Rapport ODI

« Une femme excisée est la fierté de tous ses proches » : analyse de la situation relative aux mutilations génitales féminines au Mali

Carmen Leon-Himmelstine, Heiner Salomon, Aisse Diarra et Emma Samman

Mars 2023

Les lecteurs sont encouragés à reproduire le matériel pour d'autres publications, à condition que ces publications ne soient pas vendues à des fins commerciales. ODI leur demande de reconnaître ce matériel en bonne et due forme et de lui communiquer un exemplaire de la publication. Pour une utilisation en ligne, ODI demande aux lecteurs de créer un lien vers la ressource originale sur le site web d'ODI. Les conclusions, interprétations et recommandations présentées dans le présent document sont celles des auteures et ne reflètent pas nécessairement les opinions ou vues d'ODI, de l'UNICEF ou de leurs partenaires.

Cette œuvre est sous licence CC BY-NC-ND 4.0.

Comment citer : Leon-Himmelstine, C., Salomon, H., Diarra, A. and Samman, E. (2023) *« Une femme excisée est la fierté de tous ses proches » : une analyse de la situation relative aux mutilations génitales féminines au Mali*. Rapport ODI, Londres : ODI (https://odi.org/en/publications/rapport-analyse-situation-mutilations-génitales-féminines-mali).

Couverture : Le Bogolan (tissu de boue) est un tissu traditionnel du Mali. *Bogolan* signifie « fait avec la terre » et est une technique de teinture originaire du Mali au 12e siècle. Crédit : Leonova Elena / Shutterstock.com

Remerciements

L'équipe de recherche est très reconnaissante envers toutes les communautés ayant participé à l'étude, en particulier celles de Kayes (Yélimané), de Koulikoro (Kolokani et Dioila), de Sikasso (Sikasso), de Ségou (Bla) et du district de Bamako (commune VI de la ville de Sénou). Cette recherche n'aurait pas été possible si elles n'avaient pas partagé leurs idées et expériences avec nous. Nous remercions en particulier pour leur collaboration et leur soutien les autorités nationales, le programme national pour l'abandon des violences basées sur le genre (PNAVBG) et la direction nationale de la promotion de l'enfant et de la famille (DNPEF). Nous remercions également les autorités gouvernementales locales qui ont participé à l'étude. Nous exprimons notre gratitude à Aisse Diarra pour avoir dirigé le travail de terrain, à Safiatou Doumbia, Aissata Tamboura, Aissata Maiga, Kadidiatou Maiga, Hamidou Kodio et Bouréima Bagayogo pour avoir facilité la collecte des données sur le terrain ainsi qu'à Alpha Cissé, Mody Diané, Tamba Sidibé, Hamidou Kodio, Lassana Kanta, Safiatou Doumbia, Aissata Tamboura, Kadidiatou Maiga et Awa Dolo pour leur contribution au processus de transcription et de traduction. Nous remercions également Plan International Mali, qui nous a aidé à obtenir l'autorisation éthique au niveau national, ainsi que pour son soutien logistique pendant le travail de terrain. Nous remercions nos experts évaluateurs Anneke Newman et Cecilia Suarnet pour leurs commentaires sur la version préliminaire du rapport. Nous tenons également à remercier Georgia Plank et son équipe pour avoir dirigé la codification des données et Karen Rolland pour son soutien éditorial. Enfin, nous remercions Emilie Tant et Emily Subden pour avoir coordonné la rédaction du rapport, Francesca Lulli pour la traduction en français, Philippe Galinier pour la relecture, et Garth Stewart pour la mise en page et la présentation.

Certaines parties de ce rapport reposent sur une analyse documentaire effectuée dans le cadre de l'étude. Cette dernière a été réalisée avec le soutien financier de l'initiative Spotlight, financée par l'UE, par l'intermédiaire de l'UNICEF Mali. Les opinions exprimées sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les opinions ou les politiques officielles de l'initiative Spotlight ou de l'UNICEF Mali.

Table des matières

Remerciements / i

Liste des encadrés, tableaux et figures / iv

Acronymes / vi

Résumé analytique / 1

Résultats de la recherche / 3

Définitions / 15

1 Introduction et contexte / 17

1.1 Indicateurs des MGF/E à partir de la documentation de base / 20

2 Description des contextes d'étude et de la méthodologie / 23

2.1 Méthodologie / 23

2.2 Protocole éthique / 31

2.3 Caractéristiques des participants à l'étude qualitative / 31

3 Paysage juridique et politique en matière de MGF/E / 34

4 Vision d'ensemble, tendances et perceptions concernant les mutilations génitales féminines / l'excision (MGF/E) / 37

4.1 Aperçu et tendances concernant les MGF/E / 37

4.2 Perceptions et connaissances concernant les MGF/E / 42

4.3 Les Décideurs et autres acteurs qui orientent les décisions et les attitudes concernant les MGF/E / 50

5 Éléments et facteurs favorisant ou défavorisant la perpétuation des MGF/E / 62

5.1 Éléments et facteurs favorisant la perpétuation des MGF/E dans l'analyse quantitative des données au niveau national / 62

5.2 Éléments et facteurs favorisant la perpétuation des MGF/E dans l'analyse qualitative / 64

5.3 Éléments et facteurs favorisant l'abandon des MGF/E / 72

6 Stratégies et approches pour lutter contre les MGF/E / 79

6.1 Approches et programmes de lutte contre les MGF/E dans les contextes d'étude / 79

6.2 Efficacité des actions contre les MGF/E dans les contextes d'étude / 82

6.3 Approches et initiatives qui favorisent le changement d'attitudes et de comportements selon la perspective des communautés / 86

7 Conclusions et recommandations / 89

7.1 Recommandations / 93

Références / 97

Annexe 1 Type et nombre d'entretiens par lieu / 103

Annexe 2 Informations sur les participants à l'étude / 104

Annexe 3 Guide pour les discussions de groupe / 105

Annexe 4 Résumé des initiatives en matière de MGF/E mises en œuvre au Mali / 108

Annexe 5 Résultats du tableau de régression / 118

Annexe 6 Stratégies de communication pour le changement social / 127

Liste des encadrés, tableaux et figures

Encadrés

Encadré 1 Résultats de la régression concernant les effets de l'excision sur différents aspects de la vie des femmes / 41

Encadré 2 Changements concernant les MGF /E : méthode, exécutants, cérémonie et fête / 43

Encadré 3 Résultats de la régression sur les facteurs déterminants de l'excision des filles des personnes interrogées, âgées de 0 à 4 ans / 63

Encadré 4 Résultats de la régression sur les facteurs liés à l'affirmation selon laquelle les MGF devraient être abandonnées / 73

Tableaux

Tableau 1 Définitions et concepts utilisés dans ce rapport / 15

Tableau 2 Indicateurs des MGF/E au Mali / 20

Tableau 3 Résultats potentiels des MGF/E et indicateurs utilisés pour les évaluer / 24

Tableau 4 Facteurs prédisant les MGF/E pour les filles de 0 à 4 ans d'une personne interrogée / 25

Tableau 5 Facteurs prédisant l'opinion quant à la nécessité de mettre fin aux MGF/E / 25

Tableau 6 Vue d'ensemble des lieux d'étude (niveau de cercle) / 29

Tableau 7 Lois, politiques et directives concernant les MGF/E au Mali / 35

Tableau 8 Synthèse des résultats de la régression concernant les effets de l'excision sur différents aspects de la vie des femmes / 41

Tableau 9 Opinions des participants quant à la perpétuation des MGF/E dans leurs lieux de résidence / 49

Tableau 10 Décideurs et autres acteurs importants orientant le choix d'exciser et leurs attitudes envers la pratique / 51

Tableau 11 Résumé des résultats de la régression des facteurs favorisant l'excision des filles des personnes interrogées, âgées de 0 à 4 ans / 63

Tableau 12 Résumé des facteurs favorisant la pratique des MGF/E / 65

Tableau 13 Résumé des résultats de la régression sur les facteurs liés à l'affirmation selon laquelle les MGF/E devraient être abandonnées / 73

Tableau 14 Résumé des facteurs qui favorisent l'abandon des MGF/E / 76

Tableau A1 Type et nombre d'entretiens par lieu / 103

Tableau A2 Âge, année scolaire, groupe ethnique / religion et état civil des personnes participant à l'étude / 104

Tableau A4 Résumé des interventions relatives aux MGF/E mises en œuvre au Mali / 109

Tableau A5.1 Corrélation entre l'excision et les variables de résultat pour les femmes / 118

Tableau A5.2 Probabilités que la fille d'une personne interrogée, âgée de 0 à 4 ans, soit excisée / 121

Tableau A5.3 Probabilités que la personne interrogée soit en faveur de l'abandon des MGF/E / 124

Figures

Figure 1 Tendances de la prévalence des MGF/E au Mali dans leur ensemble et par type, 2001-2018 / 38

Figure 2 Tendances de la prévalence des MGF au Mali par groupe d'âge et par type, 2001 et 2018 / 39

Figure 3 Tendances de la prévalence des MGF/E au Mali par région et par type, 2001 et 2018 / 39

Figure 4 Tendances de la prévalence des MGF au Mali par milieu rural / urbain et par type, 2001-2018 / 40

Figure 5 Acteurs importants impliqués dans la pratique des MGF/E / 50

Figure A4 Évolution des connaissances, des attitudes et des pratiques (CAP) / 108

Acronymes

APSEF	Association pour la promotion des droits et le bien-être de la famille
ASSAFE	Association du Sahel d'aide à la femme et à l'enfance
CAEB	Conseils et appui pour l'éducation à la base
CAP	Connaissances, attitudes et pratiques
CEDAW	*Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women* (Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes)
CFSC	*Communication for Social Change Model* (modèle de communication pour le changement social)
CLAPN	Comités locaux d'action pour l'abandon des pratiques traditionnelles néfastes
EDS	Enquête démographique et de santé
HCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
MERL	*Measurement, Evaluation, Research, and Learning* (suivi, évaluation, recherche et apprentissage)
MGF/E	Mutilations génitales féminines / excision
MPDL	Mouvement pour la paix
PNAVBG	Programme national pour l'abandon des violences basées sur le genre
PNLE	Programme national de lutte contre l'excision
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VBG	Violence basée sur le genre

Résumé analytique

Réduire la prévalence des mutilations génitales féminines et de l'excision (MGF/E) est un enjeu mondial majeur. Si la sensibilisation aux conséquences des MGF/E sur la santé physique et mentale s'est accrue, cette pratique persiste pour des raisons qui diffèrent selon les régions et dans le temps. Il est donc essentiel de comprendre le contexte ainsi que le rôle des décideurs et d'autres personnes influentes, mais également les facteurs qui favorisent ou entravent les MGF afin de concevoir des initiatives efficaces visant à éliminer cette pratique.

Cette étude présente une analyse de la situation concernant les MGF/E au Mali, où 89 % des femmes âgées de 15 à 49 ans sont excisées (EDS, 2018) et où le soutien à la pratique est répandu. En 2018, seulement 17 % des femmes étaient favorables à l'abandon de cette pratique, contre 13 % des hommes (EDS, 2018). La pratique est effectuée selon différents degrés de sévérité : en 2018, 25 % des femmes excisées avaient subi une mutilation de type 1 (ablation partielle ou totale du gland clitoridien), 41 % une mutilation de type 2 (ablation partielle ou totale du gland clitoridien et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres), et 8 % une mutilation de type 3 (infibulation) [1].

L'étude décrit les tendances concernant les MGF/E au Mali et les facteurs qui conduisent à la perpétuation de cette pratique ou à son abandon. Elle se concentre sur six sites d'étude des interventions menées par l'initiative Spotlight[2] financée par l'UE et des interventions du programme conjoint UNFPA-UNICEF : Kayes (Yélimané), Koulikoro (Kolokani et Dioila), Sikasso (Sikasso), Ségou (Bla) et le district de Bamako (commune VI). L'étude identifie et explore également les attitudes et le rôle des principales parties prenantes qui décident et/ou façonnent les attitudes à l'égard de la pratique. Elle examine les stratégies de programmation et les approches de la lutte contre la pratique des MGF dans les sites étudiés.

Cette étude utilise deux méthodologies : i) une *analyse quantitative* illustrant les tendances des données de l'enquête démographique et de santé (EDS) à partir de 2001, associée à une analyse à variables multiples des microdonnées de 2018 ; et ii) une *analyse qualitative* reposant sur des entretiens avec 92 personnes, interrogées sur les six sites d'étude. L'analyse quantitative utilise des modèles de régression pour identifier les différences entre les femmes excisées et celles qui ne le sont pas au niveau des principaux résultats relatifs à l'éducation, à l'emploi et à la santé sexuelle et reproductive ; les facteurs qui prédisent si une jeune fille âgée de 0 à 4 ans sera excisée ; et les caractéristiques liées à l'opposition aux MGF/E. Les outils qualitatifs comprennent des entretiens approfondis (IDI, de l'anglais *In-Depth Interview*), des discussions de groupe (FGD, de l'anglais *Focus Group Discussions*), des trios intergénérationnels (IGT, de l'anglais *Intergenerational Trios*) ou des études de cas familiaux ainsi que des entretiens

1 Pour les 26 % de femmes restantes, le type de mutilation n'était pas connu ou n'était pas déclaré. https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation

2 L'initiative Spotlight est un partenariat mondial et pluriannuel entre l'UE et l'Organisation des Nations Unies (ONU) qui vise à éliminer toute forme de violence à l'égard des femmes. Le Mali a reçu un financement, en partenariat avec le gouvernement et la société civile, afin d'éliminer la violence basée sur le genre, les pratiques néfastes et les barrières entravant l'accès aux services reproductifs.

avec des informateurs principaux (KI, de l'anglais *Key Informants*). En plus de saisir les points de vue des adolescents (filles et garçons), la collecte de données visait à saisir les points de vue d'autres acteurs importants tels que les aînés, les parents, les chefs religieux et communautaires, les exciseuses traditionnelles et les professionnels de santé.

Notre recherche repose également sur un travail documentaire réalisé pour cette étude (Leon-Himmelstine et al., 2022a) qui analyse les facteurs favorisant les MGF/E, le paysage politique et juridique ainsi que les actions qui ont été mises en œuvre au Mali, en décrivant leur efficacité lorsque les résultats sont disponibles.

Les conclusions de ce rapport ont contribué à la phase suivante du programme de travail, à savoir la conception d'outils en faveur du changement de comportement afin de faire évoluer les normes sociales vers l'abandon de la pratique des MGF/E et du mariage des enfants (Leon-Himmelstine et al., 2022b). Elles ont aussi contribué à la conception et à la réalisation d'une enquête de référence visant à évaluer quantitativement les normes sociales liées aux MGF/E et au mariage des enfants dans les contextes étudiés.

Résultats de la recherche

Contexte juridique et politique

Le Mali ne dispose pas de loi nationale spécifique proscrivant les MGF/E ni de disposition législative interdisant sa médicalisation. La circulaire n° 99-00197, publiée en 1999 par le ministère de la Santé, des Personnes âgées et de la Solidarité, contient une directive administrative destinée aux directeurs d'hôpitaux qui interdit les MGF/E dans les structures de santé. En juillet 2017, un projet de loi visant à lutter contre les violences basées sur le genre (y compris l'interdiction des MGF/E) a été présenté au ministère de la Promotion de la femme, de l'enfant et de la famille par le programme national de lutte contre la pratique de l'excision (PNLE) avec le soutien de partenaires internationaux. Toutefois, des chefs religieux de grande notoriété favorables à cette pratique ont formulé des objections et ont empêché l'adoption de la loi. Au mois d'avril 2021, l'organisation non gouvernementale (ONG) EqualityNow et l'*Institute for Human Rights and Development in Africa* (IDHDA, l'Institut pour les droits de l'homme et le développement en Afrique), ainsi que deux autres organisations locales, ont intenté une action contre le gouvernement du Mali devant la Cour de justice de la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) à Abuja, au Nigeria, afin de dénoncer l'incapacité du Mali à interdire les MGF/E en adoptant un cadre juridique et politique qui criminaliserait la pratique. Cette affaire n'avait pas encore été entendue par le tribunal au moment de la rédaction du présent rapport.

Vue d'ensemble, tendances et perceptions concernant les mutilations génitales féminines

Vue d'ensemble et tendances concernant les MGF/E

Les taux de MGF/E sont restés uniformément élevés depuis 2001. La prévalence était estimée à 92 % des femmes âgées de 15 à 49 ans en 2001 et à 89 % en 2018 (EDS, 2018). Des preuves montrent une diminution de la gravité des MGF/E pratiquées au cours de ces deux décennies, à savoir une augmentation de l'excision de type 1 et une diminution de l'excision de type 2. Toutefois, l'absence élevée de réponses aux questions sur les MGF/E, le désir d'acceptation sociale pouvant conditionner les réponses ainsi que la formulation différente des questions entre les EDS sont tous des facteurs pouvant induire des erreurs d'évaluation. Les différences principales se situent entre les vagues d'enquête : au fil du temps, le taux de MGF/E ne diffère que légèrement selon les tranches d'âge de 5 ans ce qui suggère une continuité substantielle de la pratique.

En analysant les données de l'EDS 2018, nous avons constaté que les MGF/E n'ont qu'une faible incidence ou une incidence non significative sur le plan statistique sur le nombre d'années d'étude d'une femme, sur le fait qu'elle entreprenne ou non un travail rémunéré, sur la mortalité infantile, sur son âge au moment du mariage et sur le nombre de partenaires sexuels. La seule incidence significative observée est qu'une femme ayant subi une MGF/E trouvera toujours justifiable qu'un mari batte sa femme. De fait, il apparaît que les femmes

excisées acceptent davantage la violence à l'égard des femmes, probablement en raison de normes plus conservatrices.

Perceptions et connaissances sur les MGF/E

Dans tous les contextes de l'étude, les participants à la recherche qualitative ont admis que dans leurs propres communautés, les MGF/E étaient pratiquées à un certain degré, ce qui correspond aux données de l'EDS indiquant une continuité substantielle de la pratique. Les personnes interrogées indiquaient que de nos jours, les filles sont excisées à un âge beaucoup plus jeune que leurs mères ou leurs grands-mères, de quelques jours (entre 2 et 40 jours) à trois mois après la naissance. Concernant le type d'excision, les témoignages de filles de Sikasso, Bamako et Dioila (où la pratique consiste en l'ablation d'une petite partie du clitoris) montrent que leurs communautés pratiquent l'excision de type 1, qui indique une augmentation des mutilations de type 1 entre 2001 (2 % des femmes excisées) et 2018 (25 % des femmes excisées). À Ségou et Kayes, les filles indiquaient que leur communauté pratique l'ablation partielle ou totale du gland clitoridien et des petites lèvres (type 2). Si l'excision est souvent pratiquée par des exciseuses traditionnelles, des exciseuses appartenant à d'autres ethnies (les participants n'ont pas mentionné lesquelles), sans connaissance ni expérience, sont devenues populaires ces derniers temps. Certains participants à l'étude soulignaient également le rôle récent des professionnels de santé en tant qu'exciseurs (surtout à Bamako).

La plupart des personnes interrogées déclaraient qu'aucune cérémonie n'avait lieu pendant les MGF/E, car elles étaient effectuées individuellement ou, comme l'indiquaient des KI, « secrètement » en raison d'une sensibilisation accrue envers les conséquences négatives des MGF/E ou de la prise de conscience de leur illégalité. La plupart des personnes interrogées indiquaient qu'il était encore tabou de parler des MGF/E, bien que des informations sur cette pratique circulent régulièrement par l'intermédiaire de différents canaux (par exemple, les femmes de la famille, des discussions communautaires, des initiatives visant à lutter contre la pratique des MGF/E, ou encore la radio).

Nos résultats quantitatifs montrent que la région d'appartenance est importante pour la situation des filles en matière de MGF/E. Les probabilités d'être excisées sont bien moins élevées pour les filles dans toutes les régions sauf celle de Kayes. Par ailleurs, l'échantillon de l'EDS montre qu'aucune fille âgée de 0 à 4 ans n'a été excisée à Gao ou à Kidal (région majoritairement peuplée de Touaregs, qui ne pratiquent pas, historiquement, les MGF/E). Les personnes interrogées à Bamako sont beaucoup moins susceptibles (17 %) de déclarer l'excision de leurs propres filles que celles vivant ailleurs. Toutefois, le fait de résider dans une zone urbaine ou rurale n'est pas en soi un facteur prédictif significatif. Les participants à l'étude qualitative ont exprimé des positions très contrastées concernant la persistance des MGF dans leurs propres régions et contextes. Cela pourrait indiquer un certain parti pris lié à la désirabilité sociale, aux opinions contradictoires ou même à une différence géographique nuancée.

Les personnes affirmant que les MGF/E avaient diminué ou n'étaient plus pratiquées dans leurs propres communautés attribuaient ce changement aux activités de sensibilisation et aux approches remettant en question la pratique ces 5 à 10 dernières années.

Décideurs et autres parties prenantes qui façonnent les MGF/E et les attitudes à l'égard de cette pratique

Dans tous les contextes d'étude (à l'exception de Sikasso), les participants déclaraient que les personnes qui soutiennent, conseillent et prennent les décisions concernant la pratique des MGF/E sont les « femmes plus âgées » ou les aînées, en particulier les grands-mères paternelles. De fait, l'enfant est perçu comme appartenant à la lignée paternelle (plutôt qu'à la lignée maternelle), et les grands-mères paternelles occupent la position la plus élevée dans la hiérarchie lorsqu'il s'agit de prendre des décisions concernant la santé des enfants et des femmes. Cependant, les grands-mères ont exprimé des opinions différentes : si certaines étaient favorables à cette pratique, d'autres s'y opposaient.

La décision concernant la pratique des MGF/E n'est pas prise de façon individuelle, et une grande variété d'acteurs exercent une influence et/ou soutiennent la grand-mère dans la prise de décision. En ce qui concerne les mères, notre propre analyse des données de l'EDS 2018 montre l'importance de la pratique ou non de l'excision sur les mères. Si la mère est excisée, la fille court plus de risques (entre 37 % et 51 %) d'être elle-même excisée. De plus, les filles des mères qui déclarent leur opposition à la pratique courent beaucoup moins de risques d'être excisées (d'environ 20 %). Cependant, l'enquête de l'EDS ne donne pas d'informations sur les personnes qui prennent les décisions concernant la pratique des MGF/E ni sur les attitudes des autres membres du foyer ou de la famille élargie, des facteurs que le travail qualitatif suggère de prendre en compte.

D'après les participants à notre recherche, l'autorité des mères en matière de MGF/E est limitée. Les mères sont supposées être « naturellement d'accord » avec les « femmes âgées » (généralement leurs belles-mères). Les personnes interrogées dans les différents contextes d'étude indiquaient que même si les mères étaient contre les MGF/E, elles devaient respecter la décision de leur mari et de leur belle-mère. Comme pour les grands-mères, plusieurs mères déclaraient ne pas souhaiter que la pratique se perpétue, tandis que d'autres y étaient favorables. Les jeunes femmes de notre échantillon confirmaient qu'elles n'avaient pas leur mot à dire dans la décision, celle-ci étant l'apanage de leurs grands-mères.

La plupart des hommes dans tous les contextes d'étude considèrent que la pratique des MGF/E est « une affaire de femmes ». Les grands-mères et les tantes paternelles sont les principales décisionnaires, certains hommes mentionnant également le rôle des mères. Sikasso est le seul contexte où les personnes interrogées (y compris les grands-mères) déclaraient que « l'excision est une affaire d'hommes », les hommes plus âgés détenant le pouvoir de décision sur l'excision en tant que chefs de famille. La plupart des garçons adolescents ne souhaitaient pas que les MGF/E se poursuivent en raison des conséquences néfastes sur la santé. Toutefois, ils n'auraient pas contesté les décisions en faveur de cette pratique, car elles sont prises par leurs aînés, auxquels ils doivent le respect.

Certains participants à notre étude, en particulier des hommes, indiquaient que si les chefs religieux n'ont pas de rôle dans la prise de décision, ils peuvent exercer une influence importante sur les opinions de la communauté concernant la pratique des MGF/E. De leur côté, les chefs religieux ayant participé à notre étude qualitative, y compris les imams, adoptaient des attitudes contrastées. Dans les différents contextes d'étude, les participants de tout âge percevaient les professionnels de santé comme des personnes

influentes en raison des informations et des connaissances qu'elles détiennent en matière de santé, et de leur faculté à convaincre les familles et les chefs communautaires (imams, aînés) d'abandonner les MGF/E. Nos résultats montrent que les professionnels de santé peuvent également pratiquer les MGF/E, comme le mentionnaient certaines mères qui déclaraient avoir emmené leurs filles dans un centre de santé pour y subir la procédure. Les exciseuses traditionnelles (toutes des femmes dans notre échantillon) ne peuvent pas intervenir dans la prise de décision. Toutefois, en tant qu'exécutantes, elles peuvent exercer une influence en raison de leur position dans la société malienne. Les anciennes exciseuses traditionnelles de notre échantillon évoquaient des motivations financières pour celles qui effectuent la pratique. Elles acceptaient également de recevoir des biens de valeur tels que des savons, des céréales, du beurre de karité ou des pagnes pour leurs services.

Quels facteurs favorisent ou entravent la perpétuation de la pratique des MGF/E ?

Motivations et facteurs conduisant à la perpétuation de la pratique des MGF/E

Normes sociales, croyances et attentes : notre analyse des données de l'EDS 2018 confirme l'importance des normes sociales. De fait, l'effet de pairs (dans ce cas, la proportion de filles excisées appartenant à la même communauté que la personne interrogée) est l'un des facteurs prédictifs les plus forts quant à la possibilité qu'une jeune fille soit elle-même excisée. Une augmentation de 10 % de la prévalence des MGF/E chez les filles âgées de 0 à 9 ans dans une région ou une zone urbaine ou rurale donnée est associée à une augmentation d'environ 8 % de la probabilité qu'une fille âgée de 0 à 4 ans soit elle-même excisée. Comme nous l'avons mentionné plus haut, le fait que la mère soit elle-même excisée est également très important, tout comme le fait qu'elle s'oppose ou non aux MGF/E. Dans toute communauté, la fraction de la population défavorable aux MGF/E n'est pas pour autant un indicateur important. Il se peut que les personnes interrogées sous-estiment leur opposition aux MGF/E (par exemple, pour des raisons de désirabilité sociale) ou que les attitudes, généralement, ne soient pas décisives. Ce sont en effet les attitudes des « décideurs clés » qui comptent.

Les résultats qualitatifs mettent également en avant l'importance des normes sociales et des attentes collectives. Les participants dans les différents contextes d'étude indiquaient que l'une des significations culturelles importantes attribuées aux MGF/E était de préserver la culture et les traditions liées à l'identité collective. Bien que les MGF/E soient pratiquées sur les filles dès leur plus jeune âge, certains participants à notre étude associaient les MGF/E à des normes relatives à un rite de passage et d'initiation. Les adolescentes déclaraient qu'une fille non excisée n'était ni une fille ni un garçon, mais quelqu'un entre les deux. Les garçons, quant à eux, indiquaient qu'une fille non excisée serait appelée « bogotigui », c'est-à-dire une fille qui n'est pas encore une femme. Une autre norme qui motive les MGF/E au Mali est le désir d'acceptation sociale. Plusieurs participants ont observé que les MGF/E étaient pratiquées parce que tous les membres de la communauté la pratiquaient et que, si une famille allait à l'encontre de la norme, elle serait critiquée. Les personnes interrogées évoquaient également les normes concernant les relations sexuelles avant le mariage, la fidélité et les bonnes relations sexuelles. Par exemple, certains indiquaient qu'un désir sexuel élevé était problématique, car il pouvait conduire à une activité sexuelle précoce et à des grossesses

précoces ou non désirées. D'autres avaient l'impression que la baisse du désir sexuel était également en accord avec les normes de fidélité et celles consistant à avoir de bonnes relations sexuelles. Les participants évoquaient également la relation entre les MGF/E et les normes relatives à l'éligibilité au mariage des filles, et pensaient que les MGF/E améliorent cette éligibilité.

Si l'honneur, la fierté, l'acceptation, l'appartenance, le bien-être et la sécurité sont les récompenses de la conformité aux normes sociales décrites ci-dessus, la stigmatisation est le prix à payer pour ne pas s'y conformer, comme le faisaient remarquer les participants à l'étude. Une fille non excisée peut être ridiculisée, montrée du doigt, marginalisée et exclue. Les filles et les femmes non excisées peuvent être stigmatisées par leurs pairs, les membres de leur famille et d'autres femmes de la communauté, y compris les coépouses et les belles-mères.

Les autres principaux facteurs pouvant expliquer la persistance (et dans certains cas, l'augmentation) de la pratique des MGF/E sont les suivants :

Groupe ethnique : notre analyse quantitative montre que les filles âgées de quatre ans et moins parmi les groupes ethniques Sarakolé / Soninké / Marka sont plus susceptibles d'être excisées, bien que cet effet se dissipe presque entièrement dès que notre modélisation inclut les effets de pairs. De même, les participants à l'étude qualitative indiquaient que les groupes ethniques Malinké, Peul et Bambara de Bamako étaient davantage favorables aux MGF/E.[3]

Âge : dans toutes les régions, plusieurs participants à l'étude indiquaient que, de manière générale, les personnes âgées (femmes et hommes) prônent la persistance de la pratique des MGF/E. « Gardiennes des pratiques traditionnelles », elles considèrent les MGF/E comme un « devoir qui doit être poursuivi ». En revanche, notre analyse de l'EDS n'indiquait aucun lien important entre l'âge et l'opposition aux MGF/E.

Éducation et richesse : les adolescents de Ségou et Bamako affirmaient que les personnes plus scolarisées comprenaient mieux les conséquences néfastes des MGF/E. Cependant, notre analyse de l'EDS montrait que l'**éducation** n'est que très faiblement associée à l'incidence des MGF/E. Ainsi, dans le système éducatif actuel, le nombre supérieur d'années d'**étude** a peu de chances d'entraîner une baisse significative de la pratique. De plus, malgré l'association positive de la richesse du foyer et de la probabilité d'**être excisée, cette relation** est faible.

Perceptions concernant la santé et l'accouchement : certains participants à l'étude indiquaient que les MGF/E comportaient des avantages pour la santé. Certaines filles et femmes déclaraient que les MGF/E apportaient une bonne santé et protégeaient les filles et les femmes de nombreuses maladies et problèmes de santé tels que les « blessures internes », les maux d'estomac et les douleurs menstruelles. D'autres participants prétendaient que les MGF facilitent l'accouchement. Notre analyse des données de l'EDS a révélé que les MGF/E pouvaient conduire à la mortalité infantile, mais seulement de manière très limitée. L'EDS ne comportant aucune donnée sur le lien entre décès maternels et MGF/E, cette étude n'a pas analysé cette relation.

3 Les participants au FGD appartiennent probablement à des familles minianka qui ne pratiquent pas l'excision. Sinon les minianka et les sénoufos constituent les principales ethnies de la Région de Sikasso où le taux de l'excision atteint 96,0% selon l'enquête démographique de santé de 2018 (UNICEF 2022b : 7, Figure 3).

Religion et représentations symboliques : les hommes et les femmes participant à notre étude affirmaient que les MGF/E sont importantes d'un point de vue religieux, car elles purifient la fille, y compris son âme. Le clitoris est en effet considéré comme un « organe maléfique » (kéré) qui doit être retiré pour que la fille ne soit plus « impure ». Selon notre analyse de l'EDS, les musulmans étaient beaucoup plus susceptibles de se déclarer en faveur de cette pratique que les pratiquants d'autres religions.

Éléments et facteurs favorisant l'éradication de la pratique des MGF/E

Notre analyse des données de l'EDS 2018 montre que parmi les personnes interrogées, les femmes et les personnes plus âgées sont plus susceptibles de s'opposer à cette pratique, tout comme les personnes ayant un niveau d'études supérieur (même si, comme nous l'indiquons plus haut, cette relation est faible). Par exemple, les femmes sont, en moyenne, plus susceptibles que les hommes (7 % de plus) de déclarer que les MGF/E devraient être abandonnées. Les personnes plus âgées, en moyenne, sont légèrement plus disposées à déclarer que les MGF/E devraient être abandonnées. Les musulmans sont beaucoup moins enclins à s'opposer à la pratique que les personnes interrogées de religions différentes. La richesse, la résidence rurale / urbaine, la région et l'appartenance ethnique ne présentent pas de relations statistiquement significatives une fois que les effets de pairs, définis comme la proportion de personnes proches de la personne interrogée s'opposant aux MGF/E, sont inclus dans le modèle.

Notre enquête qualitative sur le terrain apporte quelques nuances à ces tendances. Par exemple, notre recherche mettait en lumière des éléments contradictoires dans les différents contextes concernant le sexe des personnes (hommes ou femmes) susceptibles de s'opposer le plus aux MGF/E. De plus, alors que notre analyse de l'EDS ne constatait aucun lien fort entre l'âge et l'opposition aux MGF/E, nos informateurs pensaient généralement que les jeunes (certains indiquant les moins de 30 ans) étaient plus enclins à soutenir l'éradication de la pratique des MGF/E en raison d'une sensibilisation accrue envers ses effets négatifs sur la santé. D'autres facteurs ont été mentionnés par les participants :

Migrants de retour : à Kolokani et Kayes, les personnes interrogées indiquaient que les migrants de retour jouent un rôle important dans la sensibilisation aux conséquences néfastes des MGF/E. Ils découvrent généralement ces conséquences « durant leur temps à l'**étranger** » et cherchent à sensibiliser les autres à leur retour.

Sensibilisation aux conséquences sur la santé : plusieurs personnes interrogées dans les différents contextes d'**étude** indiquaient que les MGF/E devaient être abandonnées en raison de leurs conséquences négatives sur la santé et des risques qu'elles représentent. Ces personnes avaient généralement une connaissance approfondie des effets des MGF/E sur la santé.

Pratique en contradiction avec les croyances religieuses : certains participants indiquaient que les MGF n'étaient pas liées à la religion, et d'autres qu'elles étaient condamnées par leur religion. Nos résultats quantitatifs révélaient un paradoxe possible. De fait, si la religion de la mère n'a aucune incidence sur la probabilité que sa fille soit excisée, la religion est fortement associée à la probabilité qu'elle manifeste ou non son opposition à cette pratique. Il se peut que les normes communautaires prennent le pas sur les attitudes individuelles lorsqu'il s'agit de déterminer si une jeune fille doit être excisée ou pas, ce qui souligne à nouveau la nécessité de se focaliser sur les normes.

Éligibilité au mariage : quelques personnes interrogées ont indiqué explicitement que le fait de ne pas être excisée ne compromettait pas l'éligibilité au mariage.

Stratégies et approches des programmes pour lutter contre la pratique des MGF/E

Approches et programmes pour lutter contre la pratique des MGF/E dans les contextes d'étude

Dans les contextes d'étude, les six partenaires dans la mise en œuvre de l'initiative Spotlight et du programme conjoint UNFPA-UNICEF étaient Tostan (Dioila), MPDL (Kayes), l'ASSAFE (Ségou), l'APSEF (Bamako), Tagne (Kolokani) et CAEB (Sikasso). Les activités liées à la pratique des MGF/E et les services associés (par exemple la santé, l'éducation, la violence basée sur le genre) suivent une approche multisectorielle impliquant le personnel des ONG, le gouvernement local (personnel de la santé et de l'éducation), les stations de radio locales et les chefs de file locaux et chefs religieux. Le financement des activités est principalement assuré par des agences de l'ONU telles que l'UNICEF et UNFPA. Toutefois, le gouvernement (en particulier le ministère de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille) joue un rôle crucial en termes d'assistance technique et d'accès aux communautés. Selon les KI de l'étude, les ONG utilisent plusieurs actions pour transmettre des informations et sensibiliser le public. Celles-ci comprennent des formations, des débats et des échanges (notamment des témoignages d'exciseuses traditionnelles ou de femmes victimes de MGF/E, de personnel de santé, de chefs religieux), des documents audiovisuels tels que des photos plastifiées, des dessins ou des diagrammes, des déclarations publiques (particulièrement utilisées par Tostan), des dialogues intergénérationnels, des formations de formateurs, des modèles, la rédaction et la distribution de messages à l'intention des chefs religieux, les réseaux sociaux (Facebook), des brochures pour expliquer les MGF/E à l'école et les arts (pièces de théâtre, poèmes, danse, chansons, projection de films et de saynètes).

Efficacité des initiatives visant à lutter contre les MGF/E dans les contextes d'étude

Selon les participants **à l'étude**, les conversations étaient utiles pour sensibiliser aux conséquences des MGF/E, réduire la stigmatisation et améliorer la communication entre les générations. D'autres participants mentionnaient l'utilité de la diffusion d'informations (dans les centres de santé, les réunions communautaires, les écoles) pour faire connaître les conséquences de la pratique sur la santé ou son absence de lien avec la religion. Les déclarations publiques étaient une approche particulièrement mentionnée à Dioila, où l'ONG Tostan était active. Le succès des interventions de Tostan pour lutter contre les MGF/E à Dioila a fait l'objet de perceptions contrastées. Dans le cas des initiatives de sensibilisation du public dont se souviennent les participants, il s'agissait de la radio, de projections de films, de pièces de théâtre et de photos montrant les conséquences des MGF/E. Les preuves de l'efficacité de ces autres approches sont mitigées. Si certains participants indiquaient avoir acquis des connaissances et pris conscience de la situation, cela n'a pas pour autant nécessairement entraîné de changements dans la pratique.

Approches et initiatives pouvant contribuer à changer les attitudes et les comportements selon une perspective communautaire

Les participants pensent que les meilleures approches pour lutter contre les MGF/E sont celles qui :

- s'engagent d'une manière continue avec les communautés et établissent avec elles des relations à long terme ;
- impliquent toutes les parties prenantes de la communauté (par exemple les membres de la communauté, les services de l'État, les gouvernements locaux, les autorités traditionnelles, les chefs religieux) pour faciliter leur accès et leur adhésion ;
- sont conçues et approuvées par les membres de la communauté ;
- mobilisent des modèles ou des personnes d'influence locales pour diffuser les informations ;
- tiennent compte du rôle de l'autorité et du respect (avec les parents et les aînés au sommet) ;
- comprennent l'importance de préserver la culture et les pratiques traditionnelles.

Conclusions et recommandations

Au Mali, la plupart des filles (89 % des filles et des femmes âgées de 15 à 49 ans) ont subi des mutilations génitales féminines. Les participants à notre étude qualitative confirment cette constatation. Presque toutes les filles de notre échantillon ont subi des MGF/E, mais la pratique a évolué au fil des ans. Aujourd'hui, la plupart des filles subissent l'excision quelques jours ou quelques mois après la naissance, alors que leurs mères ou grands-mères étaient excisées dans des tranches d'âge allant de 8 ans à la fin de la puberté. Dans notre analyse des données de l'EDS par région, Ségou se distingue par la plus forte baisse de la prévalence des MGF/E depuis 2001, alors que les baisses sont limitées dans les autres régions. Les données qualitatives provenant des contextes spécifiques apportent des nuances à ce constat. Les participants de Dioila affirmaient que la prévalence des MGF/E avait diminué au cours des 5 à 10 dernières années. À Kayes et Sikasso, au contraire, les participants indiquaient que les MGF/E sont pratiquées par la quasi-totalité des membres de la communauté. À Ségou, Kolokani et Bamako, les participants déclaraient que la pratique persiste, mais les avis étaient partagés concernant sa baisse au cours des dernières années. Il se peut que les tendances régionales masquent des différences plus nuancées à des niveaux géographiques plus réduits.

Notre recherche qualitative montre que la grand-mère paternelle est la personne principale qui décide de soumettre ou non une fille aux MGF/E. Pour une mère, contester la décision de sa belle-mère concernant l'excision de sa petite-fille serait un manque de respect et transmettrait le message que l'enfant n'appartient pas à la famille du père. Notre analyse des données nationales de l'EDS 2018 peut éventuellement entrer en contradiction avec ce constat, et montrer que l'attitude de la mère à l'égard de la persistance de la pratique des MGF/E est un facteur important qui permettra de prédire si sa fille sera ou pas excisée. Cependant, l'EDS ne fournit pas d'informations sur les personnes qui prennent les décisions concernant les MGF/E ni sur les attitudes des autres membres du foyer ou de la famille élargie. Il est possible que les attitudes de la mère soient corrélées avec celles des décideurs (grands-mères), qui sont également en train de changer d'attitude vis-à-vis des MGF/E. Nous avons constaté que les adolescentes n'ont aucun pouvoir de décision et ont des attitudes mitigées quant à la persistance de la pratique.

Notre recherche souligne l'importance des normes sociales en tenant compte des questions de genre dans le processus décisionnel relatif aux MGF/E (par exemple, les normes relatives à l'acceptation sociale, aux relations sexuelles avant le mariage, à la fidélité et aux bonnes relations sexuelles ou à la perspective de se marier). Notre analyse de l'EDS 2018 met en évidence une composante importante, à savoir les effets de pairs, notamment la proportion de jeunes filles excisées dans une communauté.

L'étude identifiait également les facteurs contribuant à l'éradication de la pratique des MGF/E. Les communautés avaient tendance à croire que les jeunes étaient les plus favorables à l'éradication des MGF/E et que certains adolescents considéraient la pratique comme « archaïque » ou « démodée ». Toutefois, notre analyse des données de l'EDS 2018 ne révélait aucune association entre l'âge et le fait d'être favorable aux MGF/E. En réalité, le seul effet mesurable concerne les femmes, les plus âgées étant légèrement plus enclines à s'opposer aux MGF/E que les plus jeunes. Notre analyse montre également que les hommes ont moins tendance à s'opposer aux MGF/E.

Nos résultats concernant les facteurs qui soutiennent ou contestent les décisions relatives aux MGF/E ont des implications importantes pour la programmation des initiatives de lutte contre la pratique des MGF/E. Il apparaît que la décision d'exciser ou non une fille est fortement influencée par les normes sociales, qui semblent prévaloir sur les attitudes individuelles. Pourtant, plutôt que de se focaliser sur les connaissances, les attitudes et les pratiques des individus ou des groupes de catégories (par exemple, les adolescentes, les hommes et les garçons), il est important de se concentrer sur l'évolution des normes collectives liées aux systèmes communautaires. Nos résultats montrent également que les différentes étapes dans l'acquisition de connaissances, ainsi que dans le changement des attitudes et des pratiques au sein d'une communauté (théorie CAP) ne sont pas nécessairement linéaires. Il est probable que ce soit l'évolution des normes sociales collectives (plutôt que celle des connaissances et des attitudes individuelles) qui conduise à des changements de pratiques ou de comportements. De plus, ces normes sont renforcées et mises en pratique par des acteurs communautaires et des membres influents de la famille. Il en résulte qu'une attention particulière doit être accordée aux personnes qui détiennent le pouvoir de décision pour faire appliquer une norme. Dans le cas des MGF/E au Mali, il s'agit des grands-mères paternelles et, dans une certaine mesure, des mères.

Sur la base de ces résultats, les priorités en matière de conception de politiques et de programmes devraient inclure les actions suivantes.

Évaluation du changement et suivi des performances

- Développer et rendre opérationnels des systèmes de suivi, d'évaluation, de recherche et d'apprentissage (MERL) dotés de ressources humaines et financières appropriées, en effectuant une évaluation à toutes les phases d'une initiative.
- Inclure des études à méthodes mixtes dans les systèmes MERL. La combinaison de recherches qualitatives et quantitatives indique la probabilité d'une transformation des connaissances, des attitudes et des pratiques en matière de MGF/E ainsi que la raison de cette transformation, car les processus peuvent être lents. Ces systèmes doivent tenir compte du fait que les résultats de certaines initiatives ne sont parfois visibles que des années plus tard ou après un soutien plus systématique et à long terme envers l'abandon de la pratique des MGF/E.

- Mener des études, du moins durant les phases initiales et finales, pour recueillir des données sur les indicateurs CAP, en prenant en compte une planification et une programmation flexibles. Il est essentiel de comprendre quels programmes ont favorisé ou engendré un changement de comportement à long terme et quels programmes ont expérimenté une rétrocession.
- Prévoir des actions sur le long terme selon une programmation qui engage différents groupes d'acteurs dans une multitude d'activités et renforce les messages à travers différents canaux, car le changement des normes en matière de genre prend du temps.
- Mobiliser les communautés afin d'obtenir leur adhésion et un changement durable. Il est important, dès le départ, d'impliquer les communautés à chaque étape, depuis l'analyse de la situation jusqu'à la conception d'une action, en passant par le partage des progrès, des enjeux et de l'adaptation des activités, entre autres. Cela peut aider non seulement à obtenir leur soutien, mais aussi à encourager d'autres personnes à changer leurs attitudes ou leurs pratiques lorsque d'autres membres de la communauté l'ont déjà fait. La restitution aux communautés des résultats de la recherche est importante, non seulement pour valider les données, mais aussi pour les impliquer dans le processus décisionnel concernant le changement des normes sociales et pour éviter leur méfiance envers les acteurs chargés de la mise en œuvre des initiatives. La mise en commun des résultats des systèmes MERL et des études complémentaires peuvent soutenir les processus de restitution. Il est également important de faciliter les mécanismes de retour d'informations de la part des membres des communautés afin d'adapter les activités, les approches et les programmes.
- Intégrer les parties prenantes à tous les niveaux des initiatives, y compris les grands-mères, les autorités locales et les départements des districts et du gouvernement qui travaillent sur les questions relatives à la pratique des MGF/E. De même, la mobilisation de différents secteurs (santé, éducation) garantira des interventions holistiques qui conduisent à un changement durable.

Aborder les normes de genre à travers des approches adaptées au contexte

- Élaborer des approches qui luttent contre les normes sociales néfastes. Les normes sociales sont spécifiques au contexte, et varient même au niveau du lieu d'étude. Les responsables de la mise en œuvre doivent y prêter attention et comprendre les motivations, les bienfaits et les sanctions liées aux MGF/E pour concevoir des programmes efficaces.
- Identifier les principaux responsables du processus décisionnel dans les différents contextes et les principaux groupes de référence en matière de MGF/E, et les impliquer de manière respectueuse et à chaque étape, car leur mobilisation sera incontournable pour changer les normes et les pratiques en matière de genre. Dans nos contextes d'étude, les principales décideuses étaient les grands-mères. Les programmes doivent donc les impliquer dans la conception, la mise en œuvre et le suivi des initiatives.
- Reconnaître les personnes influentes, les autorités communautaires et gouvernementales en tant qu'acteurs clés pouvant contribuer aux efforts visant à éliminer la pratique des MGF/E, et collaborer avec ces acteurs en tant que principaux alliés dans la promotion de nouvelles normes.

Éléments de programmation à prendre en compte pour les initiatives luttant contre les MGF/E

- Collaborer avec un large éventail de membres de la communauté plutôt que privilégier sur

des individus ou des groupes spécifiques. Cette stratégie permet de créer un sentiment d'appropriation et de s'assurer que tous les membres de la communauté sont impliqués dans le processus d'abandon de la pratique des MGF/E.

- Travailler avec les personnes importantes et les modèles de la communauté qui sont une source d'inspiration, ont les compétences nécessaires pour transmettre les connaissances et peuvent inciter au changement. Dans nos contextes d'étude, les grands-mères peuvent identifier d'autres grands-mères pouvant se charger de la mise en œuvre des approches avec une formation adéquate et le soutien des partenaires.
- Instaurer, en premier lieu, la confiance et le dialogue au sein des groupes de pairs. Ces groupes seront constitués en fonction de l'âge et du sexe, afin d'obtenir un consensus avant de passer au dialogue intergénérationnel au niveau communautaire.
- Mettre en avant les aspects positifs de la culture, de la tradition, des habitudes et des croyances religieuses qui caractérisent les communautés. Cette approche peut être utile pour établir un rapport et une relation de confiance avant de parler des MGF/E (Newman et 28toomany, 2019), et pour souligner les points forts des communautés, au lieu de présenter les MGF/E comme une tradition archaïque ou nuisible.
- Remplacer les rites d'initiation qui s'inscrivaient dans la pratique des MGF/E par des activités menées par la communauté ou des dialogues entre les personnes de tout genre et de toute génération. Par exemple, les rencontres organisées et dirigées par les grands-mères (avec le soutien d'autres membres de la communauté tels que les parents ou les chefs locaux) peuvent enseigner aux filles les traditions et les valeurs positives de la communauté[4].
- Mettre en œuvre des approches qui mènent à la réflexion et à l'esprit critique plutôt que d'imposer des messages directifs qui dictent aux gens ce qu'ils doivent penser ou faire. Par exemple, l'objet de nos FGD n'est pas de changer les points de vue sur la pratique des MGF/E, mais plutôt de recueillir des informations. Nous avons constaté que les « histoires sans fin » de l'initiative The Grandmother Project représentaient une méthode féconde en mesure de susciter des discussions sur les MGF/E et de permettre aux participants de réfléchir à leurs décisions.
- Éviter d'utiliser des images et / ou des diagrammes ou des modèles anatomiquement explicites avec les membres de la communauté (et vérifier leur pertinence avec le personnel de santé et de prévention). L'utilisation de mannequins ou de modèles anatomiques pourrait être plus appropriée pour montrer, par exemple, les différents types d'excision au personnel de santé. Les images ont tendance à attirer l'attention sur la mutilation, et donc sur les « déficits » culturels ou communautaires plutôt que sur leurs points forts (Newman et 28toomany, 2019). Si les professionnels doivent accompagner leurs explications d'images, ils s'efforceront d'utiliser des supports neutres et ne portant pas de jugement, plutôt que des images montrant explicitement une lésion physique.

Nouveaux éléments d'information et de discussion sur les MGF/E

- Utiliser la terminologie propre à la communauté pour décrire le type de MGF/E qu'elle pratique (Alhassan et al., 2016). Le langage est important et les données disponibles montrent que « le

4 Voir Musoko et al. (2012) pour plus de conseils basés sur l'initiative The Grandmother Project.

recours à un langage neutre est préférable » (Newman et 28toomany, 2019). Éviter le langage négatif et moralisateur qui peut entraîner une gêne ou un malaise chez les femmes et les membres de la communauté.

- Formuler les messages en accord avec les contextes et les cultures locales afin d'augmenter les chances qu'ils soient acceptés et mis en œuvre. Les initiatives actuelles portent principalement sur la transmission de messages expliquant les conséquences de l'excision et sur le fait que les MGF/E ne sont pas exigées par la religion. Les messages seront efficaces s'ils font écho aux valeurs de la communauté, par exemple sa culture, ses croyances et son bien-être général.
- Évoquer les expériences directes des membres de la communauté, des personnes proches de la communauté (par exemple, les sages-femmes) et / ou des personnes hautement respectées par les membres de la communauté facilite la transmission des informations. Il est important de créer des espaces de dialogue où les participants peuvent partager leurs expériences. Il est également important d'aider les communautés à réfléchir à leurs croyances individuelles et collectives concernant les MGF/E. Les informations qui abordent la stigmatisation, les tabous ou le rôle des normes en matière de genre peuvent conduire à une réflexion critique et à un changement d'attitude et, potentiellement, de comportement.
- Adapter les nouvelles informations et celles qui remettent en cause les préjugés afin de cibler les différentes parties prenantes de la communauté. Les informations et les éléments de discussion destinés aux grands-mères peuvent différer de ceux qui conviennent mieux aux pères ou aux garçons et filles. Par exemple, la campagne Saleema au Soudan[5] luttait contre la stigmatisation des filles non excisées en utilisant divers canaux (campagnes publiques, dialogues communautaires, promesses publiques d'abandon de la pratique des MGF adaptés aux différents membres de la famille et à la communauté dans son ensemble).
- Identifier parmi les différentes parties prenantes la meilleure manière de transmettre des informations et / ou proposer des thèmes de discussion dans un groupe donné. Certaines informations seront mieux transmises par les chefs religieux, d'autres par les grands-mères, d'autres encore par les jeunes hommes. De fait, elles encourageront le dialogue au sein du groupe et inviteront les personnes à partager les résultats avec leurs pairs et la communauté au sens large. L'annexe 6 présente un résumé des meilleurs outils pour transmettre des informations et susciter des discussions au sein de la communauté, sur la base du modèle de communication pour le changement social (CFSC) de Figueroa et al. (2002).
- Transmettre certaines informations par radio, mais les adapter aux contextes communautaires.

5 La norme à faire évoluer est celle qui assimile une fille non excisée au mot Saleema, qui signale la possibilité de rester entière et comme conçue par Dieu. Voir Evans et al. (2019) pour les résultats de l'évaluation de l'initiative.

Définitions

Le tableau 1 définit les concepts auxquels nous ferons référence tout au long de ce rapport.

Tableau 1 Définitions et concepts utilisés dans ce rapport

Concept	Définition
Genre	Le genre fait référence aux caractéristiques des femmes, des hommes, des filles et des garçons qui sont socialement construites. Cela comprend les normes, les comportements et les rôles associés au fait d'être une femme, un homme, une fille ou un garçon, ainsi que les relations entre les uns et les autres. En tant que construction sociale, le genre varie d'une société à l'autre et peut évoluer au fil du temps (OMS, 2020a).
Normes sociales	Marcus et Harper (2014 : 9) définissent les normes sociales comme « un modèle de comportement motivé par le désir de se conformer aux attentes sociales communes d'un groupe de référence important ».
Normes relatives au genre	Marcus (2018 : 4) définit les normes de genre comme « les normes sociales qui expriment le comportement attendu des personnes d'un genre particulier, et souvent d'un âge donné, dans un contexte social donné. Les normes de genre incarnent et contribuent à reproduire les relations de pouvoir entre les genres, et donc les inégalités fondées sur le genre, dans de nombreuses sphères de la vie économique, sociale et politique ».
Les mutilations génitales féminines (également appelées « clitoridectomie » ou « excision » en français)	Toutes les procédures impliquant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou d'autres lésions des organes génitaux féminins pour des raisons non médicales (OMS, 2020b). L'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2020b) classe les MGF/E en quatre catégories différentes : 1. Type 1 : ablation partielle ou totale du gland clitoridien (petite partie externe et visible du clitoris et partie sensible des organes génitaux féminins) et/ou du prépuce/capuchon clitoridien (repli de peau qui entoure le clitoris) (clitoridectomie) ; 2. Type 2 : ablation partielle ou totale du gland clitoridien et des petites lèvres (replis internes de la vulve), avec ou sans excision des grandes lèvres (replis cutanés externes de la vulve) (excision) ; 3. Type 3 : rétrécissement de l'orifice vaginal par recouvrement, réalisé en sectionnant et en repositionnant les petites lèvres, ou les grandes lèvres, parfois par suture, avec ou sans ablation du prépuce/capuchon et gland clitoridiens (MGF/E de type 1) (infibulation) ; 4. Type 4 : toutes les autres interventions néfastes au niveau des organes génitaux féminins à des fins non médicales, par exemple, piquer, percer, inciser, racler et cautériser les organes génitaux (non classifié).
Médicalisation des MGF/E	Lorsque la MGF/E est pratiquée par toute catégorie de professionnels de santé, ce qui inclut la pratique de tout type de MGF/E, ainsi que la ré-infibulation, effectuée quel que soit le cadre (c'est-à-dire public ou privé, en clinique, à domicile ou ailleurs) (Doucet et al., 2017).
Mariage d'enfants	Le mariage d'une fille ou d'un garçon avant l'âge de 18 ans, y compris les mariages formels et les unions informelles dans lesquels les enfants de moins de 18 ans vivent avec un partenaire comme s'ils étaient mariés. À l'échelle mondiale, la prévalence du mariage des enfants chez les garçons ne représente qu'un sixième de celle du mariage chez les filles (UNICEF, 2022b).

Concept	Définition
Rites d'initiation	Traoré et al. (2020) les définissent comme un processus de transfert de connaissances, de compétences, de résistance et de courage concernant tous les aspects de la vie qui visent à faire de l'adolescent un adulte responsable, capable de gérer ses relations interpersonnelles et son environnement (y compris la gestion du ménage et la protection de sa famille). Les rites d'initiation sont perçus comme positifs. Ils sont pratiqués (ou étaient pratiqués) partout au Mali, mais la dureté des épreuves a évolué au fil du temps et dans l'espace. Dans le cadre de cette étude, nous nous concentrerons sur les rites d'initiation relatifs aux MGF/E, bien que la circoncision des garçons implique également différents rites d'initiation.
Adolescence	L'OMS (2022) définit les adolescents comme des individus âgés de 10 à 19 ans. La grande majorité des adolescents sont donc inclus dans la définition de « l'enfant » fondée sur l'âge, adoptée par la Convention relative aux droits de l'enfant en tant que personne âgée de moins de 18 ans.

1 Introduction et contexte

> « Soyez ancrés dans votre culture. Laissez disparaître d'elles-mêmes les coutumes abusives, tout en sachant préserver les valeurs traditionnelles positives. » – Amadou Hampâté Bâ, intellectuel malien, dans *Lettre à la jeunesse* (1985)

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit les mutilations génitales féminines ou l'excision (MGF/E) comme l'ensemble des interventions incluant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toute autre lésion des organes génitaux féminins qui sont pratiquées pour des raisons non médicales (OMS, 2020b). Certaines agences des Nations Unies utilisent le terme « mutilations génitales féminines / excision » (MGF/E), le terme supplémentaire « excision » étant destiné à souligner l'importance d'utiliser une terminologie qui ne porte pas de jugement (OMS, 2008). Le terme « excision » a également été préféré dans certains ouvrages (par exemple, Bellemare et al., 2015 ; Cetorelli et al., 2020 ; Diop et al., 2007). Dans les pays où les mutilations génitales féminines / l'excision sont pratiquées, on parle d'excision pour les femmes et de circoncision pour les hommes (Smolak, 2014). En tant que tel, ce rapport qualifiera cette pratique de mutilations génitales féminines (MGF) ou d'excision, comme on l'appelle au Mali.

En 2016, on estimait à au moins 200 millions le nombre de femmes ayant subi des mutilations génitales dans 31 pays d'Afrique, du Moyen-Orient et d'Asie (UNICEF, 2022a). Si les tendances actuelles se poursuivent à l'échelle mondiale, on estime que 68 millions de filles ont été, sont ou seront exposées au risque de MGF/E entre 2015 et 2030 (UNFPA et UNICEF, 2018a). Au Mali, près de 8 millions de filles et de femmes avaient subi des MGF/E en 2019 (UNICEF, 2022b). Le Mali affiche l'un des taux de prévalence des MGF/E les plus élevés au monde. Selon l'enquête démographique et de santé (EDS, 2018), 89 % des femmes âgées de 15 à 49 ans étaient concernées en 2018, dernière année pour laquelle on dispose de telles données pour le pays. Sur les 19 pays faisant partie de la base de données mondiale de l'UNICEF sur les mutilations génitales féminines de 2021 (*UNICEF Female Genital Mutilation Global Database 2021*), les taux de prévalence des MGF/E chez les filles et les femmes âgées de 15 à 49 ans varient de 99,2 % en Somalie (2020) à 0,1 % en Ouganda (2016) (*UNICEF Global Data Warehouse*, mis à jour le 22 mai 2022). Le Mali se classe en troisième place dans cette liste (89 %), derrière la Somalie et la Guinée qui ont des taux nettement supérieurs à la moyenne subsaharienne (35 %).

L'initiative Spotlight[6] et le programme conjoint UNFPA-UNICEF, lancé par l'Union européenne (UE) et l'Organisation des Nations Unies (ONU), soutient plusieurs activités portant sur la lutte contre la violence basée sur le genre (VBG), y compris les MGF/E. Elle travaille aux côtés des décideurs politiques, des chefs religieux, des mouvements de femmes et des activistes (initiative Spotlight, 2020a). Parmi les autres activités qu'elle mène, l'initiative s'efforce actuellement d'accroître l'accès aux informations essentielles sur les conséquences du mariage précoce et des MGF/E à travers des films, des dessins animés et la mobilisation des adolescents (initiative Spotlight, 2020b). L'UNFPA et l'UNICEF (2017 :7) observent que les MGF/E ne correspondent pas à une pratique unique mais à « une tradition aux significations singulières pour les différentes communautés, et parfois aux significations multiples au sein d'une même communauté ». Une analyse documentaire a été réalisée dans le cadre de cette étude afin de soutenir les efforts de l'initiative Spotlight pour combattre les MGF/E. Elle montrait que plusieurs facteurs sont à l'origine de cette pratique, notamment la culture, la religion, les normes sociales (concernant l'appartenance à la communauté, la chasteté, les transitions vers la vie de femme adulte et / ou l'éligibilité au mariage) et l'influence de la diaspora (Leon-Himmelstine et al., à paraître). La même étude identifiait différentes initiatives et approches mises en place pour combattre les MGF/E au Mali, telles que le dialogue communautaire et la facilitation du dialogue entre les différents groupes au sein des communautés, l'implication des journalistes et des animateurs de radio, et les déclarations publiques contre les MGF/E, entre autres. L'étude donnait également des recommandations importantes pour la réussite des programmes, notamment : travailler avec un large éventail de membres des communautés plutôt que privilégier des individus ou des groupes spécifiques ; créer des espaces de dialogue entre les groupes sociaux, y compris des discussions intergénérationnelles ; travailler avec des modèles importants ou des « champions » dans la communauté ; adopter une sensibilité culturelle, y compris dans le langage utilisé lors des discussions sur les MGF/E ; travailler avec les structures et les mécanismes des communautés et considérer la culture comme une solution plutôt que comme un problème ; et se laisser guider par les priorités, les préoccupations et les solutions proposées par les communautés (Leon-Himmelstine et al., 2021).

6 L'initiative Spotlight est un partenariat mondial et pluriannuel entre l'UE et l'ONU qui vise à éliminer toutes les formes de violence à l'égard des femmes. Elle est mise en œuvre par le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), ONU Femmes, le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) et le programme des Nations Unies pour le développement (PNUD). Le Mali a reçu un financement, en partenariat avec le gouvernement et la société civile, visant l'éradication de la violence basée sur le genre, des pratiques néfastes et des barrières entravant l'accès à des services de santé reproductive. Le financement vise à atteindre sept résultats : 1) politiques et législation, en veillant à ce que soit rédigée et adoptée une législation sur la violence basée sur le genre, les mutilations génitales féminines et le mariage des enfants ; 2) institutions, en soutenant les efforts du gouvernement pour créer un programme national de lutte contre les violences basées sur le genre ; 3) prévention et normes sociales, en remettant en question les relations de pouvoir entre hommes et femmes et les normes de genre nuisibles ; 4) services, en renforçant la capacité des acteurs multisectoriels à fournir des soins de santé, un soutien psychosocial, ainsi qu'une assistance juridique et en matière de sécurité ; 5) données, en soutenant la collecte et l'analyse de données sur la violence sexuelle et basée sur le genre ; 6) mouvement des femmes et société civile, en renforçant les capacités techniques et organisationnelles des groupes de défense des droits des femmes et des organisations de la société civile ; et 7) création d'une plateforme de vigilance sociale qui facilitera les réponses immédiates et appropriées aux cas de violence signalés (Bureau des fonds d'affectation spéciale pluripartenaires des Nations Unies, 2021). L'UNICEF est responsable du résultat 3, sur la prévention de la VBG et le changement des normes sociales.

Dans ce contexte, l'objectif de cette étude est de rechercher les facteurs qui conduisent à la perpétuation de la pratique des MGF/E au Mali ou à son abandon. L'étude utilise deux méthodologies. La première est une analyse quantitative (I) basée sur l'analyse des données de l'EDS de 2018. Les données de l'EDS constituent l'une des sources de données les plus fiables sur les MGF/E dans les pays à revenus faible et moyen. Bien que l'enquête ne pose que quelques questions sur les MGF/E, les informations complémentaires recueillies sur les personnes interrogées et leurs ménages, ainsi que le grand nombre de personnes interrogées et la qualité élevée des données, permettent d'estimer les effets des variables sociodémographiques sur l'incidence de l'excision des femmes dans leur vie future, la probabilité que les jeunes filles soient excisées, et les facteurs qui déterminent les attitudes à l'égard des MGF/E.

La deuxième, une analyse qualitative (II), inclut le rôle des principales parties prenantes impliquées dans les MGF/E. Elle a été menée dans cinq régions sur six lieux d'étude. La recherche analysait les facteurs provoquant les MGF/E du point de vue des normes en matière de genre et des opinions de différentes parties prenantes, telles que les grands-mères, les mères, les tantes, les pères, les adolescents (garçons et filles), les exciseuses et les chefs religieux. La recherche vise également à identifier les convergences et les divergences concernant les tendances, les pratiques et les perceptions en matière d'excision en analysant les contextes urbains (Bamako), ruraux (Ségou) et périurbains (Sikasso). Elle vise aussi à obtenir des informations sur les approches à préconiser ou à éviter pour aborder efficacement la question des MGF/E.

Les conclusions du rapport étayaient l'étape suivante de ce programme de travail, qui consistait à concevoir des outils de changement de comportement pour les utiliser aux niveaux communautaire, municipal, local et / ou régional afin de faire évoluer les normes sociales en faveur de l'abandon des MGF/E et du mariage des enfants[7] (voir Leon-Himmelstine et al., 2022). Pour soutenir l'aboutissement de ces outils, l'équipe de recherche a également conçu et mis en œuvre une enquête quantitative de base pour évaluer et analyser l'adhésion aux normes et comportements concernant la MGF/E et le mariage des enfants.

Ce rapport est ainsi structuré. La fin de ce premier chapitre présente les indicateurs des MGF/E au Mali, tirés des documents de référence. Le chapitre 2 décrit nos méthodologies quantitatives et qualitatives, les contextes d'étude et les caractéristiques des participants à l'étude. Le chapitre 3 décrit brièvement le contexte juridique et politique des MGF/E. Le chapitre 4 donne un aperçu des MGF/E, notamment des tendances et des perceptions de la pratique d'un point de vue quantitatif et qualitatif. L'étude commence par analyser les tendances quantitatives de la

7 En 2019, l'UNICEF a mandaté une étude sur les normes sociales et le mariage d'enfants au Mali, réalisée par Bicchieri et al. (2019), reposant sur des discussions de groupe et une enquête quantitative dans les régions de Sikasso et Kayes. L'ODI a utilisé les données de cette recherche pour développer des outils sur le changement de comportement utilisés dans cette étude, avec le soutien de l'UNICEF et de ses partenaires (voir Leon-Himmelstine et al., 2022). Les conclusions de Bicchieri et al. (2019) montrent un certain consentement des membres des communautés au mariage des enfants. Par exemple, 45 % des participants à Kayes convenaient qu'une fille « devrait être mariée dans l'année qui suit ses premières règles », et 59 % des participants déclaraient que la majorité de leur communauté aurait acquiescé. À Sikasso, 36 % des participants approuvaient, et un même pourcentage déclarait que la majorité des personnes de leur communauté aurait acquiescé. De plus, 97 % des épouses des chefs de famille conviennent que les mères doivent suivre les conseils de leurs belles-mères.

prévalence des MGF/E et les facteurs associés au soutien ou à l'opposition à la pratique puis, à travers un travail qualitatif de terrain, elle met en lumière le rôle des principales parties prenantes dans la perpétuation de la pratique, y compris leur pouvoir de décision et leurs attitudes. Le chapitre 5 analyse les facteurs qui contribuent à perpétuer les MGF/E et ceux qui, au contraire, contribuent à son abandon. Le chapitre 6 étudie les stratégies et les approches des programmes visant à lutter contre les MGF/E, en se concentrant sur ceux mis en œuvre dans nos contextes d'étude et sur les perceptions que les participants à l'étude ont de leur efficacité. Enfin, le chapitre 7 présente nos conclusions et nos recommandations pour des programmes futurs, et met l'accent sur le développement d'outils de changement de comportement afin de lutter contre les MGF/E.

1.1 Indicateurs des MGF/E à partir de la documentation de base

Au Mali, selon l'EDS (2018), le type de MGF/E le plus pratiqué (41 % des femmes et des filles excisées âgées de 15 à 49 ans) est le type 2 (l'excision). Vient ensuite le type 1 (25 % des femmes et des filles de 15 à 49 ans qui ont subi une « simple coupure »), suivi du type 3 (8 % des femmes et des filles qui ont subi une infibulation).

Le tableau 2 ci-dessous résume les principaux indicateurs relatifs aux MGF/E au Mali à partir d'une variété de sources identifiées dans l'analyse documentaire étayant cette étude (Leon-Himmelstine et al., publication à paraître).

Tableau 2 Indicateurs des MGF/E au Mali

Indicateur		Source
Prévalence des MGF/E	Femmes 15-49 ans :	EDS (2018)
	National 89 % ; Sikasso 96 % ; Koulikoro 95,9 % ; Kayes 94,7 % ; Ségou 91,6 % ; Bamako 91,3 % ; Mopti 82 % ; Tombouctou 50 %.	
	La prévalence est comprise entre 80 % et 90 % dans le Sud, 50 % à Tombouctou (nord-ouest), et moins de 2 % dans le nord-est	Orchid Project et 28toomany (2022)
Nombre de filles et de femmes (15-49 ans) ayant subi des MGF/E	7,9 millions en 2019.	UNICEF (2022b)
Âge auquel sont pratiquées les MGF/E	La majorité des filles (76 %) sont excisées avant l'âge de 5 ans	EDS (2018)
	Toutefois, l'âge dépend également du groupe ethnique et de la région. À Sikasso, 67 % des filles sont excisées avant l'âge de 5 ans, 23 % entre 5 et 9 ans et 6 % entre 10 et 14 ans. À Ségou, 77 % sont excisées avant l'âge de 5 ans, 15 % le sont entre 5 et 9 ans et 3,5 % entre 10 et 14 ans. À Bamako, les MGF/E sont pratiquées après le baptême, une semaine après la naissance.	EDS (2018) ; 28toomany (2020)
	La prévalence des MGF/E chez les filles augmente considérablement avec l'âge. On observe que 56 % des filles de moins de 5 ans ont subi une MGF/E, mais cette pratique concerne 86 % des filles âgées de 10 à 14 ans.	UNICEF (2022b)

Indicateur		Source
Âge auquel sont pratiquées les MGF/E	On constate une légère augmentation de la tendance à l'excision précoce au Mali. De fait, les adolescentes (âgées de 15 à 19 ans) sont plus susceptibles que leurs aînées (âgées de 29 à 45 ans) d'avoir subi une MGF/E avant l'âge de 5 ans (82 % et 70 % respectivement).	UNICEF (2022b)
Attitudes	Les trois quarts (75 %) des femmes et des hommes (âgés de 15 à 49 ans) sont d'avis que la pratique des MGF/E devrait se poursuivre. En revanche, 18 % des femmes et 13 % des hommes pensent qu'elle devrait cesser. De même, 81 % des filles et des femmes circoncises (15-49 ans) pensent que la pratique des MGF/E devrait se poursuivre, alors que 12 % des filles et des femmes non circoncises (15-49 ans) sont de l'avis contraire.	EDS (2018)
	Dans les régions de Gao (Gounzoureye), Kayes (Kéniéba), Ségou (Niono), Sikasso (Koutiala), Mopti (Taga) et 6 communes de Bamako, 74 % des adolescents âgés de 14 à 19 ans ignorent les conséquences négatives des MGF/E et souhaitent poursuivre la pratique. Ce pourcentage est même supérieur chez les filles (85,3 %) que chez leurs homologues masculins (73,6 %).	Traoré et al. (2020)
	Les mères (15-49 ans) de 58 % des filles excisées s'opposent à cette pratique. Ceci met en exergue la capacité relativement limitée de la mère à prendre des décisions concernant cette pratique, comme l'indiquent d'autres études au Mali (Cappa et al., 2020 ; Diagne, 2008) et nos résultats qualitatifs. Cependant, notre analyse des données de l'EDS 2018 suggère que l'opinion de la mère a une incidence sur le fait que sa fille soit excisée ou non (voir section 4.3 - Décideurs)	UNICEF (2013)
Procédures	Sur les femmes excisées :	EDS (2018)
	Type 1 (clitoridectomie) : ablation du gland clitoridien, sans enlever de chair (25 %).	
	Type 2 (excision) : ablation du gland clitoridien et des petites lèvres, chair enlevée (41 %).	
	Type 3 (infibulation) : suture (8 %).	
	Type 4 : type non déterminé (26 %).	
Garants de la pratique	Les médecins traditionnels (circonciseurs traditionnels ou accoucheuses traditionnelles, en majorité des femmes) pratiquent la plupart des procédures (92 %).	EDS (2018)
	Toutefois, ces dernières années, on constate une augmentation de la proportion de MGF/E effectuées par des professionnels de santé (médecins, infirmières et sages-femmes formés).	Gosselin (2000) ; Konte (2007)
	En effet, les familles demandent de plus en plus souvent aux professionnels de santé de pratiquer les MGF/E, afin d'éviter, selon elles, certaines conséquences sur la santé de leurs filles.	Doucet et al., (2017)

Indicateur		Source
Lieu où sont pratiquées les MGF/E	L'opération peut se dérouler dans des toilettes, dans une pièce de l'habitation, à l'ombre d'un grand arbre à l'extérieur du village, ou chez le médecin traditionnel. C'est chez ce dernier que la pratique a le plus souvent lieu (50 %).	BERFAD (2020)
Processus décisionnel	C'est aux femmes ménopausées que reviennent la prise de décision et la préparation des rituels liés aux MGF/E. Cette tâche est effectuée par la grand-mère et / ou la tante paternelle, étant donné que l'enfant est considéré comme appartenant à la famille du père.	Konte (2007) ; Diagne (2008) ; Gosselin (2000)
Fondement de la pratique	Chez les filles et les femmes âgées de 15 à 49 ans, l'acceptation sociale (37 %) est la raison la plus fréquemment citée en faveur de la perpétuation de la pratique, suivie de la religion (24 %) puis de la propreté et de l'hygiène (22 %).	UNICEF (2013) ;
	70 % des femmes et 69 % des hommes âgés de 15 à 49 ans pensent que la religion exige la pratique des MGF/E.	EDS (2018)
Ethnicité	Les MGF/E sont davantage pratiquées dans certains groupes ethniques. La prévalence des MGF/E est beaucoup plus élevée chez les filles des groupes ethniques Bambara, Soninké, Malinké, Sénoufo et Fulani (plus de 90 %) que chez les Bobo (71 %), les Sonraï (32 %) et les Touareg / Bella (24 %).	Diabate et Mesplé-Somps (2019) ; UNICEF (2022b)
Éducation	L'excision des filles ne dépend pas du niveau d'éducation de leur mère. L'excision est pratiquée chez 72 % des filles (âgées de 0 à 14 ans) dont les mères n'ont pas reçu d'éducation, et chez 71 % des filles dont les mères ont suivi des études secondaires ou supérieures.	EDS (2018)
	Cependant, les femmes et les filles (âgées de 15 à 49 ans) ayant fait des études supérieures (54 %) sont plus susceptibles de préconiser l'abandon de la pratique des MGF/E par rapport à celles n'ayant pas fait d'études ou ayant fait des études primaires (15 % et 17 % respectivement).	UNICEF (2022b)
Statut économique	Les adolescentes (15-19 ans) des ménages du quintile le plus pauvre (73 %) soutiennent la perpétuation de la pratique des MGF/E autant que les filles des ménages du quintile le plus riche (70 %).	Dalal et al., (2018) Dalal et al., (2018)
Situation urbaine ou rurale	Le taux de MGF/E est similaire dans les villes et dans les zones rurales, et s'élève à 89,2 % et 88,4 % respectivement.	Orchid Project et 28toomany (2022)

2 Description des contextes d'étude et de la méthodologie

Ce chapitre donne une vue d'ensemble de la méthodologie quantitative et qualitative, y compris de leurs limites respectives (2.1), du protocole éthique qui a été suivi (2.2) et des caractéristiques des participants à l'étude qualitative (2.3).

2.1 Méthodologie

Cette étude à méthodes mixtes repose sur l'analyse quantitative des données de l'enquête EDS et la collecte de données qualitatives dans six zones d'étude concernées par les activités de l'initiative Spotlight et le programme conjoint UNFPA-UNICEF. L'analyse quantitative recherchait les causes, les facteurs clés et les résultats de la participation à la pratique des MGF/E et du mariage d'enfants. L'analyse qualitative, quant à elle, avait pour objet d'identifier les perceptions, les attitudes et les croyances entourant les MGF/E ainsi que les changements dans la pratique au fil du temps. Pour cette raison, les résultats qualitatifs comprennent les perspectives de parties prenantes ayant des caractéristiques différentes (âge, sexe, niveaux d'éducation) et appartenant à des générations différentes. Tout au long du rapport, nous utilisons la triangulation des résultats de l'analyse quantitative et qualitative pour décrire toute convergence ou divergence, ou pour fournir des explications complémentaires sur les données.

2.1.1 La méthodologie quantitative

Nous analysons les données de l'EDS, une vaste enquête périodique de haute qualité qui comprend des questions sur les MGF/E. Compte tenu de sa portée et de sa fiabilité, cette enquête est, selon nous, la meilleure source des données disponible pour évaluer la prévalence et les facteurs associés aux MGF/E, tant au niveau régional que national. La dernière enquête disponible pour le Mali (EDS 2018) pose des questions pertinentes aux femmes âgées de 15 à 49 ans et aux hommes âgés de 15 à 59 ans. Elle demande aux femmes si elles savent ce que sont les MGF/E, et si elles et leurs filles ont subi cette opération (et si c'est le cas, quel type de MGF/E elles ont subi). Elle demande aux hommes et aux femmes leur opinion quant aux MGF/E (notre analyse se concentre sur la question « faut-il éradiquer ou perpétuer les MGF/E ? »).

Nous utilisons d'abord les données de l'EDS pour présenter les tendances en matière de prévalence des MGF/E en utilisant les données de plusieurs enquêtes (2001, 2006, 2012-2013, 2018) du compilateur statistique de l'EDS (*DHS Program Statcompiler*) sur le site Internet (ICF 2022). Nous nous intéressons ensuite à l'ensemble de données de 2018, en estimant des modèles de régression afin de prédire : (i) les effets de la pratique des MGF/E sur les femmes dans leur vie future, (ii) les facteurs associés à la probabilité que les jeunes filles subissent des MGF/E et (iii) les facteurs d'influence sur les attitudes envers les MGF/E. Chacun de ces modèles est décrit séparément.

La première série de régressions se focalise sur les effets des MGF/E (pour les femmes ayant répondu par l'affirmative à une question initiale de sélection leur demandant si elles avaient entendu parler de cette pratique), sur une série de variables dépendantes suggérées par la documentation

antérieure sur les MGF/E ou liées aux raisons pour lesquelles les gens soutiennent ou s'opposent à la pratique des MGF/E. Celles-ci comprenaient l'éducation, le travail, la capacité de prise de décision, les attitudes par rapport à la violence conjugale et la santé sexuelle et reproductive (tableau 3). Les méthodes utilisées étaient celles des moindres carrés ordinaires (MCO) pondérés ou reposaient sur des modèles de régression logistique pondérés (pour les variables de résultats binaires).

Pour simplifier l'interprétation, nous avons utilisé dans chaque modèle un groupe simple de variables de contrôle pour tous les résultats : la région de résidence, la zone urbaine ou rurale, l'âge de la personne interrogée, l'appartenance ethnique, la religion et le niveau d'éducation en nombre d'années (sauf pour le modèle dans lequel l'éducation était la variable de résultat). Les tests de robustesse impliquaient l'estimation de la régression pour deux populations supplémentaires, à savoir toutes les femmes, qu'elles aient subi ou non une MGF/E, et les femmes affirmant avoir subi une MGF/E de type 3 (la forme la plus grave) uniquement.

Tableau 3 Résultats potentiels des MGF/E et indicateurs utilisés pour les évaluer

Effet	Indicateur
Éducation	Années d'études.
Travail	La femme a ou pas un travail rémunéré.
Marge de manœuvre	La possibilité pour une femme de prendre une décision concernant la santé, l'achat de biens importants ou les visites à la famille, seule ou en accord avec son partenaire.[8]
Attitudes à l'égard de la violence entre partenaires intimes	Il est justifié ou non de battre une femme en fonction de l'une des cinq raisons suivantes (quitter la maison sans prévenir le mari, négliger les enfants, se disputer avec le mari, refuser les rapports sexuels avec le mari, brûler la nourriture).
Santé des enfants	Nombre total d'enfants décédés (pour les complications de santé à long terme).
Santé sexuelle et reproductive	L'âge auquel la femme a vécu pour la première fois avec un homme.
	Nombre total de partenaires sexuels.

8 Dans l'échantillon de l'EDS, seulement 10,42 % des femmes étaient en mesure de prendre les trois décisions – toutes seules ou conjointement avec leur conjoint – ; nous avons opté pour la proportion de femmes pouvant prendre une ou plusieurs décisions afin d'introduire une plus grande variation étant donné le pouvoir de décision généralement limité.

Le deuxième ensemble de modèles analyse les facteurs alimentant la probabilité que la fille d'une personne interrogée, âgée de 0 à 4 ans, soit excisée, y compris les caractéristiques des mères et des ménages, ainsi que les influences des pairs (tableau 4). En suivant Boyle et Syek (2019), nous avons utilisé une régression logistique pondérée. La première spécification du modèle ne retient que les caractéristiques de la mère comme variables indépendantes, la deuxième ajoute les caractéristiques du ménage, la troisième introduit les positions de la mère à l'égard de la violence conjugale et sa capacité à prendre des décisions au sein du ménage, la quatrième ajoute des facteurs fixes liés aux régions et aux cohortes, et la cinquième considère les influences des pairs. Pour des raisons de robustesse, nous avons réitéré l'analyse pour les filles âgées de 0 à 9 ans et pour les filles âgées de 0 à 4 ans ayant subi une MGF/E de type 3.

Le troisième ensemble de modèles consiste en deux régressions logistiques pondérées. La variable dépendante est l'opinion de la personne interrogée quant à la nécessité de mettre fin aux MGF/E. Les variables indépendantes, quant à elles, sont les caractéristiques des individus et des ménages, ainsi que les effets de pairs (tableau 5).

Pour tester les différences entre les sexes ainsi que la robustesse du modèle, nous avons aussi évalué le modèle pour les femmes et les hommes de manière séparée.

Tableau 4 Facteurs prédisant les MGF/E pour les filles de 0 à 4 ans d'une personne interrogée

Typologie	Indicateur(s)
Mère	L'âge au moment de la naissance de son enfant, le nombre d'années d'études, le groupe ethnique, la religion, l'attitude à l'égard des MGF/E (si elle pense que la pratique doit continuer), la marge de manœuvre (si elle peut prendre l'une des trois décisions importantes – santé, patrimoine ou visites familiales – seule ou avec son partenaire).
Ménage	Quintile de revenu.
Effets de pairs	Nombre moyen de filles excisées par région, milieu urbain / rural ; pourcentage moyen de personnes préconisant l'abandon des MGF/E au niveau du groupe.
Effets fixes	Région, milieu urbain / rural, âge de la fille (effet de cohorte).

Tableau 5 Facteurs prédisant l'opinion quant à la nécessité de mettre fin aux MGF/E

Type de caractéristique	Indicateur(s)
Individuel	Sexe, âge, religion, appartenance ethnique, années d'études
Ménage	Région, milieu urbain / rural et quintile de revenu
Effets de pairs	Pourcentage moyen de personnes interrogées qui préconisent l'abandon des MGF/E au niveau du groupe (indépendamment de leur statut en matière de MGF/E).

Bien que l'EDS soit une source de données extrêmement riche et complète, certaines limites méritent d'être débattues. La première concerne la description des tendances, basée sur l'analyse des données de l'EDS par l'ICF (2022). Cette analyse ne fournit que des estimations ponctuelles, ne nous permettant pas d'établir si les différences dans le temps sont statistiquement significatives. De plus, le nombre de désagrégations disponibles est limité.

Ensuite, la formulation exacte des questions des EDS sur les MGF/E a évolué au cours du temps. Si les données indiquent un déclin de la pratique, certaines tendances importantes (taux de MGF/E légèrement inférieurs au fil du temps, taux beaucoup plus élevés d'excision sans ablation de la chair) semblent uniformes dans tous les groupes d'âge, tant dans les enquêtes plus anciennes que dans les nouvelles. Ce résultat est inattendu. De fait, dans la vie, les MGF/E n'ont lieu qu'une seule fois à un jeune âge, de sorte que les réponses des groupes plus âgés aux questions sur la MGF/E devraient rester largement constantes dans le temps, tant qu'ils restent dans l'enquête. Toute nouvelle tendance serait plus prononcée chez les groupes plus jeunes. La ressemblance entre tous les groupes d'âge suggère que certaines des tendances observées peuvent correspondre à des ajustements aux questions plutôt qu'à des changements dans l'incidence et le type sous-jacents de MGF/E. Les versions plus récentes du questionnaire semblent mieux saisir le statut de la personne interrogée à l'égard des MGF/E, car les réponses à la question sur le type de MGF/E sont plus diversifiées.

Une troisième limite potentielle réside dans la partialité des réponses. De nombreuses femmes interrogées dans les foyers n'ont pas répondu à la section sur les MGF/E, qui comprend toutes les questions relatives aux MGF/E mentionnées dans cette analyse (45 % des femmes interrogées déclaraient n'avoir jamais entendu parler des MGF/E, même après avoir été sollicitées). Les taux étaient légèrement plus élevés dans le nord du Mali, où les MGF sont moins répandues, mais un grand nombre de femmes des régions où les MGF/E sont quasi universelles n'ont pas répondu au module sur les MGF/E. Nous pouvons donc supposer que le facteur de non-réponse n'est pas aléatoire et qu'il pourrait être associé à certaines des variables de résultats qui nous intéressent (ce qui pourrait fausser nos estimations). Toutefois, la direction et l'ampleur de l'effet de cette tendance ne sont pas claires.

Une quatrième limitation concerne l'âge au moment du mariage. Malheureusement, l'EDS ne demande que le statut matrimonial des personnes interrogées, et non l'âge auquel elles se sont mariées. Les personnes interrogées qui se sont mariées lorsqu'elles étaient encore enfants représentent un sous-ensemble de celles qui sont mariées au moment de l'enquête, aussi il est difficile de distinguer les deux. En principe, nous pourrions focaliser l'analyse sur les personnes interrogées mariées âgées de moins de 18 ans. Cependant, puisque le questionnaire ne demande leur statut marital qu'aux personnes interrogées de 15 ans et plus, les filles mariées de moins de 15 ans ne sont pas répertoriées. En raison de l'incertitude qui en résulte dans les estimations et les modèles potentiels, nous avons choisi de ne pas analyser le mariage des enfants en utilisant les données des EDS.

2.1.2 La méthodologie qualitative

Les données qualitatives primaires ont été recueillies durant les mois de juin, juillet et août 2021 par une équipe composée de membres de l'ODI (à distance), et d'un chercheur indépendant accompagné d'une équipe de

conseillers locaux. Tous les membres de l'équipe de recherche ont participé au développement des outils de collecte des données, puis l'équipe locale a réalisé un pilotage à Bamako. Les chercheurs ont collecté des données dans cinq régions et six *cercles*[9] dans les contextes suivants : 1) Kayes (cercle Yélimané ; commune de Guidimé, village de Yélimané Sébé), 2) cercle de Koulikoro (Kolokani, commune de Kolokani, village de Koundogoni) ; 3) Koulikoro (cercle de Dioila, commune de Kaladougou, village de Tiendobougou) ; 4) Sikasso (cercle de Sikasso, commune de Sikasso, village de Niakanssoni) ; 5) Ségou (cercle de Bla, commune urbaine de Bla, village de Bla) ; et 6) Bamako (arrondissement de Bamako, commune VI, village de Sénou). Ces contextes ont été sélectionnés parce qu'ils correspondent aux zones d'action de l'initiative Spotlight en raison de la forte prévalence des MGF/E (tableau 6). Le fait d'avoir sélectionné des zones urbaines, rurales et semi-urbaines nous permet également de comprendre la manière dont la situation géographique peut affecter les attitudes, les comportements et les pratiques. Dans tous les contextes, les ONG[10] locales en partenariat avec l'UNICEF ont mis en œuvre différentes stratégies pour lutter contre les MGF/E à partir du deuxième semestre 2020 (à Kayes, Koulikoro et Bamako) et début 2021 (à Sikasso et Ségou). Cette étude s'inscrit dans le cadre d'un effort conjoint de l'UNICEF et de l'initiative Spotlight pour analyser plus en profondeur les normes de genre (avec le soutien d'une étude de référence à venir) dans le but de concevoir de nouveaux outils pour aborder ces normes sur la base des résultats de cette étude.

Les outils qualitatifs (voir les tableaux A1 et A2 dans les annexes 1 et 2) comprennent des entretiens approfondis (IDI, de l'anglais *In-Depth Interview*), des discussions de groupe (FGD, de l'anglais *Focus Group Discussions*), des études de cas familiaux (FCS, de l'anglais *Family Case Studies*), dans lesquelles plusieurs membres du même ménage sont interrogés et des entretiens avec des informateurs principaux (KI, de l'anglais *Key Informants*). Les FDG (voir annexe 3) ont été réalisées selon une approche participative en se fondant sur une « histoire sans fin » de l'initiative The Grandmother Project, dans laquelle une jeune mère (Mariam) discute avec son mari (Ibrahima) de la possibilité d'exciser ou non leur fille alors que sa belle-mère (Fatimata) est fortement en faveur des MGF/E. Sur la base de cette histoire, les participants devaient se prononcer par rapport aux points de vue des différents personnages et indiquer s'il était probable qu'une telle situation se présente dans leur communauté.

Un échantillonnage raisonné a été utilisé pour recruter les participants à l'étude avec le soutien des partenaires de l'UNICEF, et en particulier de leurs partenaires locaux. Au total, 92 personnes ont été interrogées dans les six contextes, y compris des adolescentes, un membre de leur famille (par exemple, un parent ou une personne qui s'occupe d'elles, un frère ou une sœur, un oncle ou une tante ou un membre de la belle-famille), des prestataires de services, des exciseuses, des chefs religieux ou des chefs locaux.

---

9 Le cercle est l'unité administrative de deuxième niveau du Mali. Le Mali est divisé en huit régions et un chef-lieu de district (Bamako) ; les régions sont subdivisées en 49 cercles. Ces subdivisions portent le nom de leur ville principale.

10 Parmi les partenaires, on trouve TOSTAN International, le Mouvement pour la paix (MPDL), l'association du Sahel d'aide à la femme et à l'enfance (ASSAFE), l'ONG TAGNE, l'association pour la promotion des droits et le bien-être de la famille (APSEF) et l'ONG Conseils et appui pour l'éducation à la base (CAEB).

Les outils qualitatifs ont étudié les domaines suivants : les perceptions actuelles relatives aux MGF/E, y compris le rôle des exciseuses traditionnelles, des décideurs et des acteurs influents ; les changements dans la pratique au fil des ans, y compris pendant la Covid-19 ; les approches et les programmes existants pour lutter contre les MGF/E dans les régions étudiées et les perceptions au niveau communautaire quant à ce qui fonctionne et ne fonctionne pas dans la lutte contre la pratique ; les facteurs conduisant à la perpétuation des MGF/E ; et les facteurs favorisant l'abandon de cette pratique. Les données primaires ont été associées par triangulation à une analyse documentaire réalisée pour ce projet (Leon-Himmelstine et al., à paraître), y compris un résumé des initiatives de lutte contre les MGF/E mises en œuvre au Mali avec quelques données sur leur impact (voir annexe 4).

Tous les entretiens ont été enregistrés, puis traduits et transcrits avec le consentement des intéressés. L'équipe de recherche a élaboré un système de codage, basé sur les principaux thèmes émergeant des données et des thèmes de notre analyse documentaire. Les entretiens ont été traduits du français vers l'anglais et transcrits par l'équipe de recherche qui, ayant collecté les données, s'était déjà familiarisée avec les réponses. Les traductions et les transcriptions ont été supervisées par le responsable de la recherche qualitative afin d'en vérifier la qualité et la fiabilité. Tous les entretiens ont ensuite été codés et saisis avec le MAXQDA (logiciel d'analyse des données) par trois assistants de recherche. Les données provenant des segments codés ont été regroupées selon les thèmes choisis et l'analyse a également étudié les différences associées aux caractéristiques telles que le contexte d'enquête, le sexe, l'éducation et la religion. L'analyse a ensuite été rédigée dans le respect du format de rapport approuvé.

Lors du codage des entretiens qualitatifs, les chercheurs ont indiqué si les déclarations, opinions ou perceptions partagées par les personnes interrogées étaient exprimées par une majorité, par plus de la moitié, par certains ou seulement par un petit nombre d'entre eux. Dans ce rapport, nous utilisons l'expression « la plupart » ou « la majorité » lorsqu'une opinion est exprimée par plus de 50 %, généralement par deux tiers ou plus, des personnes interrogées. Nous utilisons l'expression « plus de la moitié » lorsqu'une affirmation concerne plus de 50 % des personnes interrogées, « certains » lorsqu'une affirmation concerne moins de la moitié des participants, « peu » lorsqu'un énoncé ne concerne que trois ou quatre participants. Enfin, lorsqu'un énoncé n'est mentionné que par une ou deux personnes interrogées, le rapport l'indique explicitement.

Tableau 6 Vue d'ensemble des lieux d'étude (niveau de cercle)

Localité / taux de prévalence de la MGF/E	Population	Principaux groupes ethniques	Moyens de subsistance	Informations complémentaires
Bamako (commune VI, quartier de Sénou) Prévalence – 91 %	73 635	Bamanan, Malinké, Soninké, et d'autres groupes minoritaires comme les Sénoufo et les Dogon, entre autres.	Agriculture, maraîchage et surtout petit commerce.	La proximité de l'aéroport international Modibo Keita fait de Sénou l'une des portes d'entrée pour Bamako, la capitale du Mali.
Sikasso Taux de prévalence – 96 %	725 494	Le groupe ethnique dominant est celui des Sénoufo, mais le groupe des Bambara et celui des Minianka sont également importants.	Les conditions climatiques et l'environnement humain rendent le cercle de Sikasso favorable à l'agropastoralisme. La ville de Sikasso, capitale du cercle, est un important centre de commerce. Elle rassemble les produits locaux de la campagne environnante et assure la distribution des biens de consommation courante, du matériel agricole, des tissus, des articles manufacturés et des produits pharmaceutiques dans les zones rurales.	La ville de Sikasso est la deuxième plus grande ville du Mali et est une commune proche de la frontière avec le Burkina Faso.
Kouilikoro (Dioila) Taux de prévalence – 96 %	491 210	L'ethnie majoritaire est celle des Bambara, en plus des Peul	L'agropastoralisme occupe 95 % de la population. Les principaux produits agricoles sont le coton et les céréales (millet, maïs et sorgho).	La religion majoritaire du cercle est l'islam, avec une survivance du fétichisme[11] dont les pratiques sont vivement conservées dans de nombreux villages.
Koulikoro (Kolokani) Taux de prévalence – 96 %	333 703	Bambara, Mossi, Dioula et Peul	Agriculture, élevage, maraîchage et arboriculture.	Plus de la moitié de la population est animiste, tandis que le reste se partage entre l'islam et le christianisme. Les Bambara de Bélédougou poursuivent des pratiques étroitement liées au fétichisme.

11 Par fétichisme, on entend « la vénération d'objets matériels auxquels on attribue un pouvoir magique ou surnaturel, qui émane de la relation entre des esprits et des lieux ou des objets particuliers et qui mène à l'idolâtrie, dans laquelle l'image est considérée comme le symbole d'un être spirituel ou d'une divinité » (Encyclopaedia Britannica, n.d.).

Localité / taux de prévalence de la MGF/E	Population	Principaux groupes ethniques	Moyens de subsistance	Informations complémentaires
Ségou (Bla) Taux de prévalence – 92 %	293 937	Bambara, Minianka, Bobo, Dogon et Peul.	Agriculture et élevage, notamment production de coton et élevage de bovins et de caprins.	La migration saisonnière rurale est courante chez les jeunes. Les villes d'accueil sont généralement Ségou et Bamako, mais aussi la Côte d'Ivoire et le Burkina Faso.
Kayes (Yélimané) Taux de prévalence – 95 %	178 442	Principalement des Soninké, mais aussi des Peul, des Maures et des Bambara.	Agriculture et élevage sont les activités les plus pratiquées.	Forte émigration traditionnelle vers la France. Les migrants de Yélimané ont créé des associations pour contribuer à la construction d'infrastructures.

Sources : Conseil régional de Kayes, 2018 ; Coulibaly et al., 1998 ; Dicko, 2018 ; Konaté et al., 2008 ; Solidarité internationale (2020) ; DHS (2018)

Les limites du travail qualitatif sont les suivantes. Étant donné que le recrutement des personnes interrogées a eu lieu principalement par l'intermédiaire d'ONG partenaires qui mettent en œuvre des actions visant à lutter contre les MGF/E, certaines réponses peuvent être faussées (par exemple en insistant sur le fait que ni elles ni leurs communautés ne pratiquent les MGF/E) lorsque les personnes interrogées s'attendent à obtenir des avantages du partenaire à l'avenir, ou parce qu'elles associent les chercheurs à ces partenaires. De même, étant donné que les ONG et les partenaires du développement critiquent ouvertement les MGF/E, certains informateurs principaux pourraient avoir faussé leurs réponses. Par exemple, les professionnels de santé insistaient sur les conséquences des MGF/E et indiquaient ne jamais avoir vu un collègue exciser une fille dans les établissements de santé. Pourtant, d'autres participants indiquaient qu'il était fréquent que les professionnels de santé pratiquent des MGF/E. De même, toutes les exciseuses traditionnelles déclaraient avoir abandonné la pratique il y a plusieurs décennies et y être opposées. Pourtant, lorsque les chercheurs les interrogeaient, elles révélaient des détails sur les pratiques actuelles et expliquaient pourquoi elles étaient favorables à leur perpétuation. Tous ces participants répondaient néanmoins aux critères de l'échantillon, et l'équipe de recherche a rassemblé les données par triangulation (à travers les FCS, les KI et les FGD) pour obtenir des perceptions plus générales.

La pandémie de Covid-19 constituait une dernière limite. À l'origine, l'équipe de l'ODI aurait dû se joindre à l'équipe locale pour la collecte des données, mais cela n'a pas été possible. Cependant, l'équipe de l'ODI a surveillé à distance la collecte quotidienne des données, et les chercheurs locaux et l'équipe de l'ODI ont organisé des séances de debriefing quotidiennes pendant le pilotage et la collecte des données, en maintenant une communication constante grâce aux technologies numériques. L'équipe a respecté toutes les mesures gouvernementales de prévention de la Covid-19, y compris les tests de dépistage avant d'entrer dans les communautés, l'utilisation de masques et de désinfectants pour les mains ainsi que la distanciation sociale pendant le travail sur le terrain (par exemple, en limitant le nombre de participants aux discussions de groupe à un maximum de six personnes).

2.2 Protocole éthique

L'ODI a son propre comité éthique, formé de membres internes et externes. Ce comité a vérifié tous les instruments de collecte de données et d'autres protocoles, en suggérant des ajustements lorsque cela était nécessaire. En mai 2021, le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) pour les sciences de la vie et de la santé[12] a accordé son autorisation nationale. Pour obtenir cette autorisation, l'équipe de recherche a présenté, en février 2021, le protocole de recherche aux membres du CCNE. L'équipe de l'ODI y a assisté à distance, et Plan International Mali et le responsable qualitatif étaient présents. L'équipe a ensuite soumis une deuxième version du protocole de recherche qui répondait aux commentaires et aux révisions demandées.

Les participants à la collecte de données qualitatives ont donné leur consentement informé, et des codes ont été utilisés pour protéger leur identité. Tous les parents et les tuteurs des enfants ont été informés de l'étude et de la participation de leurs enfants. Pour les personnes interrogées âgées de moins de 18 ans, l'équipe a d'abord demandé le consentement des parents ou de leurs tuteurs. Avant de réaliser le travail sur le terrain, les équipes de recherche ont été formées par l'équipe de l'ODI et le chercheur qualitatif principal. De plus, il leur a été régulièrement recommandé de suivre les protocoles de sauvegarde. En cas de détresse des participants à l'étude, l'équipe a suivi la procédure du protocole de sauvegarde et a été constamment supervisée par le responsable du projet pour surmonter toute difficulté.

2.3 Caractéristiques des participants à l'étude qualitative

La plupart des adolescentes de notre échantillon nous indiquaient qu'elles allaient à l'école. Certaines, toutefois, avaient abandonné l'école car elles n'étaient pas en mesure de payer les frais de scolarité, à cause d'une maladie ou parce que les parents avaient organisé leur mariage. Lorsque les filles atteignent l'âge de 18 ans, elles ont tendance à abandonner leurs études, généralement parce qu'elles se marient et font des enfants. Ces filles nous expliquaient que les tâches ménagères, la vie de couple et l'éducation des enfants les empêchaient de poursuivre leurs études. D'autres, une fois mariées, reconnaissaient avoir perdu la motivation. Dans d'autres cas, leur mari les encourageait à abandonner leurs études. Il est fréquent que les filles de notre échantillon quittent l'école après la 9e année scolaire.

Les niveaux de scolarisation varient de la 6e à la 9e année de l'école secondaire. Les filles déclaraient qu'elles avaient fréquenté des écoles publiques, privées, coraniques et des madrasas. La plupart d'entre elles affirmaient que leurs parents les encourageaient à aller à l'école, qu'ils ne leur confiaient pas de tâches ménagères lorsqu'elles étudiaient et qu'ils étaient en mesure de payer les frais de scolarité. Deux ou trois filles évoquaient des difficultés liées à l'école, telles que la distance et l'absence de moyens de transport pour s'y rendre. Les pères jouaient un rôle important dans les décisions relatives à la fréquentation de l'école et à la poursuite des études. Une fois mariées cependant, ce sont leurs maris qui décidaient sur ce sujet. Les mères étaient présentées comme favorables à l'éducation et jouaient un rôle dans le choix des écoles fréquentées par les filles.

12 https://www.ccne-ethique.fr/membres-ccne

La plupart des filles affirmaient qu'elles effectuaient des tâches ménagères (avant ou après l'école) telles que le ménage, la cuisine, le soin des jeunes frères et sœurs ou la vaisselle. Plusieurs filles signalaient d'autres tâches accomplies en dehors de leur foyer, par exemple la participation à des activités agricoles (notamment pendant les vacances scolaires), l'achat de nourriture au marché, le ramassage de bois de chauffage et la collecte d'eau, ainsi que la pratique d'activités rémunératrices informelles (telles que la coiffure, la vente de produits agricoles ou d'articles divers au marché ou près de chez elles). Les filles qui travaillent déclaraient utiliser leurs revenus pour subvenir aux besoins de leur famille, pour s'acheter des choses pour elles-mêmes (vêtements, chaussures, produits d'hygiène) ou, dans le cas de celles qui étaient fiancées, pour acheter des accessoires en vue de constituer leur « trousseau » de mariage, par exemple des ustensiles ménagers ou des vêtements de mariée. Leurs mères ou les hommes de leur famille, tels que les pères et les grands-pères, conseillent les filles quant à la façon d'utiliser cet argent, en particulier lorsqu'elles soutiennent une petite entreprise familiale. Très peu de filles déclaraient avoir des loisirs, par exemple jouer d'un instrument de musique, boire le thé entre amies ou pratiquer une activité sportive.

Plusieurs filles déclaraient avoir un petit ami. La plupart des filles mariées indiquaient qu'elles s'étaient mariées à l'âge de 18 ans et la plupart d'entre elles jugeaient cet âge comme le plus approprié pour se marier. D'autres filles s'étaient mariées à 17 ou 19 ans. Cependant, certaines filles indiquaient être fiancées depuis un plus jeune âge, parfois de 13 à 16 ans. Si leurs maris avaient pour la plupart 25 ans, d'autres filles déclaraient être mariées à des hommes de 21, 28 ou 30 ans. Certaines filles ne connaissaient pas l'âge de leur fiancé. En général, les parents étaient impliqués dans les décisions de mariage (certaines filles indiquaient que leurs parents leur demandaient leur avis). Dans certains cas, les oncles paternels étaient fortement impliqués. Les familles choisissent des membres de leur famille (oncles, cousins) comme maris pour leurs filles, il s'agit d'une pratique courante dans tous les contextes d'étude. Même s'il ne s'agit pas d'un membre de la famille, il est fréquent de se marier au sein de la même tribu ou de la même ethnie. La plupart des filles mariées ou fiancées déclaraient qu'elles n'avaient pas encore d'enfant ou qu'elles n'étaient pas enceintes. Pour celles ayant des enfants, le père était généralement leur mari. La fille la plus jeune de notre échantillon ayant déclaré avoir un enfant était âgée de 17 ans. Originaire de Sikasso, son bébé avait un an et demi. Elle avait donc accouché à 15 ou 16 ans.

Les chefs de famille étaient pour la plupart des agriculteurs, avec quelques commerçants, soudeurs, forgerons et militaires à la retraite. Les filles indiquaient que d'autres membres de la famille dirigeaient de petites entreprises ou exerçaient d'autres professions telles que maçon, soldat ou commerçant. Le « chef de famille » dominait dans la prise de décision sur les questions pertinentes concernant la vie d'une fille non mariée (santé, dépenses). Les filles déclaraient que cette responsabilité incombait principalement au père, suivi des oncles, des grands-parents et de la mère ou des deux parents ensemble. Nos données indiquent que pour tous les groupes ethniques étudiés, la responsabilité de la fille revient au frère du père (plus jeune ou plus âgé, ce qui montre que l'héritage et la succession sont patrilinéaires). C'est donc à lui qu'incombe la responsabilité principale de l'adolescente, même si le père biologique est vivant. Une fois mariées, les filles rejoignent la famille du mari et les principaux responsables de la prise de décision dans leur vie deviennent alors le mari et sa famille. Plusieurs filles indiquaient qu'on ne leur demandait pas leur avis parce qu'elles étaient trop jeunes ou parce

que cela ne les dérangeait pas de ne pas être consultées. La soumission aux aînés était parfois mentionnée comme faisant partie de la coutume.

Les modèles exercent une influence importante sur les comportements et les valeurs des adolescents. Les hommes de la famille sont admirés parce qu'ils sont intelligents, travailleurs ou ont une activité professionnelle. Les femmes sont admirées pour leurs traits de personnalité tels que leur patience, leur capacité à prodiguer de bons conseils et leur générosité.

3 Paysage juridique et politique en matière de MGF/E

L'analyse documentaire pour cette étude (Leon-Himmelstine et al., publication à paraître) propose une étude plus approfondie du paysage juridique et politique au Mali en matière de MGF/E.

Le Mali a ratifié la *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women* (CEDAW, Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes) en 1985 et a adhéré à son protocole facultatif en 2000 (28toomany, 2022). Le Mali ne dispose pas de loi nationale spécifique interdisant la pratique des MGF/E ni de dispositions interdisant sa médicalisation. La circulaire n° 99-00197, publiée en 1999 par le ministère de la Santé, des Personnes âgées et de la Solidarité, contient une directive administrative à l'attention des directeurs d'hôpitaux interdisant les MGF/E dans les établissements de santé. Elle stipulait que « la pratique de l'excision n'y saurait être tolérée » et enjoignait les directeurs d'hôpitaux « de prendre les dispositions voulues aux fins d'empêcher la pratique, présumée ou réelle, de l'excision dans les établissements sanitaires sous leur responsabilité morale et technique ». Cette circulaire est toujours en vigueur ; toutefois, elle ne prévoit aucune sanction en cas de non-respect et n'a pas la force contraignante d'une loi adoptée par le Parlement (28toomany, 2018). La Constitution du Mali (1992) prévoit une disposition contre les « lésions corporelles graves » (article 1) et note l'engagement de l'État à protéger les femmes et les filles, mais ne fait pas ouvertement ni explicitement référence aux formes de violence à leur encontre, y compris aux MGF/E (Orchid Project et 28toomany, 2022 ; 28toomany, 2018). Les ministères et les ONG s'efforcent depuis de nombreuses années d'interdire la pratique des MGF/E et de présenter divers projets de loi, mais aucun n'a été approuvé ni adopté par le Parlement.

En juillet 2017, un projet de loi visant à lutter contre les violences basées sur le genre (VBG), y compris l'interdiction de la pratique des MGF/E, était présenté au ministère de la Promotion de la femme, de l'enfant et de la famille (MPFEF) par le programme national de lutte contre l'excision (PNLE) avec le soutien de partenaires internationaux. Ce projet de loi donnait une définition des MGF/E et préconisait une peine d'emprisonnement de cinq à dix ans ainsi qu'une amende à toute personne qui aurait procédé, facilité ou participé à des MGF/E, ou omis d'aider une femme soumise à cette pratique (28toomany, 2018). Toutefois, les objections persistantes de la part de hauts responsables religieux en faveur de cette pratique ont empêché de promulguer la loi.

Selon la CEDAW (2019), si certains chefs religieux sont favorables à l'adoption de cette loi, d'autres veulent empêcher toute intervention législative dans les affaires religieuses, en particulier des lois qui pourraient potentiellement réglementer le comportement de la communauté. De plus, d'autres membres de la société en position d'autorité, tels que les médecins ou les membres du système judiciaire et de la police, continuent de soutenir les MGF/E en raison des normes sociales existantes qui prédominent dans leurs communautés d'appartenance (28toomany, 2018). La CEDAW recommandait au Mali d'intensifier le dialogue sur les MGF/E avec les chefs religieux et communautaires, y compris les chefs religieux musulmans, et de veiller à ce qu'ils

soient consultés et effectivement impliqués dans l'élaboration et la mise en œuvre de programmes et de politiques de prévention des MGF/E (Orchid Project et 28toomany, 2022).

En avril 2021, l'ONG EqualityNow et l'Institut pour les droits humains et le développement en Afrique (IDHDA)[13], ainsi que deux autres organisations locales, ont intenté une action contre le gouvernement du Mali devant la cour de justice de la Communauté économique des États d'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) à Abuja, au Nigeria, afin de contester l'incapacité du Mali à interdire la pratique des MGF/E en adoptant un cadre juridique et politique qui criminaliserait la pratique (Bhalla, 2021 ; Djeugoué, 2021). À l'heure où nous rédigions ce rapport, l'affaire n'avait pas encore été entendue par le tribunal. Toutefois, selon l'IDHDA, l'affaire « pourrait faire date dans la jurisprudence des droits des femmes et des filles en Afrique » (Bhalla, 2021).

Le tableau 7 présente d'autres lois, politiques et directives qui pourraient se révéler importantes pour les MGF/E. Cependant, aucune preuve de leur utilisation ou de leur mise en œuvre pour combattre cette pratique n'existe à ce jour.

Tableau 7 Lois, politiques et directives concernant les MGF/E au Mali

Lois/Politiques	Contenu pertinent
Code pénal (2001)	Les articles 202 et 207 criminalisent et punissent toute personne infligeant « des coups, des blessures ou commettant des violences volontaires » à l'encontre d'une autre personne. L'article 209 traite de la torture, y compris celle qui entraîne des mutilations (mais ne fait pas référence aux pratiques néfastes telles que les MGF/E) (28toomany, 2018). L'article 220 stipule que toute personne qui s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour elle ni pour les tiers, elle pouvait lui prêter soit par son action personnelle soit en provoquant un secours, est passible de sanctions. Aucune preuve ne confirme que l'une de ces dispositions ait été mise en application en ce qui concerne les MGF/E au Mali (28toomany, 2018). Selon la CEDAW (2019), si certaines dispositions du Code pénal concernant les agressions, la violence et la torture (articles 202, 208 et 209) peuvent être invoquées pour les cas de MGF/E, les tribunaux sont contraints par le principe de l'application stricte du droit pénal qui leur interdit de punir des actes n'étant pas expressément criminalisés par la loi.
Code des personnes et de la famille (2011)	L'article 4 affirme que « toute personne a droit au respect de son corps » et que « le corps humain est inviolable ». L'article 5 établit qu'il ne peut être porté atteinte à l'intégrité de la personne qu'en cas de nécessité médicale (bien qu'il ne donne pas de définition de la « nécessité médicale »). Il précise par ailleurs que « les actes de nature religieuse ou coutumière, pour autant qu'ils ne portent pas atteinte à la santé, ne sont pas couverts par cette disposition » (28toomany, 2018).

13 Le dossier a été déposé le 6 avril 2021 par l'association malienne pour le suivi et l'orientation des pratiques traditionnelles (AMSOPT) et l'association pour le progrès et la défense des droits des femmes maliennes (APDF) [représentées par l'IDHDA et Equality Now] (Djeugoué, 2021).

Lois/Politiques	Contenu pertinent
Circulaire n° 99-00197, émise par le ministère de la Santé, des Personnes âgées et de la Solidarité (1999)	Cette circulaire comprenait une instruction administrative destinée aux directeurs d'hôpitaux concernant l'interdiction de l'excision dans les établissements de santé. Elle stipulait que « la pratique des MGF/E ne peut être tolérée » et invitait les directeurs d'hôpitaux « à prendre les mesures nécessaires pour prévenir la pratique, supposée ou réelle, de l'excision dans les établissements de santé sous [leur] responsabilité morale et technique ». Cette disposition reste en vigueur, mais elle ne mentionne pas de sanctions en cas de non-respect et n'a pas la force d'une loi adoptée par le Parlement (28toomany, 2018). Ainsi, la circulaire ne criminalise pas les MGF/E et ne prévoit aucune sanction, pas même pour les professionnels de santé (CEDAW, 2019).
Lois sur la santé reproductive (2002)	La loi prévoit le traitement des MGF/E (Cetorelli et al., 2020). Elle ne criminalise pas les MGF/E, même si elle contient des dispositions pénales (CEDAW, 2019).
Loi sur la santé familiale (2003)	La loi comprend des dispositions qui protègent les enfants contre les pratiques néfastes (Cetorelli et al., 2020).

Par ailleurs, le gouvernement a mis en œuvre les mesures suivantes pour l'abandon des MGF/E, telles que décrites par Diagne (2008) :

- La signature de la lettre du 16 janvier 1999 du ministère de la Santé interdisant la pratique des MGF/E en milieu médical
- L'introduction dans le programme éducatif des établissements scolaires et de santé d'un module de formation sur les problèmes engendrés par les MGF/E
- La tenue d'un forum national sur l'excision en décembre 2003 qui a permis de parvenir à un consensus entre tous les acteurs participant à la lutte contre la pratique des MGF/E
- L'adoption d'un plan d'action du PNLE pour la période 2003-2007
- La célébration, le 6 février, de la journée « Tolérance zéro à l'égard des mutilations génitales féminines » depuis 2004
- La tenue d'un forum sous-régional sur le protocole de Maputo

4 Vision d'ensemble, tendances et perceptions concernant les mutilations génitales féminines / l'excision (MGF/E)

Ce chapitre présente d'abord les données de l'EDS sur les tendances concernant la prévalence des MGF/E, et les relations entre cette pratique et ses conséquences pour les femmes. Il s'intéresse ensuite aux perceptions et aux informations disponibles au sujet de la pratique de l'excision, en analysant les éléments clés des MGF/E, ainsi que les perceptions des communautés quant à sa perpétuation dans les contextes d'étude. Enfin, il décrit les perspectives et les attitudes des décideurs et autres acteurs importants qui ont une influence dans la prise de décision concernant les MGF/E.

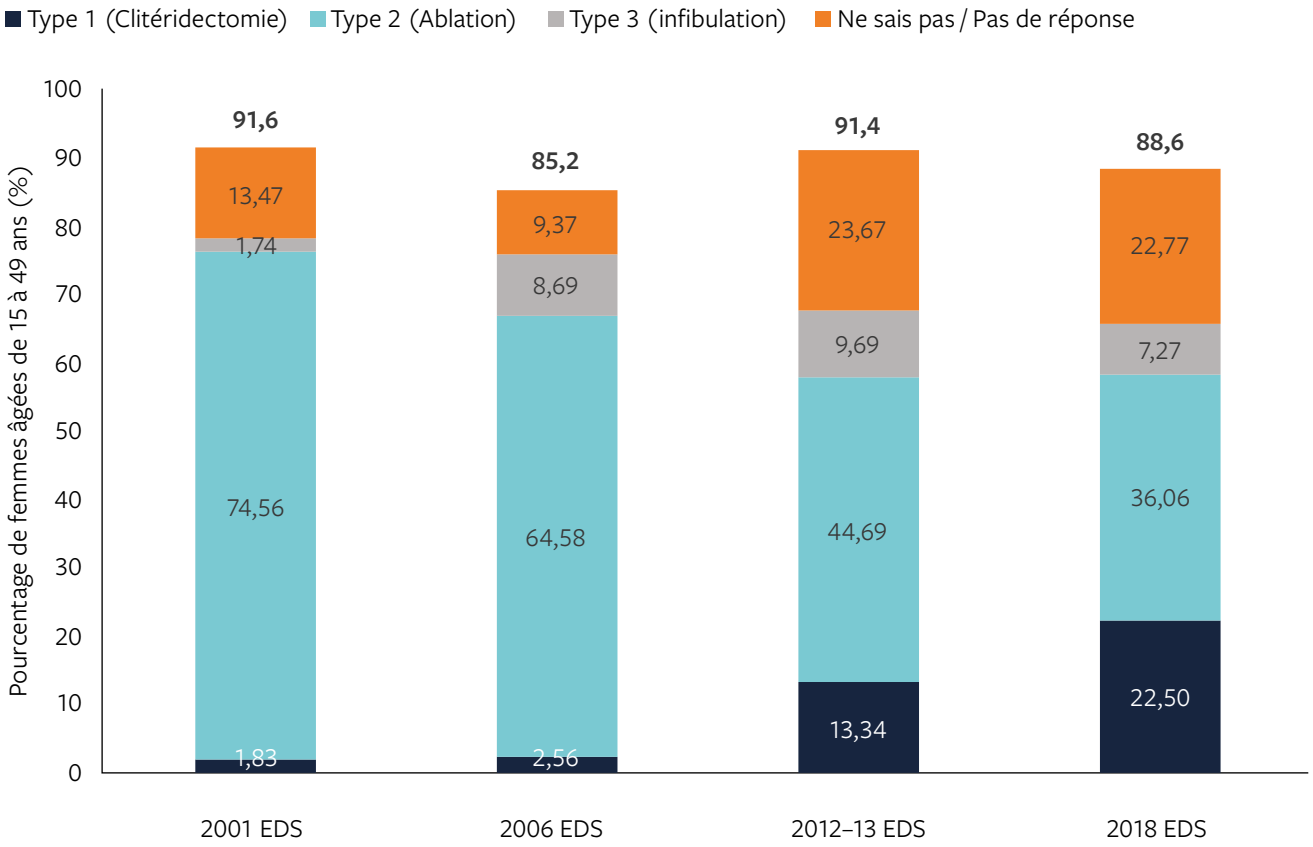
4.1 Aperçu et tendances concernant les MGF/E

Dans le but d'organiser la présentation de notre étude sur les MGF/E au Mali, nous analysons d'abord sa prévalence au cours de deux décennies environ (2001-2018) à l'aide du compilateur statistique de l'EDS (ICF, 2022) pour ensuite proposer notre propre analyse des données de l'EDS pour l'année 2018, afin de mieux comprendre la corrélation entre l'excision et un ensemble d'effets et de conséquences sur les conditions des femmes (voir section 2.1.1, tableau 3).

4.1.1 Tendances à long terme des MGF/E

Depuis 2001, les taux de MGF/E sont restés uniformément élevés. L'EDS estimait la prévalence à 92 % chez les femmes âgées de 15 à 49 ans en 2001, et à 89 % en 2018 (EDS 2018). On constate tout de même une certaine diminution de la gravité des excisions au cours des deux décennies, notamment une augmentation de la proportion de femmes déclarant une excision de type 1 (de 21 points de pourcentage) et une diminution de la proportion de femmes déclarant une excision de type 2 (38,5 points de pourcentage), dans le contexte d'une légère augmentation de la proportion de femmes déclarant une excision de type 3 (5,5 points de pourcentage) (figure 1). Il convient ici de rappeler les changements dans la formulation des questions de l'EDS au fil du temps (abordée dans la section 2.1.1), ainsi que la proportion considérable de femmes ne connaissant pas ou ne souhaitant pas déclarer le type de MGF/E qu'elles avaient subi. Il est donc difficile de déterminer dans quelle mesure le déclin apparent et les changements de types de MGF/E sont liés à une erreur de mesure. En 2018, on estimait que 22,5 % des femmes avaient subi une MGF/E de type 1, 36 % de type 2 et 7 % de type 3. Par ailleurs, 23 % des femmes déclaraient qu'elles avaient été excisées sans pour autant préciser le type d'excision.

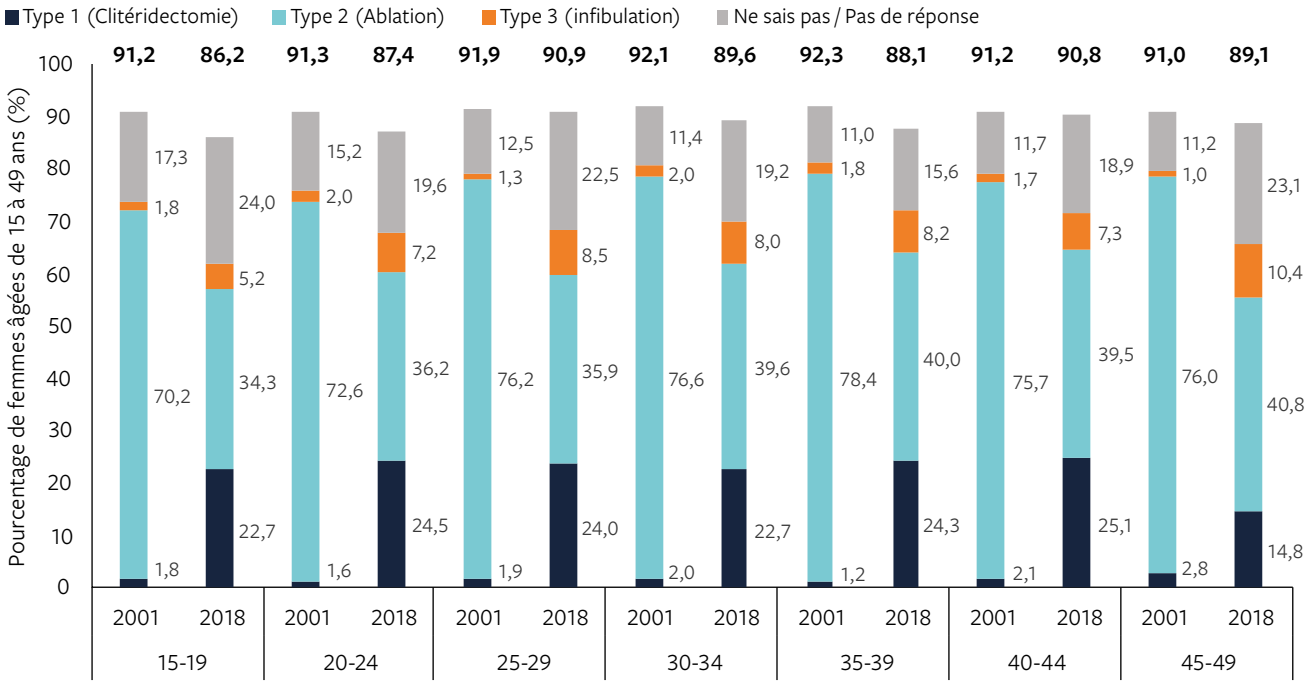
Figure 1 Tendances de la prévalence des MGF/E au Mali dans leur ensemble et par type, 2001-2018



Des profils semblables se dessinent lorsqu'on analyse les tendances par groupe d'âge, par région et par zone urbaine / rurale. Si les données indiquent une continuité substantielle de la pratique dans toutes ces catégories, la gravité de l'intervention a diminué à différents degrés. Par exemple, entre 2001 et 2018, la proportion de femmes déclarant une excision de type 1 a augmenté de 20 points de pourcentage dans tous les groupes d'âge, à l'exception du groupe des 45-49 ans (pour lequel elle a augmenté de 12 points de pourcentage). Toutefois, la proportion de femmes déclarant une excision de type 3 a légèrement augmenté dans tous les groupes d'âge, avec une fourchette comprise entre 3 (15-19 ans) et 12 points de pourcentage (45-49 ans). En 2018, la proportion de femmes déclarant une excision de type 1 oscillait entre 15 % (45-49 ans) et 25 % (40-44 ans).

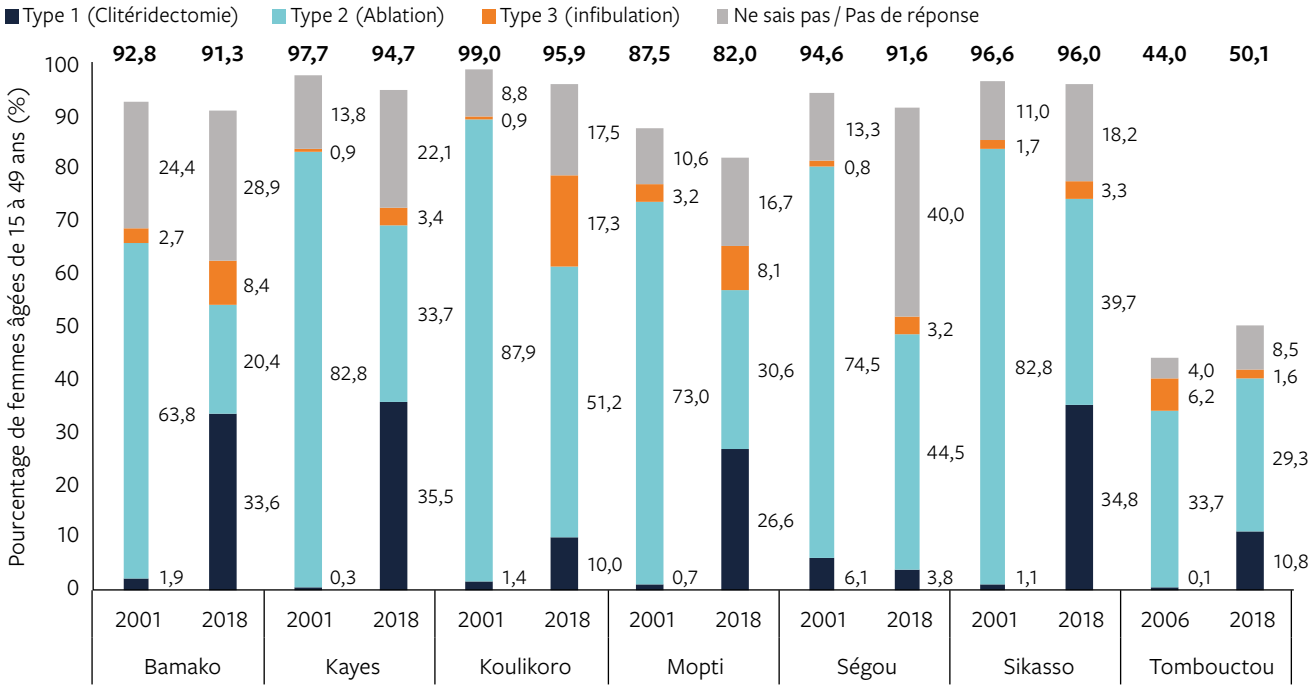
Les taux de MGF/E en 2001 et en 2018 se situaient entre 86 % et 91 % dans toutes les régions (figure 3). En dehors de Ségou, la prévalence de l'excision de type 1 semble avoir augmenté depuis 2001, de plus de 30 points de pourcentage à Kayes, Sikasso et Bamako. Dans le même temps, la prévalence de l'excision de type 3 semble avoir augmenté dans une bien moindre mesure, mais jusqu'à 16 points de pourcentage à Koulikoro. En 2018, la proportion de femmes déclarant avoir subi une excision de type 1 variait de 4 % à Ségou à plus de 30 % à Kayes, Sikasso et Bamako.

Figure 2 Tendances de la prévalence des MGF au Mali par groupe d'âge et par type, 2001 et 2018



Source : ICF, 2022

Figure 3 Tendances de la prévalence des MGF/E au Mali par région et par type, 2001 et 2018

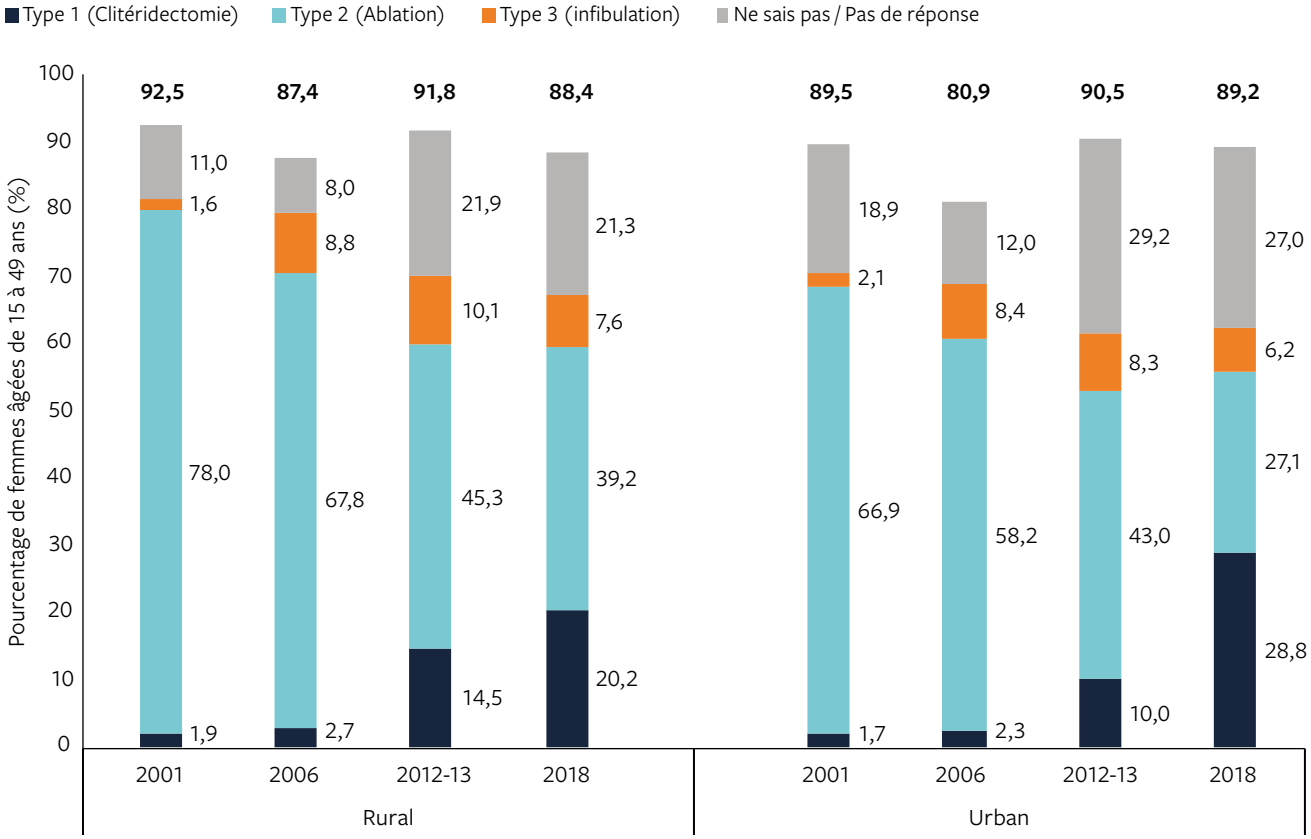


Source : ICF, 2022

* Note : en ce qui concerne Tombouctou, il manque deux vagues d'enquête et les données de 2018 ne sont représentatives que pour la ville de Tombouctou. De fait, pour des raisons de sécurité, les entretiens n'ont pu être menés dans les zones rurales.

En conclusion, les différences entre le milieu rural et urbain quant à la prévalence des MGF/E sur les deux décennies sont faibles, de même que les changements (figure 4). Toutefois, si l'on compare les années 2001 et 2018, on constate à nouveau une forte augmentation apparente de l'excision de type 1 (18 points de pourcentage en zone rurale, 27 points en zone urbaine), accompagnée d'une augmentation beaucoup plus faible de l'excision de type 3 (10 points de pourcentage en zone rurale, 8 points de pourcentage en zone urbaine). En 2018, les formes moins graves de MGF/E (sans ablation de chair) étaient plus répandues dans les milieux urbains que dans les milieux ruraux, à hauteur de 10 points de pourcentage.

Figure 4 Tendances de la prévalence des MGF au Mali par milieu rural / urbain et par type, 2001-2018



Source : ICF, 2022

4.1.2 Effets à long terme des MGF/E sur les femmes

À l'aide des données de l'EDS (2018), nous avons analysé la corrélation entre l'un des types de MGF/E imposé à une femme et les différences en matière d'éducation, de travail non rémunéré, de marge de manœuvre, d'attitudes à l'égard de la violence conjugale, de santé infantile et de santé sexuelle et reproductive chez les femmes âgées de 15 à 49 ans (tableau 8, ainsi que tableau A.5.a de l'annexe). Nous avons constaté une corrélation négative avec le nombre d'années d'étude (faible), et des liens positifs avec le fait d'avoir un emploi rémunéré, l'acceptation de la violence conjugale et la mortalité infantile (faible) (encadré 1).
Le fait d'être excisée ne présente pas de lien statistiquement significatif avec la capacité à prendre des décisions au sein du ménage, ni avec la santé sexuelle et reproductive (ni encore avec le nombre de partenaires sexuels déclarés par une femme ou son âge au moment du mariage).

Tableau 8 Synthèse des résultats de la régression concernant les effets de l'excision sur différents aspects de la vie des femmes

Acceptation des violences à l'égard des femmes	+
Travail rémunéré	+
Nombre d'enfants décédés	+
Nombre d'années d'études	-
Capacité à prendre au moins une décision au sein du ménage	
Âge au moment du mariage / de la cohabitation	
Nombre de partenaires sexuels	

Note : les indicateurs en vert indiquent une corrélation positive avec la variable dépendante qui est statistiquement significative au moins au niveau de 5 % (le ton plus foncé et le nombre de symboles s'associent à une plus forte corrélation). Les indicateurs en jaune sont statistiquement significatifs lorsqu'un symbole positif ou négatif est présent, mais seulement au niveau de 10 %. Les indicateurs en jaune sans symbole ne sont pas statistiquement significatifs.

Encadré 1 Résultats de la régression concernant les effets de l'excision sur différents aspects de la vie des femmes

Éducation. On constate une corrélation négative entre l'excision de la femme et le nombre d'années d'études qu'elle suivra, d'environ un semestre en moyenne, bien que la différence ne soit statistiquement significative qu'au niveau de 10 %. Malheureusement, cette analyse ne permet pas de déterminer si ces facteurs sont liés de manière causale ou s'ils sont simultanément déterminés par une variable non observée, telle que les normes parentales ou familiales.

Travail (non rémunéré). Les femmes excisées ont une probabilité de 16 points de pourcentage plus élevée de travailler. Le coefficient R-carré est relativement faible - le modèle explique seulement environ 10 % de la variation de la variable de résultat.

Encadré 1 Résultats de la régression concernant les effets de l'excision sur différents aspects de la vie des femmes (suite)

Marge de manœuvre. L'excision d'une femme n'a pas d'effet statistiquement significatif sur la capacité à prendre des décisions importantes (concernant la santé, l'achat de biens de grande valeur ou les visites familiales), que ce soit avec son partenaire ou individuellement. Par ailleurs, on constate une corrélation positive entre l'excision et l'opinion justifiant qu'un mari batte sa femme. De fait, une femme excisée a une probabilité de 7 points de pourcentage supérieure de trouver acceptable le châtiment d'une femme pour au moins une raison (statistiquement significatif au niveau de 5 %). Ce résultat montre que les femmes excisées acceptent davantage la violence à l'égard des femmes dans leur vie quotidienne, probablement en raison de normes plus conservatrices.

Mortalité infantile. On constate une très faible corrélation entre l'excision et la mortalité infantile. L'excision d'une femme est associée à une augmentation de 0,1 % par enfant des décès d'enfants au cours de la vie d'une femme, bien que l'effet ne soit statistiquement significatif qu'au niveau de 10 %.

Nombre de partenaires et âge au moment du mariage. Le nombre de partenaires sexuels déclarés par une femme et son âge au moment du mariage ne présentent pas de corrélation statistiquement significative avec l'excision.

Pour des raisons de robustesse des données, nous avons recalculé le même modèle avec toutes les femmes faisant partie de l'échantillon des EDS et confirmant ou non qu'elles ont subi des MGF/E. Ce modèle pourrait sous-estimer l'incidence des MGF/E en raison de l'absence de réponse. Cela montre que l'excision en soi ne semble pas avoir d'incidence statistiquement significative sur l'émancipation des femmes (années d'études, travail, marge de manœuvre, mortalité infantile), ni sur le comportement sexuel (âge au moment du mariage, nombre de partenaires sexuels).

4.2 Perceptions et connaissances concernant les MGF/E

4.2.1 Éléments clés dans la pratique des MGF/E : changements et continuité

Dans tous les contextes, les participants à la recherche qualitative affirmaient que les MGF/E étaient pratiquées dans une certaine mesure dans leurs communautés, ce qui confirme les données de l'EDS montrant une continuité substantielle de la pratique (figure 2 ci-dessus, section 4.1.1). Deux filles seulement (sur 30) n'avaient pas subi d'excision : une fille de 14 ans de Bamako ayant déclaré que son groupe ethnique (Minianka) ne pratiquait pas les MGF/E, et une fille de 15 ans de Dioila à Koulikoro indiquant que sa famille ne pratiquait pas les MGF/E. La façon dont les MGF/E sont pratiquées, les personnes qui les effectuent, la cérémonie et les rituels qui y sont associés ont changé au cours des dernières années (encadré 2). Lorsqu'elles ont été interrogées, plusieurs personnes n'ont pas su identifier le moment précis où ont commencé les changements dans la pratique. Certaines évoquaient les 5 à 20 années précédant leur propre excision.

Encadré 2 Changements concernant les MGF /E : méthode, exécutants, cérémonie et fête

Les participants à l'étude signalaient des changements importants, notamment au niveau de la méthode ou du type d'excision. Dans le passé, la plupart des exciseuses enlevaient la totalité du gland clitoridien. À Dioila cependant, les grands-mères indiquaient le contraire. Dans le passé, seule une petite partie du clitoris était excisée, contrairement à aujourd'hui où la procédure est plus agressive. Dans toutes les régions, les MGF/E étaient pratiquées exclusivement par des exciseuses traditionnelles appartenant à la caste des forgerons. À Bamako, une ancienne exciseuse traditionnelle indiquait que seules les femmes appartenant aux familles ou aux clans Fané, Ballo, Kanté et Soumaoro étaient autorisées à pratiquer les MGF/E. La pratique était en revanche interdite aux femmes du clan Doumbia. Les exciseuses traditionnelles utilisaient plusieurs outils. Dans le passé, les « forgerons » fabriquaient un type de couteau destiné aux exciseuses, lesquelles utilisaient parfois le même couteau pour exciser plusieurs filles.

Les mères et les grands-mères avaient été excisées entre huit ans et la fin de la puberté. Une participante de 60 ans confirmait qu'elle avait été excisée quand sa poitrine commençait à se développer. Cela respectait, selon elle, « la véritable pratique des MGF/E », contrairement à la situation actuelle où les filles sont excisées à un plus jeune âge. D'autres grands-mères avaient été excisées juste avant leur mariage, certaines lorsqu'elles avaient entre 18 et 20 ans.

D'après les femmes interrogées, les filles étaient auparavant excisées en groupes (entre 10 et 20 filles). Un voyant fixait le jour de l'excision, le moment de la journée où elle devait être effectuée (généralement tôt le matin avant le lever du soleil), pendant la saison froide ou la saison des pluies. Plusieurs informateurs principaux indiquaient que la pratique des MGF/E se poursuivait pendant cette saison afin de faciliter la cicatrisation de la blessure, et était suivie d'une cérémonie, comme le décrivait une ancienne exciseuse de Bamako.

> Le nombre de filles à exciser atteignait parfois 10 ou 15. Une fois sur place, on [les exciseuses] se lavait avec nos médicaments traditionnels, pour chasser les mauvais esprits des environs. Ensuite, ils [les membres de la communauté] nous montraient l'endroit où l'acte devait avoir lieu. Cela pouvait être dans la maison ou dans les toilettes. Au premier chant du coq, les exciseuses se réveillaient pour commencer l'excision... Mais quand le soleil se levait et atteignait un certain niveau à l'horizon, on arrêtait l'opération car le sang circule vite. On reprenait le lendemain au petit matin pour éviter les hémorragies.

Une célébration était organisée en même temps pour toutes les filles, qui revêtaient différentes tenues avant et après l'excision, notamment « le pogo », un morceau de tissu en coton que la fille porte avant l'excision. Après leur excision, les filles devenaient des « solima » (excisées) et, dans l'après-midi, elles menaient une danse traditionnelle, la « tèguèrè toulon », pour célébrer le fait d'être devenues femmes. Cette cérémonie informait les gens du village de l'excision des jeunes filles.

Concernant les changements et la perpétuation des MGF/E dans leur famille et leur communauté, les personnes interrogées exprimaient les opinions suivantes.

Âge de l'excision. Aujourd'hui, les filles sont excisées à un plus jeune âge que leurs mères ou leurs grands-mères, ce que confirme l'analyse quantitative (EDS, 2018 ; UNICEF 2022). Certaines filles sont excisées entre quelques jours (de 2 à 40 jours) et trois mois après la naissance, selon les déclarations des mères ou de leurs proches. D'après les femmes de la famille et les informateurs principaux de Kolokani et de Sikasso, les filles étaient excisées juste après leur baptême[14]. Dans l'ensemble, l'excision des filles à un très jeune âge est perçue comme une pratique positive qui réduit ses éventuelles complications et ses conséquences néfastes sur la santé. La plupart des adolescentes ne se souvenaient pas du moment de leur excision, mais indiquaient avoir été excisées dans leur enfance. Certaines filles avaient une idée assez vague de la date de leur excision, allant de moins d'une semaine après leur naissance jusqu'à l'âge de 9 ans. Les adolescentes les plus jeunes (moins de 15 ans) étaient plus nombreuses à se rappeler avoir été excisées à un jeune âge. Certaines adolescentes n'avaient aucune idée de la date à laquelle elles avaient été excisées et indiquaient que personne ne leur en avait parlé.

Outils utilisés et excision individuelle ou collective. Les outils (couteaux ou lames) utilisés pour exciser les filles sont désinfectés avec de l'alcool médicinal d'une excision à l'autre. Cette pratique est perçue comme positive et plus conforme aux pratiques de santé modernes, par rapport aux pratiques en vigueur à l'époque de leurs mères et grands-mères. À l'époque, un seul couteau était utilisé pour exciser plusieurs filles, sans qu'il ne soit nécessairement désinfecté d'une excision à l'autre (encadré 2). Seulement quelques personnes interrogées affirmaient que les filles étaient excisées avec le même couteau. La plupart déclaraient que les filles étaient principalement excisées à l'aide de lames de rasoir. De nombreuses adolescentes indiquaient que l'excision se déroulait en petits groupes (mais chacune était opérée individuellement). D'autres déclaraient avoir été excisées individuellement.

Type d'excision. Plusieurs adolescentes ne savaient pas quel type d'excision elles avaient subi ni ne connaissaient celui habituellement pratiqué dans leur famille ou leur communauté. Les adolescentes les plus jeunes (moins de 15 ans) indiquaient ne pas connaître les différents types d'excision. Les adolescentes plus âgées, en particulier celles de 19 ans, étaient davantage susceptibles de connaître le type d'excision qu'elles avaient subi ou celui généralement pratiqué par leur famille ou leur communauté. Les filles de Sikasso, Bamako et Dioila (où la pratique implique l'excision d'une partie du gland clitoridien) indiquaient que leurs communautés pratiquaient l'excision de type 1. Ce témoignage corrobore l'analyse quantitative, qui indique une augmentation de l'excision de type 1 entre 2001 (2 % des femmes de 15 à 49 ans) et 2018 (22,5 %) (figure 1 ci-dessus, section 4.1.1). À Ségou et Kayes, les filles indiquaient que leur communauté pratiquait l'ablation partielle ou totale du gland clitoridien et des petites lèvres (type 2). Des éléments indiquent que certains adultes considèrent le type 1 comme étant moins nocif que les autres types d'excision, car il implique une moindre incision, ce qui pourrait également expliquer sa perpétuation.

14 Dans les familles qui pratiquent la religion traditionnelle ou l'islam, le baptême des nouveau-nés a lieu sept jours après la naissance, à la maison ou à la mosquée, où les chefs religieux (imams) donnent un nom au bébé. Après le baptême, certaines familles organisent l'excision des petites filles.

> Chez nous ici, couper l'extrémité [du clitoris] n'est pas un problème. Mais en couper une grande partie engendre des problèmes (informatrice principale, cheffe, Dioila).

Soins et traitement après les MGF/E. Le traitement après la pratique des MGF/E varie selon les témoignages. Souvent, la plaie est traitée immédiatement après l'excision avec de l'alcool médicinal et des médicaments traditionnels que les personnes interrogées (adolescentes et grands-mères) appellent « poudre noire ».

> Les produits de cicatrisation sont distribués par l'exciseuse : du beurre mélangé à un produit traditionnel, une poudre noire. Ce mélange est utilisé après avoir nettoyé la plaie (FGD avec des grands-mères à Kolokani).

Cette poudre est appliquée sur la plaie après chaque lavage, jusqu'à cicatrisation complète de la plaie. Quelques personnes interrogées à Dioila indiquaient que l'alcool médicinal et les médicaments traditionnels étaient utilisés. À Ségou, une fille expliquait que l'exciseuse traditionnelle n'utilisait pas de médicaments, mais leur demandait de trouver du gras de lait de vache (*naarè*) pour l'appliquer sur la plaie. Les anciennes exciseuses traditionnelles conseillaient de réciter des formules magiques (religieuses) en cas d'hémorragie ou de douleur intense.

Les soins suivant l'excision étaient généralement dispensés par la femme ayant accompagné la fille pour l'excision. Ce rôle est généralement assuré par les femmes les plus âgées de la famille (la grand-mère ou la tante paternelle) ou les mères, jusqu'à ce que la fille soit guérie.

> À ce moment-là, j'étais chez ma tante, elle s'occupait de tout. Elle m'a lavée et a soigné ma blessure. Ma mère est venue me rendre visite. Je suis rentrée à la maison après ma cicatrisation (adolescente, 16 ans, Bamako).

D'autres filles rentraient chez elles immédiatement après leur excision pour être prises en charge par leur mère.

Les décideurs. C'est la grand-mère paternelle qui décide de l'excision d'une fille. Les tantes paternelles sont chargées des préparatifs en amont des MGF/E. Cependant, la décision n'est pas prise de manière individuelle et d'autres acteurs y contribuent, ont une influence et / ou soutiennent les grands-mères (voir section 4.3).

Les exécutants des MGF/E. L'excision est souvent pratiquée par des exciseuses traditionnelles (voir section 4.3). Toutefois, des exciseuses appartenant à d'autres ethnies (les participants n'ont pas mentionné lesquelles), sans connaissances ni expérience, sont récemment devenues populaires. Certains participants à l'étude évoquaient également le rôle récent des professionnels de santé en tant qu'exécutants de l'excision (surtout à Bamako). Certaines des personnes interrogées sont favorables à ce changement car les professionnels de santé sont perçus comme étant plus compétents que certaines exciseuses. D'autres considèrent toutefois ce changement comme négatif car les professionnels de santé n'ont pas les connaissances traditionnelles pour exciser une fille comme il se doit.

> Dans le passé, il y avait moins de problèmes parce que les exciseuses traditionnelles connaissent les médicaments. Aujourd'hui, les professionnels de santé s'impliquent (FCS, mère, 50 ans, Bamako)

> L'excision n'était pas une activité pour les professionnels de santé. Elle nous était réservée à nous, membres de la caste des forgerons. Ce changement a une influence sur la pratique de l'excision et nous pousse à parler des conséquences. Maintenant, les professionnels de santé font une incision sur le clitoris... Je comprends que pour eux, tout tourne autour du « démon de l'argent » (informatrice principale, ancienne exciseuse traditionnelle, Bamako).

À Ségou, un informateur principal (enseignant) indiquait que le personnel de santé ne pratiquait plus les MGF/E parce que « la loi l'interdit » (faisant probablement référence à la circulaire de 1999 qui n'autorise plus les établissements de santé à pratiquer les MGF/E). Il regrettait que, désormais, des exciseuses sans connaissances ni expérience pratiquent les MGF/E pour gagner de l'argent. D'après une adolescente de Kolokani, les filles subissent deux MGF/E, effectuées par des personnes différentes, sans pour autant en expliquer les raisons.

> Personne interrogée n° 6 : les professionnels de santé la pratiquent une première fois. Ensuite, ce sont les parents et les proches de la fille qui l'emmènent chez une exciseuse de la caste des forgerons [femme locale qui réalise l'excision] pour la deuxième excision de la même fille (FGD - discussion avec des adolescentes à Kolokani).

Lieux de réalisation des MGF/E. La plupart des excisions sont effectuées au domicile de l'exciseuse traditionnelle ou dans la maison familiale. Quel que soit l'endroit, les personnes interrogées indiquaient que l'excision a généralement lieu dans les toilettes. Les excisions peuvent aussi être effectuées dans un centre de santé, à l'hôpital ou à la résidence du chef. Quelques participants à l'étude évoquaient des lieux moins communs. Par exemple, une fille à Sikasso déclarait que son excision avait eu lieu près d'une rivière. Certaines filles sont emmenées en dehors de leur village pour leur excision, par exemple dans des forêts avec de grands arbres pour éviter le mauvais œil qui pourrait causer la mort des filles récemment excisées.

Cérémonie et fêtes. La plupart des personnes interrogées indiquaient qu'aucune cérémonie n'avait lieu pendant la pratique des MGF/E, car l'excision était effectuée individuellement ou, comme l'indiquaient des informateurs principaux, « en secret » en raison d'une sensibilisation accrue aux conséquences négatives des MGF/E ou de la prise de conscience de la loi interdisant cette pratique. Quelques personnes interrogées décrivaient le déroulement de la cérémonie, qui comprenait la préparation d'une « crème à boire » (avec du millet, des haricots et d'autres ingrédients) pour les invités en honneur de la jeune fille. Parmi les raisons citées pour justifier l'absence de cérémonie, étaient cités le souci d'éviter les moqueries, « l'évolution du monde et des anciennes pratiques » ou le contexte de « monde moderne ». Cependant, ces changements sont perçus avec ambivalence. Certains participants, en particulier les mères, faisaient remarquer que la pratique a maintenant « vraiment diminué » ou n'a « plus aucun sens » à partir du moment où les valeurs traditionnelles ne sont désormais plus transmises.

Une petite minorité de filles indiquait qu'après leur excision, de petites réunions de famille étaient organisées. D'autres filles (à Dioila et Bamako) parlaient d'une fête de village pour les filles excisées au même moment.

> On prépare beaucoup de nourriture et on joue de la musique. Les femmes applaudissent et dansent, surtout dans les familles où plusieurs filles ont été excisées le même jour (adolescente, 16 ans, Bamako).

Quelques filles indiquaient recevoir des récompenses après leur excision, notamment de nouveaux vêtements et de la bonne nourriture. La famille de la fille recevait également parfois des cadeaux de la part de parents et amis. En revanche, d'autres filles indiquaient qu'il n'y avait pas eu de célébration ou qu'elles ne savaient pas s'il y en avait eu une. De même, certaines filles signalaient que seules les circoncisions des garçons étaient célébrées avec des tambours, des danses et des cadeaux, notamment une cuisse de chèvre. En revanche, les filles ne recevaient aucun cadeau et rentraient chez elles après l'excision. Si l'excision n'est pas toujours célébrée, la plupart des personnes interrogées indiquaient que l'information relative à cette pratique sur une fille se répandait dans la communauté de bouche-à-oreille immédiatement après la procédure.

Sources et type d'informations reçues sur les MGF/E. La plupart des personnes interrogées indiquaient que ce sujet est encore tabou et que les femmes pouvaient ressentir de la « honte » lorsqu'elles abordaient le sujet avec leur mari ou leurs aînés. Néanmoins, les informations sur les MGF/E circulent régulièrement par différents canaux. La plupart des adolescentes affirmaient avoir obtenu des informations (en faveur ou contre les MGF/E) principalement à la maison, de la part des femmes de la famille. À la maison, les filles obtiennent des informations sur les MGF/E (leur importance et leur utilité) le plus souvent de leur grand-mère ou leur mère, et parfois d'une sœur aînée. Cependant, certaines filles et d'autres personnes interrogées (mères, frères) indiquaient que les nouvelles mères ne recevaient aucune information à la maison (au-delà des conseils sur la cicatrisation après les MGF/E) car elles savaient déjà que leur fille serait excisée le moment venu. D'autres obtenaient des informations lors de rencontres communautaires. Par exemple, à Kayes, les garçons indiquaient que les aînés partageaient des informations sur les MGF/E lors de discussions individuelles ou communautaires. À Kolokani, une fille affirmait que les informations sur les MGF/E étaient diffusées lors des baptêmes.

Des informations sont également diffusées dans le cadre d'actions visant à lutter contre les MGF/E, en particulier par l'intermédiaire de la radio et de programmes mis en œuvre par des ONG (voir chapitre 6). Les sources d'information moins citées sont les amis et l'école. Les filles de Dioila et Kolokani indiquaient ne pas avoir reçu d'informations de la part de leurs amies concernant les avantages de la pratique des MGF/E, par exemple l'amoindrissement des douleurs menstruelles et le contrôle du désir sexuel.

Covid-19. La plupart des personnes interrogées n'indiquaient aucun changement en ce qui concerne la pratique des MGF/E durant la pandémie de Covid-19. Certaines de ces personnes doutaient même de l'existence de la Covid-19. D'autres précisaient que les familles avaient continué à exciser leurs filles indépendamment de la Covid-19. Seul un professionnel de santé de Dioila constatait une diminution du nombre de personnes venant des grandes villes pour emmener leurs filles au village pour une excision. Toutefois, les informateurs principaux exprimaient des opinions différentes concernant la continuité des activités menées par les ONG. Les partenaires de mise en œuvre à Dioila et Kayes déclaraient qu'au début de la Covid-19, leurs activités de sensibilisation avaient été suspendues pendant

des mois afin de respecter les restrictions relatives aux rassemblements publics imposées par le gouvernement. La radio était devenue le principal outil de diffusion de l'information, les activités de groupe étant limitées ou interdites. D'autres informateurs principaux à Bamako et Sikasso ajoutaient que les activités de sensibilisation s'étaient poursuivies en prenant des mesures telles que la distribution de désinfectant pour les mains et de masques. Un informateur principal à Sikasso indiquait que les ONG avaient même profité de la poursuite des activités de sensibilisation sur les MGF/E pour parler de la Covid-19

4.2.2 Opinions sur la perpétuation des MGF/E dans les contextes de l'étude

Notre analyse des données de l'EDS (2018) montre que l'appartenance régionale a une incidence sur le statut des filles en matière de MGF/E. La probabilité que les filles soient excisées est beaucoup plus faible dans toutes les régions sauf celle de Kayes, tandis que dans l'échantillon de l'EDS, aucune fille âgée de 0 à 4 ans n'avait été excisée à Gao ou Kidal[15]. L'effet de la résidence en milieu urbain / rural est moins clair. Dans les zones rurales, les filles âgées de 0 à 4 ans ont environ 11 points de pourcentage de moins de risque d'être excisées, mais ce résultat perd de sa signification statistique une fois que les effets de pairs sont introduits dans le modèle. Ces résultats diffèrent de ceux de Bellemare et al. (2015), qui constatent que la plupart des variations dans le nombre de filles excisées apparaissaient au niveau du ménage.

Les participants à l'étude qualitative exprimaient des opinions très contrastées quant à la perpétuation de la pratique des MGF/E dans leurs régions et lieux de résidence. Ceci signifie que la pratique existe probablement encore, même si certaines personnes interrogées prétendent le contraire, ou bien que beaucoup de personnes continuent de soutenir les MGF/E tout en affirmant l'avoir abandonnée parce que leur communauté s'y opposait. Cela pourrait renforcer l'idée selon laquelle la pression des pairs peut entraîner l'abandon des MGF/E, comme le démontraient d'autres études (Shaw et al., 2020 ; Shell-Duncan et al., 2010) (voir également nos conclusions sur les effets de pairs dans la section 5.1 Éléments et facteurs favorisant la perpétuation des MGF/E).

Ces perceptions contrastées montrent aussi que certaines normes sont « tenaces », évoluent lentement et pas forcément au même rythme (Harper et al., 2020), étant donné que les processus de changement de normes sont rarement linéaires (Marcus et al., 2015). De plus, les données montrent que le rythme auquel les normes de genre évoluent est généralement inégal et souvent déterminé par les spécificités du contexte (Marcus et Harper, 2015), par exemple l'accès à l'éducation ou aux médias, le degré d'exposition aux ONG, les programmes gouvernementaux ou la présence de personnalités locales respectées s'exprimant contre les MGF/E. Les personnes interrogées affirmant que leurs communautés pratiquaient peu ou avaient abandonné les MGF/E indiquaient que le changement s'était produit au cours des 5 à 10 dernières années, principalement grâce aux activités de sensibilisation et aux programmes visant à remettre en question la pratique. Le tableau 9 résume l'idée que se font les participants de la perpétuation des MGF/E en fonction de leurs perceptions des opinions et des actions des autres personnes de leur communauté.

15 Les régions du nord, en particulier Kidal et Gao, sont majoritairement peuplées de Touaregs qui, traditionnellement, ne pratiquent pas les MGF/E (Orchid Project et 28toomany, 2022).

Tableau 9 Opinions des participants quant à la perpétuation des MGF/E dans leurs lieux de résidence

Localisation par cercle	Opinions quant à la perpétuation des MGF/E
Ségou	• Contrairement à l'analyse de l'EDS faisant état d'une forte diminution des MGF/E entre 2001 et 2018 (voir la figure 1 ci-dessus, section 4.1.1), les grands-mères affirmaient que tout le monde dans la communauté « est en faveur de l'excision » et que « les femmes âgées sont désireuses de poursuivre la pratique ». • Désaccords quant à la diminution des MGF/E.
Dioila	• Plusieurs participants estiment que les MGF/E ne se pratiquent plus (certains disent qu'elles ont été abandonnées il y a environ 3 ans), et que si elles sont pratiquées, elles sont rares ou ont lieu « en secret ». • Certains attribuaient ce déclin aux activités de sensibilisation de Tostan ayant abouti à un accord au sein des communautés afin d'abandonner la pratique (voir chapitre 6.1, approches et programmes de lutte contre les MGF/E dans les contextes d'étude). • Des informateurs principaux observaient que la stigmatisation des filles non excisées perdurait. Un représentant de Tostan indiquait également que les MGF/E n'avaient pas été totalement abandonnées.
Kolokani	• Perceptions divergentes quant à la perpétuation des MGF/E. • Les informateurs principaux déclaraient que les MGF/E étaient encore pratiquées, l'un d'entre eux ajoutant qu'elles l'étaient dans « toutes les familles ». • D'autres déclaraient que les MGF/E n'étaient plus pratiquées ou qu'elles n'étaient plus un sujet tabou entre maris et femmes. Une grand-mère indiquait que « cela fait longtemps que nous n'avons pas eu vent de l'excision d'une fille ». Une autre mère déclarait que « les temps changent » et que les MGF/E ne sont plus nécessaires.
Kayes	• Opinions largement partagées quant au fait que les MGF/E sont pratiquées par la majorité de la population, selon tous les participants à l'étude.
Sikasso	• Les personnes interrogées et les informateurs principaux tendaient à dire que les MGF/E étaient pratiquées par toutes les familles dans leur communauté. Une fille indiquait que « dans notre village, toutes les femmes sont excisées. Je ne connais aucune famille ici qui ne pratique pas les MGF/E ». • Certains déclaraient que les mères et les grands-mères encourageaient vivement la pratique des MGF/E. • Les grands-mères affirmaient que leurs belles-filles étaient « libres de parler de leurs inquiétudes » concernant les MGF/E si elles en avaient. • Les mères déclaraient que la population avait une opinion partagée au sujet de cette pratique.
Bamako	• Les opinions des personnes interrogées étaient divergentes. Certaines mères indiquaient que la pratique était en déclin, mais les adolescents soulignaient que les MGF/E étaient fréquentes et que les gens étaient généralement en faveur de leur perpétuation. • Un chef communautaire affirmait que les MGF/E avaient augmenté par rapport aux 20 dernières années, et que tout le monde tendait à les pratiquer, quelle que soit l'ethnie d'appartenance (à l'exception des Songhaïs, qui s'opposent à la pratique).

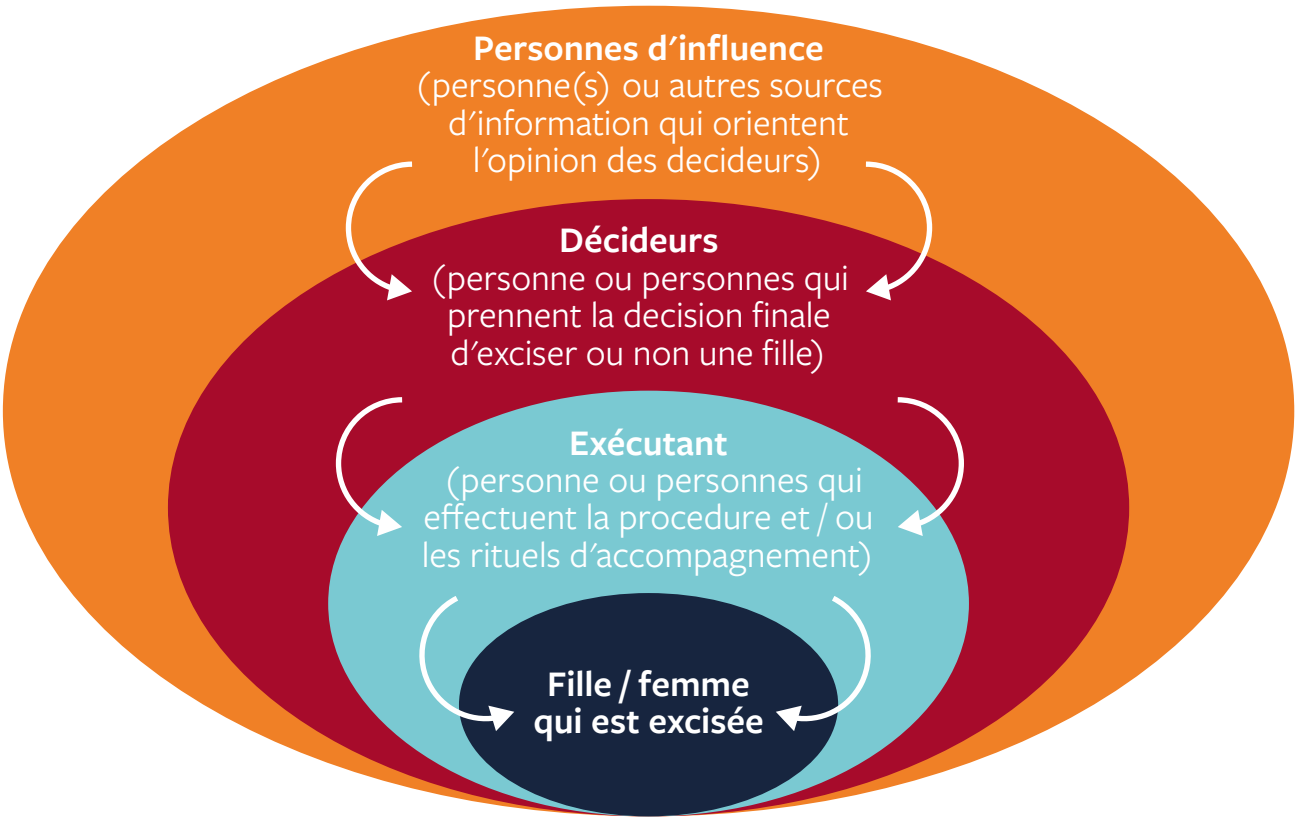
4.3 Les Décideurs et autres acteurs qui orientent les décisions et les attitudes concernant les MGF/E

Comme on le verra dans cette partie du rapport, dans le contexte malien, ce sont les grands-mères qui prennent la décision d'exciser une fille. Cependant, cette décision n'est pas prise de manière individuelle et une grande variété d'acteurs oriente et / ou soutient la grand-mère dans sa prise de décision. Newman et 28toomany (2019) (voir figure 5 ci-dessous) distinguent différents niveaux selon lesquels les membres d'une communauté donnée peuvent influencer la décision concernant l'excision et avoir une autorité sur celle-ci, notamment :

- La fille ou la femme qui est excisée
- L'exécutant, la ou les personnes qui effectuent la procédure (et les rituels d'accompagnement, le cas échéant)
- Les décideurs, c'est-à-dire les personnes à qui incombe la décision finale d'exciser ou non une fille
- Les personnes d'influence, souvent un groupe plus large d'acteurs sociaux, qui orientent l'opinion des décideurs quant aux MGF/E, mais aussi les valeurs plus générales concernant les rôles de chaque sexe et les croyances religieuses.

En ce qui concerne les MGF/E, les acteurs impliqués dans le processus de décision collective pour l'excision d'une fille n'ont pas tous le même poids sur le choix final (Newman et 28TooMany, 2019 : 39-40). De même, d'autres recherches

Figure 5 Acteurs importants impliqués dans la pratique des MGF/E



montrent qu'au sein d'un ménage, la prise de décision au sujet des MGF/E varie selon les régions (comme nous l'avons également montré dans la figure 3, section 4.1.1). Généralement, elle implique plus d'une personne, en particulier les mères, les pères et les grands-mères, chacun ayant différents degrés de pouvoir sur la décision (Alradie-Mohamed, 2020). Des études montrent que les individus disposent d'une certaine marge de manœuvre dans leurs choix (Cappa et al., 2020) et que le pouvoir de décision n'est pas figé et peut changer au fil du temps (Alradie-Mohamed, 2020). Cette partie du rapport aborde l'influence et l'autorité exercées par les différentes catégories et différents membres de la famille et de la communauté quant aux MGF/E, ainsi que leurs attitudes envers la pratique dans nos contextes d'étude. Le tableau 10 résume ces données.

Tableau 10 Décideurs et autres acteurs importants orientant le choix d'exciser et leurs attitudes envers la pratique

Décideurs et autres acteurs importants	Capacité et autorité dans la prise de décision	Attitudes envers les MGF/E
Les femmes âgées (grands-mères et tantes paternelles)	• Les femmes âgées (grands-mères paternelles) sont les principales décideuses, personnes d'influence et organisatrices de la logistique concernant les MGF/E. • Les tantes paternelles jouent un rôle important dans l'organisation des MGF/E.	• Attitudes divergentes : plusieurs grands-mères exprimaient leur désaccord envers la pratique, d'autres indiquaient qu'elles souhaitent la préserver.
Les mères (femmes en âge de procréer)	• Les mères indiquaient qu'elles n'avaient pas de pouvoir de décision concernant les MGF/E et qu'elles étaient supposées être « naturellement d'accord » avec les « femmes âgées » (généralement leurs belles-mères) et leurs maris. Toutefois, notre analyse des données de l'EDS révélait que les filles dont les mères sont défavorables aux MGF/E ont moins de risque (environ 20 points de pourcentage) d'être excisées que les filles dont les mères ont une autre opinion.	• Plusieurs mères déclaraient leur opposition à la poursuite de la pratique, d'autres y étaient favorables.
Adolescentes et jeunes femmes	• Les adolescentes et les jeunes femmes n'ont pas de pouvoir de décision en matière de MGF/E. • Les adolescentes mariées indiquaient que leur enfant appartenait à la famille paternelle.	• Si quelques filles dans l'ensemble des contextes d'étude déclaraient qu'elles souhaitaient que la pratique des MGF/E se poursuive, la plupart espéraient son abandon, en particulier celles vivant dans deux des cercles de la région de Koulikoro (Kolokani et Dioila).

Décideurs et autres acteurs importants	Capacité et autorité dans la prise de décision	Attitudes envers les MGF/E
Les hommes de la communauté	• Ce ne sont pas des décideurs, mais leur rôle consiste à fournir les ressources financières nécessaires à la réalisation des MGF/E, dont les coûts varient selon les informateurs principaux et les exciseuses traditionnelles (voir section sur les exciseuses traditionnelles ci-dessous). • À Ségou, les pères estiment qu'ils peuvent exprimer leur opinion, mais qu'ils respecteront les décisions des aînés de la famille si ces derniers sont favorables à la pratique des MGF/E. • Sikasso est la seule exception où les personnes interrogées indiquaient que le pouvoir de décision en matière de MGF/E revient aux hommes plus âgés.	• Les hommes adultes avaient des opinions différentes quant aux avantages des MGF/E. • La plupart des garçons adolescents ne souhaitaient pas que les MGF/E se perpétuent. • Certains garçons de Ségou indiquaient que les jeunes hommes scolarisés étaient généralement contre cette pratique.
Chefs religieux, autorités et chefs locaux	• Tous les acteurs de cette catégorie sont des hommes. • Si les chefs religieux ne sont pas des décideurs, ils exercent une grande influence sur les opinions de la communauté au sujet des MGF/E. • Les chefs traditionnels, en particulier les aînés et les chefs (chefs de village), exercent également une grande influence, certains chefs exprimant leurs opinions publiquement.	• Les chefs religieux chrétiens déclaraient s'opposer à cette pratique. Les imams musulmans, quant à eux, ont des opinions contrastées. • Les chefs locaux ont des attitudes diversifiées à l'égard des MGF/E, bien que certains d'entre eux considèrent, de même que d'autres chefs, qu'ils n'ont pas d'influence dans ce domaine.
Professionnels de santé	• Les personnes interrogées d'âges et de sexes différents, dans tous les contextes, constataient que les professionnels de la santé exercent une influence sur la pratique des MGF/E en raison de leurs connaissances dans le domaine de la santé. • Les sages-femmes peuvent orienter les décisions et sont constamment évoquées en raison de leurs connaissances sur les conséquences des MGF/E. • Le personnel de santé peut également pratiquer les MGF/E.	• Les professionnels de santé communiquent généralement des informations sur les conséquences sur la santé des MGF/E et s'opposent à la perpétuation de la pratique. • Personne ne déclarait avoir effectué des MGF/E ou avoir connaissance que des collègues l'ont pratiqué. • Certains considéraient que l'excision de type 1 est acceptable et ne présente aucun risque, ou que les établissements de santé sont mieux équipés pour pratiquer les MGF/E.
Exciseuses traditionnelles	• Elles ne jouent aucun rôle dans la prise de décision concernant les MGF/E, mais sont des exécutantes et exercent une influence en raison de leur position dans la société malienne. Les exciseuses traditionnelles peuvent être rémunérées entre 1 000 et 10 000 francs CFA par fille excisée (soit l'équivalent de 1,50 à 16 dollars américains) et reçoivent également des objets de valeur.	• Celles de notre échantillon déclaraient ne pas être favorables aux MGF/E et avoir abandonné cette pratique depuis des décennies en raison de ses conséquences sur la santé. Toutefois, après avoir été interrogées, certaines indiquaient être en faveur de la pratique.

Les femmes âgées (grands-mères et tantes paternelles)

Dans tous les contextes d'étude (à l'exception de Sikasso), les personnes interrogées affirmaient que ce sont les « femmes plus âgées » ou les aînées, en particulier les grands-mères paternelles, qui soutiennent, conseillent et prennent les décisions concernant les MGF/E.

> Personne interrogée n° 7 : cette situation n'est pas facile à gérer, car dans une famille, les personnes âgées, surtout les belles-mères, exercent une grande influence et décident donc de tout. Je pense que Mariam [personnage féminin de la vignette qui s'oppose à l'excision] a eu beaucoup de courage pour soulever la question avec sa belle-mère. Le dernier mot appartient à sa belle-mère, elle peut accepter ou refuser d'exciser sa petite-fille (FGD avec des mères à Ségou).

Certaines filles racontaient que leurs grands-mères paternelles et d'autres membres de la famille plus âgés, en particulier leurs tantes paternelles, les avaient emmenées chez les exciseuses traditionnelles, pendant que leurs mères restaient à la maison. Les filles expliquaient également qu'elles restaient chez leur grand-mère ou leur tante pour se rétablir. Ces résultats sont conformes à ceux de Gosellin (2000), lesquels montrent que les tantes paternelles organisaient souvent les MGF/E. Ainsi, dans une famille, les femmes âgées (ou grands-mères) sont les principales responsables de la prise de décision concernant l'excision. En effet, l'enfant est perçu comme appartenant à la lignée paternelle plutôt qu'à la lignée maternelle, et les grands-mères paternelles occupent la position la plus élevée dans la hiérarchie lorsqu'il s'agit de prendre des décisions concernant les enfants et la santé des femmes (Diagne, 2008 ; Gosselin, 2000 ; Konte, 2007).

Pour la plupart des Maliens (vivant dans des ménages multigénérationnels gérés par des hommes), remettre en question cette pratique revient à « défier l'autorité et la volonté d'un aîné (homme ou femme) à qui l'on doit obéissance et respect et avec lequel on est en contact quotidien. Ce défi peut entraîner l'expulsion de la communauté et l'isolement social, une situation qui, au Mali, et surtout pour les femmes, peut menacer la subsistance même de l'individu » (Gosselin, 2000 : 52). Néanmoins, les attitudes des grands-mères envers les MGF/E varient d'un contexte à l'autre. Plusieurs exprimaient leur désaccord, d'autres souhaitaient que cette pratique se perpétue. Cette dualité dans leurs attitudes était évidente dans les discussions de groupe (FGD).

> Personne interrogée n° 6 : les difficultés rencontrées par Mariam sont une parfaite illustration du danger de l'excision. Son cas devrait servir de leçon aux autres pour qu'ils abandonnent définitivement cette pratique.
>
> Personne interrogée n° 5 : il n'y a rien de mal dans la pratique de l'excision. En tant que native de cette localité, c'est un déshonneur pour moi de m'y opposer. Nos ancêtres et nos grands-parents la pratiquaient et nous devons la perpétuer (FGD avec des grands-mères à Ségou).

Les grands-mères défavorables aux MGF/E ont expliqué qu'elles ne souhaitaient pas que cette pratique se perpétue en raison de ses conséquences sur la santé des filles. Celles qui y étaient favorables associaient les MGF/E au respect des traditions, de l'identité et d'autres croyances culturelles (pour en savoir plus, voir le chapitre 5, « Éléments et facteurs… »). Une fille

de Dioila qui n'avait pas subi d'excision indiquait que dans sa famille, sa grand-mère discutait avec les autres femmes de l'excision et était d'avis que les MGF/E n'étaient pas « salutaires ». Elle ne connaissait pas précisément les raisons pour lesquelles l'excision était jugée mauvaise ni pourquoi elle n'avait pas été excisée. De plus, cela montre que, si les femmes plus âgées sont impliquées de manière sensible, elles peuvent changer leurs opinions et points de vue concernant les MGF/E et devenir de puissants moteurs de changement au service de l'abandon de la pratique (Shell-Duncan et al., 2018).

Mères (femmes en âge de procréer)

L'UNICEF (2013) indiquait que les mères (âgées de 15 à 49 ans) de 58 % des filles excisées étaient défavorables à la pratique. Cappa et al. (2020) (sur la base des données de l'EDS concernant 15 pays africains, y compris l'EDS 2013 du Mali) montrait que les MGF/E étaient plus répandues chez les filles dont les mères étaient favorables à la pratique, même si leurs pères s'y opposaient ou étaient indécis, par rapport aux filles dont le père était favorable à la pratique alors que la mère s'y opposait ou était indécise. Par exemple, au Mali, l'étude montrait que le plus grand pourcentage de filles ayant subi une MGF/E concernait celles dont les parents étaient tous deux en faveur de la perpétuation de la pratique (près de 78 % des filles). Ce pourcentage était très proche de celui observé chez les couples où seule la mère est favorable, et où le père était indécis ou souhaitait que les MGF/E soient abandonnées (74 %). Lorsque le père était défavorable aux MGF/E et que la mère y était favorable ou était indécise, la proportion de filles ayant subi une MGF/E était de 45 %. Cappa et al. (2020) indiquaient également que 16 % des filles dont les parents étaient tous deux en faveur de l'abandon de la pratique avaient néanmoins été excisées, probablement en raison de la pression exercée pour se conformer aux normes sociales de la communauté liées à l'excision.

Comme indiqué ci-dessus, notre analyse des données de l'EDS (2018) montre que la situation de la mère par rapport aux MGF/E est extrêmement importante. De fait, si la mère est excisée, la fille a plus de 37 à 51 points de pourcentage de probabilité d'être elle-même excisée. De plus, les filles dont les mères s'opposent à la pratique ont beaucoup moins de probabilité d'être excisées (d'environ 20 points de pourcentage). Les participants à notre étude soulignaient que les mères avaient une autorité limitée en matière de MGF/E. Diagne (2008) faisait la même constatation à Koulikoro, Sikasso, Ségou et Kayes, où les mères des filles et les filles elles-mêmes n'avaient aucun pouvoir de décision quant au choix d'être excisées ou non. Ce sont leurs aînées, en particulier les grands-mères paternelles, qui détenaient tout le pouvoir de décision. Dans notre échantillon, les personnes interrogées dans les différents contextes indiquaient que même si les mères étaient défavorables aux MGF/E, elles devaient respecter la décision de leur mari et de leur belle-famille.

> Personne interrogée n° 4 : dans notre communauté, si la belle-mère décide d'exciser sa petite-fille, la belle-fille n'a pas de choix. Très souvent, la belle-fille est tout simplement informée que sa belle-mère et sa propre mère ont pratiqué l'excision. Dans ce contexte, elle n'est pas en mesure d'interdire une pratique si ancienne (FGD avec des mères à Dioila).

Quelques mères indiquaient qu'elles pouvaient donner leur avis ou participer à l'organisation de l'excision, mais qu'il était difficile, voire inopportun, pour une belle-fille de s'opposer à l'excision de sa

propre fille une fois que la belle-famille avait décidé de procéder. Seule une mère à Dioila indiquait que sa belle-mère avait accepté de ne pas exciser sa fille. Pourtant, une fois rentrée au village, sa grand-mère avait effectué l'excision de sa petite-fille en secret. Quelques participants déclaraient que les mères ne prennent pas part à la procédure, laissant les grands-mères et les tantes le faire car il est trop douloureux pour elles d'y assister, surtout d'être physiquement présentes pendant l'excision.

Un cas exceptionnel a été observé à Ségou, où certaines grands-mères déclaraient que les mères participaient à la prise de décision et pouvaient sensibiliser leurs belles-mères et d'autres membres de la famille aux conséquences des MGF/E afin d'orienter la décision.

> Personne interrogée n° 3 : d'habitude, dans notre communauté, quand une fille atteint l'âge de l'excision, c'est sa grand-mère et sa mère qui décident ensemble de l'exciser. Elles peuvent aussi en informer les hommes. S'il est jugé que l'excision peut entraîner des conséquences néfastes, elles peuvent aussi décider ensemble de ne pas la faire (FGD avec des grands-mères à Ségou).

Comme dans le cas des grands-mères, plusieurs mères indiquaient ne pas être favorables à la pratique, d'autres y étaient favorables.

> Personne interrogée n° 2 : la sage-femme a plus de connaissances que nous, parce qu'elle travaille dans ce domaine. Je pense donc que si elle demande d'arrêter cette pratique, il faut l'écouter. Cela facilitera les choses pour elle et pour nous aussi (FGD avec des mères à Sikasso).

> Personne interrogée n° 1 : je ne suis pas d'accord avec Mariam ou la sage-femme. La pratique des MGF/E est une tradition. Nous avons été excisées et, à ma connaissance, nous n'avons pas eu de problèmes. Je suis d'accord avec Fatimata, la belle-mère. La pratique des MGF/E doit se poursuivre (FGD avec des mères à Kolokani).

Adolescentes et jeunes femmes

Dans plusieurs contextes, les opinions des adolescentes correspondent le plus souvent à celles de leur famille élargie et de leur communauté. Les adolescentes ne sont généralement pas considérées comme étant des personnes d'influence, des décideuses ou des exécutantes. Elles peuvent toutefois encourager leurs pairs à se soumettre aux MGF/E ou leur demander de la subir afin de mieux s'intégrer dans la société (Newman et 28toomany, 2019). Les jeunes femmes de notre échantillon confirmaient qu'elles n'avaient pas leur mot à dire dans la décision et que leur grand-mère demeurait la seule responsable de la décision finale.

> Notre grand-mère ne veut pas que nous abandonnions la pratique... Ma grand-mère pense aussi que les conséquences [sanitaires] sont dues au fait que beaucoup d'exciseuses ne savent plus comment pratiquer l'excision (adolescente, 19 ans, Dioila).

En effet, les mères adolescentes confirmaient que la décision d'exciser leurs filles revenait aux membres les plus âgés de leur famille.

> Personne interrogée n° 6 : un cas semblable à celui de Mariam s'est produit dans notre famille. Ma fille était en âge d'être excisée, mais les avis des membres de notre famille sur son excision divergeaient car certains n'y étaient pas favorables. Sous la pression des membres plus âgés de notre famille, elle a été excisée. Ont suivi de graves difficultés, notamment des douleurs et des saignements. Sans les soins adéquats, elle aurait pu mourir sur le coup (FGD avec des adolescentes à Ségou).

Quelques filles, dans tous les contextes d'étude, déclaraient qu'elles aimeraient que les MGF/E se poursuivent, et qu'elles voudraient exciser leurs filles à un très jeune âge pour leur éviter des souffrances. Cependant, la plupart des adolescentes aimeraient que la pratique soit abandonnée, surtout celles vivant dans les deux cercles de Koulikoro et de Dioila, en raison des conséquences des MGF/E sur la santé. À Kolokani et à Sikasso, plusieurs filles rejetaient l'idée de devoir exciser leurs filles à l'avenir, mais indiquaient qu'elles se considéraient comme impuissantes par rapport à la prise de décision, devant s'en remettre au mari et à sa famille, puisque l'enfant leur « appartient ».

Pères et autres hommes de la communauté

Dans quelques contextes, les pères semblent jouer un rôle important en tant que décideurs et exercent leur autorité (comme dans certaines régions du Burkina Faso, du Nigeria et du Soudan). Dans d'autres contextes, le rôle et l'autorité des maris, des pères et des frères dans la prise de décision concernant les MGF/E sont beaucoup plus limités (comme au Sénégal et en Somalie) (Newman et 28toomany, 2019). Au Mali, la documentation montre que les pères et les autres hommes, membres de la famille, exercent une influence toujours plus importante et, dans certains cas, un rôle dominant, à la fois en faveur et contre la pratique (Cappa et al., 2020). L'EDS (2018) indique que 74 % des hommes âgés de 15 à 49 ans sont favorables à la poursuite des MGF/E, mais que les jeunes générations y sont moins favorables. De fait, 67 % des hommes âgés de 15 à 19 ans pensent que la pratique des MGF/E doit se poursuivre, contre 78 % des hommes âgés de 40 à 44 ans et 76 % des hommes âgés de 45 à 49 ans.

La plupart des hommes dans les contextes d'étude déclaraient que les MGF/E sont « une question de femmes », soulignant le rôle décisionnaire exercé par les grands-mères et les tantes paternelles, certains mentionnant également les mères. Par exemple, les pères à Kayes et Kolokani déclaraient ne pas être impliqués dans la décision concernant l'excision de leur fille, certains précisant « ne même pas être mis au courant de l'excision de leur fille » ou « que les femmes ne parlent pas des MGF/E avec leurs maris parce que la décision appartient aux femmes plus âgées ». Généralement, les grands-mères prennent les décisions et organisent l'excision. Toutefois, le chef de famille (généralement l'homme le plus âgé, comme le grand-père ou le père) joue un rôle important en fournissant les ressources financières.

Sikasso est le seul lieu où les personnes interrogées (y compris les grands-mères) déclaraient que « l'excision est une affaire d'hommes », les hommes les plus âgés détenant le pouvoir de décision sur l'excision en tant que chefs de famille. Cependant, nos données n'ont pas permis de comprendre les raisons pour lesquelles Sikasso est différente des autres contextes.

> C'est l'aîné de la famille qui a pris cette décision [l'excision de la fille nodale]. C'était le grand-père... Les hommes discutent entre eux, mais n'incluent pas les femmes dans la discussion. Les hommes décident et demandent à la femme la plus âgée de la famille d'emmener la fille chez l'exciseuse (FCS avec tante, 60 ans, Sikasso).

À Ségou, les pères pouvaient exprimer leur opinion mais indiquaient qu'ils ne désobéiraient pas aux souhaits des aînés de leur famille si ces derniers étaient favorables aux MGF/E.

> Personne interrogée n° 1 : le mari ne peut rien faire quand les parents décident quelque chose. Si la femme est inquiète [au sujet des MGF/E] et qu'elle en parle à son mari, cela ne changera rien. Un fils ne peut aller à l'encontre des décisions de ses parents. Si vous leur faites part des inquiétudes de votre femme à ce sujet, les parents diront que vous êtes « Musodé » (l'esclave de votre femme). La femme peut partager ses inquiétudes avec son mari, mais cela n'aboutira jamais à une décision en faveur de la femme dans notre communauté (FGD avec des pères à Ségou).

Les mères à Sikasso indiquaient également que leurs maris les écouteraient si elles avaient des inquiétudes au sujet des MGF/E de leur fille, mais qu'ils ne contrediraient pas pour autant les souhaits de leurs propres mères si elles étaient favorables à l'excision de leur petite-fille.

> Personne interrogée n° 3 : dans notre communauté, il n'y a pas de honte à parler à son propre mari des conséquences des MGF/E. Toutefois, le mari n'a aucun pouvoir devant sa mère et son père. Il demandera donc à sa femme de se conformer à la décision de sa mère. Dans le cas contraire, elle [la mère du mari] dira qu'ils [la femme et sa famille] veulent montrer que l'enfant est à eux (FGD avec des mères à Sikasso).

Dans notre échantillon, les hommes mûrs ont des attitudes contrastées quant aux avantages des MGF/E. Certaines personnes interrogées (pères, oncles, frères et grands-pères) étaient en faveur de l'abandon de la pratique.

> Personne interrogée n° 5 : dans notre communauté, l'excision est une tradition ; les femmes la pratiquent parce qu'elles l'ont héritée de leurs ancêtres. Mais aujourd'hui, certaines femmes et certains hommes la pratiquent sans en connaître les véritables raisons, par pure imitation. Avant de faire quoi que ce soit, il faut en connaître les conséquences. Perpétuer les MGF/E parce que nos ancêtres les pratiquaient n'est pas une raison valable. Une femme reste une femme, qu'elle soit excisée ou non. Pour moi, l'excision ne présente aucun avantage (FGD avec les pères à Dioila).

Cependant, certains hommes (surtout les pères et quelques jeunes hommes à Kayes, Ségou et Dioila) indiquaient que la MGF/E est une tradition à laquelle toutes les femmes devaient se soumettre, et une solution pour aider les femmes à réduire leur désir sexuel. Comme l'expliquait un père à Ségou en parlant des MGF/E, « mieux vaut quitter le village que de briser une tradition ». Les hommes de Kayes et de Ségou étaient d'avis que les femmes doivent suivre les indications de leur belle-famille et qu'il serait insensé d'abandonner une tradition.

La plupart des garçons adolescents ne souhaitaient pas que les MGF/E se poursuivent en raison de leurs conséquences négatives sur la santé. Toutefois, ils ne remettraient pas en cause les décisions prises par leurs aînés, qu'ils doivent respecter. Comme l'expliquait un garçon de Kayes, « on n'ose pas s'opposer aux MGF/E chez les filles. On suit les instructions de nos parents qui y sont favorables ».

Chefs religieux et chefs locaux

La documentation existante montre que même si les chefs religieux (hommes ou femmes) ne semblent pas intervenir dans la prise de décision, ce sont toutefois des personnes influentes car ils peuvent soutenir les MGF/E ou s'y opposer au nom de l'exigence religieuse (Newman et 28toomany, 2019). Par exemple, l'étude de Bedfard (2020) au Mali révélait que certaines personnes interrogées indiquaient pratiquer les MGF/E parce que les chefs religieux le recommandaient.

Conformément à la documentation existante, certaines personnes interrogées de notre étude, en particulier les hommes, indiquaient que si les chefs religieux n'interviennent pas dans la prise de décision, ils peuvent tout de même exercer une influence importante sur les opinions de la communauté concernant les MGF/E.

> Personne interrogée n° 5 : un jour à la mosquée, l'imam a attiré l'attention des fidèles sur les initiatives des autorités qui veulent interdire la pratique de l'excision dans le pays, et nous sommes prêts à nous opposer à toute initiative allant dans ce sens. C'est une pratique recommandée par l'islam. Pourquoi l'interdire alors que nous sommes dans un pays musulman ? (FGD avec des pères à Bamako.)

Les chefs religieux, dans notre étude, avaient des attitudes divergentes. À Kolokani, un chef chrétien indiquait s'opposer à l'excision, car elle ne figurait pas dans la Bible, et précisait qu'il avait vivement dénoncé auprès de sa congrégation les conséquences néfastes des MGF/E. Les imams soulignaient que les chefs musulmans avaient des opinions partagées (certains en faveur, d'autres contre). À Dioila, un imam s'opposait fermement à cette pratique en raison de ses conséquences sur la santé. À Kayes, un imam se prononçait quant à lui en faveur de la perpétuation de la pratique, affirmant qu'elle était recommandée par l'islam (voir le rôle de la religion au chapitre 5).

> J'aimerais que la pratique de l'excision se poursuive. Notre Prophète [PSL] nous recommande l'excision car elle facilite la vie des femmes, et nous restons fidèles à cet esprit… L'excision est recommandée par l'islam. Une femme non excisée est malsaine jusqu'à ce qu'elle soit excisée, mais cela ne peut pas m'amener à dire que les prières d'une femme non excisée ne sont pas acceptées. En résumé, pour la religion musulmane, l'excision est un élément qui complète la femme. Une bonne musulmane doit être une femme fidèle et pieuse. Une femme non excisée peut être moins fidèle envers son mari… L'excision purifie la fille (informateur principal, imam, Kayes).

À Dioila, les participants à l'étude affirmaient que les chefs religieux musulmans avaient des opinions partagées sur les MGF/E, une majorité relative s'opposant à la pratique. Certains communiquaient des informations dans les lieux de prières. Cependant, des filles indiquaient que les chefs religieux s'opposant aux MGF/E n'exprimaient pas leurs opinions publiquement car ils craignaient les critiques des membres de la communauté.

À Kolokani, certaines personnes interrogées affirmaient également que les chefs religieux n'étaient pas favorables à l'abandon des MGF/E.

Dans tous les contextes de l'étude, les chefs traditionnels (uniquement des hommes dans notre échantillon), en particulier les aînés et les chefs de village, étaient identifiés comme des personnalités influentes, certains chefs exprimant publiquement leurs opinions en faveur de la MGF pour préserver la tradition, ou s'y opposant en raison de ses conséquences sur la santé. D'autres chefs communautaires, tels que les maires ou les membres du conseil, étaient évoqués parmi les personnes influentes. Les dirigeants locaux exprimaient des attitudes contrastées à l'égard des MGF/E. Par exemple, à Kayes, les chefs locaux étaient favorables à la perpétuation des MGF/E. À Dioila, en revanche, ils s'y opposaient. Un dirigeant communautaire de Bamako ne souhaitait pas que la pratique se poursuive, mais considérait peu pertinente son influence sur les autres membres de la communauté, car même si les dirigeants s'opposent à la pratique, les femmes « disent qu'elles ont compris mais la perpétuent ».

Les professionnels de santé

Les professionnels de santé ne jouent pas le rôle de décideurs mais peuvent exercer une influence sur les autres car ce sont souvent des membres respectés par la communauté. De même, lorsqu'ils effectuent les MGF/E, on peut penser que l'intervention est menée dans les règles de l'art et est sans danger, ce qui encourage la perpétuation de la pratique (Doucet et al., 2017). Dans les contextes où les MGF/E sont médicalisées (pratiquées par l'une des catégories des professionnels de santé), les hommes médecins peuvent effectuer la pratique (Newman et 28toomany, 2019).

Au Mali, Diop et al. (2007), dans leur enquête sur les professionnels de santé, indiquaient que les hommes semblent légèrement plus ouverts que les femmes à l'égard d'un changement dans les pratiques liées aux MGF/E. Cependant, une grande partie d'entre eux (44 %) considéraient que les MGF/E ne présentent aucun danger si elles sont pratiquées dans un établissement de santé.

Dans tous les contextes d'étude, les personnes interrogées, de tout âge et sexe, considéraient les professionnels de santé comme des personnes d'influence, en raison des informations dont elles disposent et de leurs connaissances dans le domaine de la santé. Ils sont, par conséquent, en mesure de persuader les familles et les chefs communautaires (imams, aînés) d'abandonner les MGF/E. Dans tous les contextes d'étude, plusieurs personnes interrogées considéraient l'opinion des sages-femmes sur les MGF/E comme la plus importante à suivre, compte tenu de leur prise en compte de la santé des femmes et de leurs connaissances concernant les conséquences des MGF/E pendant l'accouchement. À Kayes, les mères estimaient que les sages-femmes sont « informées » et capables « d'éclairer » la communauté afin de réduire les MGF/E.

Nos résultats montrent que le personnel de santé peut également pratiquer les MGF/E, comme l'ont souligné certaines mères ayant emmené leurs filles dans un établissement de santé. Toutefois, les professionnels de santé de notre échantillon indiquaient que ni eux ni leurs collègues ne pratiquaient les MGF/E. Toutefois, certains évoquaient la possibilité que des professionnels les pratiquent en secret. Les professionnels de santé exprimaient des inquiétudes à l'égard de cette pratique en raison de ses conséquences sur la santé et se prononçaient en faveur de son abandon. Certains pensent quand même que le type 1 est acceptable et ne présente aucun risque.

> L'excision de type 1 est acceptable. Elle permet d'éviter à la fille des complications lors de l'accouchement... La procédure est sans risque. C'est avec le type 3 qu'apparaissent généralement des complications (informateur principal, infirmier, Ségou).

D'autres personnes interrogées indiquaient que les établissements de santé étaient mieux placés pour effectuer l'excision des filles en raison de leur équipement et des connaissances médicales du personnel.

Exciseuses traditionnelles

Les exciseuses traditionnelles (uniquement des femmes dans notre échantillon) n'interviennent pas dans la prise de décision, mais sont des exécutantes pouvant exercer une influence sur les autres, en raison de leur position dans la société malienne. Les exciseuses traditionnelles qui pratiquent les MGF/E appartiennent à la caste des forgerons ou des potiers, et sont renommées pour leurs connaissances dans le domaine de la médecine traditionnelle et des rituels (Gosselin, 2000). Bien que les forgerons soient considérés inférieurs par rapport aux autres castes de la société malienne, ils sont censés posséder des pouvoirs mystiques et peuvent inspirer « la peur et la méfiance » (Donahoe, 2016). À ce titre, on pense également qu'ils ont des pouvoirs spéciaux pour assurer la réussite de l'excision (28toomany, 2014).

Gosselin (2000) montrait que pour les exciseuses traditionnelles, les MGF/E ne représentaient pas seulement une source de revenus, mais contribuaient également à définir une partie de leur identité et de leur statut. Comme l'observait Plan International (2004), certaines exciseuses traditionnelles pensaient être obligées d'accomplir leur rôle afin de ne pas « couper la chaîne dans la famille » par rapport au rôle dont elles avaient hérité. Elles craignaient également d'être punies par leurs ancêtres (ibid) si elles refusaient de pratiquer les MGF/E.

Dans notre échantillon, certaines personnes interrogées indiquaient que les forgerons Bambara étaient très favorables à la perpétuation des MGF/E.

> Dans notre communauté, les forgerons Bambara sont ceux qui pratiquent le plus l'excision... Ils la pratiquent sur leurs filles à tout moment. Pour eux, c'est une pratique salutaire qui doit être préservée (adolescente, 19 ans, Dioila).

Les exciseuses traditionnelles de notre échantillon affirmaient ne plus pratiquer les MGF/E. Une ancienne exciseuse traditionnelle de Bamako indiquait avoir abandonné la pratique il y a environ 30 ans en raison de désaccords parmi les exciseuses principales au sein de son clan, relatifs à la procédure d'ablation (partielle ou totale) de le gland clitoridien. Ayant décidé de pratiquer l'ablation partielle, elle avait été critiquée par les membres de sa communauté et ses proches, ce qui l'avait amenée à abandonner cette pratique. Une autre ancienne exciseuse traditionnelle de Kayes indiquait avoir abandonné la profession (il y a 30 ans environ) en raison des faibles revenus qu'elle en retirait (1 000 francs CFA environ, soit l'équivalent de 1,50 dollar américain). Les deux exciseuses affirmaient en outre qu'elles n'étaient pas favorables à cette pratique en raison de ses conséquences négatives sur la santé. Cependant, après avoir été interrogée, l'exciseuse traditionnelle de Kayes indiquait qu'elle était favorable à la pratique.

> Je ne connais pas d'inconvénients à cette pratique, qui est un acte de purification... Son avantage est que l'excision permet de purifier la femme (informateur principal, ancienne exciseuse traditionnelle, Kayes).

D'anciennes exciseuses traditionnelles parlaient également des motivations économiques pour les personnes pratiquant les MGF/E. De fait, elles précisaient que les exciseuses traditionnelles pouvaient toucher entre 1 000 et 10 000 francs CFA par fille (de 1,50 à 16 dollars américains), les rémunérations augmentant en fonction de l'âge des filles. De plus, elles pouvaient recevoir des rémunérations utiles en nature telles que du savon, des céréales, du beurre de karité ou des pagnes. Cependant, d'autres informateurs principaux affirmaient que certaines exciseuses ne recevaient aucune rémunération (seulement quelques articles) mais poursuivaient la pratique par dévotion à la tradition et à la culture.

5 Éléments et facteurs favorisant ou défavorisant la perpétuation des MGF/E

Ce chapitre analyse les facteurs qui expliquent ou remettent en cause la perpétuation des MGF/E. Il se concentre sur la documentation existante concernant le Mali, puisque les facteurs favorisant les MGF/E sont très spécifiques à chaque contexte (Newman et 28toomany, 2018), ainsi que sur les résultats de notre analyse des données de l'EDS (2018) et de l'étude qualitative. Cette partie accorde une attention particulière au rôle des normes sociales. L'un des objectifs de ce projet est de comprendre leur rôle et d'étudier les actions et approches les plus efficaces pour susciter un changement dans les normes sociales au sein des communautés. Pour remettre en question et combattre les normes sociales discriminatoires, les communautés dans leur ensemble doivent s'engager collectivement à abandonner les MGF/E, tout en veillant à ce que personne ne soit désavantagé par cette décision (UNFPA et UNICEF, 2013). Cette partie présente donc les points de vue des femmes, des hommes et des communautés, au sens large, quant aux raisons qui les poussent à soutenir ou à contester les MGF/E, notamment en ce qui concerne les conséquences positives ou négatives observées par les personnes interrogées par rapport au statut, à l'autorité et au bien-être des communautés.

5.1 Éléments et facteurs favorisant la perpétuation des MGF/E dans l'analyse quantitative des données au niveau national

Nous analysons d'abord les facteurs ressortant de notre analyse des données de l'EDS (2018) et liés à la probabilité qu'une jeune fille (âgée de 0 à 4 ans) soit excisée. Les conclusions confirment qu'il est pertinent de se focaliser sur les normes sociales, étant donné que l'effet des pairs[16] est l'un des principaux facteurs permettant de prédire si une jeune fille sera excisée (tableau 11, encadré 3. Voir également l'annexe 5, tableau A.5.2). La pratique ou non de l'excision sur la mère joue également un rôle très important, tout comme son soutien ou son opposition aux MGF/E. Il est intéressant de noter que dans une communauté donnée, si la proportion de filles excisées est un facteur important, la proportion de la population défavorable à l'excision ne l'est pas. L'opinion de la mère est également importante. De fait, les jeunes filles dont la mère déclare s'opposer à cette pratique ont moins de risque (20 points de pourcentage) d'être excisées. La richesse est aussi positivement liée à la probabilité d'être excisée, même si la corrélation n'est pas très forte. Les filles de Bamako sont moins susceptibles d'être excisées que celles des autres régions, même après avoir pris en compte les effets de pairs.

16 Dans ce cas, la proportion de filles excisées dans la même communauté que la personne interrogée

Tableau 11 Résumé des résultats de la régression des facteurs favorisant l'excision des filles des personnes interrogées, âgées de 0 à 4 ans

La mère est excisée	+++
Nombre de filles âgées de 0 à 9 ans excisées dans la localité	++
La mère préconise l'abandon des MGF/E	- -
Le ménage habite à Bamako	- -
Le ménage appartient à l'un des deux quintiles de richesse les plus élevés	+
La mère appartient au groupe ethnique Sarakolé / Soninké / Marka	+
Nombre d'années d'études de la mère	-
Âge auquel la mère a accouché	
Religion de la mère	

Note : les indicateurs vert et rouge indiquent respectivement une corrélation positive et négative avec la variable dépendante qui est statistiquement significative au moins au niveau de 5 % (le ton plus foncé et le nombre de symboles s'associent à une plus forte corrélation). Les indicateurs en jaune sont statistiquement significatifs lorsqu'un symbole positif ou négatif est présent, mais seulement au niveau de 10 %. Les indicateurs en jaune sans symbole ne sont pas statistiquement significatifs.

Encadré 3 Résultats de la régression sur les facteurs déterminants de l'excision des filles des personnes interrogées, âgées de 0 à 4 ans

Les régressions visent à déterminer les facteurs qui contribuent à la probabilité de l'excision d'une fille âgée de 0 à 4 ans. Nous présentons d'abord les caractéristiques de la mère (modèle 1), puis celles du ménage, notamment la richesse (modèle 2), les indicateurs de la marge de manœuvre (modèle 3), la région et la zone de résidence, urbaine ou rurale (modèle 4) et enfin les effets de pairs (modèle 5).

Âge au moment de l'accouchement. L'âge auquel la mère accouche n'est pas statistiquement significatif.

Éducation. L'incidence de l'éducation est faible. Une année d'éducation est associée à une réduction de moins d'un point de pourcentage sur la probabilité de l'excision d'une fille dans toutes les spécifications du modèle. Cela montre que des années supplémentaires d'éducation dans le cadre du système scolaire actuel sont peu susceptibles d'entraîner des réductions significatives des MGF/E.

Appartenance ethnique. Les filles dont les mères appartiennent à l'ethnie Sarakolé / Soninké / Marka sont plus susceptibles d'être excisées, même si cet effet se perd presque entièrement une fois les effets de pairs inclus.

Religion. Il n'y a pas de corrélation statistiquement significative entre la religion de la mère et la probabilité de l'excision de sa fille.

Pratique ou non de l'excision sur la mère. La pratique ou non de l'excision sur la mère est extrêmement importante. De fait, elle augmente la probabilité de l'excision d'une jeune fille de 37 à 51 points de pourcentage, selon la spécification du modèle.

Encadré 3 Résultats de la régression sur les facteurs déterminants de l'excision des filles des personnes interrogées, âgées de 0 à 4 ans (suite)

Richesse. L'appartenance à l'un des deux quintiles de richesse les plus élevés augmente la probabilité de l'excision d'une jeune fille (d'environ 12 à 15 points de pourcentage, par rapport à l'appartenance au quintile le plus pauvre).

Marge de manœuvre. Une mère en faveur de l'abandon des MGF/E diminuera de 20 points de pourcentage la probabilité de l'excision de sa fille. Les filles dont les mères prennent des décisions (seules ou avec leur partenaire) dans au moins l'un des trois domaines cités ont environ 8 points de plus de risque d'être excisées, même si cet effet n'est plus statistiquement significatif dans le modèle entièrement spécifié (modèle 5).

Lieu de résidence. Les personnes interrogées de Bamako sont moins susceptibles d'avoir des filles excisées (25 points de pourcentage de moins, un effet qui diminue à 17 points de pourcentage dans le modèle entièrement spécifié). L'effet de la zone de résidence (urbaine ou rurale) est faible et perd sa signification statistique une fois que le modèle est entièrement spécifié.

Effets de pairs. Chaque augmentation de 10 % de la prévalence des MGF/E chez les filles âgées de 0 à 9 ans dans une région ou une zone urbaine / rurale est associée à une augmentation d'environ 8 points de pourcentage de la probabilité qu'une fille âgée de 0 à 4 ans soit elle-même excisée (statistiquement significatif au niveau de 5 %). Dans le même temps, le pourcentage moyen de personnes qui, dans une grappe, sont favorables à l'abandon des MGF/E n'a qu'un effet limité et non statistiquement significatif sur la probabilité de la pratique ou non de l'excision sur une fille. Cela montre que les opinions moyennes ne sont peut-être pas aussi influentes que celles des décideurs principaux, ou que les personnes interrogées donnent des réponses socialement souhaitables qui exagèrent leur opposition à la pratique.

5.2 Éléments et facteurs favorisant la perpétuation des MGF/E dans l'analyse qualitative

Le tableau 12 ci-dessous résume les facteurs favorisant la perpétuation des MGF/E, identifiés par notre étude qualitative. Il est suivi d'une partie narrative qui analyse ces facteurs plus en profondeur. Dans certains cas, nous nous référerons à notre analyse quantitative pour souligner toute convergence ou divergence concernant les facteurs favorisant les MGF/E. Un grand nombre de ces facteurs sont liés entre eux, mais nous les avons séparés dans la présentation pour mettre en évidence des thèmes spécifiques, notamment ceux liés aux normes sociales.

Tableau 12 Résumé des facteurs favorisant la pratique des MGF/E

Éléments et facteurs favorisant les MGF/E	Résumé des résultats
Éducation	• Quelques-uns pensent que les personnes ayant un niveau scolaire plus avancé comprennent mieux les conséquences néfastes des MGF/E et s'opposent à cette pratique. Au contraire, les personnes moins instruites sont perçues comme étant favorables aux MGF/E.
Origine ethnique	• Les participants à l'étude indiquaient que les groupes ethniques Malinké, Baman, Peul et Bambara de Bamako sont les plus favorables aux MGF/E. Au contraire, les personnes s'identifiant au groupe ethnique Minianka affirmaient que dans leur groupe, les MGF/E ne sont pas pratiquées.
Âge	• Opinion généralisée selon laquelle les personnes âgées (femmes et hommes) sont globalement favorables à la perpétuation des MGF/E en tant que « gardiens des pratiques traditionnelles ».
Santé et accouchement	• Opinions selon lesquelles les MGF/E contribuent à une bonne santé et protègent les filles et les femmes de plusieurs maladies et problèmes de santé (par exemple, des douleurs menstruelles, des maux d'estomac, de la déficience mentale des enfants). • Croyances selon lesquelles les MGF/E aident les femmes à accoucher plus facilement et « réduisent les maladies après l'accouchement ».
Normes sociales, croyances et attentes	• Conformité aux normes sur la valeur de la culture et des traditions en tant qu'éléments importants hérités des ancêtres et appartenant à l'identité collective. • Perceptions des MGF/E comme rite d'initiation ou de passage vers une féminité adulte. • Désir de se conformer aux normes sociales autour de la respectabilité et de l'intégration sociale. • Croyances concernant la réduction du désir sexuel féminin en accord avec les normes sociales concernant les relations sexuelles avant le mariage, la fidélité et les relations sexuelles appropriées. • Normes concernant l'éligibilité au mariage, sachant qu'une fille doit être excisée pour pouvoir se marier.
Stigmatisation	• Les MGF/E sont pratiquées pour éviter le ridicule et l'humiliation. • Les filles et les mères déclaraient que les filles non excisées peuvent être « rejetées », « humiliées », « critiquées » et insultées par les parents proches (en particulier les coépouses et les belles-mères) et la communauté. • Les femmes non excisées peuvent être stigmatisées par des termes tels que « bamanankam » ou « blakoro mousso » (fille / femme non excisée) ou « bogotigui » (fille qui n'est pas encore une femme adulte). Les enfants des femmes non excisées peuvent également être appelés « blakoroden » (enfant d'une femme non excisée) à Kolokani.
Religion et systèmes symboliques	• Lien entre les MGF et les croyances religieuses, notamment celle pour laquelle les femmes non excisées ne peuvent contrôler leurs désirs sexuels. • Idée selon laquelle les MGF/E purifient la fille, y compris son âme, grâce à l'ablation d'un organe impur appelé « kéré » (qui signifie « mal »). • Certains pensent que les MGF/E sont antérieurs à l'arrivée de l'islam. Bien qu'elle ne soit ni requise ni recommandée par l'islam, les personnes continueront à la pratiquer.

5.2.1 Éducation, origine ethnique, âge et autres caractéristiques

Éducation

Les garçons adolescents de Ségou indiquaient que les personnes plus instruites comprennent mieux les conséquences néfastes des MGF/E. De même, à Bamako, quelques filles adolescentes affirmaient que les MGF/E ne sont pas acceptées par les personnes ayant un niveau d'éducation supérieur. Même si l'éducation ne conduit pas nécessairement à un changement collectif des normes et pratiques sociales, les données de l'EDS (2018) montrent que l'éducation présente une très faible corrélation positive avec la prévalence des MGF/E. Ceci contredit Boyle et Svec (2019) et Cetorelli et al. (2020), selon lesquels l'éducation de la mère était négativement corrélée à la pratique ou non de l'excision sur la fille[17].

Origine ethnique

Plusieurs études analysent la prévalence des MGF/E au sein des groupes ethniques. Certaines de ces études (Diop et al., 2007 ; Orchid Project et 28toomany, 2022) indiquaient que les MGF/E sont pratiquées au sein des groupes ethniques du Sud et seulement par une minorité de populations vivant dans le Nord. Il est également apparu que l'excision n'est traditionnellement pas pratiquée chez les Songhaï, les Maures et les Touareg. Diabate et Mesplé-Somps (2019) constataient que la prévalence des MGF/E est beaucoup plus élevée chez les filles des groupes ethniques Soninké, Malinké, Sénoufo et Peul (plus de 90 %) que chez les filles Bobo et Songhaï (moins de 50 %). Ceci confirme notre analyse de l'EDS qui montre que les filles des groupes ethniques Sarakolé / Soninké / Marka présentent un risque plus élevé d'être excisées.

Les participants à l'étude indiquaient par ailleurs que les Malinké, Baman, Peul et Bambara de Bamako sont très favorables aux MGF/E. En revanche, les participants qui s'identifiaient comme Minianka indiquaient que leur groupe ethnique ne pratiquait pas l'excision.

Âge

Dans tous les contextes d'étude, l'âge était considéré un facteur important dans la perception des MGF/E.

> Généralement, ce sont les personnes âgées qui défendent la perpétuation de l'excision. Selon elles, cette pratique doit se perpétuer de génération en génération (informateur principal, enseignant, Kolokani).

Dans toutes les régions, plusieurs participants à l'étude indiquaient que les personnes âgées (femmes et hommes) sont généralement favorables à la perpétuation des MGF/E, car elles sont les « gardiennes des pratiques traditionnelles » et considèrent les MGF/E comme un « devoir à accomplir ». L'UNICEF (2022b) constatait que les jeunes sont tout aussi susceptibles que leurs aînés d'être favorables à cette pratique. Par exemple, seuls 13 % des garçons âgés de 15 à 19 ans et des hommes âgés de 45 à 49 ans déclaraient s'opposer aux MGF/E (UNICEF, 2022b). Dans notre analyse des données de l'EDS, dans la section 5.3 ci-dessous (Éléments

17 Les différents résultats proviennent, au moins partiellement, de l'utilisation du degré d'instruction par rapport à l'instruction en nombre d'années.

et facteurs favorisant l'éradication des MGF/E), aucune corrélation forte entre l'âge et l'opposition aux MGF/E n'est établie.

5.2.2 Perceptions concernant la santé et l'accouchement

Notre analyse des données de l'EDS montrait que les MGF/E représentaient un facteur de prédiction de la mortalité infantile, mais l'effet était faible et n'était statistiquement significatif qu'à un niveau de 10 %. Cependant certains participants à l'étude indiquaient que l'excision présentait des avantages pour la santé. D'après certaines filles et femmes, les MGF/E apportaient une bonne santé et protégeaient les filles et les femmes de nombreuses maladies et problèmes de santé tels que les « blessures internes », les maux d'estomac et les douleurs menstruelles. Une fille adolescente déclarait que les enfants des femmes non excisées étaient mentalement handicapés. D'autres indiquaient que les grands-mères avaient vécu leur maternité sans problème de santé, et qu'elles étaient favorables à l'excision de leurs petites-filles pour leur éviter des problèmes de santé qui pourraient apparaître si elles ne sont pas excisées. D'autres participants indiquaient que les MGF/E facilitaient l'accouchement et « réduisaient les maladies postnatales », un participant attribuant cette opinion aux croyances des Bambara. Une fille indiquait qu'une femme qui n'a pas subi de MGF/E souffrira d'infertilité.

> Non, je ne serais pas d'accord avec une loi [interdisant les MGF/E]. Je veux que cette pratique continue parce qu'on dit que sans excision, une femme ne peut pas avoir d'enfants (adolescente, 16 ans, Bamako).

5.2.3 Normes sociales, croyances et attentes

Selon l'analyse des données qualitatives, plusieurs normes sociales favorisent les MGF/E.

Préserver la culture et la tradition

Dans tous les contextes d'étude, les personnes interrogées évoquaient la signification culturelle importante attribuée aux MGF/E, à savoir que cette pratique préserve la culture et les traditions liées à l'identité collective.

> Personne interrogée n° 6 : l'excision fait partie de nos habitudes et traditions, nous ne connaissons ni ses méfaits ni ses vertus, mais nous défendons sa perpétuation par respect pour nos valeurs traditionnelles (FGD avec des adolescents à Bamako).
>
> Personne interrogée n° 1 : ici, les gens accordent une grande importance aux MGF/E et pensent qu'elles présentent des avantages. Personne ne peut s'opposer à cette pratique car c'est une coutume que l'on doit perpétuer (FDG avec des adolescents à Kayes).
>
> Personne interrogée n° 1 : je pense que l'attitude de Fatoumata [la vieille femme dans la vignette qui soutient l'excision] est pertinente, car l'excision est une pratique ancestrale. En tant que femme âgée, elle doit veiller à ce que ses descendants continuent à respecter les valeurs traditionnelles. L'excision n'est pas une pratique nuisible. Sinon, nos grands-parents ne l'auraient pas recommandée et elle ne serait pas perpétuée (FGD avec des grands-mères à Ségou).

D'autres publications indiquent que la perpétuation des MGF/E peut constituer une tentative consciente des communautés de protéger leur culture des influences et des attaques extérieures (Newman et 28toomany, 2019). Les MGF/E sont perçues comme un moyen positif de différencier la culture et les valeurs locales. Abdelshahid et Campbell (2015) ont constaté chez les participants à leur étude en Égypte que les parents considéraient la pratique des MGF/E comme un élément essentiel de l'identité positive, qui les distinguait des Occidentaux. Au Mali, les résultats d'une enquête menée par Berfad (2020) dans 30 villages des districts de Kayes, Diéma et Yélimané, montraient que pour 74 % des personnes interrogées, la perpétuation des MGF/E s'expliquait par des raisons socioculturelles. La même étude indiquait également que les jeunes hommes sont favorables à la pratique des MGF/E parce qu'elle fait partie de la culture héritée de leurs ancêtres et constitue un élément important de leur identité (Ibid). Par conséquent, les initiatives visant à combattre les MGF/E sont perçues comme une attaque contre la culture. Comme le faisait remarquer un partenaire de mise en œuvre, « certaines personnes affirment que les ONG prennent l'argent des blancs pour convaincre les communautés d'abandonner leur tradition ».

Rite d'initiation ou de passage

La documentation existante indique que les MGF/E sont un rite d'initiation qui permet le passage de la jeune fille (« bilakoro ») à la femme adulte (« Mousso »), de la « prépubère » à la femme « accomplie » (Diallo, 1997). Les MGF/E sont pratiquées sur les filles dès leur plus jeune âge, et pourtant, certains participants à notre étude les perçoivent comme un rite de passage et d'initiation, et parfois comme une « obligation ». Des adolescentes déclaraient qu'une fille non excisée n'est ni une fille ni un garçon, mais qu'elle est entre les deux. Les garçons, quant à eux, déclaraient qu'une fille non excisée serait qualifiée de « bogotigui », une fille qui n'est pas encore devenue femme.

> Personne interrogée n° 3 : dans notre communauté, une fille qui n'a pas été excisée n'est pas encore considérée comme une femme, comme une adulte… parce que l'excision est une obligation pour les femmes. C'est un signe de maturité (FGD avec des adolescents à Ségou).

Acceptation sociale

Au Mali, le désir d'acceptation sociale est une autre norme en faveur des MGF/E. Plusieurs participants à l'étude indiquaient que les MGF/E sont pratiquées parce que tous les membres de la communauté les pratiquent. Si une famille est en désaccord avec la norme, elle sera critiquée.

> Personne interrogée n° 3 : quand on te dit que telle fille n'est pas excisée, tu la vois comme une étrangère (FGD avec des grands-mères à Kolokani).
>
> On pratique les MGF/E dans notre famille car toutes les autres familles le font. Si l'on ne pratique pas l'excision, les autres vont nous demander pourquoi (adolescente, 15 ans, Sikasso).

Plusieurs adolescentes déclaraient que les filles excisées sont respectées par leurs aînés et leur communauté. Les filles excisées sont honorées et tenues en haute estime par rapport aux filles non excisées.

> Personne interrogée n° 3 : une femme excisée est la fierté de tous ses proches, y compris sa mère et son père (FGD avec des adolescentes à Bamako).
>
> Les MGF/E sont un signe d'honneur et de respect dans notre communauté. La fille excisée est plus respectée que celle qui ne l'est pas (adolescente, 19 ans, Kayes).

Un chef local à Dioila le confirmait également. De fait, les MGF/E permettent à la femme de jouir d'une position honorable au sein de la société. Comme le montraient Newman et 28toomany (2019) dans leurs études, l'appartenance à un groupe contribue aux sentiments de fierté, d'attachement, d'inclusion, d'honneur, de respect et d'acceptation. Les données de l'UNICEF (2013) indiquent que 37 % des filles et des femmes maliennes âgées de 15 à 49 ans évoquaient le besoin d'acceptation sociale comme la principale raison de la perpétuation des MGF, confirmant les résultats qualitatifs de Gosselin (2000) et Konte (2007). Les filles de notre étude, elles aussi, acceptaient d'être excisées afin de se conformer aux normes sociales d'appartenance à la communauté et à la famille.

Relations sexuelles avant le mariage, fidélité et bonnes relations sexuelles

Les personnes interrogées de toutes catégories (filles, garçons, pères, mères et grands-parents) soulignaient le rôle important de l'excision dans la réduction du désir sexuel des femmes, ce qui est en accord avec les normes sociales concernant les relations sexuelles et les grossesses avant le mariage.

> L'une de nos tantes a le même âge que nous. Elle vit en Côte d'Ivoire, s'amuse beaucoup et aime avoir des relations sexuelles. Un ami me disait que c'est parce qu'elle n'est pas excisée qu'elle se comporte comme cela. Pour moi, l'excision est une bonne chose, elle éduque la femme et lui permet de se contrôler sur le plan sexuel (fille adolescente, 19 ans, Bamako).

Certains participants à l'étude indiquaient qu'un désir sexuel élevé était problématique, car il pouvait conduire à une activité sexuelle précoce et à des grossesses précoces ou non désirées. Plusieurs études menées au Mali soulignaient également l'importance des MGF/E dans la prévention des rapports sexuels avant le mariage et des grossesses précoces (Desrumaux et Ballo, 2014 ; Diop et al., 2007 ; Gosselin, 2000). Les MGF/E protègent ainsi les femmes de la honte, de l'exclusion et d'une non-éligibilité au mariage, comme on l'observait également en Sénégambie (Wander et Shell-Duncan, 2020).

La diminution du désir sexuel féminin répond également aux normes relatives à la fidélité et aux bonnes relations sexuelles. Les participants à l'étude observaient qu'un désir sexuel élevé s'apparente à une moralité douteuse, et peut notamment être source d'infidélité, engendrant une instabilité dans la famille. À cet égard, les pères de Dioila indiquaient que les coépouses pouvaient inciter les coépouses non excisées à se faire exciser afin de réduire leur appétit sexuel. Dans tous les contextes d'étude, les hommes et les grands-mères étaient très inquiets quant à l'appétit sexuel « insatiable » des femmes non excisées, qui en faisait des épouses inadéquates.

> Personne interrogée n° 5 : imaginons une femme non excisée ayant un désir sexuel trop puissant et des besoins que son mari ne peut assouvir. Cela peut conduire la femme à avoir des relations extraconjugales et à commettre l'adultère pour satisfaire ses désirs sexuels. Il faut donc se faire exciser pour éviter ce genre de comportement, qui n'est pas acceptable par la communauté (FGD avec les pères à Bamako).

Ces résultats sont semblables à ceux de Berfad (2020), qui indiquait que, selon les hommes, les MGF/E étaient pratiquées pour réduire le désir sexuel des femmes, afin qu'elles restent fidèles à leur mari et aient de bonnes relations sexuelles.

Éligibilité au mariage

Konte (2007) indiquait que la propre famille et les beaux-parents d'une fille non excisée peuvent la désapprouver, et il se peut qu'elle rencontre des difficultés pour trouver un mari. Les participants à notre étude évoquaient également la relation entre l'excision et les normes concernant l'éligibilité au mariage, les MGF/E améliorant ces perspectives.

> Quand une fille est excisée, c'est une joie pour sa famille. Elle reçoit de beaux vêtements. Pour la famille, la jeune fille va pouvoir se marier sans problème parce qu'elle est excisée (fille adolescente, 19 ans, Bamako).

Quelques filles indiquaient aussi que les hommes refusaient d'épouser une fille non excisée. Selon certaines filles et mères, une femme non excisée doit forcément l'être avant le mariage, sans quoi le futur mari pourrait refuser de l'épouser, ou sa coépouse pourrait ne pas l'accepter dans le foyer.

D'autres études menées dans la région de Kayes (Desrumaux et Ballo, 2014) montraient que l'excision contrôle et affecte l'éligibilité au mariage des filles entre les différentes communautés, ainsi que leur intégration et leur reconnaissance sociales. Les MGF/E sont considérées comme un moyen de préparer les filles à l'âge adulte et au mariage, tout en garantissant en même temps la virginité prémaritale et la fidélité conjugale par la suite. De même, Berfad (2020) constatait que l'excision est perçue comme un rituel ouvrant la porte au mariage. De fait, les filles non excisées sont exclues ou marginalisées du marché du mariage, car les femmes ne permettent pas à leurs fils d'épouser une fille non excisée. Traoré et al. (2020) indiquaient que seuls 22 % des garçons adolescents (âgés de 14 à 19 ans) de leur échantillon étaient prêts à épouser une fille non excisée, le reste refusant de le faire. Ces données montrent que les normes sociales collectives doivent changer pour que les gens abandonnent les MGF/E. Tant que l'abandon de l'excision restera une décision individuelle et non collective, les individus (qu'il s'agisse des filles ou des membres de leur famille) paieront un prix très élevé pour leur refus de se conformer à la tradition.

5.2.4 Stigmatisation et sanctions sociales

L'honneur, la fierté, le sens d'appartenance, le bien-être et la sécurité sont les récompenses qui attendent les filles se conformant aux normes sociales décrites plus haut. Le refus de s'y conformer s'accompagnera d'une stigmatisation, comme l'indiquaient les participants à notre étude. Une fille non excisée peut être ridiculisée, montrée du doigt, marginalisée et exclue. D'après les participants dans les différents contextes, les filles non excisées seront « rejetées, ridiculisées, critiquées, humiliées, insultées et traitées de folles » parce qu'elles « refusent de se conformer à la norme sociale de leurs ancêtres ».

> La pratique des MGF/E est utile, car une fille non excisée sera qualifiée de « blakoro mousso ». Ce qualificatif peut la faire pleurer, la perturber, elle sera marginalisée et montrée du doigt. Elle ne pourra pas profiter pleinement de sa jeunesse... Lorsque la fille non excisée voudra jouer avec d'autres filles, ces dernières l'écarteront du groupe et elle finira par être marginalisée (informatrice principale, infirmière, Kolokani).

Konte (2007) indiquait que les MGF/E sont pratiquées pour éviter le rejet des filles par la communauté, tout en conférant aux femmes une marque d'honneur. D'après les participants à notre étude, les filles et les femmes non excisées seront stigmatisées par leurs pairs, par les membres de leur famille et par les autres femmes de la communauté, y compris les coépouses et les belles-mères.

À Bamako, un chef local indiquait que les filles non excisées sont perçues comme des « femmes européennes » et, par conséquent, ridiculisées. À Kolokani et à Bamako, les grands-mères indiquaient qu'on appelait les femmes non excisées « bamanankam » et « bilakoro moussou », et leurs enfants « blakoroden » (enfant des femmes non excisées). Gosselin (2000) observait que le terme « bilakoro » est une insulte grave, tant envers les hommes que les femmes. Il connote quelqu'un d'immature, d'irresponsable, de faible, d'indigne, et parfois aussi de sale et de dépendant sexuellement. En revanche, l'excision s'accompagne du respect de la communauté et, comme on le disait plus haut, de l'acceptation par les autres, en particulier par les belles-mères et les coépouses.

5.2.5 Religion et représentations symboliques

Dans leur analyse documentaire systématique sur les MGF/E dans sept pays africains, y compris le Mali, Berg et Denison (2012) constataient qu'après la « tradition », la deuxième explication la plus courante de la perpétuation des MGF/E était la religion, en particulier l'islam. D'autres études menées au Mali confirmaient cette constatation. Plus de la moitié des personnes interrogées étaient favorables à la perpétuation de la pratique et pensaient que l'excision était prescrite par la religion (Berfad, 2020 ; Koski et Heyman, 2019). Par exemple, une étude de l'UNICEF (2022b) soulignait que 70 % des hommes et 72 % des femmes (âgés de 15 à 49 ans) s'identifiant comme musulmans pensaient que les MGF/E étaient exigées par la religion. Cette idée était moins répandue chez les catholiques (36 % des femmes et 25 % des hommes). Cependant, notre analyse de l'EDS (encadré 3) ci-dessus montrait qu'il n'existe pas de corrélation significative entre la religion de la mère et la probabilité que sa fille soit excisée. Toutefois, dans tous les contextes d'étude (particulièrement à Kayes), les personnes interrogées, surtout les hommes, identifiaient les croyances religieuses comme des facteurs motivant l'excision. Cet aspect était également lié au contrôle du désir sexuel des femmes.

> Une femme ayant des désirs sexuels forts ne sera jamais une musulmane pieuse. Dans un certain nombre d'écrits islamiques, le prophète Mahomet (que la paix et la bénédiction soient avec lui) recommande les MGF/E. Nous sommes fiers de perpétuer la pratique des MGF/E (FGS avec des pères à Kayes).

> Mon statut de musulman et ma religion m'interdisent de lutter contre cette pratique. Pour moi, se battre pour l'abandon d'une pratique à laquelle on est attaché revient à se battre contre sa religion (FCA avec un beau-frère, 31 ans, à Bamako).

Les données internationales montrent que beaucoup des communautés pratiquant les MGF/E considèrent les rapports sexuels et les grossesses avant le mariage comme un péché et / ou une source de honte, conformément à leur religion (Newman et 28toomany, 2018). Dans notre étude, les personnes interrogées, hommes et femmes, indiquaient en effet que l'excision était importante du point de vue religieux parce que cette pratique purifiait la fille et son âme.

> Personne interrogée n° 5 : purifier ne signifie pas se laver avec de l'eau et du savon... Cela correspond à une purification physique. En excisant [une fille], on purifie son âme pour rendre la femme saine (FGD avec des pères à Kayes).

Le clitoris est considéré un « organe maléfique » (kéré) qu'il faut éliminer afin que la fille ne soit plus « impure ». Gosselin (2000) observait aussi que selon la gnose mandéenne sur la sexualité féminine, le clitoris renferme des pouvoirs dangereux. Certains de ses informateurs indiquaient que si le clitoris n'est pas retiré, il peut entraîner des conséquences néfastes sur les hommes pendant les rapports sexuels et sur les bébés pendant l'accouchement. Plan International (2004) constatait également que chez les Bambara (Tota à Banamba), les Sénoufo (Nakomo à Kadiolo) et les Bobo (Sienso à San), les hommes ne devaient pas avoir de rapports sexuels avec une femme non excisée car son clitoris était « habité par le diable, les sorciers et les mauvais esprits ». Une ancienne exciseuse traditionnelle de Kayes indiquait que les prières d'une femme non excisée ne sont pas acceptées parce qu'elle est « impure », ce qui confirme les conclusions de Berfad (2020).

Cependant, les personnes interrogées dans le cadre de notre étude avaient des opinions plus diversifiées, certaines soulignant que la pratique faisait partie de leur tradition et de leur coutume avant l'arrivée de l'islam et que, même si les MGF/E ne sont pas exigées ni recommandées par la religion islamique, ils continueront de la pratiquer.

5.3 Éléments et facteurs favorisant l'abandon des MGF/E

Notre analyse des données de l'EDS 2018 incluait deux modèles de régression focalisés sur les facteurs liés à l'opposition aux MGF/E (section 2.1.1, tableau 5). Les résultats montrent que les personnes interrogées de sexe féminin et les personnes plus âgées sont plus souvent défavorables à cette pratique, tout comme ceux qui ont suivi des études plus longues (même si cette dernière corrélation est faible). Les musulmans s'opposent beaucoup moins à l'excision que les personnes interrogées d'autres religions. La situation financière, la résidence en zone rurale ou urbaine**,** la région ou l'ethnie d'appartenance ne montrent pas de corrélations statistiquement significatives, une fois que les effets de pairs[18] sont inclus dans le modèle (tableau 13, encadré 4. Voir également l'annexe 5, tableau A.5.3).

18 Les effets de pairs sont définis ici comme la proportion de personnes de l'entourage de la personne interrogée défavorable aux MGF/E.

Tableau 13 Résumé des résultats de la régression sur les facteurs liés à l'affirmation selon laquelle les MGF/E devraient être abandonnées

Appartenance à une religion autre que l'islam	++
Degré d'opposition communautaire aux MGF	++
Être une femme	+
Nombre d'années d'études	+
Région et milieu rural / urbain	
Âge	
Origine ethnique	
Richesse du ménage	

Note : les indicateurs en vert indiquent une corrélation positive avec la variable dépendante qui est statistiquement significative au moins au niveau de 5 % (le ton plus foncé et le nombre de symboles s'associent à une plus forte corrélation). Les indicateurs en jaune sont statistiquement significatifs lorsqu'un symbole positif ou négatif est présent, mais seulement au niveau de 10 %. Les indicateurs en jaune sans symbole ne sont pas statistiquement significatifs.

Encadré 4 Résultats de la régression sur les facteurs liés à l'affirmation selon laquelle les MGF devraient être abandonnées

Nous analysons les facteurs liés à l'opposition aux MGF/E en tenant compte des caractéristiques de la personne interrogée et de son ménage (modèle 1), puis en introduisant les effets de pairs (modèle 2).

Sexe. En moyenne, les femmes étaient plus susceptibles que les hommes (à hauteur de 7 points de pourcentage) de préconiser l'abandon des MGF/E. Cela peut paraître intuitif, étant donné qu'elles subissent les conséquences négatives de cette pratique. L'ampleur de l'effet persiste une fois que sont introduits les effets de pairs.

Âge. En moyenne, les personnes plus âgées sont légèrement plus susceptibles de préconiser l'abandon des MGF/E. L'effet est statistiquement significatif au niveau de 5 % (modèle 1) mais perd de son importance statistique une fois que sont introduits les effets de pairs (modèle 2).

Religion. Les pratiquants de toutes les religions autres que l'islam sont plus nombreux à préconiser l'abandon des MGF/E, en particulier les protestants et les catholiques (respectivement 30 et 20 points de pourcentage plus enclins à préconiser l'abandon des MGF/E, un effet qui diminue d'environ 10 points de pourcentage pour chaque religion dans le modèle avec effets de pairs)[19].

19 L'impact de la religion sur les opinions concernant les MGF/E correspond aux résultats de Dalal et al (2018).

Endadré 4 Résultats de la régression sur les facteurs liés à l'affirmation selon lesquelles les MGF devraient être abandonnées (suite)

Appartenance ethnique. Les Bambara sont les moins susceptibles de se déclarer favorables à l'abandon des MGF/E (modèle 1).

Éducation. L'éducation présente une corrélation positive faible avec l'opposition aux MGF/E. De fait, une année supplémentaire d'études est corrélée avec une augmentation d'environ 1 point de pourcentage dans la probabilité qu'une personne interrogée soit favorable à l'abandon des MGF/E, dans les deux modèles.

Région et milieu rural / urbain. Les personnes résidant à Bamako et Sikasso sont les moins susceptibles de se prononcer défavorablement sur cette pratique. Aucune différence statistiquement significative n'est constatée entre les milieux urbain et rural dans les deux modèles.

Richesse. La richesse n'est pas en relation avec les attitudes envers les MGF/E selon les deux modèles.

Effets de pairs. Dans une grappe, une augmentation de 10 % du pourcentage de personnes souhaitant abandonner la pratique des MGF/E est corrélée avec une augmentation de 6 points de pourcentage des personnes interrogées déclarant s'opposer aux MGF/E[20]. Ces effets de pairs annulent les effets de l'appartenance régionale et ethnique (modèle 2).

Pour tester la robustesse des modèles et les différences entre les sexes, nous avons évalué les effets sur les femmes et les hommes de manière séparée. Lorsqu'il est envisagé uniquement pour les femmes, l'effet de l'âge sur l'augmentation de l'opposition à la pratique des MGF/E est légèrement plus prononcé. Ce résultat contraste avec les perceptions des personnes interrogées de l'étude qualitative, selon lesquelles les personnes plus âgées ont davantage tendance à soutenir les MGF (voir ci-dessous).

Aussi, les femmes des zones rurales sont légèrement plus susceptibles que celles des zones urbaines de préconiser l'abandon des MGF/E, mais l'effet est faible et n'est statistiquement significatif que dans le modèle avec effets de pairs.

20 Une distorsion est possible ici en raison de l'autocorrélation entre les réponses des individus et la réponse moyenne dans la grappe. Toutefois, moins de 5 % des individus (de l'ensemble des données de l'EDS) figurent dans des grappes comptant 8 réponses ou moins pour calculer la moyenne de la grappe. Il est donc très probable que la tendance soit raisonnablement faible.

Notre étude qualitative sur le terrain apportait quelques nuances à ces tendances. Par exemple, dans les différents contextes d'étude, nous avons constaté la présence d'éléments contradictoires concernant la probabilité selon laquelle les femmes ou les hommes sont plus susceptibles de lutter contre les MGF/E. Quelques personnes interrogées indiquaient que les femmes de leur communauté étaient défavorables aux MGF/E. Dans certains cas, les jeunes femmes ou les jeunes mères étaient spécifiquement citées, par opposition aux femmes plus âgées qui étaient perçues comme favorables à la pratique. Cependant, des grands-mères déclaraient que les jeunes mères pouvaient rencontrer des difficultés à défendre leur opinion quant aux MGF/E en raison de la hiérarchie et du respect des décisions de leurs aînés, en particulier de leurs beaux-parents. D'autres participants affirmaient que les hommes, en général, étaient plus disposés à s'opposer aux MGF/E. Par exemple, une adolescente de Dioila indiquait que les hommes jouaient un rôle important dans l'explication des conséquences de l'excision à leurs parents. Par ailleurs, certaines grands-mères de Dioila affirmaient que les hommes aussi bien que les femmes de leur communauté acceptaient d'abandonner cette pratique. Si notre analyse de l'EDS ne montrait pas de corrélations fortes entre l'âge et l'opposition aux MGF/E, nos informateurs indiquaient que les jeunes (certains parlant des moins de 30 ans) étaient plus susceptibles de soutenir l'abandon des MGF/E en raison de leur sensibilisation accrue à ses effets négatifs sur la santé des filles et des femmes. Certains jeunes décrivaient la pratique des MGF/E comme « archaïque » (à Bamako) ou « démodée » (à Ségou). Cependant, tous les jeunes ne sont pas défavorables aux MGF/E. Comme le mentionne la section 4.3, les adolescents et les jeunes ont beaucoup de respect pour leurs parents et leurs aînés, et ne remettraient pas en question leurs points de vue ni leurs décisions, y compris les décisions concernant les MGF/E.

Le tableau 14 ci-dessous résume les facteurs identifiés par l'étude qualitative comme favorisant l'abandon de la pratique des MGF/E, suivi d'une description plus détaillée de ces facteurs et d'une triangulation avec l'analyse quantitative, si nécessaire. Plusieurs participants à l'étude citaient les initiatives des ONG visant à lutter contre les MGF/E et leurs effets comme des facteurs favorisant l'abandon des MGF/E. Ces initiatives seront examinées plus en détail au chapitre 6 (Stratégies et approches pour lutter contre les MGF/E).

Nombre de ces facteurs sont liés entre eux, mais sont présentés distinctement ci-dessous pour mettre en lumière des thématiques spécifiques. Certains éléments reprennent aussi des questions abordées dans la section 5.2 (Éléments et facteurs favorisant la perpétuation des MGF/E dans l'analyse qualitative), par exemple, les raisons pour lesquelles les MGF/E se perpétuent du point de vue de la religion ou des normes relatives à l'éligibilité au mariage, tout en mettant en évidence les contre-arguments.

Tableau 14 Résumé des facteurs qui favorisent l'abandon des MGF/E

Élément / facteur favorisant l'abandon	Synthèse des résultats
Migrants de retour	• Certains témoignages indiquent que les migrants de retour à Kolokani et Kayes sensibilisent les communautés aux conséquences néfastes des MGF/E. • L'expérience de la migration est considérée une opportunité d'acquérir des informations et de changer les perceptions concernant les MGF/E.
Connaissances des conséquences sur la santé	• Des données probantes montrent que la sensibilisation aux conséquences sur la santé encourage l'abandon des MGF/E dans tous les contextes d'étude. • Les femmes affirmant avoir abandonné la pratique étaient celles dont les filles ou des proches parentes avaient souffert de graves complications suite à l'excision.
La pratique est considérée contraire à la religion	• Certaines personnes affirment que les MGF/E n'ont pas de lien avec la religion ou sont condamnées par celle-ci. • Cependant, ces informations sont parfois communiquées par des membres de la communauté et ne sont pas nécessairement discutées ou approuvées à la maison.
Éligibilité au mariage	• Certaines personnes pensent que les MGF/E n'affectent pas l'éligibilité au mariage.
Genre, âge et lieu de résidence	• Les données concernant le genre (hommes ou femmes) le plus susceptible de s'opposer aux MGF/E sont hétérogènes. • Selon des données recueillies à Dioila, les femmes tout autant que les hommes sont défavorables à cette pratique. • Perceptions généralisées selon lesquelles les jeunes sont plus susceptibles de soutenir l'abandon des MGF/E en raison de leur connaissance des effets néfastes de cette pratique sur la santé, et opinions selon lesquelles la pratique est « archaïque » ou « démodée ». • Certaines personnes pensent que les individus résidant dans les villes et les grandes agglomérations ont davantage tendance à s'opposer aux MGF/E que ceux résidants dans les zones rurales ou les « villages environnants ».

5.3.1 Migrants de retour

À Kolokani et Kayes, les personnes interrogées indiquaient que les migrants de retour jouent un rôle important dans la sensibilisation aux conséquences néfastes des MGF/E. De fait, ils ont appris ces conséquences « en dehors du pays » et peuvent ainsi sensibiliser les autres à leur retour. De même, certaines personnes interrogées à Kolokani indiquaient que l'expérience de la migration et les possibilités qu'elle offre d'acquérir de nouvelles informations pouvaient engendrer des changements de mentalité, y compris l'abandon des MGF/E.

> Personne interrogée n° 4 : c'est possible ! La vie évolue, les mentalités aussi. Les gens voyagent, s'informent sur certaines choses et ont de bonnes capacités d'analyse et de compréhension. Par ignorance, on peut défendre quelque chose avec force, mais si on se rend compte que cette pratique n'existe pas ailleurs pour telle ou telle raison, on commencera à se demander si l'on doit perpétuer ou abandonner les MGF/E (FGD avec des adolescentes à Kolokani).

Ces résultats confirment ceux de Diabate et Mesplé-Somps (2019), qui constataient que les individus (même s'ils relevaient uniquement les changements de perceptions des adultes) vivant dans des communautés avec des migrants de retour de Côte d'Ivoire étaient mieux informés des conséquences des MGF/E sur la santé. La même étude montrait que ces effets pouvaient être dus à des changements d'attitudes chez les migrants de retour (résultant de leur expérience migratoire), à leur capacité à introduire de nouvelles normes et à convaincre les populations locales à changer leurs pratiques concernant les MGF/E. En effet, les migrants de retour sont considérés par les non-migrants comme des acteurs importants et influents dans la communauté d'origine. Toutefois, aucun des participants à notre étude (à l'exception de ceux de Kolokani et Kayes) n'était en mesure de confirmer que les migrants de retour avaient pu convaincre activement ou persuader les autres d'abandonner les MGF/E.

5.3.2 Sensibilité aux conséquences sur la santé

Plusieurs personnes interrogées dans les différents contextes d'étude affirmaient qu'il faudrait abandonner les MGF/E en raison de leurs conséquences néfastes sur la santé et de leurs dangers. Les connaissances des effets des MGF/E sur la santé sont élevées. De fait, les personnes interrogées de toutes les catégories déclaraient que les MGF/E provoquent des infections, des saignements ou des hémorragies susceptibles d'entraîner la mort, des problèmes urinaires, le tétanos, la dystocie, la « frigidité » et la transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Les filles, les mères et les grands-mères évoquaient également les difficultés rencontrées par les femmes excisées, notamment des douleurs lors des rapports sexuels et des complications lors de l'accouchement. Une fille à Sikasso et une autre à Kolokani affirmaient par ailleurs que les MGF/E pouvaient entraîner la stérilité.

Dans tous les lieux d'étude, quelques grands-mères déclaraient être contre les MGF/E en raison de leurs conséquences sur la santé, mais toutes n'admettaient pas d'avoir abandonné la pratique. Les grands-mères et les mères déclarant clairement que leur famille avait abandonné la pratique étaient celles dont les filles ou des proches parentes avaient souffert de complications graves après les MGF/E. Elles avaient abandonné la pratique afin d'éviter de telles complications à leurs filles.

> Nous lui avons donné [à sa nièce] des médicaments pour arrêter l'hémorragie. Depuis lors, nous n'avons plus pratiqué les MGF/E. Elle a maintenant une fille de neuf ans, mais elle n'a pas été excisée en raison de ce que sa mère a vécu (FCS, mère, 50 ans, Bamako).

Dans plusieurs discussions de groupe (FDG) les adolescents, filles et garçons, exprimaient leur soutien au personnage féminin de la vignette (voir annexe 3) qui refusait l'excision. Ils attribuaient son opposition aux conséquences négatives des MGF/E sur la santé. Certains participants indiquaient que le personnel de santé, en particulier les sages-femmes, était bien informé de ces conséquences et pouvait diffuser des informations fiables.

5.3.3 Pratique contraire aux croyances religieuses

Quelques participants indiquaient que les MGF/E n'avaient pas de lien avec la religion, d'autres qu'elle était condamnée par leur religion, ce qui

confirme certains de nos résultats quantitatifs. Par exemple, les grands-mères de Kolokani avaient été informées que la religion musulmane ne considère pas comme appropriés les rituels traditionnels, dont font partie les MGF/E. C'est pour cela qu'elles avaient accepté d'abandonner la pratique.

> Personne interrogée n° 4 : l'islam, par exemple, condamne les MGF/E.
>
> Personne interrogée n° 5 : nous avons participé à une grande réunion à l'Institut national de recherche en santé publique sur l'abandon de la pratique, et avons appris que l'islam et le christianisme condamnent la pratique des MGF/E.
>
> Enquêteur : vous a-t-on demandé d'abandonner la pratique des MGF/E ? Ce jour-là, la décision d'abandon a-t-elle été acceptée par tout le monde ?
>
> Personne interrogée n° 4 : tout le monde a accepté (FGD avec les grands-mères à Kolokani).

Quelques filles de Bamako et de Kolokani déclaraient également que les MGF/E sont condamnées ou non autorisées par l'islam. Par exemple, une fille de Kolokani l'avait appris par « quelqu'un de la communauté » (elle n'a toutefois pas donné de détails sur cette personne, et indiquait que ce sujet n'était pas nécessairement abordé ou approuvé à la maison). Les garçons de Bamako indiquaient également que les MGF/E ne sont pas recommandées par l'islam. En outre, « toute pratique pouvant causer des souffrances à l'âme d'un être humain est condamnée par la religion musulmane ». De même, un père de Bamako indiquait que les MGF/E ne sont pas recommandées par l'islam ni approuvée par le christianisme.

Les résultats de l'analyse quantitative révélaient un paradoxe possible. Si la religion est fortement associée à la probabilité qu'une personne interrogée se déclare contre les MGF/E, elle n'a pas d'impact statistiquement significatif sur la probabilité qu'une fille soit excisée. Il est possible que les normes communautaires prennent le pas sur les attitudes individuelles lorsqu'il s'agit de déterminer si une jeune fille sera excisée ou non, ce qui souligne à nouveau la nécessité de se focaliser sur les normes sociales.

5.3.4 Éligibilité au mariage

Quelques personnes interrogées déclaraient clairement que le fait de ne pas être excisée n'avait pas de conséquence sur les perspectives de mariage, notamment un grand-père de Sikasso qui affirmait n'avoir jamais vu un homme refuser d'épouser une femme non excisée. De même, à Dioila, quelques filles indiquaient que plusieurs femmes non excisées de leur localité n'avaient pas eu de problèmes pour trouver un mari. À Ségou, quelques adolescentes indiquaient que les MGF/E n'avaient pas d'influence sur les perspectives de mariage. Pour deux hommes de Kolokani et de Dioila, le fait de ne pas être excisée n'influait pas sur les perspectives de mariage. Ils précisaient toutefois que certaines familles (très religieuses ou qui associent les MGF/E à une tradition profondément ancrée devant être respectée) n'accepteraient pas que leurs fils épousent une femme non excisée.

6 Stratégies et approches pour lutter contre les MGF/E

Une analyse plus approfondie des approches et des programmes visant à lutter contre les MGF/E est présentée dans l'analyse documentaire sur laquelle repose cette étude (Leon-Himmelstine et al., à paraître). Le Mali fait partie des pays affichant le taux de MGF/E le plus élevé au monde. Pourtant, les données sur les approches efficaces visant à éliminer la pratique sont considérablement limitées par rapport à d'autres pays tels que le Sénégal, le Kenya, l'Éthiopie et le Burkina Faso.

Les données sur les programmes de lutte contre les MGF/E au Mali semblent augmenter. Toutefois, il existe peu d'évaluations fiables des conséquences des initiatives sur les différentes étapes dans l'acquisition de connaissances, ainsi que dans le changement des attitudes et des pratiques (CAP) par une communauté (voir annexe 4, figure 4A). Les données sur la durabilité des impacts sont extrêmement rares. La documentation existante fournit cependant quelques enseignements importants sur les groupes cibles, les approches et les techniques efficaces et inefficaces des programmes de lutte contre les MGF/E au Mali (Leon-Himmelstine et al., à paraître).

À partir des résultats de l'étude, ce chapitre propose tout d'abord une présentation des approches et des programmes visant à lutter contre les MGF/E, suivie d'une discussion sur leur efficacité selon les différents participants à l'étude. Le chapitre se termine par une discussion sur les approches considérées comme les plus efficaces pour lutter contre les MGF/E, du point de vue communautaire.

6.1 Approches et programmes de lutte contre les MGF/E dans les contextes d'étude

Comme le précisait le premier chapitre, l'initiative Spotlight, financée par l'UE et le programme conjoint UNFPA-UNICEF, est un programme de partenariat mondial et pluriannuel visant l'élimination de toutes les formes de violence envers les femmes. Le Mali a reçu des financements, en partenariat avec le gouvernement, les agences des Nations Unies et la société civile, afin de contribuer à l'éradication de la violence basée sur le genre, des pratiques néfastes et des obstacles à l'accès aux services de santé reproductive. L'UNICEF et l'UNFPA, avec le soutien d'ONG partenaires, ont mis en œuvre le programme dans cinq régions où a eu lieu la collecte de données (Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou et district de Bamako). Les six partenaires de l'UNICEF et de l'UNFPA chargés de la mise en œuvre dans les lieux d'étude sont Tostan (Dioila), MPDL (Kayes), l'ASSAFE (Ségou), l'APSEF (Bamako), Tagne (Kolokani) et CAEB (Sikasso). En ce qui concerne la connaissance de ces programmes, les participants à l'étude évoquaient Tagne à Kolokani, Tostan à Dioila, et un chef local à Bamako mentionnait également l'APSEF. D'autres ONG étaient évoquées, notamment l'association de soutien au développement des activités de population (ASDAP) et World Vision à Ségou[21].

D'après les partenaires de l'UNICEF travaillant dans nos contextes d'étude, leurs organisations ont mis en œuvre des initiatives, aux niveaux du

21 Tostan et l'ASDAP sont des partenaires de l'UNFPA. Les autres ONG citées sont des partenaires de l'UNICEF.

cercle ou du district, de la commune et du village ou de la communauté, sur plusieurs questions liées à la santé et à la protection de l'enfance, et notamment au mariage des enfants, à l'éducation, à la santé sexuelle et reproductive et aux MGF/E. Les activités concernant les MGF/E et les services associés (par exemple, la santé, l'éducation, les VBG) se tenaient dans le cadre d'une approche multisectorielle / parties prenantes à laquelle participaient le personnel des ONG, le gouvernement local (personnel de santé et d'éducation), les radios locales et les chefs locaux et religieux. Certains acteurs, tels que les chefs religieux et locaux, les exciseuses traditionnelles ou les pères étaient ciblés directement par des initiatives, mais pouvaient également participer à la facilitation (à titre de facilitateurs, de « modèles », de soutiens aux facilitateurs des ONG) après avoir été sensibilisés et formés.

Les partenaires étaient présents sur les lieux de l'étude de 2016 (Tostan) à 2020 (par exemple, MPDL à Kayes et l'APSEF à Bamako). Toutefois, les activités de l'initiative Spotlight, menées par certains partenaires (l'ASSAFE à Ségou), venaient de commencer, environ deux mois avant notre collecte des données primaires. Le financement des activités était assuré principalement par l'UNICEF et l'UNFPA, mais le gouvernement (en particulier le ministère de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille) occupait une place incontournable en fournissant une assistance technique et en facilitant le contact avec les communautés. La coordination des activités était assurée par les comités locaux d'action pour l'abandon des pratiques traditionnelles néfastes (CLAPN). Grâce à cette plateforme, les partenaires devraient se réunir tous les trois mois pour échanger des informations, faire le point sur leurs activités et discuter des défis à relever. Cependant, le manque de ressources empêche cette plateforme d'organiser des sessions de rencontre régulières.

Les partenaires indiquaient avoir mis en œuvre les initiatives selon une approche holistique (couvrant aussi d'autres thèmes tels que l'éducation, la santé, l'émancipation économique) et inclusive (ciblant une variété de parties prenantes, bien que les adolescents de moins de 15 ans ne soient généralement pas impliqués). Deux partenaires seulement décrivaient les approches spécifiques de leurs programmes : Tostan, qui utilise une approche basée sur les droits de l'homme et l'APSEF, qui utilise la méthode GRAAP[22].

Selon les informateurs principaux de l'étude, les ONG ont mis en œuvre plusieurs activités d'information et de sensibilisation. Ces activités comprenaient des formations, des débats et des

22 GRAAP est une organisation de développement qui travaille en Afrique de l'Ouest. Son approche repose sur la théorie selon laquelle les populations rurales doivent pouvoir prendre des décisions seules et se développer par elles-mêmes. Pour encourager ce processus, il est bon de sensibiliser la communauté par l'intermédiaire de « facilitateurs de village » ou « d'animateurs » formés qui dynamisent la discussion entre les membres de la communauté. Cette approche, développée au Burkina Faso dans les années 1980 pendant les rencontres de groupe, utilise des images comme supports visuels pour identifier les problèmes de la communauté, l'impact de ces problèmes et les changements envisageables pour les résoudre. La documentation existante sur l'évaluation de l'efficacité de la méthode GRAAP est limitée. Les enseignements tirés de la mise en œuvre de la méthode par l'Agence de coopération et de recherche pour le développement (ACORD) au Mali et au Burkina Faso montrent que, lorsque la communauté ne s'approprie pas le projet, l'efficacité reste limitée. Ils soulignent aussi la nécessité de disposer d'animateurs de village hautement qualifiés (Roche, 1991). L'évaluation montre également que cette méthode pourrait se révéler efficace surtout pour répondre à des situations de crise où une résolution des conflits et un changement rapide de comportement sont nécessaires (Ibid).

discussions (avec des témoignages d'exciseuses traditionnelles ou de femmes victimes des MGF/E, de personnel de santé, de chefs religieux). Elles comprenaient aussi l'utilisation de supports audiovisuels tels que des photos plastifiées, des dessins ou des diagrammes, des déclarations publiques (particulièrement utilisées par Tostan), des dialogues intergénérationnels, la formation de formateurs, l'implication des « modèles », la rédaction et la distribution de messages destinés aux chefs religieux, les médias sociaux (Facebook), des brochures pour expliquer les MGF/E à l'école et des activités artistiques (pièces de théâtre, poèmes, danse, chansons, projection de films et sketches).

Les activités se déroulent régulièrement (une ou plusieurs fois par semaine), et la durée des initiatives varie. Celles de Tostan s'étendent sur trois ans (elles portent aussi sur d'autres thèmes que les MGF/E). Si les financements sont disponibles, dans les communautés où la pratique persiste, Tostan met aussi en place une initiative après la fin du programme pour renforcer l'abandon des MGF/E. La durée des activités des autres partenaires dépend également des financements, et peut aller d'un an à quatre ans. Le suivi est régulier (tous les mois ou les trois mois), et consiste en une visite aux communautés en compagnie des bailleurs de fonds et de quelques représentants du gouvernement, parfois avec des évaluations à mi-parcours et à la fin du projet. Toutefois, selon les informateurs principaux de l'étude, aucune approche officielle de suivi, évaluation, recherche et apprentissage (MERL) n'a été développée. De plus, seule l'APSEF de Bamako préconisait de partager les progrès, les enjeux et les résultats de son programme avec les membres de la communauté.

Les partenaires mentionnaient plusieurs difficultés qui affectent la mise en œuvre des actions, notamment :

- Le manque de coordination (malgré l'existence des CLAPN et les efforts reconnus du PNAVBG) entre les ONG et le gouvernement. Personne ne sait ce que font les autres, ce qui fonctionne ou pas, les indicateurs utilisés et les changements adoptés suivant les actions (le cas échéant), etc.
- Le manque de coordination entre les autorités locales et les responsables nationaux
- L'épuisement des communautés, constamment confrontées à des ONG qui font toujours « la même chose », comme on disait à Dioila
- Des réactions négatives de la part de membres des communautés, tels que les chefs ou les chefs religieux, ne voulant pas participer aux activités ou conseillant aux autres personnes de leur communauté de ne pas y participer
- Les difficultés à impliquer les hommes, en raison de leurs activités économiques incompatibles avec le calendrier des initiatives ou parce qu'ils considèrent que les MGF/E sont une affaire de femmes
- Les conditions exigées par les bailleurs de fonds (par exemple, l'obligation de prendre des photos des participants alors qu'ils ne souhaitent pas être photographiés)
- Le manque d'équipement des partenaires (ordinateurs, imprimantes, motos pour se déplacer dans les communautés)
- Un budget limité pour lequel plusieurs ONG sont en concurrence
- L'incapacité du gouvernement à trouver des financements, à adopter une stratégie pour lutter contre les MGF/E et à prendre la « place du pilote » pour assurer la durabilité des initiatives.

Plusieurs participants à l'étude (en particulier les filles adolescentes) indiquaient qu'elles n'avaient jamais entendu parler d'une quelconque approche ou action visant à lutter contre les MGF/E et n'y avait jamais participé. Cependant, d'autres participants se rappelaient les diverses

initiatives mises en œuvre dans leur localité. Des participants à l'étude soulignaient que dans leurs localités, l'ASDAP et Tostan effectuaient des activités régulières depuis longtemps. Les participants à l'étude déclaraient que le principal message reçu par ces initiatives concernait les conséquences néfastes des MGF/E sur la santé et, dans une moindre mesure, l'absence de justification religieuse pour la pratique. Les partenaires confirmaient avoir transmis ces messages, ainsi que des messages relatifs aux droits des femmes et des filles.

6.2 Efficacité des actions contre les MGF/E dans les contextes d'étude

Nous décrivons ci-dessous les initiatives citées par les personnes interrogées et leur perception de l'efficacité dans la lutte contre les MGF/E.

Discussions. À Ségou et Kolokani, au cours d'une FDG, les mères indiquaient que les discussions ciblant les femmes et les hommes d'âge mûr, des méthodes utilisées par des ONG (certaines parlaient de Tagne et de l'ASDAP), entraînaient des changements positifs concernant la perception des MGF/E. À Kolokani, les grands-mères indiquaient que ces discussions étaient animées par un homme qui venait « chaque jeudi » leur parler, à elles et aux hommes, de différents thèmes (MGF/E, santé des filles et des femmes, « droits »). Cependant, depuis la fin de ce projet il y a environ deux ou trois ans, plus personne ne s'était présenté. Les professionnels de santé de Dioila assistaient régulièrement à des discussions, organisées par des ONG partenaires avec des membres de la communauté. Les discussions permettaient de sensibiliser aux conséquences des MGF/E, de réduire la stigmatisation et d'améliorer la communication entre les générations.

> Personne interrogée n° 1 : nous communiquons beaucoup avec nos filles, nous abordons plusieurs sujets et surtout celui des MGF/E. Ce n'était pas le cas dans le passé. Nos discussions, surtout avec nos filles les plus âgées, commencent à porter leurs fruits.
>
> Personne interrogée n° 4 : sans les responsables du projet, l'excision ne serait pas un sujet de discussion avec les adolescentes.
>
> Personne interrogée n° 2 : les messages sur ces pratiques nous ont donné des informations. Avant, je ne savais pas que les MGF/E avaient des conséquences (FDG avec des mères à Kolokani).

D'autres participants à Kayes et Kolokani déclaraient que dans leurs localités, des représentants du gouvernement et des ONG venaient pour organiser des « discussions » sur les MGF/E, visant à sensibiliser l'opinion publique. Deux filles à Kayes parlaient d'une ONG (sans se souvenir de son nom) qui ciblait les jeunes.

Diffusion de l'information. À Kolokani, certaines grands-mères indiquaient avoir reçu des informations concernant les conséquences sur la santé des MGF/E lors d'un événement organisé par l'Institut national de recherche en santé publique en 2018. À l'occasion de cet événement, les grands-mères apprenaient que les MGF/E n'avaient aucun lien avec la religion et qu'il serait bon de les abandonner. Certaines grands-mères indiquaient avoir réellement abandonné les MGF/E après l'événement. À Dioila, les pères déclaraient que les mères et les grands-mères recevaient aussi des informations des « groupes

Teguereni[23] ». Certaines personnes interrogées recevaient des informations sur les MGF/E à l'école ou dans les centres de santé. Une adolescente de Ségou racontait que des animateurs d'ONG venaient dans son école pour parler aux filles des conséquences des MGF/E et de l'importance d'abandonner la pratique. Ces activités, précisait-elle, avaient lieu environ une fois par an. Une autre fille de Ségou indiquait qu'un « représentant de l'UNICEF » donnait des informations sur les MGF/E au centre de santé, au cours de séances de discussions sur les soins prénatals et postnatals. Les personnes interrogées soulignaient que les informations reçues les avaient aidées à accroître leurs connaissances sur les conséquences des MGF/E sur la santé et sur l'absence de lien avec la religion.

Déclarations publiques et rencontres communautaires. Plusieurs participants de toutes catégories et âges confirmaient que ces approches étaient principalement observées à Dioila et mises en place par des chefs religieux et les animateurs de Tostan.

> Une réunion a eu lieu chez le chef du village, au cours de laquelle nous avons décidé de ne plus critiquer les filles non excisées, communément appelées « blakoro mousso », c'est-à-dire femme puérile… Cette décision a été prise il y a quelque temps sous la direction de l'ONG Tostan (adolescente, 17 ans, Dioila).
>
> Nous avons signé un protocole d'abandon. Toute personne qui persiste est dénoncée et, en cas de problème, elle devra comparaître devant les autorités. C'est pour cela que je disais que cette pratique est punie (informateur principal, représentant de l'imam, Dioila).

À Dioila, les opinions concernant le succès des initiatives de Tostan pour lutter contre les MGF/E étaient contrastées. D'une part, certaines personnes interrogées considéraient ces approches efficaces car les femmes « n'ont plus honte de discuter des MGF/E avec leurs maris », ou « ne se considèrent plus comme inférieures, peuvent parler avec leurs maris et aussi les influencer sur les décisions ». D'autres personnes interrogées ajoutaient que la stigmatisation envers les filles et les femmes non excisées diminuait grâce à ces initiatives, car elles ne sont plus « critiquées » ou « stigmatisées ». Cependant, d'après certains pères, si les connaissances quant aux conséquences des MGF/E se renforçaient, les comportements ne changeaient pas pour autant. Comme l'indiquait l'un d'eux, « peu importe la sensibilisation accrue, je n'ai jamais entendu une femme dire qu'elle ne fera pas exciser ses filles ». Par ailleurs, certaines filles à Dioila déploraient de ne pas avoir été ciblées par les activités de Tostan, et les informateurs principaux indiquaient que les activités de cette ONG avaient pris fin il y a environ deux ans. D'autres filles ayant participé aux activités de Tostan ne se souvenaient pas des raisons évoquées par l'ONG en faveur de l'abandon des MGF/E, mis à part le fait que les MGF/E n'étaient pas une pratique louable.

Initiatives de sensibilisation. D'après les personnes interrogées, ces activités sont mises en œuvre sous différents formats et s'adressent à un grand nombre de membres de tous âges dans les communautés. Plusieurs participants dans

23 Le terme « Teguereni » signifie en bamanankan « applaudir ». Les groupes Teguerini sont formés d'environ 30 femmes qui se réunissent une fois par semaine afin d'économiser de l'argent pour leurs activités génératrices de revenus. Au cours de ces réunions, les ONG mènent des activités de sensibilisation aux MGF/E et à d'autres thèmes liés à la violence basée sur le genre.

les différents contextes d'étude déclaraient avoir entendu des messages promouvant l'abandon des MGF/E à la télévision et surtout à la radio. Certains indiquaient que ces messages provenaient du gouvernement.

À Dioila, Radio Diamako, TM2 et Mara demè (une station de radio qui soutient l'éducation sociale) présentaient fréquemment des programmes relatifs aux MGF/E et à leur abandon. Les participants entendaient des messages contradictoires à la radio. Plusieurs personnes (sans distinction de catégorie) avaient entendu que l'excision « nuit à la santé et à l'intégrité physique de la femme » (comme le disait une mère) et, en conséquence, étaient favorables à son abandon. Cependant, quelques filles de Kolokani avaient entendu à la radio que les filles non excisées se marient difficilement. D'autres femmes indiquaient que certains messages étaient diffusés sans aucune sensibilité, ce qui les mettaient mal à l'aise.

> Personne interrogée n° 5 : nos émissions de radio parlent régulièrement des MGF/E. Mais si nous sommes en présence de personnes âgées, les témoignages des enfants nous mettent mal à l'aise car ils évoquent la douleur que ressentent les filles et les cris qu'elles poussent pendant l'excision. L'exciseuse leur répond méchamment et leur ordonne de se taire : « Tais-toi, tu n'es pas la première à être excisée, ni la seule, ni la dernière ! » (FGD avec des mères à Dioila).

Par ailleurs, certains participants déclaraient que les messages diffusés par la radio ne changeaient pas les pratiques. De fait, ni eux ni d'autres personnes de leur communauté n'avaient abandonné les MGF/E. La projection de films était une autre activité de sensibilisation citée. À Sikasso surtout, les filles déclaraient qu'environ un an avant l'entretien, elles avaient vu des films sur les MGF/E, mais ne se souvenaient pas qui avait organisé la projection. En outre, elles n'avaient pas compris les raisons invoquées pour lutter contre les MGF/E. À Kolokani, les mères et les adolescentes mentionnaient le théâtre comme approche de sensibilisation.

> Personne interrogée n° 1 : nos adolescentes ont la même mentalité que Mariam [personnage féminin de la vignette qui était contre les MGF/E]. Elles ont compris les conséquences néfastes des MGF/E. Elles ont même formé une troupe théâtrale pour sensibiliser les villages environnants à ce phénomène (FDG avec des mères à Kolokani).

Ces spectacles diffusaient des informations sur les conséquences néfastes des MGF/E et demandaient à la population d'abandonner cette pratique. À Sikasso et Dioila, dans le cadre des réunions communautaires, certains participants indiquaient que les responsables de la mise en œuvre des activités (Tostan à Dioila) montraient des images reflétant les conséquences des MGF/E. Les grands-mères avaient eu « peur » après avoir vu ces images et voulaient mettre fin à l'excision après en avoir compris les conséquences. Cependant, d'autres personnes interrogées constataient qu'un renforcement des activités de sensibilisation (y compris l'utilisation d'images) n'entraînait pas nécessairement de changements dans les pratiques. Comme le précisait une fille de Sikasso, « même avec [ces séances et ces images], ils [les membres de la communauté] n'ont pas cessé de pratiquer la MGF/E ». Cela confirme que les changements au niveau des connaissances et des attitudes n'entraînent pas nécessairement de changements au niveau des pratiques.

Les données concernant l'efficacité de ces approches sont contradictoires. Certaines filles de Ségou indiquaient avoir été sensibilisées aux conséquences des MGF/E sur la santé par des professionnels de santé, mais soulignaient également que la pratique perdurait « en raison de l'insistance des femmes âgées pour perpétuer les MGF/E ». Cependant, les grands-mères de Kayes déclaraient que les professionnels de santé leur avaient permis d'accroître leurs connaissances et leur sensibilité, ce qui les avait amenées à abandonner la pratique « pour préserver la santé des filles et des femmes ». Les perceptions concernant les sages-femmes sont aussi contradictoires, car si elles évoquent les conséquences des MGF/E, elles continuent de pratiquer des excisions.

> Personne interrogée n° 5 : les professionnels de santé nous demandent d'abandonner les MGF/E, mais ils continuent de les pratiquer. Pourquoi ? Nous vous posons cette question pour que vous interrogiez les professionnels de santé. Pourquoi vous demandez-nous d'abandonner cette pratique alors même que les sages-femmes les perpétuent en demandant un paiement ? (FGD avec des pères à Bamako).
>
> Personne interrogée n° 1 : il est difficile pour moi de faire confiance aux sages-femmes, car ce sont elles qui excisent les filles dans les centres de santé et, souvent, ce sont elles qui nous demandent de ne pas pratiquer l'excision. Leurs positions sur l'excision sont vraiment contradictoires (FGD avec des mères à Ségou).

Loi interdisant les MGF/E. Ce n'est pas une initiative en soi, mais plusieurs personnes interrogées exprimaient leur point de vue sur une éventuelle loi interdisant les MGF/E. Les positions étaient contrastées. Certains participants étaient favorables à une telle loi, notamment les adolescents et les informateurs principaux (dirigeants locaux, anciennes exciseuses traditionnelles, personnel de santé) considérant qu'une telle loi pourrait contribuer au manque de sensibilisation aux conséquences de cette pratique sur la santé.

> Les autorités devraient adopter une loi interdisant les MGF/E. Certaines personnes ont du mal à comprendre les problèmes que l'excision peut engendrer. Si on adopte une loi, ils comprendront que les conséquences sont réelles et que l'État est contre cette pratique (FGD avec des adolescents, Ségou).

D'après les personnes opposées à une éventuelle loi interdisant l'excision, il n'est pas bon de forcer les gens par la loi, notamment avec une loi qui pourrait aller à l'encontre de leurs convictions religieuses. Ces opinions étaient exprimées par des participants à l'étude de toutes catégories et de tous âges.

> Non, jamais ! Je ne serais pas du tout d'accord [rires], c'est une question de vie ou de mort. C'est comme si l'État décidait de promulguer une loi réduisant à quatre les cinq prières quotidiennes obligatoires de l'islam (informateur principal, chef de village, Kayes).

D'autres participants non favorables à une éventuelle loi considèrent les MGF/E comme une pratique traditionnelle sans conséquences néfastes. Ce constat confirme d'autres publications sur le Mali. Par exemple, une enquête menée

par Berfad (2020) à Kayes, Diéma et Yélimané, notamment auprès des chefs de village et des chefs traditionnels, révélait que 75 % d'entre eux n'étaient pas favorables à l'adoption d'une loi visant à mettre un terme aux MGF/E. De même, Cetorelli et al. (2020) constataient que les lois n'ont pas d'effet significatif sur la prévalence des MGF/E, et que le changement légal à lui seul pourrait se révéler insuffisant pour modifier les comportements. D'un point de vue anthropologique, la législation est un outil controversé de changement culturel (Newman et 28toomany, 2020). Si des arrestations ou des procédures judiciaires ont parfois lieu, les données montrent que lorsque les lois sur les MGF/E ne sont pas acceptées par la volonté collective, le respect de leurs obligations est faible, comme on le constatait au Soudan (Tønnessen et al., 2017), au Sénégal (Tomas et al., 2018) et dans d'autres contextes africains (Toubia 1995 : 45). La législation pourrait également encourager des pratiques clandestines ou transfrontalières sur des filles plus jeunes, comme on le constatait en Éthiopie (Boyden et al., 2012) et au Sénégal (Tomas et al., 2018).

6.3 Approches et initiatives qui favorisent le changement d'attitudes et de comportements selon la perspective des communautés

Nous analysons ci-dessous la perception des participants à l'étude concernant les meilleures approches pour lutter contre les MGF/E.

Une implication continue et à long terme. Les personnes interrogées constataient que l'abandon des MGF/E n'avait pas progressé dans les localités où les partenaires de mise en œuvre avaient mis en place une initiative pendant un certain temps mais, une fois celle-ci terminée, n'étaient jamais retournés dans les zones d'intervention. D'autres participants indiquaient que l'abandon des MGF/E demande du temps. À Kolokani, un homme d'une trentaine d'années indiquait « qu'il ne faut pas se précipiter ». Un enseignant de Ségou se montrait, quant à lui, très critique à l'égard des courts délais de mise en œuvre des ONG et suggérait l'importance d'un engagement continu.

> On voit aujourd'hui que les projets des ONG sont là pendant quelques semaines, au maximum un, deux ou trois mois, puis ils partent... La pratique va alors reprendre, car dans notre société, tout le monde est en faveur de l'excision. La sensibilisation doit être continue (informateur principal, enseignant, Ségou).

Il est toutefois important de préciser que certains informateurs principaux peuvent ne pas avoir participé à des programmes qui prévoient des interventions plus longues, notamment des initiatives annuelles qui impliquent un travail direct avec les membres de la communauté.

Implication de toutes les parties prenantes de la communauté. Les grands-mères de Dioila pensaient que « pour avoir une véritable portée, il faut atteindre l'ensemble de la communauté ». À Kayes, un partenaire de mise en œuvre indiquait que les chefs de village et les autres membres du gouvernement local (y compris les représentants techniques et administratifs) doivent être informés des initiatives et impliqués dès le début pour faciliter l'accès et l'adhésion. En outre, les initiatives doivent inclure les services de l'État, les gouvernements locaux et les autorités traditionnelles. Des personnes interrogées déclaraient également que les actions individuelles n'auront aucun impact dans des communautés qui attendent un consensus collectif.

> En ce qui concerne les MGF/E, je peux difficilement agir contre cette pratique car je risque de me faire des ennemis dans ma famille ainsi que dans la communauté. Il faut d'abord qu'il y ait unanimité sur les inconvénients [des MGF/E] avant de s'engager dans la lutte pour leur abandon. Ainsi, les ONG doivent collaborer avec les hommes, les femmes, les jeunes... Cela me permettra de m'engager avec d'autres personnes qui soutiennent son abandon (FCS, frère, 37 ans, Kolokani).

La participation des jeunes, des parents et des aînés, notamment, était considérée comme une stratégie potentiellement efficace, à condition que les aînés soient abordés avec respect. Les chefs communautaires et religieux sont aussi des acteurs importants avec lesquels il faut collaborer. En outre, les participants à l'étude indiquaient que certaines initiatives ne ciblent que certains groupes (par exemple, les aînés, les mères ou les adolescents). D'autres groupes n'étaient pas concernés ni encouragés à participer (par exemple, les pères). Les groupes ne participant pas de manière régulière étaient moins susceptibles de communiquer un changement dans leurs opinions.

Actions menées par la communauté. De même, les participants à l'étude déclaraient que l'efficacité des initiatives contre les MGF/E dépend des communautés, qui devront participer à leur conception et les approuver. Les personnes interrogées soulignaient aussi que les membres de la communauté doivent contribuer à l'identification des motivations à l'origine des MGF/E dans chaque contexte spécifique, à l'élaboration des messages ainsi qu'au type et au contenu des actions.

> Personne interrogée n° 1 : (...) avant toute action, il faut aller à la source, déterminer en amont quel est le problème, puis analyser la pertinence des travaux à mener dans ce village. Après cette analyse, il est bon de réunir tous les villageois pour leur expliquer l'idée au cœur de vos travaux sur l'excision. S'ils sont d'accord avec votre idée, les activités peuvent commencer en développant l'approche avec eux. Pour obtenir un changement de comportement, l'ensemble de la communauté doit contribuer à l'élaboration du programme de sensibilisation, aux messages à diffuser au sein de la communauté et aux actions à entreprendre. Si vous ne travaillez pas avec la communauté, si vous vous contentez de développer un programme pour l'imposer aux communautés, cela ne marchera pas. Si l'activité de sensibilisation n'est pas menée correctement, il n'y aura pas de résultats. Les chefs qui auraient dû être impliqués ne l'ont pas été. Les ONG ont présenté un programme qu'elles ont voulu imposer à la population. Cela ne fonctionnera pas, les membres de la communauté ne l'accepteront pas parce qu'il ne tient pas compte de leurs points de vue (FGD avec des pères à Ségou).

Impliquer les modèles / les personnes d'influence au niveau local. Nos données montrent que lorsque les informations sont transmises par des acteurs locaux (en particulier ceux qui sont respectés, sources d'inspiration et dont les connaissances sont appréciées), les membres de la communauté considèrent que les informations sont fiables et objectives. Lorsque les modèles expriment leur opinion ou partagent leur expérience, ils sont en mesure de motiver les autres à changer la norme.

> Félicitations à [nom du membre masculin concerné de la communauté]. Il a joué un grand rôle dans la sensibilisation aux inconvénients de l'excision des femmes. Il a montré l'exemple en refusant d'exciser ses filles, et beaucoup l'ont suivi. Les gens commencent à comprendre que si leurs filles ne sont pas excisées, elles peuvent bien se développer. Personnellement, j'ai changé d'avis… (informateur principal, dirigeant de jeunes, Kayes).

Les membres des communautés ne faisaient pas nécessairement confiance aux informations communiquées uniquement par les employés des ONG (perçus comme des étrangers), ou ne les retenaient pas. Le rôle des imams était jugé particulièrement important par les adolescents, car ils peuvent diffuser des informations sur les MGF/E et préciser que son abandon ne viole aucun principe religieux. Le personnel de santé, notamment les sages-femmes, est également considéré un acteur important ayant la capacité d'informer les parents et les grands-parents sur les conséquences négatives des MGF/E. Les personnes « éduquées » sont également identifiées comme des acteurs respectés et écoutés par les membres de la communauté.

Le rôle de l'autorité et le respect. Dans tous les lieux d'étude, les personnes interrogées soulignaient l'importance de l'autorité dans leur communauté, les parents et les aînés se trouvant au sommet. Le rôle des beaux-parents est particulièrement important car les enfants sont considérés comme appartenant à la famille paternelle. Par conséquent, comme indiqué précédemment, une femme s'opposant à la pratique des MGF/E sur son enfant pourrait être considérée comme irrespectueuse et même provocatrice, car cela signifierait qu'elle revendique cet enfant comme le sien.

L'importance de préserver la culture et les pratiques ancestrales. Certaines personnes interrogées critiquaient les initiatives en faveur de l'abandon des MGF/E en raison de la manière incorrecte dont les messages sont transmis (par exemple, en insistant sur l'évolution de la société, l'introduction des idées modernes, le respect des droits de l'homme) au lieu de souligner les aspects positifs de la culture et de la tradition locale.

> Personne interrogée n° 5 : on nous dit aujourd'hui que la pratique des MGF/E est malsaine. D'accord, je ne peux le nier parce que je suis médecin, mais je ne suis pas convaincu. Pourquoi ? Aujourd'hui, les gens vont au centre de santé, mais beaucoup de choses peuvent se régler à la maison. Pour moi, c'est une tradition et aussi une recommandation de notre religion, de notre culture. Cette pratique devrait continuer (FGD avec des pères à Bamako).

Ces messages faisaient référence à l'abandon des pratiques sacrées et ancestrales transmises de génération en génération par les aînés. Par exemple, comme l'expliquaient les grands-mères, des dialogues respectueux et attentionnés, de même que l'échange d'informations d'aîné à aîné, peuvent s'avérer plus efficaces que la confrontation directe entre les jeunes mères et leurs beaux-parents.

7 Conclusions et recommandations

Au Mali, la plupart des filles (89 % des filles et des femmes âgées de 15 à 49 ans) sont excisées. Cela montre que la prévalence de la pratique n'a pas beaucoup changé au fil du temps. Les participantes à notre recherche qualitative confirmaient ce constat. De fait, presque toutes les filles de notre échantillon ont subi des MGF/E, même si la pratique a changé au fil des ans.

La plupart des filles sont aujourd'hui excisées quelques jours ou quelques mois après leur naissance, alors que leurs mères ou leurs grands-mères l'étaient à des âges allant de 8 ans jusqu'à la fin de la puberté. La plupart des praticiennes sont des exciseuses traditionnelles, qui utilisent principalement des lames, quelques-unes des couteaux. Ces deux outils sont désinfectés avec de l'alcool médicinal. Certains participants à notre étude soulignaient également le rôle récent des professionnels de santé en tant que praticiens.

Les filles excisées de Sikasso, Bamako et Dioila ont pour la plupart subi des MGF/E de type 1 (clitoridectomie). À Ségou et Kayes, les MGF/E pratiquées sont majoritairement de type 2 (ablation partielle ou totale du gland clitoridien et des petites lèvres). De manière générale, les données nationales de l'EDS montrent une diminution des MGF/E de type 2 de plus de 50 % au cours des dernières années (de 75 % en 2006 à 36 % en 2018). En revanche, les MGF/E de type 1 n'ont cessé de croître (figure 1 ci-dessus).

Immédiatement après l'excision, les MGF/E sont souvent soignées avec de l'alcool médicinal et un médicament traditionnel connu sous le nom de « poudre noire ». La plupart des personnes interrogées indiquaient que les cérémonies relatives aux MGF/E ne se pratiquaient plus et que l'intervention avait lieu individuellement. Pour certaines filles, une petite célébration ou fête est organisée avec leurs proches parents ou dans le village lorsque plusieurs filles sont excisées en même temps. Notre analyse des données de l'EDS par région montre également de légers changements dans la prévalence des MGF/E depuis 2001. Les données qualitatives issues des différents contextes étudiés apportent des nuances à ce constat. Les participants à l'étude de Dioila soulignaient que la prévalence des MGF/E avait diminué au cours des 5 à 10 dernières années. À Kayes et Sikasso, en revanche, les MGF/E étaient pratiquées par presque toutes les familles. À Ségou, Kolokani et Bamako, les participants déclaraient que la pratique se poursuivait. Les avis étaient toutefois partagés quant à savoir si elle avait diminué ou pas ces dernières années. Il est probable que les tendances régionales masquent des différences plus nuancées à des niveaux géographiques plus restreints.

Comme l'expliquaient les personnes interrogées, un enfant appartient au foyer paternel et les aînés occupent la position la plus élevée en termes de respect, de décision et d'autorité. Par conséquent, la personne qui décide si une fille subira ou non une MGF/E est principalement la grand-mère paternelle, et ce sont souvent les tantes paternelles qui organisent les MGF/E (sauf à Sikasso, où il semblerait que ce soit les hommes plus âgés qui prennent la décision), étant donné que les MGF/E sont considérées comme une « question de femmes ».

Ce résultat est confirmé par la documentation montrant que dans la plupart des contextes africains, ce sont les femmes plus âgées ou les grands-mères qui ont le plus d'influence et d'autorité sur la pratique des MGF/E. Elles auraient donc aussi le pouvoir d'y mettre fin (Newman et 28toomany, 2019 ;

Shell-Duncan et al., 2018). De la part d'une mère, il serait irrespectueux de contester la décision de sa belle-mère concernant l'excision de sa petite-fille. Cela pourrait sous-entendre que l'enfant n'appartient pas au foyer du père. Les grands-mères et les mères ont toutefois des positions contrastées. Certaines soutiennent la perpétuation des MGF/E, d'autres souhaitent son abandon.

Notre analyse des données nationales de l'EDS 2018 va en partie à l'encontre de ce constat. De fait, elle montre que l'attitude de la mère à l'égard de la perpétuation des MGF/E est un facteur important dans la décision d'exciser ou non sa propre fille.

Cependant, l'étude ne fournit pas d'informations précises quant aux personnes qui prennent les décisions concernant les MGF/E ni quant aux attitudes des autres membres du ménage ou de la famille élargie. Les attitudes et opinions ou positions des mères pourraient être corrélées avec celles des décideuses (grands-mères) qui, elles aussi, changent ou sont en train de changer d'attitude vis-à-vis des MGF/E.

Concernant les adolescentes, elles n'ont pas d'influence sur la décision, et leurs attitudes et positions quant à la perpétuation de la pratique sont contrastées. Les hommes adultes ne sont pas les principaux responsables de la prise de décision (sauf à Sikasso), mais les pères financent les dépenses liées aux MGF/E. Certains pères souhaiteraient que la pratique soit abandonnée, tout en précisant qu'ils ne contrediraient pas leurs propres mères si elles étaient favorables à l'excision de leurs filles.

La majorité des garçons adolescents sont favorables à l'abandon des MGF/E (les jeunes hommes scolarisés s'opposent à la pratique), mais déclaraient qu'ils ne contrediraient pas les souhaits de leurs mères si elles étaient favorables aux MGF/E.

D'autres parties prenantes jouent un rôle important et exercent une influence sur les perceptions et les décisions concernant les MGF/E, notamment les chefs religieux, les autorités et les chefs locaux. Ces acteurs avaient des positions contrastées concernant la perpétuation de la pratique. Les professionnels de santé sont considérés comme des personnes influentes (et très respectées en raison de leurs connaissances dans le domaine de la santé), mais aussi comme des exécutants. Pour certaines personnes interrogées, les professionnels de santé transmettent des messages contradictoires. Ils se déclarent opposés aux MGF/E, mais la pratiquent quand même, y compris sur leurs propres filles.

Les exciseuses traditionnelles exercent également une influence (en raison de leur position dans la société malienne) et occupent le rôle d'exécutantes, même si celles de notre échantillon déclaraient avoir abandonné la pratique.

Notre étude portait également sur les facteurs en faveur ou contre la perpétuation des MGF/E. Il semblerait que les personnes moins instruites sont plus susceptibles d'être en faveur des MGF/E, de même que les personnes âgées (en tant que « gardiennes des pratiques traditionnelles ») et certaines ethnies telles que les Malinké, les Baman, les Peul et les Bambara.

L'analyse de l'EDS confirmait en partie ces constats sur l'importance de l'éducation et de l'origine ethnique. Toutefois, les données montraient que le nombre d'années d'étude n'avait qu'un impact relativement limité sur les attitudes vis-à-vis des MGF/E. Les croyances relatives aux bienfaits des MGF/E pour la santé sont également importantes. Certaines personnes interrogées déclaraient en effet que les MGF/E contribuaient à la bonne santé des filles et les protégeaient de problèmes de santé ou de maladies tels que les

douleurs menstruelles, les maux d'estomac ou même la déficience intellectuelle des enfants.

Nos observations montrent que les normes sociales et de genre ont des significations différentes selon les contextes étudiés. Tout en étant semblables quant à leur influence sur la perpétuation des MGF/E, elles sont néanmoins liées aux contextes particuliers. Comme l'observent Wander et Shell-Duncan (2020 :1), « les pratiques en matière de MGF/E varient énormément d'une population à l'autre en ce qui concerne la portée… des circonstances entourant l'excision, et ses significations culturelles ».

Notre analyse de l'EDS 2018 souligne l'importance de l'effet de pairs. La proportion de filles âgées de 0 à 9 ans qui sont excisées dans l'entourage d'une personne interrogée augmente la probabilité qu'une fille âgée de 0 à 4 ans le soit aussi. Les opinions de l'entourage d'une personne interrogée prédisent fortement si cette dernière se prononcera en faveur ou non de l'abandon des MGF/E. Toutefois, un paradoxe apparaissait dans notre étude. Si les attitudes et les opinions de la communauté prédisent les attitudes et les opinions individuelles envers la pratique, elles ne prédisent pas pour autant la probabilité de l'excision d'une fille de la communauté. Il est possible que les personnes interrogées exagèrent leur opposition aux MGF (par exemple, en raison d'un biais de désirabilité sociale) ou bien que les attitudes et les opinions, en moyenne, ne soient pas décisives. Ce sont en effet les attitudes et les opinions des « décideurs clés » qui comptent.

Notre étude montrait que la préservation de la culture et de la tradition était l'une des significations culturelles importantes accordées aux MGF/E. Plusieurs personnes interrogées étaient favorables aux MGF/E parce que leurs ancêtres les pratiquaient et parce que les MGF/E représentaient un élément essentiel de leur identité culturelle. Pour certaines personnes, les MGF/E étaient aussi un rite de passage permettant à une fille d'être perçue en tant que telle, et non comme un enfant qui n'est ni garçon ni fille (même si l'excision avait lieu à un jeune âge).

Une autre norme sociale favorisant les MGF/E est le désir d'acceptation sociale, particulièrement important chez les adolescentes, pour qui les MGF/E étaient source de beaucoup de respect, de fierté et d'honneur ainsi que d'un sentiment d'appartenance à leur communauté d'origine.

Les MGF/E sont également liées aux normes concernant les relations sexuelles et les grossesses avant le mariage, car elles sont censées réduire le désir sexuel des femmes. Cette réduction du désir répond également aux normes concernant la fidélité et les relations sexuelles saines. Les personnes interrogées indiquaient également que les MGF/E étaient liées aux normes concernant les perspectives de mariage, les filles non excisées étant perçues comme rencontrant des difficultés à se marier. Cette perception n'est pas toujours fondée sur des faits. En effet, dans notre analyse des EDS, nous n'avons trouvé aucune relation statistiquement significative entre l'excision ou non d'une femme, l'âge de son mariage ou le nombre de ses partenaires sexuels.

La stigmatisation et les sanctions sociales sont également des facteurs importants favorisant les MGF/E. Les filles non excisées peuvent être « rejetées, montrées du doigt, critiquées, humiliées et insultées ». Enfin, pour plusieurs personnes interrogées, les MGF/E sont importantes d'un point de vue religieux, car elles purifient la fille puisque le clitoris est considéré comme un « organe maléfique ».

Selon notre analyse des EDS, les musulmans sont beaucoup plus favorables aux MGF/E que les pratiquants d'autres religions, à hauteur d'au moins 20 points de pourcentage de plus que les protestants et les catholiques.

L'étude identifiait également des facteurs soutenant l'abandon des MGF/E. De manière générale, les jeunes sont plus favorables à l'abandon des MGF/E et certains adolescents considèrent cette pratique comme « archaïque » ou « démodée ». Cependant, notre analyse des données de l'EDS 2018 ne révélait aucune association entre l'âge et le soutien aux MGF/E. Le seul effet statistiquement significatif concernait les femmes, les plus âgées étant légèrement plus susceptibles de s'opposer aux MGF/E que les plus jeunes. Notre analyse montre également que les hommes s'opposent généralement moins aux MGF/E que les femmes.

À Kolokani et Kayes, les participants à l'étude soulignaient l'influence positive des migrants de retour sur la sensibilisation envers les MGF/E. Pour eux, la migration était l'occasion d'acquérir de nouvelles informations pouvant faire évoluer les opinions des personnes par rapport aux MGF/E.

La prise de conscience des conséquences des MGF/E sur la santé est un facteur important conduisant à des positions favorables à l'abandon de ces pratiques et ce, dans tous les contextes étudiés. Certaines personnes interrogées indiquaient que les MGF/E ne sont pas condamnées par la religion (même si ces sujets ne sont pas nécessairement abordés à la maison) et qu'elles n'avaient aucune incidence sur l'éligibilité au mariage.

Nos résultats sur les facteurs soutenant les décisions relatives aux MGF/E ou s'y opposant ont des implications importantes pour la conception de programmes qui luttent contre les MGF/E. Les normes sociales influencent énormément la décision d'exciser ou non une fille, normes qui, à leur tour, influencent les attitudes individuelles. Ainsi, au lieu de se focaliser sur les connaissances, les attitudes et les pratiques individuelles ou de groupe (par exemple, les adolescentes, les hommes et les adolescents, les femmes, etc.), il est important de s'intéresser au changement des normes collectives reposant sur des systèmes communautaires. Nos recherches montrent également que dans une communauté donnée, les différentes étapes dans l'acquisition de connaissances, ainsi que dans le changement des attitudes et des pratiques (théorie CAP) ne sont pas forcément linéaires.

Il se peut que le changement des normes sociales collectives (plutôt que des connaissances et des attitudes individuelles) conduise à des changements dans les pratiques ou les comportements. De plus, ces normes sont appliquées et imposées par des acteurs communautaires et des membres de la famille occupant une position d'influence. Ainsi, une attention particulière doit être accordée à ceux qui détiennent le pouvoir de décision pour faire appliquer une norme. Dans le cas des MGF/E au Mali, il s'agit des grands-mères paternelles et, dans une certaine mesure, des mères.

Enfin, l'étude analysait les approches et les programmes visant à lutter contre les MGF/E dans les différents contextes étudiés ainsi que leur efficacité du point de vue des participants. Les personnes interrogées faisaient référence aux interventions suivantes : conversations, diffusion d'informations (dans les écoles et les centres de santé), déclarations publiques et réunions communautaires, ou activités de sensibilisation (par la télévision, la radio, les images). Ces initiatives sont utiles pour améliorer

les informations et changer les attitudes (par exemple, ne pas considérer les MGF/E comme un tabou ou réduire la stigmatisation qui y est associée), mais pas forcément pour changer les pratiques. Cela montre à nouveau à quel point il est important d'aborder les normes sociales d'un point de vue collectif, en accordant une attention particulière aux personnes qui détiennent le pouvoir de décision. Les participants à l'étude estiment que les approches utiles : i) sont sur le long terme et s'étendent dans le temps ; ii) impliquent toutes les parties prenantes de la communauté ; iii) tiennent compte des contributions et de l'accord de la communauté ; iv) impliquent dans leur approche des « modèles » et des acteurs locaux influents ; v) tiennent compte du rôle de l'autorité et du respect et vi) respectent l'importance de préserver la culture et les pratiques ancestrales.

À partir de ces éléments, nous formulons les recommandations suivantes à l'intention du gouvernement et des partenaires pour le développement dans la perspective d'améliorer leurs recherches et leurs approches pour lutter contre les MGF/E.

7.1 Recommandations

Évaluation du changement et suivi des performances

- Développer et rendre opérationnels des systèmes de suivi, d'évaluation, de recherche et d'apprentissage (MERL) dotés de ressources humaines et financières appropriées, en effectuant une évaluation à toutes les phases d'une initiative.
- Inclure des études à méthodes mixtes dans les systèmes MERL. La combinaison de recherches qualitatives et quantitatives indique la probabilité d'une transformation des connaissances, des attitudes et des pratiques en matière de MGF/E ainsi que la raison de cette transformation, car les processus peuvent être lents. Ces systèmes doivent tenir compte du fait que les résultats de certaines initiatives ne sont parfois visibles que des années plus tard ou après un soutien plus systématique et à long terme envers l'abandon de la pratique des MGF/E.
- Mener des études, du moins durant les phases initiales et finales, pour recueillir des données sur les indicateurs CAP, en prenant en compte une planification et une programmation flexibles. Il est essentiel de comprendre quels programmes ont favorisé ou engendré un changement de comportement à long terme et quels programmes ont expérimenté une rétrocession.
- Prévoir des actions sur le long terme selon une programmation qui engage différents groupes d'acteurs dans une multitude d'activités et renforce les messages à travers différents canaux, car le changement des normes en matière de genre prend du temps.
- Mobiliser les communautés afin d'obtenir leur adhésion et un changement durable. Il est important, dès le départ, d'impliquer les communautés à chaque étape, depuis l'analyse de la situation jusqu'à la conception d'une action, en passant par le partage des progrès, des enjeux et de l'adaptation des activités, entre autres. Cela peut aider non seulement à obtenir leur soutien, mais aussi à encourager d'autres personnes à changer leurs attitudes ou leurs pratiques lorsque d'autres membres de la communauté l'ont déjà fait. La restitution aux communautés des résultats de la recherche est importante, non seulement pour valider les données, mais aussi pour les impliquer dans le processus décisionnel concernant le changement des normes sociales et pour éviter leur méfiance envers les acteurs chargés de la mise en œuvre des initiatives. La mise en commun des résultats des systèmes MERL et

des études complémentaires peuvent soutenir les processus de restitution. Il est également important de faciliter les mécanismes de retour d'informations de la part des membres des communautés afin d'adapter les activités, les approches et les programmes.

- Intégrer les parties prenantes à tous les niveaux des initiatives, y compris les grands-mères, les autorités locales et les départements des districts et du gouvernement qui travaillent sur les questions relatives à la pratique des MGF/E. De même, la mobilisation de différents secteurs (santé, éducation) garantira des interventions holistiques qui conduisent à un changement durable.

Aborder les normes de genre à travers des approches adaptées au contexte

- Élaborer des approches qui luttent contre les normes sociales néfastes. Les normes sociales sont spécifiques au contexte, et varient même selon le lieu d'étude. Les responsables de la mise en œuvre doivent y prêter attention et comprendre les motivations, les bienfaits et les sanctions liées aux MGF/E pour concevoir des programmes efficaces.
- Identifier les principaux responsables du processus décisionnel dans les différents contextes et les principaux groupes de référence en matière de MGF/E, et les impliquer de manière respectueuse et à chaque étape car leur mobilisation sera incontournable pour changer les normes et les pratiques en matière de genre. Dans nos contextes d'étude, les principales décideuses étaient les grands-mères. Les programmes doivent donc les impliquer dans la conception, la mise en œuvre et le suivi des initiatives.
- Reconnaître les personnes influentes, les autorités communautaires et gouvernementales en tant qu'acteurs clés pouvant contribuer aux efforts visant à éliminer la pratique des MGF/E, et collaborer avec ces acteurs en tant que principaux alliés dans la promotion de nouvelles normes.

Éléments de programmation à prendre en compte pour les initiatives luttant contre les MGF/E

- Collaborer avec un large éventail de membres de la communauté plutôt que de se focaliser sur des individus ou des groupes spécifiques. Cette stratégie permet de créer un sentiment d'appropriation et de s'assurer que tous les membres de la communauté sont impliqués dans le processus d'abandon de la pratique des MGF/E.
- Travailler avec les personnes importantes et les modèles de la communauté qui sont une source d'inspiration, ont les compétences nécessaires pour transmettre les connaissances et peuvent inciter au changement. Dans nos contextes d'étude, les grands-mères peuvent identifier d'autres grands-mères pouvant se charger de la mise en œuvre des approches avec une formation adéquate et le soutien des partenaires.
- Instaurer, en premier lieu, la confiance et le dialogue au sein des groupes de pairs. Ces groupes seront constitués en fonction de l'âge et du sexe, afin d'obtenir un consensus avant de passer au dialogue intergénérationnel au niveau communautaire.
- Mettre en avant les aspects positifs de la culture, de la tradition, des habitudes et des croyances religieuses qui caractérisent les communautés. Cette approche peut être utile pour établir un rapport et une relation de confiance avant de parler des MGF/E (Newman et 28toomany, 2019), et pour souligner les points forts des communautés, au lieu de présenter les MGF/E comme une tradition archaïque ou nuisible.

- Remplacer les rites d'initiation qui s'inscrivaient dans la pratique des MGF/E par des activités menées par la communauté ou des dialogues entre les personnes de tout genre et de toute génération. Par exemple, les rencontres organisées et dirigées par les grands-mères (avec le soutien d'autres membres de la communauté tels que les parents ou les chefs locaux) peuvent enseigner aux filles les traditions et les valeurs positives de la communauté[24].
- Mettre en œuvre des approches qui mènent à la réflexion et à l'esprit critique plutôt que d'imposer des messages directifs qui dictent aux gens ce qu'ils doivent penser ou faire. Par exemple, l'objet de nos FGD n'est pas de changer les points de vue sur la pratique des MGF/E, mais plutôt de recueillir des informations. Nous avons constaté que les « histoires sans fin » de l'initiative The Grandmother Project représentaient une méthode féconde en mesure de susciter des discussions sur les MGF/E et de permettre aux participants de réfléchir à leurs décisions.
- Éviter d'utiliser des images et / ou des diagrammes ou des modèles anatomiquement explicites avec les membres de la communauté (et vérifier leur pertinence avec le personnel de santé et de prévention). L'utilisation de mannequins ou de modèles anatomiques pourrait être plus appropriée pour montrer, par exemple, les différents types d'excision au personnel de santé. Les images ont tendance à attirer l'attention sur la mutilation, et donc sur les « déficits » culturels ou communautaires plutôt que sur leurs points forts (Newman et 28toomany, 2019). Si les professionnels doivent accompagner leurs explications d'images, ils s'efforceront d'utiliser des supports neutres et ne portant pas de jugement, plutôt que des images montrant explicitement une lésion physique.

Nouveaux éléments d'information et de discussion sur les MGF/E

- Utiliser la terminologie propre à la communauté pour décrire le type de MGF/E qu'elle pratique (Alhassan et al., 2016). Le langage est important et les données disponibles montrent que « le recours à un langage neutre est préférable » (Newman et 28toomany, 2019). Éviter le langage négatif et moralisateur qui peut entraîner une gêne ou un malaise chez les femmes et les membres de la communauté.
- Formuler les messages en accord avec les contextes et les cultures locales afin d'augmenter les chances qu'ils soient acceptés et mis en œuvre. Les initiatives actuelles portent principalement sur la transmission de messages expliquant les conséquences de l'excision et sur le fait que les MGF/E ne sont pas exigées par la religion. Les messages seront efficaces s'ils font écho aux valeurs de la communauté, par exemple sa culture, ses croyances et son bien-être général.
- Évoquer les expériences directes des membres de la communauté, des personnes proches de la communauté (par exemple, les sages-femmes) et / ou des personnes hautement respectées par les membres de la communauté facilite la transmission des informations. Il est important de créer des espaces de dialogue où les participants peuvent partager leurs expériences. Il est également important d'aider les communautés à réfléchir à leurs croyances individuelles et collectives concernant les MGF/E. Les informations qui abordent la stigmatisation, les tabous ou le rôle des normes en matière de genre peuvent conduire à une réflexion critique et à un changement d'attitude et, potentiellement, de comportement.

24 Voir Musoko et al. (2012) pour plus de conseils basés sur l'initiative The Grandmother Project.

- Adapter les nouvelles informations et celles qui remettent en cause les préjugés afin de cibler les différentes parties prenantes de la communauté. Les informations et les éléments de discussion destinés aux grands-mères peuvent différer de ceux qui conviennent mieux aux pères ou aux garçons et filles. Par exemple, la campagne Saleema au Soudan[25] luttait contre la stigmatisation des filles non excisées en utilisant divers canaux (campagnes publiques, dialogues communautaires, promesses publiques d'abandon de la pratique des MGF adaptés aux différents membres de la famille et à la communauté dans son ensemble).
- Identifier parmi les différentes parties prenantes la meilleure manière de transmettre des informations et / ou proposer des thèmes de discussion dans un groupe donné. Certaines informations seront mieux transmises par les chefs religieux, d'autres par les grands-mères, d'autres encore par les jeunes hommes. De fait, elles encourageront le dialogue au sein du groupe et inviteront les personnes à partager les résultats avec leurs pairs et la communauté au sens large. L'annexe 6 présente un résumé des meilleurs outils pour transmettre des informations et susciter des discussions au sein de la communauté, sur la base du modèle de communication pour le changement social (CFSC) de Figueroa et al. (2002).
- Transmettre certaines informations par radio, mais les adapter aux contextes communautaires.

25 La norme à faire évoluer est celle qui assimile une fille non excisée au terme Saleema, lequel indique la possibilité de rester entière et telle que conçue par Dieu. Voir Evans et al. (2019) pour les résultats de l'évaluation de l'initiative.

Références

Abdelshahid, A. M. Y., & Campbell, C. (2015). 'Should I Circumcise My Daughter?' Exploring Diversity and Ambivalence in Egyptian Parents' Social Representations of Female Circumcision. *Journal of Community & Applied Social Psychology,* 25: 49–65 (https://doi.org/10.1002/casp.2195)

Alradie-Mohamed, A., Kabir, R. et Arafat, S. (2020). 'Decision-making process in female genital mutilation: A systematic review' International Journal of Environmental Research and Public Health 17(10) : 1-22. (https://doi.org/10.3390/ijerph17103362)

Bhalla, N (2011). Mali's failure to ban FGM challenged in West Africa's top court. Thomason Reiters Foundation News. Disponible sur https://news.trust.org/item/20210412105551-546sc

Bellemare, M. F., Novak, L. et Steinmetz, T. L. (2015). 'All in the family: Explaining the persistence of female genital cutting in West Africa'. Journal of Development Economics 116: 252–265. (https://doi.org/10.1016/j.jdeveco.2015.06.001)

BERFAD - Bureau d'étude, de recherche, de formation et d'appui au développement (2020). Enquête Connaissances Attitudes et Pratiques sur les MGF/E et les mariages d'enfants dans 80 villages des districts sanitaires de Nara, Kayes, Yélimané et Diéma. Bamako : association malienne pour le suivi et l'orientation des pratiques traditionnelles (AMSOPT) et UNFPA.

Bicchieri, C., Gant, S. et Sander, R. (2019). Étude sur les normes sociales liées au mariage des enfants (de moins de 18 ans) et l'alimentation des enfants (de 0 à 24 mois) dans les régions de Kayes et de Sikasso. Rapport de l'UNICEF Mali et de l'université de Pennsylvanie.

Boyden, J., Pankhurst, A. et Tafere, Y. (2012); 'Child Protection and Harmful Traditional Practices: Female Early Marriage and Genital Modification in Ethiopia'. Development in Practice 22(4):510–22. (https://doi.org/10.1080/09614524.2012.672957)

Boyle, E. H. et Svec, J. (2019). 'Intergenerational Transmission of Female Genital Cutting: Community and Marriage Dynamics'. Journal of Marriage and Family 81(3): 631–647. (https://doi.org/10.1111/jomf.12560)

Cappa, C., Thomson, C. et Murray, C. (2020). 'Understanding the association between parental attitudes and the practice of female genital mutilation among daughters'. PloS One 15(5): 1-10. (https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233344)

Cetorelli, V., Wilson, B., Batyra, E., et al. (2020). 'Female Genital Mutilation/Cutting in Mali and Mauritania: Understanding Trends and Evaluating Policies'. Studies in Family Planning 51(1) : 51-69. (https://doi.org/10.1111/sifp.12112)

CEDAW - Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (2019). 'Inquiry concerning Mali under article 8 of the Optional Protocol to the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women. Rapport de la CEDAW.

Conseil régional de Kayes (2018). L'avenir de Kayes vu par les kayésiens. Kayes : conseil régional de Kayes. Disponible sur https://www.grdr.org/IMG/pdf/livret_avenir_de_kayes_pagepage_bd.pdf

Coulibaly C., Dakouo C., Diarra K., Fané M., Koné D., Lootvoet Benoît, Mesplé-Somps Sandrine, Traore B., Diamouténé D. (collab.). (1998). L'économie locale de Sikasso, Mali. Étude de cas du programme « Relance des économies locales en Afrique de l'Ouest ». Synthèse générale. Paris : Club du Sahel

Dalal, B. K., Kalmatayeva, Z., Mandal, S., et al. (2018). 'Adolescent girls' attitudes toward female genital mutilation: A study in seven African countries'. F1000 Research. (https://doi.org/10.12688/f1000research.14142.1)

Desrumaux, A. et Ballo, B. (2014). « Protéger la prochaine génération » : promouvoir l'abandon des mutilations génitales féminines dans le district sanitaire de Kayes au Mali. *Santé Publique*, 1, 51-58. (https://doi.org/10.3917/spub.140.0051)

Diabaté, I. et Mesplé-Somps, S. (2019). 'Female genital mutilation and migration in Mali: do return migrants transfer social norms?'. Journal of Population Economics 32(4): 1125–1170. (https://doi.org/10.1007/s00148-019-00733-w)

Diagne, A.F. (2008). Lutte contre la pratique de l'excision au Mali : de l'approche santé à l'approche basée sur les droits de l'enfant - Rapport d'évaluation du programme du centre Djoliba. Rapport de Population Council. Dakar : Save the Children Sweden et Population Council. (https://knowledgecommons.popcouncil.org/departments_sbsr-rh/1148/)

Diallo (1997). Mutilations génitales féminines (MFG) au Mali : revue de la littérature et des actions menées. Rapport de Population Council. Projet de recherche opérationnelle et d'assistance technique en Afrique II. Bamako : Population Council. (https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnacl143.pdf)

Dicko, E.B (2018). La gouvernance de la migration malienne à l'épreuve des injonctions contradictoires de l'UE. Disponible sur http://library.fes.de/pdf-files/bueros/mali/15441.pdf

Diop, N.J., Traore, F., Sangaré, M., Diallo, H., et al. (2007). 'Study of the effectiveness of training Malian social and health agents in female genital cutting issues and in educating their clients. Rapport de Population Council. Bamako : Population Council. (https://knowledgecommons.popcouncil.org/cgi/viewcontent.cgi?article=1082&context=departments_sbsr-rh)

Djeugoué, B.M (2021). Les organisations de défense des droits des femmes contestent l'absence de loi contre les MGF au Mali devant la Cour de justice de la CEDEAO. Disponible sur https://www.ihrda.org/wp-content/uploads/2021/04/Communique-Filing-of-Mali-FGM-case-ECOWAS-Court-April-2021-Fr-2.pdf

Donahoe, K (2016). 'Female Genital Cutting in Mali: Portrait of a Traditional Practitioner'. Disponible sur https://pulitzercenter.org/reporting/female-genital-cutting-mali-portrait-traditional-practitioner

Doucet, M. H., Pallitto, C. et Groleau, D. (2017). 'Understanding the motivations of health-care providers in performing female genital mutilation: an integrative review of the literature'. Reproductive Health, 14(1), 46: 1-15. (https://doi.org/10.1186/s12978-017-0306-5)

Encyclopaedia Britannica (n.d) Classification of religions. Disponible sur https://www.britannica.com/topic/classification-of-religions/Morphological#ref420221

Enquête démographique et de santé (EDS, 2018). Enquête démographique et de santé au Mali. Institut national de la statistique (INSTAT) et rapport de l'ICF (https://dhsprogram.com/publications/publication-sr261-summary-reports-key-findings.cfm)

Evans WD., Donahue C., Snider J., Bedri N., Elhussein TA et Elamin SA (2019). 'The Saleema initiative in Sudan to abandon female genital mutilation: Outcomes and dose response effects'. PLoS ONE 14(3): e0213380. (https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213380)

Figueroa et al. (2002) Figueroa, M., Kincaid, L., Rani, M. et Lewis G. (2002). 'Communication for Social Change: An Integrated Model for Measuring the Process and Its Outcomes'. *Communication for Social Change Working Paper Series*. New York: The Rockefeller Foundation and Johns Hopkins University Center for Communication Programs.

Gosselin, C. (2000). 'Feminism, Anthropology, and the Politics of Excision in Mali: Global and Local Debates in a Postcolonial World'. Anthropologica 42(1): 43-60. (https://doi.org/10.2307/25605957)

Harper, C., Marcus, R., George, R., D'Angelo, S et Samman, E (2020). 'Gender, power and progress: how norms change'. London: ALIGN platform et ODI (https://www.alignplatform.org/gender-power-progress)

ICF, 2022. Le compilateur statistique de l'EDS (*DHS Program Statcompiler*). Financé par USAID. (http://www.statcompiler.com) [Accès le 14.3.2022].

Konaté, N., Gunsilius, E., et Sidibe, B (2010). Les expériences recueillies auprès des acteurs communaux de l'assainissement en commune VI. Une initiative de l'Alliance pour refonder la Gouvernance en Afrique. (https://base.afrique-gouvernance.net/docs/document_r_f_rence-11.pdf)

Konte, A. (2007). La pratique de l'excision au Mali. Mémoire de fin d'études, filière de formation Infirmière. Haute école de santé (HES) de Genève. (https://www.gfmer.ch/Membres_GFMER/pdf/Excision_Mali_Assa_Konte_2007.pdf)

Leon-Himmelstine et al. (2022b) Leon-Himmelstine, C., Samuels, F., Newman, A. et Diarra, A. (2022). « Combattre les normes de genre autour de l'E/MGF et du mariage des enfants au Mali ». Londres : ODI (https://odi.org/en/publications/combattre-les-normes-de-genre-autour-de-lemgf-et-du-mariage-des-enfants-mali/)

Leon-Himmelstine, C., Rivett, J., Samuels, F., et Newman, A (à paraître). 'Literature review social norms related to Female Genital Mutilation or Cutting (FGM/C) and behaviour change approaches to challenge FGM/C and child marriage'. ODI et UNICEF

Marcus, R. (2018). 'The norms factor: recent research on gender, social norms, and women's economic empowerment. Londres : ODI. (https://odi.org/en/publications/the-norms-factor-recent-research-on-gender-social-norms-and-womens-economic-empowerment/)

Marcus, R. et Harper, C. (2014). 'Gender justice and social norms – processes of change for adolescent girls. Towards a conceptual framework 2'. Londres : ODI. (https://cdn.odi.org/media/documents/8831.pdf)

Marcus, R., Harper, C., Brodbeck, S et Page, E (2015). 'How do gender norms change? Londres : ODI. (https://odi.org/en/publications/how-do-gender-norms-change/)

Monkman, K., Miles, R. et Easton, P. (2007). 'The transformatory potential of a village empowerment programme: The Tostan replication in Mali'. Women's Studies International Forum 30: 451-464. (https://doi.org/10.1016/j.wsif.2007.09.005)

Bureau des fonds d'affectation spéciale pluripartenaires des Nations Unies (MPTF, 2021). 'Mali Spotlight Country Programme'. (https://mptf.undp.org/factsheet/project/00111641)

Musoko, A.S., Scoppa, C. et Manoncourt, E. (2012). 'Girls and Grandmothers Hand-in-Hand: Dialogue between generations for community change'. Rapport de The Grandmother Project. Rome, Italie : The Grandmother Project (www.28toomany.org/media/uploads/Thematic %20Research %20and %20 Resources/Social %20Norms/gmp._ll_doc_dhf.eng.pdf)

Newman, A. et 28 Too Many (2019). 'FGM and Social Norms: A Guide to Designing Culturally Sensitive Community Programmes'. Page Internet. 28 Too Many (www.28toomany.org/thematic/social-norms-and-fgm/)

OMS (2022). 'Adolescent Health'. Disponible sur https://www.who.int/health-topics/adolescent-health

OMS (2020a). Mutilations sexuelles féminines, Principaux faits. Disponible sur https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation

OMS (2020b). Genre et santé. Disponible sur https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/gender

OMS (2008). Éliminer les mutilations sexuelles féminines. Déclaration interinstitutions HCDH, OMS, ONUSIDA, PNUD, UNCEA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM. Disponible sur https://apps.who.int/iris/handle/10665/43902

Orchid Project et 28toomany (2022). 'FGM/C in Mali: Country Profile Update'. Disponible sur https://www.orchidproject.org/orchid-project-with-28-too-many-launch-mali-country-report-update-in-english-french/

Orchid Project et 28toomany (2022). 'FGM/C in Mali: Country Profile Update'. 28toomany et Orchid Project. Disponible sur https://www.28toomany.org/media/uploads/Country%20Research%20and%20Resources/Mali/mali_country_profile_update_v1_(june_2022)_french.pdf

Plan International (2004). L'influence des déterminants socio-culturels sur l'excision au Mali - Rapport d'une étude participative. Bamako : Plan International. (https://www.researchgate.net/publication/286259569_L'influence_des_determinants_socio-culturels_sur_l'excision_au_Mali_-_Rapport_d'une_etude_participative)

Roche, C. (1991). 'ACORD's experience in local planning in Mali and Burkina Faso'. PLA Notes CD-ROM 1988-2001, IIED London, Issue 11: pp. 33-42 (https://pubs.iied.org/sites/default/files/pdfs/migrate/G01378.pdf)

Shaw, B., Kohli, A. et Igras, S. (2020). Grandmother Project - Le changement par la culture : rapport de recherche quantitative sur le programme de développement holistique des filles. USAID et Passages (https://www.irh.org/resource-library/ghd-quant-report/)

Shell-Duncan, B., Hernlund, Y., Wander, K et Moreau, A (2010). 'Contingency and Change in the Practice of Female Genital Cutting: Dynamics of Decision Making in Senegambia'. Seattle, WA: University of Washington (https://www.researchgate.net/publication/314382349_Contingency_and_Change_in_the_Practice_of_Female_Genital_Cutting_Dynamics_of_Decision_Making_in_Senegambia

Shell-Duncan, B., Moreau A., Wander K., Smith S. (2018). 'The role of older women in contesting norms associated with female genital mutilation/cutting in Senegambia: A factorial focus group analysis'. PloS one, 13(7), pp. e0199217–e0199217 (https://doi.org/10.1371/journal.pone.0199217)

Smolak, A. (2014). 'The association of female circumcision with HIV status and sexual behaviour in Mali. A multilevel analysis'. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes 65(5): 597–602. (https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000000099)

Solidarités International. Rapport d'évaluation multisectorielle : mécanisme de réponse rapide (RRM) Mali. Disponible sur https://www.humanitarianresponse.info/en/operations/mali/document/rapport-d%C3%A9valuation-multisectorielle-m%C3%A9canisme-de-r%C3%A9ponse-rapide-rrm-mali

Spotlight Initiative (2020a). 'Five myths about female genital mutilation'. https://www.spotlightinitiative.org/es/node/17585

Spotlight Initiative (2020b). 'The film helping to end female genital mutilation in Mali'. https://www.spotlightinitiative.org/news/film-helping-end-female-genital-mutilation-mali

Tomas, K., Kaplan, A. et Le Charles, M. (2018). 'Female Genital Mutilation/Cutting in Basse-Casamance (Senegal): Multiple Voices from a Plural South'. Journal of the Anthropological Society of Oxford 10(2): 157-179 (https://www.anthro.ox.ac.uk/sites/default/files/anthro/documents/media/jaso10_2_2018_157_179.pdf).

Tønnessen, L., El-Nagar, S. et Ghafar Bamkar, S. (2017). 'Paper Tiger Law Forbidding FGM in Sudan'. OpenDemocracy, 17 mars 2017 (https://www.opendemocracy.net/en/north-africa-west-asia/paper-tiger-law-forbidding-fgm-in-sudan/).

Toubia, N. (1995). 'Female Genital Mutilation: A Call for Global Action'. New York: Rainbo/Women Ink.

Traoré, LD., Slegh, H. et N'Diaye, I. (2020). Adolescent(es) au Mali. Analyse de la situation sur les vulnérabilités des adolescent(e)s pour promouvoir leur bien-être psychosocial et prévenir la violence au Mali. Bamako : Living Peace Institute, DESRP et UNICEF.

UNICEF (2013). Mutilations génitales féminines / excision : bilan statistique et examen des dynamiques du changement. Rapport de l'UNICEF, New York : UNICEF. (https://data.unicef.org/resources/fgm-statistical-overview-and-dynamics-of-change/)

UNICEF (2022a). Données de l'UNICEF sur les MGF/E. Disponible sur https://data.unicef.org/topic/child-protection/female-genital-mutilation/

UNICEF (2022b). Mutilations génitales féminines au Mali : bilan d'une étude statistique. Rapport de l'UNICEF. New York : UNICEF (https://data.unicef.org/resources/female-genital-mutilation-in-mali/)

Base de données mondiales de l'UNICEF sur les mutilations génitales féminines (2021). 'Percentage of girls and women aged 15-49 years who have undergone FGM (by place of residence and household wealth quintile)'. Disponible sur https://data.unicef.org/resources/dataset/fgm/

UNFPA (2020). De la nécessité de transformer les normes sociales pour parvenir à l'égalité entre les sexes. New York : UNFPA. (https://www.unfpa.org/social-norms-change)

UNFPA et UNICEF (2017). '17 ways to end FGM/C. Lessons from the field'. New York : Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) et Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF). (https://www.unfpa.org/publications/seventeen-ways-end-fgmc)

UNFPA et UNICEF (2018). Accélérer le changement. Rapport annuel 2018. Programme conjoint UNFPA-UNICEF sur les mutilations génitales féminines. New York : UNFPA et UNICEF (https://www.unfpa.org/fr/fgm-annual-report)

UNFPA et UNICEF (2013). Programme conjoint UNFPA-UNICEF sur les mutilations génitales féminines. Accélérer le changement. Rapport annuel 2013. New York : UNFPA et UNICEF (https://www.unfpa.org/sites/default/files/admin-resource/FGM-report%2012_4_2013.pdf)

Wander, K., & Shell-Duncan, B. (2020). 'Social norm coordination and readiness to change female genital cutting: Evidence from Senegambia'. *SSM - Population Health*, *11*, 100593: 1-9

28toomany (2018). Mali: the law and FGM. Available (https://www.orchidproject.org/orchid-project-with-28-too-many-launch-mali-country-report-update-in-english-french/)

28toomany (2020). Mali : principaux constats. Disponible sur https://www.28toomany.org/country/mali/

Références dans l'annexe 4

Aide de l'Église norvégienne (2009). 'Evaluation of Gender Based Violence Program'. Rapport final d'Aide de l'Église norvégienne. Bamako : Aide de l'Église norvégienne. (https://www.norad.no/en/toolspublications/publications/ngo-evaluations/2011/evaluation-of-gender-based-violence-program-/)

Desrumaux, A. et Ballo, B. (2014). « Protéger la prochaine génération » : promouvoir l'abandon des mutilations génitales féminines dans le district sanitaire de Kayes au Mali. *Santé Publique*, 1, 51-58. (https://doi.org/10.3917/spub.140.0051)

Diagne, A.F. (2008). Lutte contre la pratique de l'excision au Mali : de l'approche santé à l'approche basée sur les droits de l'enfant - Rapport d'évaluation du programme du centre Djoliba. Rapport de Population Council. Dakar : Save the Children Sweden et Population Council. (https://knowledgecommons.popcouncil.org/departments_sbsr-rh/1148/)

Diop, N.J., et Askew, I. (2006). 'Strategies for encouraging the abandonment of female genital cutting in West Africa: Experiences from Senegal, Burkina Faso, and Mali' in Rogaia Mustafa Abusharaf (eds.). Female Circumcision: Multicultural Perspectives. Philadelphia: University of Pennsylvania Press. (https://knowledgecommons.popcouncil.org/departments_sbsr-rh/125/)

Diop, N.J., Traore, F., Sangaré, M., Diallo, H., et al. (2007). 'Study of the effectiveness of training Malian social and health agents in female genital cutting issues and in educating their clients. Rapport de Population Council. Bamako : Population Council. (https://knowledgecommons.popcouncil.org/cgi/viewcontent.cgi?article=1082&context=departments_sbsr-rh)

Easton, P. et Molyneaux, K. (2006). 'Transformative Learning on the Desert's Edge: The Tostan FGM Programme in Senegal, Mali, and the Sudan'. Adult Education Research Conference. (https://newprairiepress.org/aerc/2006/papers/19/)

Nielssen, H. et Coulibaly, S. (2014). Programme de développement de la région de MOPTI (PDRM). Mission évangélique luthérienne au Mali (MELM). Évaluation finale. Sévaré : MELM. (https://www.norad.no/globalassets/import-2162015-80434-am/www.norad.no-ny/filarkiv/ngo-evaluations/evaluation-finale-pdrm-rapport-french-version.pdf)

Population Media Center (2010). 'Population Media Center Acting for Change. Annual report 2009/2010'. Rapport de Population Media Center. Shelburne VT: Population Media Center. (https://issuu.com/globalpopulationspeakout/docs/2009_pmc_annual_report)

Population Media Centre (n.d). 'Jigi ma Tignè (Hope is allowed)'. Disponible sur https://www.populationmedia.org/projects/jigi-ma-tigne/

Rainbo (2005). 'NCA FGM Program Evaluation report. Rainbo'. Disponible sur https://www.norad.no/globalassets/import-2162015-80434-am/www.norad.no-ny/filarkiv/ngo-evaluations/female-genital-mutilation-fgm-program.pdf

UNICEF Mali (2020a). Rapport d'étape de la mise en œuvre du programme Initiative Spotlight soumis par l'ONG TAGNE à UNICEF Mali. UNICEF Mali : rapport.

UNICEF Mali (2020b). Rapport trimestriel du programme Initiative Spotlight soumis par l'association pour la promotion des droits et le bien-être de la famille (APSEF) à UNICEF Mali. UNICEF Mali : rapport.

Annexe 1 Type et nombre d'entretiens par lieu

Tableau A1 Type et nombre d'entretiens par lieu

Type d'entretien	Nombre d'entretiens						
	Bamako Commune VI	Koulikoro (Kolokani)	Koulikoro (Dioila)	Kayes	Ségou	Sikasso	Total
Entretiens approfondis	3	4	6	5	6	6	30
Études de cas familiaux	2	2	2	2	2	2	12
Discussions de groupe (FGD)	2	3	5	5	5	5	25
Entretiens avec des informateurs principaux	2	3	5	5	5	5	25
Total	9	12	18	17	18	18	92

Annexe 2 Informations sur les participants à l'étude

Tableau A2 Âge, année scolaire, groupe ethnique / religion et état civil des personnes participant à l'étude[26]

	Bamako	Ségou	Sikasso	Kayes	Koulikoro (Dioila)	Koulikoro (Kolokani)	Total
Âge							
13		1			1		2
14	1				1	1	3
15		2	3	3	1	2	11
16	1			1			2
17		1	1		2		4
18			1				1
19	1	2	1	1	1	1	7
Année scolaire							
4e année		1	1				2
5e année		1		1			2
6e année		1			1		2
7e année		2	1		1		4
8e année		1	1		1		3
9e année		1	3	1	2		7
12e année		1					1
Primaire	2					1	3
Secondaire	6					2	8
Enseignement professionnel				1			1
Enseignement fondamental	1					2	2
Groupe ethnique / religion							
Bambara / Musulmane	5	8	1	1	4	4	23
Malinké / Musulmane	1		1				2
Peul / Musulmane	1			3	2		6
Minianka / Musulmane			1				1
Sénoufo / Musulmane			3				3
Sarakolé / Musulmane				2			2
Maures / Musulmane				2			2
Mossi / Musulmane						1	1
Marka						1	1
Situation conjugale							
Célibataire	6	7	2	4	3	5	27
Fiancé		1				1	2
Marié	1		4	2	2		9

26 Les informations sur l'âge sont issues des transcriptions codées des participants adolescents aux entretiens approfondis (IDI). Le restant des informations (année scolaire, ethnicité / religion et statut relationnel) est issu de données globales incluant tous les types de participants.

Annexe 3 Guide pour les discussions de groupe

1ère partie – Le dilemme de Mariam

Mariam a 16 ans et est mariée à Ibrahima qui en a 24. Ils vivent avec les parents d'Ibrahima : Fatimata, 55 ans, et Moussa, 65 ans.

Mariam aime beaucoup Ibrahima. Il est gentil et doux. Agriculteur de métier, il souhaite ce qu'il y a de mieux pour sa femme et ses enfants. Ibrahima aime aussi Mariam, qui est patiente et s'entend bien avec tout le monde. Fatimata et Moussa aiment beaucoup Mariam, leur belle-fille, qui fait très bien la cuisine et le ménage dans la maison.

L'année dernière, Mariam a eu une petite fille, Souadou. Un jour, Fatimata vient dire à Mariam qu'il est temps de prévoir l'excision de Souadou et qu'avec ses amies, elle organisera le rituel la semaine suivante. Ce sera une journée très spéciale, lui dit-elle, et l'occasion de célébrer l'évènement. Elle en a parlé à Moussa, qui a convenu qu'il était important d'exciser sa petite-fille Souadou. Moussa a d'ailleurs donné de l'argent à Fatimata pour le faire.

Mariam aime et respecte Fatimata. Toutefois, elle n'est pas sûre de vouloir faire ce que cette dernière lui demande, à savoir exciser sa fille.

Elle aussi a été excisée lorsqu'elle était très jeune et n'en a pas de souvenir. Sa mère et sa grand-mère lui ont toujours dit qu'il est très important d'être excisée, qu'une femme qui n'est pas excisée sera impudique et légère. Elle a aussi entendu dire que les filles qui ne sont pas excisées ne seront pas de bonnes musulmanes.

Elle pense aussi au risque pour le bébé d'une femme non excisée, qui pourrait subir des lésions lors de l'accouchement. Enfin, elle sait que si les autres membres de la communauté découvrent qu'une fille n'est pas excisée, ils diront du mal d'elle, ce qui est honteux et embarrassant. Pour toutes ces raisons, il sera difficile pour une femme qui n'a pas été excisée de trouver un mari.

Cependant, Mariam a aussi entendu à la radio que l'excision est dangereuse. Une sage-femme parlait des risques d'infection à une maladie pour la fillette quand la chair vient d'être entaillée, et même de décès en cas d'hémorragie. La sage-femme expliquait également que les femmes excisées ressentiront des douleurs durant la nuit de noces. L'accouchement peut prendre beaucoup de temps, ce qui est dangereux pour la mère comme pour le bébé. À la radio, un imam parlait aussi de femmes musulmanes d'autres pays qui, bien qu'elles ne soient pas excisées, étaient de bonnes musulmanes. Mariam a eu des douleurs lors de sa nuit de noces avec Ibrahima. La naissance de Souadou a pris du temps et elle a dû aller à l'hôpital. Pourtant, les membres de sa communauté disent que ces choses-là sont normales et n'ont rien à voir avec l'excision.

C'est pour cela que Mariam n'est pas sûre.

Questions

- Que pensez-vous de cette histoire ? Pensez-vous que l'histoire de Mariam, Ibrahima, Fatimata et Moussa pourrait se passer dans votre communauté ? Oui / non, et pourquoi ?
- Avec qui êtes-vous d'accord, Fatimata ou la sage-femme à la radio ? Donnez les raisons de

votre choix. Existe-t-il d'autres raisons, non mentionnées dans l'histoire, pour lesquelles il est souhaitable d'exciser les filles, ou au contraire, pour lesquelles il n'est pas souhaitable de les exciser ?
- Globalement, dans votre communauté, les femmes sont-elles en faveur de l'excision comme Fatimata ou sont-elles contre cette pratique ?
- Avez-vous déjà entendu des raisons de ne pas exciser les filles, telles que celles que Mariam a entendues à la radio, et si c'est le cas, quelles étaient les raisons invoquées ?
- Connaissez-vous des programmes dans la région qui travaillent sur l'excision ? Si c'est le cas, savez-vous qui organise le programme, et quelles activités sont menées ? Que pensez-vous de leur message et activités ?
- Avec quels membres de la communauté ces programmes collaborent-ils ? Les mères sont-elles impliquées ? Qu'en est-il des grands-mères ? Que ressentez-vous à ce sujet ? Selon vous, qui doit être impliqué ? [RO 3]
- Que pensez-vous de l'opinion de Mariam, qui n'est pas convaincue par l'excision ? De manière générale, les adolescentes sont-elles du même avis dans votre communauté, ou de l'avis contraire ?

2e partie – La discussion de Mariam et Ibrahima

Mariam n'est pas sûre qu'exciser Souadou soit une bonne chose, et décide d'en parler à son mari. Ibrahima l'écoute attentivement. Elle lui explique les raisons de son incertitude, que cela comporte des risques. Ibrahima a, lui aussi, entendu l'émission à la radio sur les dangers auxquels Souadou pourrait être confrontée si elle était excisée. Lui aussi en est incertain, mais il craint d'aller contre la volonté de son père ou des femmes âgées comme sa mère et sa grand-mère. Il dit alors à Mariam qu'ils doivent accepter de faire pratiquer l'excision, la semaine suivante, comme l'a prévu Fatimata.

Questions

- Pensez-vous que cette situation pourrait se produire dans votre communauté ? Oui / non, et pourquoi ? Si la réponse est oui, pensez-vous qu'une jeune épouse comme Mariam oserait parler à son mari de l'excision de sa fille, ou aurait-elle honte de lui en parler ? Enfin, êtes-vous d'avis que l'excision n'est pas une affaire d'hommes ?
- Personnellement, pensez-vous que Mariam doit parler avec Ibrahima de l'excision de Souadou, ou non ? Oui / non, et pourquoi ?
- Que pensez-vous de l'opinion d'Ibrahima, qui s'inquiète de l'excision et préférerait que sa fille ne soit pas excisée ? Les jeunes hommes pensent-ils ainsi dans votre communauté, ou ont-ils une autre opinion ?
- Que pensez-vous du sentiment d'Ibrahima qui craint d'aller à l'encontre de la volonté de son père, ou des souhaits de sa mère, de sa grand-mère, des aînés ? Pensez-vous que les jeunes hommes de votre communauté auraient le même ressenti, ou cela ne les dérangerait pas de s'opposer à leur père ?

3e partie – La discussion entre Mariam et Fatimata

Mariam décide de parler de l'excision avec Fatimata. Elle lui explique qu'elle respecte son point de vue et sait bien qu'elle ne souhaite que le meilleur pour Souadou, mais lui fait part de son inquiétude. Elle lui parle de ce qu'elle a entendu à la radio concernant les risques liés à l'excision, et aussi du fait qu'une femme non excisée peut être une bonne musulmane et une femme respectable soucieuse de la tradition.

Questions

- Pensez-vous que cela pourrait se produire dans votre communauté ? Une jeune épouse oserait-elle dire à sa belle-mère qu'elle est contre l'excision, ou aurait-elle trop honte de ne pas

être d'accord avec elle ? Oui / non, et pourquoi ? Une jeune épouse demanderait-elle de l'aide à une ou à d'autres femmes pour qu'elle(s) intercède(nt) en sa faveur ou qu'elle(s) serve(nt) d'intermédiaire(s) ?
- Pensez-vous qu'aujourd'hui dans votre communauté, davantage de personnes remettent en question l'excision ? Oui / non, et pourquoi ?
- À votre avis, quelle sera la conclusion de cette conversation ? Fatimata changera-t-elle d'avis en raison des inquiétudes de Mariam, ou restera-t-elle sur sa position ? Pourquoi ?

4e – partie Le dilemme de Fatimata

Fatimata écoute attentivement ce que Mariam lui dit. Elle a toujours défendu l'excision. Elle a excisé ses enfants, et l'exciseuse traditionnelle est une vieille amie à elle qui fait toujours les rituels dans les règles de l'art pour s'assurer que l'enfant est en sécurité. Mais elle aime beaucoup Mariam et pense qu'il y a du vrai dans ce qu'elle dit.

Elle décide de reporter l'excision, de discuter de la situation avec ses amies, avec les autres grands-mères de la communauté, la sage-femme qui travaille au centre de santé local et l'imam (creuser le sujet avec d'autres femmes traditionnelles et chefs masculins). Elle informe également Moussa qu'elle reporte l'excision jusqu'à ce qu'elle ait pris une décision.

Questions

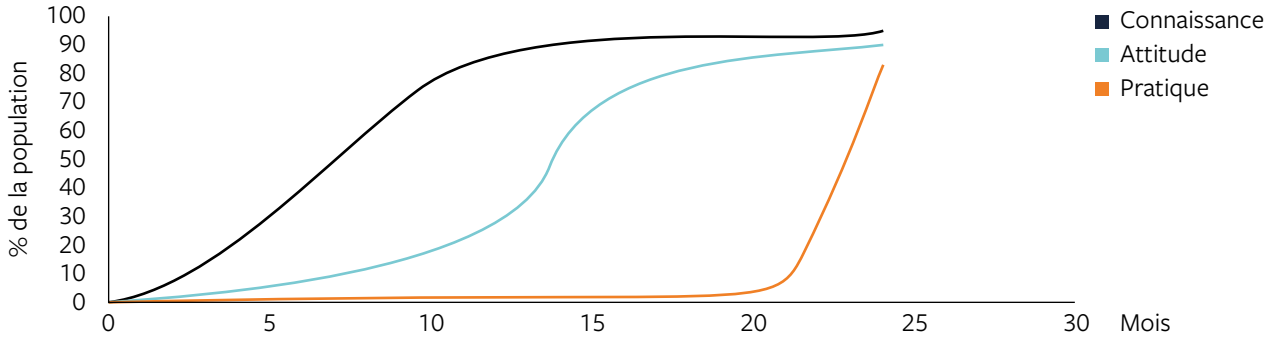
- Pensez-vous que cela pourrait se produire dans votre communauté ? Une belle-mère écouterait-elle sa belle-fille lorsqu'il est question de l'excision ? Devrait-elle l'écouter ?
- Si vous étiez dans cette situation, et que votre belle-fille vous annonçait qu'elle n'est pas certaine de vouloir exciser sa fille, que diriez-vous et que feriez-vous ? Pourquoi ?
- À votre avis, quelle sera la réaction de Moussa lorsque Fatimata lui annoncera le report de l'excision ? Sera-t-il d'accord, partant du principe qu'en tant que femme âgée, elle connaît mieux l'excision ? Ou sera-t-il en colère contre elle et rejettera sa décision ?
- À votre avis, quelle sera la réaction d'Ibrahima lorsqu'il apprendra que l'excision de Souadou a été reportée ?
- Que pensez-vous des personnes auxquelles Fatimata a décidé de s'adresser (imam, sage-femme, autres mères et grands-mères, responsables traditionnels ?) Quel est, selon vous, la personne la mieux placée pour donner son avis sur la question de l'excision ? Pourquoi ? Si cela se produisait dans votre communauté, quelle serait selon vous la réaction des personnes informées ?
- À votre avis, comment se déroulera la fin de l'histoire ? Quelle sera la décision finale de Fatimata, Moussa, Mariam et Ibrahima ? Pourquoi ?
- Quelle pourrait être la fin de l'histoire ? Pourquoi ?

Annexe 4 Résumé des initiatives en matière de MGF/E mises en œuvre au Mali

Un élément essentiel dans le développement d'une stratégie de changement des comportements consiste à comprendre l'interaction temporelle entre les différentes étapes dans l'acquisition de connaissances, ainsi que dans le changement des attitudes et des pratiques (CAP) dans une communauté. Comme le montre la figure 4A, les changements dans la pratique interviennent beaucoup plus tard que l'acquisition de connaissances et l'évolution des attitudes, ce qui souligne l'importance d'une communication et d'une diffusion continues des connaissances nécessaires pour influencer les attitudes jusqu'à ce qu'une communauté parvienne à un « point de basculement » décisif.

Le tableau A4 ci-dessous présente un résumé des interventions mises en œuvre au Mali et leurs résultats rapportés en ce qui concerne les connaissances, les croyances, les attitudes, les comportements et d'autres indicateurs mesurés par les études.

Figure A4 Évolution des connaissances, des attitudes et des pratiques (CAP)



Source : UNFPA 2020

Tableau A4 Résumé des interventions relatives aux MGF/E mises en œuvre au Mali

Auteur, nom, partenaires de mise en œuvre	Bailleur de fonds	Groupes / zones cibles	Outil ou action	Description	Théorie du changement de comportement	Études	Résultats rapportés (connaissances, croyances, attitudes, comportements, etc.)
Population Media Centre (PMC) (2010) Jigi ma Tignè (L'espoir est permis) En partenariat avec USAID, Trickle UP et FEMAPH sur des contenus concernant le handicap.	La *Conservation, Food & Health Foundation*, le Fonds communautaire juif, USAID, le *Wallace Global Fund*.	Mali. Diffusion nationale sur la radio ORTM (nationale) et 50 radios communautaires locales (URTEL).	74 épisodes d'une durée de 15 minutes d'une série radio diffusée en bambara. Diffusé deux fois par semaine pendant six mois en 2009. On ne sait pas si le programme est toujours en cours et s'il a été relancé depuis.	Le programme radio traitait de la santé reproductive, des maladies sexuellement transmissibles (MST) dont le VIH, du planning familial, de l'égalité de genre, des MGF/E et des droits des personnes en situation de handicap.	Théorie du changement élaborée par le PMC : 1. Des histoires qui abordent des normes et des comportements nocifs profondément ancrés par le biais d'un processus de sensibilisation à long terme plutôt que par des messages isolés ou directs. 2. Utilisation de modèles – 3 types de caractères : positif, négatif, transitionnel. Sur la base des principes des théories sociale cognitive, du comportement et de l'apprentissage social, des étapes du changement. 3. Atteindre un large public, assurer une forte promotion et une diffusion par les médias populaires. Atteindre différentes couches socio-économiques, sexes, niveaux d'éducation et autres niveaux culturels. 4. Une masse critique d'individus renforcée est motivée pour adopter des comportements positifs, ce qui entraîne un changement normatif généralisé et durable.	Étude quantitative externe mentionnée dans PMC Rapport annuel 2009-2010	Lorsqu'on leur a demandé s'ils comptaient faire exciser leurs filles, les auditeurs réguliers (17 %) du programme étaient plus susceptibles de répondre par la négative que leurs homologues n'écoutant pas le programme (12 %). Les hommes qui écoutaient fréquemment (16 %) l'émission radio étaient deux fois plus susceptibles de partager l'idée selon laquelle « l'excision est dangereuse pour la santé des filles ou des femmes » que les hommes qui ne l'écoutaient pas (8 %). Les hommes qui écoutaient fréquemment l'émission radio (13 %) étaient plus susceptibles que les hommes qui ne l'écoutaient pas (8 %) de se prononcer « en faveur de l'abandon de la pratique de l'excision ». Les hommes qui écoutaient fréquemment le programme radio (22 %) avaient davantage tendance à se déclarer « prêts à épouser une femme non excisée » que les hommes qui ne l'écoutaient pas (13 %). Plus de 8 auditeurs sur 10 (81 %) déclaraient que le programme radio était « une source importante d'information sur le planning familial ».

Auteur, nom, partenaires de mise en œuvre	Bailleur de fonds	Groupes / zones cibles	Outil ou action	Description	Théorie du changement de comportement	Études	Résultats rapportés (connaissances, croyances, attitudes, comportements, etc.)
Diagne (2008) Programme du centre Djoliba Population Council et Save the Children Sweden	Population Council et Save the Children Sweden	Koulikoro, Sikasso, Ségou et Kayes Chefs de village, chefs religieux, exciseuses traditionnelles, femmes, hommes, jeunes, enfants, groupes de femmes.	L'évaluation ne précise pas la durée de la mise en œuvre de l'action. Le centre Djoliba utilisait cette approche depuis 2004 et semble toujours le faire. Outils d'information, d'éducation et de communication (IEC), théâtre, mobilisateurs communautaires, discussion communautaire, approche lente et progressive pour la diffusion des connaissances, cadres de la santé et des droits de l'enfant.	Recrutement et formation de mobilisateurs communautaires (y compris jeunes et enfants). Activités de sensibilisation aux conséquences néfastes des MGF/E (accouchement, infertilité, risques de contracter le VIH), en mettant l'accent sur les droits de l'enfant à la santé, à l'intégrité physique et à la protection contre la violence, sur la santé et les droits sexuels et reproductifs (SDSR) et sur le mariage des enfants. Utilisation de la radio locale pour mobiliser la population. Développement de la relation et du dialogue entre les femmes et les filles excisées et non excisées de la communauté afin de partager leurs expériences. Formation et soutien à l'organisation d'anciennes exciseuses pour sensibiliser et suivre la communauté.	Une approche lente et progressive doit être utilisée pour éviter de provoquer des réactions négatives. Accès des principaux groupes communautaires à une campagne d'information complète et exhaustive sur les conséquences néfastes des MGF/E, renforcée par la narration des expériences des femmes et des filles excisées et non excisées (et de leurs partenaires). Déconstruction de la « raison d'être » de la pratique (justification religieuse, lien avec le mysticisme, lien avec la fertilité, plaisir sexuel masculin).	Diagne (2008)	Les MGF/E ne sont plus un sujet tabou et leur abandon est discuté ouvertement dans les villages. Implication des chefs musulmans dans le mouvement contre les MGF/E après avoir établi que l'excision n'est pas une prescription des écrits islamiques. Renforcement des connaissances sur les conséquences néfastes de l'excision au sein des membres de la communauté. Abandon total ou forte diminution de la pratique des MGF/E dans presque tous les villages concernés. Toutes les catégories sociales de la communauté signalent que la pratique est en déclin. Dans les villages où l'abandon est très répandu, les villageois ont créé des comités ad hoc pour surveiller le respect de la déclaration d'abandon. Les MGF/E ne sont plus demandées dans certains villages (comme le rapportaient les exciseuses traditionnelles).

Auteur, nom, partenaires de mise en œuvre	Bailleur de fonds	Groupes / zones cibles	Outil ou action	Description	Théorie du changement de comportement	Études	Résultats rapportés (connaissances, croyances, attitudes, comportements, etc.)
Desrumaux et Ballo (2014) « Protéger la prochaine génération » : promouvoir l'abandon des mutilations génitales féminines dans le district sanitaire de Kayes au Mali Équilibres & Populations et AMSOPT	Aucune information précise.	District de Kayes, Mali. Mis en œuvre dans 99 villages. Tous les membres de la communauté sont ciblés, femmes, hommes, jeunes, chefs de village.	Les nouveaux villages sont intégrés au projet par étapes, la première étape a débuté en 2006, l'évaluation a eu lieu en 2013 lors de la troisième étape. On ne sait pas si la mise en œuvre est toujours en cours. Dialogue communautaire facilité. Déclarations publiques d'abandon transmises par les médias locaux et nationaux pour montrer aux autres communautés que le changement social est possible.	Projet pilote : Un facilitateur pour 10 villages, discussions communautaires sur les thèmes suivants : santé, y compris santé sexuelle et reproductive, droits de l'homme, pratiques traditionnelles néfastes, rôles de genre. Recrutement et formation de 4 mobilisateurs communautaires par village (2 femmes, 2 hommes) Collaboration avec les comités locaux mis en place par le PNLE (CLAPN). Renforcement de la réponse sanitaire aux MGF/E à Kayes.	Stratégie de changement de comportement (pp. 53-54) : • Promotion du changement de comportement par une approche non directive et non coercitive, basée sur la théorie des conventions sociales de Thomas Schelling (le choix d'une famille d'exciser ou non leur fille est lié aux pratiques d'autres familles). Diffusion organisée du changement au sein de communautés liées par des liens de parenté. • Un cadre d'action intégrant la santé et les droits humains des femmes au cœur des activités d'éducation et de sensibilisation. • Les femmes jouissant d'un statut élevé dans la communauté seront plus susceptibles de décider d'abandonner durablement la pratique. • Mobilisation politique et collaboration renforcée entre les acteurs (PNLE, comités composés d'acteurs sanitaires et sociaux, ONG). • Implication de migrants originaires des villages concernés au Mali et vivant aujourd'hui en France pour aider à exercer une influence sur les attitudes et les comportements.	Desrumaux et Ballo (2014)	80 des 250 villages du district de Kayes validaient l'abandon de la pratique des MGF/E (lettre signée), dont : 61 sont considérés comme ayant totalement abandonné la pratique. 19 comme ayant partiellement abandonné la pratique. 14 sont en train d'abandonner la pratique. 6 villages résistent, les chefs de village refusent de s'impliquer, de même que la plupart des hommes et des femmes de la communauté.

Auteur, nom, partenaires de mise en œuvre	Bailleur de fonds	Groupes / zones cibles	Outil ou action	Description	Théorie du changement de comportement	Études	Résultats rapportés (connaissances, croyances, attitudes, comportements, etc.)
Programme Village Empowerment de Tostan	Aucune information précise.	5 villages dans la région de Kati. Hommes et femmes, âge moyen 36 ans, la plupart s'identifient comme musulmans.	4 modules pédagogiques. Durée totale de 6 mois pour le projet pilote. Un projet complet de 3 ans est en cours.	Les 3 premiers modules pédagogiques couvraient les thèmes suivants : l'hygiène, la résolution de problèmes et les droits de l'homme. Des sessions de 2 heures, 3 jours par semaine pendant 3 mois (mars – mai 2000) étaient organisées. Le dernier module portant sur la santé des femmes, y compris les MGF/E, était proposé sous forme d'atelier intensif de 3 jours (en juin et juillet 2000).	• L'éducation conduit à une connaissance et à une compréhension accrues (conscience critique, cela favorise la confiance et l'autonomisation, qui exercent une influence sur le degré d'activisme et la motivation à agir). • L'éducation exerce une influence sur les intentions, les attitudes et les compétences. • L'éducation ouvre la voie aux débats publics. • L'éducation renforce l'autonomie, ce qui a des effets sur les attitudes et les comportements.	Easton 2002 dans Diop et Askew, 2006 ; Monkman 2007 Filles, pas épouses - étude de cas	La proportion de participants au programme étant contraire à la MGF/E est passée de 8 % à 82 %. Aucune mesure de la fréquence ou de l'intention. Renforcement des connaissances sur les MGF/E et conscience accrue des droits des femmes.
Diop et al. (2007) Programme de formation du personnel de santé au Mali Population Council et ASDAP	ASDAP et DSFC (Division santé familiale et communautaire).	Bamako et Ségou, 8 centres de santé, 108 prestataires de services.	Deux mois en 1998. Formation du personnel médical, activités IEC, activités d'éducation et de conseil.	Trois principales activités : 1. Formation du personnel de santé sur les MGF/E, ses conséquences sur la santé et sur les activités d'IEC. 2. Introduction d'activités d'IEC liées aux MGF/E dans les discussions sur la santé au sein des centres de santé et lors des consultations avec les clients. 3. Supervision du personnel de santé ayant reçu une formation.	Renforcer les connaissances et améliorer les attitudes du personnel clinique sur les complications sanitaires liées aux MGF/E, réduire la proportion des personnes prêtes à exciser leurs filles, augmenter la proportion de bénéficiaires qui reçoivent des messages contre les MGF/E.	Diop et al. (2007)	Meilleure connaissance des types d'excision et des complications liées aux MGF/E. Légère diminution des discriminations à l'encontre des filles non excisées. Seules 4 % des personnes interrogées avaient reçu des informations sur les MGF/E de la part du personnel clinique. Près de la moitié de celles qui avaient reçu des informations sur les MGF/E en parlaient à leur famille et à leurs amis.

Auteur, nom, partenaires de mise en œuvre	Bailleur de fonds	Groupes / zones cibles	Outil ou action	Description	Théorie du changement de comportement	Études	Résultats rapportés (connaissances, croyances, attitudes, comportements, etc.)
Nielssen et Coulibaly (2014) Programme de développement de la région de Mopti (PDRM-MELM) Mission évangélique luthérienne au Mali, en coopération avec la Société missionnaire norvégienne (SMN)	Aucune information précise.	Mali : Mopti et Konna, 30 villages. Groupes de femmes, chefs religieux, exciseuses traditionnelles, hommes, femmes, enseignants, membres du conseil municipal.	2009-2015 Formation, sensibilisation et mobilisation des acteurs clés pour briser les tabous. Accompagnées d'activités d'émancipation économique des femmes.	Approche participative : accent mis sur les initiatives locales, la mobilisation, la participation et la responsabilisation à tous les niveaux. Activités de sensibilisation, formation et renforcement des capacités des acteurs locaux (membres de comité, conseil municipal, enseignants, animateurs volontaires, exciseuses). Mobilisation des chefs de village, des chefs religieux, des organisations de femmes actives dans le cadre du mouvement contre les MGF/E. Organisation de grands événements de mobilisation et de sensibilisation (coupe de football, projections de films, réunions publiques).	Stratégie en trois volets : combinant la sensibilisation et la formation sur le terrain avec les structures développées par le PNLE et la promotion du développement social et économique des communautés.	Nielssen et Coulibaly (2014)	Mise en œuvre d'un débat local sur les MGF/E (qui n'est plus un sujet tabou). Deux tiers des communautés impliquées officialisaient leur abandon des MGF/E par une déclaration signée. Toutes les exciseuses affirment qu'elles ne pratiquent plus les MGF/E dans leur village et qu'elles sont plutôt actives au sein de groupes anti-MGF/E. L'imam principal de Konna expliquait à l'équipe qu'il avait réuni tous les imams de sa région dans le cadre d'un atelier, où ils avaient étudié ensemble le Coran et d'autres écritures saintes afin de débattre de la relation entre l'islam et les MGF/E. La conclusion de cette réunion est que les MGF/E ne sont pas exigées par la religion.

Auteur, nom, partenaires de mise en œuvre	Bailleur de fonds	Groupes / zones cibles	Outil ou action	Description	Théorie du changement de comportement	Études	Résultats rapportés (connaissances, croyances, attitudes, comportements, etc.)
Rainbo (2005) Programme d'aide de l'Église norvégienne contre les MFG/E APAF/Muso Dambe, centre Djoliba, Pose ton couteau, Musewjigi, Médecins du monde	NORAD	Mali, Kenya, Éthiopie et Érythrée. Au Mali : Ségou, Bamako, Koulikoro, Kita, Kayes, Mopti.	Programme de 3 ans sur les MGF/E (2001-2004). Principalement axé sur la sensibilisation et le transfert d'informations. Approche basée sur les conséquences sur la santé, approche basée sur les droits de l'homme considérée comme inadaptée au contexte malien.	Pièces de théâtre et film suivis de débats dans la communauté, émissions de radio locales, actions dans les écoles, formation des professionnels de santé, implication des chefs religieux pour aborder la justification religieuse de la pratique et la démentir.	Aucun objectif ou indicateur de résultat n'a été élaboré pour le programme ou les projets individuels. Le lien entre les activités et l'objectif global du programme était éloigné et fondé sur des suppositions, notamment que la transmission d'informations entraînerait un changement de comportement.	Évaluation externe : Rainbo evaluation (2005)	Sur les 59 villages où travaille le centre Djoliba, partenaire de NCA, 21 ne pratiquent plus les MGF/E depuis 2000. Des familles telles que celle du patriarche Nousamma au Mali ont décidé il y a deux ans de ne plus exciser leurs filles et se sont tenus à cette décision. Meilleures connaissances de la physiologie féminine et des conséquences des MGF/E sur la santé. Diminution de l'utilisation des services de santé pour les MGF/E. Données qualitatives indiquant que les membres de la communauté commencent à remettre en question la justification religieuse de la pratique.

Auteur, nom, partenaires de mise en œuvre	Bailleur de fonds	Groupes / zones cibles	Outil ou action	Description	Théorie du changement de comportement	Études	Résultats rapportés (connaissances, croyances, attitudes, comportements, etc.)
Programme d'aide de l'Église norvégienne sur la VBG au Mali (2009) Bamako : Réseau malien de lutte contre les MGF, Pose ton couteau ; Wildaf / Mali Ségou : APAF / Muso Dambe Mopti : Médecins du monde Gao : GREFFA	NORAD	Mali : Bamako, Ségou, Mopti, Gao. Chefs religieux, hommes et femmes de la communauté, conseillers municipaux.	Programme triennal sur la VBG dans le cadre du plan quinquennal (2005-2009). Sensibilisation, mobilisation des chefs pour aborder les justifications religieuses de la pratique et les réfuter.	Organisation et formation : de chefs religieux sur la relation entre l'islam et l'excision ; de conseillers municipaux sur la santé reproductive et les MGF/E ; d'éducateurs par les pairs ; de présentateurs radio ; de groupes de femmes et d'exciseuses. Distribution de textes : fatwa du Caire, protocole de Maputo. Représentations théâtrales incluant des arguments contre les MGF/E ; émissions de radio ; création et distribution de CD sur les MGF/E et la fistule. Création d'un groupe de soutien (11 membres) et élaboration d'un contexte de dialogue entre le maire et le groupe de soutien. Rencontre de sensibilisation des maires des municipalités et des communautés de voisinage. Rédaction d'une convention contre les MGF dans les communes de Moribila et Kassorola.	Cadre stratégique (MGF/E et mariage précoce) : • Informer les personnes qui peuvent exercer une influence sur les décisions dans le domaine des MGF/E et du mariage précoce, comme les parents, les hommes en général, la communauté et les chefs religieux. • Œuvrer à réduire l'acceptation sociale des pratiques traditionnelles néfastes par des actions de sensibilisation et développer un cadre juridique national conforme aux conventions ratifiées par le Mali (CEDEF, CRC et protocole de Maputo).	Évaluation interne : NCA	Une plus grande implication des chefs religieux dans la lutte contre l'excision et de chefs comprenant et acceptant que les MGF/E ne sont pas exigées par l'islam. Déclaration de Ségou sur les MGF/E par les chefs religieux. Un plus grand intérêt des membres de la communauté à comprendre la relation entre l'islam et les MGF/E. Sensibilisation accrue de la communauté aux méfaits de l'excision. Dans les zones d'action, l'excision n'est plus un sujet tabou.

Auteur, nom, partenaires de mise en œuvre	Bailleur de fonds	Groupes / zones cibles	Outil ou action	Description	Théorie du changement de comportement	Études	Résultats rapportés (connaissances, croyances, attitudes, comportements, etc.)
Initiative Spotlight (UNICEF Mali – 2020b) Programme Initiative Spotlight sur la VBG Promotion d'approches communautaires pour la prévention et la transformation des normes sociales liées aux MGF/E, au mariage des enfants et à d'autres formes de VBG APSEF	UE	102 villages de Kati et 21 zones du district de Bamako. Hommes, femmes, jeunes.	Mai 2020-Juillet 2021. Promotion de l'égalité de genre et de normes, attitudes et comportements sociaux positifs au niveau de la communauté et sensibilisation à la législation sur les MGF/E et la SDSR.	Émissions de radio. Renforcement des capacités des points focaux sur la VBG, la SDSR, la masculinité positive, les clubs de maris modèles et de futurs maris modèles, la féminité positive, afin d'en faire des agents du changement. Des ateliers sont organisés sur la santé sexuelle et reproductive (SSR), les droits de l'homme, en mettant l'accent sur les droits de l'enfant, les pratiques traditionnelles néfastes et le concept de genre.	Théorie du changement (extrait du document de programme-pays pour la République du Mali 2019). SI des stratégies multiples, telles que la mobilisation de la communauté, l'engagement des principales parties prenantes et les stratégies éducatives, sont mises en œuvre de manière intégrée et coordonnée, sur la base d'une compréhension et d'une approche communes conformes aux normes internationales et aux données disponibles sur la prévention de la VBG, y compris les pratiques traditionnelles néfastes (PTN) et la promotion de la santé sexuelle et reproductive des femmes et des filles, ALORS des normes, des attitudes et des comportements sociaux positifs seront encouragés aux niveaux communautaire et individuel, CAR des initiatives de prévention à plusieurs dimensions et se renforçant mutuellement peuvent faire évoluer les normes individuelles et socioculturelles, y compris celles concernant la sexualité et la reproduction des femmes.	UNICEF Mali, 2020b. Rapport trimestriel du programme Initiative Spotlight soumis par l'APSEF à UNICEF Mali.	Des témoignages de changements d'attitudes individuelles sur des thèmes liés à l'égalité de genre, mais un silence persistant sur le mariage des enfants et les MGF/E dans les discussions de groupe.

Auteur, nom, partenaires de mise en œuvre	Bailleur de fonds	Groupes / zones cibles	Outil ou action	Description	Théorie du changement de comportement	Études	Résultats rapportés (connaissances, croyances, attitudes, comportements, etc.)
Initiative Spotlight (UNICEF Mali, 2020a) Programme Initiative Spotlight sur la VBG au Mali - Promotion de normes et de valeurs sociales protectrices contre toutes les formes de VBG à l'encontre des filles et des femmes, y compris les pratiques traditionnelles néfastes UNICEF et ONG TAGNE	UE	142 villages de Kolokani, région de Koulikoro Mai 2020 – avril 2021	Mai 2020 – juillet 2021 Promotion de l'égalité de genre et de normes et comportements sociaux positifs par la sensibilisation et le dialogue communautaire.	Sessions à l'intention des enseignants et des étudiants sur les normes, les attitudes et les comportements liés à l'égalité de genre. Identification et formation de points focaux et de facilitateurs communautaires (50 % d'hommes et de jeunes hommes, 50 % de femmes et de jeunes femmes. Renforcement des capacités des journalistes en matière de diffusion d'informations sur la VBG, les PTN, les droits des femmes et des enfants, la SSR et les normes sociales positives. Un dialogue sur ces questions a également été lancé avec les communicateurs traditionnels afin de renforcer leur capacité à diffuser ces messages, y compris les chefs religieux.	Des plateformes communautaires de sensibilisation sont créées ou renforcées pour promouvoir des normes, des attitudes et des comportements favorables à l'égalité de genre, à la santé et aux droits reproductifs de la femme et de la fille, à une masculinité positive, au renforcement de la confiance et de l'estime de soi. Les décideurs des institutions non étatiques pertinentes et les leaders d'opinion sont mieux équipés pour plaider en faveur de la mise en œuvre de la législation et des politiques visant à mettre fin à la violence à l'égard des femmes (VEF), à la VBG et aux pratiques néfastes, et à promouvoir la santé sexuelle et reproductive des femmes et des filles.	UNICEF Mali, 2020a. Rapport d'étape de la mise en œuvre du programme Initiative Spotlight soumis par l'ONG TAGNE à UNICEF Mali.	15 jeunes filles âgées de 5 à 9 ans ont échappé à l'excision grâce à l'initiative. Aucun cas de mariage d'enfants n'a été rapporté pendant la période d'intervention. Les facilitateurs communautaires ont sensibilisé les familles et les autorités du village, créant ainsi un environnement ouvert au changement. Dialogue intergénérationnel entre les jeunes et les chefs du village.

Annexe 5 Résultats du tableau de régression

Tableau A5.1 Corrélation entre l'excision et les variables de résultat pour les femmes

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
VARIABLES	**Résultat : années de scolarisation de la femme**	**Résultat : la femme travaille**	**Résultat : la femme prend, seule ou avec d'autres, l'une des trois décisions les plus importantes (santé, patrimoine, visites)**	**Résultat : les mauvais traitements infligés à une femme sont justifiés par l'un des cinq motifs**	**Résultat : nombre d'enfants décédés de la femme**	**Résultat : âge auquel la femme a vécu pour la première fois avec un homme**	**Résultat : nombre total de partenaires de la femme au cours de sa vie**
La femme est excisée sur la base de toutes les femmes avec entretien détaillé	-0,453*	0,163***	0,0384	0,0687**	0,0905*	0,0679	-0,140
	(0,262)	(0,0303)	(0,0292)	(0,0314)	(0,0510)	(0,296)	(0,446)
Région = 2, Koulikoro	1,254***	-0,147***	-0,0128	-0,0111	-0,179**	0,778***	-0,525
	(0,355)	(0,0513)	(0,0430)	(0,0292)	(0,0790)	(0,279)	(0,524)
Région = 3, Sikasso	0,159	-0,109**	-0,178***	-0,109***	-0,196**	1,042***	-0,380
	(0,287)	(0,0533)	(0,0394)	(0,0327)	(0,0849)	(0,244)	(0,616)
Région = 4, Ségou	0,278	-0,213***	-0,0977**	-0,0198	-0,130*	1,676***	-0,353
	(0,332)	(0,0488)	(0,0390)	(0,0299)	(0,0787)	(0,254)	(0,585)
Région = 5, Mopti	-0,287	-0,179***	0,0386	-0,327***	-0,119	1,770***	-1,170
	(0,431)	(0,0672)	(0,0547)	(0,0750)	(0,0987)	(0,375)	(0,725)
Région = 6, Tombouctou	-0,530	-0,192***	-0,0481	-0,209***	-0,167*	0,727*	-0,775
	(0,332)	(0,0617)	(0,0595)	(0,0535)	(0,0937)	(0,397)	(0,573)
Région = 7, Gao	-0,629	-0,343***	-0,110*	-0,0670	-0,306**	1,337**	0,0749
	(0,440)	(0,0612)	(0,0652)	(0,0688)	(0,147)	(0,656)	(0,752)
Région = 8, Kidal	-2,352***	-0,383***	0,172**	-0,426***	-0,327*	2,906***	0,244
	(0,637)	(0,0791)	(0,0801)	(0,0952)	(0,182)	(0,926)	(1,058)
Région = 9, Bamako	1,670***	-0,205***	0,00553	-0,0792	-0,274***	1,874***	-0,476
	(0,540)	(0,0547)	(0,0550)	(0,0511)	(0,0782)	(0,319)	(0,838)

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
VARIABLES	**Résultat : années de scolarisation de la femme**	**Résultat : la femme travaille**	**Résultat : la femme prend, seule ou avec d'autres, l'une des trois décisions les plus importantes (santé, patrimoine, visites)**	**Résultat : les mauvais traitements infligés à une femme sont justifiés par l'un des cinq motifs**	**Résultat : nombre d'enfants décédés de la femme**	**Résultat : âge auquel la femme a vécu pour la première fois avec un homme**	**Résultat : nombre total de partenaires de la femme au cours de sa vie**
Type de lieu de résidence = 2, rural	-2,232***	-0,0547	0,00142	0,0313	0,124	-0,155	-0,508
	(0,422)	(0,0406)	(0,0411)	(0,0315)	(0,0766)	(0,189)	(0,475)
Âge du ou des membres du ménage	-0,110***	0,00970***	0,0119***	0,000137	0,0411***	0,140***	0,0178**
	(0,00607)	(0,000972)	(0,000817)	(0,000693)	(0,00254)	(0,00872)	(0,00853)
Origine ethnique de la femme (subsumant les petites catégories) = 2, Malinké	0,344	-0,00290	0,0101	0,00741	-0,0478	-0,00198	0,0538
	(0,265)	(0,0419)	(0,0361)	(0,0267)	(0,0566)	(0,221)	(0,371)
Origine ethnique de la femme (subsumant les petites catégories) = 3, Peul	-0,524**	-0,0602*	-0,0352	-0,0398*	-0,00947	0,305	0,404
	(0,228)	(0,0343)	(0,0246)	(0,0238)	(0,0444)	(0,218)	(0,366)
Origine ethnique de la femme (subsumant les petites catégories) = 4, Sarakolé / Soninké / Marka	-0,596**	-0,0323	-0,0207	-0,0359	-0,0709	-0,00332	-0,0559
	(0,294)	(0,0409)	(0,0324)	(0,0288)	(0,0580)	(0,252)	(0,589)
Origine ethnique de la femme (subsumant les petites catégories) = 5, Songhaï	0,420	-0,0467	-0,0427	-0,00287	0,0588	0,771*	-0,0665
	(0,357)	(0,0481)	(0,0399)	(0,0459)	(0,0763)	(0,449)	(0,217)
Origine ethnique de la femme (subsumant les petites catégories) = 6, Dogon	0,0730	0,0856	0,0659	0,167***	0,0407	0,802*	0,514
	(0,393)	(0,0572)	(0,0499)	(0,0508)	(0,0759)	(0,412)	(0,650)
Origine ethnique de la femme (subsumant les petites catégories) = 7, Touareg / Billa	-1,199***	-0,104	-0,0396	-0,254***	0,0253	0,275	0,0154
	(0,457)	(0,0632)	(0,0567)	(0,0816)	(0,161)	(0,668)	(0,436)
Origine ethnique de la femme (subsumant les petites catégories) = 8, Sénoufo / Minianka	0,332	0,0421	0,0466	0,0552**	0,0745	0,194	-0,287
	(0,241)	(0,0538)	(0,0283)	(0,0271)	(0,0779)	(0,240)	(0,249)
Origine ethnique de la femme (subsumant les petites catégories) = 9, Bobo	-1,740**	-0,0484	-0,144**	0,0477	-0,0643	0,610	0,0653
	(0,727)	(0,0703)	(0,0639)	(0,0591)	(0,0962)	(0,566)	(0,297)
Origine ethnique de la femme (subsumant les petites catégories) = 16, autres Maliens	-0,0268	0,0482	0,0107	0,00608	0,0637	0,206	0,0814
	(0,262)	(0,0434)	(0,0352)	(0,0290)	(0,0876)	(0,299)	(0,349)

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
VARIABLES	**Résultat : années de scolarisation de la femme**	**Résultat : la femme travaille**	**Résultat : la femme prend, seule ou avec d'autres, l'une des trois décisions les plus importantes (santé, patrimoine, visites)**	**Résultat : les mauvais traitements infligés à une femme sont justifiés par l'un des cinq motifs**	**Résultat : nombre d'enfants décédés de la femme**	**Résultat : âge auquel la femme a vécu pour la première fois avec un homme**	**Résultat : nombre total de partenaires de la femme au cours de sa vie**
Origine ethnique de la femme (subsumant les petites catégories) = 25, autres pays	1,418*	0,148	-0,149**	0,0885	-0,119	2,922***	4,861
	(0,850)	(0,0940)	(0,0670)	(0,0561)	(0,110)	(1,090)	(4,090)
Religion de la femme (subsumant les petites catégories) = 2, catholique	1,000*	-0,0288	0,0882*	-0,00272	0,0295	-0,366	-0,267
	(0,543)	(0,0538)	(0,0523)	(0,0450)	(0,0761)	(0,534)	(0,188)
Religion de la femme (subsumant les petites catégories) = 3, protestante	2,083**	-0,0561	0,0324	-0,0358	-0,0788	0,815	-0,252
	(0,877)	(0,0827)	(0,0658)	(0,0699)	(0,107)	(0,767)	(0,282)
Religion de la femme (subsumant les petites catégories) = 96, autre	-1,314***	0,0802*	-0,0201	-0,0397	0,296**	-0,333	0,361
	(0,260)	(0,0474)	(0,0454)	(0,0436)	(0,129)	(0,264)	(0,435)
Éducation de la femme, en années		-0,00488*	-0,00101	-0,0137***	-0,0202***	0,265***	0,00186
		(0,00288)	(0,00254)	(0,00209)	(0,00293)	(0,0269)	(0,0240)
Constante	7,364***	0,329***	-0,0216	0,818***	-0,669***	11,46***	2,031***
	(0,547)	(0,0689)	(0,0643)	(0,0543)	(0,111)	(0,480)	(0,771)
Observations	5,260	5,260	5,260	5,260	5,260	4,324	4,602
R- au carré	0,240	0,092	0,089	0,078	0,203	0,178	0,009
Erreurs types entre parenthèses							

*** p < 0,01, ** p < 0,05, * p < 0,1

Tableau A5.2 Probabilités que la fille d'une personne interrogée, âgée de 0 à 4 ans, soit excisée

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
VARIABLES	**Caractéristiques individuelles et de la mère**	**Caractéristiques du ménage**	**Attitudes envers les MGF/E et prise de décision**	**Effets fixes de temps et de région**	**Effets de pairs**
Âge de la mère à la naissance de l'enfant	0,00193	0,00185	0,00116	0,00244	0,00248
	(0,00195)	(0,00192)	(0,00189)	(0,00176)	(0,00176)
	0,323	0,335	0,539	0,167	0,160
Éducation de la mère en années	0,00582	0,00105	0,00340	0,00689*	0,00694*
	(0,00405)	(0,00450)	(0,00435)	(0,00407)	(0,00404)
	0,152	0,815	0,435	0,0917	0,0869
Excision chez la mère de l'enfant	0,513***	0,508***	0,403***	0,379***	0,365***
	(0,0764)	(0,0765)	(0,0789)	(0,0644)	(0,0643)
	8,69e-11	1,36e-10	5,72e-07	1,14e-08	3,28e-08
Groupe ethnique de la mère = 2, Malinké	0,103	0,103	0,125*	-0,0122	-0,00791
	(0,0719)	(0,0708)	(0,0687)	(0,0611)	(0,0604)
	0,151	0,145	0,0697	0,841	0,896
Groupe ethnique de la mère = 3, Peul	0,0561	0,0601	0,0635	0,0628	0,0603
	(0,0493)	(0,0474)	(0,0460)	(0,0410)	(0,0406)
	0,256	0,205	0,169	0,127	0,138
Groupe ethnique de la mère = 4, Sarakolé / Soninké / Marka	0,244***	0,224***	0,218***	0,0852	0,0889
	(0,0546)	(0,0569)	(0,0546)	(0,0567)	(0,0556)
	1,10e-05	0,000101	8,29e-05	0,134	0,111
Groupe ethnique de la mère = 5, Songhaï	-0,0621	-0,0649	-0,0437	0,175**	0,193***
	(0,0807)	(0,0784)	(0,0741)	(0,0703)	(0,0675)
	0,442	0,408	0,556	0,0136	0,00457
Groupe ethnique de la mère = 6, Dogon	0,0528	0,0454	0,0433	-0,0190	-0,0360
	(0,0538)	(0,0566)	(0,0548)	(0,0598)	(0,0621)
	0,327	0,424	0,430	0,751	0,563
Groupe ethnique de la mère = 7, Touareg / Billa	0,0451	0,0411	0,0415	0,0727	0,0901
	(0,132)	(0,129)	(0,133)	(0,105)	(0,109)
	0,733	0,751	0,756	0,490	0,408
Groupe ethnique de la mère = 8, Sénoufo / Minianka	-0,000929	0,00921	0,00331	0,0282	0,0265
	(0,0629)	(0,0624)	(0,0613)	(0,0536)	(0,0528)
	0,988	0,883	0,957	0,599	0,617
Groupe ethnique de la mère = 9, Bobo	0,0188	-0,000108	0,0744	0,0332	0,0824
	(0,103)	(0,106)	(0,0951)	(0,0809)	(0,0844)
	0,855	0,999	0,435	0,682	0,330
Groupe ethnique de la mère = 16, autres Maliens	0,173***	0,163***	0,160***	0,0792*	0,0820*
	(0,0497)	(0,0504)	(0,0476)	(0,0475)	(0,0466)
	0,000590	0,00136	0,000901	0,0962	0,0796
Groupe ethnique de la mère = 25, autres pays	-0,00929	-0,0326	0,0503	-0,00698	0,0154
	(0,240)	(0,250)	(0,197)	(0,225)	(0,228)
	0,969	0,896	0,799	0,975	0,946

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
VARIABLES	**Caractéristiques individuelles et de la mère**	**Caractéristiques du ménage**	**Attitudes envers les MGF/E et prise de décision**	**Effets fixes de temps et de région**	**Effets de pairs**
Religion de la mère = 2, catholique	-0,0705	-0,0625	-0,00390	-0,00696	0,0122
	(0,0899)	(0,0898)	(0,0773)	(0,0628)	(0,0579)
	0,433	0,487	0,960	0,912	0,834
Religion de la mère = 3, protestante	-0,214	-0,194	-0,172	-0,118	-0,107
	(0,144)	(0,146)	(0,138)	(0,131)	(0,131)
	0,140	0,187	0,215	0,368	0,415
Religion de la mère = 96, autre	-0,0763	-0,0555	-0,0475	-0,0741	-0,0726
	(0,0676)	(0,0671)	(0,0654)	(0,0635)	(0,0634)
	0,259	0,408	0,469	0,244	0,253
Indicateur composite de richesse = 2, plus pauvre		-0,0641	-0,0618	-0,0511	-0,0443
		(0,0426)	(0,0430)	(0,0374)	(0,0374)
		0,133	0,152	0,173	0,237
Indicateur composite de richesse = 3, moyen		-0,0523	-0,0476	-0,0486	-0,0415
		(0,0444)	(0,0435)	(0,0403)	(0,0404)
		0,240	0,274	0,229	0,305
Indicateur composite de richesse = 4, plus riche		0,0857*	0,0894*	0,111**	0,122***
		(0,0459)	(0,0461)	(0,0437)	(0,0437)
		0,0629	0,0533	0,0115	0,00581
Indicateur composite de richesse = 5, le plus riche		0,0466	0,0444	0,141**	0,149***
		(0,0493)	(0,0491)	(0,0581)	(0,0568)
		0,345	0,366	0,0158	0,00932
Mère en faveur de l'abandon des MGF/E			-0,194***	-0,218***	-0,206***
			(0,0417)	(0,0359)	(0,0360)
			4,68e-06	4,03e-09	2,81e-08
Capacité de la mère à prendre l'une des trois décisions importantes (santé, patrimoine, visites) [seule],			0,0757***	0,0405	0,0318
			(0,0260)	(0,0254)	(0,0260)
			0,00383	0,112	0,223
Région = 2, Koulikoro				-0,286***	-0,168*
				(0,0537)	(0,0946)
				2,04e-07	0,0770
Région = 3, Sikasso				-0,308***	-0,189*
				(0,0645)	(0,100)
				2,83e-06	0,0596
Région = 4, Ségou				-0,260***	-0,124
				(0,0555)	(0,0983)
				4,30e-06	0,208
Région = 5, Mopti				-0,194***	-0,0202
				(0,0706)	(0,123)
				0,00649	0,870

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
VARIABLES	**Caractéristiques individuelles et de la mère**	**Caractéristiques du ménage**	**Attitudes envers les MGF/E et prise de décision**	**Effets fixes de temps et de région**	**Effets de pairs**
Région = 6, Tombouctou				-0,651***	-0,220
				(0,0670)	(0,260)
				0	0,399
Région = 7, omis				-	-
				-	-
Région = 8, omis				-	-
				-	-
Région = 9, Bamako				-0,248***	-0,170**
				(0,0666)	(0,0778)
				0,000232	0,0295
Type de lieu de résidence = 2, rural				0,111*	0,107
				(0,0652)	(0,0664)
				0,0885	0,107
Âge du membre du ménage = 1				0,232***	0,234***
				(0,0355)	(0,0356)
				3,12e-10	2,56e-10
Âge du membre du ménage = 2				0,422***	0,421***
				(0,0321)	(0,0318)
				0	0
Âge du membre du ménage = 3				0,390***	0,390***
				(0,0340)	(0,0338)
				0	0
Âge du membre du ménage = 4				0,507***	0,506***
				(0,0319)	(0,0316)
				0	0
Moyenne d'excision chez les filles âgées de 0 à 9 ans, par région et par zone urbaine / rurale					0,766**
					(0,386)
					0,0479
Moyenne des personnes en faveur de l'abandon des MGF/E, par grappe,					-0,160
					(0,129)
					0,216
Observations	1 961	1 961	1 961	1 855	1 855
Erreurs types entre parenthèses					
*** p < 0,01, ** p < 0,05, * p < 0,1					

Tableau A5.3 Probabilités que la personne interrogée soit en faveur de l'abandon des MGF/E

	(1)	(2)
VARIABLES	**Caractéristiques de l'individu et du ménage**	**Effets de pairs**
Sexe du membre du foyer = 2, femme	0,0651***	0,0663***
	(0,0116)	(0,0110)
	4,04e-08	4,19e-09
Âge du membre du foyer	0,000849**	0,000456
	(0,000392)	(0,000371)
	0,0309	0,220
Religion = 2, catholique	0,204***	0,121***
	(0,0458)	(0,0324)
	1,18e-05	0,000223
Religion = 3, protestante	0,308***	0,201**
	(0,0731)	(0,0806)
	3,21e-05	0,0132
Religion = 96, autres	0,0632**	0,0307
	(0,0295)	(0,0249)
	0,0331	0,219
Groupe ethnique = 2, Malinké	0,0324*	0,0219*
	(0,0180)	(0,0127)
	0,0731	0,0872
Groupe ethnique = 3, Peul	0,00101	0,00929
	(0,0135)	(0,0135)
	0,940	0,490
Groupe ethnique = 4, Sarakolé / Soninké / Marka	-0,0125	-0,00968
	(0,0159)	(0,0130)
	0,432	0,458
Groupe ethnique = 5, Songhaï	0,130***	0,0821***
	(0,0332)	(0,0284)
	0,000102	0,00416
Groupe ethnique = 6, Dogon	0,0863***	0,0205
	(0,0315)	(0,0176)
	0,00656	0,245
Groupe ethnique = 7, Touareg / Billa	0,209***	0,0965***
	(0,0480)	(0,0340)
	1,76e-05	0,00485
Groupe ethnique = 8, Sénoufo / Minianka	0,0155	0,00937
	(0,0197)	(0,0148)
	0,434	0,527
Groupe ethnique = 9, Bobo	0,185***	0,0151
	(0,0564)	(0,0334)
	0,00111	0,653

VARIABLES	(1) Caractéristiques de l'individu et du ménage	(2) Effets de pairs
Groupe ethnique = 16, autres Maliens	-0,00586	-0,00561
	(0,0180)	(0,0158)
	0,745	0,723
Groupe ethnique = 25, autres pays	0,108*	0,0980*
	(0,0567)	(0,0520)
	0,0567	0,0603
Région = 2, Koulikoro	-0,0202	-0,0167*
	(0,0214)	(0,00955)
	0,345	0,0805
Région = 3, Sikasso	-0,0714***	-0,0343***
	(0,0216)	(0,0116)
	0,00107	0,00325
Région = 4, Ségou	-0,0313	-0,0376***
	(0,0219)	(0,0106)
	0,154	0,000447
Région = 5, Mopti	0,0310	-0,00634
	(0,0298)	(0,0145)
	0,299	0,663
Région = 6, Tombouctou	0,155***	-0,0426**
	(0,0423)	(0,0165)
	0,000294	0,0105
Région = 7, Gao	0,687***	-0,0479*
	(0,0519)	(0,0260)
	0	0,0668
Région = 8, Kidal	0,642***	-0,0373
	(0,0734)	(0,0306)
	0	0,224
Région = 9, Bamako	-0,0532**	-0,0252***
	(0,0237)	(0,00904)
	0,0255	0,00557
Type de lieu de résidence = 2, rural	-0,0275	0,00806
	(0,0194)	(0,00814)
	0,158	0,323
Années d'études	0,0102***	0,00851***
	(0,00115)	(0,000923)
	0	0
Indicateur composite de richesse = 2, plus pauvre	0,0112	0,00146
	(0,0135)	(0,0130)
	0,410	0,910
Indicateur composite de richesse = 3, moyen	0,0127	0,00551
	(0,0148)	(0,0137)
	0,391	0,689

	(1)	(2)
VARIABLES	**Caractéristiques de l'individu et du ménage**	**Effets de pairs**
Indicateur composite de richesse = 4, plus riche	0,0120	0,00431
	(0,0154)	(0,0118)
	0,436	0,714
Indicateur composite de richesse = 5, le plus riche	0,0202	0,00462
	(0,0180)	(0,0152)
	0,263	0,761
Moyenne des personnes en faveur de l'abandon des MGF/E		0,563***
		(0,0229)
		0
Observations	8,862	8,862
Erreurs types entre parenthèses		
*** p < 0,01, ** p < 0,05, * p < 0,1		

Annexe 6 Stratégies de communication pour le changement social

Le contenu de cette section est tiré du travail de Figueroa et al. (2002)[27]. Il repose sur leur modèle de communication pour le changement social (CFSC)[28], lequel fournit un cadre permettant de comprendre comment la communication pour le développement se déroule sur le terrain.

Le rapport présente les éléments clés d'un modèle inclusif et participatif de changement social :

- La durabilité du changement social est favorisée si les individus et les communautés les plus touchés par un phénomène s'approprient à la fois le processus et le contenu de la communication.
- La communication pour le changement social doit être horizontale (et non ascendante) et source d'émancipation. Il faut en effet donner la parole aux membres de la communauté jusqu'alors ignorés, et privilégier les contenus et l'appropriation locaux.
- Les communautés doivent devenir les acteurs de leur propre changement.
- L'objectif doit passer de la persuasion et de la transmission d'informations provenant d'experts techniques extérieurs au dialogue, au débat et à la négociation sur des questions qui intéressent les membres de la communauté.
- L'attention portée aux résultats doit aller au-delà des comportements individuels et englober les normes sociales, les politiques, la culture et un environnement favorable.

Si nous avons apporté quelques changements au modèle CFSC en fonction de nos résultats sur les MGF/E, nous encourageons à adapter les conseils donnés par Figueroa et al. (2002) aux contextes dans lesquels les initiatives impliquent un processus d'action et de dialogue communautaire (parce que les communautés ne sont pas des entités homogènes, mais sont composées de sous-groupes aux couches sociales et intérêts divergents).

Le modèle décrit un processus dynamique et itératif qui démarre à partir d'un « **catalyseur / stimulus** » externe ou interne à la communauté. Ce catalyseur provoque et facilite un **dialogue au sein de la communauté.** Si le dialogue est efficace, il débouche sur une action collective et la résolution d'un problème commun.

Catalyseurs

Le modèle CFSC identifie six catalyseurs potentiels :

1. Un *stimulus interne*, par exemple, des niveaux élevés de complications de santé liées aux MGF/E, ou la proposition d'un chef local encourageant les membres de la communauté à parler entre eux d'un problème de santé ou d'un problème communautaire tel que la pratique des MGF/E.
2. Un *acteur du changement* (une personne appartenant ou non à la communauté), par exemple des personnes qui travaillent dans la

27 Cette section repose sur les travaux de Figueroa et al. (2002), *Communication for Social Change Working Paper Series*. New York: The Rockefeller Foundation and Johns Hopkins University Center for Communication Programs.

28 Le modèle de communication pour le changement social (CFSC) décrit un processus itératif dans lequel « le dialogue communautaire » et « l'action collective » agissent ensemble au sein d'une communauté pour produire un changement social améliorant la santé et le bien-être de tous ses membres (Figueroa et al., 2022: iii).

plupart des initiatives communautaires menées par les ONG. Ces acteurs du changement peuvent se rendre dans une communauté pour susciter une discussion sur des « besoins perçus » ou sur un problème spécifique afin d'encourager la communauté à entreprendre une action collective.

3. Une *innovation*, telle qu'une initiative soutenant les valeurs culturelles et les traditions qui risquent de disparaître, pouvant conduire à un changement social.
4. Des *politiques* qui encouragent la communauté à agir, par exemple des nouvelles lois.
5. La disponibilité de *technologies* pouvant promouvoir la discussion d'une communauté sur un problème qu'elle souhaite résoudre.
6. Les *médias*, y compris les messages visant à promouvoir un comportement individuel ou une action collective, qui peuvent inciter les membres d'une communauté à adopter ce comportement ou à imiter d'autres communautés ayant atteint un objectif commun en travaillant ensemble.

Le catalyseur dans le modèle est l'élément déclencheur précis qui permet de susciter le dialogue communautaire sur une question spécifique, qui concerne ou intéresse la communauté.

Dialogue communautaire

Le modèle CFSC présente dix étapes de dialogue communautaire :

1. Prise de conscience d'un problème : grâce au catalyseur, une personne de la communauté prend conscience de l'existence d'un problème. Par exemple, dans le cas des MGF/E, un groupe de grands-mères et de mères prennent conscience que certaines d'entre elles ont souffert des conséquences néfastes des MGF/E sur leur santé, ou que leurs filles ont souffert d'autres conséquences néfastes liées aux MGF/E. Les femmes se posent alors des questions mutuellement pour déterminer l'origine des souffrances.
2. Identification et implication des chefs et des parties prenantes : certaines femmes parlent des MGF/E avec leurs pairs, les chefs locaux et les aînés. Elles rendent éventuellement visite à une grand-mère et à d'autres femmes âgées considérées comme des chefs dans leur communauté. Finalement, quelqu'un prend l'initiative et assume la responsabilité de résoudre les problèmes liés aux MGF/E. À travers un processus de mise en réseau progressif (se rendre de foyer en foyer) ou de réunions en petits groupes, le ou les chefs repèrent d'autres leaders d'opinion et des personnes pouvant les aider dans le processus de résolution du problème. Ils pourront consulter une sage-femme ou un professionnel de santé bénévole, ayant une connaissance des MGF/E dans la communauté. Une fois que le problème est identifié, les chefs de la communauté peuvent convoquer une réunion pour en discuter. Les membres de la communauté les plus touchés par le problème (femmes et filles) sont invités à participer à la réunion.
3. Clarification des perceptions : les différents membres de la communauté peuvent avoir des perceptions différentes d'un même problème. Par exemple, certaines personnes peuvent penser que les MGF/E sont exigées par la religion, d'autres qu'il s'agit d'une partie importante de leur culture, d'autres encore peuvent s'opposer à cette pratique. Si l'on ne parvient pas à un consensus sur la question des MGF/E et de ses causes, le groupe trouvera difficilement un plan d'action adéquat qui soit acceptable pour tous. Le dialogue est nécessaire pour parvenir à une compréhension mutuelle (cadre commun) permettant de résoudre le problème. Ce n'est qu'après avoir fait le point sur ces perceptions et avoir concilié les différents points de vue que le processus pourra se poursuivre, avec une idée claire de la manière dont il faut aborder la question des MGF/E.

4. Prise en compte des besoins individuels et communs : un élément clé que les projets communautaires doivent garder à l'esprit concerne l'implication des individus parmi les plus défavorisés de la communauté. À défaut d'en tenir compte, les projets courent le risque d'impliquer des groupes qui ne sont probablement pas représentatifs de ceux se trouvant en bas de l'échelle et qui perçoivent le problème et les besoins différemment. Tout le monde ne vivra pas un même problème, tel que les MGF, avec le même degré de gravité. Par exemple, certains membres de la communauté peuvent penser que les MGF/E sont une affaire de famille et qu'il n'est pas nécessaire d'impliquer la communauté. D'autres peuvent penser que les risques pour la santé des MGF/E ou les discussions sur la stigmatisation des femmes et des filles non excisées sont des sujets qui concernent l'ensemble de la communauté, et que la solution doit donc venir de tous et toutes. Pour parvenir à résoudre les problèmes, il est important que toutes les parties prenantes de la communauté puissent exprimer leurs opinions et leurs besoins. Par exemple, dans le cas des MGF/E, les femmes, les filles et les grands-mères issues de milieux défavorisés doivent pouvoir s'exprimer. En cas de conflit ou d'insatisfaction, les chefs communautaires doivent résoudre le conflit avant de pouvoir poursuivre l'action. Pour résoudre le conflit, il est parfois nécessaire de clarifier davantage la situation ou d'impliquer de nouveaux chefs et de nouvelles parties prenantes.
5. Vision du futur : cela implique des discussions sur les perspectives souhaitées par la communauté pour l'avenir. Cette vision est la réponse à la question suivante : que souhaitons-nous accomplir d'ici un an par rapport à un problème (par exemple, les niveaux élevés de MGF/E dans une communauté donnée) ? Les représentants de tous les groupes concernés (parties prenantes) de la communauté doivent partager cette vision, afin qu'elle englobe tous les intérêts. La vision commune exprime tous les changements qui se produiront et les avantages que chacun peut espérer.
6. Évaluation de la situation actuelle : la communauté doit disposer de critères objectifs pour mesurer l'ampleur du problème. La quantification du problème permettra d'avoir une idée claire de son ampleur. Elle mentionnera par exemple le nombre de filles (de moins de 5 ans) qui ont été excisées en un an, le nombre de femmes et de filles ayant souffert de problèmes de santé liés aux MGF/E, le nombre de femmes et de filles non excisées qui ont souffert de stigmatisation, etc. L'évaluation quantitative et qualitative doit être soutenue par les organisations participant à la mise en œuvre du projet, et les résultats diffusés auprès de l'ensemble de la communauté. Si le problème ne fait pas l'objet d'une évaluation claire, il sera difficile de fixer des objectifs d'action et, par là même, de déterminer si des progrès ont été réalisés par la suite.
7. Définition des objectifs : une fois que la situation actuelle est clairement définie et partagée par les membres de la communauté, il faut se poser plusieurs questions. Que peut-on raisonnablement attendre du groupe pour résoudre le problème ? Peut-on réduire de moitié le nombre de filles excisées en six mois ou un an, si un certain nombre de familles prennent des mesures appropriées ? Peut-on éradiquer les MGF/E, ou faire en sorte qu'elles deviennent une pratique rare ? La comparaison entre la situation actuelle et la situation souhaitée ainsi que la définition d'objectifs réalistes sont à la base de la motivation du groupe. L'identification d'objectifs abordables et réalisables crée un haut niveau de motivation collective, qui est nécessaire à l'adoption de mesures appropriées visant à résoudre le problème.
8. Propositions d'action : quelles actions diverses peut-on mettre en œuvre pour atteindre les objectifs envisagés ? Il faut pour ce faire identifier des ressources au sein et en dehors de la communauté, ainsi que des personnes ou des groupes qui peuvent les mettre en œuvre. Dans le

cas des MGF/E, la communauté pourrait décider d'organiser des dialogues intergénérationnels entre les grands-mères, les mères et les filles pour discuter des MGF/E, avec le soutien du personnel de santé ou des parties concernées. Elle pourrait également décider d'impliquer les hommes et les adolescents pour discuter des inconvénients des MGF/E pour les femmes et les filles, d'organiser de nouvelles activités de sensibilisation conçues conjointement avec les grands-mères (en tant que décideuses) et les mères, de prévoir de nouvelles formes de discussion sur les MGF/E parmi les chefs religieux, etc. Peut-on poursuivre un ou plusieurs des objectifs susmentionnés, et auquel doit-on accorder la priorité ? La recherche d'un consensus sur les actions à mener peut également conduire à un conflit ou à un manque d'engagement. Si l'on ne parvient pas à un consensus satisfaisant, il faudra certainement réévaluer les objectifs et / ou les lignes d'action. Si le processus de dialogue communautaire n'aboutit pas, il risque de s'interrompre définitivement, et le problème peut persister ou s'aggraver, si aucune mesure n'est prise.

9. Consensus sur l'action : une fois qu'un plan détaillé est défini, un nouveau processus visant à parvenir à un consensus au sein de la communauté doit être mis en place. Il est important d'atteindre un consensus non seulement pour rassembler les ressources, mais aussi pour convaincre les différents membres de la communauté de se porter volontaires ou de répartir les actions à mener entre eux. Si la communauté participe et considère les actions proposées comme « les siennes », elle sera plus susceptible de passer à l'action. De même, si une communauté est « impliquée et mobilisée », elle développera plus facilement un sentiment d'autonomie et d'auto-efficacité collective.
10. Plan d'action : un calendrier détaillé de chaque activité à accomplir permettra à la communauté de respecter des délais bien établis pour progresser efficacement vers la solution au problème.

Action collective

Le modèle CFSC présente cinq étapes clés pour l'action :

1. Attribution des responsabilités : les chefs doivent solliciter des volontaires ou confier des tâches à des individus et / ou à des sous-groupes communautaires (existants ou nouvellement créés pour réaliser le plan d'action). Des personnes devront assumer la responsabilité de chacune des activités identifiées dans le plan d'action. En fonction de la complexité du problème, il pourrait être nécessaire de créer des groupes de travail communautaires axés sur des objectifs et des sous-objectifs spécifiques du projet.
2. Mobilisation des organisations : l'une des tâches à accomplir peut consister à obtenir le soutien et l'aide des ressources communautaires préexistantes. Par exemple, dans le cas des MGF/E, les professionnels de santé et les chefs religieux pourraient apporter leur soutien. D'après l'expérience de nombreux activistes de ce domaine, la communication par les médias locaux peut constituer une ressource inestimable pour mobiliser le soutien et promouvoir les activités de la communauté.
3. Mise en œuvre : cette étape concerne la mise en œuvre effective du plan d'action ainsi que son suivi. Les responsables, les membres et / ou les sous-groupes doivent assumer la responsabilité du suivi de toutes les tâches à accomplir en veillant à ce que les activités soient réalisées conformément au calendrier et que chacun assume ses responsabilités.
4. Résultats : cette phase concerne les résultats réels que la communauté est en mesure d'atteindre, compte tenu des ressources, de l'organisation et du processus de mobilisation spécifiés par le plan d'action, puis mis en œuvre. Si le problème était un niveau élevé de MGF/E, la solution (l'action entreprise) doit être suivie d'une réduction des MGF/E

chez les nouveau-nés ou les filles de moins de 5 ans. Pour connaître les résultats des projets communautaires, il faut réaliser un travail d'observation et / ou comptabiliser le nombre de cas afin d'évaluer le niveau de réussite.

5. Évaluation participative : les résultats obtenus correspondront ou pas aux attentes initiales de la communauté en termes d'objectifs spécifiques. La comparaison des résultats réels avec la vision commune et les objectifs de départ est un processus important d'autoévaluation. Pour motiver et encourager le groupe, il est important que la plupart des membres de la communauté participent au processus d'évaluation. De fait, cela permettra à l'ensemble de la communauté de partager les enseignements tirés quant aux actions qui ont abouti, et aux raisons pour lesquelles elles ont abouti. Le fruit de l'évaluation participative doit être une réévaluation de la situation actuelle de la communauté par rapport au problème. À ce stade, la communauté est prête à renouveler le processus, en poursuivant l'action pour le même problème ou pour un problème différent.

Résultats

L'état d'une communauté en termes de statut des individus qui la composent, et de la communauté dans son ensemble, peut être mesuré à tout moment, avant, pendant et après le lancement d'un projet de développement. Les différences au niveau des caractéristiques individuelles ou collectives d'une communauté d'une étape à l'autre indiquent le changement qui s'est produit alors que la communauté était mobilisée dans le dialogue communautaire et l'action collective. Les résultats potentiels du dialogue et de l'action collective pour les participants comprennent : (1) l'amélioration des compétences nécessaires pour mettre en œuvre de nouveaux comportements ; (2) des facteurs idéationnels tels que les connaissances, les croyances, les valeurs, le risque perçu, les normes subjectives et même l'image de soi ; des réponses émotionnelles, telles que des sentiments de solidarité, d'empathie et de confiance ; un soutien social et une influence accrus de la part des autres, ainsi qu'un soutien accru envers les autres ; (3) l'intention d'adopter un nouveau comportement à l'avenir ; et (4) des comportements spécifiques liés au problème abordé par le dialogue et l'action collective.

Le modèle indique également que ces résultats à un niveau individuel peuvent être le fruit de l'influence directe de l'un des catalyseurs externes identifiés dans le modèle.