% par les tantes. De plus, la plupart des enquêtés expriment que leur mère, leurs grand-mères maternelle et paternelle, ainsi que leurs sœurs sont excisées. On a dans chaque cas de figure les mêmes proportions : 85% savent, et 10% ne savent pas. On remarque ainsi que bien que le sujet ait l'air d'être évoqué assez facilement (cf. question précédente), il l'est peut-être plus au sein de la sphère familiale. C'est un

sujet qu'on aborde plus en société et en famille. Dans la représentation sociale des femmes excisées et non excisées

Les représentations sociales liées au statut des femmes excisées sont révélatrices des qualités attendues et de la position qu'elles doivent occuper au sein du ménage pour accéder à la reconnaissance sociale. Dans la longue liste des vertus attribuées aux femmes excisées, celle de la fidélité est de loin la plus valorisée. À la question « *À quoi sert l'excision ?* », près de 70 % des hommes et des femmes interrogées déclaraient qu'elle servait à assurer la fidélité dans le couple.

Pour moi, je ne vois pas d'avantage en tant que tel, mais elles disent que ça permet à la femme d'être fidèle avec son mari et aussi d'être sage ¹⁰⁵, « *C'est bien l'excision, parce que la différence entre une femme excisée et une femme non excisée, c'est que celle-là reste fidèle. Les autres, même un mois, elles ne vont pas attendre leur mari. L'homme cherche toujours à avoir ce qui est bien. Si la coutume demande que tu le fasses, il faut le faire* » ¹⁰⁶, « *La femme reste fidèle à son mari, même si son mari voyage pendant des années, elle est stable, elle ne fait pas de désordre* » ¹⁰⁷ « *Quand tu es excisée, tu respectes la loi coutumière, tu seras sage et fidèle et tu deviens une femme respectueuse* » ¹⁰⁸ « *Ça te permet d'être stable, tu n'as pas trop besoin de l'homme, tu peux faire un ou deux ans sans rapport sexuel.* » ¹⁰⁹

Les autres réponses concernaient, par ordre d'importance, la préparation du repas initiatique des hommes (60 %), la protection de la virginité, l'augmentation du plaisir des hommes, l'hygiène, l'esthétique et la facilité à accoucher : « *C'est pour préserver la dignité, pour éviter la calomnie, le divorce ou la séparation dans un foyer polygame, et pour ne pas être mise à la marge lors des cérémonies à caractère rituel* » ¹¹⁰. « *Les femmes non excisées ne sont pas considérées, elles reçoivent des injures et sont mises à la marge pendant la période de l'initiation des hommes. On dit généralement qu'elles dégagent des odeurs nauséabondes* » ¹¹¹, « *Les gens croient que quand tu coupes, ça te rajeunit, et tu as la peau qui brille, mais si tu laisses ça te vieillit* » ¹¹² « *Il y a des gens qui pensent que les lèvres empêchent les femmes d'accoucher normalement, que ça empêche la tête du bébé de sortir* » ¹¹³. Le contrôle de la sexualité des femmes, qui garantit leur fidélité, est mis en avant : « *C'est pour contrôler le sexe des femmes, pour être fidèle, pour que la fille soit belle et propre, parce que dans la société Sara on dit que les femmes non excisées dégagent trop d'odeurs* » ¹¹⁴

L'excision est également justifiée afin d'éviter les divorces et garantir la cohésion dans l'espace domestique. Il est intéressant de constater que la cohésion familiale est un argument qui

¹⁰⁵ L'entretien du 17/08/2021 avec Madjoukoutou

¹⁰⁶ L'entretien du 11/08/2021 avec Moussa le boutiquier peul

¹⁰⁷ L'entretien du 11/08/2021 avec Zara la femme du boutiquier

¹⁰⁸ L'entretien avec Minga du 11/08/2021

¹⁰⁹ *Idem*

¹¹⁰ L'entretien avec le chef du village du 10/08/2021

¹¹¹ *Idem*

¹¹² L'entretien avec aignona du 15/08/2021

¹¹³ L'entretien avec Mirangaye du 14/08/2021

¹¹⁴ *Idem*

est mobilisé pour légitimer comme pour rejeter l'excision. Il en est de même avec la virginité. Pour certains, l'excision permet de garantir la virginité ; pour d'autres, elle engendre l'entrée précoce dans la vie sexuelle. « *Le problème, ce sont les tantes paternelles et les autres femmes du mari s'il est polygame. Ce sont elles qui vont insulter la fille. Les coépouses peuvent dire « ton clitoris va balayer la cour », il y a aussi des chants pour dénigrer les filles koï (les filles folles) »*¹¹⁵. La protection de la virginité est donc une justification récurrente du maintien de l'excision, ce qui semble assez paradoxal. Le jour de l'excision, les exciseuses sont chargées de vérifier que les jeunes filles sont vierges. Chez les musulmans, les jeunes filles qui ne sont plus vierges ne peuvent être excisées, mais chez les autres groupes, notamment les Sars, le coût de l'excision dépend de la virginité des filles.

Photo n° 1: cérémonie de sortie des filles nouvellement excisées



Source : Résultat de l'enquête de terrain 2021

Cette photo montre les jeunes filles excisées sorties nouvellement du couvent, revêtues des accoutrements traditionnels à la place publique cette cérémonie nous laisse croire que ces filles cherchent à exprimer leur joie de devenir des vraies femmes et atteindre la phase de responsabilité. Cette expression de la joie se manifeste par les danses au rythme des tam-tams, chants et des youyous. Les filles sont couvertes des accoutrements traditionnels, des colliers, bijoux, chaînes, bancelles, perles etc. pour prouver combien la fille est belle et prête à affronter la vie conjugale, l'huile traditionnel appelé "ndebe" pour les faire savoir que la fille excisée brille au regard de tout le monde et elles sont désirées par les hommes cette manière ce traduit par le fait que la fille doit continuer à prendre soin d'elle leur visage doit être couverte de perles parce qu'elles sont des nouvelles créatures et elle doit être préservée, elles sont devenues des peuls rares. Mais en réalité c'est une forme de mascarade, de torture affligées à ces jeunes filles, certaines filles ont du mal à danser parce que le paie ne s'est pas cicatrice.

Il est vrai que c'est beau de danser mais comment danser avec une paie entre ses jambes ? La douleur est intense pire encore que le jour où on coupait mon clitoris. Mon sang coulait abondamment et j'ai eu le vertige. Quand j'ai refusé de danser on me grondait

¹¹⁵ L'entretien avec la Présidente de l'Association des Femmes pour l'Unité et la Paix au Tchad (AFUPT)

et me demandait de serrer mes fesses et venir danser car c'est par-là que je deviendrais femme, une femme n'a peur de rien.

De fait, l'excision symbolise également le passage de la virginité à la procréation et marque donc l'entrée dans la vie sexuelle. Pour certaines de nos enquêtés, il s'agit d'une « motivation » supplémentaire qui pousse les filles à vouloir être excisées jeunes. Une représentante de l'action sociale abonde dans ce sens en affirmant que :

Le problème aussi c'est la situation sociale des femmes après l'excision, elles se croient mûres alors elles vont faire du vagabondage sexuel, c'est dû à la pauvreté. Traditionnellement, quand une fille n'est pas excisée et qu'elle va à l'excision, on va l'obliger à dire la vérité et on fait un examen. Donc la fille veut aller à l'excision tôt, ça lui permet d'avoir des rapports sexuels après.¹¹⁶

Cet examen qui consiste à garantir la virginité des filles serait également un facteur explicatif des excisions et des mariages précoces. En effet,

Elles font cela à cet âge pour préserver la virginité. Si tu es trop grande, tu peux connaître l'homme avant l'excision et ce n'est pas bon » « Les filles excisées se sentent mûres et pensent directement au mariage, alors ça crée des mariages précoces. La plupart des filles qui vont à l'excision ont entre 9 et 15 ans, plus les rapports sexuels sont précoces, plus l'excision sera précoce.¹¹⁷

Par la suite, un des enjeux de l'analyse était de percevoir quelle était l'image de la femme dans la société, selon qu'elle était excisée ou non : Le fait de ne pas être excisée est vécu comme : « N'a pas d'importance » à environ 60%, une « féminité assumée » à 22%, un « signe de modernité » à 15%. Nous avons 8% de « non répondu ». 1 étudiant pense que c'est une « tare », pense que c'est une « impureté ». Ces chiffres suggèrent le fait d'être acceptée en n'étant pas excisée.

Le fait d'être excisée est vécu comme : « une infirmité » à 38%, « l'appartenance à une époque révolue » à 9%, ce qui rappelle encore une fois le caractère récent. Il est vécu comme « n'a pas d'importance » à 7%, et comme « une difformité » à 56%. Il est important de noter qu'ici, certains termes utilisés comme « infirmité » ou « difformité » ont un sens fort et représentent 46% des réponses. Environ la moitié des enquêtés a donc un avis très tranché sur la question. 86% des enquêtés estiment qu'être excisé est « une fierté », et 24% pense que l'excision « permet de se marier plus facilement », 100% étudiants pensent que c'est un « signe de bonnes mœurs ». L'excision a lieu majoritairement dans la petite enfance, à 68%. Elle peut avoir lieu l'adolescence (20%). Il n'y a vraisemblablement pas d'âge précis, mais l'excision est plus largement pratiquée chez la petite fille que chez l'adolescente.

¹¹⁶L'entretien avec le représentant de la délégation de l'action sociale du 17/08/2021 à Ndjamena

¹¹⁷ L'entretien avec le représentant de la délégation de l'action sociale du 17/08/2021 à Ndjamena

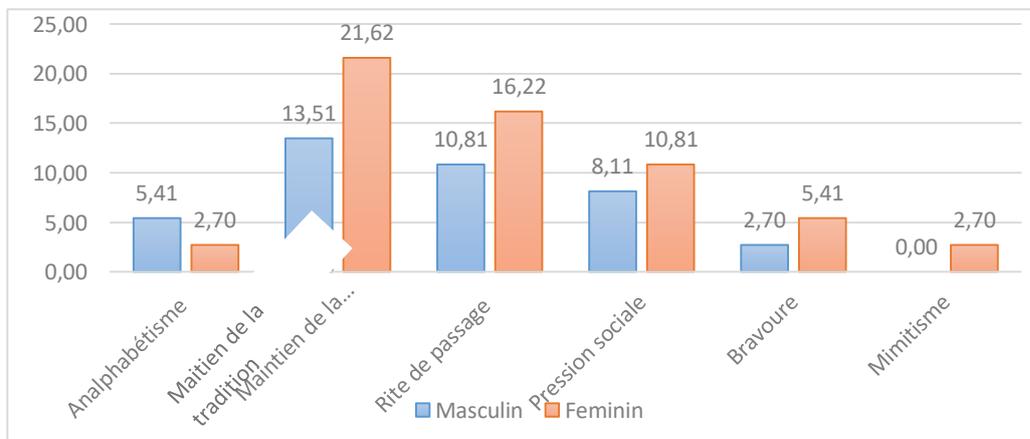
CHAPITRE 2 : PESANTEURS SOCIOCULTURELLES ET PERSISTANCE DE L'EXCISION DANS LA COMMUNE DE BOUROU

Dans ce chapitre les pesanteurs socioculturelles en rapport à la pratique de l'excision dans la commune de Bourou seront mises en exergues afin de mieux comprendre la persistance de ce phénomène.

SECTION 1 : PESANTEURS SOCIOCULTURELLES FAVORISANT LA PRATIQUE DE L'EXCISION DANS LA COMMUNE DE BOUROU

Lors de l'enquête, il a été demandé aux enquêtées de dire si elles souhaitaient la continuation de la pratique et, si oui, pour quelles raisons. Les réponses pré-codées comprenaient: 1) la coutume, la tradition; 2) bonne tradition; 3) la religion l'exige; 4) la propreté, l'hygiène; 5) la virginité, la moralité; 6) meilleures possibilités de mariage. Les enquêtées pouvaient citer plusieurs raisons. La figure 4 montre les raisons données le plus fréquemment par les enquêtées en rapport à la continuation de la pratique. Une grande proportion des enquêtées ont cité « *la tradition* » ou « *la coutume* » terme considéré comme plus ou moins équivalent comme la raison principale légitimant la pratique de l'excision. Le terme « *bonne tradition* » figurait dans plusieurs questionnaires et était aussi souvent cité comme raison. Le terme « *religion* » pose la question de l'obligation d'exciser comme un impératif de leur système de croyances. Les termes « *virginité* » et « *moralité* » sous-entendent que l'excision protège la virginité de la fille et empêche un comportement immoral selon les normes de la communauté. Les termes « *propreté* » ou « *hygiène* » s'appliquent plus aux normes esthétiques du corps de la femme qu'à la notion de ce qui est sale ou propre.

Figure n°4: Prévalence des MGF selon les raisons de la pratique de l'excision des enquêtés.



Source : résultat de l'enquête de terrain 2021.

L'enquête qualitative fait ressortir, le maintien de la tradition comme facteur principale de la persistance de l'excision. 35,14% des enquêtés ont reconnu que la pratique de la MGF à Bourou est une exigence de la tradition. Ensuite 27,03% de notre échantillon ont répondu qu'il s'agit d'un rite de passage. 18,92% des enquêtés déclarent que c'est la pression sociale. Enfin les raisons comme l'analphabétisme et bravoure représentent 8,11% de chaque côté et le mimétisme ayant respectivement que 2,70%. Les réponses comme « *valorisation de la femme* », « *dignité sociale* » et « *rite de passage* » ont été invoquées par les femmes ayant subi l'excision. Plusieurs hommes ont insisté sur la tradition, par exemple Otoimadje déclare que « *pour le maintien de la tradition nous continuons à encourager la pratique en subventionnant et participant quelque fois à l'opération pour maintenir de force les filles qui ont peur d'être excisées car nous risquons de perdre nos femmes* »¹¹⁸. Il ressort que leur objectif est de n'avoir aucune fille non excisée dans le village. Et pour cela, il ne ménage aucun effort, quitte à recourir à la force Rassemgué Djotoimadje affirme que « *c'est lui qui chassait les filles non excisée au village pour leur faire exciser* »¹¹⁹. Lorsque les filles/femmes ne sont pas physiquement contraintes à être exciser c'est la pression sociale qui est mobilisée.

1-1 La pression sociale

Les mêmes paramètres qui, dans une tradition, obligent les individus à bien se comporter dans la société, peuvent tout aussi bien servir à intimider les mêmes individus en les amenant à se plier au respect des traditions même si celles-ci ont des effets pervers. D'où les interrogations suivantes : si effectivement la société exige de telles pratiques, est-ce que la femme est vraiment libre de choisir et de s'opposer à l'excision ? Si elle doit être l'objet de moqueries de la part de ses pairs, est-ce qu'elle a vraiment le choix ? Qui peut vivre comme un paria dans sa société ? Concernant une femme adulte qui subit l'opération, les exigences de sa communauté ne lui permettent pas de refuser librement et aisément.

À Bourdawa par exemple, si les vieilles femmes disent aux filles et femmes non excisées qu'en recourant à cette pratique, elles seront sages et qu'elles peuvent prouver leur courage seulement en se faisant exciser, les filles et les femmes sont susceptibles de se laisser exciser. Les chefs de la tradition autorisent seules les femmes excisées de participer aux tâches ménagères de leurs enfants nouvellement initiés, par peur de perdre leurs enfants en brousse, les femmes acceptent de se faire exciser. Une autre forme de pression consiste pour les personnes âgées à relever que les fétiches vont rendre les filles/femmes folles si elles ne subissent pas l'excision. Les parents et tuteurs estiment qu'une fille/femme n'aura pas de valeur si elle ne se faisait pas exciser

¹¹⁸L'entretien du 13/08/2021 avec Otoimadje

¹¹⁹ L'entretien du 14/08/2021 avec Rassemgué Djotoimadje

de plus elle ne pourra pas se marier, si elles ne sont pas excisées. De plus, pour être considérée comme majeur dans leur communauté, les femmes doivent subir cette opération.

1-2 Injures proférées à l'endroit des femmes non excisées et contraintes d'excision

Si les rites ont toujours constitué un objet d'étude privilégié en anthropologie, c'est qu'ils sont des éléments fondateurs de l'organisation sociale des peuples. Nicole Sindzingre explique qu'en attribuant à chacun sa place dans le temps et l'espace, le rite de passage ne se limite pas à une simple vocation sociale, sa fonction socialisante est une nécessité qui laisse supposer que la société ne pourrait pas exister sans lui. Le rite de passage permet en effet le conditionnement de l'individu par l'assimilation de règles définies pour un statut donné. Toutes ces étapes, qu'elles soient biologiques ou sociales, mettent en jeu des émotions collectives¹²⁰.

Le rituel agit donc comme un mécanisme de ségrégation en même temps que de cohésion : il est à la fois discriminatoire et émancipatoire. À cet égard, l'initiation est l'institution par laquelle s'établit « *le contrat social* » entre la communauté et l'individu ; contrat qui scelle le clivage entre comportement « *conforme* » et comportement « *déviant* ». Ainsi les filles/femmes qui respectent ce contrat sont perçues comme « *dignes et éduquées* ». Celles qui ne le respectent pas sont « *immorales et bornées* ». De fait, la sanction sociale vis-à-vis des filles non excisées est souvent implacable. Dr Djimet Noël, responsable du centre de santé de Bourou s'exprime à ce sujet en ces termes « *on traite les filles non excisées de koï, ça veut dire une chouette, c'est un animal qui est mauvais, qui mange la nuit, donc qui attend la nuit pour aller voir les hommes* »¹²¹. Les représentations populaires à l'égard des femmes non excisées combinent régulièrement des caractéristiques physiques, comportementales et morales. C'est le propre de la stigmatisation, et celle-ci s'encombre rarement de contradictions.

Dans les discours, les filles/femmes qualifiées de « *koï* » sont ignorantes, irrespectueuses et irresponsables. Elles ne sont pas « *de vraies femmes* » car elles ne se sont pas débarrassées de leurs agrégats masculins, mais sont tout de même des femmes de petite vertu. Trois principaux stéréotypes visant les femmes non excisées sont régulièrement mis en avant : la saleté (caractéristique physique), l'irresponsabilité (caractéristique comportementale) et l'appétence sexuelle (caractéristique morale). Dans ce sens Neloumta Togasra dit que « *si tu es koï, à l'âge de la puberté, le volume de ton clitoris augmente, tu marches difficilement. En plus, les koï ne réfléchissent pas avant de s'exprimer* ». ¹²²Adjimta Justine pour sa part souligne qu'elle était d'accord pour y aller parce que ses amies avaient participé et aussi parce qu'on la qualifiait de

¹²⁰ Sindzingre Nicole, Un excès par défaut : excision et représentation de la féminité. L'Homme, 1979, tome 19, Les catégories de sexe en anthropologie sociale

¹²¹ L'entretien du 16/08/2021 avec Dr djimet Noël, responsable du centre de santé de Bourou

¹²² L'entretien du 13/08/2021 avec NeloumtaTogasra

« *koï* », on dit que tu sens très mauvais. Cette dernière a dû forcer sa mère à l'exciser.¹²³ À la réalité « *on ne les considère même pas, on dit "c'est une koï qui parle"* ». *Elles reçoivent des moqueries, elles sont parfois écartées des prises de décision et sont méprisées* ».¹²⁴

Allant dans le même sens que Sylvie Fainzang¹²⁵, une femme non excisée n'est pas une femme, ce n'est pas refuser de constater sa spécificité biologique, mais exprimer qu'elle n'a pas reçu sur son corps la marque du groupe qui la définit socialement comme telle. Il ne s'agit donc pas seulement d'un marquage du sexe féminin, mais d'un marquage du rôle social défini par son sexe : la femme doit être dépourvue de son clitoris afin de pouvoir se ranger dans le type de comportement que l'on attend d'elle.

À l'inverse, lorsqu'une femme n'est pas excisée, elle est de fait exclue de ce marquage social et dépourvue des vertus et valeurs qu'une « vraie » femme est sensée posséder. « *Quand tu n'es pas excisée, on t'insulte, on dit que tu as un pénis, donc tu n'es pas une vraie femme, il y a des bagarres* »¹²⁶ La sanction sociale à l'égard des femmes et des jeunes filles non excisées est parfois si virulente que nombre d'entre elles déclarent avoir insisté auprès de leur mère pour être excisées, le risque d'exclusion sociale semble bien plus redouté. L'enquête de terrain révèle que parmi les femmes interrogées, 80 % avaient accepté de « *partir* » à l'excision. Les justifications font la plupart du temps référence à la peur de la stigmatisation et à la nécessité de se conformer à la norme dans la mesure où « *une fille qui ne passe pas par l'excision est négligée, injuriée et maltraitée, c'est ça qui les pousse à aller à l'initiation* »¹²⁷ Mieux encore « *Mes amies étaient parties à l'excision donc j'ai forcé ma mère à me faire exciser. Avant on m'insultait de Koï, je me sentais très mal* » « *J'étais petite et on m'a dit que c'était notre coutume, qu'il fallait passer par l'excision pour être une femme, donc j'ai accepté* »¹²⁸

À Bourou, il a été constaté que les femmes non excisées sont souvent injuriées (particulièrement par leurs coépouses) et n'ont aucune dignité. Les hommes abusent d'elle sexuellement puisqu'elles sont considérées comme les putes sans valeur et cette peur de l'insulte et de non considération constituent des facteurs influant d'une grande importance comme il ressort des propos de Mandallah Grâce « *on t'insulte de koï, tu es une prostituée, on dit que ton clitoris ramasse le sable* ».¹²⁹

¹²³ L'entretien du 13/08/2021 avec Adjimtajustine

¹²⁴ L'entretien du 12/08/2021 avec Madjera

¹²⁵ Fainzang Sylvie, Circoncision, et rapport de domination, in : Anthropologie et société, 1985

¹²⁶ L'entretien du 12/08/2021 avec Matimé

¹²⁷ L'entretien du 16/08/2021 avec le docteur djimetnoel

¹²⁸ L'entretien avec Klaranouba du 14/09/2021

¹²⁹ L'entretien du 10/08/2021 avec Mandallah grace

L'excision facilite la création de l'enthousiasme familial, les liens familiaux et sociaux. La femme excisée reste fidèle à son mari en cas d'absence.

Dans les communautés au sein desquelles l'excision est une pratique commune, celle-ci fait partie des normes sociales établies. La pression est énorme. Ceux qui ne respectent pas la norme sont stigmatisés. Ils ne seront jamais traités comme des adultes et risquent d'être considérés comme des marginaux de société. Les filles qui n'ont pas été excisées craignent d'être l'objet de moqueries et d'être ridiculisées par leurs pères et leurs parents ont peur de ne pas leur trouver d'époux. Il est donc assez commun de voir des jeunes filles qui demandent à être excisées dans le seul but d'être acceptées de leurs paires et leur communauté. Une maman s'exprime à ce sujet en ces termes : « *l'excision est une bonne chose parce qu'elle vous apporte le respect. Il faut que ma fille soit excisée, sinon ses amies vont se moquer d'elle. Celles qui n'ont pas été initiées ne sont pas respectées et n'ont pas le droit de prendre part aux rassemblements* ». ¹³⁰

Même dans les endroits où la pression sociale n'est pas aussi intense, les jeunes filles et leurs mères choisiront souvent de perpétuer la pratique. Dans la plupart des zones rurales du Tchad, le statut d'une jeune fille est en fait lié à la conformité au groupe. Tout ce qui peut la rendre différente des autres est susceptible d'attirer sur elle une attention défavorable et de ternir sa réputation. Ainsi, la première génération de filles qui ne sont pas excisées doit faire face au handicap d'être différentes. En fait, même si le village entier a décidé en faveur d'abandonner l'excision, ces jeunes filles continueront d'avoir peur de toujours être désavantagées. Inkoh dit dans cette perspective que « *La loi (empêchant l'excision) n'est pas bonne. Nous voulons faire comme nos grandes sœurs. Ça fait tellement mal d'être différent. Si on en avait le moyen, on le ferait en cachette. C'est la famille qui nous en empêche, c'est tout.* » ¹³¹

1-3 Mécanisation de la pratique

Au Tchad, comme dans de nombreux pays du Sahel, il existe une distinction importante entre cadre médical formel et pratiques médicales informelles. Ces catégories de pratique ne sont pas forcément liées à leur caractère légal ou illégal (les avortements se pratiquent parfois illégalement par des professionnels de santé et les accouchements s'effectuent en majorité dans un cadre non médical), mais c'est tout de même dans la clandestinité que les pratiques pénalisées s'effectuent la plupart du temps. Ce constat est particulièrement vrai pour l'excision, mais il l'est aussi pour l'avortement ou l'ablation de la lchette ¹³² .

¹³⁰ L'entretien avec MINGUEMADJI RACHELLE du 19/08/2021

¹³¹ L'entretien avec Inkoh du 10/08/2021

¹³² La pratique de l'ablation de la lchette est encore courante au Tchad puisqu'environ un enfant âgé de moins de cinq ans sur deux (48 % contre 47 % à l'EDST-II, 2004) en a été victime. Dans le Mandoul, cette proportion s'élève à 63 % (EDS 2014).

Dans les villages tchadiens, il est plus fréquent que les pratiques réelles s'adaptent aux urgences quotidiennes et aux prérogatives coutumières qu'aux lois promulguées au niveau central, d'autant que les institutions censées faire respecter ces lois sont rarement décentralisées. En d'autres termes, que l'on soit pour ou contre l'excision, l'avortement ou l'ablation de la lchette, il faut bien qu'un soignant prenne en charge les complications quand elles arrivent. La prise en charge s'effectue alors dans l'urgence, dans la clandestinité, et « *avec les moyens* » du bord. Elle n'est ni idéale ni souhaitable sur le long terme, mais elle existe bel et bien. En ce sens, plus qu'un changement radical, on peut faire l'hypothèse d'un probable « *glissement* » graduel d'une pratique traditionnelle vers sa médicalisation informelle : recours aux médicaments en cas de problème puis recours systématique, recours à un professionnel de santé en cas d'urgence après l'excision puis recours systématique, etc.¹³³.

De fait, ces pratiques médicales informelles placent les soignants dans un autre type de dualité : celle de venir en aide sans créer pour autant de « *demande* », « *être présent* » lors de l'acte sans pour autant le légitimer. Ce dilemme est également présent lors des campagnes de prévention du VIH visant l'abandon de l'outil traditionnel au profit du rasoir à usage unique. Cette transition souhaitée d'un type d'outil à une autre repose implicitement sur la reconnaissance de la pratique.

La reconnaissance de l'existence de l'excision comme pratique néfaste ne signifie en aucun cas sa légitimation. Cependant, il est montré ici que les mécanismes de prévention et de prise en charge liés à l'excision se rapprochent dangereusement de la stratégie de réduction des risques utilisée ailleurs par les soignants pour faire face à un autre problème de santé publique lié à une pratique illégale : l'usage de drogue¹³⁴.

Cette analogie n'a certainement pas pour objectif d'orienter l'approche de la réduction des risques vers la pratique de l'excision car cela constituerait un argument favorable à la médicalisation de celle-ci. Elle montre au contraire qu'un tel « *glissement* » de la pratique vers un type « *acceptable* » d'excision est malheureusement possible. Car, si l'exemple de la réduction des risques associée à l'usage de drogue est pertinent pour les usagers de drogue, elle ne peut en aucun cas constituer une solution pour les jeunes filles qui subissent les MGF¹³⁵.

¹³³ La pratique de l'ablation de la lchette est encore courante au Tchad puisqu'environ un enfant âgé de moins de cinq ans sur deux (48 % contre 47 % à l'EDST-II, 2004) en a été victime. Dans le Mandoul, cette proportion s'élève à 63 % (EDS 2014).

¹³⁴ La réduction des risques (RdR) est une stratégie de santé publique qui vise à prévenir les dommages liés à l'utilisation de « drogues ». Cette approche s'inscrit dans une démarche de promotion de la santé physique, mentale et sociale. La RdR se distingue de la prévention de l'usage et des traitements, dont elle se veut complémentaire. En effet, si les traitements ont pour objectif un changement d'ordre sanitaire et / ou psychosocial, si la prévention a pour objectif de diminuer l'incidence de l'usage de drogues dans la population, la réduction des risques a quant à elle pour objet de réduire les risques et de prévenir les dommages que l'usage de drogues peut occasionner chez les personnes qui ne peuvent ou ne veulent pas s'abstenir d'en consommer. (Www.reductiondesrisques.be)

¹³⁵ Op. cit

En d'autres termes, le recours à la médicalisation pour préserver les jeunes filles de la souffrance ne « réglerait » qu'une partie infirme du « problème » lié à l'excision, et garderait intactes les conséquences sociales et psychologiques associées à la pratique. Cependant, l'hypothèse d'une médicalisation future plus diffuse de la pratique semble bénéficier d'un certain assentiment de la population. Comme nous l'avons vu, nombreux sont les individus favorables à ce que la pratique perdure¹³⁶, tout en reconnaissant les risques sanitaires qui y sont liés. Préserver la pratique en réduisant les risques sanitaires semble ainsi faire l'objet d'une certaine approbation.

Cette « solution » de la médicalisation de l'excision a d'ailleurs été évoquée durant l'enquête de terrain par des professionnels de santé, dont deux Médecins Chefs de District (MCD) en ces termes

Maintenant que c'est interdit, les gens le font clandestinement dans des conditions désastreuses. Il faut le faire dans des conditions acceptables, par exemple en Afrique de l'Ouest, ils le font à l'hôpital. S'il y avait une structure qui apprenait aux exciseuses comment faire, ça serait mieux, il faut leur montrer comment faire. Elles font n'importe quoi, elles enlèvent en profondeur, elles enlèvent les grandes et les petites lèvres. Vers Sarh, elles enlèvent les petites lèvres seulement. Les exciseuses doivent être formées et informées, mais là, elles font ça dans l'ignorance. Il faut que ça devienne quelque chose de professionnel.¹³⁷

Mieux encore, « si le ministre décide que c'est impossible d'arrêter l'excision, il faut médicaliser, les problèmes seront minimes, ça peut arranger tout le monde¹³⁸ » De plus,

C'est très valorisé, ça veut dire qu'on est brave. C'est comme pour les hommes avec la circoncision, si on le fait au village, on est brave, mais si on le fait à l'hôpital avec l'anesthésie, on est faible, mais la même problématique peut arriver avec les femmes pour l'excision, elles ne veulent plus souffrir.¹³⁹

Nous le voyons, la recherche d'un type d'excision qui serait « acceptable » pour « tous » semble constituer un compromis satisfaisant « pour certains ». Le choix de privilégier l'excision de type 1 plutôt que celle de type 2 en est une illustration. En effet,

Il faut convaincre les exciseuses qu'il faut se limiter au sommet, au capuchon du clitoris. Il faut changer la façon de sensibiliser, enlever le capuchon, c'est acceptable. Pénaliser la pratique, ce n'est pas la solution. Les gens vont dire "vous voulez vous attaquer à notre tradition". Ils disent que les gens qui sont en ville ont eu une éducation occidentale, qu'ils ne comprennent plus la tradition.¹⁴⁰

¹³⁶ 76 Selon l'EDS 2014, 29 % des femmes interrogées pensent que la pratique doit continuer (15 % chez les Saras et 57 % chez les Arabes). Ce chiffre est cependant à relativiser dans le contexte judiciaire actuel qui engage plutôt à la sous-déclaration. D'ailleurs, 26 % des répondants déclarent ne pas avoir d'opinion et 45 % être contre.

¹³⁷ Les propos de médecin de l'hôpital de Koumra lors de l'entretien du 18/08/2021

¹³⁸ *Ibidem*

¹³⁹ *Ibidem*

Comme nous l'avons vu, cette mise en avant de l'excision de type 1 au profil de l'excision de type 2 semble également relayée par certains chefs religieux qui y voient la possibilité de préserver une pratique jugée religieuse sans porter atteinte à la santé des femmes.¹⁴¹

1-5 L'excision comme rite de passage

La fonction symbolique de l'excision est de « *marquer* » le passage de l'enfance à l'âge adulte. Cette interprétation classique du rituel reste vive dans les discours. Toutefois, ce passage d'une classe d'âge à une autre nécessite un temps d'éducation.

L'éducation a ici valeur de conformité (comprendre la norme pour s'y conformer), mais paradoxalement aussi d'émancipation (accéder au statut de femme et au pouvoir décisionnaire). Le rituel est le lieu d'apprentissage des règles sociales, familiales et conjugales qui régissent le statut de femme et lui permettent d'accéder pleinement à la reconnaissance de ses pairs.

De fait, à la question « *À quoi sert l'excision ?* », la majorité des répondants mentionne l'éducation des filles, dont la finalité est la dignité des futures épouses et la légitimité sociale comme l'illustre ces quelques extraits d'entretiens : « *on pratique l'excision pour que les femmes soient respectueuses dans le foyer et qu'elles se sentent libres parmi les gens* » ; « *on pratique l'excision car elle est une tradition ancestrale, elle apporte l'éducation et la dignité dans le foyer* »¹⁴², « *Ma femme a été excisée pour préserver sa dignité en pays Sara. L'excision c'est pour l'éducation, la danse, l'obéissance aux parents et dans le foyer, pour être respectée dans la société Sara et pratiquer la prise de décision et pour ne pas être mise à la marge lors des cérémonies à caractère rituel* ». ¹⁴³

L'épreuve de l'excision constitue un changement de classe d'âge ; l'excisée entre dans la classe de la sagesse. Cette épreuve est aussi et avant tout une formation au « *stoïcisme* ». C'est-à-dire une idéologie qui professe le courage, l'endurance qui permet à la victime de supporter toutes les souffrances. Chacun retient que la douleur peut et doit être maîtrisée. Il faut que les femmes subissent l'excision pour garder leur pureté corporelle. De plus, les femmes subissent l'excision pour résister au mariage. Il faut qu'elles soient excisées pour prendre part à certaines réunions traditionnelles. En effet, une femme excisée est la plus écoutée, respectée.

Il ressort que la plupart des femmes veulent conserver cette pratique car pour elles, c'est une occasion de démonstration de courage, de joie, de louange et de gloire. Mawal a rapporté que l'excision facilite la soumission aux règles de la vie.

¹⁴¹ Dynamique et normes sociales liées aux MGF dans le Mandoul, rapport de recherche, groupe Urgence. Réhabilitation. Développement, mai 20220

¹⁴²L'entretien du 15/08/2021 avec RamadjeNeldi

¹⁴³L'entretien du 10/08/2021 avec le chef du village

Dans cette localité, l'excision est une part importante d'un rituel initiatique de passage à l'état adulte. L'initiation est nécessaire afin de devenir une femme « *à part entière* ». Même à un âge avancé, les femmes (et les hommes) qui n'ont pas subi d'initiation sont traités comme des enfants. L'initiation a pour but de transformer la jeune fille en une femme travailleuse, respectueuse et modeste. L'excision n'est qu'une partie intégrante de l'initiation. Les autres éléments sont autant d'habiletés qu'on apprend à la jeune fille : la cuisson, la danse, la guérison traditionnelle, et comment s'occuper du foyer du mari et des enfants. L'ensemble de l'initiation vise à préparer la jeune fille à son futur rôle d'épouse, de mère et de gestionnaire du foyer.

La douleur de l'excision est également perçue comme faisant partie de l'éducation de la fille. On croit ainsi qu'elle deviendra une personne respectueuse, calme et moins exigeante, qui acceptera docilement son rôle d'épouse soumise. Cette croyance est très révélatrice de la structure patriarcale qui maintient la pratique de l'excision. Enfin, la jeune fille, comme la femme plus tard, se doit d'agir dans l'intérêt de sa famille. Ses actes ont des répercussions sur le reste de sa famille. Elle peut ainsi être une source d'honneur ou une source de honte. La jeune fille qui n'est pas excisée attire le déshonneur sur sa famille. Elle n'est pas respectée par la communauté et pourrait ne jamais trouver un époux. Tout cela fait en sorte que, malgré la douleur et les dangers inhérents à cette pratique, les parents continuent de faire exciser leurs filles. Les valeurs traditionnelles et l'honneur de la famille étant, pour eux, plus importants que les besoins de l'individu.

1-3 L'excision et le mariage

L'une des raisons les plus utilisées est celle selon laquelle l'excision constitue un bouclier aux plaisirs charnels. C'est-à-dire qu'elle empêche la femme de forniquer et d'être fidèle à son mari. Retournons chez les Sar où la femme est considérée comme le garant de l'honneur du groupe familial; cette femme qui était gardienne de l'honneur doit toujours se maîtriser sexuellement pour éviter une grossesse hors mariage qui va déshonorer son groupe familiale. L'excision éduque et atténue le plaisir charnel.

Cependant, cette atténuation vise à préserver la virginité de la femme jusqu'au mariage, car dans le marché matrimonial les vierges passent avant les non vierges. Dans ce cas les hommes qui commandent ces vierges n'endurent-ils pas la pratique? C'est le cas aussi d'une partie de Bourou où l'excision a pour but de permettre à la belle-mère de vérifier la virginité de la future épouse mais aussi être respecté et accueillir des biens matériels et financiers lors du mariage de sa fille. En effet, ces belles valeurs sociales que garantit la femme ont de conséquences négatives en son contre. L'excision réduit la sensation sexuelle de la jeune fille et la rend différente des autres filles : c'est une forme de domination masculine. Les filles excisées perçoivent leur corps comme étant « incomplet », « fermé » et ne correspondant plus à la valeur esthétique qu'il avait acquis. La

sexualité, passée strictement dans le cadre du mariage, est dépeinte avant tout comme étant douloureux avec des sensations de déchirure et de cassure lors des rapports sexuels. De manière intéressante le désir est le plaisir sexuels sont imaginés par les enquêtées comme étant largement tributaires du clitoris. Organe lui-même perçu comme étant totalement absent de leur corps. « Comment je peux savoir ? J'ai été excisée a l'âge de 10ans quand je ne connais pas encore l'homme (vierge) mais je sens il y a quelque chose qui ne va pas quand je ne fais l'amour, quelque chose que je ne connais pas¹⁴⁴ ».

1-5 Le prétexte religieux

Un certain nombre de musulmans de la localité croient que l'excision est recommandée, voire prescrite, par l'islam et la pratique dans le but de remplir un devoir religieux. Cette croyance est parfois même soutenue par les dirigeants islamiques locaux.

Le fait que l'excision de type I soit aussi connue sous le nom de Sunna (signifiant « *Tradition du Prophète* ») est souvent invoquée pour justifier son caractère religieux. En fait, il n'existe aucune mention de l'excision dans le Coran. Le sujet n'est qu'effleuré dans un Hadith (narration de la vie du Prophète) où l'on rapporte que le Prophète aurait dit à une exciseuse de Médina : « *Lorsque tu effectues une excision, gardes toi bien d'enlever tout le clitoris. La femme demeurera épanouie et son mari profitera de son plaisir.* »¹⁴⁵

Au Tchad, l'excision est pratiquée à la fois par des musulmans, des chrétiens et des animistes. Il s'agit en fait d'une pratique culturelle (et non religieuse), antérieure à l'avènement du christianisme et de l'islam.

1-6 Un espace féminin

Parmi les femmes ayant pris part aux enquêtes sur le terrain, rares étaient celles qui percevaient l'excision comme un assujettissement de leur vie sexuelle. Dans la communauté, au contraire, celle-ci est célébrée comme un symbole de pouvoir féminin et une libéralisation de l'emprise masculine. Elle crée un « *espace féminin* », un monde où les femmes règnent et ont un pouvoir qui leur est exclusif et qu'on ne peut leur soutirer. Pour cette raison, même des femmes de milieux urbains ayant reçu une éducation chercheront parfois à faire exciser leurs filles.

L'excision est ainsi le symbole de la force et du pouvoir des femmes, les femmes la défendent avec véhémence et réagissent de façon hostile à toute critique exprimée à l'encontre de l'excision. Les personnes ayant participé à l'enquête ont décrit les cérémonies initiatiques comme étant le seul plaisir dans la vie d'une femme, une vie autrement marquée que par les privations et

¹⁴⁴ Entretien avec Taloté du 16/08/2021

¹⁴⁵Mutilations Génitales Féminines (MGF) AFLIT/MGF5.html, Pierrette Herzberger Fofana, Juillet 2000

le labeur. C'est à juste titre que Radiyam affirme que: « *C'est le seul temps où nous pouvons nous reposer. Nous pouvons bavarder, parler de nos problèmes familiaux et demander l'avis des aînées. C'est un temps de partage, de chants et de danses. Les hommes n'ont pas de voix ou de droit de regard sur ce que nous faisons à l'intérieur de ces rites*¹⁴⁶. »

Dans cette localité, les femmes portent le fardeau de la famille et effectuent la plus grande part du travail agricole. En dépit des responsabilités qui leur incombent, celles-ci sont toutefois exclues du pouvoir décisionnel au niveau de la communauté. La majorité des femmes doivent également se plier à la volonté de leur mari. Dans ces circonstances, les cérémonies qui entourent les excisions constituent pour celles-ci une occasion unique de se soustraire aux tâches quotidiennes et d'unir leurs forces en défi de l'autorité masculine.

Pendant ces initiations, les femmes sortent du joug de l'autorité masculine et célèbrent leur pouvoir de femmes, le pouvoir de leurs mères et de leurs grands-mères. Les hommes n'ont pas le droit d'accéder aux lieux de rassemblement et ne peuvent pas les questionner sur ce qu'elles font. Les femmes sont seules à se rassembler dans la « *forêt sacrée* », endroit où a lieu l'initiation. Elles discutent de leurs problèmes, se donnent des conseils et réconfortent celles qui ont besoin d'un soutien émotionnel. C'est un des rares moments où elles sont entièrement libres de s'amuser. C'est aussi le moment parfait pour elles de laisser libre cours à leurs fantasmes libidinaux et être infidèles à leur mari. En effet, les hommes n'ayant pas le droit de demander à leurs femmes où elles vont durant cette période.

Photo n° 2: Scarifications faciales « Njidja » comme signe du passage au rite de MGF



Source : Résultat de l'enquête de terrain 2021

Il convient de signaler qu'à la question de savoir s'il y a un signe de l'excision, la quasi majorité des enquêtées ont répondu oui. Une enquêtée s'exprime à ce sens en ces termes :

¹⁴⁶L'entretien avec Radiyam du 10/08/2021

« Pendant cette cérémonie, les filles vont être renommées, leur tête est rasée et elles seront emmenées dans le lieu sacré ; cela fait partie de notre tradition et c'est important pour moi. C'est une identification sociale, ça nous distingue des filles koi et nous rend belle¹⁴⁷ »

Très pratiquée chez les Sar, les Goulaye, les Mbaï et les Gor, la scarification a plus influencé le mode de vie des peuples au Sud du Tchad. Par son caractère identitaire, la scarification varie selon les régions du pays. Sous ce rapport, les cicatrices de la scarification varient aussi selon que les instruments utilisés soient rudimentaires ou peaufinés. Mais les peuples promoteurs de cette marque corporelle partagent les mêmes dénominateurs culturels que sont l'initiation et l'excision. La scarification, c'est un geste d'automutilation elle soulage d'une grande souffrance psychique. Elles se font du mal pour extérioriser quelque chose en soi.

SECTION 2 : LES LEVIERS DE LA PERSISTANCE DE L'EXCISION DANS LA COMMUNE DE BOUROU

Cette section se propose de mettre en avant un essai de compréhension de la persistance de l'excision dans la commune de Bourou. C'est ainsi que vont être analysés les mythes et systèmes de croyances, les logiques du respect des traditions, la vocation du renforcement de l'initiation des garçons et l'impunité.

II-1 Mythes et systèmes de croyances

Au cours des enquêtes, de nombreuses croyances communautaires qui défendaient l'excision ont été répertoriées. Il s'agit de :

- La croyance que l'excision facilite les relations sexuelles et l'accouchement, ou qu'elle accroît la fécondité.
- La croyance que le clitoris, s'il n'est pas coupé, atteindra la taille d'un pénis, ou qu'il ballottera entre les cuisses de la femme, le stimulant en permanence.
- La croyance que le clitoris est un organe dangereux qui pourrait tuer ou blesser l'homme pendant la pénétration, ou l'enfant lors de l'accouchement.
- La croyance que le clitoris représente la partie « mâle » de la femme ; qu'il faut qu'on l'enlève pour que la femme soit « vraiment » femme.

L'influence de la superstition et de la sorcellerie joue par ailleurs un rôle important dans le maintien de la pratique de l'excision. Il n'est pas rare que les saignements abondants, les infections, et même les décès survenant à la suite de l'excision.

C'est un sujet qui est difficile à débattre d'un point de vue rationnel ou logique. À Bourou, la croyance veut également que les exciseuses soient possédées par les démons. Lors des rites

¹⁴⁷ L'entretien avec migumadje du 24/08/2021

initiatiques, les jeunes filles doivent promettre de ne jamais révéler quoi que ce soit. On leur donne un repas qui a des pouvoirs magiques. Si elles brisent leur silence, le repas qu'elles ont pris gonflera dans leur estomac et elles vont mourir. Les croyances ayant trait à la sorcellerie et aux pouvoirs surnaturels qui entourent l'excision sont très répandues et communes aux femmes de tous les niveaux d'éducation. Bon nombre de personnes croient fermement qu'elles courraient de graves périls et seraient même en danger de mort si l'exciseuse décidait de les punir et de leur jeter un sort pour avoir mal agit.

II-2 Respect du principe de tradition

Selon les enquêtés, la tradition se perpétue majoritairement par « *respect du principe de tradition* », à 37%. Arrivent ensuite la « *croyance persistance de certains bienfaits de l'excision* », à 17%, et le « *signe d'appartenance à un clan dont on est fier* » à 17%. Les autres items ont des taux de réponse plus faibles : « *être accepté par sa famille* » (13%), « *signe de maturité, car la souffrance est nécessaire à la vie* » (8%), « *non répondu* » (5%), « *arriver à se marier* » (4%). Ici encore, on remarque que les motivations principales ne sont pas majoritairement la peur de l'exclusion sociale, puisque « *être accepté par sa famille* » et « *arriver à se marier* » ne représentent que 17%. Cela est peut-être propre au Bénin, car c'est un pays qui a déjà fortement fait régresser les MGF, et donc non généralisable aux autres pays d'Afrique. Mis à part le respect du principe de tradition, qui est une réponse majoritaire, les autres réponses sont multiples. L'excision est perçue comme un moyen permettant de prendre conscience de la culture et des valeurs traditionnelles véhiculées par la société, la population de Bourou continue de pratiquer l'excision parce que c'est ce qu'elle a toujours fait, c'est une tradition ancestrale transmise de génération en générations.

II-3 L'excision comme moyen de préserver l'initiation des garçons

François Tombalbaye (1918-1975), premier président du Tchad et père de l'indépendance, faisait partie de la nouvelle élite postcoloniale. Issu de l'ethnie Sara, il était originaire de Bessada, village situé à 40 km de Koumra sur la route de Bedaya dans le Mandoul.

Initiateur du mouvement de la Tchaditude, Tombalbaye s'est lancé dès le début des années 1970 dans une vaste campagne « *d'authenticité africaine* »¹⁴⁸, inspirée du Mouvement Populaire de la Révolution du voisin Mobutu Sese Seko. L'authenticité nationale prônait le « *retour aux sources* » par la réhabilitation et la restauration des rites d'initiation. Nous l'avons vu, les rites initiatiques ont pour objet d'extraire le garçon à la société des femmes, de l'intégrer, à la faveur d'une mort et d'une renaissance rituelle, au groupe des hommes et de le faire accéder à la

¹⁴⁸Proclamation de l'indépendance de la République du Tchad, le 11 août 1960 par François Tombalbaye premier président du Tchad

responsabilité sociale et religieuse. L'institution initiatique répond ici à la logique d'organisation de type segmentaire ou clanique où la référence à un ancêtre commun ou à un rite de fondation commun qui constitue un principe d'unification périodiquement réactivé. Être initié, c'est l'être d'un groupe bien déterminé et selon une appartenance parfois marquée dans la chair¹⁴⁹. Ainsi, pour Tombalbaye, au-delà d'une simple revendication culturaliste, la revivification des rites d'initiation fut surtout déployée pour consolider un pouvoir ébranlé par la rébellion du Nord musulman et les remontrances de la puissance coloniale¹⁵⁰.

Antoine Bangui, ancien ministre sous Tombalbaye, expliquait la logique avec laquelle ce dernier instrumentalisa les rites comme moyens de coercition de la population :

*Qu'importaient l'âge, la religion, la culture des individus, la désorganisation des services provoquée par des vacances de postes. Avec le yondo, Tombalbaye tenait presque l'instrument idéal d'asservissement de la population, la machine infernale qui casserait presque toutes les résistances physiques et mentales. Dans la clandestinité de la brousse, les initiés devaient se plier aux exigences du maître-initiateur qui avait le droit d'utiliser tous les moyens de contrainte. Ainsi, pour les irréductibles existait un système de coercition qui alliait à la bastonnade et aux tortures de subtils lavages de cerveau.*¹⁵¹

Si la revitalisation du "Yondo" (yo signifiant "la force de la mort" et "Ndo" "tromperie") sous Tombalbaye est relativement bien documentée¹⁵², celle du rituel féminin, le "Bayan" c'est-à-dire l'excision, n'a pas fait l'objet d'un intérêt marqué de la part des chercheurs et des médias de l'époque. Dans les discours cependant, la même contrainte semble avoir été imposée aux femmes tchadiennes et le Bayan, tout comme le Yondo, aurait lui aussi été « remis au goût du jour » sous Tombalbaye¹⁵³.

Les enquêtés pensent que : « *l'excision permet de préserver l'initiation des garçons* ». En milieu Sara, l'homme est le plus habileté à prendre des décisions. Généralement, ce sont les chefs du village qui donnent l'accord d'exciser les filles puisque c'est une coutume.

Les raisons évoquées pour justifier la pratique de l'excision sont les suivantes : c'est une coutume ancestrale. Un homme enquêté déclare que « *nous risquons d'être rejetés par la société et perdre nos enfants surtout quand l'initiation des garçons commence et nous sommes mis à l'écart par les chefs de la tradition juste parce que nos femmes ne sont pas excisées ; un homme*

¹⁴⁹ Entre 1962 et 1972, Bangui a été membre du gouvernement et ministre des Affaires étrangères. Il est tombé en disgrâce auprès du président François Tombalbaye et a été emprisonné de 1972 à 1975. In : « Le rituel et le matériel », Bulletin de liaison du laboratoire d'Anthropologie juridique de Paris, n° 20, Panthéon-Sorbonne, 1996, Paris. www.anthropologieenligne.com.

¹⁵⁰ *Idem*

¹⁵¹ *Ibidem*,

¹⁵² Voir Le Monde 1975, la BBC, etc.

¹⁵³ Dynamique et normes sociales liées aux MGF dans le Mandoul, rapport de recherche, groupe Urgence. Réhabilitation. Développement, mai 20220

initié a droit à une femme excisée ». ¹⁵⁴ D'autres enquêtés estiment ne pas penser même substituer la pratique par autres choses puisque ce sont les jeunes filles excisées qui doivent prendre soin des garçons nouvellement initiés en leur préparant à manger.

II-4 L'impunité

La persistance de la pratique des MGF à Bourou est en grande part due au manque de mesures vigoureuses des autorités judiciaires pour s'assurer de leur prévention et de leur interdiction. Des milliers de jeunes filles sont excisées dans tout le pays, au vu et au su des officiers de police judiciaire, des procureurs et des juges d'instruction.

Le premier texte interdisant les MGF/E au Tchad date de 1964, puis l'interdiction a été inscrite plus récemment dans la législation. Si la population est de plus en plus avertie de l'interdiction des MGF/E, de nombreuses personnes ne sont pas au courant ou résistent. Ainsi, en règle générale, les textes juridiques interdisant les MGF/E ne sont pas respectés.

Selon les informations recueillies, les exciseuses font rarement l'objet de poursuites pénales. L'ampleur du phénomène peut s'expliquer par l'impunité quasi-totale qui couvre les auteurs et vice versa. Chaque année, pendant les vacances scolaires, des milliers de jeunes filles sont excisées à travers tout le pays. Il est extrêmement difficile de lancer des poursuites judiciaires à l'encontre de toutes les personnes impliquées dans cette pratique sur toute l'étendue du territoire.

Un autre manquement à l'application des lois est l'implication croissante des personnels de santé dans la pratique. Selon les résultats d'une étude socio-anthropologique du Ministère de l'Action Sociale, de la Promotion Féminine et de l'Enfance de 2015, les formations sanitaires sont le deuxième lieu d'exercice de la pratique de l'excision après le domicile familial. Selon l'EDS 2014, la proportion des MGF/E pratiquées par du personnel de santé est passé de 15% en 2005 à 31% en 2014, en violation de la loi de 2002 sur la santé de la reproduction. Jusqu'à présent, aucune sanction administrative ou pénale n'a été prise à l'encontre de professionnels médicaux pour avoir pratiqué des MGF/E. À cela s'ajoutent la faiblesse des ressources de l'administration en général, et du système judiciaire en particulier.

Au Tchad, il existe des préfectures de plus 100.000 habitants qui n'ont que deux magistrats, un greffier et moins de cinq agents des forces de l'ordre - policiers et gendarmes confondus. Le manque de personnel et de moyens suffisants pour le bon fonctionnement de la chaîne pénale explique en partie l'inaction de la justice face aux MGF/E. Dans tout le pays, des officiers de police judiciaire et des magistrats font l'objet de constantes et lourdes pressions, y compris de menaces,

¹⁵⁴ Extrait du récit de vie de DJIMASRA MOUNTANGAR âgé de 65 ans, marié, père de 19 enfants, résidant à Bourou, originaire de NARA, enquête de terrain, Aout 2021.

lorsqu'ils traitent de dossiers de MGF/E. Il arrive que leurs locaux soient envahis par des groupes de femmes qui les injurient et les menacent d'agression physique si les suspects et inculpés arrêtés pour avoir excisé des jeunes filles ne sont pas immédiatement libérés.

Néanmoins, il faut relever que depuis 2014, quelques précédents laissent présager de possibles progrès dans la lutte contre l'impunité concernant la pratique de MGF/E. En effet, le 17 juillet 2014, le tribunal de première instance de Koumra, dans la province de Mandoul, a condamné une exciseuse de 80 ans à une peine d'emprisonnement de deux ans avec sursis et au paiement d'une amende de 1.000.000F. Celle-ci avait été prise en flagrant délit d'excision d'une jeune fille de 15 ans par l'Association tchadienne des assistantes sociales. En septembre 2021, dans la préfecture de Balimba et de Beboro, deux mères et une exciseuse ont été arrêtées mais libérées après avoir versé une somme de 25000F d'amende. Ces deux cas ont été référés par l'ONG qui s'est constituée en partie civile.

Toutefois, depuis le premier procès de 2016, seuls 16 cas d'interpellation pour MGF/E ont été rapportés à la justice, donnant lieu à huit condamnations. Dans tous ces cas, les verdicts des tribunaux n'ont pas été à la hauteur des préjudices causés, se limitant à une peine de prison avec sursis et à des amendes insignifiantes. La seule application répressive de la loi n'est pas suffisante car un changement durable de comportement ne peut être obtenu de manière coercitive. Cela pourrait également entraîner une pratique clandestine ciblant les jeunes enfants par souci de discrétion ou une pratique transfrontalière, qui serait facilitée par la liberté de circulation au sein des pays de la Communauté économique des Etats d'Afrique.

Dans certains pays, les autorités n'ont aucun intérêt à dissuader la population de pratiquer les MGF/E et sont bien souvent dépassées par ces pratiques. En outre, pour renforcer leur autorité et ne pas frustrer leur base électorale, certains responsables soutiennent la pratique des MGF/E, notamment en contribuant financièrement ou matériellement aux cérémonies accompagnant l'excision, ou en y participant. Il arrive fréquemment que des femmes elles-mêmes sollicitent l'appui des autorités locales. Même lorsque la population est consciente de l'interdiction des MGF/E, le fait que certaines autorités soutiennent l'excision envoie un message contradictoire.

Il en est de même pour certaines autorités religieuses, notamment musulmanes, qui encouragent la pratique des MGF/E dans les prêches et sermons de vendredi et dans les émissions de grandes écoutes diffusées sur les radios publiques et privées, présentant les MGF/E comme une recommandation islamique. De plus, les MGF/E offrent une source principale de revenus aux exciseuses et un revenu supplémentaire au personnel de santé pratiquant l'excision, qui n'a par conséquent pas intérêt à renoncer à cette activité.

DEUXIEME PARTIE :
CONSEQUENCES DES MUTILATIONS GENITALES FEMININES
ET ACTIONS DE LUTTE

Cette partie s'articule autour des chapitres trois et quatre. Le chapitre trois présente les conséquences et les complications des MGF sur le vécu des filles et femmes à Bourou afin de procéder à une analyse profonde. Il serait question de montrer que ces conséquences ne sont pas toujours homogènes à cause des contraintes économiques, sociales, affectives, culturelles et religieuses. Enfin, le chapitre quatre s'intéresse aux actions menées par des comportements individuels et collectifs développés dans le cadre de la lutte contre MGF en mettant un accent sur les pratiques populaires de la prévention.

CHAPITRE 3 : IMPLICATIONS ET EFFETS PERVERS DE LA PRATIQUE DES MGF A BOUROU

Armelle ANDRO et Marie LESCLINGAND¹⁵⁵ expliquent qu'au-delà de la reconnaissance du caractère néfaste des MGF et de la violation des droits humains qu'elles constituent, le manque d'études cliniques spécifiques a longtemps conduit à méconnaître les conséquences concrètes des mutilations sexuelles sur la santé des femmes et donc à questionner leur existence même. Jusque dans les années 2000, le débat opposait en effet les discours relativistes, optant pour une reconnaissance de l'excision comme pratique culturelle, aux discours abolitionnistes, ayant tendance à généraliser les cas cliniques les plus dramatiques à des fins de plaidoyer. Dans le contexte sanitaire tchadien, les conséquences relatives à la pratique elle-même sont bien souvent aggravées par la défaillance du système de soins, d'où la difficulté à quantifier précisément la prévalence des différentes pathologies et leur cause.

À ce titre, des chercheurs remettent en cause l'association systématique entre les MGF et certains symptômes. Carla Makhlouf Obermeyer¹⁵⁶ montre également que si les MGF sont effectivement la cause de problèmes obstétricaux et gynécologiques, l'infertilité ou l'augmentation de la mortalité maternelle et infantile n'ont pas de lien probant avec la pratique.

Cependant, le lien de causalité entre la pratique des MGF et l'augmentation d'un certain nombre de risques de santé est globalement confirmé. En outre, plus l'intervention est importante (c'est-à-dire la quantité de tissus endommagés), plus les risques augmentent.

Afin de clarifier ce sujet, l'OMS a élaboré une typologie des différentes conséquences qui sert aujourd'hui de référentiel aux politiques de santé publique¹⁵⁷. Ainsi, l'OMS distingue trois types de complications sanitaires liées aux MGF : les risques immédiats qui sont encourus au moment même de l'acte, les risques à long terme qui peuvent survenir à n'importe quel moment de la vie, et les risques spécifiques aux mutilations. Il s'agit des douleurs sévères (au moment de la coupure et lors de la cicatrisation) saignements (pouvant aller jusqu'à des hémorragies sévères), l'état de choc (lié à la violence de l'acte et au traumatisme), l'infections (liées aux conditions sanitaires et aux risques liés à la cicatrisation) , la potentielle transmission du VIH (liée aux conditions dans lesquelles l'acte est pratiqué), les problèmes urinaires douleurs chroniques et

¹⁵⁵ Armelle Andro et Marie Lesclingand, *Volet quantitatif du projet Excision et Handicap* (ExH), Université de Paris 1, 2009

¹⁵⁶ Carla Makhlouf Obermeyer, *Medical Anthropology Quarterly*, 1999

¹⁵⁷ Organisation Mondiale de la Santé, *Lignes directrices d'OMS sur la prise en charge des complications des mutilations sexuelles féminines* Genève, 2018

chéloïde, les infections génitales et pelviennes, les pathologies urinaires, les infections de l'appareil reproducteur, l'herpès génital, IST et risques de transmission du VIH, les risques de dysfonctions sexuelles (manque de désir, douleur pendant les rapports), les complications obstétricales (césariennes, hémorragies post-partum, déchirures, voire des fistules obstétricales), les séquelles psychologiques, les problèmes urinaires et menstruels majeurs, des dé-infibulations forcées lors des rapports sexuels et des accouchements et enfin les douleurs et dysfonctions sexuelles systématiques. Cette partie se propose d'épiloguer sur les conséquences sanitaires et sexuelles de l'excision chez la gente féminine.

SECTION 1 : EXCISION ET CONSEQUENCES SANITAIRES CHEZ LES FEMMES

I-1 Types d'excision et mesures de la santé

Savoir exactement la nature de l'intervention que la fille a subie lors de l'excision est important dans l'évaluation des conséquences médicales à court et à long terme, conséquences qui s'étendent de la détresse psychologique à la mort. Il importe de mettre en relation la fréquence des conséquences médicales et la gravité de l'opération, ainsi que le contexte de l'excision. Il convient de préciser que selon l'OMS, les MGF/E désignent « *toutes les interventions qui aboutissent à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme et/ou toute autre lésion des organes génitaux féminins, pratiquées à des fins non thérapeutiques* ». ¹⁵⁸

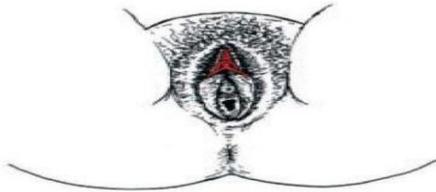
Il existe quatre types de MGF/E définis comme suit :

- Type 1 – Clitoridectomie : ablation partielle ou totale du clitoris (petite partie sensible et érectile des organes génitaux féminins) et, plus rarement, seulement du prépuce (repli de peau qui entoure le clitoris).
- Type 2 – Excision : ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres (qui entourent l'orifice vaginal).
- Type 3 – Infibulation : rétrécissement de l'orifice vaginal par la création d'une fermeture réalisée en coupant et en repositionnant les lèvres intérieures, et parfois extérieures, avec ou sans ablation du clitoris.
- Type 4 – Non classées : toutes les autres interventions néfastes pratiquées sur les organes génitaux féminins à des fins non thérapeutiques, telles que la ponction, le percement, l'incision, la scarification et la cautérisation.

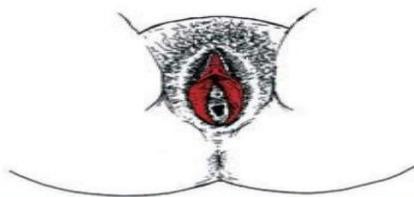
¹⁵⁸ OMS/ Mutilation Sexuelles Féminines, 3 février 2020 [https:// www.who.int > topics>fgm](https://www.who.int/topics/fgm)

Photo n° 3 : Types de MGF

Type II : Ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres (excision).



Type III : Rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par l'ablation et l'accolement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres, avec ou sans excision du clitoris (infibulation).



Source : Contact SCD Nancy1 : mémoires@scd.uhp-nancy.fr

Au Tchad, ce sont les entailles avec chairs enlevées, c'est-à-dire les MGF/E de type 2 – ou excisions - qui sont les plus pratiquées. En effet, selon nos sources de terrain, 98,54 % des femmes âgées de 9 à 49 ans ont eu des chairs enlevées dans la localité de Bourou.

À la question générale sur la santé perçue, 36% des femmes excisées de notre échantillon choisissent de qualifier leur état de santé de « *moyen* », « *mauvais* » ou « *très mauvais* ». Dans la population, ce sont 85,5% des femmes âgées de 15 à 50 ans qui qualifient leur santé de la sorte.

Comment s'explique cet écart notable en matière de santé perçue ? Les caractéristiques sociales et démographiques des femmes de cet échantillon d'étude sont une des clés de compréhension. En effet, elles sont moins instruites. Ces caractéristiques sont associées à un état de santé plus souvent dégradé. Par ailleurs, une partie d'entre elles a connu une trajectoire qui peut aussi expliquer un moins bon état de santé. Même s'il est difficile d'identifier un effet propre sur la santé, il mélange des effets de sélection et de conditions sociales et matérielles il est observé un désavantage face à la santé des femmes de Bourou, y compris lorsqu'on prend en compte des caractéristiques sociodémographiques. Dans cette continuité, l'effet persistant sur la santé d'expériences difficiles, même temporaires, au cours de la vie ; expériences susceptibles d'avoir

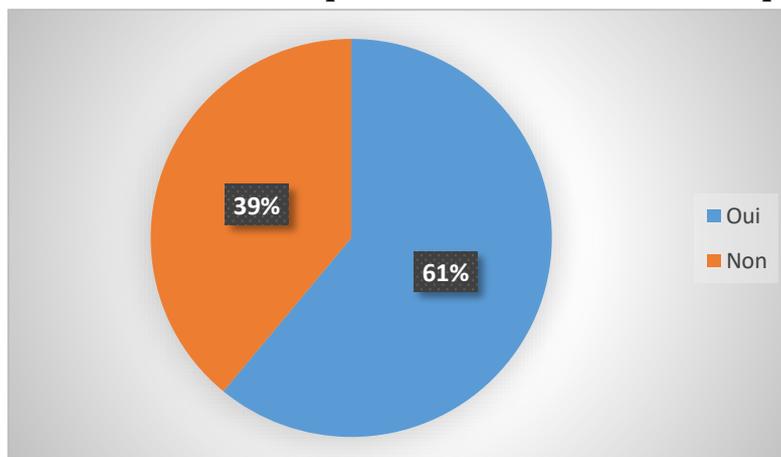
été vécues par des personnes ayant connu des difficultés financières sérieuses, avoir été hébergé par des proches ou en centre du fait de problèmes d'argent ; avoir connu des périodes d'isolement suite à un déménagement, conflit, rupture etc. Ainsi, une partie du désavantage des femmes excisées tient à la situation matérielle et sociale, à l'accès et aux modes de recours au système de soins et au parcours de vie relativement délétères d'une partie d'entre elles.

Dans cette partie de l'étude il est question d'aller au-delà des explications uniquement contextuelles. Il est souhaitable de mettre en évidence la nature et l'ampleur de l'impact des mutilations génitales féminines sur la santé et la qualité de vie des femmes qui les subissent. Identifier les risques de santé des femmes excisées résidentes à Bourou permet de mieux connaître leur situation et leurs besoins, d'alerter les professionnels de santé qui se disent démunis face à leurs patientes excisées, d'améliorer la prise en charge, d'informer plus généralement les populations concernées. Le recours à une méthodologie d'enquête permet d'obtenir des résultats en ce sens.

Afin d'apprécier l'état de santé des femmes excisées de notre échantillon. Les différents indicateurs ont été d'état de santé afin de rendre compte de son caractère multidimensionnel. La morbidité est représentée par les maladies, les symptômes et les douleurs que les femmes déclarent spontanément au fil de questions générales. Certains problèmes isolés sont connus pour être liés à l'excision, touchant le système génito-urinaire. La santé ressentie est évaluée à travers la question générale « *santé perçue* » qui est présente dans la plupart des enquêtes sur la santé dans le monde. Le questionnaire aborde aussi spécifiquement quelques aspects de santé mentale à travers différentes questions liées à la tristesse, au découragement, à l'anxiété etc. La santé fonctionnelle est appréhendée à travers les gênes dans les activités liées aux maladies, aux douleurs ou aux symptômes. Enfin, le questionnaire aborde les difficultés lors de l'accouchement.

I-2 Les maladies et symptômes

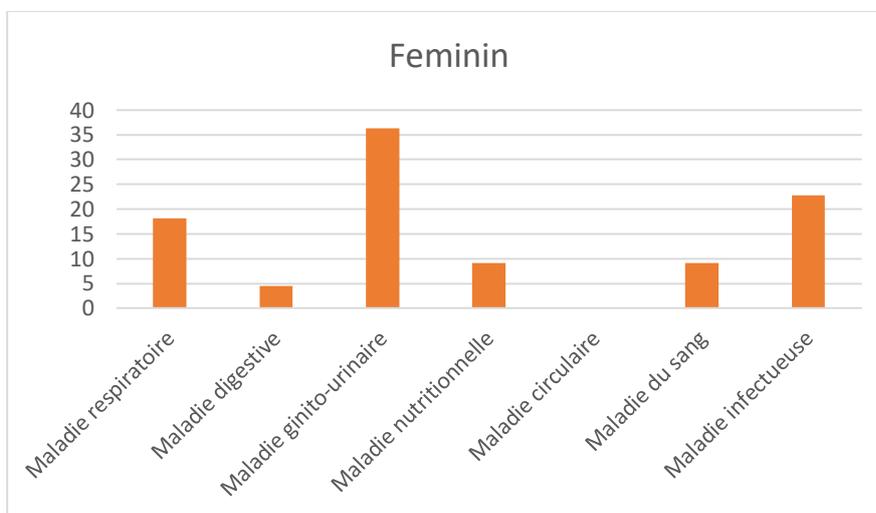
Figure n° 5: Prévalence des enquêtés selon les maladies chroniques



Source : Résultat de l'enquête 2021.

La prévalence montre que 61% des femmes excisées ont déclaré avoir eu au cours de leur vie ou avoir au moment de l'enquête une maladie grave. En se basant sur les résultats de notre enquête menée sur la population et en se limitant aux mêmes classes d'âge, c'est à dire la population âgée entre 12 et 50 ans, le pourcentage de femmes déclarant spontanément une maladie chronique se situe autour de 61 %. Toutefois la comparaison est dans ce cas délicate car la question n'est pas tout à fait la même (la notion de maladie grave restreint probablement la déclaration) et la population de notre étude est très particulière. Les différences se révèlent particulièrement notables lorsqu'on détaille ces maladies.

Figure 6: Prévalence des MGF selon les types de maladies chroniques déclarées par les femmes



Source : Résultat de l'enquête 2021.

La comparaison avec la population générale est délicate : d'une part, l'étude est focalisée sur une population très particulière et, d'autre part, nous avons interrogé des femmes en consultation dans des services de soins qui se trouvent être parfois spécialisées dans certaines pathologies, comme le VIH. Le relevé des maladies obtenu n'est donc pas représentatif d'une population plus générale : il permet plutôt d'envisager des analyses plus détaillées par la suite pour comprendre les facteurs de risques de santé associés à l'excision.

Photo n° 3: Saignement lors de l'excision



Source : Résultat de l'enquête de terrain (2021)

Il convient de montrer que la photo présente une petite fille nouvellement excisée qui est couverte de son sang et jetée sur les feuilles de “mong”. Cette photo laisse ressortir les risques des maladies infectieuses que la fille risque de contracter au cours de sa vie. La perte de sang peut entraîner l’anémie.

I-3 Des infections urinaires et gynécologiques liés à l’excision

Tableau n°9 : Prévalence des MGF selon les infections urinaires et gynécologiques des enquêtées

Infections urinaires et gynécologiques	Féminin	
	Effectif	Pourcentage
Infection urinaire et gynécologique		
Infection urinaire	10,00	45,45
Infection gynécologique pendant les RS	7,00	31,82
Infection gynécologique en dehors des RS	5	22,73
Total	22,00	100,00

Source : Résultat de l’enquête 2021.

Si on se concentre sur des maladies et troubles plus précisément liés à l’excision, on constate des différences significatives entre les femmes excisées et celles qui ne le sont pas : les infections urogénitales sont plus fréquentes dans l’échantillon de femmes excisées. Ainsi, au cours de notre enquête, (45,45 %) des femmes excisées ont eu des infections urinaires. On peut faire le même constat concernant les infections gynécologiques avec gênes pendant ou en dehors des rapports sexuels : pour les premières, 31,82 % des femmes excisées en ont déjà eu au cours de leur vie contre 22,73 % concernant les deuxièmes.

Tableau n°10 : Prévalence des MGF selon les incontinences urinaires et fécales des enquêtées.

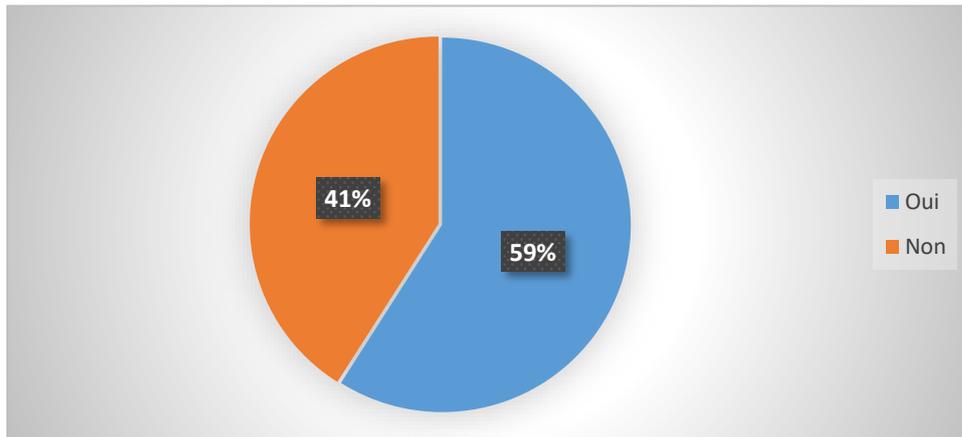
Incontinence urinaire et fécale	Effectif	Pourcentage
Incontinence urinaire	9	40,91
Incontinence fécale	8	36,36
Sans réponse	5	22,73
Total	22	100

Source : Résultat de terrain 2021.

En revanche, on constate que les femmes excisées déclarent relativement moins d’incontinences urinaires. Ce résultat est étonnant car la littérature médicale sur le sujet rapporte

que les problèmes d'incontinence sont une des conséquences directes de l'excision sur la santé des femmes. Ce résultat est d'autant plus contre-intuitif que les femmes excisées déclarant plus d'infections urinaires. On peut supposer qu'elles ont un appareil urinaire plus endommagé et donc plus propice, a priori, à des problèmes d'incontinence. 40,91% d'entre elles déclarent par ailleurs des difficultés pour uriner, qui peuvent être liées aux infections. Des analyses plus fines croisant plusieurs variables (nombre d'accouchements etc.) permettront de comprendre ce résultat.

Figure 7: Prévalence des MGF selon les douleurs physiques des enquêtées.



Source : Résultat de l'enquête 2021.

Cette étude laisse voir que 59% des femmes enquêtées ont déclaré avoir ressenti des douleurs physiques au cours de leur vie. Néanmoins, pour celles qui en ont déclaré, l'intensité de ces douleurs est différente entre les femmes excisées et non excisées. En effet, 77,27 % des femmes excisées ont déclaré avoir eu où avoir « *très mal* » contre 22,72 % chez les femmes non-excisées. Et, inversement, 11 % des femmes non-excisées ont déclaré n'avoir « *pas très mal* » contre seulement 7 % chez les femmes excisées.

Tableau n°11 : Prévalence des MGF selon les type de douleurs chez les excisées en %

Type de douleur	Féminin	
	Effectif	Pourcentage
Maux de ventre	1	4,54
Maux de tête	10	45,45
Maux de dos	5	22,72
Maux intestinaux	2	9,10
Sans réponse	4	18,19
Total	22	100

Source : Résultat de l'enquête 2021.

Si l'on s'intéresse aux types de douleurs déclarées par les femmes, il existe aucune différence entre femmes excisées et non-excisées concernant la déclaration de maux de dos ou de ventre. La moitié des femmes ont déclaré avoir au moins « *quelquefois* » des maux de ventres à cause des règles, un tiers des maux de ventre liés à des problèmes intestinaux ou digestifs et un quart des maux de ventre avec douleurs abdominales. Il est constaté en revanche des différences pour la déclaration de maux de tête : 45,45 % des femmes excisées ont déclaré souffrir de maux de tête, « *quelquefois* », « *souvent* » ou « *toujours* ».

II-1 Les conséquences sur les conditions d'accouchement

La santé de la reproduction est au centre des préoccupations en sciences sociales et plus spécifiquement en démographie. Entendu comme « *un état de bien-être physique, mental et social de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement, et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités*¹⁵⁹ ». Cela implique que les individus aient la possibilité de se reproduire, que les femmes puissent accoucher sans risque et que la reproduction ait une issue heureuse. En ce qui concerne le cas particulier des adolescentes et des jeunes adultes, c'est la notion de l'éducation à la vie familiale, la lutte contre les pratiques sexuelles à risque notamment les mutilations génitales féminines.

Les conséquences immédiates et les complications à long terme dues à l'excision sont directement dépendantes des capacités médicales à y faire face. Plus le système médical a des carences, plus les risques sont importants. Dans la localité, comme dans la plupart des régions du pays, seuls les hôpitaux de district peuvent procéder à des césariennes en cas de complication. Les épisiotomies peuvent être pratiquées dans les centres de santé. Cependant, la distance, le coût de la prise en charge et la crainte d'une dénonciation retardent ou entravent bien souvent le référencement. Les professionnels de santé partagent tous ce constat : « *il y a beaucoup de complications à cause de l'excision, l'enfant n'arrive pas à sortir, ça arrive à des décès parfois, parce que d'abord les mères essayent d'accoucher à la maison, et puis quand elles viennent à l'hôpital des fois c'est trop tard.* »¹⁶⁰ Aussi, « *On voit beaucoup de complications, des déchirures, des problèmes d'expulsion dus à l'excision, c'est à cause de la cicatrisation, ça réduit le col et ça bloque l'expulsion, on doit souvent faire une épisiotomie. À domicile, l'enfant peut mourir si on envoie la femme au CS trop tard, les lèvres gonflent, ça fait des œdèmes de la vulve* »¹⁶¹.

¹⁵⁹ OMS,2000

¹⁶⁰ L'entretien du 16/08/2021 avec la sage-femme

¹⁶¹ L'entretien du 16/08/2021 avec le RCS, docteur Djimet Noel

Photo n° 4: douleur de la petite fille lors de l'excision**Source : Résultat de l'enquête de terrain 2021**

Il est observé sur la photo 5 les mains des femmes exerçant la pression sur une jeune fille entrain de pleurer à causes d'une forte douleur due à l'excision. Manifestement, il est quasi inévitable de se ressaisir pendant l'excision car la douleur est très intense.

Tableau n° 12 : Prévalence des MGF selon les complications au moment des accouchements

Complications au moment de l'accouchement	Féminin	
	Effectif	Pourcentage
Accouchement par césarienne	6	27,27
Accouchement avec déchirure	4	18,19
Accouchement avec Hémorragie	9	40,90
Accouchement avec Forceps	2	9,10
Accouchement avec Épisiotomie	1	4,54
Total	22	100

Source : Résultat de l'enquête 2021.

Parmi l'ensemble des femmes enquêtées ayant accouché au moins une fois, on compte 102 naissances vivantes et enfants mort-nés. La proportion de femmes ayant accouché avec hémorragie est indépendante du statut par rapport à l'excision 40,90% des femmes ont connu leur accouchement avec hémorragie. En revanche, 27,27 % des femmes excisées ont connu leur accouchement avec césarienne, 18,19% de femmes ont eu, au moins une fois, des déchirures lors de leur accouchement contre 9,10% de femmes avec forceps et 4,54% avec épisiotomie. En outre, en contrôlant ces complications à l'accouchement par le nombre total d'enfants, autrement dit, à parité égale, on établit les mêmes constats.

II-1-1 Santé perçue et troubles de la santé mentale

Tableau n°13 : Prévalence des MGF selon la Santé perçue et mal-être des enquêtées.

État de santé général	Féminin	
	Effectif	Pourcentage
Très bon	4	22,73
Bon	5	27,27
Très mauvais	3	13,64
Mauvais	8	36,36
sans réponse	2	2,41
Total	22	100

Source : Résultat de l'enquête 2021.

Le tableau 10 ci-dessous révèle que parmi les femmes excisées, 27,27% ont déclaré avoir un « *bon* » état de santé, 22,73% ont déclaré avoir un état de santé « *très bon* », 36,36% des femmes de notre enquête ont qualifié de « *mauvais* » tandis que 13,64 % l'ont estimé « *très mauvais* ».

Parmi les conséquences liées à l'excision, les répercussions sur la santé mentale sont relativement mal documentées et peu connues. Plusieurs questions dans le questionnaire permettent d'appréhender cette dimension. A ce niveau d'analyse, on ne perçoit pas de différence en leur défaveur concernant les états « *nerveux, contrariés, ou stressés* », ni sur la fatigue ou les troubles du sommeil : 6 femmes sur 10 déclarent se sentir fatiguées ou avoir des malaises « *quelquefois* », « *souvent* » ou « *toujours* » et 4 femmes sur 10 déclarent souffrir de troubles du sommeil. Mais il est constaté que les femmes excisées se sentent plus souvent dans des états de « *tristesse ou de découragement* » que les femmes non excisées.

II-1-2 La santé fonctionnelle

A plusieurs reprises dans le questionnaire, quand les femmes avaient déclaré une maladie chronique, différents symptômes (tels que ceux présentés précédemment) ou des douleurs physiques, il leur a été demandé dans quelle mesure ces maladies/symptômes/douleurs les avait gênées dans leurs activités quotidiennes.

Parmi les femmes ayant déclaré une maladie chronique, presque la moitié considère que la maladie les gêne « *moyennement* », « *beaucoup* » ou « *énormément* », qu'elles soient excisées ou non. En revanche, concernant les limitations fonctionnelles liées aux différents symptômes tels que maux de ventre, de dos ou de tête ou encore relatives à des douleurs physiques, il n'y a aucune des différences. En effet comme cela transparait dans le tableau 11 qui suit : 36,36 % de femmes de notre échantillon ont déclaré avoir de maladies chroniques, tout de même 36,36% des femmes ont déclaré avoir des douleurs physiques contre 27,27% celles qui présentent des symptômes.

Tableau n°14: Gênes dans la vie quotidienne liée aux maladies, symptômes et douleurs

Gênes dans la vie quotidienne liée aux maladies, symptômes et douleurs	Effectif	Pourcentage
Gênes liées aux maladies chroniques	8	36,36
Gênes liées aux symptômes	5	22,72
Gênes liées aux douleurs	7	31,81
Sans réponse	2	9,09
Total	22	100

Source : Résultat de l'enquête 2021.

Il a été constaté plus tôt que les femmes excisées ne déclarent pas plus souvent éprouver des douleurs mais que celles-ci sont plus intenses. Ce qui amène à comprendre des répercussions plus systématiques des douleurs dans la vie quotidienne.

Ces premières analyses ont permis de mettre en évidence des risques spécifiques encourus par des femmes excisées. En effet, Il est évident de n'est pas percevoir les différences notables en termes de maladies ou symptômes déclarés, elles peuvent être identifiés pour autant des répercussions directes et indirectes de l'excision sur la santé : les infections urinaires et gynécologiques, le sentiment de tristesse et de découragement, l'intensité des douleurs ressenties et les répercussions qu'elles ont, par conséquent, sur la vie quotidienne, les maux de tête, les risques de certaines complications lors de l'accouchement (déchirures).

Je suis malade depuis déjà 3 ans, je suis l'unique enfant de mes parents, mon père m'a donné à un homme je suis tombée enceinte et c'est en ce moment que j'ai eu la fistule, à la fin de ma grossesse, les femmes m'ont assistées mais elles ont aggravé la situation et le bébé est mort-né elles sont allées chercher un médecin mais il est venu trop tard. Il n'a rien pu faire ils ont beaucoup tiré sur l'enfant et il est mort je suis restée au lit pendant 4 ans. Depuis l'accouchement l'urine coule sans cesse. Mes habits se salissent tout le temps on a cherché de l'argent pour aller me faire soigner en ville j'ai été opéré 3 fois mais rien à changer les gens me fuirent parce que je dégage une odeur nauséabonde¹⁶².

Par ailleurs, l'identification des difficultés en lien avec l'excision : des difficultés pour marcher, pour uriner, pour porter certains vêtements. Elles sont en tout 15% parmi les femmes excisées à ressentir ce type de gênes. Ce premier descriptif permet un premier état des lieux sur les risques de santé. Il appelle à des analyses plus fines et poussées pour mieux comprendre ces résultats. Le recours à la déclaration des maladies viendra compléter les analyses et permettra de faire ressortir d'autres spécificités. Disons un mot à présent sur vécu quotidien des femmes sur les difficultés.

II-1-3 Le vécu dans la vie quotidienne

Dans le module propre aux femmes excisées, on demandait aux répondantes si elles éprouvaient, dans leur vie quotidienne, des difficultés pour uriner, marcher et porter certains

¹⁶² Recit de vie avec Sayinan du 21/08/2021 à Bourou

vêtements. On demandait ensuite aux femmes qui déclaraient l'une de ces difficultés, si elles estimaient que la gêne éprouvée était liée au fait qu'elles soient excisées. Si la majorité des femmes enquêtées (85 %) n'a déclaré aucune des trois difficultés citées précédemment, 11 % en ont déclaré au moins une sur les trois comme indiqué dans le tableau 12.

Tableau n° 15 : Prévalence des MGF selon la fréquence des difficultés déclarées

Difficultés	Effectif	Pourcentage
Pour uriner	11	50
Pour marcher	7	31,82
Pour porter slips	4	18,18
Total	22	100,00

Source : Résultat de l'enquête de terrain 2021.

La gêne la plus fréquente parmi les femmes excisées enquêtées est la difficulté pour uriner. Elle concerne 50% des femmes. Ces femmes ont déclaré ressentir cette gêne de manière plus intense (« *souvent* » ou « *toujours* »). Par ailleurs, respectivement 31,82 % des femmes excisées éprouvent des difficultés pour marcher et 18,18% éprouvent des difficultés pour porter des slips.

On note en outre, pour les trois types de difficultés rencontrées, des proportions importantes de femmes qui déclarent ne pas savoir pas si ces gênes ressenties sont liées à la mutilation qu'elles ont subie. Ce constat appelle à plusieurs interprétations. D'un côté, les femmes qui ont déclaré éprouver ces gênes dans leur vie quotidienne le ressentent, pour la plupart avec une faible intensité (« *rarement* » ou « *quelquefois* »). On peut alors supposer que ces difficultés n'entravent pas leur vie quotidienne au point de se poser la question d'un lien éventuel avec leur excision. De l'autre côté, on peut aussi supposer que ces femmes mettent ces difficultés sur le compte d'autres facteurs (l'âge ou les grossesses par exemple). Dans tous les cas, elles sont amenées à intégrer ces «*handicaps* » dans leur vie quotidienne et elles ont vraisemblablement tendance à minimiser l'importance.

C'est ma mère qui excisait les filles au village à l'époque se fait qu'on n'a pas eu des difficultés le jour de l'opération. Tout à commencer le jour où on ma amène en mariage, j'avais 14 ans après avoir accouché j'ai commencé à avoir des malaises comme uriner avec le sang et avec les douleurs énormes je n'arrivais pas à comprendre le problème car c'était pour la première fois, la douleur persistait et mon mari m'a amené à l'hôpital de koumra et j'ai été reçu et traité par les blancs de l'hôpital de semor. Depuis que j'ai atteint mes 55 ans quelque chose d'étrange se passe chez moi. Je n'arrive pas à avoir l'envi d'uriner, l'urine sort seul. Je me demande si c'était la vieillesse, et si c'est la vieillesse pourquoi les d'autre qui ont mon âge ne vivent pas la même chose ?¹⁶³

¹⁶³ L'entretien du 22/08/2021 avec Yamata

SECTION 2: CONSEQUENCES DE L'EXCISION SUR LA SEXUALITE DES FEMMES

Dans cette recherche on a pu étudier de manière précise les répercussions de l'excision sur la sexualité. Une hypothèse sous-jacente à cette recherche est que les femmes ayant subi une mutilation sexuelle féminine ont des difficultés récurrentes dans leur vie sexuelle. Les données issues de l'enquête qualitative montrent en effet que les femmes interviewées décrivent l'activité sexuelle souvent peu satisfaisante et source de douleurs régulières. Or, les femmes en général et ces femmes en particulier n'ont pas souvent d'interlocuteurs pour aborder de manière explicite et détaillée ces questions. Parler de sexualité reste un sujet délicat et parler de ses difficultés sexuelles l'est encore plus. C'est vrai dans la population « *bourounaise* » mais ça l'est encore plus dans une population analphabète dans laquelle la parole sur la sexualité est rare et très codifiée. Cependant, l'enquête de terrain permet de montrer que les femmes de notre population, n'étaient pas intéressées par les questions de sexualité car « *le sexe est tabou* ».

L'échantillon permet donc de comparer le vécu de la sexualité des femmes de cette localité. Les différences observées ne sont donc pas liées à ces variables mais bien à des écarts dans les réponses des habitants de cette population. La significativité statistique de ces différences est présentée dans chaque tableau précédent.

I-1-1 Les questions sur la sexualité

Dans ce contexte, le module de questions sur la sexualité a été particulièrement difficile à concevoir. En prenant en compte le fait que le vocabulaire de référence utilisé dans les enquêtes nationales sur la sexualité n'étant pas toujours adapté à la population cible. L'enquête nous a permis de valider le fait que les femmes enquêtées ne sont très majoritairement disposées à aborder des questions de sexualité mais qu'il est nécessaire d'adapter les formulations de questions pour appréhender les pratiques sexuelles de la population. Dans le cadre de ce questionnaire relativement court, les questions relatives à la sexualité sont en nombre réduit et il est question de chercher à investiguer un nombre limité de sujets susceptibles d'être influencé par l'excision : il convient de questionner les femmes sur leur niveau de satisfaction dans la vie sexuelle et d'appréhender de manière précise les dysfonctions sexuelles perçues.

Il faut noter que si la très grande majorité des femmes interrogées parlent sans aucune difficulté de leur activité sexuelle récente, avec le partenaire actuel, il est plus difficile pour elles d'aborder leur histoire affective et sexuelle. Par exemple, la question du nombre de partenaires sexuels rencontrés au cours de la vie est souvent perçue comme une question très intrusive et donc assez négativement. Par contre, les femmes interrogées décrivent, quand elles déclarent y être confrontées, facilement leur manque de désir, les rapports contraints ou les problèmes physiques

qu'elles ressentent lors des rapports sexuels avec leur partenaire. « *Pour moi l'excision c'est une coupure tout désir a la vie, on nous coupe tout désir a la vie pour moi mon ressenti pour moi c'est ça ; il y a aucun désir même si on essaye il y a quelque chose qui ne va pas parce qu'on a été cassée, on a été brisée quelque part* »¹⁶⁴

Cette partie, s'est intéressée seulement aux femmes qui ont déclaré avoir eu au moins une fois un rapport sexuel. Compte tenu du cadre de l'enquête, la quasi-totalité des femmes interrogées sont entrées en sexualité c'est-à-dire qu'elles ont déjà eu des rapports sexuels pénétratifs. Sur les 22 femmes présentes dans la base ajustée, aucune d'entre elles n'a jamais eu de rapport sexuel. L'analyse des pratiques et de la vie sexuelle porte donc sur 22 femmes. Dans un premier temps, il est souhaitable de s'intéresser aux premiers rapports sexuels des femmes de l'échantillon. Expérience initiale et non renouvelable, les premiers rapports sexuels fonctionnent comme une sorte de miroir grossissant des différentes modalités de vécu de la sexualité. Dans un deuxième temps, après avoir succinctement décrit la trajectoire sexuelle des femmes enquêtées, on s'intéresse à leurs activités sexuelles récentes à la fois d'un point de vue quantitatif et qualitatif.

I-1-2 L'entrée en sexualité

Tableau n°16: Repartitions de MGF selon l'Age du premier rapport sexuel par groupe d'âge

Age median au 1er RS	Effectif	Pourcentage
12-15 ans	9	40,91
16-18	4	18,18
19-22 ans	2	9,09
23-25 ans	1	4,55
26 et plus	0	0
Sans réponse	6	27,27
Total	22	100

Source : Résultat de l'enquête 2021.

Les femmes enquêtées dans notre échantillon ont pour les générations les plus jeunes, un âge médian au premier rapport sexuel identique à celui que l'on trouve dans la population : 40,91% des femmes de 12 à 15 ans interrogées avaient eu leurs premiers rapports sexuels. Il est identique pour les femmes excisées et les femmes non excisées. Cet âge médian est logiquement plus faible qu'en population générale pour les femmes les plus jeunes puisque nous n'avons interrogé que celles qui sont en contact avec la sphère de la santé reproductive (elles consultent en gynécologie) et qui ont donc entamé leur vie sexuelle.

Dans les générations de 12-15 ans, l'âge médian est plus précoce. Dans ces groupes d'âge, l'écart est plus important entre les femmes excisées qui sont plus précoces et les femmes non

¹⁶⁴ Le récit de vie de Sayinan du 23/08/2021

excisées qui sont plus tardives. Une tendance au recul de l'âge à l'entrée en sexualité est notable, à travers les générations, pour les femmes excisées. Le partenaire du premier rapport est majoritairement le conjoint, au moment du concubinage pour les femmes excisées (75%) ; il est dans 35% des cas un « *autre partenaire* » (c'est à dire un homme avec qui elles ont eu une relation mais avec lequel elles ne se sont pas mariées). L'entrée en sexualité est donc totalement liée à l'entrée en conjugalité pour une partie de l'échantillon, notamment dans l'échantillon des femmes excisées.

Tableau n°17 : Repartitions de MGF selon le contexte du premier rapport des enquêtées

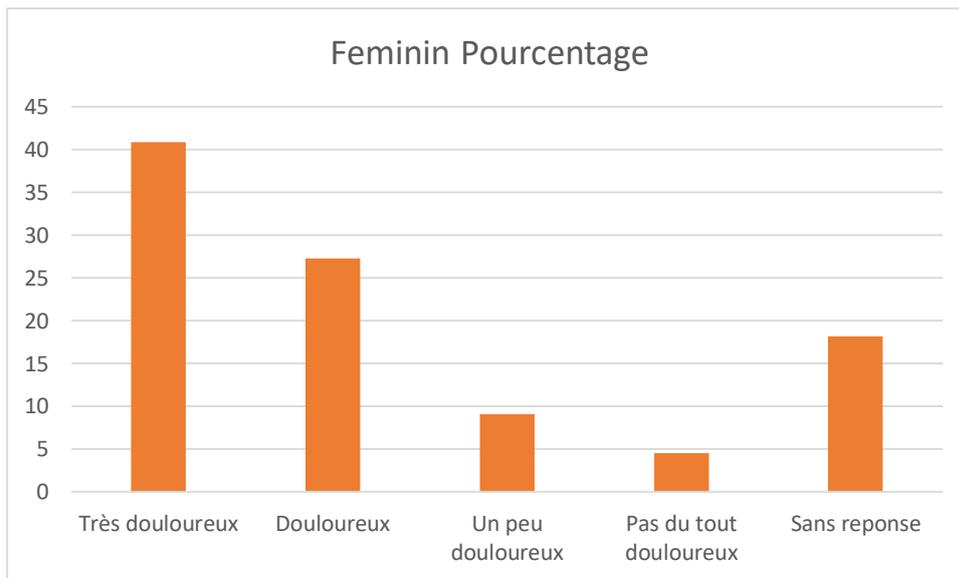
Contexte du premier rapport sexuel	Effectif	Pourcentage
Vous pensez qu'il a eu lieu au bon moment	9	40,91
Vous auriez préféré qu'il arrive plus tard	5	22,73
Vous n'y pensez pas beaucoup	2	9,09
Vous n'en aviez pas du tout envie	1	4,55
C'était un rapport sexuel forcé	1	4,55
Sans réponse	4	18,18
Total	22	100

Source : Résultat de l'enquête de terrain 2021.

On s'est dans un deuxième temps intéressé au contexte dans lequel a eu lieu le premier rapport sexuel et au ressenti de ce moment particulier (tableau n°17). A la question « *Comment vous sentez-vous au moment des rapports ?* », seules une petite moitié des femmes interrogées répondent « *qu'elles voulaient qu'il y ait lieu à ce moment-là* » (50% des femmes non excisées et 43% de femmes excisées). Pour les autres, un quart d'entre elles déclarent ne s'être pas posée la question (23% des témoins et 25% des cas), 16% des femmes (cas et témoins) déclarent qu'elles auraient préféré qu'il arrive plus tard, 6% déclarent qu'elles n'en avaient pas du tout envie et 3% (2% parmi les femmes non excisées et 5% parmi les femmes excisées) déclarent qu'il s'agissait d'un rapport forcé.

Quand j'ai fait pour la première fois, j'avais eu très mal et j'ai beaucoup saigné. Je me suis dit que c'est par ce que c'est la première fois. Mais le mal persistait je suis tout le temps triste et je ne comprenais rien jusqu'à ce que je tombe enceinte. Le jour de la visite prénatale et comme on nous exige d'accoucher dans les centre de santé, la sage-femme a interrogé sa main sur mon vagin et j'avais très mal. J'ai commencé à pleurer. Elle m'a posée des questions mais je n'arrivais pas à me prononcer parce que j'avais honte de moi-même. Pire encore, je ne peux parler de sexe à un homme qui n'est pas mon mari, le sexe c'est tabou. J'ai eu mon enfant par césarienne par ce que la tête de l'enfant ne sortait pas et je saignais beaucoup¹⁶⁵.

¹⁶⁵ Le recu de vie de Kemdjiguem du 20/08/2021

Figure n°9 : Prévalence des MGF selon les douleurs lors du premier rapport sexuel**Source : Résultat de l'enquête de terrain 2021.**

Lorsqu'on interroge les femmes sur les craintes éventuelles qu'elles avaient vis à vis de ce premier rapport sexuel, elles répondent massivement que c'est effectivement une expérience qu'elles appréhendaient : 40% des femmes déclarent qu'elles avaient peur d'avoir mal lors de leur premier rapport sexuel et l'écart entre les cas et les témoins est statistiquement significatif. Enfin, on a demandé aux enquêtées de situer le ressenti de ce premier rapport sur une échelle allant de « *très douloureux* » à « *pas du tout douloureux* ». Si l'échantillon des femmes non excisées se répartit de manière assez équitable entre les différents degrés de douleur ressentie, les femmes excisées sont 41% à déclarer que ce premier rapport sexuel était « *très douloureux* ». Les écarts entre les deux échantillons sont ici très nets et très significatifs. Il faut noter que seules 4,54% des témoins des cas déclarent que leur premier rapport sexuel n'était pas douloureux.

Je me souviens, la douleur c'est trop j'ai tellement mal c'est une douleur que je ne peux jamais oublier. Ce mal, c'est à vie puisque je la vie encore mais on n'a pas de choix puis que c'est une coutume. La douleur on a blessé mon sexe, on a enlevé mon clitoris avec de lame on ma verser de l'eau chaude je disais l'eau qui bouillie à 100 degré avec pleines des écorces qui fait encore d'avantage mal je ne sais comment exprimer cette douleur¹⁶⁶.

L'entrée en sexualité des femmes enquêtées est donc vécue par une grande partie d'entre elles comme une expérience délicate et inquiétante et souvent douloureuse. Dans cette configuration, les femmes excisées sont plus présentes que les femmes non excisées. Au-delà de cet événement initial, les femmes ont aussi décrit à travers quelques questions sur leurs vies sexuelles actuelles.

¹⁶⁶ Le récit de vie de Sayinan du 22/08/2021

I-1-3 Vie sexuelle

Les femmes interrogées déclarent un nombre de partenaires au cours de la vie relativement faible. Elles sont 45% chez les non excisées et 57% chez les femmes excisées à n'avoir connu qu'un seul partenaire sexuel au moment de l'enquête. Elles ne sont que 21% des femmes non excisées et 11% des femmes excisées à déclarer plus de 3 partenaires comme indiqué dans le tableau 15 suivant.

Tableau n°18 : Repartitions de MGF selon le nombre de partenaires au cours de la vie des enquêtées.

Nombre de partenaire au cours de la vie	Effectif	Pourcentage
1 partenaire	2	9,09
2 à 3 partenaires	8	36,36
3 à 4 partenaires	5	22,73
4 à 5 partenaires	4,00	18,18
6 partenaires	0	0
sans réponse	3,00	13,64
Total	22	100

Source : résultat d'enquête de terrain 2021.

Les différences entre cas et témoins sont à nouveau significatives. Les femmes de l'échantillon et les femmes excisées en particulier ont donc une expérience de la sexualité centrée sur peu de partenaires. La multiplication des partenaires sexuels est de plus perçue par une grande partie d'entre elles comme une caractéristique plutôt stigmatisante.

La vie sexuelle d'une partie importante de notre échantillon se caractérise donc par le fait que la sexualité et la conjugalité restent totalement associées. Ces femmes qui ont leur premier rapport sexuel dans le cadre du mariage et qui n'ont comme partenaire sexuel que leur conjoint, ou en cas de séparation, un deuxième partenaire qui est un deuxième conjoint, sont en situation de décalage. De plus, on peut comprendre que 44% des femmes excisées déclarent que leur vie sexuelle est au mieux « *indifférente* » au pire « *très désagréable* » en passant par « *supportable* ». Ce pourcentage tombe à 20% pour les femmes non excisées et ces différences sont très significatives comme indiqué dans le tableau n°19.

Tableau n°19 : Repartitions de MGF selon la satisfaction sexuelle des enquêtés.

Satisfaction sur la vie sexuelle	Masculin		Féminin		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Très agréable	1	2,70	3	8,11	4	10,81
Indifférente	2	5,41	4	10,81	6	16,22
Supportable	7	18,92	9	24,32	16	43,24
Désagréable	2	5,41	1	2,70	3	8,11
Très désagréable	0	0	0	0	0	0
Sans réponse	3	8,11	5	13,51	8	21,62
Total	15	40,54	22	59,45	37	100

Source : Résultat de l'enquête terrain 2021.

I-1-4 Sexualité récente

Le tableau n°20 montre que sur l'ensemble de l'échantillon, 36,36% de femmes ont déclaré avoir eu plusieurs fois d'activité sexuelle par mois, 22,73 ont invoqué avoir eu deux à trois fois d'activité sexuelle, 18,18% des femmes n'ont pas voulu répondre à la question car elles pensent que le sexe est un tabou. 13,64% des femmes ont déclaré avoir eu trois à quatre fois les rapports sexuels. 4,55% de notre échantillon ont déclaré avoir eu des activités sexuelles une fois et cinq à six fois par mois.

Tableau n°20 : Nombre moyen de rapports sexuels au cours du dernier mois

Nombre de rapport sexuel par mois	Effectif	Pourcentage
Une fois	1	4,55
Deux à trois fois	5	22,73
Trois à quatre fois	3	13,64
cinq à six fois	1	4,55
Six et plus	8	36,36
Sans réponse	4	18,18
Total	22	100

Source : Résultat de l'enquête de terrain 2021.

Pour ce qui est du tableau n°21, on a alors demandé à l'ensemble des femmes interrogées, qu'elles soient actives ou non sexuellement si cette fréquence les satisfaisait et 45,45% de femme déclarent qu'elles souhaiteraient avoir des rapports sexuels plus souvent et elles sont 31,82% à

déclarer souhaiter des rapports sexuels moins fréquents, 13,64% de notre échantillon n'ont voulu répondre à la question tandis que 9,09% ont déclaré que c'est bien comme ça.

Tableau n°21 : Répartitions de MGF selon la satisfaction vis à vis de la fréquence des rapports sexuels des enquêtées.

Satisfaction vis-à-vis de la fréquence	Effectif	Pourcentage
Trop fréquents	10	45,45
Pas assez fréquents	7	31,82
C'est bien comme ça	2	9,09
Sans réponse	3	13,64
Total	22	100,00

Source : Résultat de l'enquête de terrain 2021.

Il convient de s'intéresser au vécu de la « *non activité* » sexuelle chez les femmes enquêtées, il est à constater en se référant au tableau 19 que si 40 ,54% invoquent l'absence d'envie pour expliquer cette non activité sexuelle dont 13,51% d'hommes et 27,03% de femmes. 37,84% invoquent leur blocage/peur soit 18,92% d'hommes et 18,92% de femmes. 13,52% invoque la fatigue pour expliquer le non activité sexuelle soit 5,41% d'hommes et 8,11% de femmes. 5,41% de femme invoque leur grossesse. 2,70% de femmes invoque tout de même la maladie pour expliquer le non activité sexuelle.

Tableau n°22 : Répartitions des enquêtés selon les raisons invoquées pour expliquer le non activité sexuelle des enquêtés.

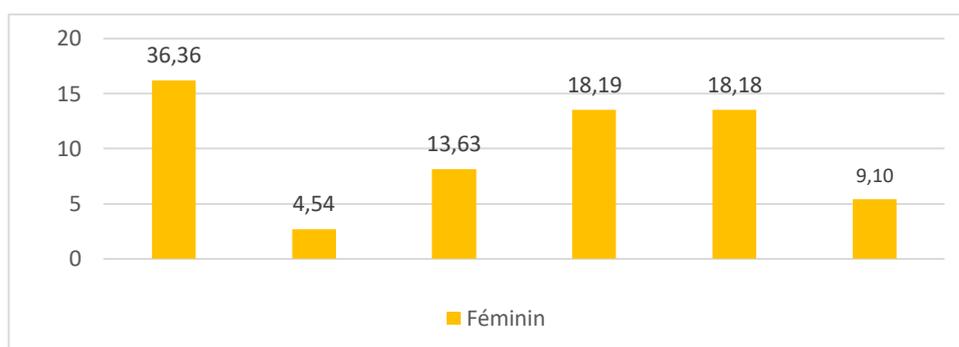
Raisons	Masculin		Féminin		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Absence du partenaire	0	0	0	0	0	0
Grossesse	0	0	2	5,41	2	5,41
Pas envie	5	13,51	9	24,32	15	40,54
Blocage/ Peur	7	18,92	7	18,92	14	37,84
Fatigue	2	5,41	3	8,11	5	13,52
Maladie	0	0	1	2,7	1	2,7
Sans réponse	1	2,7	0	0	1	2,7
Total	15	40,54	22	59,46	37	100

Source : Résultat de l'enquête de terrain 2021.

Il ne faut néanmoins pas oublier une portion de 2,70% des enquêtés classés dans « *sans réponse* » qui en fait représentent une petite autre difficulté.

Pour finir, il a été demandé de manière précise aux femmes de notre échantillon si elles étaient ou avaient été confrontées, dans leur vie sexuelle à une série de difficultés fonctionnelles. Le nombre de non réponses à cette question est plus important parmi les femmes excisées. Cet écart significatif est sans doute lié à la difficulté à aborder ces questions, pour une partie des femmes excisées, bien que les enquêtées aient été particulièrement attentives à ces questions comme il ressort de la figure 10.

Figure 8: Prévalence des enquêtés selon le niveau des difficultés sexuelles des femmes



Source : Résultat de l'enquête de terrain 2021.

Les résultats montrent très clairement que les femmes excisées sont confrontées beaucoup plus souvent à des difficultés dans leur activité sexuelle. Elles rapportent plus souvent des douleurs et saignements vaginaux pendant les rapports : 24,33% de l'échantillon déclarent avoir au moins quelques fois des saignements vaginaux et 21,62% déclare avoir des difficultés à éprouver de plaisir pendant les rapports sexuels de même que 21,62% déclarent avoir des rapports sexuels systématiquement douloureux.

En ce qui concerne le manque de désir, on voit aussi apparaître des différences significatives entre les femmes. Lors de notre enquête, 16,22% des femmes rapportent avoir eu « souvent » un manque de désir dans les 12 derniers mois et 13,64% avoir eu « quelque fois » un manque de désir dans les 12 derniers mois. 10,81% de femme, déclarent avoir « toujours » un manque de désir dans les 12 mois.

S'il est probablement exagéré d'imputer aux MGF tous les problèmes sexuels et conjugaux rencontrés par les femmes excisées, des études mettent en évidence le lien de celles-ci avec certaines dysfonctions sexuelles¹⁶⁷. Désir et satisfaction sexuels sont amoindris et les rapports sexuels douloureux sont significativement plus fréquents. Or, dans les perceptions collectives, le rapport entre plaisir et excision est relativement complexe et paradoxal. D'une part, la baisse du plaisir des femmes est perçue comme un effet voulu de l'excision, afin, il est désirable, de prévenir

¹⁶⁷ Berg et Denison 2012, Alsibiani et Rouzi, 2010 In : Andro et Lesclingand, 2016

l'infidélité. Pour les femmes excisées, le plaisir diminue, c'est la raison pour laquelle on coupe, pour que la femme se ressaisisse. De nombreuses personnes pointaient également les conséquences sur les rapports conjugaux tels que : appauvrissement du ménage dû au coût de l'excision, difficultés au foyer, timidité, divorce dû au manque de sentiment, non satisfaction du mari, déscolarisation des filles, arrestation, trouble du comportement, traumatisme.

D'autre part, il est fréquent que l'on associe à l'excision la vertu inverse, mais pour les hommes. En effet, 20 % des personnes interrogées déclaraient que l'excision servait à augmenter le plaisir des hommes. La présence du clitoris et des lèvres constituerait un obstacle à la pénétration du pénis et diminuerait la durée de l'érection. Parallèlement à cela, certains hommes et femmes interrogés expliquent que la baisse de plaisir de l'un ou l'autre des partenaires est l'une des causes des problèmes conjugaux : « *C'est le manque de plaisir avec son mari qui cause des séparations précoces* » ; « *L'excision médicalisée n'aurait pas de sens. Les problèmes de divorce sont liés au traumatisme de la femme. La femme ne veut plus avoir de relation avec son mari. Au moment de la ménopause, c'est compliqué, la femme devient insensible, frigide même, et le vagin devient étroit* »¹⁶⁸ ; « *Ça cause beaucoup de problème au foyer parce que tu es insensible* »¹⁶⁹

Le pasteur raconte lui aussi que nombre de ses fidèles se plaignent d'une baisse de la libido entraînée, selon eux (ou selon lui), par l'excision, il affirme que :

*Si la femme est excisée, à 40 ans, elle n'aime plus l'amour, ça pose un problème dans le foyer. Le seigneur dit qu'il faut aimer son mari, ce sont les parents qui ne sont pas croyants qui poussent leurs filles à aller à l'excision, ils disent que sinon, elle n'aura pas un bon mari. Et puis aussi certaines femmes veulent y aller, elles sont têtues, elles le font sans comprendre, c'est après qu'elles regrettent.*¹⁷⁰

Du point de vue sexuel, la diminution de la sensibilité, du plaisir et du désir sexuel de même que la frigidité, ont été citées par les populations interviewées comme étant essentiellement les difficultés sexuelles inhérentes à la pratique de l'excision. Ces problèmes évoqués surtout par les femmes ne semblent cependant pas rencontrer l'unanimité chez les personnes interviewées.

En effet, plusieurs hommes affirment ignorer les conséquences sexuelles de l'excision. Cette position est corroborée par celle d'une proportion relativement importante de femmes qui insistent sur l'absence d'impact négatif de l'excision sur la sensibilité et le plaisir sexuel. Elles considèrent qu'aucun changement ne se produit au niveau sexuel suite à cette pratique surtout lorsqu'il ne s'agit que de l'opération.

¹⁶⁸L'entretien du 16/08/2021 avec solkem, sagefemme de Bourou

¹⁷⁰L'entretien du 15/08/2021 avec le pasteur de l'église

Pour certains, la personne excisée pourrait éventuellement connaître un transfert de la sensibilité clitoridienne à celle vaginale. Une des réflexions repose par ailleurs sur le fait qu'il est difficile d'effectuer toute comparaison ou d'évoquer les effets de l'excision sur la sexualité si la personne concernée n'a pas vécu pleinement sa sexualité avant l'opération.

Dans le discours des personnes interviewées, une mention est également faite sur l'accroissement potentiel des prouesses sexuelles de la femme excisée que l'on présente comme un atout sexuel pour les partenaires. En effet, les tenants d'une telle assertion (que ce soit du côté féminin que du côté masculin) considèrent que l'excision en rendant la femme moins sensible réduit les chances que cette dernière accède de manière précoce à l'orgasme et accroît ainsi le plaisir des partenaires en rallongeant le temps qui y est consacré. Le caractère esthétique et hygiénique (propreté des organes génitaux externes) est aussi mis en avant dans les propos de certains répondant(e)s pour souligner les effets positifs de ces pratiques.

La divergence des opinions sur les conséquences sexuelles de ces pratiques met en évidence la difficulté de mesurer objectivement l'impact de la pratique sur la capacité de la femme à atteindre le plaisir ou l'orgasme sexuel. Il devient alors difficile de déterminer l'effet direct de ces pratiques sur le comportement sexuel de la femme, l'expression du plaisir et de l'orgasme sexuel étant influencée par de nombreux facteurs (physiques, psychologiques, socio-culturels, etc.). Ainsi, l'acception selon laquelle ces pratiques réduisent systématiquement la capacité d'atteindre l'orgasme pour toutes les femmes qui y seraient soumises, n'est pas prouvé dans les recherches.

Parmi les perturbations socio-psychologiques associées à moyen ou à long terme de la pratique énoncée par les personnes interviewées, le constat est porté sur les sentiments d'anormalité et de frustration, de blocage émotionnel à l'anxiété et à la psychose face à la consommation des relations conjugales. En effet, si l'opération a occasionné des complications physiques telles des fistules, des kystes, le resserrement des tissus cicatriciels, les rapports sexuels peuvent s'avérer douloureux et constituer une source d'anxiété et de conflits familiaux. Pour certain(e)s répondant(e)s, le manque de sensibilité de la personne excisée ou infibulée crée alors un sentiment de frustration pour les deux partenaires.

Le vagin est la partie intime de la femme qui est à l'intérieure et présente à l'extérieure par le bibus il se trouve en bas entre les jambes de la femme ; le clitoris est le seul organe féminin dédié au plaisir sexuel solitaire de la femme. Quand cette partie est éradiquée, la fille n'arrive pas à jouir au plaisir sexuel, elle est mentalement abattue, frustrée. Et par peur de briser son couple, la femme préfère faire semblant d'être heureuse sexuellement et ça frustre encore d'avantage. La femme à qui on a coupé le clitoris ou les lèvres ne peut pas avoir plaisir par masturbation mais par compte elle peut avoir le plaisir par accouplement si le partenaire est en complicité avec elle parce que quand on se marie on cherche à comprendre et à être tendre avec la personne à qui on

vit. *Mais si le mariage est arrangé ou forcé comme on a tendance de dire, elle ne peut jamais avoir de plaisir*¹⁷¹.

Sur le plan psychologique, c'est essentiellement les traumatismes reliés au choc que provoque la douleur de l'opération qui sont relevés par les répondant(e)s. En effet, la plupart des personnes interviewées considèrent que ce choc psychologique est à l'origine de cauchemars et de peurs pouvant affecter la santé mentale de la personne soumise à une telle opération. Ces traumatismes sont en dommageables et peuvent influencer de façon négative le comportement sexuel. Même si quelques personnes interviewées ont évoqué des perturbations psychologiques reliées à la pratique, il reste cependant que la majorité des répondant(e)s sont resté(e)s peu éloquent(e)s à ce sujet ; ce qui suggère, une méconnaissance des effets par la plupart des personnes interviewées.

Enfin, les difficultés à avoir du plaisir sont aussi beaucoup plus fréquentes chez les femmes excisées de l'échantillon. Les différences sont négligeables pour les femmes témoins par rapport à l'échantillon. Les autres difficultés sexuelles (sécheresses, brûlures, saignements) sont aussi significativement plus fréquentes parmi les femmes excisées. Les femmes excisées de notre échantillon sont donc confrontées beaucoup plus souvent que la population en général à des difficultés de la fonction sexuelle et ces dernières sont systématiques pour une partie d'entre elles. Ces résultats sont très importants pour la définition de la prise en charge de ces femmes.

Ces premières analyses montrent que les femmes excisées ont effectivement des problèmes de santé plus importants que les femmes de l'échantillon témoin en ce qui concerne l'appareil urogénital et la santé mentale, même si ces écarts mesurés appellent des analyses plus approfondies.

En ce qui concerne le vécu de la sexualité, les premiers résultats sont particulièrement nets en mettant en évidence une forte différence dans ce que l'on peut qualifier de « *bien être sexuel* » entre les femmes excisées interrogées, les femmes témoins et un échantillon de population générale. Là encore, des analyses complémentaires sont nécessaires pour affiner les résultats en tenant notamment compte des relations entre partenaires. L'apport des résultats de l'enquête qualitative sera à ce sujet particulièrement utile.

II-2 Les conséquences immédiates et à court terme

Sur le plan physique, la majorité des répondants, déclarent que ce soit de sexe féminin ou masculin énumèrent les hémorragies, les infections, le tétanos, les difficultés et la rétention urinaires, les douleurs et maux de reins, de dos et de bas-ventre, la fièvre, les risques de contraction de MST et du VIH/SIDA et, les décès comme conséquences immédiates de la pratique. Pour une

¹⁷¹ Emission sur plaisir féminin de Nana Camara sur YouTube space Paris consultée le 21/01/22 à 20h05min

part importante des personnes interviewées, les décès suite à la pratique seraient attribuables à l'effet de forces surnaturelles relevant de la sorcellerie. Les complications immédiates ou les décès sont dans ces conditions considérés normaux et ne sont aucunement liés aux conditions de la pratique, mais plutôt à la faute de la personne excisée face aux dieux. La priorité est ainsi accordée à l'invocation du pardon des dieux à travers des rituels traditionnels, ce qui retarde ou occulte, en cas d'urgence, le recours immédiat aux centres médicaux modernes. Même si la plupart des conséquences sanitaires immédiates de la pratique sont évoquées par les répondant(e)s, il reste cependant que 89% des interviewés affirment les ignorer. Ce phénomène trouve en partie son explication dans l'interprétation socioculturelle des problèmes de santé généralement peu associés à la pratique et s'avère assez marqué chez les femmes dont le niveau d'éducation est dans la plupart des cas faible, comparativement à celui des hommes.

Toutefois, il est intéressant de noter que les professionnels de santé interrogés durant l'étude, qui avaient tous une longue expérience de prise en charge des femmes, notamment des femmes excisées, relevaient une prévalence plus importante des fistules et des kystes parmi les femmes excisées que parmi celles qui ne l'étaient pas. Un professionnel de santé affirme dans ce sens que :

Les conséquences, on en voit tous les jours, surtout au moment de l'expulsion, s'il n'y a pas d'épisiotomie, il y a des déchirures importantes. Parfois quand elles viennent des villages, elles arrivent avec des déchirures du troisième degré. Les fistules aussi sont liées à la cicatrice, on voit parfois des fistules vésico-recto-vaginales. Les fistules sont aussi dues aux excisions précoces, vers l'âge de 8 ans il n'y a pas encore de maturation des organes, alors ça crée des fistules.¹⁷²

De plus,

Les principales conséquences sont dues à la mauvaise cicatrisation, à des kystes dermoïdes. Le gros problème, c'est qu'il s'agit d'une zone velue. Donc durant la cicatrisation, les poils sont incrustés sous la peau, ça cause des infections et des kystes. De manière générale, la cicatrice altère souvent la qualité de vie.¹⁷³

Lors de l'enquête de terrain, la question a été posée aux femmes et aux hommes si l'excision comportait des risques sur la santé des femmes et des conséquences sur leur vie conjugale. Parmi les 37 personnes interrogées, (51 %) ont pu citer au moins trois risques associés, 14 % déclaraient qu'il n'y avait pas de risque, et 10% n'ont pas souhaité répondre. Tous les hommes interrogés reconnaissaient que la pratique était risquée, mais parmi les femmes interrogées, (25 %) répondent qu'elle ne comporte aucun risque, ou qu'elles ne savent pas. Les principaux problèmes relevés sont par ordre d'importance selon les personnes interrogées : les hémorragies, les difficultés pendant l'accouchement, les rapports sexuels douloureux, l'absence de plaisir, les infections urinaires, les infections génitales, la stérilité. Des réponses additionnelles

¹⁷²L'entretien avec le RCS du 16/08/2021

¹⁷³L'entretien avec le medecin de Ndjamen

précisaient également le risque de transmission du tétanos et des MST, celui d'avoir recours à une épisiotomie ou à une césarienne, des difficultés à marcher, des déchirures vaginales ou des rétrécissements du vagin et des morts fœtales.

Photo n° 5: Jeunes filles nouvellement sorties du couvent à Bourou



Source : Résultat de l'enquête de terrain 2021

Par ailleurs il est difficile de savoir exactement combien de filles meurent ou subissent des conséquences médicales graves, car le cas de décès ou l'hospitalisation dû à l'excision ne font l'objet d'aucune donnée statistique, ils sont volontairement camouflés. De cette image on remarque qu'il y a un sentiment métissé, il y a la douleur, la peine mais en même temps il y a des femmes qui boivent de "Bilibili", "Djala" et "Argué" (la bière locale) à côté même si ça fait mal c'est la joie, la fête c'est ce qui est de coutume et elles doivent se réjouir car c'est un mal nécessaire. Cette cérémonie est accompagnée des rites et des sacrifices ont été présentées c'est l'occasion de prouver leur innocent les nouvelles initiées sont entourées des femmes déjà initiées et des hommes initiés ; c'est l'occasion de présenter celles qui seront excisées prochainement et leur marraine. Des chants de valorisation de la pratique ont été entonnés :

Pa'a Banyan

Kogue dign'an kedja banyan ni koumoun'ne ri wa idami't sei admo ?

Kedja banyan I yan ye kadji'g djoinou de'k a as kogue goto.

Dignan k idja banyan I hormon ya ooo ye ye takoudjoune ooo.

Rom nelom ngai tam tha nguirim a woi tha koudji ya niim al, man yan rai ya

Madbe'm qal man yan rai ya kembe 'al ooo, ketoo'ba man'm tel dign'an thaa¹⁷⁴.

Traduction

Qu'est-ce que cela veut dire empêcher la fille de pratiquer l'excision ?

Dites-moi. L'excision est une coutume ancestrale que personne ne peut empêcher.

¹⁷⁴ Chanson composé en sar par les marraines des nouvelles excisées, elle est aussi chantée lors des rites traditionnels féminins.

La fille est excisée et la voilà de retour comme une fille complète, belle, une fille digne de sa communauté.

Contente de l'être parce que son clitoris ne balaye plus jamais la cour de sa rivale, elle ne sera plus la risée de moquerie de ses amies et entourage, elle est désormais une femme.

II-2-1 Conséquences à moyen terme

Si les conséquences extrêmes comme les décès liés aux hémorragies ou les morts fœtales sont heureusement peu fréquentes, d'autres répercussions moins fatales mais beaucoup plus répandues peuvent handicaper les femmes. Chez les Nar, les soins traditionnels prodigués après l'excision consistent, entre autres, à placer une feuille préalablement roulée à la place des lèvres pour éviter que celles-ci ne se recollent. Un autre procédé consiste au contraire à conserver autant que possible « *la position gynécologique* » pour les mêmes raisons. Dans les deux cas, cela impose aux femmes une certaine discipline afin de garder la posture appropriée suffisamment longtemps pour que la cicatrisation ne s'étende pas à toute la vulve. Bien souvent, la cicatrisation se fait trop invasive et cause la fermeture, au moins partielle, du vagin, principal problème relevé par les professionnels de santé et les enquêtés comme illustré par quelques extraits d'entretiens suivants :

Elles font ça avec un rasoir Gillette, chacune a son rasoir. D'abord elle enlève les petites lèvres, et puis les grandes lèvres et ensuite le clitoris. Et s'il reste le truc dur, elle recommence pour l'enlever encore une fois. Des fois, si l'exciseuse laisse le truc dur et que les mamans le voient, les mamans peuvent demander à l'exciseuse de couper encore une fois. Ensuite, pour soigner la plaie, on met le thé écrasé en poudre et mélangé avec de l'eau. Ensuite elles mettent les feuilles de « mong » (La phytothérapie est une alternative aux traitements médicamenteux. En effet, il s'agit d'une solution qui permet de se soigner en utilisant les vertus des plantes dites médicinales. Depuis des années, le nombre de patients qui choisissent de se soigner par les plantes ne cesse de croître dans la mesure où ce type de soin leur a permis de guérir de leur maladie. D'autre part, il y a également la catégorie de personnes qui combinent le traitement allopathique avec la phytothérapie.) Vertes, elles les roulent dans les mains pour les mettre au milieu, à la place des lèvres, pour que ça ne cicatrise pas et que ça reste ouvert. Mais le problème c'est que des fois la feuille tombe, il faut la remettre, mais des fois les jeunes filles ne savent pas faire, et si elles remettent la feuille, ça fait mal aussi. Alors si elles ne remettent pas la feuille, la cicatrice va refermer tout. En plus, quand on urine sur la cicatrice, la douleur est intense. Chez les musulmans, ils coupent seulement le prépuce, donc il y a moins de problème, mais chez les Nar, ils coupent tout, les filles peuvent rester 45 jours.¹⁷⁵

La sage-femme explique que :

Le passage est trop petit parce que ça arrive que ça se recolle, alors il n'y a plus la place pour l'enfant. Pourquoi il arrive que ça se recolle ? Parce qu'il y a une position qu'il faut adopter après l'excision, c'est la position gynécologique, mais si les femmes ne le font pas, ça se recolle. S'il y a quand même assez de place, on surveille, mais sinon on fait une césarienne, c'est ce qui est le plus indiqué, mais on ne peut faire la césarienne qu'ici à l'hôpital, pas au centre de santé. Les femmes sont très conscientes des risques, mais c'est la tradition, c'est plus fort.¹⁷⁶

¹⁷⁵ L'entretien avec Lougman du 17/08/2021

¹⁷⁶ L'entretien du 17/08/2021 avec la sage-femme

L'âge auquel se pratique l'excision semble également avoir des conséquences sur l'évolution de la cicatrisation des jeunes filles excisées. De nombreux informateurs témoignent de ce problème comme suit : « *Les fistules sont aussi dues aux excisions précoces. Vers l'âge de 8 ans, il n'y a pas encore de maturation des organes, alors ça crée des fistules* »¹⁷⁷ ; « *Ça cause des cicatrisations inguérissables. Si la fille était très jeune au moment de l'excision, les lèvres collent entre elles et ça bouche le trou, alors elle n'aura pas d'enfant* ».¹⁷⁸ Les données de l'enquête de terrain rapportent que 51,28 % des répondantes avaient entre 8 et 12 ans au moment de l'excision, 33,33 % avaient entre 13 et 17 ans, 12,28% entre 18 et 25 ans et 2,56% avaient plus de 26 ans.

Lorsque nous avons demandé aux hommes et aux femmes enquêtés quel était, selon eux, l'âge raisonnable pour pratiquer l'excision et pourquoi cet âge était plus indiqué qu'un autre, l'importance de la maturation des organes pour éviter la mauvaise cicatrisation semblait faire consensus. Les autres réponses étaient assez hétérogènes. D'un côté, l'âge précoce est considéré comme un atout pour préserver le tabou lié à l'initiation : « *Il faut le faire vers 10 ans pour que la fille ne raconte pas aux autres ce qu'elle a vécu, à 10 ans tu peux oublier* »¹⁷⁹ ; de l'autre, un âge plus avancé permet de bénéficier plus largement de l'éducation ou, au contraire, d'être suffisamment indépendante pour s'opposer à l'excision. « *La fille doit attendre 15 ans pour aller à l'excision, là elle est mure et capable de comprendre le sens de l'excision* »¹⁸⁰ « *Il faut qu'elle soit mûre pour distinguer le mal et le bien* »¹⁸¹ mieux encore

*Quand tu es petite tu es ignorante et elles peuvent profiter de toi. Quand tu es grande, tu seras consciente et tu peux être catégorique. Donc elles profitent de ton âge pour te l'imposer. À bas âge, les parents peuvent te manipuler et tu n'as pas de pouvoir pour te défendre. Ils t'utilisent à leur guise, tu es à leur disposition. Alors que quand tu es majeure, tu peux les contredire*¹⁸².

Il est intéressant de noter que la maturité à l'excision est également perçue comme une protection contre la souffrance, les risques liés aux hémorragies et les complications au moment de l'accouchement.

¹⁷⁷ L'entretien du 17/08/2021 avec la sage-femme

¹⁷⁸ L'entretien du 17/08/2021 avec Adoumra Djimrabaye

¹⁷⁹ L'entretien avec Mawal du 18/08/2021

¹⁸⁰ L'entretien avec madtoïdé du 19/08/2021

¹⁸¹ L'entretien avec Rimtemadje du 19/08/2021

¹⁸² L'entretien avec Allahtaroum du 15/08/2021

Photo n° 6: habitation des excisées



Source : Résultat de l'enquête de terrain 2021

On peut observer sur cette image, un paysage et une case où sont logées les jeunes filles initiées dans des conditions défavorables. Cet environnement est exposé à toute sorte de danger à savoir : le développement des moustiques qui peuvent provoquer le paludisme, les reptiles et les animaux dangereux. A côté de cela, cette case est sans porte laissant ainsi ses jeunes filles excisées exposés à tout danger. Rester isoler dans des brousses a des kilomètres, ces jeunes courent de risques d'énormes si elles arrivent à contracter une maladie qui nécessite l'évacuation d'urgence à l'hôpital.

II-2-2 Les conséquences à long terme

Les personnes interviewées ont soulevé un certain nombre de difficultés reliées à la pratique qui contribuent fortement à compliquer les interventions au niveau gynécologique et obstétrique, à savoir: les complications et le risque élevé de décès (de la mère et/ou du bébé) lors de l'accouchement; la stérilité, les infections pelviennes aiguës ou chroniques, les douleurs menstruelles, les infections récurrentes des voies urinaires, la formation de kystes dermoïdes et de chéloïdes en cas d'infection lors de l'opération, le durcissement des tissus cicatriciels et l'étroitesse du vagin dû au resserrement des tissus cicatriciels.

Certaines femmes émettent des doutes ou estiment qu'il n'existe aucun lien entre les complications lors de l'accouchement et la pratique. Selon elles, les décès suite à l'accouchement seraient plutôt reliés au caractère rudimentaire des conditions d'accouchement, notamment dans certaines zones la pratique est répandue. Ces incertitudes sont renforcées par le propos des femmes qui, se référant à leur expérience personnelle ou celle de leurs enfants (ou parentes proches) insistent sur l'absence de problèmes de santé, surtout en ce qui concerne la pratique. Dans une étude portant sur les débats autour de l'excision, Marie Helene Mottin-Sylla note à ce titre que même s'il existe des risques potentiels de décéder suite à la pratique, ces probabilités sont assez

faiblement attestées statistiquement¹⁸³. Un tel phénomène pourrait également contribuer à renforcer les doutes par rapport aux conséquences sur la santé réellement imputable à ces pratiques.

¹⁸³ Marie Helene Mottin Sylla, excision : les jeunes changent l'Afrique par le TIC, Africain books collective, 2010

CHAPITRE 4 : SOCIOCRIQUE DE LA PROMOTION DE LUTTE CONTRE LES MGF A BOUROU

Dans l'optique de mieux appréhender la promotion de lutte contre les MGF à Bourou, il est question de prime abord de relever les principaux droits humains violés par lesdites pratiques. Il s'agit du droit de jouir du meilleur état de santé physique, droit à l'intégrité physique et morale, le principe de non-discrimination, le principe de l'intérêt supérieur de l'enfant et le droit au respect de son opinion et le droit à l'éducation.

SECTION 1 : LES PRINCIPAUX DROITS HUMAINS VIOLÉS PAR LA PRATIQUE DES MUTILATIONS GENITALES FEMININES

I-1 Le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale

En 1966, le droit de tout individu de jouir du meilleur état de santé physique et mentale est consacré à l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC). Dans son commentaire général sur le droit à la santé, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies a souligné l'importance d'entreprendre des actions pour protéger les femmes et les enfants contre les pratiques traditionnelles néfastes affectant leur santé. La CDE aborde les MGF/E sous l'angle du droit de l'enfant à jouir du meilleur état de santé possible (article 24) et oblige les Etats parties à prendre « *toutes les mesures efficaces appropriées en vue d'abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants* ». Le même droit est proclamé par l'article 16 de Charte africaine des droits de l'homme et des peuples et protégé par l'article 15 de la Constitution de la République du Tchad de 2002, qui garantit à chacun le droit à la santé et au bien-être physique.

La pratique des MGF/E a des conséquences négatives sur le droit à la santé physique et mentale, y compris le droit à la santé reproductive, et peut entraîner des complications voire la mort. De manière générale, les MGF/E ont des conséquences immédiates sur la santé physique et mentale de la personne excisée, au-delà de l'acte d'excision. En effet, l'excision engendre une mutilation à vie qui peut générer des conséquences à long terme.

Les MGF/E provoquent des douleurs intenses et un choc. Elles peuvent également être suivies de diverses complications immédiates, souvent graves, et qui peuvent devenir chroniques. Les MGF/E peuvent également provoquer la mort¹⁸⁴. Sur le plan obstétrical, les MGF/E présentent des risques réels, notamment la nécessité d'accouchement par césarienne, des hémorragies post-

¹⁸⁴ En décembre 2021, une fille de neuf ans est décédée des suites de l'hémorragie provoquée par l'excision, dans la localité de Bourou, au Tchad

partum, des séjours hospitaliers maternels prolongés, la réanimation du nouveau-né, la mort-naissance ou les décès néonatal précoces.

Dans de nombreux cas, les risques à plus long terme sont multiples et sévères : nécessité d'une intervention chirurgicale, problèmes urinaires et menstruels, rapports sexuels douloureux et mauvaise qualité de la vie sexuelle, stérilité, douleurs chroniques, infections (par exemple kystes, abcès et ulcères génitaux, infections pelviennes chroniques, infections urinaires, infections de l'appareil reproducteur), chéloïdes (c'est-à-dire un excès de tissus cicatriciels), risque accru du cancer du col de l'utérus (bien que des recherches plus poussées soient nécessaires sur cet aspect), troubles psychologiques, comme la crainte des rapports sexuels, stress post-traumatique, angoisse ou dépression. En outre des affections ou des maladies sont souvent associées aux MGF/E, notamment le VIH¹⁸⁵, la fistule obstétricale et l'incontinence.

Malgré les risques nombreux et sérieux pesant sur la santé des femmes et des filles, les praticiens traditionnels de l'excision n'ont aucune formation médicale au Tchad. Ce sont généralement les accoucheuses traditionnelles qui pratiquent les MGF/E. Pour remédier aux conséquences immédiates, comme les saignements, les exciseuses ont généralement recours aux médicaments traditionnels, notamment les décoctions. Ce ne sont que les cas présentant des complications graves qui sont conduits dans des centres de santé, souvent avec du retard, rendant la prise en charge médicale d'autant plus difficile.

Conscientes de ces conséquences susmentionnées, certaines personnes se rendent dans des centres médicaux où les MGF/E sont pratiqués par les personnels de la santé, en dépit de l'interdiction légale en vigueur depuis 2002.

I-2 Le droit à l'intégrité physique et morale

Le droit au respect de l'intégrité physique et l'interdiction des mauvais traitements est consacré par les articles 5 de la DUDH, 7 du PIDCP et 37(a) de la CDE. Au Tchad, de nombreux textes garantissent ce droit, notamment la Constitution (article 6). Dans nombre de ses observations finales et conclusions, dont celles portant sur la Guinée, le Comité contre la torture a exprimé sa vive préoccupation au sujet de la pratique des MGF/E, soulignant que la douleur infligée par l'excision ne cesse pas avec l'acte chirurgical, mais se poursuit tout au long de la vie d'une femme de manière continue¹⁸⁶. Le Comité considère les MGF/E comme des actes de mauvais traitements imputables à l'Etat, lorsque celui-ci ne prend pas toutes les mesures nécessaires pour les prévenir et les éliminer¹⁸⁷.

¹⁸⁵ Les exciseuses utilisent le même instrument non stérilisé pour exciser plusieurs filles.

¹⁸⁶ A/HRC/7/3, para 51.

¹⁸⁷ A/HRC/7/3, para. 53.

L'article 19 de la CDE protège l'enfant contre toutes les formes de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitements ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle. Dans son observation générale N° 13 relative au droit de l'enfant d'être protégé contre toutes les formes de violence, le Comité des droits de l'enfant cite les MGF/E parmi les pratiques préjudiciables auxquelles sont exposés les enfants¹⁸⁸.

Comme décrit précédemment, les MGF/E compromettent de façon irréversible l'intégrité physique des filles et des femmes. Au Tchad, il n'est pas rare que ces pratiques soient associées à des actes de torture ou autre traitement cruel, inhumain ou dégradant. En effet, pendant les rites d'initiation dans les « *bois sacrés* », on inflige parfois des sanctions éducatives ou punitives aux jeunes filles, telles que la privation de nourriture, des châtiments corporels (par exemple le maintien de la tête sous l'eau, piment jeté au visage) et psychologiques, accompagné du récit de mythes à propos de démons et de mauvais esprits¹⁸⁹.

I-3 Le principe de non-discrimination

Dans les pays où elles sont répandues, les MGF/E reflètent une inégalité des genres profondément ancrée dans la vie sociale, économique et politique. Le principe de non-discrimination, y compris sur la base du sexe, est reconnu dans la plupart des traités internationaux relatifs aux droits de l'homme, notamment la Déclaration universelle des droits de l'homme (DUDH), le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIDCP), le PIDESC, la CEDEF, et la CDE. Le principe d'égalité et de non-discrimination est également consacré par la Constitution tchadienne. En effet,

*Après l'excision, les yeux deviennent rouges parce que c'est douloureux. Cette douleur a une valeur éducative : La douleur fait changer le comportement. C'est pourquoi, en forêt, on tape les filles et elles sont plus dociles après. Si une fille se comporte mal après avoir fait la forêt, on lui rappelle l'acte, et elle se rappelle et elle obéit.*¹⁹⁰

En 1979, la CEDEF aborde les MGF/E et autres pratiques culturelles dans le contexte des rapports de genre inégaux et oblige les Etats parties à :

*prendre toutes les mesures appropriées pour modifier les schémas et modèles de comportement socioculturel de l'homme et de la femme en vue de parvenir à l'élimination des préjugés et des pratiques coutumières, ou de tout autre type, qui sont fondés sur l'idée de l'infériorité ou de la supériorité de l'un ou l'autre sexe ou d'un rôle stéréotypé des hommes et des femmes*¹⁹¹.

En outre, en 1990, le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes a adopté la recommandation générale N° 14, portant spécifiquement sur l'excision, qui recommande notamment aux Etats parties de prendre des mesures appropriées dans le sens de

¹⁸⁸ CRC/C/GC/13 (18 avril 2011), para. 29.

¹⁹⁰ Témoignage de Rassem du 20/08/2021

¹⁹¹ Article 5(a) de la CEDEF

l'abolition de la pratique des MGF/E. Le Comité recommande aux Etats d'inclure dans leur politique nationale de santé des mesures tendant à l'abolition des MGF/E, d'encourager les institutions et organismes intervenant dans le domaine à la mise en place des bases de données sur le phénomène et d'impliquer des acteurs de différents secteurs tels que les enseignants, les artistes et les religieux dans la lutte pour l'abandon de la pratique.

De même, dans son observation générale N° 7, portant sur la mise en œuvre des droits de l'enfant dans la petite enfance, le Comité des droits de l'enfant considère que la discrimination envers les fillettes constitue une violation grave des droits de l'enfant dans la mesure où elle affecte leur survie et tous les aspects de leur existence. Le Comité note que la discrimination peut se manifester sous la forme d'une sévérité et d'exigences exagérées, qui peuvent être assimilables à de l'exploitation ou à des sévices, et cite explicitement les MGF/E à titre d'exemple¹⁹².

I-4 Le principe de l'intérêt supérieur de l'enfant et le droit au respect de son opinion

L'article 3 paragraphe 1 de la Convention relative aux droits de l'enfant dispose que « *dans toutes les décisions qui concernent les enfants, qu'elles soient le fait des institutions publiques ou privées de protection sociale, des tribunaux, des autorités administratives ou des organes législatifs, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale* ¹⁹³ ». Cet article doit également être interprété à la lumière de l'article 18 (paragraphe 1) de la même convention, qui reconnaît la responsabilité commune des parents pour élever l'enfant et assurer son plein développement, et précise que « *La responsabilité d'élever l'enfant et d'assurer son développement incombe au premier chef aux parents ou, le cas échéant, à ses représentants légaux. Ceux-ci doivent être guidés avant tout par l'intérêt supérieur de l'enfant* ¹⁹⁴ ».

L'article 12 de la CDE reconnaît le droit de l'enfant d'exprimer librement son opinion sur toute question l'intéressant et la prise en compte de son opinion eu égard à son âge et son degré de maturité. Pour des pratiques entraînant des conséquences irréversibles sur la vie des filles - comme les MGF/E - il est primordial de prendre en compte leur opinion. Le fait que les filles ne sont pas ou pas suffisamment informées des risques des MGF/E porte en soi atteinte au respect de leur opinion et à leur droit à l'information.

Selon les statistiques, plus d'un tiers des femmes au Tchad subissent des MGF/E avant l'âge de neuf ans et la grande majorité des filles avant l'adolescence¹⁹⁵ à un âge où elle peuvent difficilement exprimer leur opinion avec le discernement et la maturité requis et, a fortiori, ne peuvent pas imposer leur volonté vis-à-vis de leurs parents.

¹⁹² CRC/C/GC/7/Rev.1 (20 septembre 2006), para. 11.

¹⁹³ L'article 3 para 1 de la CEDEF

¹⁹⁴ L'article 18 para 1 de la CEDEF

I-5 Le droit à l'éducation

L'article 26 de la DUDH, l'article 13 du PIDESC et l'article 28 de la CDE consacrent le droit à l'éducation. En vertu de l'article 13 (paragraphe 1) du PIDESC, les Etats Parties reconnaissent le droit de tout individu à l'éducation et l'objectif de l'éducation visant au « *plein épanouissement de la personnalité humaine et du sens de sa dignité ainsi qu'au renforcement du respect des droits de l'homme et des libertés fondamentales*¹⁹⁶ ». En outre, en vertu de l'article 28, paragraphe 1(e) de la CDE, les Etats Parties prennent toutes les mesures pour encourager la régularité de la fréquentation scolaire et la réduction du taux d'abandon scolaire.

Or, la pratique des MGF/E a des conséquences sur la mise en œuvre du droit à l'éducation. En effet, les MGF/E constituent un motif d'abandon scolaire pour les filles car les conséquences sur leur santé physique et mentale se manifestent par l'absentéisme, des difficultés de concentration et une baisse des résultats scolaires. En outre, lorsque les cérémonies d'excision sont organisées en dehors des périodes de congés scolaires, ceci se répercute sur la fréquentation scolaire. Au sein de certaines communautés, les filles excisées sont retirées de l'école car elles sont considérées comme prêtes au mariage¹⁹⁷.

Par ailleurs, on constate qu'au Tchad, la proportion de filles excisées diminue selon le niveau d'éducation de la mère¹⁹⁸. Plusieurs hypothèses ont été avancées sur les raisons poussant les mères instruites à ne pas faire exciser leur(s) fille(s). Premièrement, durant leur scolarité, les femmes peuvent tisser des liens avec des filles non excisées. Deuxièmement, l'enseignement offre l'opportunité de se forger ses propres idées. Troisièmement, les femmes instruites sont plus à même d'être exposées et de réagir aux campagnes de sensibilisation relatives à l'interdiction et à l'élimination des MGF/E¹⁹⁹. Promouvoir l'éducation de la jeune fille contribue ainsi à la lutte contre les MGF/E.

La politique internationale pour l'élimination des MGF s'est construite en plusieurs étapes à partir du triptyque des principes des droits humains, du droit à la santé et des droits des femmes qui ont eux aussi été peu à peu formalisés au fil des traités internationaux adoptés tout au long de la deuxième moitié du XXe siècle²⁰⁰.

C'est en 1958 que le Conseil économique et social des Nations Unies pose explicitement la question de l'excision comme un problème relevant de la communauté internationale et celle du

¹⁹⁶L'article 13, para 1 de la CEDEF

¹⁹⁷ UNICEF Centre de recherche Innocenti, *Changer une convention sociale néfaste : la pratique de l'excision/mutilation génitale féminine*, 2005, réimpression mai 2008, Florence, encadré 7, p. 26.

¹⁹⁸ EDS-MICS de 2014

¹⁹⁹ UNICEF, *Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview of exploration of the dynamics of change*, July 2013, New York, p. 39 et graphique 4.8.

²⁰⁰ Andro et Lesclingand 2016

préjudice que les MGF entraînent²⁰¹. A cette époque, la dimension sanitaire des MGF n'est pas prise en compte et l'OMS refusera d'ailleurs de se saisir de cette question, la considérant alors plus de nature sociale et culturelle que médicale²⁰². Il faudra attendre 1977 pour que l'OMS se mobilise et crée un groupe de travail sur les « *pratiques traditionnelles ayant un effet sur la santé des femmes et des enfants* »²⁰³.

En 1979, l'OMS prendra pour la première fois position sur le sujet en mettant en place un travail de recension des conséquences médicales de cette pratique²⁰⁴, mais c'est principalement dans les années 1990 que la lutte contre les MGF va prendre de l'ampleur. En 1990, le Comité interafricain de lutte contre les pratiques traditionnelles adopte le terme de mutilation à la suite de l'UNICEF.

L'Assemblée générale de l'ONU adopte alors la Déclaration sur l'élimination de toutes formes de violences à l'égard des femmes (1993), avec une référence explicite à la question des mutilations sexuelles. Les Conférences du Caire en 1994 et de Pékin en 1995 seront l'occasion de rappeler la position abolitionniste de l'ONU sur la question. La lutte contre les MGF s'internationalise avec, en tête de file, le Comité interafricain de lutte contre les pratiques traditionnelles néfastes. Le protocole de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples portant sur le droit des femmes en Afrique, désigné sous l'appellation de « protocole de Maputo » est un document juridique adopté par consensus en 2003 par les chefs d'État de l'Union africaine. L'article 5 interdit et condamne explicitement les MGF²⁰⁵.

En 2005, l'Union interparlementaire africaine adopte une résolution appelant à généraliser les lois visant l'abandon de ces pratiques²⁰⁶. Parmi les 30 pays les plus concernés par les MGF, 25 ont adopté au cours des dernières décennies des décrets ou des lois relatives au sujet. Dans la grande majorité des pays, l'adoption a été relativement récente, sauf pour la Guinée et la République centrafricaine où elle date des années 60. Au Tchad, la loi a été adoptée en 2002.

²⁰¹ Résolution 680-XXVIBII. Conseil économique et social des Nations unies, ONU, 1958

²⁰² Nations unies, 1959, In : Andro et Lesclingand 2016

²⁰³ Ibidem

²⁰⁴ « Les États interdisent et condamnent toutes les formes de pratiques néfastes qui affectent négativement les droits humains des femmes et qui sont contraires aux normes internationales. Les États prennent toutes les mesures législatives et autres mesures afin d'éradiquer ces pratiques et notamment interdire par des mesures législatives assorties de sanctions, toutes formes de mutilation génitale féminine, la scarification, la médicalisation et la paramédicalisation des mutilations génitales féminines et toutes les autres pratiques néfastes ». Protocole de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif au droit des femmes, Maputo, le 11 juillet 2003

²⁰⁵ Andro et Lesclingand, 2016

²⁰⁶ Constitution de la république du Tchad promulguée le 4 Mai 2018. Article 19 : L'esclavage, la traite des êtres humains, le travail forcé, la torture physique ou morale, les traitements inhumains, cruels, dégradants et humiliants, les violences physiques, les mutilations génitales féminines, les mariages précoces ainsi que toutes les autres formes d'avilissement de l'être humain sont interdits. In http://www.laltdh.org/pdf/constution_tchad.pdf

SECTION 2 : ACTIONS MENÉES DANS LA LUTTE CONTRE LES MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES

I-1 Actions menées par le gouvernement

Au cours des 15 dernières années, le Gouvernement tchadien a réalisé des progrès notables sur les plans normatif et institutionnel dans le cadre de la lutte contre les MGF/E. De nombreux textes législatifs et réglementaires prévoyant et punissant les MGF/E ont été adoptés²⁰⁷.

En 2011, le Ministère de la Sécurité a restructuré l'Office de protection du genre, de l'enfance et des mœurs (OPROGEM) et a installé une antenne de cette institution dans chacune des 23 régions administratives du pays, ainsi que des cellules dans un nombre important de commissariats de police et d'unités de gendarmerie de la capitale et de l'intérieur du pays, pour assurer une prise en charge rapide des cas de violences faites aux femmes et enfants, y compris les MGF/E. Avec l'appui technique et financier du FNUAP, des centres pilotes pour le traitement des cas de violences basées sur le genre ont été mis en place. Le renforcement des capacités de l'OPROGEM (formation et équipement) a permis d'enregistrer des cas d'interpellation, d'arrestation et de référencement d'auteurs et de complices d'actes d'excision.

En 2012, le gouvernement, en collaboration avec des partenaires nationaux et internationaux, a élaboré un Plan stratégique national de l'abandon des mutilations génitales féminines 2012- 2016 (PSN) assorti d'une feuille de route pour son opérationnalisation en 2013. Le ministère de la Justice a organisé de nombreux ateliers et séminaires de formation à l'intention des magistrats sur les questions des MGF/E. En 2012, 2013 et 2014, plus de 800 officiers de police judiciaire, gendarmes, policiers et magistrats ont été sensibilisés à la problématique.

En 2011, sous la tutelle du Ministère de l'Action Sociale, de la Promotion Féminine et de l'Enfance, un Comité national multisectoriel de coordination des actions MGF a été créé, regroupant l'ensemble des acteurs clés (Gouvernement, partenaires techniques et financiers, et société civile). Ce Comité a pour mission de faciliter la mobilisation des ressources pour la mise en œuvre du PSN, définir les orientations nationales, élaborer une stratégie nationale, assortie d'une cartographie des interventions, initier et valider les études et enquêtes relatives à la promotion de l'abandon de l'excision, suivre et évaluer l'impact des actions menées dans le domaine de l'abandon de la pratique des MGF/E.

Sur le plan médical, le gouvernement a fourni des efforts au cours de ces dernières années, dans la formation et la sensibilisation du personnel médical et paramédical ainsi qu'au sein des écoles de santé.

En 2013, à la suite d'une intense campagne de formation et de sensibilisation des professionnels de santé par le gouvernement et des Agences partenaires du Système des Nations Unies, 250 agents de santé se sont engagés solennellement à abandonner les MGF/E, et à dénoncer et sanctionner leurs collègues qui les pratiquent. La campagne a été étendue aux huit écoles de santé du pays, avec l'introduction, depuis 2013, d'un module sur les MGF/E dans le cursus de formation des étudiants en santé. Parmi les spécialités de cet hôpital, figure la prise en charge des cas de MGF/E, notamment les opérations de réparation des effets de l'excision. En 2013, le centre de formation sociale a assuré la prise en charge intégrée (chirurgicale, médicale et psychosociale) de 80 cas de fistules obstétricales, parmi lesquels 20 ont bénéficié d'une réinsertion socio-économique. En 2015, 150 sages-femmes, infirmières et assistantes médicales à travers le pays, ont été formés sur les moyens de prévention et de prise en charge médicale des MGF/E.

Dans le domaine de l'éducation, la réalisation, en 2015, d'une boîte à image sur les MGF/E, destinée à être utilisée dans les classes d'enseignement primaire est une étape importante du processus de sensibilisation sur les MGF/E en milieu scolaire. Il convient de noter aussi la réalisation, en 2015, par le Ministère de l'Action Sociale de la Promotion Féminine et de l'Enfance, d'une étude socio-anthropologique sur les causes de la perpétuation des MGF/E au Tchad et l'existence, au sein du Ministère, d'une base de données pour le suivi et l'évaluation des actions MGF/E.

D'autres campagnes de formation et de sensibilisation auprès des autorités locales, de chefs coutumiers et religieux, de communicateurs traditionnels, de griots et artistes, ont été organisées par le gouvernement, y compris des campagnes d'affichage, des diffusions de spots télévisés et de messages radiophoniques en français et dans les langues nationales.

I-2 Actions menées par le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme

Conformément à son mandat, le HCDH participe activement au groupe thématique « *genre* » qui regroupe les Agences du Système des Nations Unies au Tchad et au sous-cluster sur les violences basées sur le genre. Ces groupes servent de cadre de réflexion et d'échange avec les autorités nationales sur les voies et moyens de lutter contre les discriminations et les violences et voies de fait envers les filles et les femmes.

En coopération avec les autorités (administratives, politiques, judiciaires, et le corps médical et enseignant), les ONG de défense des droits de l'homme et d'autres acteurs de la société civile (associations féminines, leaders traditionnels et religieux), le HCDH a organisé et participé à de nombreuses activités de sensibilisation sur les violences basées sur le genre et les MGF/E, dans les écoles, les universités, au moyen d'émissions radiophoniques. Le HCDH a également

activement participé à des campagnes de sensibilisation, telles que les 16 jours d'activisme contre les violences basées sur le genre, la journée internationale de la femme et la journée mondiale de tolérance zéro contre les MGF/E.

Le sous-bureau du HCDH à N'Djamena a réparti les ONG partenaires en trois groupes thématiques, dont l'un sur les violences basées sur le genre, permettant ainsi une meilleure coopération entre les ONG œuvrant dans la lutte contre les MGF/E. En outre, le HCDH a apporté un appui technique et financier aux ONG partenaires du groupe thématique sur les violences basées sur le genre dans la réalisation de projets et d'activités de lutte contre les MGF/E, notamment dans le sud et nord du Tchad. Dans tous ses ateliers de formation ou de sensibilisation, le HCDH présente un module sur les violences basées sur le genre, avec un accent spécifique sur les MGF/E.

Le 5 février 2014, à l'occasion de la journée de lutte contre les MGF/E, le sous bureau du HCDH à N'Djamena, a organisé un colloque, en coopération avec le HCR, à l'intention d'ONG et associations féminines, avec des exciseuses afin de les sensibiliser à l'abandon de la pratique. Pour célébrer les 16 jours d'activisme, à l'occasion du 10 décembre 2013, le HCDH a organisé plusieurs activités de sensibilisation sur les VBG dans les grands lycées et centre, en partenariat avec des ONG de défense des droits de l'homme.

Le HCDH a également organisé plusieurs émissions relatives aux VBG et aux droits des femmes, y compris sur l'excision (juillet 2013), sur l'interdiction des MGF/E (mai 2013) et sur les droits des femmes et le système de protection national et international (avril 2015). En outre, en 2014-2015, dans la région administrative, les équipes du HCDH se sont entretenues, avec de nombreuses femmes et des jeunes filles appartenant aux ethnies sars, y compris une ancienne exciseuse, au sujet de la pratique des MGF/E, lors de colloques et d'activités de sensibilisation.

I-3 Actions menées par les autres entités du Système des Nations Unies

Le Système des Nations Unies est très actif dans la lutte contre les MGF/E en Guinée. Le FNUAP et l'UNICEF, qui ont mis en place un Programme conjoint en 2008 pour la lutte contre les MGF/E, et d'autres partenaires, notamment le PNUD, apportent une importante assistance technique, logistique et financière au gouvernement et aux ONG nationales et internationales dans cette lutte. Au cours des années 2013 et 2014, ces trois entités ont investi 1.000.000 USD dans la lutte contre les violences basées sur le genre, y compris les MGF/E. Cette somme a essentiellement servi à la formation et la sensibilisation des communautés, des magistrats et auxiliaires de justice, des forces de défense et de sécurité et des professionnels de la santé.

I-4 Actions menées par la société civile et les organisations internationales

Des ONG nationales et internationales apportent un appui important au gouvernement dans l'élaboration des politiques et stratégies de lutte contre les violences faites aux femmes, y compris les MGF/E. En 2012, l'Agence de coopération allemande, Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) a participé à l'élaboration et à la vulgarisation du Plan stratégique national de l'abandon des mutilations génitales féminines 2012-2016.

APDET et CELIAF ont été associées aux efforts de l'Etat dans la lutte contre les MGF/E. En 2013 et 2014, APDET a organisé des activités de formation à l'intention de 40 magistrats et officiers de police judiciaire sur l'approche droit et excision, ainsi que de 50 membres de clubs d'enfants sur l'excision et les droits de l'enfant. Elle a également sensibilisé 50 enseignants et 30 femmes membres d'organisations féminines sur la problématique de l'excision.

Compte tenu de l'importance des cérémonies d'initiation dans certaines coutumes tchadiennes, des ONG et groupes locaux sont parvenus à sensibiliser des communautés à l'abandon de l'excision, avec le maintien d'autres rites initiatiques. Ces communautés ont répondu favorablement à l'idée d'abandonner les MGF/E à condition que leur héritage culturel soit préservé²⁰⁸.

La GIZ a mis en œuvre un projet dénommé "écoute et le dialogue" sur la question des MGF/E au Tchad, qui a permis de créer un espace de concertation et de dialogue pour les hommes et les femmes où chacun a pu exprimer son opinion et ses sentiments par rapport à la pratique des MGF/E en proposant à la communauté des alternatives à l'excision²⁰⁹. En outre, GIZ a initié des formations à l'intention de filles non excisées, en impliquant leurs parents, pour renforcer leur estime de soi et leur permettre de devenir des modèles au sein de leurs communautés. A l'issue de la formation, les filles ont fait preuve de beaucoup d'enthousiasme pour éduquer leurs paires, leurs amies et leurs sœurs. Les parents avaient également proposé d'organiser des fêtes d'initiation sans excision.

Cette approche impliquant la formation de filles non excisées est également suivie par l'ONG Humanitaire pour la protection de la femme et de l'enfant (HPFE), en particulier dans les préfectures de Beboro. Depuis 2013, la CELIAF s'efforce de mettre en place un réseau de filles non excisées formées sur les MGF/E et les risques qui y sont liés, et qui sensibilisent à leur tour leurs paires sur cette question. Cette valorisation de la jeune fille non excisée est également perceptible au Tchad et dans certaines préfectures, sous-préfectures et commune à travers le

²⁰⁸ Plan International, Tradition et droits, l'Excision en Afrique de l'ouest, Bureau régional de l'Afrique de l'ouest, Dakar, juillet 2006, p.31-32.

²⁰⁹ UNICEF Centre de recherche Innocenti, changer une convection sociale néfaste : la pratique de l'excision/mutilation génitale féminine, 2005, réimpression mai 2008, p.34.

recensement, le suivi et l'accompagnement de 1500 jeune fille non excisées par des ONGs partenaires du Programme conjoint MGF. Cette formation a permis aux filles non excisées de connaître les inconvénients de cette pratique mais également de connaître les lois qui interdisent cette pratique ce qui a réveillé la conscience des jeunes filles qui ont fini par fuir et se réfugier dans nos centres.

Le Département d'Etat Américain à travers son Ambassade, soutient la mise en place d'un programme national pour l'accélération de l'abandon des MGF/E pour un montant de plus de 1, 500,000 US dollars. L'objectif général de ce programme d'une durée de 12 mois (octobre 2014-octobre 2015) est de contribuer à la protection de 65,000 femmes dans 300 districts et 900 villages exposés aux cérémonies d'excision de masse.

I-5 Actions menées par les institutions politiques et juridiques

Le système juridique tchadien est un mélange de système de droit civil et de droit coutumier. La nouvelle Constitution du Tchad, adoptée en 2017, mentionne expressément les MGF comme portant atteintes aux libertés et aux droits fondamentaux et les interdits. En effet d'après ladite constitution les États interdisent et condamnent toutes les formes de pratiques néfastes qui affectent négativement les droits humains des femmes et qui sont contraires aux normes internationales. Les États prennent toutes les mesures législatives et autres mesures afin d'éradiquer ces pratiques et notamment interdire par des mesures législatives assorties de sanctions, toutes formes de mutilation génitale féminine, la scarification, la médicalisation et la para-médicalisation des mutilations génitales féminines et toutes les autres pratiques néfastes.

Le code pénal de 2017 érige en infraction pénale tout acte de violence ou d'agression sur autrui, y compris les mutilations. L'article 218 du chapitre 4 portant sur les atteintes volontaires à l'intégrité corporelle des mineurs précise

Qu'est puni d'un emprisonnement d'un à cinq ans et d'une amende de 10.000 à 100.000 FCFA quiconque porte atteinte à l'intégrité de l'organe génital d'une personne de sexe féminin. La peine est l'emprisonnement de cinq à dix ans et l'amende de 50.000 à 500.000 FCFA si la mort de la victime en résulte et/ou si l'auteur se livre habituellement à cette pratique²¹⁰.

Enfin, l'article 9 de la loi n°006 du 15 avril 2002 portant sur la promotion de la santé reproductive prévoit que toute personne a le droit de n'être pas soumise à la torture et à des traitements cruels, inhumains ou dégradants sur son corps en général et sur ces organes de reproduction en particulier. Toutes les formes de violences telles que les mutilations génitales féminines (MGF), les mariages précoces, les violences domestiques et les sévices sexuels sur la

²¹⁰ Loi n°001/PR/2017 du 8 mai 2017 portant Code Pénal. In: <https://www.droit-afrique.com/uploads/Tchad-Code-penal-2017.pdf>

personne humaine sont interdites.²¹¹ Il est par ailleurs important de préciser que la loi sur la santé de reproduction n'impose à personne l'obligation de signaler la connaissance de cas de MGF et n'incrimine pas le non-signalement de la pratique, qu'elle soit planifiée ou déjà effectué.²¹²

I-5-1 Application de la loi et les enjeux

La littérature émanant des organisations de lutte contre les MGF peut parfois comporter un biais important visant à recueillir et analyser en priorité les données légitimant la gravité de la situation, sans rendre compte des avancées réalisées par les autorités judiciaires provinciales. En effet, s'en tenir à une identification globale de la situation dans le pays (basée essentiellement sur des données quantitatives recueillies auprès des administrations centrales) rend difficile la connaissance des mécanismes locaux d'application de la loi et produit des informations approximatives, souvent non-actualisées non que les organisations souhaitent minimiser les avancées positives lorsqu'elles existent, mais davantage parce qu'elles s'en tiennent au niveau « *macro* » de l'analyse, masquant de fait les multiples changements qui s'opèrent au niveau « *micro* », c'est-à-dire dans les villages.

Loin de vouloir dédramatiser les enjeux liés à la pratique, il convient toutefois de se détacher d'une certaine « *barbarisation* » de celle-ci, destinée à stigmatiser - plus qu'à comprendre- les acteurs impliqués dans la persistance des MGF. Il convient en effet que la situation concernant les MGF est suffisamment alarmante et complexe pour qu'elle mérite d'être traitée de manière plus objective et localisée, c'est-à-dire plus proche des individus qui la pratiquent.

Globalement, l'interdiction des MGF soit bien connue. Parmi les personnes interrogées durant l'enquête, seules cinq sur cent ont déclaré penser que la pratique était légale. Au niveau local, les cas d'arrestation au sein des communautés sont suffisamment retentissants pour ne pas être ignorés. De fait, même si les populations ne connaissent pas l'appellation donnée à cette loi - la « *Loi 006* », elles en connaissent pertinemment la nature et les conséquences.

I-5-2 Les structures judiciaires

Les instances juridiques responsables de l'application de la loi sont, au niveau des villages, les chefs de village, les sous-préfectures et la gendarmerie. Au niveau provincial, ce sont les procureurs et les juges. Le bureau provincial des affaires sociales est quant à lui chargé des activités de lobbying et de prévention des violences, notamment des violences basées sur le genre (VBG), dont les MGF.

²¹¹ Loi n°006/PR/2002 portant promotion de la Santé de Reproduction. In : <https://www.ilo.org>

²¹² TooMany, Tchad, la loi et les MGF, Juillet 2018

La Loi 006, longtemps inappliquée dans les faits, a finalement donné lieu à des procédures judiciaires récentes. Selon la gouverneure du Mandoul Madame Diamra Betolngar, les premiers procès en instruction ont eu lieu en 2017. Durant cette seule année, 20 personnes ont été arrêtées parmi lesquelles des exciseuses mais également des parents, jugés « *complices* » d'actes de violence sur leurs filles. Au moment de l'étude, deux exciseuses et sept « *complices* » avaient été arrêtés et attendaient leur procès à la maison d'arrêt de Koumra et de sarh. Les rituels d'excision aient été particulièrement nombreux en 2020 et cette année. La déléguée provinciale de l'action sociale l'attestait d'ailleurs en soulignant le fait qu'il y a eu une résurgence de la pratique de façon non clandestine, et l'affluence de plusieurs femmes d'autres provinces à Koumra.

Comme il a été constaté, le rôle des autorités villageoises dans l'application de la Loi 006 est quelque peu ambivalent. Au-delà des chefs de cantons et de villages, c'est donc à la gendarmerie que revient la responsabilité d'appliquer la loi. Cependant, les moyens humains et financiers dont disposent les sous-préfectures se limitent souvent à quelques agents relativement sous-payés, un bureau et de rares chaises. En effet, la circonscription de Beboro comprend 32 villages et 32000 habitants, dont 12374 habitants à Beboro centre. Un chef de quartier devrait superviser 400 personnes. Il n'y a qu'un seul officier affecté à la sous-préfecture, s'il y a un problème, on appelle les gendarmes, mais là aussi il n'y a que 4 gendarmes. De plus, *quand il y a un problème, les gens vont voir le chef de quartier ou le chef de village, ou le Mbang et / ou Ngar, s'il n'y a pas de conciliation, c'est au niveau cantonal, au niveau de la justice. Il n'y a pas un juge de paix à Beboro depuis des années, en cas de problème, il fallait aller à Koumra ou moissala.*²¹³

Il est donc difficile de compter uniquement sur les structures judiciaires provinciales pour faire appliquer la Loi 006, surtout que les agents ont parfois une connaissance limitée des modalités d'application de cette loi. Dans le Centre de Santé de Bourou, aucun des agents n'avaient bénéficié de formation sur la loi contre le MGF depuis plus de trois ans.

Le bureau de l'action sociale, dont le siège provincial est situé à Koumra, dispose de plusieurs agents de sensibilisation au niveau des villages. Ces agents, censés faire connaître la Loi 006, sont régulièrement accusés de délation, ce qui les place dans une position extrêmement délicate au sein de leur communauté.

Moi j'ai été formée avec les droits de l'homme à Koumra. En tout, 33 villages ont été sensibilisés. Je montre des photos aux femmes, je leur dis que ce n'est pas bon pour la santé des femmes. Une fois, les femmes voulaient exciser les enfants, je leur ai dit que ce n'était pas bon, qu'il ne fallait pas le faire, mais elles n'ont pas écouté, donc je les ai dénoncées. Ils ont arrêté 7 exciseuses, il en reste encore deux en prison. L'exciseuse musulmane qui a été arrêtée a payé 350

²¹³L'entretien avec le gendarme Klamadje de Beboro du 16/08/2021

000F pour sortir de prison. Les gens m'ont insultée, ils disent que je suis là pour dénoncer les gens, mais certaines personnes me soutiennent. Quand je vais dans les villages, il y a des gens qui font des problèmes. Ils disent "est-ce que c'est ton enfant ?". Mais, sinon, la sensibilisation marche, beaucoup de femmes ont abandonné. Comme elles ont peur, elles arrêtent. Des fois même, je dis des mensonges, j'effraye les gens pour qu'ils arrêtent. ²¹⁴

La Loi 006 fait également l'objet de surinterprétations plus ou moins fondées. Les mensonges de notre informatrice font justement référence à une hypothétique loi qui pénaliserait l'insulte adressée aux femmes non excisées : « À cause de la loi sur l'insulte, tu peux aller à la brigade, les gens ont peur. Depuis la loi, on n'insulte plus les femmes non-excisées. »²¹⁵ Cette amplification des termes de la loi peut paraître a priori bénéfique, mais la prévention mensongère fait rarement recette, et une telle pratique pourrait développer des réactions de défiance vis-à-vis des agents de sensibilisation. Nous verrons par la suite l'importance que revêtent les modalités de communication pour lutter contre cette pratique.

I-6 Actions menées par les associations et les ONG dans la lutte contre les MGF

Plus de 60 intervenants représentants d'Etats Membres, d'organisations internationales et nationales, d'institutions du système des Nations Unies et organisations non gouvernementales se sont exprimées sur les moyens de prévention de la violence à l'encontre des femmes et des filles. L'adoption par consensus, de l'assemblée générale des nations unies du 20 décembre 2012 portant sur la résolution de l'intensification de l'action mondiale visant à éliminer les mutilations génitales féminines a été saluée par le ministère de la promotion de la famille et du bien-être au Tchad. Cette résolution, qui est la première à avoir été adoptée sur la question, appelle les Etats à condamner ces pratiques, à lutter contre l'impunité et à lancer les campagnes d'éducation pour les combattre. La ministre a assuré que le gouvernement a adopté des mesures pour éliminer l'excision.

Il existe au Tchad de nombreuses associations locales investies dans la défense des droits humains, dont la lutte contre les MGF. Dans ce sens à Mandoul, et plus précisément à Koumra, les organisations suivantes ont été recensées :

- La délégation de l'action sociale est une structure décentralisée de l'État. Le bureau provincial du Mandoul se trouve à Koumra, mais il existe des centres sociaux dans les districts. Les travailleurs sociaux et les sensibilisatrices de la délégation jouent un rôle essentiel dans la prévention des VBG au niveau communautaire.
- Le service de gynécologie de l'Hôpital provincial de Koumra accueille les femmes victimes de complications dues à l'excision. Le service travaille également en partenariat avec l'UNICEF pour

²¹⁴L'entretien avec une sensibilisatrice de koumra

²¹⁵L'entretien avec yanyam dekoumra

identifier et traiter les femmes qui souffrent de fistules obstétricales et nécessitent une opération chirurgicale. En 2018, une vingtaine de femmes ont ainsi été opérées.

- Ligue Tchadienne des Droits de l'Homme (LTDH) : La LTDH est la première association tchadienne de défense des droits de l'Homme créée en 1991. Outre ses activités d'information et de sensibilisation, la LTDH dispose de bureaux d'aide juridique et d'assistance judiciaire. En collaboration avec plusieurs associations, la LTDH a créé une radio (radio FM liberté), et une troupe de théâtre (La colombe).²¹⁶

- Le Comité National du Comité Interafricain pour la lutte contre les pratiques néfastes à l'égard des femmes et des enfants (CONACIAF) mène des campagnes nationales pour lutter contre les MGF en partenariat avec l'UNICEF.

- L'Association des Femmes Juristes du Tchad (AFJT) a pour objectif l'amélioration de l'accès à la justice pour les femmes et la défense des droits des femmes et des enfants au Tchad.

- Association pour la Promotion des Libertés Fondamentales au Tchad (APLFT) : l'APLFT est également une association de promotion et de défense des droits humains qui fournit une assistance judiciaire et des conseils juridiques aux populations. Elle est également chargée de dénoncer les cas de violations des droits humains.

- Le Centre de lecture et d'animation culturelle de Koumra (CLAC) est une structure de l'État qui vise la promotion de la lecture en milieu rural. Le centre est également engagé dans la communication préventive et l'éducation à la santé et aux droits humains auprès des jeunes.

- L'Association tchadienne pour la promotion et la défense des droits de l'homme (ATPDH), est-elle aussi une association de défense des droits humains particulièrement investie dans la lutte contre le travail des enfants. Sa directrice, Jacqueline Moudeina, est l'avocate militante qui a obtenu des Chambres africaines extraordinaires la condamnation de Hissène Habré à la réclusion criminelle à perpétuité.²¹⁷

- La Cellule de Liaison et Cellule et d'information des Associations Féminines (CELIAF) est un réseau d'associations de défense des droits des femmes dont la mission est de contribuer à l'éradication des discriminations entre les sexes. La CELIAF est très présente dans le Mandoul et le Logone Oriental où elle est le principal partenaire de Care Tchad. - D'autres organisations locales comme la voix de la femme, ASTBEF sont également investies dans la lutte contre les violations des droits humains au Tchad. La délégation de l'action sociale fédère les acteurs locaux lors des campagnes de sensibilisation et d'information.

²¹⁶(www.laltdh.org)

²¹⁷www.atpdh-tchad.org

- World Vision est la seule ONG internationale engagée dans la lutte contre les MGF dans la province. Les interventions de l'organisation s'orientent essentiellement vers la création d'activités génératrices de revenus à destination des exciseuses. L'objectif vise la réinsertion sociale des anciennes exciseuses et l'abandon de la pratique. Cette approche, plutôt limitée dans le temps, peut être discutable sur le long terme. Les conséquences de la pénalisation sur l'incidence des MGF

Les institutions de recherche académique ont toujours produit des études, des mémoires, des rapports et des thèses sur l'excision et sa problématique sous tous ses aspects, depuis des années. Des institutions internationales d'assistance technique viennent « *d'entrer dans la danse* » pour appuyer les efforts déjà commencés, mais aussi pour enrichir les futures interventions contre cette pratique. Les mass médias (l'ONRTV, les radios et les journaux privés, les magazines, etc.) parlent ouvertement de l'éradication de la pratique des MGF, continuant ainsi leur œuvre d'information et de sensibilisation.

Photos n° 7: Affiche de Campagne de Sensibilisation contre les MGF de L'unicef



Source : UNICEF TCHAD 2021

La photo laisse entrevoir une affiche de sensibilisation où l'on peut observer une petite fille paysanne avec un mouchoir de tête tenant en main une lame de rasoir. Le message écrit demande que « tous ensemble mettons fin à l'excision ». Seulement le volet « fin » que le message véhiculé reste jusqu'à là pas respecté par les praticiennes. Résolument, le gouvernement tchadien mobilise

inlassablement l'ensemble de voies et moyens disponibles et susceptibles de pousser les populations à mettre fin à la pratique de l'excision.

A l'occasion de la journée internationale contre les mutilations génitales féminine qui se célèbre chaque 06 février, la Délégation de l'union européenne au Tchad rappelle en ce jour 06 février 2022 son soutien aux initiatives visant à éliminer ces pratiques néfastes, qui constituent une grave violation des droits fondamentaux des femmes pouvant entraîner de conséquences désastreuses : détresse psychologique, hémorragie, stérilité même la mort. D'après la délégation depuis 2002, le Tchad a pris de fortes mesures légales pour interdire ces mutilations, véritables violences faites aux filles et femmes mais les données, malheureusement, montrent que les chiffres augmentent chaque année, et qu'il y a encore des zones où la prévalence des MGF chez les femmes âgées de 15 à 49 ans dépasse les 80%. Le moment est donc venu d'après la délégation d'accélérer la dynamique en faveur de l'abandon complet de la mutilation génitale féminine au Tchad.

Photo n° 9 : Affiche de lutte contre les mutilations de l'union européenne au Tchad



Source : L'Union Européenne au Tchad, 2022

La photo montre les filles assises sur la natte, têtes baissées devant une femme. Le message véhiculé est « mutilations génitales féminines : ne fermons pas les yeux » n'est pas toujours observé auprès de ceux qui la pratique. Le message atteste que rien ne peut justifier les MGF, personne ne doit rester silencieux. Tous ensemble, femmes et hommes, luttons contre violences basées sur le Genre et disons « STOP aux mutilations génitales féminines. »

I-7 Institutions Religieuses

L'église catholique s'est investie depuis longtemps dans la sensibilisation et l'information de ses adeptes pour les amener à abandonner la pratique des MGF, en insistant sur le manque de liens entre cette pratique et la religion chrétienne, et sur les méfaits sur la santé de la femme. C'est sous forme de prêche que l'église a débuté ses activités. Au fil du temps elle organisa des causeries éducatives et des débats sur le thème dans le cadre de leur promotion de la femme et de la famille. La forme récente de ces interventions passe par des séries de formation et de sensibilisation avec plus de substance et de détails sur tous les aspects de la pratique des MGF. Par contre peu de musulmans acceptent que les MGF ne soient pas une obligation coranique. Pourtant, très peu sinon rien n'a été fait pour éclairer les populations afin qu'elles comprennent que les MGF ne sont pas une obligation religieuse musulmane.

CONCLUSION

En définitive, cette recherche portant sur les persistances des mutilations génitales féminines dans la localité de Bourou au Tchad a été suscité à partir de quelques constats. Les statistiques mondiales de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), donnent les chiffres de 200 millions de filles et de femmes dans le monde qui auraient subi des mutilations génitales féminines soit une femme sur trois a été mutilée. Il en est de même de celles de l'UNICEF. Bien que la prévalence des MGF parmi les filles de 15 à 19 ans ait globalement diminué, aucun changement significatif n'a été observé au Tchad. Il a été formulé comme question de recherche principale l'interrogation suivante : quelles sont les facteurs explicatifs de la persistance des Mutilations Génitales Féminines dans la commune de Bourou au Tchad ? Ceci a conduit à la formulation d'une hypothèse principale en rapport avec l'interrogation. Elle se décline en ces termes : la persistance des mutilations génitales féminines s'explique par la survivance de leurs fonctions sociales chez les Sara de Bourou. Cette interrogation principale a donné lieu à trois questions secondaires corollaires à celle-ci. Ces questions ont produit à leur tour trois hypothèses que les observations, les récits de vie et les entretiens réalisés sur le terrain ont permis de confirmer. À la vérité, cette vérification des hypothèses a été effective avec l'appui des cadres théoriques et méthodes de collectes de données mises en œuvre. Sur le plan théorique, la théorie des représentations sociales d'Abri a permis de mieux comprendre la persistance des mutilations génitales féminines dans la commune de Bourou sous le prisme des représentations sociales qui ont cours. La théorie du structuralisme constructiviste ou constructivisme structuraliste de Pierre Bourdieu a permis de mettre en exergue les contours symboliques et structurels qui structurent les habitus en rapport à la pratique des MGF. L'approche du genre a permis d'étudier les fonctions et les rôles sociaux, les statuts, les stéréotypes attribués selon qu'on met une femme ou un homme.

Quant aux méthodes de collecte des données, il a été retenu les entretiens semi-directifs. Elles ont permis d'appréhender des phénomènes complexes et rarement exprimés afin de comprendre les précipitations, sentiments, normes et attitudes des enquêtés au sujet de la persistance des mutilations génitales féminines. L'observation directe a permis d'observer durant toute la période d'enquête de terrain les cérémonies organisées, les rites, le lieu de rencontre des excisées et les conditions de vies. Les récits de vie ont permis de laisser ressortir les facteurs subjectifs jouant un rôle important dans la vie sociale des individus, de leurs savoirs, expériences et attitudes dans le temps et dans l'espace en rapport avec la pratique des mutilations génitales

féminines. Le questionnaire administré a permis de ressortir la dimension quantitative des pratiques en rapport avec les MGF et leurs effets pervers. Succinctement résumées, les quatre hypothèses ont été confirmées selon les observations, entretiens, questionnaires et récits de vie opérés sur le terrain.

Les conclusions de la présente recherche indiquent que la lutte contre les MGF menée par l'Etat tchadien reste essentiellement ancrée sur la promulgation des lois ainsi que la ratification des conventions internationales et régionales. En menant des investigations, il a été observé que le niveau d'information sur l'excision est très élevé à Bourou.

D'après les résultats obtenus, les populations font preuve d'un embrigadement entre le dilemme de la tradition et de la modernité. Le maintien de la tradition est souvent considéré comme raisons pour justifier la persistance de la pratique par les familles. Enfin, de nombreux parents ont tendance à écourter l'éducation de leurs filles et à les amener à l'excision par crainte de préserver l'initiation masculine. Mais dans la majorité, on assiste souvent à quelques coercitions : les parents, les tuteurs ou les familles exercent des pressions, s'associent ou contraignent les enfants à pratiquer l'excision. De nombreuses raisons sont données pour justifier la persistance de la pratique de l'excision à Bourou. La décision d'exciser une fille est souvent sous-tendue par des raisons économiques directement liées à la pauvreté. Celles-ci sont soit considérées comme un fardeau économique, soit valorisées comme capital en raison de la possibilité de les échanger contre des biens, de l'argent ou du bétail l'or du mariage de la jeune initiée. La dot perçue pour la fille excisée diffère de celle de la fille non excisée.

Outre cela, les résultats ne soulignent également que les facteurs socioculturels tels que l'ethnie, la région, le milieu de résidence, la religion et le niveau d'instruction sont fortement corrélés à la pratique de l'excision à Bourou. Le constat a montré que l'excision est une affaire de tout le village, femmes, hommes, enfants vieillards, tous sont concernés par cette pratique. En effet, l'exigence de cette pratique est le poids de la tradition, la pression sociale et le rite de passage de la population sont les principales raisons d'acceptation de la pratique de l'excision avancée par les enquêtés. Les mêmes paramètres qui, dans une tradition obligent les individus à bien se comporter dans la société. L'excision à Bourou permet de préserver l'initiation masculine. En milieu Sar, c'est les femmes excisées qui sont habilitées à préparer aux initiés.

Les femmes sont excisées dans l'enfance avec l'âge médian à l'excision qui est de 9 ans, mais avec les injures proférées à l'endroit des non-excisées obligent celles-ci à aller à se mettre au pas et ce, peu importe leur âge. Il est constaté que la prévalence à l'excision n'a pas diminué et se perpétue de génération en génération, c'est-à-dire les femmes d'aujourd'hui subissent encore plus l'excision à Bourou mais de façon discrète malgré les campagnes de sensibilisation. La forme

d'excision la plus répandue à Bourou est l'excision qui est une intervention au cours de laquelle une partie ou la totalité du clitoris est amputée et les saignements sont arrêtés au moyen d'une pression ou d'un point. 91% des femmes ont jugé que la mutilation génitale féminine est une bonne chose contre 7 % des femmes qui ont déclaré qu'elle est une mauvaise chose. Les perspectives pour la réduction sensible de la pratique de l'excision à Bourou ne sont pas bonnes au regard d'une part des résultats auxquels l'enquête a abouti mais également de toutes les dispositions que ne cessent de prendre les différents acteurs du développement social et économique. En outre, l'excision continue à perpétuer à Bourou comme l'affirme le secrétaire général des Nations Unies, Antonio Guterres « *si aucune action urgente n'est lancée d'ici 2030, 68 millions de filles risquent de subir une mutilation génitale*²¹⁸ ». Cela atteste une croissance de la pratique au niveau mondial également d'un avertissement qui reste à parcourir pour éradiquer les MGF qui sont une violence à l'égard des femmes. La pratique des MGF à Bourou entraîne des effets néfastes sur la santé des femmes excisées notamment les fièvres, l'hémorragie, les douleurs et la mort. Les conséquences des mutilations génitales féminines varient fortement d'une femme à une autre.

Il a été ressorti également de cette recherche que les conséquences de l'excision à Bourou sont souvent, de loin, plus graves que l'impact sur les seules enfants concernées. L'excision a des effets négatifs sur les familles et les sociétés. C'est une pratique qui aggrave la pauvreté et qui a un impact négatif sur l'économie, sur les secteurs de la santé et de l'éducation de tout pays. Pourtant les filles et femmes non excisées sont partout négligées et ignorées dans le milieu, en dépit de leur situation et de leur vulnérabilité exceptionnelle. Dans le cadre de la lutte de la pratique de l'excision à Bourou, aucune action n'a été menée dans la localité. Toutefois, les médias ne manquent pas d'en parler.

Il est important de souligner que les effets négatifs de l'excision sur l'éducation de la société ne sont plus à démontrer du fait que ce phénomène prive les sociétés de la contribution intellectuelle et financière en moyens de subsistance des jeunes filles et de leur progéniture. La recherche dans le domaine des droits humains a révélé que les plus grands obstacles à l'éducation des jeunes filles, tels qu'identifiés dans de nombreux rapports gouvernementaux soumis aux organismes de surveillance des droits humains, sont le mariage précoce, les grossesses et les corvées domestiques. Cette limitation de l'instruction des jeunes filles constitue une entrave directe aux efforts fournis sur le plan national et international pour atteindre les objectifs de scolarisation et d'égalité des sexes en matière de scolarisation. Les bas niveaux d'alphabétisation entraînent, à terme, la réduction des options d'emploi ou de génération de revenus et compromettent la capacité des mineures mariées à consommer et à utiliser l'information. Cela tend à affecter l'autonomie dans

²¹⁸ TV5MONDE- Informations <https://information.tv5monde.com>, 24/12/2021

la prise de décisions essentielles, et notamment des décisions concernant leur santé génésique et le bien-être de leurs enfants. Les jeunes filles privées d'instruction scolaire sont aussi invariablement privées de l'exposition à tout environnement extérieur à leur domicile, ce qui réduit chez elles la confiance en soi, et perpétue davantage l'impuissance et la vulnérabilité à la pauvreté.

Les résultats indiquent que les jeunes filles excisées sont de plus en plus vulnérables à l'infection du VIH. Un silence entoure le calvaire de ces mineures excisées, notamment en raison des preuves de plus en plus tangibles que l'excision est un facteur de risque d'infection du VIH. Le jeune âge de ces enfants, leur pouvoir de décision limité en matière de sexualité et le peu d'opportunités économiques qui s'offrent à eux aggravent leur vulnérabilité. La morbidité est représentée par les maladies, les symptômes et les douleurs des femmes de Bourou. Ces problèmes isolés sont connus pour être liés à l'excision touchant le système génito-urinaire. À travers quelques aspects de la santé mentale. Les résultats relèvent aussi que les MGF ont des impacts sur la santé de la femme et de la reproduction et sur la sexualité féminine. Dans les milieux Bourounais où elle est pratiquée, l'excision est présentée comme une pratique positive, mais dans bien des cas, ce type des MGF se résume à des abus sexuels et l'exploitation des enfants officiellement autorisés par la société, non seulement selon la perception des droits humains mais également selon celle de la loi nationale, de la jurisprudence et de la doctrine.

BIBLIOGRAPHIE

1- Ouvrages généraux

- BALANDIER Georges**, *Sens et puissance : les dynamiques sociales*, Paris, PUF, 1986.
- BERTRAUX Daniel**, *Les récits de vie : perspective ethnosociologique*, Paris, Nathan, 1997, coll.128.
- BEAUD Stéphane et WEBER Florence**, *Guide de l'enquête de terrain*, Paris, Edition la Découverte, 2013.
- BOURDIEU Pierre**, *Chose dite*, Paris, Minuit, 1987.
- DURKHEIM Émile**, *Les formes élémentaires de la vie religieuse. Le système totémique en Australie*, Paris, PUF, 2003.
- DURKHEIM Émile**, *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, PUF, 1937.
- GAUTHIER Benoit**, *Recherche Sociale, de la problématique à la collecte des données*, Presse de l'université du Québec C. P250, Sillery, Québec GIT2RI, 1990.
- GHIGLIONE Rodolphe et MATALON Benjamin**, *Les enquêtes sociologiques. Théories et pratique*, Paris, Armand Colin, 1978.
- GRAWITZ Madeleine**, *Lexiques des sciences sociales*, Paris, Dalloz, 1999.
- GRAWITZ Madeleine**, *Méthodes de science sociale*, Paris, Dalloz, 1996.
- JODELET Denise**, *Les représentations sociales*, Paris, PUF, 2003.
- LANI-BAYLE Martine et MILET Éric**, *Traces de vie. De l'autre côté du récit et de la résilience*, Lyon, Chronique Sociale, 2012.
- MOSCOVICI Serge**, *La psychanalyse, son image et son public*, Paris, PUF, 1976.
- QUIVY Raymond et CAMPENHOUDT VAN Luc**, *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, Dunod, 1995.
- ZAGRE Ambroise**, *Méthodologie de la recherche en sciences sociales*, Paris, L'Harmattan, 2013.

2- Ouvrages spécialisés

- ANDRO Armelle et LESCLINGAND Marie**, *Les mutilations génitales féminines. Etat des lieux et des connaissances*, vol.7, P.224-311,2016.
- ANDRO Armelle et LESCLINGAND Marie**, *Les mutilations sexuelles féminines : le point sur la situation en Afrique et en France*, Population et société, 2007.
- BADINI Ali**, *Éducation traditionnelle et la crise des valeurs dans les sociétés*, Paris Ouagadougou 1994.
- BANGUI-ROMBAYE Antoine**, *Prisonnier de Tombalbaye*, Hachette, Paris, Collection Monde noir Poche, 1980.
- GRIAULE Marcel**, *Dieu d'eau*, Paris, Fayard, 1966.
- GUIGMA/DIASSO Marie Gisèle**, *La lutte contre la pratique de l'excision au Burkina Faso*, Rapport, Bruxelles, 2012.
- MOTTIN SYLLA Marie Helene**, *Excision : les jeunes changent l'Afrique par le TIC*, Africain books collective, 2010.
- SINDZINGRE Nicole**, *Un excès par défaut : excision et représentation de la féminité*, L'Homme, tome 19, Les catégories de sexe en anthropologie sociale, 1979.
- TURNER Victor**, *Le Phénomène rituel. Structure et contre structure*, Paris, PUF, 1990.
- TYLOR Edward**, *Primitive culture, collection les auteurs classiques*, Paris, 1971.
- VAN GENNEP Arnold**, *Les rites de passage, étude systématique des rites, collection culture moderne*, Paris Picard, 1909.

3- Articles scientifiques

- ABDULCADIR Jasmine, RODRIGUEZ Michael, SAY Lale**, « Research gaps in the care of women with female genital mutilation: An analysis », Int J Obstet Gynaecol, 2015.

Abric, Jean-Claude., « L'étude expérimentale des représentations sociales », in Jodelet, D, *Les représentations sociales*, Paris, PUF, pp 187-203, 1989.

AHMED El-Gibaly, MOHAMED Ould. ABDEL Aziz, & ABOU Hussein Saleh, « Health care providers' and mothers' perceptions about the medicalization of female genital mutilation or cutting in Egypt: a cross-sectional qualitative study », in *BMC International Health and Human Rights*, pp.1-12, 2019

ANDRO Armelle, LESCLINGAND Marie, CAMBOIS Emmanuelle, CIRBEAU Christelle, « Rapport final. Volet quantitatif du projet Excision et handicap (ExH). Excision et handicap (ExH) : Mesure des lésions et traumatismes et évaluation des besoins en chirurgie réparatrice », Institut national d'études démographiques, Panthéon Sorbonne Université Paris 1, 2009.

ANDRO Armelle, LESCLINGAND Marie, *Les mutilations génitales féminines dans le monde. Population & Société*, Institut national d'études démographiques 2017.

BOURDIEU Pierre, *Les rites comme actes d'institution, Actes de la recherche en sciences sociales. Rites et fétiches*, 1982.

BOUYA Alphonsine, « Education des filles : quelles perspectives pour l'Afrique au XXI ème siècle », in *Afrique et Développement*, CODESRIA, vol. XIX, n°4, PP. 11-34,1994.

Bromley Safeguarding Children Board, « Bromley female genital mutilation guidance document », Bromley,2017.

CAROPPO Emanuele, ALMADORI Aurora, GIANNUZZI Valeria. BROGNA Patrizia, BRIA Pietro, « Health care for immigrant women in Italy: are we really ready? A survey on knowledge about female genital mutilation », in *Ann Ist Super Sanità*, 50(1), pp. 49-53, 2014

DIAGNE Assa, (1990), « Enfant et société », in *Revue vie et santé*, Dakar, PP. 19-22.

DUPONT Tintin., *Mutilations génitales féminines (MGF). Synthèse des recherches et recommandations*.2007

EBCOG, « position statement on female genital mutilation », *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2017 .

FRUHAUF Sarah, HEIKE Gerger, HANNAH MAREN Schmidt, MUNDER Thomas, JURGEN Barth, « Efficacy of psychological interventions for sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis », *Arch Sex Behav* 2013

GEYNISMAN-Tan Julia, MILEWSKI, Alix, Dahl, Collins, Sarah ABBIE, Mueller, Margaret, Kenton, Kimberly. & Lewicky- Gaupp, Christina, Lower Urinary Tract Symptoms in Women with Female Genital Mutilation. *Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery*,2019.

Gynécologie sans frontières, « *Le praticien face aux mutilations sexuelles féminines* », Nantes, 2010.

HAMDIA Mirkhan Ahmed, SAQER Ashraf Sherzad, NAZAR Shabila, « A qualitative assessment of women's perspectives and experience of female genital mutilation in Iraqi Kurdistan Region », in *BMC Womans Health*, pp. 1-12, 2019

HOSOOK Song, HYUNSOO Oh, HWASOON Kim, WHASOOK Seo, « Effects of a sexual rehabilitation intervention program on stroke patients and their spouses », *Neuro Rehabilitation*, 2011.

Kiamani, Esho, Kiamani, Muniu, Kamau, Guyo, « Female Genital Mutilation/Cutting: Innovative training Approach for Nurs-Midwives in High Prevalent Settings. *Obstetrics and gynecology International* », 2018

KLEIN Rivka, BAR-ON Elchanan, KLEIN Jacob, BENBENISHTY Rami, « The impact of sexual therapy on patients after cardiac events participating in a cardiac rehabilitation program », *European Journal of Preventive Cardiology*, 2007.

LANGE Marie France. & PILON Marc, « La persistance des inégalités d'accès à l'instruction », in *Genre, Population et Développement*, INED, Paris, PP. 69-80, 2000

LANGE Marie-France, « L'école et les filles en Afrique. Scolarisation sous conditions », Paris, Karthala, P.10, 1998

MOHAMMED Eman, SEEDHOM Amany, Mahfouz, « Female genital mutilation: current awareness, beliefs and future intention in rural Egypt », in *Reproductive Health*, pp.1-10, 2018.

OKOMO Uduak, OGUGBUE Miriam, INYANG Emmanuel, MEREMIKWU Francisca, « *Sexual counselling for treating or preventing sexual dysfunction in women living with female genital mutilation: A systematic review* », *Int J Gynaecol Obstet* 2017.

OMAIMA El-Gibal, AZIZ Mirette, & ABOU HUSSEIN Salma, « Health care providers' and mothers' perceptions about the medicalization of female genital mutilation or cutting in Egypt: a cross-sectional qualitative study », *BMC International Health and Human Rights*, 19, 26, 2019.

OROFIAMMA Roselyne, « Les figures du sujet dans le récit de vie » in *information sociales*, Vol. 145, n1, PP. 68-81, 2008.

Pastor-Bravo, MDM. Almansa-Martinez Joseph. & Jiménez-Ruiz, « Living with mutilation: A qualitative study on the consequences of female genital mutilation in women's health and the healthcare system in Spain », in *Midwifery*, 66, pp. 119-126, 2018.

PERRON Liette, SENIKAS Vyta, BURNETT Margaret, DAVIS Victoria, AGGARWAL Anjali, BERNARDIN Jeanne, et al, *Female Genital Cutting*. *J Obstet Gynaecol Can* 2013.

PHILIPPE Henri Jean, CARTON Vincent, GOSSELIN Clement, JARROUSSE Natacha, DUGAST Laurent, et al. Collège national des gynécologues et obstétriciens français, *L'obstétricien face aux mutilations sexuelles féminines*, Paris, CNGOF, 2011.

Prise en charge des mutilations sexuelles féminines par les professionnels de santé de premier recours HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles / Février 2020 211.

4- Thèses et mémoires

ABDOULAYE Mahamat, « Déviance sociale et contrôle social à Yaoundé : Essai d'approche sociologique du quotidien des jeunes à l'école », Mémoire de master en sociologie, université de Yaoundé I, 2009.

BOULOU Nestor, « La lutte contre l'excision au Burkina Faso : l'expérience du plan intégré de communication de radio Vénégré », Mémoire de master en Sciences de l'informatique et de la communication pour le développement, université d'Ouagadougou, 2007.

KUNA Princesse TITA Christine, « Infécondité conjugale et incidences sociales au Cameroun : le cas des Bali du nord-ouest », Mémoire de master en sociologie, université de Yaoundé I, 2013.

MBAIHONDOUM Jacob, « Mécanisation de la production agricole en milieu rural et sécurité alimentaire au Tchad : perceptions et usages des tracteurs par les paysans de la Tandjilé-Est », Mémoire de master en sociologie, université de Yaoundé I, 2016.

NGA-NDONGO Valentin, « L'opinion publique camerounaise », tome1, Thèse de doctorat d'Etat, Université Paris Nanterre, UFR des sciences sociales, 1999.

NGIMA MAWOUNG Godefroy, « Genre et gestion socioéconomique des produits halieutiques au Cameroun : cas de la zone côtière de Kribi », Mémoire de master en sociologie, université de Yaoundé I, 2013.

NGOUE DJOUMESSI Yannick Donald, « Représentations sociales et usages de la moustiquaire imprégnée chez les populations d'AHALA à Yaoundé : une approche socio anthropologique des logiques d'acteurs face à la lutte contre le paludisme », Mémoire de master en sociologie, université de Yaoundé I, 2015.

5- Rapports

ANDRO Armelle, et LESCLINGAND Marie, *Les mutilations génitales féminines. État des lieux et des connaissances*, Institut national d'études démographiques, 2016.

- ANDRO Armelle, LESCLINGAND Marie, CAMBOIS Emmanuel, CIRBEAU Christelle.** Rapport final. Volet qualitatif du projet Excision et Handicap (ExH) : Comment orienter la prévention de l'excision chez les filles et jeunes filles d'origine Africaine vivant en France : Une étude des déterminants sociaux et familiaux du phénomène, Université Paris 1. 2009.
- Coordination des Organisation Non Gouvernementales pour les droits de l'enfant, *Prévention des mutilations génitales féminines : vers une solution durable Analyse*, Rapport, 2017.
- Coordination des Organisation Non Gouvernementales pour les droits de l'enfant.** *Prévention des mutilations génitales féminines : vers une solution durable Analyse*, Rapport, p. 2017.
- DOMINIQUE ARNAUD Marie,** A propos de l'excision en Afrique. Bulletin de l'Association française des anthropologues, 1981.
- HERZBERGER FOFANA Pierrette,** Mutilations Génitales Féminines (MGF) AFLIT/MGF5.html, Juillet 2000.
- Institut national d'études démographiques,** Andro Armelle, Lesclingand Marie, Cambois Emmanuel, Cirbeau Christelle. Rapport final. Volet quantitatif du projet Excision et handicap (ExH). Excision et handicap (ExH) : Mesure des lésions et traumatismes et évaluation des besoins en chirurgie réparatrice.
- Institut National de la Statistique, des Études Économiques et Démographiques,** *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples au Tchad 2014-2015*, Rapport, 2016.
- MAROC (CERED),** Genre et développement : aspects sociodémographiques et culturels de la différenciation sexuelle, Premier ministre, Ministère de la prévision économique et du plan, Rabat, 1998.
- Nations Unies,** Rapport de la quatrième conférence mondiale sur les femmes, Pékin, 4-15 septembre 1995, chapitre III : Domaines critiques, point 44, page 23, A/CONF.177/20.
- OMS,** Mutilation Sexuelles Féminines, 3 février 2020 [https:// www.who.int > topics>fgm](https://www.who.int/topics>fgm).
- OMS,** page d'accueil /centre des médias/ Principaux repères/ Détail de 3 février 2020.
- OMS,** *Santé dans le monde : donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant.* Genève, 2005.
- ONU,** Résolution 680-XXVIBII. Conseil économique et social des Nations unies, 1958.
- Organisation Mondiale de la Santé,** *Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent : adolescents développement des.* Accès, 2019.
- Organisation mondiale de la santé.** Lignes directrices de l'OMS sur la prise en charge des complications des mutilations sexuelles féminines. Genève, 2018.
- PASFASS,** *Dynamiques et normes sociales liées aux mutilations génitales féminines dans le Mandoul, Rapport, 2020.*
- Plan International,** Tradition et droits, l'Excision en Afrique de l'ouest, Bureau régional de l'Afrique de l'ouest, Dakar, juillet 2006, p.31-32.
- Royal College of Obstetricians and Gynecologists,** Low-Beer NM, Creighton SM, « Female genital mutilation and its management. », London 2015.
- Scottish Government, « Responding to female genital mutilation in Scotland. Multi-agency guidance », Edinburgh November 2017.
- Service public fédéral Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement,** « Mutilations Génitales Féminines : guide à l'usage des professions concernées », Bruxelles : SFP santé public, 2011.
- UNFPA,** *Analyse des cadres juridiques relatifs aux Mutilations Génitales Féminines de Pays Sélectionnés d'Afrique de l'Ouest*, Rapport, 2018.
- UNFPA_UNICEF,** *Les mutilations génitales féminines/l'excision : accélérer le changement, Rapport, 2015.*
- UNICEF,** Centre de recherche Innoncenti, changer une conversion sociale néfaste :la pratique del'excision/mutilation génitale féminine,2005, réimpression mai 2008, p.34.
- UNICEF,** Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview of exploration of the dynamics of change, July 2013, New York, p. 39 et graphique 4.8.

WOODSONG Cynthia, ALLEMAN Patty, «Sexual pleasure, gender power and microbicide acceptability in Zimbabwe and Malawi», AIDS Education & Prevention 2008.

World Health Organization, WHO *guidelines on the management of health complications from female genital mutilation*. Geneva, 2016.

6- Journaux et autres documents

Au Tchad, l'excision est pratiquée majoritairement dans la province du Mandoul ; Moyen Chari ; Ouaddaï ; Guerra et Chari Baguirmi.

Chabrelie Louis, Notes sur la langue des Sara, avec un vocabulaire comparatif des différents dialectes, Journal de la Société des Africanistes, 1935.

Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (CEDAW), « *Les femmes et la santé. Recommandation générale n° 24 : Article 12 de la convention* », Adoptée lors de la vingtième session du comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (CEDAW), cinquante-quatrième session de l'assemblée générale [En ligne]. New York: Nations Unies; 1999.

Conseil supérieur de l'information sexuelle de la régulation des naissances et de l'éducation familiale, *La prévention des violences faites aux femmes, spécifiquement des mutilations sexuelles*. Paris : CSIS ; 2011.

Dictionnaire Larousse, 2008.

Dictionnaire le petit Larousse illustré, 2007.

Dictionnaire Robert, 1992.

Emission sur plaisir féminin de Nana Camara sur YouTube space Paris.

Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples au Tchad (EDS-MICS), Institut National de la Statistique, des Études Économiques et Démographiques (INSEED-TCHAD), 2014-2015.

Éradiquer les mutilations sexuelles féminines, Plan national d'action visant à éradiquer les mutilations sexuelles féminines. Paris : Secrétariat d'État chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations, 2019.

FORTIER Jean, 1976, Bédaya et ses rois. Vie sociale et religieuse d'un centre coutumier Sara du Tchad, École Pratique des Hautes Études, Paris, 1976.

L'information de RFI sur l'excision au TCHAD du mai 2021.

Le petit robert, 1986.

Lutte contre les violences, les mutilations sexuelles féminines [En ligne]. Paris : Secrétariat d'État chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes ; 2018.

Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains, Violences faites aux femmes, Livret d'accompagnement du court-métrage de formation "Bilakoro". L'entretien de la professionnel-le avec une mineure menacée ou victime de mutilations sexuelles féminines. Paris : Ministère des familles, de l'enfance et des droits des femmes, 2014.

Proclamation de l'indépendance de la République du Tchad, le 11 août 1960 par François Tombalbaye premier président du Tchad.

TooMany, Tchad, la loi et les MGF, Juillet 2018.

TV5MONDE, Informations <https://information.tv5monde.com>.

7- Webographie

- <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-012-0062-0>. Consulté le 03/ 09/2021.

-<http://fr.wikipedia.org/wiki/m%C3%thodesquantitativesXXX>, méthode quantitative. Consulté le 10/ 02/2021.

-http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272847/978924_2549645-fre.pdf?ua=1. Consulté le 03/ 09/2021.

- <http://dx.doi.org/10.1002/ijgo.12049>. Consulté le 03/ 092021.
- <http://dx.doi.org/10.3233/nre-2011-0642> Consulté le 03/ 092021.
- [http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S17012163\(15\)30792-1](http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S17012163(15)30792-1). Consulté le 28/ 11/2021.
- <http://www.gov.scot/Resource/0052/00528145.pdf>. Consulté le 14/ 08/2021.
- <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapportspublics/134000125.pdf>. Consulté le 15/ 12/2020.
- <http://www.refworld.org/docid/453882a73.html>.
- <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/fr/> OMS, Les mutilations sexuelles féminine, consulté le 13/04/ 2020.
- [https://www.who.int > topics>fgm](https://www.who.int/topics/fgm) OMS/ Mutilation Sexuelles Féminines, 3 février 2020. Consulté le 07/ 07/2021.
- <https://chad.unfpa.org/fr/news/gros-plan-sur-les-%E2%80%98filles-integres%E2%80%99-de-koumra-contre-1%E2%80%99excision,,>, consulté le 29 / 03/2021 à 00h41 mn.
- <https://gynsf.org/ressource-gsf/msf/> le praticien face aux mutilations sexuelles féminines, juillet 2010. Coordination de la rédaction : Gynécologie sans frontières – Pr Henri-Jean Philippe. (Consulté le 04/09/2021).
- https://media.inzu.net/f0e9b37b8c44e338f64ae38c6d41e267/mysite/articles/637/1_BromleyFGMGuidanceProtocoll13April2016.pdf Consulté le 30/ 05/2021.
- <https://www.28toomany.org/chad> Tchad, la loi et les MGF, Thomson Reuters Foundation and 28 toomany. Disponible sur (consulté le 13/12/2020).
- <https://www.droit-afrique.com/uploads/Tchad-Code-penal-2017.pdf>Loi n°001/PR/2017 du 8 mai 2017 portant Code Pénal. Consulté le 14/ 08/2021.
- <https://www.dw.com/fr/tchad-les-jeunes-filles-toujours-livr%C3%A9es-%C3%A0-lexcision/a-55029923>; consulté le 29/03/2021 à 00h35 mn.
- <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/lutte-contre-les-violences-les-mutilations-sexuelles-feminines>. Consulté le 11/ 06/2021.
- https://www.fr.ch/sites/default/files/contens/bef/_www/files/pdf63/MGF_rapport_canton_al_2007.pdf. Consulté le 27/ 10/2021.
- <https://www.gynsf.org/MSF/praticienfaceauxmsf2010.pdf>. Consulté le 03/ 092021.
- <https://www.ilo.org> Loi n°006/PR/2002 portant promotion de la Santé de Reproduction Consulté le 24/ 08/2021.
- https://www.pantheonsorbonne.fr/fileadmin/CRIDUP/Rapport_f_inal_ExH_volet_quantitatif.pdf
- https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_-53-fgm.pdf. Consulté le 11/ 09/2021.
- <https://www.refworld.org/docid/41501c627.html>; consulté le 29/03/2021 à 00h 52 mn.
- https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/ Consulté le 14/ 08/2021.
- <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/9789241596442/fr/> éliminer les mutilations sexuelles féminines – Déclaration interinstitutions – HCDH, OMS, ONUSIDA, PNUD, UNCEA, UNESCO, UNFPA, UNCHR, UNICEF, UNIFEM, 2008. Publication : OMS, Département Santé et recherche génésiques. (Consulté le 11/08/2021).
- www.anthropologieenligne.com. Consulté le 05/ 01/2021.
- www.reductiondesrisques.com. Consulté le 19/ 03/2021.

ANNEXES

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE

Esquisse de questionnaire

Bonjour M / Mme.....

Je suis Ruth Ngoh Ousmane, étudiante au département de sociologie à l'université de Yaoundé I. Ainsi, je mène une étude portant sur « la réalité socio- culturelle et persistance et mutilation génitale féminine » en vue de l'obtention de mon master 2. Pour ce fait, je vous remercie de bien vouloir consacrer quelques minutes pour répondre au questionnaire ci- joint. Vos réponses sont anonymes.

Région :

1. Département :
2. Arrondissement :
3. Quartier de résidence :
4. **Section 1 : Identification du répondant**

1 –Sexe du répondant

Masculin

Féminin

2- Age

15-20ans.....

21-25ans.....

26-30ans.....

31-35ans.....

36-40ans.....

41-45ans.....

46 et plus.....

3-categorie socio professionnelle

- Non scolarisé.....
- Déscolarisé.....
- Niveau primaire.....
- Niveau secondaire.....
- Fonctionnaire.....
- Autres (à préciser)

4-Region d'appartenance

- Musulmane
- Chrétienne.....
- Athée.....
- Autres (à préciser)

5-Situation matrimoniale

- Marié(e)
- Veuf (Ve)
- Divorcé(e)
- Célibataire
- Union libre.....

Section 2 : Le phénomène de l'excision à Bourou :

1- D'après votre expérience, la pratique de l'excision :

Diminue se développe reste constante

Les législations locales et la pénalisation de cette pratique font qu'il est difficile de mesurer l'importance actuelle de la pratique de l'excision.

2 -Le sujet de l'excision est-il un sujet évoqué autour de vous ?

Jamais

Parfois

Souvent

3- Lorsqu'il est évoqué, par qui l'est-il ?

Entre deux femmes

Entre deux hommes

Entre personnes du sexe opposé ?

4- Est-ce plutôt un sujet évoqué :

Par les personnes âgées

Par les parents

Par les jeunes

Par tout le monde

Par personne

Dans des échanges entre personnes de générations différentes

5- Savez-vous si votre mère est excisée ? OUI NON

Grand-mère paternelle ? OUI NON

Grand-mère maternelle ? OUI NON

Sœur(s) ? OUI NON

6- Dans votre milieu familial, pour une femme, le fait de ne pas être excisée est vécu comme :

Une tare

Une impureté

Une malformation

N'a pas d'importance

Un obstacle au mariage

Une provocation

Un signe de modernité

féminité assumée

7- Dans votre milieu familial, le fait pour une femme d'être excisée est vécu comme :

Une infirmité

Une fierté

Une difformité

N'a pas d'importance

Un obstacle au mariage

Un moyen de se marier plus facilement

Un signe de féminité assumée

Un signe de bonnes mœurs

L'appartenance à une époque révolue

8- Quand une femme est excisée, elle l'est le plus souvent :

À la naissance bébé petite fille

L'Adolescente au moment du mariage à l'accouchement

9- Y a-t-il un âge précis ?

Si oui lequel ? (... ans ou mois)

12-A qui appartient la décision de l'excision dans votre société, pour ce que vous en savez ?

A la fille en question A sa mère A son père A ses tantes

A ses grands-parents maternels A ses grands-parents paternels

A toute la famille ? A une autorité locale (chef de village, exciseuse)

13- Qui dans la famille a l'autorité pour s'opposer le cas échéant à une telle décision ?

Grand-mère

Mère

Père

Oncles

Tantes

14-Lorsqu'un homme est en âge de se marier, importe-t-il à la famille de savoir si sa future épouse est excisée ? OUI NON

15-Est-ce qu'il existe une croyance selon laquelle l'excision peut prévenir de risques médicaux ? Et notamment de risques lors de l'accouchement ? OUI NON

Laquelle (préciser) ?.....

16-Certains parlent de « mutilation » pour l'excision. Etes-vous d'accord avec ce qualificatif ?

OUI NON

Pourquoi ?.....

17-Quelles sont les raisons de l'excision selon vous ?

- Accentuer la féminité d'une femme Augmenter la fécondité d'une femme
 Faciliter l'accouchement Réfréner les pulsions sexuelles féminines
 Conserver la femme vierge avant son mariage Assurer la fidélité d'une femme
 Supprimer l'organe masculin de la femme (clitoris) Faciliter l'hygiène intime
 Aucune de ces propositions Ne sait pas

Autre à préciser.....

18- Si vous êtes une femme et que vous avez été excisée, vous en souvenez-vous ? OUI NON

Si oui, quel souvenir en gardez-vous ?.....

19-L'excision est-elle un critère de beauté chez une femme pour vous ? OUI NON

20-Pensez-vous que l'excision doit se faire dans la douleur ? OUI NON

21-Pensez-vous que l'avis de la petite fille ou de la jeune fille qui va se faire exciser est important ?

OUI NON

22-Feriez-vous exciser votre fille ? OUI NON

Pourquoi ?.....

23-Si vous êtes un homme, envisageriez-vous de vous marier avec une femme :

24-Excisée ? OUI NON

25-Non excisée ? OUI NON

26- Cela vous importe-t-il ? OUI NON

Pourquoi ?.....

27- Ressentez-vous les critiques médicales et modernes de l'excision comme un discours insultant vis-à-vis des traditions ancestrales ? OUI NON

28- Avez-vous déjà entendu parler de l'excision ? Oui Non

29- A quel âge êtes-vous excisé ? 5-10ans 11-15ans 16-20ans

30-Pour quelle raison continuez-vous à pratiquer l'excision ?

Cause des avantages liés à la pratique

A cause de la pauvreté Pour éviter le vagabondage sexuel

Pour rendre la fille saine

31-Combien d'instruments est utilisée pour exécuter l'opération ?

Un seul par fille

Deux par fille

pour toutes les filles

32- Avez-vous l'intention de faire exciser vos filles ? Oui Non

Section 3 : La prévention de l'excision à Bourou :

33-Pensez-vous que l'excision soit une tradition qui doit disparaître ? OUI NON

Pourquoi ?.....

34-Dans les pays occidentaux, l'excision est considérée comme une violence faite aux femmes. Pensez-vous que :

C'est vrai c'est faux

Que c'est exagéré cette idée est choquante

Que ce n'est pas les affaires de ceux qui n'ont pas été élevés dans cette tradition

35-Pensez-vous que l'excision soit un vrai danger ? OUI NON

36-Est-ce que vous êtes pour la lutte de l'excision dans votre pays ? OUI NON

37-Etes-vous pour ou contre la pénalisation de l'excision ? POUR CONTRE

38-Pensez-vous que l'interdiction de l'excision d'un point de vue pénal tend à la faire régresser ?
OUI NON

39-Dans vos études, vous a-t-on enseigné certains risques médicaux à court terme vis à vis de l'excision ? Si oui, cochez ceux qui ont été évoqués :

- Décès hémorragie douleur
- Aigue transmission du VIH liée au non stérilisation des instruments
- Infections vulvaires et urinaires rétention d'urine
- Cicatrisation difficile (formation de kystes chéloïdes)
- Lésions des organes de voisinage (urètre, rectum)

40-Dans vos études, vous a-t-on enseigné certains risques médicaux à long terme vis à vis de l'excision ? Si oui, cochez ceux qui ont été évoqués :

- Infections pelviennes stérilité difficultés menstruelles
- Travail et accouchement plus long avec risque de souffrance fœtale
- Déchirures périnéales plus importantes lors de l'expulsion du fœtus
- Fistules vésico-vaginales et recto-vaginales, avec possible incontinence ou gêne lors de la miction et lors des rapports sexuels.

41- Dans vos études, vous a-t-on enseigné certaines conséquences sexuelles, psychologiques et sociales vis à vis de l'excision ? Si oui, cochez ceux qui ont été évoqués :

- Altération de la sensibilité sexuelle angoisses dépression
- Frigidité dyspareunies

42-Pourquoi à votre avis la tradition se perpétue, malgré les conséquences à court et à long terme précitées ?

- Arriver à se marier être accepté par sa famille
- Par respect de principe de la tradition

Témoigne une certaine maturité, car la souffrance est nécessaire dans la vie

Un signe d'appartenance à un clan dont on est fier

La croyance persistante de certains bienfaits de l'excision

43- Dans votre milieu professionnel, vous demande-t-on de sensibiliser les patients concernant l'excision sur :

Souffrance induite risques médicaux risques judiciaires

On vous demande de ne pas évoquer la question

Vous n'avez pas eu de prescription particulière à ce sujet

Vous êtes incités à participer à une politique de prévention contre l'excision mais de prendre en compte les contraintes sociales ou religieuses de vos patients

44- Vous vous trouvez devant une famille dont vous savez qu'elle risque de faire procéder à l'excision de sa fille, et vous souhaitez les en dissuader : quel message de prévention vous paraît le plus pertinent ?

Risques médicaux de l'intervention

Traumatisme de l'intervention

Troubles psychologiques pendant la vie de femme

Risques médicaux tout au long de la vie

Risques particuliers lors d'un futur accouchement

Discussion sur l'archaïsme de cette pratique

Contestation d'idées reçues concernant les avantages physiologiques que pourrait avoir l'excision

Menace de signalement et de poursuites judiciaires

Discussion sur les problèmes de la famille pour renoncer à sa décision dans un contexte de pressions extérieures fortes

Autre :

45- Pensez-vous que le risque social (exclusion familiale par exemple) du refus de l'excision peut être supérieur au risque médical de cette pratique ? OUI NON

46-En tant que médecin ou futur médecin, pourriez-vous être amené, en raison du contexte familial et social d'une personne, à accompagner sa décision de se faire exciser ou de faire exciser son enfant ?.....

47- Parler nous un peu de votre vécu avant, pendant et après avoir être excisée ?

48- Vous avez des infections urinaires ou gynécologiques ?

49- avez-vous souvent des douleurs physiques ?

50- Vous avez a accouché par césarienne, forceps, épisiotomie, déchirure ou hémorragie ?

51- De quelle maladie souffrez-vous ou votre femme souvent :

Maladie respiratoire	Maladie digestive	Maladie nutritionnelle
Maladie circulatoire	Maladie du sang	Maladie infectieuse

52- Décrivez nous notre état de santé ou l'état de santé de votre santé ou de votre femme ou femme

Je vous remercie.

ANNEXE 2 : GRILLE D'ENTRETIEN DES HOMMES.

Bonjour, je m'appelle Ruth Ngoh Ousmane étudiante en sociologie à l'université de Yaoundé 1. Je réalise une étude portant sur la représentation socioculturelle et persistance des mutilations génitales féminines en vue de l'obtention de mon master 2. Nous vous assurons l'anonymat merci.

Identification de l'enquêté

Nom et prénom.....

Sexe.....Age.....

Profession.....

Quartier.....

MODULE 2 Connaissance

1-Avez-vous déjà attendu parler de l'excision ?

2-Pouvez-vous nous parler de la pratique de l'excision dans votre localité ?

3-Quelles sont les raisons générales avancées pour justifier cette pratique ?

4-dans une famille, quelle personne décide de l'excision ?

5-Est-ce qu'elle décide seule ?

6- A quel âge sont généralement excisées les femmes ?

7-L'excision est-elle pratique de façon générale dans la localité ?

8-Quelles sont les personnes qui pratiquent l'excision ?

9-dans quelles conditions ces personnes excisent les femmes ?

10-Savez-vous pourquoi cette pratique persiste dans cette localité ?

11- Quelle est votre position vis-à-vis de ce phénomène ?

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

ANNEXE 3 : GRILLE D'ENTRETIEN DE PERSONNEL DE SANTE.

Bonjour, je m'appelle Ruth Ngho Ousmane étudiante en sociologie à l'université de Yaoundé 1. Je réalise une étude portant sur la représentation socioculturelle et persistance des mutilations génitales féminines en vue de l'obtention de mon master 2. Nous vous assurons l'anonymat merci.

Identification de l'enquêté

Nom et prénom.....

Sexe.....

Age.....

Profession.....

Quartier.....

MODULE 2 : connaissance

1-En matière de la santé, existe-t-il dans inégalités entre hommes et femmes ?

2-Au sein de votre l'hôpital, existe-t-il des personnes qui pratiquent l'excision ?

3- Les mutilations génitales féminines sont-elles médicalisées à Bourou?

- 4- Quelles risques les mutilations génitales féminines représentent elles en santé de la reproduction ?
- 5-Il Ya une prise en charge médicale des femmes souffrant de séquelles dues à leur excision ?
- 6- D'après votre expérience, quels sont les problèmes de santé qui dérangent le plus les citoyens de cette localité ?
- 7-pourquoi à votre avis la tradition se perpétue, malgré les conséquences à court et à long terme ?
- 8-La politique de santé au Tchad quelle place occupe les mutilations génitales féminines ?
- 9- Quel rôle joue le corps médical dans la lutte contre la pratique de l'excision ?
- 10-Quelle approche utilisez pour lutte contre cette pratique ?
- 11-A partir de quand, les professionnels de la santé se sont impliqués dans le mouvement de lutte contre la pratique de l'excision ?

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

ANNEXE 4 : GRILLE D'ENTRETIEN DE REPRESENTANT RELIGIEUX

Bonjour, je m'appelle Ruth Ngoh Ousmane étudiante en sociologie à l'université de Yaoundé 1. Je réalise une étude portant sur la représentation socioculturelle et persistance des mutilations génitales féminines en vue de l'obtention de mon master 2. Nous vous assurons l'anonymat merci.

Identification de l'enquêté

Nom et prénom.....

Sexe.....Age.....

Profession.....

Quartier.....

MODULE2 : connaissance

1-D'où provient l'excision ?

2-Quelles sont les raison générales données pour justifier la persistance de cette pratique ?

3-Quelle est l'opinion de la religion (musulman ; catholique ou protestante) sur la persistance de cette pratique dans la localité de Bourru ?

4-L'opinion diffère-t-elle selon les différentes congrégations (musulmane, catholique, protestante) à Bourru ?

5- Quelle était vos missions face à l'éradication de cette pratique ?

6-Comment faites-vous pour faire passer vos messages ?

7-Quel support détenez-vous pour véhiculer le message ?

8-Que pensez-vous de votre approche ?

9-Comment cela s'est passé ?

10- Comment la population a réagi ?

11-Selon vous la lutte a-t-elle influencée la population ?

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

ANNEXE 5 : GRILLE D'ENTRETIEN DES EXCISEUSES

Bonjour, je m'appelle Ruth Ngoh Ousmane étudiante en sociologie à l'université de Yaoundé 1. Je réalise une étude portant sur la représentation socioculturelle et persistance des mutilations génitales féminines en vue de l'obtention de mon master 2. Nous vous assurons l'anonymat merci.

Identification de l'enquêté

Nom et prénom.....

Sexe.....Age.....

Profession.....

Quartier.....

MODULE 2 : connaissance

2-A quoi sert le sang de la jeune fille coulé pourquoi excisez-vous ?

3-Pouvez-vous nous parler des préparatifs de l'excision ?

- 4-Pourquoi continuez-vous à exciser les filles ?
- 6-Dans quelle condition excisez-vous les femmes ?
- 7-Quelle statut la société accord -elle aux nouvelles exciseuses ?
- 8-Quelle est la cause de la persistance de cette pratique ?
- 9- Pourquoi pratiquez-vous l'excision dans cette localité ?
- 10-Quelssont les outils utilisés pour effectuer l'opération ?

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

ANNEXE 6 : GRILLE D'ENTRETIEN AUX AUTORITES, ADMINISTRATIONS ET POLICE

Bonjour, je m'appelle Ruth Ngho Ousmane étudiante en sociologie à l'université de Yaoundé 1. Je réalise une étude portant sur la représentation socioculturelle et persistance des mutilations génitales féminines en vue de l'obtention de mon master 2. Nous vous assurons l'anonymat merci.

Identification de l'enquêté

Nom et prénom.....

Sexe.....Age.....

Profession.....

Quartier.....

Module 2 : connaissance

- 1-Connaissez-vous les décrets d'application de la loi ?
- 2-Quelles sont les sanctions prévues par cette loi et ses décrets pour les personnes qui excisent les femmes ?
- 3-De quelle manière ces sanctions sont-elles appliquées ?
- 4-Selon vous, la priorité accordée par le gouvernement à la lutte contre la pratique est forte, moyenne ou faible ? Et pourquoi ?
- 5-selon vous, quelles sont les principales institutions luttant contre l'excision ?

6-Pouvez-vous nous parler plus en détail du rôle du Ministère l'Action Sociale, du Ministère de la Santé et du Secrétariat National de la Lutte contre la Pratique de l'Excision ?

7- Dans votre poste quelque sont les difficultés que vous rencontrez souvent dans la lutte contre l'excision ?

8-combien des agents sont-ils dans votre poste ?

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

ANNEXE 7 : GRILLE D'ENTRETIEN DES FILLES EXCISEES

Bonjour, je m'appelle Ruth Ngho Ousmane étudiante en sociologie à l'université de Yaoundé 1. Je réalise une étude portant sur la représentation socioculturelle et persistance des mutilations génitales féminines en vue de l'obtention de mon master 2. Nous vous assurons l'anonymat merci.

Identification de l'enquêté

Nom et prénom.....

Sexe.....Age.....

Profession.....

Quartier.....

Module 2 : connaissance

Pouvez-vous nous parler de la pratique de l'excision,

Dans quelle condition excisez-vous ?

Etes-vous excisé par qui ?

Pourquoi êtes-vous excisez ?

A la sortie est ce que votre attend est comblé ?

Comment vous vous sentez en étant excisée ?

Souhaiteriez-vous vous faire exciser si avant vous connaissez ?

Personnellement quelles sont les conséquences de cette pratique après avoir être exciser ?

Votre premier RS est-il :

Douloureux, très douloureux, un peu douloureux, pas du tout douloureux ?

Avez-vous combien de partenaires au cours de votre vie ?

Quelles sont les raisons évoquées pour expliquer le non activité au RS ?

Avez-vous souvent les douleurs physiques ?

Décrivez-nous un peu votre état de santé ?

A quel âge a eu lieu votre premier RS ? Avec qui avez-vous eu cette relation ?

Sentez-vous satisfait lors de votre premier RS ?

Faites-vous combien de RS dans le mois ?

Combien de partenaire avez-vous eu au cours de votre vie ?

Lors de votre 1^{ère} grossesse est-ce que l'enfant est né- vivant, mort-né ou c'était une fausse couche ?

L'accouchement a eu lieu par césarienne, déchirure, forceps ou épisiotomie ?

Est-ce que vous avez eu votre 1^{er} rapport par césarienne, forceps, épisiotomie, hémorragie ou déchirure ?

Au cours de votre vie avez-vous déjà eu une maladie grave ? Est-ce ce problème de santé vous gênent ?

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

ANNEXE 8 : GRILLE D'ENTRETIEN DES FILLES NON EXCISEES

Bonjour, je m'appelle Ruth Ngoh Ousmane étudiante en sociologie à l'université de Yaoundé 1. Je réalise une étude portant sur la représentation socioculturelle et persistance des mutilations génitales féminines en vue de l'obtention de mon master 2. Nous vous assurons l'anonymat merci.

Identification de l'enquêté

Nom et prénom.....

Sexe.....Age.....

Profession.....

Quartier.....

Module 2 : connaissance

Avez-vous étendu parler de l'excision ?

Pourquoi n'êtes-vous pas excisée ?

Comment vivez-vous dans ce milieu étant donné que vous n'êtes pas excisée ?

Nous sommes arrivés à la fin de notre entrevu,

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.

ANNEXE 9 : LISTE DES PERSONNES INTERVIEWEES

N°	NOM/PRENOM ²¹⁹	ACTIVITE	DUREE	DATE	LIEU
1	INKOH JUDITH	Cultivatrice	30 min	18/08/2021	Bourou
2	LOUGOUMAN TASNA	Cultivatrice	37 min	17/08/2021	Bourou
3	DJIMET NOEL	Responsable de centre de sante de Bourou	1h 25min	16/08/2021	Bourou
4	NELOUMSEY CARINE	Elève	15 min	17/08/2021	Bourou
5	AINGONA CALEB	Cultivateur	27 min	18/08/2021	Bourou
6	MADJIYERA OSEE	Cultivateur-éleveur	23 min	16/08/2021	Bourou
7	GIDEM CHANCELA	Commerçante	28 min	23/08/2021	Bourou

²¹⁹ Les personnes interviewées ont souhaité ne pas être identifiées. Pour des raisons d'éthique et de la confidentialité, nous leurs avons attribué des noms fictifs.

8	ALLATAROUM ALIDA	Cultivatrice	18 min	15/08/2021	Bourou
9	MADESSETE MICHELINE	Eleveur-cultivatrice	40 min	21/08/2021	Bourou
10	MAWAL PAULINE	Commerçante	10 min	16/08/2021	Bourou
11	MIRANGAYE BERTRAND	Cultivateur	42 min	21/08/2021	Bourou
12	MADTOIDE RIMTEBAYE	Cultivateur	33 min	16/08/2021	Bourou
13	RIMTEMADJI JACQUE	Cultivateur	16 min	15/08/2021	Bourou
14	RAMADJI HONORINE	Cultivatrice	28 min	21/08/2021	Bourou
15	DIAMRA BETOLNGAR	Gouverneur de koumra	31 min	22/08/2021	Koumra
16	SOLMEM VIVIANE	Sage-femme	35 min	16/08/2021	Bourou
17	ALLARENE ELODIE	Commerçante	22 min	19/08/2021	Beboro
18	MINGUEMADJI RACHELLE	Présidente de l'association des femmes pour l'union et la paix au Tchad	40 min	19/08/2021	Koumra
19	ROBYAGUE RAMADJI	Elève	15 min	22/08/2021	Koumra
20	ADOUMADJI DJIMLABAYE	Cultivateur	12 min	17/08/2021	Bourou

21	ADOUMADJI DJIMAS	Responsable de délégation de l'action sociale	25 min	23/08/2021	Koumra
22	ADOUMRA DJILABAYE	Médecin de la clinique la Grace	27 min	25/08/2021	N'Djam ena
23	OTOIGUE NGARNANYAL	Elève	21 min	21/08/2021	Bourou
24	NOUBARAMADJI CLAPPERTON	Cultivateur	18 min	19/08/2021	Bourou
25	YANYAM TOGRAMADJI	Elève	18 min	20/08/2021	Bourou
26	RASSEMBAYE DIDJELNAN	Elève	24 min	22/08/2021	Bourou
27	RAMADJI NELDJI	Enseignante	34 min	20/08/2021	Bourou
28	DJIMTEMADJE NGARSITBAYE	Chef du village	25 min	16/08/2021	Bourou
29	YASSITA NASSAR	Sensibilisatrice	16 min	25/08/2021	Koumra
30	DJIMINGAYE YADJIMADJE	Pasteur	29 min	15/08/2021	Bourou
31	KLATO ALLATOG UE	Gendarme	13 min	19/082021	Beboro
32	MADALLAH GRACE	Élève	8 min	18/08/2021	Koumra
33	DJMASRA STEPHANE	Étudiant	33 min	05/9/2021	N'djame na
34	TALOTE CYNTHIA	Étudiante	1h 10 min	22/08/2021	Beboro

35	MOUSSA ABDOULAYE	Commerçant et éleveur	8 min	26/08/2021	Bourou
36	ZARA MOUSSA	Éleveur	11 min	17/08/2021	Bourou

- 1- KEMDJIGUEM NGUETIGAL âgée de 59 ans, veuve, mère de 9 enfants, résidant à KAKONDO, originaire de Bourou, enquête de terrain, Aout 2021.
- 2- DJIMASRA MOUNTANGAR âgé de 65 ans, marié, père de 19 enfants, résidant à Bourou, originaire de NARA, enquête de terrain, Aout 2021.
- 3- YAMATA NICOLE âgée de 60 ans, veuve, mère de 8 enfants, résidant à Bourou, originaire de Bourou, enquête de terrain, Aout 2021.
- 4- SAYINAN DJASRABE âgé de 28 ans, mariée, mère de 0 enfants, résidant à Bourou, originaire de Bourou, enquête de terrain, Aout 2021.

Canevas d'observation

Objectif et motif : observer la manière ou l'excision se pratique, les nombre des filles excisées par jour, état de santé des filles excisées, les traitements de pansement et les outils utilisés pour opérationnaliser l'excision...

Identification du contexte :

Lieu et date.....

Les choses observées.....

Autres informations.....

Nombre, état et outils utilisés dans la pratique des filles de Bourou

Nombre de filles excisées par jour.....(Source).....

Outils utilisés.....avec la lame de gilette et sans anesasié.....source.....

Autres informations.....

La pratique de l'excision

Rites de passage.....

Pression sociale.....

Espace féminin.....

Moyen de préserver l'initiation masculine.....

Conséquences de la pratique

Conséquences immédiates et à courte terme.....

Conséquences moyen et à long terme.....

Autres informations.....

RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix – Travail – Patrie

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I

FACULTÉ DES ARTS, LETTRES
ET SCIENCES HUMAINES

DÉPARTEMENT DE SOCIOLOGIE

BP : 755 Yaoundé

Siège : Bâtiment Annexe FALSH-UYI, à côté AUF

E-mail : depart.socio20@gmail.com



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace – Work – Fatherland

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF ARTS, LETTERS
AND SOCIAL SCIENCES

DEPARTMENT OF SOCIOLOGY

ATTESTATION DE RECHERCHE

Je soussigné, Professeur **LEKA ESSOMBA Armand**, Chef de Département de Sociologie de l'Université de Yaoundé I, atteste que l'étudiante **Ruth NGOH OUSMANE**, Matricule **16W682**, est inscrite en Master Recherche à Vocation Professionnelle (MRVP), option Recherche Action en Système de Santé en Afrique (RASSA). Elle effectue, sous la direction du Professeur **DJOUA FEUDJIO Yves Bertrand**, un travail de recherche sur le thème : « *Représentations socioculturelles et persistance des mutilations génitales féminines dans la localité de Bourou au Tchad* ».

Je vous serais reconnaissant de lui fournir toute information non confidentielle, susceptible de l'aider dans cette recherche.

En foi de quoi, la présente attestation lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à Yaoundé, le 21 JUIL 2021

Le Chef de Département



TABLE DES MATIERES

DEDICACE	i
REMERCIEMENTS	ii
SOMMAIRE	iii
SIGLES	iv
ACRONYMES	v
RÉSUMÉ	vi
ABSTRACT	vii
LISTE DES PHOTOS	viii
LISTE DES TABLEAUX	ix
LISTE DES FIGURES	x
INTRODUCTION	1
I- CONTEXTE ET JUSTIFICATION	2
II- PROBLÈME DE RECHERCHE	4
III- PROBLEMATIQUE DE RECHERCHE	5
III. 1- Représentations sociales et connaissance de MGF	5
IV. QUESTIONS DE RECHERCHE.....	20
V. HYPOTHÈSES DE RECHERCHE.....	20
VI. CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE.....	21
VI.1- Cadre théorique	21
VI.1.1 Théorie structurale des représentations sociales	21
VI.1.2- Théorie structuralisme constructiviste ou constructivisme structuraliste de Pierre Bourdieu	23
VI.2- Les techniques de collecte des données	27
VI.2-1 Méthode qualitative.....	27
VI.2-1-1 L'entretien	28
1- L'entretien semi-directif.....	28
2- Observation directe	29
3- Les récits de vie.....	29
5- Recherche documentaire	30

VI.3- Méthode quantitative.....	31
VII- Définition des concepts opératoires.....	34
VIII- DELIMITATION ET POPULATION D'ETUDE.....	38
VIII.1- Organisation sociale et culturelle.....	38
VIII.2- Situation économique.....	40
VIII.3- La scolarisation.....	40
IX- Difficultés rencontrées.....	43
X- Plan de l'étude.....	43
PREMIERE PARTIE :	45
LES MUTILATIONS GENITALES FEMININES ET CROYANCES SOCIOCULTURELLES DANS LA LOCALITE DE BOUROU	45
CHAPITRE 1 : PROFILS ET MOTIVATIONS DES FEMMES/FILLES	47
À PRATIQUER L'EXCISION À BOUROU	47
SECTION 1 : PROFIL ET NIVEAU D'INFORMATION DES ENQUETES	47
I-1-information sur les enquêtés.....	47
I-2- Informations sur les MGF à Bourou.....	48
I-3 Niveau d'information des enquêtés	51
SECTION 2 : PREVALENCE DES MGF A BOUROU	54
I-1 Le contexte de l'excision.....	54
I-3 La reproduction sociale de l'excision une responsabilité féminine à Bourou.....	56
CHAPITRE 2 : PESANTEURS SOCIOCULTURELLES ET PERSISTANCE	63
DE L'EXCISION DANS LA COMMUNE DE BOUROU	63
SECTION 1 : PESANTEURS SOCIOCULTURELLES FAVORISANT LA PRATIQUE DE L'EXCISION DANS LA COMMUNE DE BOUROU	63
1-1 La pression sociale	64
1-2 Injures proférées à l'endroit des femmes non excisées et contraintes d'excision.....	65
1-3 Mécanisation de la pratique	67
1-5 L'excision comme rite de passage	70
1-5 Le prétexte religieux.....	72
1-6 Un espace féminin.....	72
SECTION 2 : LES LEVIERS DE LA PERSISTANCE DE L'EXCISION DANS LA COMMUNE DE BOUROU	74
II-2 Respect du principe de tradition.....	75
II-3 L'excision comme moyen de préserver l'initiation des garçons	75
II-4 L'impunité.....	77

DEUXIEME PARTIE :	79
CONSEQUENCES DES MUTILATIONS GENITALES FEMININES ET ACTIONS DE LUTTE	79
CHAPITRE 3 : IMPLICATIONS ET EFFETS PERVERS DE LA	82
PRATIQUE DES MGF A BOUROU	82
SECTION 1 : EXCISION ET CONSEQUENCES SANITAIRES CHEZ LES FEMMES	83
I-1 Types d'excision et mesures de la santé	83
I-2 Les maladies et symptômes	85
I-3 Des infections urinaires et gynécologiques liés à l'excision	87
II-1 Les conséquences sur les conditions d'accouchement	89
II-1-1 Santé perçue et troubles de la santé mentale	91
II-1-2 La santé fonctionnelle	91
II-1-3 Le vécu dans la vie quotidienne	92
SECTION 2: CONSEQUENCES DE L'EXCISION SUR LA SEXUALITE DES FEMMES	94
I-1-1 Les questions sur la sexualité	94
I-1-2 L'entrée en sexualité	95
I-1-3 Vie sexuelle	98
I-1-4 Sexualité récente	99
II-2 Les conséquences immédiates et à court terme	104
II-2-1 Conséquences à moyen terme	107
II-2-2 Les conséquences à long terme	109
CHAPITRE 4 : SOCIOCRIQUE DE LA PROMOTION DE LUTTE	111
CONTRE LES MGF A BOUROU	111
SECTION 1 : LES PRINCIPAUX DROITS HUMAINS VIOLÉS PAR LA PRATIQUE DES MUTILATIONS GENITALES FEMININES	111
I-1 Le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale	111
I-2 Le droit à l'intégrité physique et morale	112
I-3 Le principe de non-discrimination	113
I-4 Le principe de l'intérêt supérieur de l'enfant et le droit au respect de son opinion	114
I-5 Le droit à l'éducation	115
SECTION 2 : ACTIONS MENÉES DANS LA LUTTE CONTRE LES MUTILATIONS GENITALES FEMININES	117
I-1 Actions menées par le gouvernement	117

I-2 Actions menées par le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme.	118
I-3 Actions menées par les autres entités du Système des Nations Unies	119
I-4 Actions menées par la société civile et les organisations internationales	120
I-5 Actions menées par les institutions politiques et juridiques.....	121
I-5-1 Application de la loi et les enjeux	122
I-5-2 Les structures judiciaires.....	122
I-6 Actions menées par les associations et les ONG dans la lutte contre les MGF	124
I-7 Institutions Religieuses	128
CONCLUSION.....	129
BIBLIOGRAPHIE	133
ANNEXES	140
TABLE DES MATIERES	185