

h e d s

Haute école de santé
Genève

Filière de formation

Infirmière HES, Infirmier HES

La pratique de l'excision au Mali

Mémoire de Fin d'Etudes



(Tiré de : Prolongeau, 2006, 12 décembre)

KONTE Assa

Matricule N° 03558061

Directrice : BARBEY Camille, chargée d'enseignement

Membres du jury : FAVRE Sandrine, chargée d'enseignement
OKSALAMPI Anja, assistante sociale

Genève, novembre 2007

Résumé

Pour ce travail de fin d'études, j'ai choisi de m'interroger sur différents aspects de la pratique de l'excision au Mali. Pourquoi ce thème ? Tout simplement, étant malienne et ayant subi en bas âge cette pratique, elle me révolte depuis plusieurs années.

Ayant entrepris des études d'infirmière en Suisse, j'ai été confrontée au rôle de la femme, très différent de celui que je connaissais, les femmes occidentales menant couramment de front plusieurs rôles (épouse, mère, travailleuse, par exemple). Cette confrontation a suscité en moi un processus de remise en question, particulièrement en lien avec mon rôle de femme en général.

Ce mémoire se propose donc d'explorer de manière large le thème de l'excision au Mali en approfondissant mes connaissances sur cette pratique, même si le sujet est tabou en Afrique et, par conséquent, extrêmement délicat à aborder. Ce travail cherche également à identifier, au moins en partie, l'impact de l'excision sur les femmes maliennes par le biais d'entretiens compréhensifs de recherche, c'est-à-dire en tentant de comprendre le « monde » des femmes excisées de façon la plus large et approfondie possible, sans émettre de jugements, ni sur la société malienne, ni sur les femmes excisées. L'accent est porté sur la compréhension générale de l'excision et son impact.

Pour mener à bien mes objectifs, le cadre de référence aborde les thèmes principaux suivants : sexualité de la femme normale, c'est-à-dire dans ce mémoire, non mutilée, les types de mutilations génitales féminines, leurs conséquences sur la santé des femmes et dans leur vie, ainsi que les raisons essentielles invoquées pour justifier les pratiques de mutilation.

La question de recherche principale s'articule surtout autour du vécu global des femmes excisées, leur vécu au sein du couple, leurs représentations de l'excision, leurs relations vis-à-vis de leur belle famille.

Il est à relever qu'il existe peu de données actuelles sur l'excision au Mali ; les informations datent de 10 à 15 ans et elles sont peu nombreuses. Ce mémoire peut apporter ainsi une modeste contribution par les informations recueillies auprès de 4 femmes en entretien individuel et de 5 personnes dans un entretien de groupe.

Les entretiens se sont révélés difficiles à conduire, car le sujet de l'excision est encore très tabou au Mali ; personne n'en parle, même pas les femmes entre elles, ou seulement en de rares occasions.

Les données recueillies ont essentiellement corroboré les études précédentes et les données scientifiques du cadre de référence. Soulignons que l'échantillon de population interviewé est beaucoup trop restreint pour faire l'objet d'une généralisation. Néanmoins et malgré les difficultés, certaines femmes ont apporté des témoignages engagés et illustratifs des pratiques de mutilation sexuelle.

L'infirmière, en Occident et en Afrique, face à une personne ayant subi une mutilation sexuelle se doit d'être complètement à son écoute et de l'aider à verbaliser son vécu et ses sentiments. Elle mettra ainsi en œuvre ses habiletés relationnelles pour instaurer un climat de confiance afin d'accompagner au mieux la femme vers ce que cette dernière souhaite pour elle-même et sa ou ses fille(s).

A mon avis, l'infirmière doit aussi participer à des campagnes de sensibilisation et de prévention vis-à-vis des pratiques de mutilation sexuelle, néfastes et dommageables pour la santé des femmes.

Remerciements

Arrivée au terme de ma formation, je tiens à remercier particulièrement Camille Barbey, ma directrice de mémoire qui a bien voulu diriger ce travail en effectuant plusieurs relectures avec une attention particulière. Sa disponibilité et son soutien m'ont beaucoup apporté dans la réalisation de ce travail.

Mes remerciements vont aussi à toutes les femmes maliennes qui ont voulu m'apporter leur aide pour l'élaboration du recueil des données en me faisant part de leur propre expérience et de leur vécu.

Mes remerciements s'adressent également à :

- ✓ Sandrine Favre : Tes conseils tout au long de la formation m'ont été d'un apport précieux. Trouves ici l'expression de ma sincère reconnaissance.
- ✓ Anja Oksalampi : ton accompagnement et tes conseils ne m'ont pas fait défaut
- ✓ l'Association du Bon Secours dont le soutien financier, pour effectuer mon stage à l'étranger, m'a permis d'élaborer mes entretiens.
- ✓ Dr Keïta Mamby et son équipe, à l'hôpital Gabriel Touré de Bamako pour m'avoir accepté dans votre établissement.
- ✓ Dr Varadi qui m'a autorisé à assister à une intervention de chirurgie réparatrice des organes génitaux, à la clinique Vert-Pré.
- ✓ Saligui Coulibaly, Dominique Bidet-Dazin, Annick James, Boukary Barry, pour l'apport documentaire.
- ✓ Tous mes frères et toutes mes sœurs.
- ✓ Françoise Bonvallat, Françoise Cinter, Gabrielle Blumer, Marie-Christine Corsain, Marianne Kuffer, Josiane Hernandez, Michèle Pichon, Rosemarie Stettler et Gabrielle Hiestand pour leur écoute et leur soutien moral tout au long de ma formation.
- ✓ Tous mes amis et amies qui m'ont beaucoup soutenu dans des moments difficiles.

DEDICACE

☺ A la mémoire de mon père, feu Mamadou KONTE, que la terre lui soit légère, et à ma mère Assétou KONE pour la profonde affection et les efforts déployés pour les bases de mon éducation.

☺ A mon frère Diawoye KONTE pour tout le soutien financier et moral durant cette formation.

☺ A ma sœur N'tan KONTE pour son soutien moral.

☺ A mes neveux et nièces.

☺ A mon chéri Abdoul Karim Maré pour son soutien moral.

Signification des abréviations

- **AMSOPT** : Association Malienne pour le Suivi et l'Orientation des Pratiques Traditionnelles.
- **GAMS** : Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles
- **MFE** : Mémoire de Fin d'Etudes
- **MGF** : Mutilations Génitales Féminines
- **MSF** : Mutilations Sexuelles Féminines
- **MST** : Maladies sexuelles transmissibles
- **OIM** : Organisation Internationale des Migrations
- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- **ONG** : Organisation Non Gouvernementale
- **PNLE** : Programme National pour la Lutte contre l'Excision
- **UNICEF** : United Nations Children's Fund (Fond des Nations Unies pour les Enfants)
- **VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine
- **SIDA** : Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise

TABLE DES MATIERES

Résumé	p. 2
Remerciements	p. 3
Dédicace	p. 4
Signification des abréviations	p. 5
Table des matières	p. 6
I. INTRODUCTION	p. 9
a. Préambule	p. 9
b. Motivations pour le sujet	p. 10
c. Questionnement initial	p. 12
d. Objectifs du mémoire	p. 12
e. Constat de départ	p. 13
f. Exploration de la littérature	p. 15
g. Limites	p. 16
h. Intérêts pour les soins infirmiers	p. 16
II. LE CONTEXTE GENERAL DE LA RECHERCHE : LE MALI	p. 18
III. CADRE DE REFERENCE : DEVELOPPEMENT DES CONCEPTS	p. 21
1. Rappel de l'anatomie et de la physiologie des organes sexuels féminins	p. 21
2. La sexualité féminine	p. 24
3. La typologie des MGF	p. 28
4. La prévalence des MGF au Mali : données générales	p. 31
5. La prévalence des MGF au Mali par groupes socioculturels	p. 34
6. Le niveau d'instruction et les MGF	p. 34
7. L'âge au moment de l'excision	p. 34
8. Raisons invoquées le plus souvent pour la pratique des MGF au Mali	p. 35
a. Préservation de l'identité féminine et culturelle	p. 35
b. L'exigence religieuse	p. 36
c. Le contrôle de la sexualité	p. 37
d. La conformité sociale	p. 38

9. Les praticiens des MGF et les coûts de l'opération	p. 38
a. Les exciseuses traditionnelles	p. 38
b. Les praticiens modernes	p. 39
10. Mise en évidence des raisons principales justifiant les MGF	p. 40
a. Le passage du statut de fillette à celui de femme adulte	p. 40
b. L'intégration dans la société malienne	p. 41
c. La purification	p. 41
d. La virginité	p. 42
e. La fidélité envers l'époux et le contrôle de la sexualité	p. 42
f. Les points obscurs de la persistance	p. 43
11. Les conséquences des MGF sur la santé des femmes	p. 43
a. Conséquences immédiates après l'excision (court terme)	p. 43
b. Conséquences à long terme liées aux types I & II	p. 46
c. Conséquences à long terme en cas de type III	p. 47
d. Révision du questionnaire	p. 52
IV. DEMARCHE METHODOLOGIQUE	p. 54
1. Posture de recherche	p. 54
2. Instrument de recueil de données	p. 55
3. Plan d'enquête	p. 56
a. Population à interviewer	p. 56
b. Type d'entretiens	p. 56
c. Lieu des entretiens	p. 57
d. Modalité des entretiens	p. 57
e. Enregistrement	p. 57
f. Prise de contact avec la population	p. 58
g. Nombre d'entretiens	p. 58
h. Guide d'entretien	p. 59
i. Modalités de retranscription	p. 63
4. Bilan succinct des entretiens	p. 64

V. ANALYSE	p. 66
A. Analyse : informations de base	p. 68
B. Analyse : anecdotes, sous thèmes et questions finales	p. 70
1. Age au moment de l'excision et initiative de celle-ci	p. 70
2. Quelques souvenirs du moment de l'excision	p. 71
3. L'avis du père	p. 72
4. L'excision et ses représentations	p. 73
5. Intégration sociale et clan	p. 75
6. La connaissance des différents types d'excision	p. 76
7. Les conséquences de l'excision	p. 77
a) La relation au sein du couple	p. 77
b) Conséquences sur la féminité	p.79
c) Complications liées à l'accouchement	p. 80
d) La souffrance	p. 81
e) Décès	p. 82
VI. CONCLUSION	p. 83
VII. BIBLIOGRAPHIE	p. 86

La pratique de l'excision au Mali

I. Introduction

a. Préambule

Nul ne doute de l'importance de la culture dans une société qui tient à ses traditions. La persistance de certaines coutumes, telle la pratique de l'excision sur le continent africain, par exemple, peut parfois amener une remise en question de l'avenir des jeunes filles ou des futures mamans.

L'excision est une pratique extrêmement ancienne et son origine remonte vraisemblablement au temps de l'Égypte pharaonique, selon ce qui se dit couramment, par exemple au Mali. Cette pratique s'est progressivement étendue de l'Égypte à la corne de l'Afrique, puis à toute l'Afrique sub-saharienne, pour toucher aujourd'hui près de la moitié des pays africains.

Selon une étude réalisée par le Centre Djoliba de Bamako, avec la collaboration des Drs Touré et Koné, « L'excision est une pratique qui plonge ses racines dans la nuit des temps. On pense généralement, que la pratique de l'excision remonte à Sara, l'épouse d'Abraham, qui, prise d'une crise de jalousie, aurait excisé sa servante, devenue sa co-épouse, pour atténuer ses ardeurs sexuelles ».

Au temps des ancêtres, les hommes partaient à l'aventure ou émigraient pour chercher du travail afin de subvenir aux besoins de leur famille, en laissant leurs épouses dans leur belle famille. La pratique de l'excision était perçue alors comme un moyen d'éviter les relations extraconjugales, les absences des époux pouvant durer longtemps.

L'excision est pratiquée sur des milliers de jeunes femmes africaines depuis plusieurs siècles. Aujourd'hui, de par les flux migratoires, la pratique de l'excision est diffusée largement en Occident. Elle devient ainsi une sérieuse préoccupation de

santé publique, aussi bien pour le corps médical que pour les infirmières, comme le montrent des articles de presse et demande un positionnement clair du pays accueillant les femmes excisées. Par exemple, Roth-Bernasconi, dans la Tribune de Genève des 9-10 décembre 2006 affirme : « Les mutilations sexuelles féminines accentuent les inégalités dont sont victimes les jeunes filles et les femmes dans les communautés où elles sont pratiquées.

[] De plus, et étant donné le large consensus qui règne dans notre société au sujet des mutilations génitales féminines (MGF) qui sont considérées comme non autorisées et ne devant être pratiquées nulle part, il est utile que figure dans le Code pénal suisse une disposition interdisant explicitement les MGF en Suisse, mais également celles commises à l'étranger sur des filles ou femmes vivant en Suisse » (p.13).

b. Motivations pour le sujet

Pour ce travail de fin d'études, j'ai choisi de m'interroger sur différents aspects de la pratique de l'excision au Mali. Pourquoi ce thème ? Tout simplement, étant malienne et ayant subi en bas âge cette pratique, elle me révolte depuis plusieurs années. En tant que femme, je me sens ainsi prioritairement concernée par l'excision, d'autant plus que je désire avoir des enfants à l'avenir.

Après mes études secondaires, j'ai entrepris des études d'infirmière en Suisse. Au cours de mon séjour en Europe, j'ai été confrontée au rôle de la femme, très différent de celui que je connaissais. Les femmes occidentales, en effet, mènent couramment de front plusieurs rôles : épouse, mère, travailleuse, etc. Cette confrontation a suscité en moi un processus de remise en question, particulièrement en lien avec mon rôle de femme en général.

Voici deux petites anecdotes qui illustrent davantage mes motivations.

Quand j'avais 13 ans, je me souviens que ma nièce de 7 ans a été excisée. La décision avait été prise par sa grand-mère paternelle.

Le père de la petite était contre la pratique ; malheureusement il est tombé malade. Profitant de cette circonstance, la grand-maman a mené sa petite fille chez l'exciseuse et ma nièce a subi cette « opération » contre l'avis de son propre père. Après cela, la petite fille a eu des hémorragies et présentait des douleurs au moment d'uriner.

La télévision malienne a produit un film sur la pratique de l'excision. Ce film montre un homme marié sous le régime polygamique dont la future épouse n'était pas excisée. Il y avait une bonne entente entre les deux femmes jusqu'au moment où la future avoue son secret à sa co-épouse et lui dit clairement qu'elle n'est pas excisée. Compte tenu de la valeur socioculturelle accordée à l'excision par la société malienne, cela a engendré de sérieux problèmes dans cette famille entre les épouses.

Le futur époux a été le premier à dénigrer la femme non excisée. Ensuite, tout le village s'y est mis. La famille de la jeune femme a donc décidé de la faire exciser mais son père était contre. Malgré tous les efforts fournis par le père, elle est tombée dans un piège, en essayant de gagner un autre village.

C'est ainsi qu'elle s'est trouvée immobilisée par plusieurs personnes et a été excisée. Elle a perdu énormément de sang. Lorsque son père a été mis au courant, il a essayé d'aller sauver sa fille mais c'était trop tard. Il a amené sa fille à l'hôpital, à la fin du film, afin d'illustrer le risque d'hémorragie et /ou de décès, dû à cette pratique.

C'est à partir de ces événements que je me suis intéressée à vouloir comprendre la pratique de l'excision dans le but de mener des campagnes de sensibilisation auprès de la population malienne, après l'obtention de mon diplôme en soins infirmiers. J'estime en effet que la construction d'une nation moderne dépend de l'éradication de certaines reliques du passé. En tant que femme, citoyenne malienne, victime et future soignante, je me sens ainsi quadruplement concernée par ce sujet.

c. Questionnement initial

Les questions en vrac ci-dessous montrent mes divers niveaux d'interrogation au début de ce travail.

- Quel peut être le vécu sur les plans physique et psychologique des femmes ayant subi la pratique de l'excision ?
- Quel est le vécu des femmes excisées, plus particulièrement dans le cadre de leur relation de couple ?
- Quel est le vécu des hommes ayant comme partenaire une ou des femmes excisées ?
- Au Mali, quelles sont les valeurs de la société par rapport à l'excision, du point de vue des femmes elles-mêmes et de leur entourage familial, notamment leur belle famille ?
- Quel rôle joue l'excision dans la société malienne, en lien avec la polygamie ?
- La pratique de l'excision est-elle un moyen de sauvegarder la virginité des jeunes filles ?
- Est-il possible d'éradiquer cette pratique de mutilation, qui semble nécessaire à l'acceptation des femmes maliennes dans leur société, mais qui peut se révéler néfaste pour leur santé ?

Etant malienne, ces questions sont mises en perspective avec la société globale de mon pays.

d. Objectifs du mémoire

Par ce travail, je vise à acquérir des connaissances globales sur les mutilations génitales féminines, particulièrement la pratique de l'excision dans le contexte africain et plus spécifiquement au Mali, mon pays d'origine.

De plus, ce mémoire vise à :

- Approfondir mes connaissances sur cette pratique, même si le sujet est tabou en Afrique et, par conséquent, délicat à aborder ;
- Identifier globalement l'impact de cette pratique sur les femmes de mon pays ;
- Aborder ce sujet complexe de manière compréhensive, c'est-à-dire en cherchant à comprendre le « monde » des femmes excisées de façon la plus large et approfondie possible. Il est évident que je ne vais pas chercher à émettre des jugements ni sur la société malienne, ni sur les femmes excisées mais que l'accent est porté sur la compréhension générale de l'excision et son impact.

Etant malienne, je sais par expérience que ce sujet est très difficile à aborder, même avec des femmes. Il me faudra d'autant plus de patience, d'attention et de compréhension pour recueillir les données pour mon travail.

e. Constat de départ

Cette partie du travail est basée sur mes expériences personnelles, mes lectures, des échanges divers, les différents colloques auxquels j'ai assisté dans le cadre de mes recherches concernant l'excision et ses conséquences. Je n'ai jamais reçu de cours théoriques sur l'excision pendant ma formation d'infirmière ; en revanche, mon vécu et celui de mes proches font entièrement partie de moi et je ne peux et ne veux ni les oublier, ni les nier.

Depuis des siècles, dans beaucoup de pays, particulièrement en Afrique, la mutilation des organes génitaux des jeunes filles et des femmes est une pratique courante au nom de la tradition, souvent sous couvert d'un rituel religieux. Elle continue à démontrer l'inégalité évidente entre les hommes et les femmes dans une société patriarcale.

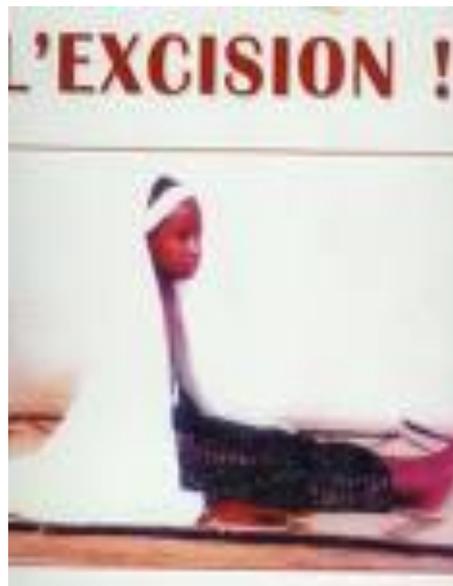
Au Mali, la pratique de l'excision est un acte qui se transmet de mère en fille parmi les femmes de la caste des forgerons. La quasi-totalité des femmes mutilées l'a été par une femme de cette caste. Traditionnellement, n'importe qui ne peut accéder à cette fonction.

Généralement, le rôle d'excision est attribué aux femmes qui ont dépassé la ménopause. Les préparations des rituels sont effectuées par la grand-mère.

L'excision est habituellement faite sans anesthésie et sans désinfectant, d'où la persistance de la douleur.

Au Mali, la plupart des petites filles subissent cette pratique à différents âges selon les ethnies¹. A Bamako, la capitale et plus grande ville du pays, l'excision est faite après le baptême, c'est à dire une semaine juste après la naissance. La mère craint de s'opposer à l'avis de sa belle-mère et veut ainsi éviter des problèmes dans la famille ; c'est la raison essentielle de l'excision des petites filles nouvelles-nées, encore de nos jours.

Une fois l'opération terminée, les jeunes filles (lorsque l'excision n'est pas pratiquée à la naissance) se mettent en tenue traditionnelle, pendant une semaine, comme le montre l'image ci-dessous. A l'extérieur de la sphère familiale, les gens les reconnaissent grâce à ces tenues et elles sont appelées « Soloma den ».



(Tiré de : USAID, Centres locaux d'information et communication, 2007, 30 septembre)

¹ Le chapitre II donnera des informations générales sur le Mali et sa population.

f. Exploration de la littérature

Ma première phase d'exploration de la littérature s'est centrée sur des recherches de documents électroniques à l'aide de moteurs de recherche. Ceux-ci m'ont permis de trouver des pistes plus générales sur mon thème. Dans cette continuité et par différentes lectures, j'ai été amenée à rencontrer des personnes intéressées à mon sujet de mémoire qui m'ont fourni des pistes de réflexion ainsi que des aides bibliographiques.

Lors de la deuxième phase, j'ai réalisé une recherche bibliographique, en effectuant des requêtes avec plusieurs mots-clés différents, comme excision-origine, excision-culture, excision-conséquences, excision etc...

Il est à noter qu'en inscrivant le mot « excision » seul, je n'ai pas eu des résultats qui correspondaient à mes attentes véritables.

Afin de pouvoir effectuer un réel choix pour mes lectures, j'ai imprimé et lu les résumés obtenus des articles et recherches centrés sur mon thème. Puis, j'ai répertorié ceux et celles qui me semblaient les plus utiles et opportuns pour mon travail.

De plus, plusieurs personnes connaissant le sujet de ma recherche ont dirigé mon attention sur différents articles et ceci tout au long du travail.

Les ouvrages, articles, recherches, documents électroniques et audio-visuels (DVD) que j'ai sélectionnés selon des critères de clarté et de lisibilité aisée en français, pour moi qui ne suis pas francophone, constituent une base documentaire large, fondement de la partie théorique de mon travail, soit le chapitre III, le cadre de référence.

g. Limites

Ce travail me paraît utile et nécessaire pour connaître le vécu des femmes excisées de 20 à 50 ans environ. En effet, je n'ai pas l'intention d'interviewer des jeunes filles mineures sur ce sujet déjà très difficile que représente l'excision car je ne désire pas demander des autorisations parentales. De plus, des jeunes filles ne pourraient répondre à l'ensemble de mes attentes, notamment en ce qui concerne le retentissement de l'excision sur la vie de couple.

Pour les femmes de plus de 30 ans qui ont déjà vécu grossesses et accouchements, elles pourront me parler de ces aspects, qui m'intéressent énormément. Peut-être se sentiront-elles également plus libres d'aborder ce sujet, vu qu'elles ont une expérience de vie plus importante que les jeunes.

Mon intention est d'interviewer 6 à 7 femmes qui ont vécu l'excision. Je ferai ces entretiens lors de ma période de stage à l'étranger (mai à juillet 2006).

Je me suis limitée à la population malienne car je suis originaire de ce pays ; par contre, je suis intéressée à en savoir plus au sujet d'autres pays africains dans le but d'élaborer des liens.

h. Intérêt pour les soins infirmiers

En tant que future infirmière, ce travail pourrait être une modeste contribution à la compréhension du vécu des femmes excisées au Mali. Il n'existe que très peu, voire aucune littérature de recherche à ce sujet car il est encore actuellement extrêmement malaisé d'aborder ce thème avec les femmes africaines.

A long terme, ce mémoire s'inscrit dans le cadre de mon projet professionnel. De retour dans mon pays, j'ai en effet l'intention de travailler au niveau de la prévention et des soins liés à cette pratique, lorsque j'aurai obtenu mon diplôme d'infirmière. Je souhaite vivement travailler à l'émancipation des femmes maliennes.

Selon la théorie de Leininger, citée par Popia & Moreau (2004), « le caring dans le respect des valeurs culturelles et traditionnelles des clients demeure l'essence des soins infirmiers et assure un niveau élevé de bien-être chez les soignés. Dans le contexte des MGF, la priorité des soins se situe sur le plan de la recherche de la signification des MGF pour la femme et pour son groupe d'appartenance culturelle » (p.34). Dans ce sens, j'apporterai un petit « plus » grâce aux témoignages des femmes qui voudront bien partager leur expérience avec moi.

II. Le contexte de la recherche : le Mali

Comme je l'ai déjà évoqué, je suis d'origine malienne et il me paraît important de faire un travail sur mon pays dans le but d'approfondir mes connaissances à propos d'un de ses aspects. Etant citoyenne d'un pays, il est aussi plus facile de recueillir certaines informations, notamment à travers la langue maternelle, que dans un pays étranger.

Afin de situer le Mali, contexte de ce travail, quelques informations de base vont être décrites.



(Tiré de : Wikipedia, 2006, 13 mars.)

Ancienne colonie française, la République du Mali a obtenu son indépendance le 22 septembre 1960. Elle partage ses frontières, comme le montre la carte ci-dessus, sur une longueur de 7000 Km, avec 7 autres états : l'Algérie au nord, le Niger et le Burkina-Faso à l'est, la Guinée et la Côte d'Ivoire au sud, le Sénégal et la Mauritanie à l'ouest.

Le Mali est un pays relativement grand, puisque sa superficie est de 1.241.000 km². Pour en donner une idée concrète, sa superficie correspond à peu près à 30 fois la Suisse, autrement dit, les superficies de l'Allemagne, la France, le Royaume-Uni, la Belgique et les Pays Bas réunis ensemble².

Le Mali est un état enclavé, sans débouché sur la mer, dont 65 % du territoire est occupé par le désert au nord. Il demeure l'un des pays les plus pauvres du monde.

Le Mali compte une population de 12 millions d'habitants répartis dans 8 régions : Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao et le district de Bamako, la capitale administrative et économique du pays.

Dans le cadre de la décentralisation administrative, le Mali compte 108 communes rurales et urbaines.

Sa population est essentiellement musulmane (90 %) ; il y a aussi des chrétiens (2 %) et des animistes (8 %).

Près de 40% des habitants du pays appartiennent à l'ethnie mandingue ; ce sont majoritairement des Bambaras vivant principalement dans le district de Bamako. Les autres ethnies principales sont : les Dogons, les Sénoufos, les Bozos, les Sarakolés, les Malinkés, les Touaregs, les Peuls et les Berbères.

Ces découpages ethniques se retrouvent dans la répartition du travail. Les Bambaras, les Dogons et les Sénoufos sont généralement des paysans ; les Bozos, des pêcheurs, les Markas (Sarakolés) et les Malinkés, traditionnellement des commerçants, constituent l'essentiel de la population urbaine ; les Touaregs, les Peuls et les Berbères sont des nomades, essentiellement des éleveurs.

En lien avec les diverses ethnies, le pays compte une trentaine de langues. Cependant, 13 langues nationales sont reconnues officiellement dont le bambara, le bobo, le bozo, le dogon, le peul, le soninké, le songoy, le sénoufo-minianka et le tamasheq. Il y a encore d'autres langues minoritaires.

² La source des informations données ici se trouve dans le document électronique suivant : Ciral Université Laval, Trésor de la langue française au Québec, République du Mali, 2007, 19 septembre.

Le français bénéficie du statut de langue officielle, mais le bambara sert dans plusieurs régions comme langue de communication entre les différentes ethnies.

« Avec un taux d’alphabétisation de 23 %, un nombre moyen de 6.7 enfants par femme, une mortalité infantile de 152 ‰, le Mali est classé au 171ème rang de l’Indice du Développement Humain (IDH). Il présente une gamme d’indicateurs de développement très inquiétante » (source citée en note de bas de page de la page précédente).

III. Cadre de référence : développement des concepts

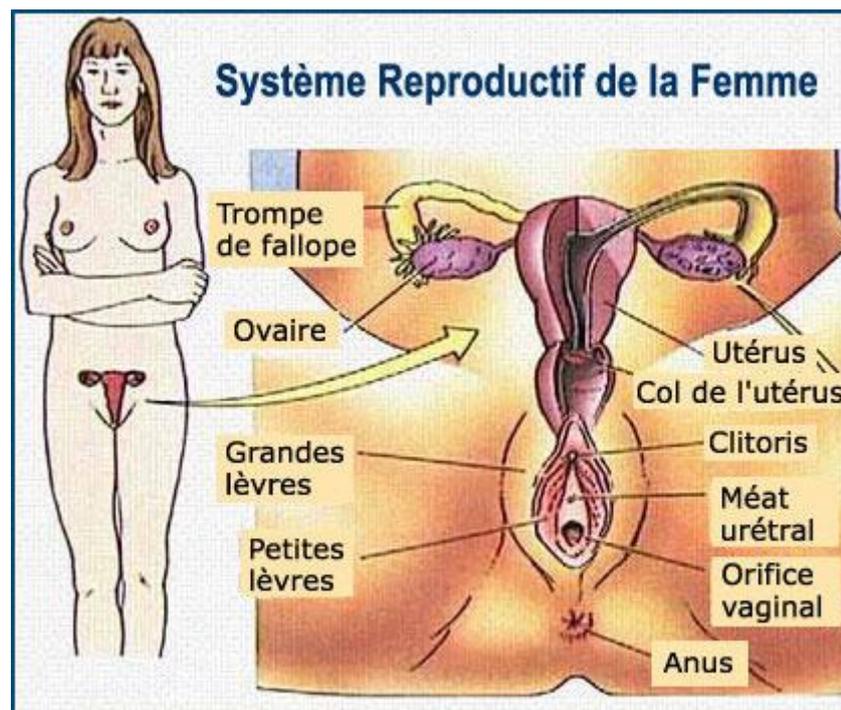
Il est à noter que dès maintenant, alors que je m'exprimais en « je » dans l'introduction de ce travail, je vais désormais passer au « nous » de modestie car cette étude est en étroite relation avec d'autres chercheurs qui ont déjà étudié en partie ce thème, sous un ou plusieurs de ses aspects.

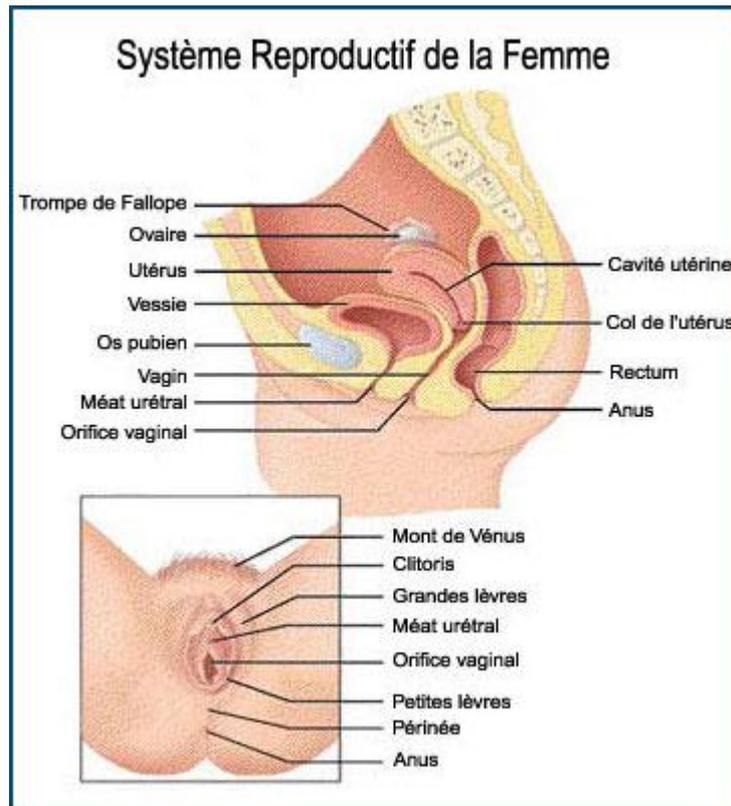
Ce chapitre va donner, après un aperçu de la sexualité féminine, un tableau global des mutilations génitales féminines (MGF), en particulier les types de mutilations, les raisons de ces pratiques et les principales atteintes possibles à la santé des femmes. Afin d'introduire au mieux ce chapitre, il est sans doute utile de rappeler brièvement l'anatomie et la physiologie de l'appareil génital féminin ou, du moins, les aspects en lien avec les mutilations, dans le but de comprendre les conséquences de ces pratiques sur la sexualité des femmes et leur santé.

1. Rappel de l'anatomie et de la physiologie des organes sexuels féminins

Les organes génitaux de la femme sont à la fois internes et externes. Les organes génitaux internes comprennent : le vagin, l'utérus, les trompes de Fallope et les ovaires.

Les schémas ci-dessous illustrent les parties génitales de la femme.





(Tiré de : Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 2006, 15 septembre).

La source essentielle servant de base à ce chapitre est le livre de Marieb, *Anatomie et physiologie humaines*, dans sa dernière édition (2005), au chapitre 27. Les autres références seront mises en évidence spécifiquement.

La **vulve** comprend les organes génitaux externes de la femme : le mont du pubis ou mont de Vénus, les grandes lèvres, les petites lèvres, le clitoris, le vestibule, l'orifice vaginal, le méat urétral et les glandes de Bartholin.

« **Le mont du pubis ou mont de Vénus** est une région adipeuse arrondie qui recouvre la symphyse pubienne. Après la puberté, elle est recouverte de poils. Deux replis de peau adipeuse portant également des poils s'étendent vers l'arrière à partir du mont du pubis : ce sont les grandes lèvres » (p.1118).

« Les **grandes lèvres** sont les homologues féminins du scrotum de l'homme » : elles dérivent du même tissu embryonnaire. Elles contiennent essentiellement du tissu adipeux et des glandes sébacées et sudoripares. Leurs faces supérieures et extérieures sont recouvertes de poils

« Les grandes lèvres entourent les **petites lèvres**, deux replis de peau mince, délicate et dépourvue de poils. Homologues de la face antérieure du pénis, les petites lèvres délimitent une fossette appelée vestibule, qui contient le méat urétral à l'avant et l'orifice vaginal vers l'arrière » (p.1118).

Le clitoris est situé juste devant le vestibule. Il s'agit d'une « petite structure saillante, composée essentiellement de tissu érectile et homologue du pénis de l'homme. Sa partie exposée est appelée gland du clitoris. Il est recouvert du prépuce du clitoris, formé par l'union des petites lèvres. Le clitoris, en particulier le gland, est richement innervé par des terminaisons sensibles au toucher, et la stimulation tactile le fait gonfler de sang et entrer en érection ; ce phénomène contribue à l'excitation sexuelle chez la femme » (p.1118). Autrement dit, « Du fait de son anatomie, de sa vascularisation abondante qui le rend érectile et de sa très riche innervation, la stimulation du clitoris, le faisant gonfler et le rendant très sensible, peut être source de plaisir et peut mener à l'orgasme » (Wikipedia encyclopédie libre, 2007, 30 mai).

Le clitoris a donc une fonction très importante pour la vie intime et sexuelle de la femme, tout comme les seins, ou le pénis, pour l'homme.

La fente située entre les petites lèvres s'appelle le **vestibule**. Dans cet espace se trouve l'hymen, l'orifice vaginal, le **méat urétral** (orifice externe de l'urètre, conduit permettant l'excrétion de l'urine) et les ouvertures de divers canaux glandulaires. **L'hymen** est une cloison incomplète, mince repli de membrane muqueuse vaginale, qui obture incomplètement l'orifice vaginal. Il se rompt lors du premier rapport sexuel et correspond à la virginité féminine. Néanmoins, « la résistance de l'hymen varie : il se rompt parfois durant la pratique d'un sport, lors de l'insertion d'un tampon périodique » (p.1117) ou durant un examen médical des organes féminins. De chaque côté de l'orifice vaginal se trouvent les ouvertures des canaux des **glandes de Bartholin** qui produisent un mucus permettant l'humidification et la lubrification lors des rapports sexuels.

« Le **vagin**, partie inférieure du canal génital, est un conduit mesurant 8 à 10 cm de long. Il est localisé entre la vessie et le rectum, et s'étend du col de l'utérus jusqu'à l'extérieur du corps au niveau de la vulve » (p.1117). Il permet d'une part l'écoulement du sang menstruel et reçoit, d'autre part, le pénis lors des rapports sexuels. Sur le plan histologique, la muqueuse vaginale est composée d'un

épithélium stratifié et de tissu conjonctif. « Les cellules épithéliales vaginales libèrent de grandes quantités de glycoène, que les bactéries résidentes du vagin transforment en acide lactique au cours d'un métabolisme anaérobie » (p.1117). Le pH vaginal est ainsi acide, ce qui le protège des infections.

La musculature vaginale est composée, quant à elle, de muscles longitudinaux qui ont la propriété de pouvoir s'étirer considérablement, ce qui permet au vagin de « s'adapter » en quelque sorte au pénis qu'il accueille lors des relations sexuelles.

2. La sexualité féminine

Dans le cadre de cette étude, il est bien sûr primordial d'aborder la sexualité de la femme, dans la même visée que la partie précédente. Nous imaginons qu'il y a eu des moments aussi en Europe où la sexualité était considérée comme sujet délicat à aborder.

En effet, les femmes occidentales se battent depuis plusieurs siècles pour l'égalité des sexes et le non assujettissement de la femme, y compris de sa sexualité, à l'homme. Ainsi, dans les années 1970 (1971, 1973, 1976), un collectif de femmes américain revendique le droit à une sexualité des femmes revisitée par les femmes. Son ouvrage s'intitule d'ailleurs de manière significative : « Notre corps, nous-mêmes ». Ces femmes affirmaient : « Nous avons compris que notre sexualité est complexe, car elle fait intervenir des facteurs physiques, psychologiques, affectifs et politiques » (p. 32). Ce collectif voulait également dénoncer

les mythes qui nous ont détruites. Nous voulons en sortir et nous solidariser pour devenir capables de relations amoureuses ouvertes. [...] On se trouve prise entre deux feux : le message qui vient des parents, de l'Eglise et de l'Ecole – le sexe, c'est sale et c'est à nous de sauvegarder notre pureté pour l'amour de notre vie -, l'autre, contradictoire, issus des magazines tels que *Play Boy*, *Lui*, etc., de presque tous les journaux féminins et de la publicité, à la télévision ou ailleurs... nous demandant d'être de « chouettes nanas libérées ».

Il s'agit de refuser ce modèle et de s'attaquer au profond préjugé de l'inégalité sexuelle entre les hommes et les femmes (p.32).

Même si l'égalité entre les sexes a fait de grands progrès en Occident depuis ces années-là, Nissim, intitulait un article récent « la liberté sexuelle : un grand leurre » (Soins infirmiers, 2007, 9, p. 42). Elle argumente de cette manière : « le constat est rude : la sexualité féminine, épanouie et librement vécue, n'est bien souvent qu'un idéal. Cystites, vaginites, kystes – c'est ainsi que le corps se met à parler lorsque les femmes subissent d'anciens mécanismes d'oppression » (ibidem).

On le constate, beaucoup de travail reste encore à faire. Nous avons entendu dire qu'en Suisse, par exemple, les femmes ont acquis le droit de vote dans certains cantons, comme Appenzell, depuis relativement peu de temps, une décennie environ. D'ailleurs, il existe à Genève un Bureau de l'Égalité et ce n'est sans doute pas un hasard.

Les paragraphes introductifs de cette partie du travail ont pour but de montrer que le chemin vers la libération des femmes est long, quelque soit le pays où elles habitent. Dans un pays où des mutilations génitales sont pratiquées, ce chemin sera long également.

Après ces quelques lignes, il nous faut aborder maintenant la sexualité féminine et ses caractéristiques.

Dans cette étude, nous laisserons de côté le développement de la sexualité féminine de l'enfance à l'âge adulte. Ce serait sans doute intéressant à indiquer mais nous préférons nous centrer sur la sexualité de la femme dans sa plénitude car, comme déjà cité, nous voulons aborder essentiellement la vie de couple, c'est-à-dire les femmes ayant une expérience sexuelle régulière et qui ont peut-être eu un ou plusieurs enfants. Il nous semble en effet que ce sont ces femmes là qui auront le plus d'expérience et qui auront ainsi le plus d'éléments à nous raconter dans les entretiens.

Pour Baccigalupo (2006), sexologue clinicienne française, « les comportements sexuels de la femme évoluent avec le temps » (p.49), c'est-à-dire tout au long de sa vie. Elle intitule son chapitre sur la sexualité de la femme adulte « le temps des amours sereines » et indique que « l'âge adulte est celui de l'affirmation de la sexualité et de l'investissement amoureux dans la durée » (p.49). Elle indique encore : « La femme découvre, puis comprend de mieux en mieux ses réactions

sexuelles ; son plaisir à faire l'amour est plus grand ; elle investit la pénétration. L'orgasme devient plus accessible, que ce soit par le biais des caresses sexuelles ou lors du coït » (p.49).

Il s'agit cependant de nuancer cette description. Toujours selon Baccigalupo (2006), « certaines femmes n'accèdent pourtant pas à cette maturité sexuelle, elles font l'amour essentiellement pour répondre au désir de leur partenaire, et ignorent ce qu'elles apprécient ; elles sont alors incapables de guider leur compagnon sur ce chemin. [...] D'autres redoutent l'acte sexuel ; des peurs se développent et un cercle vicieux s'installe » (p. 50).

Ainsi, l'aptitude à accéder à la sérénité sexuelle dépend étroitement du niveau de maturité de chaque personne et, également, du degré de confiance qui se construit dans le temps, au sein du couple, aussi bien au niveau des échanges quotidiens que sexuels.

Pour mieux comprendre la maturité sexuelle de la femme, il nous faut à présent décrire l'orgasme, c'est-à-dire la capacité d'atteindre le comble du plaisir sexuel. Il convient toutefois de rester très prudent sur une définition « standard » de l'orgasme car « à chaque femme son orgasme » (Baccigalupo, 2006, p. 130). Les sexologues définissent d'ailleurs scientifiquement l'orgasme comme « une réaction psychophysiologique de courte durée, consistant en un brusque relâchement des tensions érotiques » (Crépault, cité par Baccigalupo, 2006, p. 130). Et Baccigalupo ajoute, suite à cette définition scientifique un peu sèche, que « si les mots manquent pour décrire le plaisir, les phénomènes physiologiques qui accompagnent l'orgasme sont, eux, bien tangibles » (p. 130). Nous laissons donc à Baccigalupo (2006), qui est sexologue, le soin de décrire l'orgasme.

L'orgasme est précédé de la phase d'excitation, pendant laquelle se produit une vasodilatation (dilatation des vaisseaux) de certaines parties du corps. Cette vasodilatation est à l'origine de l'érection du clitoris, du gonflement des seins, des petites et grandes lèvres, et elle s'accompagne de la lubrification du vagin.

Puis, lorsque la tension sexuelle accumulée lors de stimulation arrive à son paroxysme, c'est l'orgasme. De courte durée (de 10 à 15 secondes au maximum), l'orgasme se traduit physiologiquement par un brusque relâchement de l'engorgement vasculaire et de la tension musculaire. La femme ressent, d'abord dans le tiers inférieur du vagin puis jusqu'à l'utérus, des contractions spasmodiques qui se succèdent toutes les 0,8 secondes au début, puis s'espacent progressivement [...] Les muscles de la région pelvienne, du périnée, de la vessie et du rectum se contractent également. Le rythme cardiaque atteint 180 battements à la minute, la

tension artérielle augmente, les pupilles et les narines se dilatent, des rougeurs apparaissent sur le visage et le cou. Enfin, l'appareil génital revient progressivement à un état de détente : c'est la phase de résolution, qui met un terme aux réactions des étapes précédentes. Les organes qui ont été le siège d'une vasodilatation retrouvent leur taille et leur couleur, les muscles se détendent. La plupart des modifications qui surviennent pendant la phase de résolution prennent fin en moins de cinq minutes (p.131).

Les manifestations de l'orgasme peuvent être très différentes d'une personne à l'autre : certaines femmes gémissent, d'autres crient ou griffent les draps ou leur partenaire et certaines restent silencieuses, « sans pour autant y trouver moins de plaisir. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises attitudes. L'orgasme varie d'une femme à l'autre, et d'un rapport à l'autre » (Baccigalupo, 2006, p.132).

Une grande question, non résolue, agite encore les esprits, essentiellement depuis Freud : l'orgasme féminin est-il clitoridien ou vaginal ? Cette question, avec le thème qui nous occupe, n'est bien sûr pas anodine. Selon Baccigalupo (2006), pour Freud, lorsque la femme atteint sa maturité sexuelle, l'orgasme clitoridien doit faire place à un orgasme vaginal (p. 133). Pour le collectif de femmes déjà cité, « les tissus [c'est-à-dire l'ensemble de la zone génitale] sont tellement liés qu'il est juste de dire, comme Masters et Johnson, que nous n'avons pas d'orgasmes vaginaux ou d'orgasmes clitoridiens, mais des orgasmes sexuels » (p.41).

Il n'est guère intéressant pour nous de discourir sur ce point mais il est important de mettre en évidence que, même en Occident, les avis sont partagés sur la sexualité féminine. Notre questionnement est évidemment différent : les femmes excisées connaissent-elles l'orgasme ? Est-ce possible pour elles en fonction de la mutilation subie ? Quel type de plaisir peuvent-elles éprouver ? Nous allons voir dans la suite de ce chapitre qu'il existe plusieurs types de mutilation, certains relativement légers et d'autres beaucoup plus importants.

3. La typologie des mutilations génitales féminines (MGF)

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a, en 1998, décrit de manière large les mutilations sexuelles féminines dans une brochure du même nom, portant le sous-titre : « aperçu du problème ». De manière générale, elle a identifié que

la chirurgie génitale, tant traditionnelle que moderne, est pratiquée dans différentes sociétés pour toute une série de raisons médicales, esthétiques, physiologiques ou sociales. Le terme de mutilations sexuelles féminines, tel qu'il est employé ici, vise uniquement les actes chirurgicaux consistant en une excision rituelle, qui est pratiquée pour des raisons exclusivement culturelles et traditionnelles sur des fillettes ou des jeunes femmes, souvent sans leur consentement ou sans qu'elles en comprennent les conséquences (p.1).

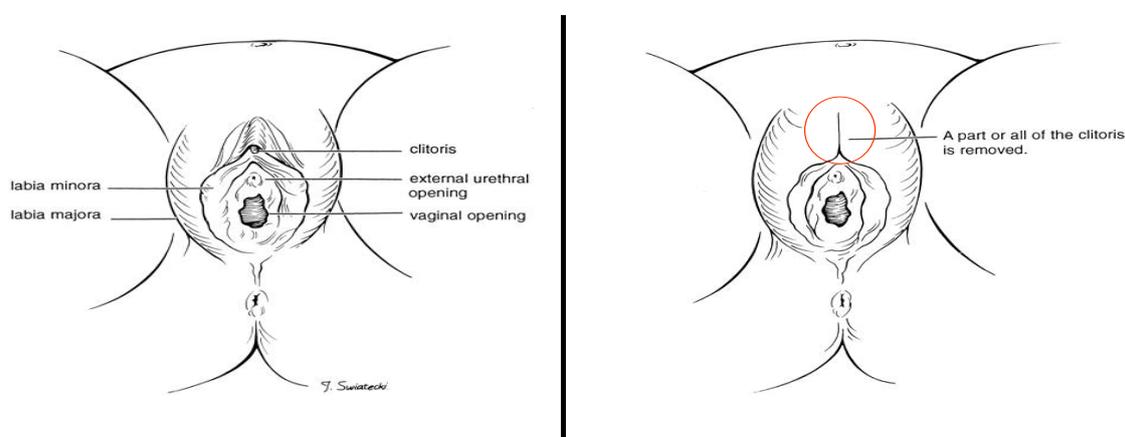
Dans cette partie du mémoire, nous nous baserons fondamentalement sur une revue de littérature sur les MGF au Mali par Diallo, sociologue, effectuée en 1997 (sauf pour les illustrations), car il s'agit d'un état des lieux spécifiquement malien. Nous nous baserons aussi sur la revue de l'OMS, déjà citée, qui donne une image plus vaste du thème que Diallo.

Selon l'OMS, on entend par MGF « toutes les interventions aboutissant à l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toute autre mutilation des organes génitaux féminins qui sont pratiquées pour des raisons culturelles ou autres et non à des fins thérapeutique » (page 6).

Il existe trois types des mutilations génitales féminines recensées :

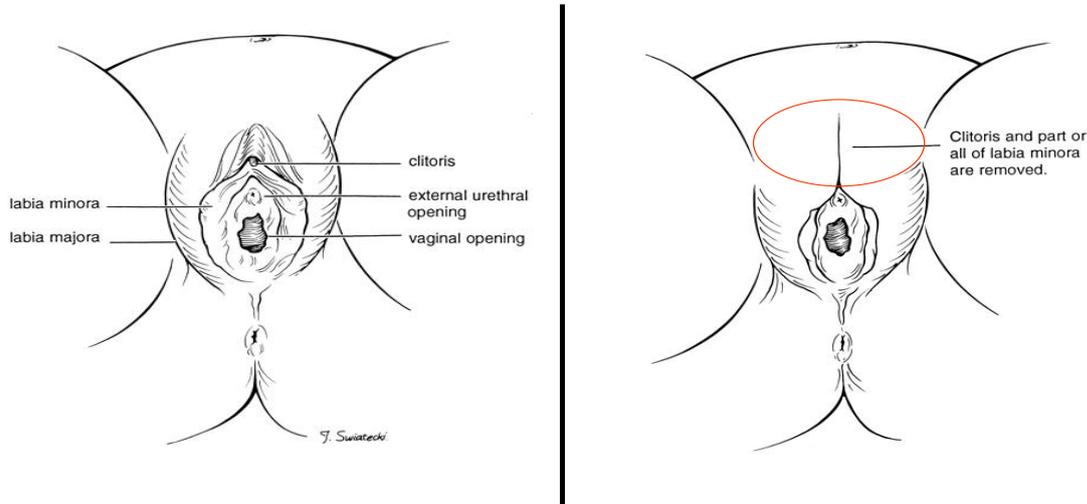
Type I

Excision du prépuce, avec ou sans excision partielle ou totale du clitoris



Type II

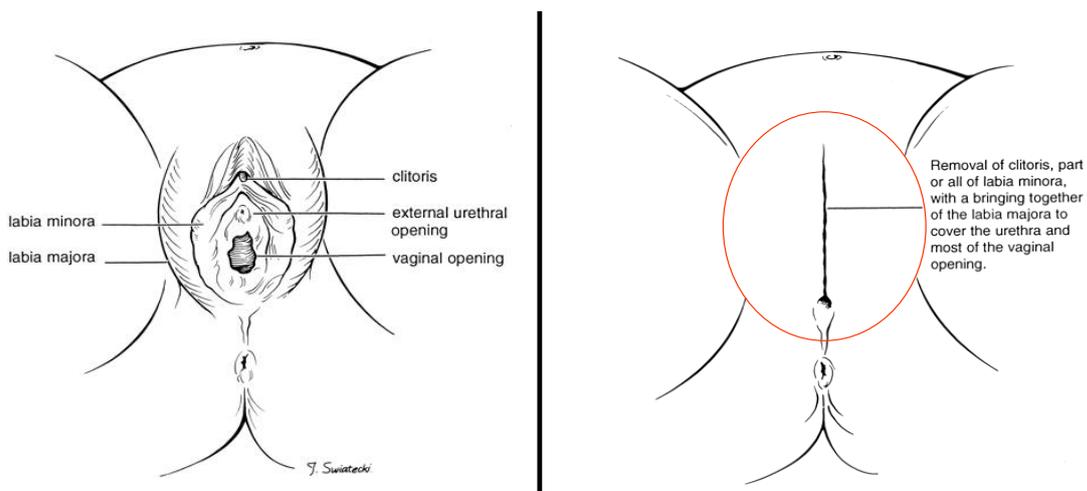
Excision du clitoris, avec excision partielle ou totale des petites lèvres



Les formes pratiquées le plus couramment au Mali sont des MGF de type I et II avec des taux respectifs de 52% (clitoridectomie) et 47% (excision) ; le type III (cf. ci dessous) représente moins de 1% au Mali mais il n'est cependant pas à négliger, vu la violence de la mutilation.

Type III

- Excision partielle ou totale des organes génitaux externes
- **Infibulation**: suture/rétrécissement de l'orifice vaginal



L'excision ne correspond pas à la circoncision du prépuce mais du gland!!!

Les illustrations sont tirées de : Organisation Internationale des Migrants, 2007, 24 janvier.

L'infibulation est l'ablation partielle ou totale du clitoris, des petites et des grandes lèvres avec suture de l'orifice vaginal. Elle est pratiquée principalement en Somalie, en Erythrée, au Soudan et en Ethiopie.

D'autres types d'infibulations



(Tiré de : Magazine du Léman, Association Fabula, 2006, 15 décembre.)



(Tiré de : Organisation Internationale des Migrants, 2007, 24 janvier)

Selon l'OMS il existe encore un type IV :

diverses pratiques non classées telle que la ponction, le percement ou l'incision du clitoris et/ou des lèvres, l'étirement du clitoris et/ou des lèvres, la cautérisation par brûlure du clitoris et des tissus environnants, la scarification des tissus entourant l'orifice vaginal (« angurya ») ou l'incision du vagin (« gishiri »), l'introduction de substances ou herbes corrosives dans le vagin pour provoquer un saignement ou pour le resserrer et toute autre pratique entrant dans la définition des mutilations sexuelles féminines citée plus haut (p. 7).

4. La prévalence des MGF au Mali : données générales

La prévalence se définit par le taux d'incidence de cas étudiés par rapport à la totalité de la population de référence.

Selon Diallo (1997), les statistiques sur les MGF au Mali sont délicates à interpréter car elles peuvent être le résultat de simples estimations ou encore d'enquêtes n'ayant pas pris en compte l'ensemble des couches sociales du pays. Il en découle qu'il y a certainement une sous-estimation de la prévalence des MGF au nord et une surestimation de la pratique de l'infibulation. Selon les données de Diallo, qui, notons-le datent de 1996, en l'absence d'études récentes, « le niveau de prévalence générale est de 94% pour les femmes de 15 à 49 ans » (p.5). Grâce aux différentes campagnes menées contre les MGF, ces chiffres pourraient être revus à la baisse, particulièrement pour les moins de 15 ans.

« Le taux de prévalence des MGF semble varier entre ville (90%) et campagne (96%) ; cependant, cette différence peut être due au niveau particulièrement bas de la pratique dans les communes de Tombouctou et Gao » (Diallo, 1997, p. 6).

Le tableau de la page suivante, tiré de l'étude de l'OMS (p. 12) illustre les prévalences des 28 pays concernés par les différents types de MGF. Comme nous le voyons, le Mali occupe la 4^{ème} place, après Djibouti (98%), la Somalie (98%) et l'Egypte (97%).

Estimations actuelles de la prévalence des mutilations sexuelles féminines

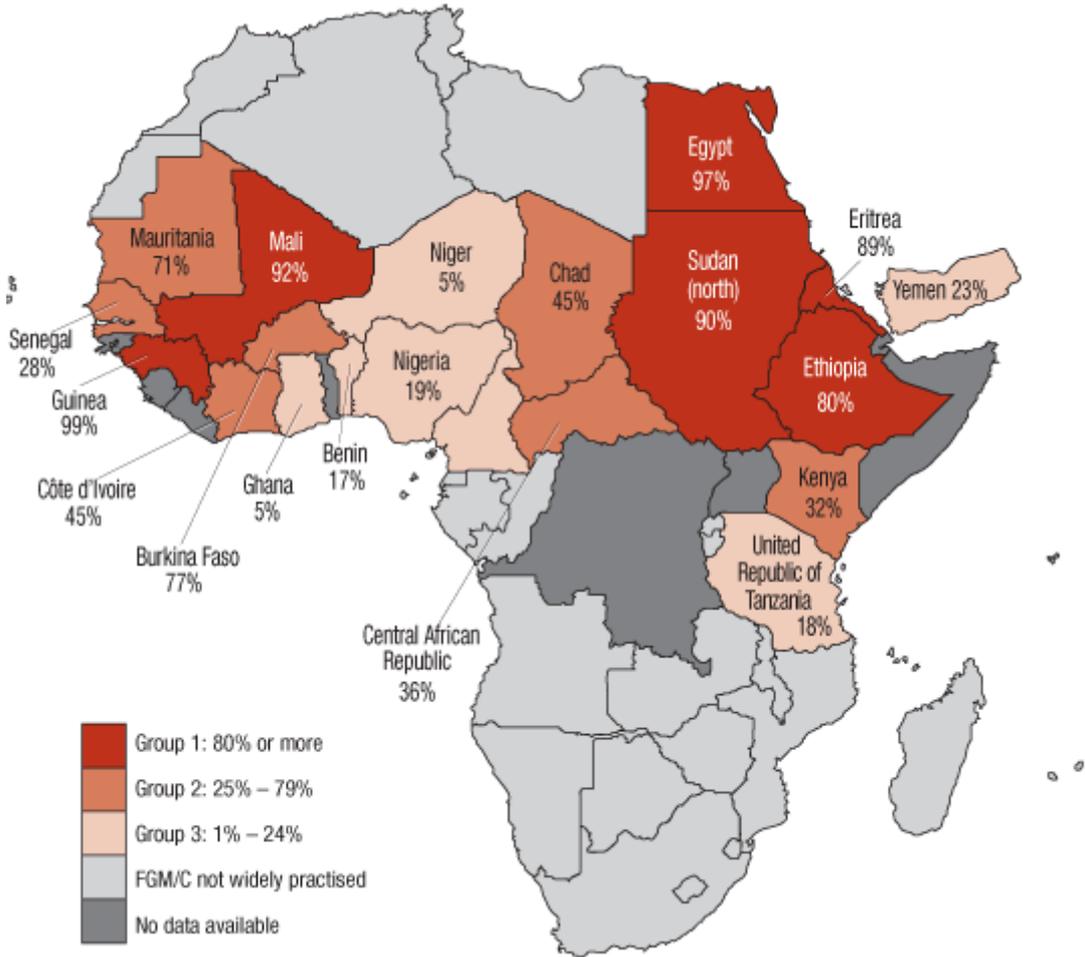
Pays	Population féminine a)	Prévalence b)	Nombre
Bénin	2 730 000	50	1 365 000
Burkina-Faso	5 224 000	70	3 656 000
Cameroun	6 684 000	20	1 336 800
Côte d'Ivoire	7 089 000	43	3 048 270
Djibouti	254 000	98	248 920
Egypte	28 769 000	97	27 905 930
Erythrée	1 777 000	90	1 599 300
Ethiopie	29 087 000	85	24 723 950
Gambie	496 000	80	396 800
Ghana	8 784 000	30	2 635 200
Guinée	3 333 000	60	1 999 800
Guinée-Bissau	545 000	50	272 500
Kenya	13 935 000	50	6 967 500
Libéria	1 504 000	60	902 400
Mali	5 485 000	94	5 155 000
Mauritanie	1 181 000	25	295 250
Niger	4 606 000	20	921 200
Nigeria	64 003 000	40	25 601 200
Ouganda	10 261 000	5	513 050
République centrafricaine	1 767 000	43	759 810
République démocratique du Congo	22 158 000	5	1 107 000
République -Unie de Tanzanie	15 520 000	10	1 552 000
Sénégal	4 190 000	20	838 000
Sierra Leone	2 408 000	90	2 167 000
Somalie	5 137 000	98	5 034 000
Soudan	14 400 000	89	12 816 000
Tchad	3 220 000	60	1 932 000
Togo	2 089 000	50	1 044 500

a) *Les femmes dans le monde*. New York, NY, Nations Unies, 1995.

b) Prévalence estimée en pourcentage.

La carte géographique de l'Afrique (ci-dessous) nous montre les pays les plus concernés par les différents types de mutilations génitales féminines.

FGM prevalence among women aged 15-49



(Tiré de : Female Genital Mutilation (FGM), OMS

<http://www.who.int/reproductive-health/fgm/prevalence.htm>)

La prévalence des MGF au Mali par groupes socioculturels

Selon Diallo (1997),

Les MGF sont presque universelles parmi les ethnies d'origine Mandingue (les Malinké, Bambara et Sarakolé) et Halpulaar (les Fulani, Toucouleur et Khassonké). A l'inverse, certains groupes ethniques (les Dogons, Bwa ou Bobo et les Sénoufo) n'épousent pas la pratique dans leur totalité pour des raisons d'ordre culturel ou religieux (les protestants en particulier). Le plus bas niveau d'incidence de la pratique est enregistré parmi les Sonraï (48%) et les Tamasheq (17%), au nord du Mali. Les Arabes, Maures et Berbères du nord du pays sont aussi très peu touchés par les MGF. Les MGF semblent s'accommoder à toutes les religions existant dans le pays : elles sont pratiquées aussi bien par les musulmans (94%), les chrétiens (85%) que les animistes (88%) (p.6).

5. Le niveau d'instruction et les MGF

Le niveau d'instruction semble avoir une légère influence sur la prévalence de l'excision, celle-ci variant d'un minimum de 87% chez les femmes de niveau secondaire ou plus à un maximum de 92% chez celles qui n'ont pas d'instruction (Ministère de la santé du Mali : Cellule de Planification et Statistiques, 2007, 23 février, p. 222).

6. L'âge au moment de l'excision

A présent, l'excision n'est plus considérée comme un rite initiatique de passage entre l'enfance et l'adolescence. Généralement, « l'âge médian de l'excision est actuellement de 6,7 ans pour les femmes âgées de 30 à 34 ans et de 4,3 ans pour celles de 15 à 19 ans. La moitié des femmes de Bamako est déjà excisée à son premier anniversaire, comparé à l'âge médian de 6 ans pour les autres centres urbains » (Diallo, 1997, p. 7).

D'autres résultats font apparaître quelques variations dans l'âge de l'excision. Selon le milieu de résidence, on constate qu'en milieu rural, l'excision est pratiquée plus tard qu'en milieu urbain (56% contre 74% avant 5 ans).

De plus, près de deux femmes sur cinq du milieu rural (39%) ont déclaré avoir été excisées entre 5 à 14 ans contre seulement 21% en milieu urbain. A Bamako, 79% des femmes ont été excisées avant 5 ans alors que dans les autres villes, cette proportion est de 61%.

Sur le plan géographique, on constate que c'est dans les régions de Kayes et Mopti que la proportion des femmes excisées avant 5 ans est plus élevée (respectivement 85% et 67%). A l'opposé, c'est dans la région de Sikasso que l'excision se pratique le plus tardivement (49% des femmes excisées entre 5 et 14 ans). (Ministère de la santé du Mali : Cellule de Planification et Statistiques, 2007, 23 février, p. 224).

7. Raisons invoquées le plus souvent pour la pratique des MGF au Mali

Malgré les moyens mis en place par le biais de l'OMS, de l'United Nations Children's Fund (UNICEF) et de certaines d'organisations non gouvernementales (ONG) pour la sensibilisation du peuple malien, la pratique continue à être perpétuée. Voyons les principales raisons du maintien de cette pratique.

a) Préservation de l'identité féminine et culturelle

Diallo indique que, pour les Bambara, l'excision permettrait de débarrasser la femme d'un esprit prétendument maléfique, le « wanzo » qui l'habiterait au niveau du clitoris à sa naissance et serait la cause des malheurs des humains (p. 7).

Sangho (1984), citée par Diallo (1997) nous rapporte que « chez les Sonraï pratiquants, les MGF auraient été instaurées depuis les temps reculés de la découverte du feu : les femmes furent choisies comme gardiennes du feu et elles ont dû être excisées pour rester pures (c'est à dire pour les empêcher de se souiller avec les rapports sexuels) afin d'éviter que le feu ne s'éteigne » (p. 7).

La pratique des MGF paraîtrait donc avoir été initiée pour protéger la femme du mauvais sort et pour assurer son identité féminine.

Parfois encore, les excisées sont initiées à leur rôle d'épouse, au cours du processus, qui est caché aux non excisées, laissées en dehors des confidences. Cela tend à renforcer l'identité des excisées par l'apprentissage de leurs futurs rôles d'épouse et de mère. Quelquefois même, on leur enseigne des notions de médecine traditionnelle et d'éducation sexuelle.

b) L'exigence religieuse

Selon un article du centre Djoliba, un accent particulier est mis sur le rôle de la religion à propos de l'excision. Trois principales pensées résulteraient de l'analyse du rôle entre religion et pratique de l'excision (Centre Djoliba de Bamako avec la collaboration des Drs Koné & Touré, 2000, p 24).

« L'excision n'est pas obligatoire en islam »

C'est la position des adeptes du rite malikite, c'est-à-dire qui observent l'enseignement de l'Imam Malik. Ces adeptes du rite malikite reconnaissent que c'est une « sunna Makrama », c'est dire qui reste recommandable, sans plus. C'est ce qui explique que la pratique n'est pas répandue dans le monde arabe. On ne la retrouve qu'en Egypte et au Soudan (Centre Djoliba de Bamako avec la collaboration des Drs Koné & Touré, 2000, p 24).

L'excision est une « sunna », c'est-à-dire qu'elle fait partie des pratiques du Prophète Mahomet qu'il serait bon de maintenir. La pratique de l'excision ne serait pas une obligation, elle est facultative, comme, par exemple, les prières surérogatoires, celles qui se font en plus des cinq prières journalières obligatoires et qui peuvent apporter une récompense supplémentaire. Toutefois, elles ne sont pas une condition pour être musulman comme les cinq prières coraniques qui sont obligatoires (référence citée ci-dessus).

L'excision est « wajib » (obligatoire), en tant que recommandation du Prophète. Au Mali, on retrouve les défenseurs de cette position parmi les étudiants de l'Arabie Saoudite et surtout, précise Dramé, parmi les Ulémas (les assistants de l'imam) de l'ethnie Soninké.

Pour Dramé, ceux-ci défendent, en réalité, beaucoup plus les pratiques de leur ethnie que les principes religieux globaux et ce d'autant plus qu'ils savent bien que cette pratique n'est pas connue en Arabie Saoudite ou en Iran, pays où s'exerce la loi islamique.

Les découvertes médicales ne semblent pas influencer les Ulémas qui veulent respecter une recommandation du Prophète : « si la science découvre que l'excision est dangereuse, il appartient aux scientifiques d'apprendre aux

musulmans à la faire de façon moins dangereuse » dit Idrissa Diarra (référence citée ci-dessus).

Il est aisé de constater que l'unanimité ne règne pas au sein du monde islamique concernant la pratique des MGF.

Par ailleurs, il est important de signaler la teneur de différents articles provenant de la déclaration du « monde Fatwa » de l'Université Al-Azhar du Caire (Egypte) et rapporté dans la Tribune de Genève (6 décembre 2006) qui condamne les MGF. « C'est une première, l'Université Al-Azhar du Caire, plus haute référence religieuse du monde musulman sunnite, a lancé une « fatwa » contre les mutilations génitales féminines, qualifiées de « crime contre l'espèce humaine ». [...] Pour la première fois, l'Islam officiel déclare la guerre à l'abominable tradition de la mutilation génitale féminine, qui selon les estimations des Organisations Non Gouvernementales (ONG) touche 90 millions de victimes dans le monde » (Allemand, 2006).

Selon Diallo (1997), les différentes argumentations religieuses démontrent que la pratique des MGF était antérieure à l'Islam et que ces argumentations constituent davantage des spéculations ou des interprétations.

Les chrétiens qui pratiquent l'excision invoquent la tradition plutôt que la religion. Quant aux animistes, les MGF semblent faire partie d'un ensemble de rites qui s'accordent bien avec des sacrifices de sang. Cela incite certaines personnes à dire que les MGF seraient ainsi d'origine animiste et démontrerait l'origine très ancienne de la pratique, nettement antérieure aux religions monothéistes.

c) Le contrôle de la sexualité

Au Mali, le « sexe » reste encore un sujet tabou et le fait qu'une jeune fille garde sa virginité jusqu'au mariage est un signe de bonne moralité. Ainsi, la sexualité reste un grand défi pour la femme dans cette société. Dans la société traditionnelle malienne, c'est seulement à la veille du mariage que les parents apprennent aux futures épouses leur rôle de femme dans leur foyer conjugal. Les mariages précoces se faisaient d'ailleurs autour de 14-16 ans dans le but de sauvegarder la virginité des futures épouses.

Pour Diallo (1997), l'excision est considérée comme un moyen privilégié de contenir l'ardeur des jeunes filles et des femmes. Dans cette visée, les jeunes filles éviteront de « courir derrière les garçons » et les femmes, dont le rôle de mère reproductrice est mis au premier plan, se centreront sur les soins au mari et aux enfants. Les MGF, en diminuant le plaisir sexuel, les aideraient dans ce sens (p. 9).

d) La conformité sociale

Elle s'exprime de manières diverses : « suivre la tradition des ancêtres ; éviter de marginaliser mes filles ; par respect des normes sociales, etc, ... » (p. 9). En 1997, lors de l'étude de Diallo, le 89% des femmes maliennes justifient les MGF par la coutume et les traditions auxquelles elles tiennent à se conformer » (p.9).

8. Les praticiens des MGF et les coûts de l'opération

a) Les exciseuses traditionnelles

Le métier d'exciseuse, car cette pratique est considérée comme un métier, se transmet de mère en fille de la caste des forgerons, de l'aînée à la cadette. N'accède pas à cette fonction d'exciseuse qui veut : « l'exciseuse devrait être une personne habile, alerte, attentive et dotée de connaissances occultes » (Kanté, 1993, citée par Diallo, 1997, p. 10). Actuellement, des femmes d'autres castes pratiquent, souvent des femmes de plus en plus jeunes, ce qui s'avère contraire à la tradition qui voulait que seules des femmes ménopausées, c'est-à-dire expérimentées et mûres, prétendent exercer ce métier.

En cas d'accidents, même s'ils sont mortels, la responsabilité de l'exciseuse est dérogée car les causes du « malheur » sont attribuées à des mauvais esprits ou à la malchance.

Les instruments utilisés pour l'excision (chez les exciseuses) sont généralement un couteau tranchant spécifique à cette pratique appelé « sirifè » ou des lames de rasoir. A noter que la pratique étant tellement valorisée, même le couteau servant d'instrument porte un nom spécifique.

De nos jours, le lieu de l'excision est une arrière cour ou les toilettes des habitations dans les villes. Dans les zones rurales, les fillettes sont encore excisées en groupe, alors que l'acte est individuel en zone urbaine.

Un mélange d'extraits de plantes est appliqué dans certains cas pour contrôler l'hémorragie post excision.

Le beurre de karité est parfois utilisé au niveau de la plaie pour favoriser sa cicatrisation.

Les frais de l'opération ne sont pas chers avec les exciseuses, soit environ 1000 à 2000 F CFA, ce qui équivaut à peu près 5 CHF. On peut aussi donner des petits cadeaux, tels que du savon, du sucre ou les céréales. Ces pratiques sont répandues dans les communautés sans pour autant que le prix ne soit exigé, à cause des liens de parenté ou des liens sociaux (Diallo, 1997, p. 10).

b) Les praticiens modernes

Diallo affirme que l'excision est pratiquée dans les hôpitaux par des agents de santé tels que les sages-femmes et les infirmiers. Les médecins semblent rarement impliqués. Cela se fait davantage en zone urbaine que rurale.

De nos jours, les hommes peuvent aussi exciser alors que, traditionnellement, seules les femmes pouvaient le faire.

Les frais sont bien sûr plus élevés avec les praticiens modernes et le montant de l'acte est laissé à la discrétion de la personne qui l'exécute.

Les antiseptiques et cicatrisants de la médecine occidentale sont utilisés lorsque l'excision se fait dans des locaux sanitaires, y compris le vaccin contre le tétanos (Diallo, 1997, p. 11).

9. Mise en évidence des raisons principales justifiant les MGF

Nous l'avons vu, de nombreuses raisons poussent à poursuivre, au sein de la population malienne, les mutilations génitales féminines. Ainsi, il nous semble important de relever les éléments principaux qui continuent de légitimer cette pratique.

En préambule, nous pouvons dire que la valeur accordée à l'excision au Mali est essentiellement d'ordre culturelle et très importante pour la population. « Chacun se définit par l'appartenance à une ou plusieurs cultures. Chacun appartient à un faisceau d'identités qui inclut le culturel. L'individu ne se trouve pas dans une identité monolithique, définie par un nombre de traits donnés comme définis immuables » (James, 2004). En général, les MGF sont déterminées sur la base de critères définis et justifiés socialement.

a) Le passage du statut de fillette à celui de femme adulte

Par ce rite de l'excision, il s'agirait, entre autre, d'initier les jeunes filles à devenir des femmes, d'assurer leur insertion sociale et de maintenir la cohésion sociale (UNICEF, 2007, 3 février). Traditionnellement, l'excision permettait le passage de la jeune fille à la femme adulte, de l'impubère à la femme pubère. Toutefois, de nos jours, la pratique se fait également sur les nouveaux-nés. Ainsi Diallo, dans l'Humanité Hebdo (1999), nous affirme :

Quelque soit l'origine de ce geste, l'immense majorité de ceux qui le perpétuent ignorent l'interprétation qu'en donnaient leur ancêtres. Non seulement plus personne ne se souvient des mythes originels, mais la pratique est de plus en plus vidée de sa raison d'être socioculturelle.

Traditionnellement, l'excision constituait un rite de passage entre l'enfance et l'âge adulte ; or aujourd'hui, en milieu urbain, on va jusqu'à exciser les nourrissons tandis que l'âge moyen dans les campagnes est tombé à douze ans. La période de retraite et les chants initiatiques qui transmettaient les principes moraux et les interdits de la communauté aux jeunes filles ont pratiquement disparu. Ce qui donnait lieu à une fête collective devient, en ville surtout, une pratique individualisée, voire médicalisée.

A Bamako, plus de 8% des excisions serait le fait de personnel de santé ; la même tendance quoique plus timide, s'observe en milieu rural. Apparaissent des exciseurs, figures franchement incompatibles avec la tradition. Cette évolution s'explique par la volonté accrue des mères de ne pas faire souffrir leur fille, alors que la douleur ou plutôt son dépassement faisait justement partie intégrante de l'initiation (p.55).

b) L'intégration dans la société malienne

Au Mali, l'excision des jeunes mariées apparaît généralement comme un facteur d'acceptation dans la belle famille. En effet, l'entourage et surtout la belle famille disposent d'une force importante dans la communauté malienne. Le régime polygamique étant accepté et répandu au Mali, ce critère, l'excision, est d'autant plus important.

Du point de vue social, pour éviter le rejet de la communauté, l'excision confère une marque d'honorabilité aux femmes. Une fille ne peut être considérée comme membre de la communauté que si elle a subi l'excision ; sinon, elle sera très mal vue au sein de sa propre famille et de sa belle-famille. Elle aura de la peine à trouver un mari, comme l'a montré une des anecdotes dans l'introduction de ce travail.

La plupart des parents, en continuant ces pratiques, n'agissent pas en pensant faire du mal à leurs enfants ; bien au contraire, ils souhaitent avant tout faciliter l'intégration sociale de leur petite fille (Welcome akwaba, Bienvenue Karibu dans l'univers des belles lettres africaines, 2007, 4 avril)

Soulignons encore que la société malienne est patrilinéaire et, dans ce sens, l'enfant est « un bien collectif (au moins apparemment) mais il est en réalité une possession de la famille paternelle, et jamais un bien de la mère » (Diallo, 1997, p. 17).

c) La purification

L'excision est aussi justifiée comme étant un élément de purification (en bambara : *selidji*), ce qui signifie les « ablutions nécessaires à l'acceptation de la prière ». En effet, la présence du clitoris est sujette à des jugements qui argumentent la pratique de l'excision. D'une part, le clitoris serait considéré comme un organe sale, une source de problème au moment de l'accouchement en lien avec la sortie du nouveau-né et un handicap lors des rapports sexuels ; d'autre part, le clitoris peut être porteur de malheur pour la jeune fille.

Khady (2005), une femme sénégalaise, relate son excision de cette manière :

Dans la langue soninké, la grand-mère nous annonce que nous allons être *salindé* pour « pouvoir prier », ce qui veut dire, dans notre langue, « être purifiées pour accéder à la prière ». En français : « excisées ». On dit aussi : « coupées ».

Le choc est brutal. Je sais maintenant ce qui m'attend : cette chose dont les mamans parlent de temps en temps à la maison comme s'il s'agissait d'une accession à une dignité mystérieuse.

[...] Les mères sont parties. Un abandon étrange sur le moment, mais je sais maintenant qu'aucune mère, même ayant le cœur solide, ne peut supporter la vision de ce que l'on va faire à sa fille, et surtout ses cris. Elle sait de quoi il s'agit, puisqu'elle l'a subi, et, lorsqu'on touche à son enfant, c'est sa chair qui saigne de nouveau. Pourtant elle l'accepte, parce que c'est ainsi, et qu'elle n'a pas d'autre voie de réflexion que ce rituel barbare prétendument « purificateur pour pouvoir prier », arriver vierge au mariage et rester fidèle (pp.14-15).

d) La virginité

Pour les femmes qui ont reçu une éducation religieuse, la perte de la virginité avant le mariage est considérée aussi comme un pêché.

Nous pouvons supposer que l'accent est mis sur la virginité dans le but de faciliter l'intégration sociale dans la communauté ethnique d'appartenance. Néanmoins, il est important de souligner que l'excision n'est en aucun cas une garantie pour sauvegarder la virginité des jeunes filles car elle n'empêche pas les rapports sexuels. De plus, on sait que l'hymen, « preuve » physique de la virginité, peut être déchiré dans différentes circonstances, par exemple les sports pratiqués de façon intensive (vélo, natation, saut à la corde ou élastique pour jouer entre filles), par le fait que sa membrane est génétiquement plus ou moins épaisse.

Enfin, si la jeune mariée ne perd pas de sang lors de sa nuit de noces, sa famille sera symboliquement déshonorée car elle n'était plus vierge.

e) La fidélité envers l'époux et le contrôle de la sexualité

Dans les communautés d'ethnies Sarakolé, dans lesquelles les hommes voyagent beaucoup, l'excision est un prétexte pour contrôler la sexualité des jeunes femmes mariées et, en même temps, leur éviter d'avoir des relations extraconjugales.

Notons que, pendant l'absence des époux, les femmes sont obligées de rester dans leur belle-famille ; de ce fait, elles sont sous la responsabilité des belles-mères.

f) Les points obscurs de la persistance

- La non perception des MGF comme problème de santé parce que, même en cas de décès, la responsabilité est plutôt rejetée sur le mauvais œil.
- L'influence profonde des préjugés qui bloque tout esprit critique et logique.
- La pratique relève d'une décision familiale et communautaire.

En lien avec cette complexité, la recherche sur les MGF et la lutte contre ces pratiques demande une grande prudence, de la patience et un travail de fond de longue haleine afin de pouvoir impliquer l'ensemble des acteurs concernés (Réseau québécois d'action pour la santé des femmes, 2007, 24 janvier).

10. Les conséquences des MGF sur la santé des femmes

Quelque soit le degré de mutilation pratiqué, les conséquences ou complications sont toujours néfastes pour la santé des femmes. Nous retrouvons les complications les plus sévères chez nos sœurs qui ont été infibulées, ce qui n'a rien d'étonnant, vu la violence de l'acte.

Nous allons développer les principales conséquences des différents types de MGF, à court et long terme, en nous basant principalement sur l'étude de l'OMS déjà citée (1998). A noter que nous parlons là de conséquences sur un plan global et pas seulement malien (par manque de données concernant ce pays).

a. Conséquences immédiates après l'excision (court terme)

• Le décès

Il est très difficile, voire impossible de chiffrer le nombre de décès dus aux MGF, aucune étude n'ayant été menée sur ce point. De nos jours, vu la lutte qui s'instaure contre les MGF, il est probable que les données seraient compliquées à obtenir, la pratique tendant à être faite de manière cachée ; du moins, nous pouvons le supposer.

« La mort peut résulter d'une hémorragie massive (choc hémorragique), de la douleur et du traumatisme subi (choc neurogène) ou d'une infection grave généralisée (septicémie) » (p.26).

- **L'hémorragie**

Le clitoris étant une zone très vascularisée des organes génitaux externes, la complication la plus fréquente est le saignement abondant, surtout quand l'incision touche l'artère nourricière dans laquelle la pression sanguine est élevée (p. 27).

« Une hémorragie secondaire est également possible à la fin de la première semaine, à la suite d'une infection provoquant le décollement du caillot qui bouche l'artère. Une hémorragie aiguë ou prolongée peut provoquer une anémie ou même entraîner la mort si elle est massive » (p. 27).

- **Le choc**

L'excision peut s'accompagner d'un état de choc, à cause des intenses douleurs, du traumatisme psychologique et physique ou de l'épuisement. Pour les fillettes qui ont un souvenir du moment où elles ont été excisées, nous pouvons imaginer en effet un état de grande anxiété avant l'opération, comme l'a décrit Khady (cf. point 10a précédent), ne sachant pas exactement ce qui les attend. Beaucoup d'entre elles restent marquées à vie et ne peuvent oublier le traumatisme et la douleur de l'excision.

- **La lésion des organes de voisinage**

D'une manière générale, ces opérations sont faites sans anesthésie ou sous anesthésie locale. Ainsi, l'enfant opérée se débat sous l'effet conjugué de la douleur et de la peur bien qu'elle soit immobilisée par trois ou quatre femmes adultes. En conséquence, la praticienne, si elle n'est pas tout à fait expérimentée, peut toucher d'autres tissus voisins, tels que l'urètre, le vagin ou le rectum (p. 27).

- **La rétention urinaire**

« La douleur, un œdème et une inflammation autour de la plaie opératoire peuvent déterminer une infection et, par voie de conséquence, une rétention d'urine ». Cette dernière peut durer quelques heures à quelques jours mais elle est généralement réversible.

La persistance de la douleur peut avoir des répercussions sur les jeunes excisées en provoquant un arrêt conscient de la miction car elles savent par expérience que les déchets éliminatoires sont acides. Cela peut aboutir à une rétention urinaire si cet arrêt est prolongé.

- **L'infection**

Les infections sont fréquentes et souvent dues à la non stérilisation, ou stérilisation inadéquate, des instruments utilisés. L'infection peut aussi survenir quelques jours post intervention, surtout si la cicatrice de la partie enlevée macère dans l'urine ou les matières fécales. Dans la plupart des excisions, la praticienne recommande de mettre du beurre de karité, substance grasse et nourrissante mais sans qualité antiseptique. De plus, « les instruments mal stérilisés et les matières fécales peuvent véhiculer des spores ou des bactéries responsables du tétanos ou de la gangrène » (p. 28).

- **Le tétanos**

Un témoignage nous indique : « Nous avons hérité cette pratique de nos parents ». Agée de 57 ans, Bila Dimzouré a été initiée à cette pratique par sa grand-mère. Elle témoigne : «A sa mort, elle me légua sa lame et je lui succédai pour devenir à mon tour l'experte du quartier.

Entre-temps, j'ai excisé ma propre fille qui malheureusement a eu le tétanos. Grâce à Dieu, elle a survécu, mais elle n'a pas encore eu d'enfants. J'ai réalisé aujourd'hui avec les sensibilisations que c'est à cause de l'excision que ma fille ne pourra peut-être jamais enfanter. J'ai juré devant Dieu de ne plus répéter cette erreur sur un enfant » (Morija, 2007, 4 septembre).

b. Complications à long terme liées aux types I & II

- **Chéloïdes (développement excessif de tissu cicatriciel)**

« Il existe une prédisposition génétique à la formation de chéloïdes (bourrelets cicatriciels) chez un grand nombre de tribus où l'on pratique les MGF. D'aspect très inesthétique, les chéloïdes vulvaires provoquent une grande détresse psychologique. On peut rarement s'en débarrasser, car leur ablation est en général suivie d'une nouvelle prolifération tissulaire » (p. 29).

- **Kyste dermoïde**

Complication la plus courante à long terme des MGF, ce kyste « résulte de l'inclusion de tissu cutané dans la cicatrice » (p.28). Les glandes sudoripares normales de la peau vont ainsi continuer de sécréter et le kyste se remplit peu à peu. La grandeur des kystes dermoïdes est très variable, allant de la taille d'un petit pois à celle d'un pamplemousse ou même d'un ballon de football. S'ils ne sont guère dangereux, ces kystes sont très douloureux. Si le kyste est petit, l'attitude thérapeutique est de « voir venir » ; s'il est gros, il faut l'enlever chirurgicalement car il devient vraiment gênant ou peut s'infecter (pp. 28-29).

- **Névrome cicatriciel (tumeur constituée de tissu nerveux)**

Suite à la fermeture totale de la plaie, le nerf clitoridien, qui a pu être enfermé dans un point de suture ou dans du tissu cicatriciel, provoque la formation d'un névrome. La vulve peut alors, par conséquent, être très sensible au contact (rapports sexuels, toilette, par exemple) (p.29).

- **Dyspareunie**

Quelles que soient les complications énumérées ci-dessus, elles peuvent rendre les rapports sexuels extrêmement douloureux et insupportables psychologiquement (p.29).

- **VIH/SIDA (virus de l'immunodéficience humaine ou syndrome d'immunodéficience acquise), hépatite B et autres maladies hématogènes (qui se transmettent par voie sanguine)**

Personne ne sait exactement ce que les exciseuses font avec leurs instruments. Nous pouvons émettre l'hypothèse qu'au cas où les instruments sont utilisés pour plusieurs personnes, le risque de contamination des virus VIH/SIDA et de l'hépatite B est augmenté (p.30).

- **Pseudo-infibulation**

En cas de MGF de type II, une excision excessive peut provoquer, lors de la cicatrisation, la formation d'adhérences vulvaires et créer ainsi une pseudo-infibulation, même lorsque les lèvres n'ont pas été suturées (p. 30).

c. Complications à long terme en cas de type III

- **Infections de l'appareil reproducteur**

Les infections partant de la vulve, en cas d'accumulations de sécrétions ou de sang, peuvent se propager et remonter à un niveau supérieur de l'appareil reproducteur. Ce type d'infection est trois fois plus élevé chez les femmes infibulées que chez les femmes qui ont subi une clitoridectomie. Les causes de ces infections génitales hautes sont plurielles : infection post opératoire, obstacle à l'évacuation normale des urines, sécrétions vaginales, infection de la plaie post accouchement. Douloureuses, ces infections peuvent aussi entraîner la stérilité par formation de tissu cicatriciel au niveau des trompes de Fallope (cf. schéma de l'anatomie de la femme, au point 1 de ce chapitre).

- **Obstruction chronique des voies urinaires**

En cas d'infibulation avec suture des lèvres, la miction se fait très difficilement, en petites quantités à la fois, voire en miction « goutte à goutte ». Cela peut être la source d'infections urinaires à répétition ainsi que la formation de calculs vésicaux (p. 31).

- **Incontinence urinaire**

« Les fuites urinaires sont très fréquentes chez les femmes infibulées, la vidange vésicale est incomplète et une infection chronique sous le capuchon de tissu cicatriciel peut rendre difficile le contrôle du sphincter » (p.31).

Selon un reportage du Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles (GAMS) sur le Mali, une jeune fille explique son vécu : « J'avais cinq ans lorsqu'on m'a excisée. Au cours de l'intervention, mon urètre a été endommagé et par la suite je suis devenue incontinente. J'ai dû arrêter l'école à cause des moqueries de mes camarades de classe qui ne supportaient plus mon odeur. J'avoue que je sentais l'urine partout sur mon corps » (Source : Reportage suivi au GAMS non diffusé à la télévision : pour une loi interdisant les MGF au Mali 2007, 9 avril).

- **VIH/SIDA, hépatite B et autres maladies hématogènes**

Les incisions et sutures à répétition après les accouchements, les plaies micro ou macroscopiques dues aux rapports sexuels et le recours aux pénétrations anales, lorsque la pénétration vaginale est rendue difficile ou impossible par l'infibulation, tendent à faire augmenter le risque de transmission de l'infection à VIH, de l'hépatite B et de maladies hématogènes. Aucune recherche n'a encore confirmé ces faits (p. 31).

- **Sténose de l'orifice vaginal**

Chez la femme infibulée, l'orifice vaginal peut être si petit qu'il finit presque par se refermer, au bout d'un certain temps. Cela peut évidemment provoquer une évacuation imparfaite des urines, voire aussi une rétention du sang menstruel

(hématocolpos). Dans ce genre de situations, les rapports sexuels sont impossibles.
(p.31)

- **Lésions des organes voisins**

Chez une femme infibulée, le risque d'avoir des lésions est assez grand lors des rapports sexuels forcés ou par désinfibulation brutale (rapports sexuels ou accouchement). Selon un reportage de la chaîne de télévision ARTE, en février 2007, un Soudanais a expliqué avoir pris un couteau pour déchirer la cicatrice de sa femme, n'ayant pas eu une pénétration aisée.

- **Complications lors du travail et de l'accouchement**

« Lors d'un accouchement, la femme doit être désinfibulée pour permettre à la tête du nouveau-né de sortir du vagin. Cela augmente le risque d'hémorragie et d'infection de la plaie » (pp. 31-32). Si aucune personne expérimentée n'est présente pour effectuer la désinfibulation, le travail peut être prolongé, avec des risques de complications modérées à graves pour la mère et pour l'enfant. Aucune étude à ce jour ne peut nous renseigner sur les conséquences périnatales liées à l'infibulation. Néanmoins, différents cas ont été rapportés : ouverture de la cicatrice vulvaire, déchirures du périnée, souffrance du fœtus, création de fistules entre la vessie et le vagin ou entre la vessie et le rectum, lacérations graves des muscles anaux, traumatisme de l'appareil urinaire (l'urètre peut même être arraché de la vessie).

La présidente de l'Association Malienne pour le Suivi et l'Orientation des Pratiques Traditionnelles (AMSOPT), dans sa lutte contre l'excision, raconte :[...]« J'ai pris conscience de ce problème à 26 ans quand j'étais enseignante : j'ai vu une jeune fille du lycée rejetée par sa famille car soupçonnée d'avoir « fauté » et d'être enceinte. En fait, elle était excisée et infibulée, elle avait une infection terrible car le sang menstruel ne pouvait pas s'écouler. Elle n'osait pas en parler, son ventre était énorme, prêt à éclater. On l'a amenée d'urgence à l'hôpital, trop tard. Ils n'ont rien pu faire pour elle, elle est morte d'une septicémie » (Sidibé, 2002, p. 20).

Dans un autre exemple est rapporté le cas d'une femme nigériane multipare de 23 ans, excisée la veille de son accouchement. Elle mit au monde une petite fille vivante, mais la plaie de l'excision s'étant infectée, elle tomba dans le coma et mourut quatre jours plus tard (OMS, p.26-27).

En résumé, « la pratique de l'excision entraîne de graves complications pour les femmes lors de l'accouchement et un taux de mortalité plus élevé pour les nouveau-nés. Risques de césarienne et d'épisiotomie (incision volontaire faite lors de l'accouchement pour prévenir une déchirure du périnée) pendant l'accouchement, fortes hémorragies et hospitalisations prolongés après la naissance, figurent parmi les principales complications pour les femmes qui ont subi des mutilations génitales, indique un communiqué de l'OMS à Genève. [...] Le risque de césarienne est de 30% supérieur à celles qui n'ont subi aucune mutilation. De même, le risque d'hémorragie après la naissance est 70% fois plus élevé » (Genre action, 2007, 28 septembre).

La même étude montre que les bébés dont la mère a subi une mutilation ont plus souvent besoin d'être réanimés. Le taux est de 66% plus élevé chez les femmes ayant subi une mutilation de type III.

De même, le taux de mortalité des bébés pendant et immédiatement après l'accouchement est beaucoup plus élevé lorsque la mère a subi une mutilation.

La surmortalité est de 15% dans le cas des mutilations de type I, de 32% dans le cas des mutilations de type II et de 55% dans le cas des mutilations de type III (Genre action, 2007, 28 septembre).

- **Effet des MGF sur la sexualité de la femme**

Encore peu d'études ont été effectuées pour évaluer les répercussions des MGF sur la sexualité féminine adulte. En résumé, nous pouvons identifier les points essentiels suivants :

- Il n'y a apparemment pas de lien entre mutilation et âge du premier rapport sexuel, ni sur les relations sexuelles extraconjugales. Autrement dit, pour les tenants des mutilations qui pensent ainsi « rafraîchir » les ardeurs féminines, cela tombe à côté.

- Les femmes ayant subi une mutilation de type III semblent en grande majorité (80%) ne pas connaître l'orgasme, voire en ignorent l'existence, contre 10% des femmes ayant subi une mutilation de type I.
- Dans une étude menée au Caire, 29% des femmes ont dit n'éprouver aucun plaisir lors des rapports sexuels, 30% éprouvent du plaisir sans toutefois parvenir à l'orgasme et 41% en éprouvent et ont un orgasme fréquent. Aucune conclusion claire n'a pu être établie entre mutilation subie et vie sexuelle ; il s'agit d'être très prudent avec les données recueillies car le conditionnement social et les relations matrimoniales font effet de facteurs parasites.
- Il semble aussi que les femmes ayant eu des expériences sexuelles avant leur mutilation répondent de manière positive aux avances de leurs partenaires sexuels.

« Il ressort de toutes ces observations que les mutilations sexuelles, quelles qu'elles soient, ont une certaine incidence sur la réponse sexuelle de la femme sans toutefois exclure forcément le plaisir sexuel, voire même un orgasme. ». (pp. 36-37) D'une part, certains tissus sensibles de la région du clitoris, région richement innervée, rappelons-le, peuvent être épargnés lors de la mutilation et, d'autre part, la sensibilité générale des zones érogènes autres que les organes génitaux proprement dits augmenterait suite à la mutilation, particulièrement chez les femmes ayant un partenaire attentionné.

Il est évident que des études mieux conçues sont indispensables pour comprendre davantage l'influence des mutilations sur la vie sexuelle de la femme adulte. (p. 37)

- **Effet des MGF sur la sexualité de l'homme**

Il est certainement utile et intéressant d'avoir des informations sur la sexualité des hommes ayant des partenaires sexuelles mutilées, dans le cadre de ce mémoire puisqu'un des intérêts se porte sur la vie du couple.

Les hommes rapportent que les rapports sexuels avec une femme ayant subi une mutilation sexuelle génitale, peuvent être déplaisants en ce sens qu'en tant qu'hommes, ils ne peuvent se laisser aller car ils doivent constamment faire avec la douleur de leur épouse ; ils doivent ainsi continuellement se contrôler, ce qui rend les rapports sexuels peu faciles et peu libres.

Il convient de noter cependant que la notion de plaisir sexuel est variable selon la culture, le contexte général et la personne elle-même. Par exemple, « en Somalie et au Soudan, forcer pour pénétrer une femme ayant une infibulation serrée est considéré comme un signe de masculinité et de virilité ». (p. 38)

Pour d'autres hommes, la douleur et la souffrance morale engendrées par des rapports sexuels de ce genre peuvent finir par mener à l'impuissance.

Les hommes peuvent aussi chercher des relations extraconjugales avec des femmes non mutilées, qualifiées de « chaudes » ou « d'entières ». En conséquence, les MGF peuvent être la source, au sein du foyer, de tensions plus ou moins graves, menant parfois au divorce.

Selon une étude avec des hommes polygames (ayant une épouse mutilée et les autres non) 88,7% préféraient avoir des rapports sexuels avec leurs épouses non mutilées ou celles ayant une mutilation de type I car « ils en avaient assez du calvaire que représente une pénétration rendue de plus en plus difficile par le développement de la zone cicatricielle indurée après chaque accouchement ». (p. 38). Seule une petite minorité, 12%, préfère les femmes infibulées.

d. Révision du questionnaire

En arrivant à la fin de ce long chapitre constitué par le cadre de référence de ce travail, il nous faut faire un arrêt sur le questionnaire qui nous occupe. En effet, après avoir compilé de nombreuses informations, la question de recherche s'est précisée. Notre mémoire s'axe maintenant véritablement autour du vécu des femmes ayant subi une mutilation génitale. La question centrale de recherche peut se formuler de la manière suivante :

- ◆ Quel est le vécu des femmes maliennes, entre 20 et 50 ans, appartenant à différentes ethnies, ayant subi une mutilation génitale ? Que peuvent-elles en dire ? Que parviennent-elles à raconter à ce sujet ?

Dans le but de détailler cette question très large et, après avoir « revisité » notre questionnement initial, nous ajouterons les questions secondaires suivantes :

- Quel est le vécu sur les plans physique et psychologique des femmes maliennes entre 20 et 50 ans ayant subi une MGF ?
- Quel est le vécu des femmes maliennes, ayant subi une MGF, plus particulièrement dans le cadre de leur relation de couple ?
- Quelles sont les représentations des femmes maliennes à propos des MGF ? Que disent-elles des complications qui peuvent survenir ?
- Les femmes maliennes partagent-elles leur vécu de femmes, d'épouses, de mères ? Autrement dit, parlent-elles librement de leur sexualité entre elles, au sein de leur famille ou entre amies, ou évitent-elles ce sujet ?
- Comment se situent-elles face à la polygamie ? Qu'en disent-elles ?
- Quelles sont les relations des épouses vis-à-vis de leur belle-famille ?
- Comment se situent les femmes maliennes vis-à-vis de l'excision de leurs filles, si elles en ont ?
- Comment considèrent-elles l'avenir, en lien avec les mutilations sexuelles féminines ?

Ces questions vont être abordées dans des entretiens semi dirigés de recherche auprès de femmes du Mali. La partie méthodologique de cette étude, c'est-à-dire le chapitre suivant, va nous renseigner sur ce sujet.

IV. Démarche méthodologique

Pour avoir des réponses à notre questionnement, nous avons réalisé cinq entretiens auprès de femmes maliennes d'ethnies différentes qui ont subi l'excision.

En plus de la réalisation des recueils de données auprès de ces femmes, nous avons pris des contacts, au Mali, avec des organisations non gouvernementales (ONG) afin de connaître les réseaux d'information et d'aide déjà mis en place afin de trouver quelques sources bibliographiques supplémentaires ainsi que de la documentation au sens large (documents audio ou audio-visuels dont nous n'avions pas encore eu connaissance).

1) Posture de recherche

Avec un sujet aussi complexe, faisant appel à des notions d'anatomie et de physiologie corporelles mais aussi à des notions psychosociales - la vie de couple, l'intégration dans une culture donnée comportant ses rites spécifiques, par exemple - il nous a vite semblé évident que nous ne pouvions nous placer que dans une posture compréhensive. En effet, nous cherchons à nous représenter essentiellement le vécu des femmes excisées, lors de « l'opération » et des suites immédiates, si elles s'en souviennent, mais également comment se sont passées leur(s) grossesse(s) et leur(s) accouchement(s), ainsi que des éventuels problèmes de leur vie de couple, générés par l'excision.

Nous ne cherchons en aucun cas à identifier les causes de cette pratique ayant découvert, comme déjà décrit, qu'elle est ancestrale et encore socialement très ancrée dans la plupart des ethnies qui peuplent le Mali. De toute évidence d'ailleurs, les causes, au fur et à mesure des lectures, nous sont apparues plurielles et leur complexité dépasse largement le cadre de ce mémoire de fin d'études.

La voie explicative, par le biais d'instrument comme le questionnaire, nous paraissait donc à exclure pour privilégier l'entretien semi dirigé de recherche, permettant une introduction, c'est-à-dire un temps de mise en confiance de la personne interviewée, puis une sorte de discussion infiniment plus libre, pour l'interviewée, qu'un questionnaire à remplir.

2) Instrument de recueil de données

L'entretien, comme instrument de recherche, était une excellente possibilité pour nous d'avoir toutes les informations concernant notre travail. En effet, compte tenu de la distance entre Genève et le Mali, il était indispensable de faire des entretiens, de les enregistrer et de pouvoir les stocker pour avoir l'ensemble des données, l'analyse se faisant dans un deuxième temps, lors de mon retour à Genève. Il s'agit là d'un aspect pratique.

Un autre aspect à considérer, infiniment plus important, réside dans le fait qu'il est impensable de recueillir des informations concernant un sujet aussi intime, voire embarrassant, par des questionnaires. Seul l'entretien de face à face permet à l'intervieweur de donner suffisamment d'explications, de relancer la personne interviewée, de la mettre en confiance et peut-être même d'avoir des échanges et de partager des expériences avec elle, ce qui est tout à fait impossible avec un outil comme le questionnaire.

Il faut dire que la méthodologie de ce travail a également été influencée par le cours d'introduction à la méthodologie de recherche (Seferdjeli, 2006) qui nous a aidé à trouver l'instrument pertinent pour réaliser la recherche ; pour ce faire, nous avons donc choisi la technique des entretiens semi dirigés, avec comme mode d'investigation des anecdotes, des questions de types ouvert et fermé.

Il nous paraissait aussi indispensable d'enregistrer les conversations pour aborder facilement les personnes interviewées et pouvoir continuer d'échanger avec elles. La prise de notes n'est guère indiquée dans ces moments puisque le contact prime. De plus, c'était un moyen de leur faire sentir qu'elles n'étaient pas « abandonnées » par l'intervieweuse.

En dernier lieu, nous devons tenir compte du fait que de nombreuses femmes, au Mali, ne peuvent s'exprimer par écrit par manque partiel ou total de scolarisation. Ainsi, l'entretien de recherche s'avère véritablement l'instrument à privilégier.

3) Plan d'enquête

Ce sujet, la pratique de l'excision au Mali, est très délicat à aborder car il reste tabou, aussi bien dans les milieux urbains que ruraux.

Le voyage au Mali pour le stage à l'étranger nous a permis d'avancer dans la réalisation de notre mémoire de fin d'études car nous en avons donc profité pour effectuer des entretiens auprès de femmes choisies dans diverses couches sociales, issues d'ethnies différentes. Notre but était de rencontrer environ six à sept femmes ayant vécu l'excision pendant leur enfance, au Mali.

a. La population à interviewer

Notre souhait, au départ de Genève pour le stage à l'étranger, était de nous entretenir prioritairement avec des femmes de plus de 50 ans dans le but de mobiliser le plus possible de connaissances à propos de notre thème de recherche. Dès notre arrivée sur place, nous avons réalisé qu'il était très difficile d'aborder le sujet avec ces femmes parce qu'elles restent sur leur garde et évitent d'entrer en matière sur la pratique de l'excision. C'est la raison pour laquelle, nous nous sommes rapprochées de femmes de 20 - 50 ans, soit un échantillon large au niveau de l'âge, comme nous l'avons d'ailleurs indiqué dans notre questionnement de recherche.

Il est important de savoir que la culture malienne est totalement différente de la culture occidentale. Les Européens ont une vision globale sur la pratique des mutilations génitales féminines mais la réalité se trouve bien évidemment en Afrique, et, surtout, auprès des femmes qui ont vécu l'excision (par exemple). Elles seules sont habilitées à en parler véritablement.

b. Le type d'entretiens

Les entretiens sont de type semi directifs et nous avons déjà donné les arguments qui nous ont fait choisir ce type d'entretien dans les parties précédentes, notamment la partie 2) du présent travail.

c. Le lieu des entretiens

Les entretiens se sont déroulés à Bamako, lors de notre stage à l'étranger. Nous avons proposé aux personnes interviewées de participer aux entretiens dans la maison de nos parents afin de préserver leur intimité et surtout d'avoir du calme lors de l'interview.

Cela a été un peu difficile pour certaines d'entre elles. Malgré leur accord de s'entretenir avec nous individuellement, elles avaient toujours un argument pour ne pas quitter leur « chez elles », généralement en lien avec le fait que « les enfants ne peuvent pas rester seuls à la maison ». Nous nous sommes donc rendu chez elles. Nous avons eu quelques interruptions, dues fréquemment aux enfants, mais nous avons su faire attention pour garder le fil de la conversation.

Par contre, l'entretien de groupe³ s'est bien déroulé, sans dérangement ni bruit car les personnes étaient toutes venues chez nous malgré leur âge.

d. La modalité des entretiens

Nous avons choisi d'effectuer des entretiens individuels d'une durée de 45 minutes à une heure environ. Chaque séance était précédée d'une clarification du but de la recherche. L'élaboration des anecdotes⁴ a été une de nos ressources importantes pour pouvoir recueillir les données car elles ont suscité souvenirs, récits, partages.

e. L'enregistrement

Les entretiens ont tous été intégralement enregistrés. A chaque fois, nous avons demandé l'accord de la personne interviewée. Il est important de signaler que la situation n'était pas facile pour les femmes interviewées qui ont toutes avoué, à un moment ou à un autre, que c'était la première fois qu'une personne enregistrait leur voix. Elles ont donc du surmonter leur crainte de l'appareil enregistreur.

Mais toutes les participantes ont accepté volontiers l'enregistrement dans le but de nous apporter leur aide pour notre mémoire.

³ L'entretien de groupe sera traité à la page suivante.

⁴ Les anecdotes sont développées dans la partie : grille de l'entretien.

f. La prise de contact avec la population

Au départ, nous pensions trouver facilement des femmes à interviewer grâce aux organisations non gouvernementales. Et bien... ce n'était pas aussi facile que nous le croyions, une fois arrivée sur le terrain. Nous avons utilisé trois semaines pour découvrir des femmes qui étaient prêtes à répondre à nos questions.

C'est seulement à partir de la quatrième semaine de notre séjour que nous avons pu trouver quelques femmes, grâce à l'aide assidue et efficace de notre sœur.

Selon les principes éthiques de la recherche, un consentement écrit est nécessaire avant d'aborder l'interview. Nous n'avons pas pu suivre cette recommandation car nous avons eu à faire à certaines femmes analphabètes.

Nous nous sommes donc attachées à donner un maximum d'informations orales lors de la prise de contact puis au début de chaque entretien.

g. Le nombre d'entretiens

Finalement, nous avons réussi à effectuer au total cinq entretiens (quatre individuels et un de groupe) avec des femmes d'ethnies différentes qui ont subi l'excision :

- Mme Samadjaré, une femme de 36 ans
- Mme Diarra, une femme de 28 ans
- Mme Bah, une jeune maman âgée de 20 ans
- Mme Fitini, une femme de 26 ans
- Un groupe de cinq femmes composé de :
 - ✓ Mme Kanouté, 45 ans
 - ✓ Mme Coumba, 47 ans
 - ✓ Mme Malikité, 43 ans
 - ✓ Mme Hadja, 54 ans
 - ✓ Mme Djénéba, 40 ans.

Il est à relever que les noms de famille indiqués ici sont tous fictifs et que seule l'intervieweuse connaît la véritable identité des personnes.

Les raisons qui nous ont poussée à effectuer un entretien de groupe de cinq femmes étaient tout simplement de connaître la représentation de l'excision sous un autre

angle. Ces femmes sont plus âgées et nous estimons que leur expérience sera très enrichissante et constructive pour notre travail.

D'ailleurs, nous n'avons pas procédé de la même manière avec ces personnes car il nous paraissait difficile d'obtenir des informations sur l'intimité de ces femmes sans pour autant nier leur âge. La manière la plus concrète pour nous était de leur demander leurs représentations vis-à-vis de l'excision afin que la conversation puisse être adéquate. A travers cette question très globale, chacune s'est exprimée librement et, en même temps, il y a eu des échanges entre les femmes présentes.

Nous relevons qu'au Mali, il est considéré comme une marque d'irrespect vis-à-vis de personnes plus âgées de leur poser des questions qui seraient susceptibles de les gêner.

h. Le guide d'entretien

Les entretiens ont toujours commencé par notre demande de permission d'enregistrer. Dès le début des entretiens, nous avons pris conscience de l'importance de rassurer les femmes que nous allions interviewer sur la confidentialité des données. Nous avons ensuite clarifié que les noms seraient changés au moment de la retranscription écrite et que nous sommes la seule à les connaître.

Au début de l'entretien, il nous semblait fondamental d'exposer à ces femmes les motifs et l'objet de notre recherche, sans oublier de clarifier qui nous sommes. Nous nous sommes donc présentées systématiquement, en leur disant à chacune que nous étions en train de terminer la 3^{ème} année de formation en soins infirmiers. Lors de la dernière année (4^{ème}), nous devons réaliser un travail important, notre mémoire de fin d'études. Ces entretiens sont une partie considérable de ce travail et nous leur sommes redevable et reconnaissante d'avoir accepté de nous rencontrer.

En lien avec les anecdotes, nous étions attentive à ce que les personnes interviewées approfondissent leur pensée. De plus, lorsque certains thèmes ne sont pas apparus par eux mêmes au cours de la discussion, nous avons reformulé les phrases, tout en donnant des exemples afin de relancer le discours des interviewées.

Nous disposons évidemment d'une grille ou guide d'entretien, élaborée avec notre directrice de mémoire avant le départ pour Bamako. Puisque le sujet n'est pas aisé à aborder, nous avons préparé des anecdotes pour que l'interaction puisse être facilitée, du moins nous l'espérons.

Le guide ou grille d'entretien

Nous relevons qu'il nous paraissait indispensable de commencer l'entretien par diverses variables indépendantes, constituant nos informations de base, primordiales à connaître pour un tel travail :

- l'âge des femmes interviewées ;
- le groupe ethnique d'appartenance de la personne interviewée ;
- la classe sociale, identifiée par la profession de l'époux ;
- la langue maternelle de la personne interviewée ;
- le degré de la scolarisation de la personne interviewée ;
- le moyen de contraception utilisé s'il y en a un et, si oui, lequel.

Quelques petites situations, sous forme d'anecdotes, ont été élaborées pour les personnes interviewées afin de les plonger « dans le bain » de l'interview de manière très concrète.

Anecdote 1

Votre sœur aînée de 32 ans, mariée depuis 12 ans et qui a 4 enfants, vous parle un jour de sa sexualité. Que vous pouvez-vous imaginer qu'elle vous raconte ?

Cette anecdote permet de remettre en mémoire le vécu antérieur des femmes excisées. En général, il est facile de se confier entre femmes ; cela dépend bien sûr des affinités. Cette situation est large et permet à la personne une sorte « d'entrée en matière » de manière douce puis d'approfondir dans la direction qu'elle désire.

Anecdote 2

Une de vos amies a eu des complications au moment de son accouchement. Que pouvez-vous imaginer à propos de ce sujet ? Parlons-en librement et largement.

De nombreuses situations de ce genre se passent tous les jours et sont apparemment très banales. Le lien avec l'excision n'est pas forcément toujours établi lors des conversations quotidiennes. Ici, l'intention de recherche était que la personne approfondisse le vécu et/ou les connaissances de l'accouchement en rapport avec l'excision, en termes de conséquence(s) ou de complication(s).

La situation indiquant « une amie », nous avons pensé que cela aiderait peut être les femmes à s'exprimer puisqu'elles ne le font pas en leur nom propre mais en celui d'une tierce personne.

Anecdote 3

Vous avez une voisine que vous connaissez bien et qui a 14 ans. Vous savez qu'elle a été excisée il y a 3 ans. Un jour, elle vous demande si vous avez été aussi excisée. Vous remarquez qu'elle se pose beaucoup de questions à propos de ce sujet. Vous décidez d'en parler le plus librement et largement avec elle : imaginez la conversation.

Cette anecdote ciblait davantage les jeunes afin qu'elles puissent révéler ou faire le lien avec ce qu'elles sont en train de vivre actuellement. Les adolescentes discutent entre elles ou avec des amies afin de partager leurs idées. C'était une possibilité pour nous de leur faire extérioriser leurs ressentis.

Anecdote 4

Vous avez une nièce qui vous confie sa liaison avec son petit ami en vous expliquant qu'elle a des douleurs lors des rapports sexuels. Que pouvez-vous imaginer à propos de ce sujet ? Parlons-en librement et largement.

Il est rare de voir les jeunes filles se confier à leur tante concernant leur relation avec leur petit ami, au Mali. Il s'agissait ici d'une stratégie pour entrer en relation avec les personnes interviewées et découvrir le vécu et les idées sur les rapports hors mariage.

Anecdote 5

La belle-mère a amené sa petite fille chez le forgeron pour l'exciser. Il y a eu une hémorragie importante et la petite est décédée. Que pouvez-vous dire de cette situation ?

C'est une expérience à laquelle nous avons été confrontée dans notre pays d'origine. Cette anecdote est un moyen d'obtenir encore des éléments, avec cette anecdote extrême.

Sous thèmes

Ces différents sous thèmes permettent d'avoir une idée globale sur les représentations des femmes interviewées.

- Les représentations de l'excision par les personnes interviewées
 - Aspects positifs
 - Aspects négatifs

- Les conséquences de la pratique de l'excision
 - Aspects positifs
 - Aspects négatifs

- L'excision et les relations au sein du couple
 - Aspects positifs
 - Aspects négatifs

- L'excision en lien avec l'aspect physique (la féminité)
 - Aspects positifs
 - Aspects négatifs

- L'excision vis-à-vis du clan social
 - Aspects positifs
 - Aspects négatifs

Questions finales

- Est ce que cela vous dérange de discuter avec moi de l'excision ?
- Vous rappelez-vous certains souvenirs ? Vous rappelez-vous le moment de l'excision ? Après ? Aujourd'hui ?
- Pourriez-vous me dire les sentiments que vous avez eus au moment de l'excision ?
- Qui est-ce qui a pris l'initiative de vous faire exciser ?
- Est-ce que vous avez des filles ? Si oui, pensez-vous faire exciser vos filles ?

Nous pensons utile de poser ces questions en fin d'entretien pour recueillir les ultimes informations et, aussi, confronter les personnes interviewées de manière « dure » seulement en fin d'entretien, lorsque la confiance a pu s'établir entre intervieweuse et interviewées. Nous pensons particulièrement à la question du positionnement vis-à-vis de leur propres filles, qui oblige en quelque sorte les interviewées à donner le fond de leur pensée et de leur action réelle.

Il est utile de clarifier que la question de la religion n'a pas été abordée car toutes les femmes interviewées sont musulmanes pratiquantes.

i. Modalités de retranscription

Nous avons retranscrit les entretiens mot par mot, comme le demande cette technique, afin d'être le plus fidèle possible aux propos des différentes personnes interviewées. Nous avouons que la retranscription n'a pas été facile, d'autant plus que la majorité des entretiens a été faite dans notre langue maternelle, le bambara, certaines femmes ne parlant pas ou mal le français. Ce n'est pas toujours facile de traduire le bambara en français et nous avons vraiment fait l'effort de trouver l'équivalent des expressions utilisées.

4) Bilan succinct des entretiens

Concernant les démarches effectuées, certaines étaient plus difficiles que d'autres, par exemple, trouver les femmes qui veulent bien se laisser interviewer, le déroulement global de l'entretien, la retranscription des entretiens. En revanche, nous avons trouvé que l'enregistrement était la plus facile parmi toutes les étapes et, du point de vue purement technique, tout s'est bien déroulé.

La prise de contact avec les femmes ayant subi l'excision a été l'un des points les plus difficiles de la recherche, ce que nous n'avions pas soupçonné de prime abord, pensant trouver facilement des personnes par le biais des organisations non gouvernementales. Ce point peut sans doute être mis sur le compte du thème de la recherche, très intime et personnel. Avions-nous sous-estimé l'aspect encore très « tabou » de ce thème ou avions-nous affaire à une pudeur toute malienne interdisant de se plaindre, signe de faiblesse, et de parler en termes critiques, donc probablement ressentis comme négatifs, de l'époux ou de la belle famille, par exemple ?

Dans le même sens, malgré nos efforts répétés et soutenus, consistant principalement en une bonne dose d'empathie, les personnes interviewées étaient presque toutes tendues lors des entretiens. Nous comprenons naturellement que ce n'est pas évident de parler de son intimité avec une personne inconnue, même issue de la même culture.

Les personnes interviewées ne parlaient donc pas trop ; les réponses étaient en quelque sorte « oui » ou « non ». Il nous a fallu insister, leur donner des exemples et reformuler anecdotes et phrases pour recueillir les informations nécessaires à la recherche. Ainsi, nous n'avons pas dépassé 45 minutes par entretien, sauf l'entretien de groupe qui a duré environ une heure 30 minutes.

La planification initiale, en lien avec l'âge des personnes à interviewer, a aussi été perturbée, dans le sens où nous n'avons pas pu nous entretenir avec les femmes un peu plus âgées individuellement, qui représentaient pour nous une source substantielle d'informations.

Tout n'a néanmoins pas été perdu, étant donné que nous avons réalisé un entretien de groupe avec des femmes plus âgées.

Malgré ces diverses difficultés, nous reconnaissons que cette partie du mémoire reste, pour nous, le cœur du travail et la partie la plus vivante de la recherche.

La patience a été un atout primordial pour arriver au bout des retranscriptions car il nous a fallu réécouter plusieurs fois chaque enregistrement. Cela a pris énormément du temps car ce n'est pas évident de faire les traductions dans deux langues différentes (langue maternelle puis en français). Malgré tout, pour rester fidèle au discours des interviewées, nous pensons que c'était un passage obligé.

V. Analyse

Dans ce chapitre, nous allons tout d'abord présenter brièvement les personnes interviewées. Nous rappelons que quatre entretiens ont été effectués individuellement ; le cinquième a regroupé cinq personnes. Nous relevons qu'il nous paraissait indispensable de commencer l'entretien par le recueil de diverses variables indépendantes, constituant nos informations de base, montrées dans le tableau de la page suivante. Une analyse globale suivra cette présentation générale des femmes interviewées.

Il est évident que l'échantillon de cette étude est trop peu important pour que les données puissent être généralisées à l'ensemble de la population malienne (inférence). Ce modeste travail pourrait faire l'objet d'une étape de recherche (phase exploratoire) précédant une recherche proprement dite

En ce qui concerne les différentes parties du guide d'entretien, nous avons rassemblé ce qui est ressorti de chacune des interviews par thème. Nous avons procédé de la même manière pour les anecdotes. Ces dernières ont relevé des données d'ordres variés : certaines femmes ont parlé de leur vécu, d'autres de leur expérience, de leur représentation de l'excision, ou encore de souvenirs, par exemple.

Après cette phase de pré-analyse, nous avons classé les données issues des anecdotes dans les thèmes ou les sous thèmes qui seront discutés après la présentation générale des données de base et mis en lien avec des éléments du cadre théorique.

Les femmes interviewées : informations de base

	Mme S	Mme D	Mme B	Mme F	Mme K Mme C Mme M Mme H Mme DJ
Age	36 ans	28 ans	20 ans	26 ans	45 ans 47 ans 43 ans 54 ans 40 ans
Groupes ethniques	Sarakolé	Bambara	Peul	Sarakolé	Mme K : Sarakolé Mme C : Bambara Mme M : Sarakolé & Peul Mme H : Sarakolé Mme DJ : Bambara
Classes sociales	Mme S : fait du commerce (vente de tissus), mère d'une fille et deux garçons Epoux : frigoriste	Mme D : femme au foyer (elle est prise en charge par son époux), mère d'un garçon Epoux : parti chercher du travail à l'étranger	Mme B : étudiante, mère d'une fille Epoux : Commerçant	Mme F : célibataire et étudiante	Mme K : femme au foyer ; mère de 2 filles et 2 garçons Epoux : chef de l'usine CMDT) ⁵ Mme C : commerçante, mère de 2 filles et 1 garçon Epoux : homme d'affaires Mme M : veuve et commerçante, mère de 2 garçons et 1 fille Mme H : Veuve et femme au foyer, mère de 3 filles et de 3 garçons. Mme DJ : Divorcée, sans enfants, griotte ⁶
Scolarisation	Brevet technique : 11 ans de scolarité	Baccalauréat non réussi	Droit international à l'Université, en études	Etudiante infirmière	Mme K : collège Mme C : lycée Mme M : collège Mme H : école coranique : sait écrire et lire en arabe Mme DJ : non instruite
Langue maternelle	Sarakolé mais parle Bambara	Bambara	Poulah (langue des Peuls) et bambara	Bambara	Mme K : Bambara Mme C : Poulah et Bambara Mme M : Sarakolé Mme H : Sarakolé et Bambara Mme DJ : Bambara

⁵ CMDT : Compagnie Malienne pour le Développement des Textiles

⁶ Les griottes et les griots sont des personnes qui ont l'art de parler de l'histoire des ancêtres. Ils sont sollicités lors des cérémonies comme les baptêmes, les mariages, les décès, etc.

A. Analyse : informations de base

✓ **Age**

Nous voyons dans le tableau que l'âge des personnes interviewées est très varié, malgré les difficultés rencontrées pour trouver les femmes qui veulent bien parler de l'excision.

✓ **Groupes ethniques**

Nous avons pu nous entretenir avec des représentantes de trois ethnies (Sarakolé, Bambara et Peul) qui sont majoritaires au Mali pour la perpétuation de la pratique de l'excision.

✓ **Classe sociale par rapport à la profession de l'époux**

Nous avons trouvé que les classes sociales par rapport à l'époux sont aussi très variées d'une personne à l'autre. Nous avons relevé que

- trois personnes sont commerçantes dont une veuve ;
- deux sont étudiantes dont l'une est célibataire et l'autre mariée ;
- trois sont femmes au foyer dont une veuve ;
- une personne est divorcée, ce n'est pas fréquent dans la société malienne mais cela peut arriver.

✓ **Degré de scolarisation**

La plupart des femmes interviewées ont fait la scolarité primaire (6ans) sauf Mme Djénéba qui a certainement ses raisons (inexplorées).

Nous pouvons dire aussi que, traditionnellement, les griots ou griottes ont une fonction bien particulière dans la société malienne. Ce sont eux/elles qui ont l'art et le pouvoir de nous raconter l'histoire de nos ancêtres qui n'ont pas laissé de traces factuelles écrites.

- Mme Samadjaré → 11 ans de scolarisation ;
- Mme Diarra, → 12 ans de scolarisation avec échec de baccalauréat ;
- Mme Bah → 13 ans de scolarisation ;
- Mme Fitini → 14 ans de scolarisation ;

- Mmes Kanouté et Malikité ont fait 9 ans de scolarisation (collège) ; elles ont dû arrêter leur formation pour se marier ;
- Mme Coumba → 10 ans de scolarisation ;
- Mme Hadja → 8 ans d'école coranique ;
- Mme Djénéba → non instruite.

✓ Langue maternelle

Nous n'avons pas eu de problème concernant la langue car ces personnes parlent toutes bambara (comme nous l'avons dit dans le « contexte de la recherche », au chapitre II, le bambara est utilisé comme langue principale). Les trois groupes ethniques interviewés ont comme langue maternelle :

- Cinq personnes → bambara
- Deux personnes → poulah et bambara
- Une personne → sarakolé
- Une autre personne → sarakolé et bambara.

✓ Mode de contraception

Nous avons posé cette question uniquement lors des entretiens individuels car, dans le groupe de cinq personnes, les femmes interviewées ont toutes dépassé la quarantaine d'années. Ainsi, trois personnes sur quatre avouent avoir utilisé les modes de contraception (pilule, Morplan). Nous restons convaincues que la majorité de ces femmes utilisent un mode de contraception, bien sûr pour éviter les grossesses non désirées. La personne qui ne prend pas de contraceptif nous a fait part qu'elle a l'habitude de faire des calculs mensuels, comme elle l'avait appris à l'école. Elle rajoute que son petit ami utilise toujours un préservatif pour éviter les maladies sexuellement transmissibles (MST).

Généralement, les contraceptifs sont mal vus par la religion musulmane ; nous avons l'habitude d'entendre dire : « c'est Dieu qui donne la vie et c'est Dieu qui donne les ressources pour la subsistance ». Il convient donc de ne pas se faire du souci pour nourrir sa famille, si nombreuse soit-elle.

Nous pouvons constater que ces personnes passent outre cette recommandation et utilisent un moyen contraceptif afin de limiter leur nombre de grossesses et d'enfants.

B. Analyse : anecdotes, sous thèmes et questions finales

1. Age au moment de l'excision et initiative de celle-ci

Chacune des femmes interviewées exprime l'âge auquel elles ont subi la pratique de l'excision. Il ressort souvent que cela s'est passé dans les trente premiers jours post naissance. Elles ont toutes dit que la décision de leur excision a été prise par leur grand-mère ou tante paternelle.

- a) Mme Samadjaré, Diarra, Fitini ont été excisées au cours des 30 premiers jours après leur naissance.
- b) Mme Kanouté l'a subie à 2 ans.
- c) Mme Bah a subi l'excision à 9 ans.
- d) Mme Hadja a été excisée à 13 ans.
- e) Nous n'avons malheureusement pas l'âge auxquels Mme Coumba, Mme Malikité et Mme Djénéba ont été excisées.

Selon leurs dires, ces femmes ont pratiquement toutes subi l'excision en bas âge sauf deux d'entre elles. Nous voyons ainsi que la quasi-totalité de ces femmes ont été excisées à différents moments, souvent au cours de leur première année de vie. Le plus important à souligner est que les grands-mères et les tantes paternelles sont majoritairement responsables de la perpétuation de la pratique de l'excision. Il ressort d'ailleurs du cadre de référence que l'âge de l'excision dépend du milieu de résidence et du groupe ethnique d'appartenance. Comme on le constate, les ethnies choisies pour les entretiens sont Sarakolé, Bambara et Peul. Ces trois groupes d'ethnies ont une force énorme dans la société malienne pour la perpétuation de l'excision. De plus, ces femmes étant des citadines pour la plupart, il n'est pas étonnant que l'excision ait eu lieu peu après leur naissance, comme cela se pratique en ville.

Nous relevons également que la décision dépend de la famille paternelle puisque, comme nous l'avons vu, l'enfant appartient véritablement à la famille du père et n'est jamais une possession de la mère (famille patrilinéaire).

2. Quelques souvenirs du moment de l'excision

La plupart des femmes interviewées n'ont aucun souvenir du moment où elles ont subi l'excision, sauf les deux personnes qui ont été excisées plus tardivement. Nous trouvons utile de les citer intégralement car elles décrivent de manière exemplaire certains éléments importants du cadre de référence. Elles nous expliquent leur expérience :

☉ Mme Bah

J'avais à peine 9 ans. Je n'étais pas seule, il y avait d'autres petites filles moins âgées que moi. C'était dans les toilettes... Je me rappelle toujours, comme si c'était hier, trois femmes fortes m'ont immobilisée afin que je ne bouge pas. J'ai perdu énormément de sang et pire que cette douleur sur le moment, ce n'était pas possible. Je suis restée avec la douleur pendant quatre jours et après cela j'avais des démangeaisons à la partie intime mais je n'avais pas le droit de gratter car elle [l'exciseuse] prétendait que cela pouvait me donner des infections.

J'étais impuissante et terrifiée face à ces gens en sachant que mes parents étaient contre cette pratique. C'est depuis cette date que j'ai décidé de ne plus rien avoir à faire avec ma grand-mère que j'aimais pourtant beaucoup. Comme mon père a toujours été contre, c'est pour cette raison qu'elle m'a fait subir tardivement [l'excision] car mon père est tombé malade [et l'excision a été pratiquée à ce moment là].

Quant à ma mère, elle ne pouvait rien faire contre la décision de sa belle-mère et elle avait peur de la réaction de l'entourage.

☉ Mme Hadja

Je me rappelle quand on m'avait excisée, j'avais 13 ans et je me préparais pour mon mariage l'année suivante. Les parents m'avaient expliqué les fonctions d'une bonne mère et de tout ce que j'étais appelée à faire dans mon futur foyer. Ils m'avaient parlé du passage de la fillette à l'âge adulte : il y avait toute une cérémonie pour expliquer à la jeune fille son rôle dans le foyer conjugal sans oublier de lui enseigner comment se comporter dans sa belle famille. Ils m'ont dit aussi que je devais être fidèle à l'égard de l'époux, que, comme ça [excisée], je serais purifiée et facilement acceptée dans la belle famille et dans la société.

Nous voyons que ces deux femmes, qui ne sont pas de la même génération, ont été excisées à un âge très avancé par rapport aux autres. La jeune femme (Mme Bah)

nous explicite clairement les circonstances de l'« opération » et sa souffrance alors que Mme Hadja a tendance à se pencher sur les raisons invoquées pour la pratique, comme le cadre de référence les a mises en évidence.

Ainsi, pour mettre un accent sur les dires de Mme Hadja, il nous semble important de souligner que l'excision n'est pas une garantie pour garder la virginité des jeunes filles, à savoir que l'hymen peut être déchiré au cours de plusieurs activités. Nous constatons que l'âge de la future mariée est extrêmement jeune : elle a 13 ans au moment de son excision qui est pratiquée en vue de son mariage, programmé pour l'année suivante. Elle était donc mariée à 14 ans déjà et le mariage précoce est donc un moyen bien utilisé pour sauvegarder la pureté des jeunes filles.

Nous avons aussi tendance à oublier un autre aspect : lors d'un mariage, si la jeune mariée ne perd pas de sang au cours de la nuit de noces, symboliquement « signe de la virginité », la famille sera déshonorée car la mariée n'était pas vierge. Et pourtant, il est possible qu'une femme puisse ne connaître aucun homme dans sa vie sans pour autant rester vierge.

Mme Bah nous indique aussi qu'il est interdit de toucher à la plaie afin d'empêcher les infections. Nous voyons que les exciseuses sont conscientes des conséquences, du moins certaines, que peuvent avoir les jeunes filles à la suite de la pratique. Malgré cela, elles continuent à la faire.

Les dires de Mme Hadja corroborent notre cadre théorique, dans le sens où il a été mentionné que l'excision était un acte d'initiation du « passage de la jeune fille à l'âge adulte ou de l'impubère à la femme pubère ». Dans le même chapitre, il est dit également que les pratiques se font généralement dans les toilettes ou les arrière-cours des maisons.

3. L'avis du père

Même si cette rubrique n'est pas spécifiée dans le guide, cette question a été abordée au cours des entretiens.

Mis à part le père de Mme Bah, les autres interviewées ne savaient pas si leur père avait été mis au courant de l'excision de leur fille. D'une manière générale, les pères ne sont pas avisés de la pratique de l'excision ; ils ne sont pas au courant dans la majorité des cas. Khady (2005), que nous avons citée dans le cadre de référence,

nous affirme avoir été amenée par sa grand-mère chez la « dame », au moment où les hommes se trouvaient à la mosquée. De ce fait, elle a senti un abandon général.

Il y a encore une dizaine, voire une vingtaine d'années, les hommes ne voulaient pas se marier avec les femmes non excisées car elles étaient considérées comme impures. De nos jours, des évolutions significatives sont toutefois perceptibles dans la population masculine malienne car, dans la plupart des situations rencontrées, comme celle qui est décrite par Mme Bah, par exemple, ce sont les pères qui s'opposent à l'excision de leur fille. Mme Diarra nous affirme aussi que « si les pères commencent à s'opposer maintenant à ce que leur fille subisse l'excision, peut être qu'ils le vivent mal avec leur épouse ».

Les propos de Mme Diarra nous semblent importants dans la mesure où les épouses ne sont pas les seules à souffrir des conséquences de l'excision. Nous imaginons que ce n'est pas tellement facile pour un homme de voir souffrir sa femme lors de chaque rapport sexuel.

4. L'excision et ses représentations

Sur ce sujet, chacune exprime à sa façon ses représentations vis-à-vis de l'excision. Certaines femmes pensent que la pratique de l'excision est absurde et sans importance, comme nous le révèle Mme Bah : « *ma vie est foutue à cause de cette pratique* ».

D'autres femmes militent pour la pérennisation de la tradition et affirment que « nos parents faisaient et moi aussi, je le fais », le regard social étant très important en lien avec ce genre de pratique. Ainsi, Mme Malikité nous raconte :

Je sais que de nombreuses personnes sont contre cette pratique mais je peux vous assurer que c'est bien de garder la culture au lieu de courir derrière les blancs qui ne veulent que la disparition de nos traditions. J'ai été excisée par ma grand-mère, je ne lui en veux pas du tout parce grâce à elle, je marche avec la tête haute, sans honte dans ma belle famille.

L'accent est donc mis sur sa culture d'origine et la tradition et le fait de ne pas imiter les blancs qui apportent d'autres idées et d'autres mœurs. En lien avec ce

propos, nous avons trouvé utile d'aller consulter un dictionnaire de sociologie, dans la mesure où cette science étudie les sociétés humaines et les faits sociaux. Voilà ce qu'il nous apprend en rapport avec le terme de « tradition » :

[...] Si la notion de *société traditionnelle* n'a pas beaucoup de sens, celle de *tradition* en a un, sinon plusieurs, dont l'analyse est très utile au sociologue. On peut parler de tradition à propos d'un grand nombre de conduites sociales très différentes et susceptibles de se produire dans les sociétés les plus diverses et, éventuellement, les plus modernes. Chaque fois que nous nous en tenons, ou que nous déférons à une manière d'être, de faire ou de sentir, sous le seul prétexte qu'« on a toujours agi ainsi », on peut parler de tradition. *Mos majorum* (la coutume des anciens), *magister dixit* (le maître l'a dit), expriment cette soumission à l'autorité du passé. Elle prend le plus souvent la forme d'un acquiescement tacite et, pour ainsi dire, préreflexif (Boudon-Bourricaud, 1982/2000, p. 637).

Il nous apparaît que Mme Malikité se situe dans cette ligne de pensée, justifiant la pratique de l'excision au nom de la « culture » et de la « tradition ». Nous relevons aussi de cette définition que la soumission à l'autorité de la tradition est « préreflexive », c'est-à-dire que, pour nous, cette seule justification ne suffit pas ; il nous faudrait une véritable étape de réflexion individuelle par rapport à cette pratique de l'excision et, plus globalement, des mutilations génitales féminines. Ensuite, dans un deuxième temps, la réflexion devrait s'établir au niveau collectif. Il nous apparaît que seule la réflexion en profondeur et le dialogue peuvent porter les germes d'un changement.

Mme Diarra, justement, poursuit, elle, la réflexion en amenant un élément d'observation :

Autrefois, nos arrières grands-parents disaient que si la fille n'est pas excisée, elle devient « accrochée au sexe »... Pour éviter que cela arrive, elles faisaient l'excision pour diminuer la sensibilité des fillettes [Mme Diarra fait référence à la sensation d'excitation physique]. J'ai entendu parler qu'une fille non excisée est une personne qui ne peut pas effectuer des ablutions pour accéder à la prière car l'intéressée ne sera pas propre pour que la prière soit exaucée... Si la pratique de l'excision est à la base pour éviter que les jeunes filles courent derrière les garçons, je dirais que cela ne justifie pas les propos car nous voyons le contraire aujourd'hui ! C'est étonnant de voir dans la société actuelle que des adolescentes de 14 ans se trouvent avec des enfants et pourtant elles ont été presque toutes excisées...

5. Intégration sociale et clan⁷

Mis à part le combat, à notre avis très courageux, de Mme Kanouté, que nous citons ci-dessous, il ressort que toutes les femmes interviewées ont fait subir l'excision à leur(s) fille(s) pour éviter le rejet ou les insultes de la société, et plus particulièrement de leur belle famille (en plus des arguments liés à la tradition, comme déjà dit).

● Mme Kanouté :

Les parents s'adonnent à cette pratique dans le but de faciliter l'intégration de leur fille dans la société sans pour autant réfléchir aux répercussions que cela peut avoir pour l'avenir. J'ai été excisée à 2 ans mais je ne peux rien dire de ce qui s'est passé réellement.

Au moment où j'ai eu ma première fille, ma belle mère s'est imposée pour que la petite soit excisée. Je me suis battue toute seule dans une très grande famille pour que ma fille ne subisse pas la même chose que moi. A cause de ces différends, je suis rejetée par ma belle famille avec des insultes.

D'une part, je me sens fière de ne pas laisser mes filles connaître cette horrible pratique. D'autre part, je suis actuellement en instance de divorce parce que ma belle mère a demandé la main de sa nièce pour son fils. Elle sera probablement ma co-épouse, donc je préfère m'en aller avec mes filles que de rester dans cette famille.

Je suis fière aujourd'hui, même si j'ai perdu mon époux à cause de la bataille avec ma belle mère, pour l'avenir de mes deux filles... Au moins, je sais qu'elles seront épargnées par les complications de la pratique de l'excision.

Nous le constatons, les femmes sont presque les seules (mis à part quelques pères) à porter ce fardeau sur leurs épaules. En même temps, elles ont parfois le courage de ne pas faire subir l'excision à leur progéniture alors qu'elles souffrent elles-mêmes des effets néfastes de cette pratique, au niveau de leur santé. Les filles « paient » donc littéralement leur intégration dans leur communauté au prix fort, quelquefois même au prix de leur vie, comme nous l'avons vu dans les chapitres précédents.

Dans le cadre de référence, il ressort que le poids de la tradition est assez énorme dans les pays où les MGF sont pratiquées. Toutes les organisations qui luttent contre ce « fléau » restent convaincues que le maintien de cette pratique est purement d'ordre traditionnel. Ainsi, nous pouvons imaginer que la bataille est loin d'être

⁷ Dans ce chapitre, le clan signifie la famille de la personne ainsi que sa belle famille.

gagnée dans la mesure où s'attaquer à l'excision au Mali, c'est de s'attaquer à la tradition et aux relations du clan social, modelées par la tradition.

Au cours d'une conversation banale lors d'un séjour dans mon pays, une femme nous a rapporté : « Vous pensez que je fais du mal à ma fille ? Absolument pas ! C'est pour son bien que je l'ai fait, c'est indispensable pour son intégration sociale. Imaginez que ses co-épouses apprennent qu'elle n'est pas excisée, ce serait pire que la mort ! »

6. La connaissance des différents types d'excision

Lors des différents entretiens, nous avons finalement compris que Mme Diarra et Mme Samadjaré mettent l'accent sur les typologies de l'excision, sans approfondir leur pensée, tandis que Mme Fitini, elle, extériorise ses ressentis après avoir appris qu'il existe différentes formes d'excision.

Mme Diarra

J'ai entendu aujourd'hui qu'il existe différents types d'excision. Ces personnes [les exciseuses] font n'importe quoi sans avoir une idée de ce qu'elles font subir aux jeunes filles. Par exemple, une fille d'un mois a été excisée aujourd'hui dans ma belle famille, et la grand-mère maternelle de la petite fille est sous le choc car elle s'est rendue compte que toutes les lèvres de sa petite fille ont été enlevées. Allah (Dieu) nous a donné ces parties du corps... donc cela veut dire qu'elles ont forcément une fonction dans notre corps. Le cas des hommes est clair, c'est une partie [de leur corps] bien définie...

Mme Samadjaré nous rapporte que

certaines praticiennes ne coupent pas tout le clitoris... Heureusement, cela favorise la vie sexuelle de certaines filles... Malheureusement pour d'autres, elles coupent le clitoris, y compris les petites et les grandes lèvres...

Mme Fitini

J'ai découvert tout récemment sur l'Internet qu'il existe différentes formes de la pratique de l'excision. Suite aux complications liées à l'accouchement de ma cousine, je suis rentrée à la maison pour me regarder dans le miroir afin de savoir quel genre de pratique j'ai subi. Je peux vous assurer que ce n'est pas évident mais je me suis rendue compte que je n'ai plus de clitoris et une partie des petites lèvres.

J'étais en colère de savoir que je ne pourrai plus être comme avant et peut être que je serai un sujet à risque...

Apparemment, les différents types d'excision ne sont pas connus par la population féminine au Mali. La majorité des femmes disent qu'elles ont été excisées sans savoir réellement le type de MGF qu'elles ont dû subir. Nous trouvons quand même étonnant que ces femmes ignorent les parties qui ont été enlevées au niveau génital. En général, la curiosité des femmes ne va pas jusqu'à ce qu'elles se regardent dans un miroir pour découvrir leur corps, ce qui pourrait expliquer la méconnaissance des types de MGF. Peut-être que les nouvelles technologies, avec Internet et les connaissances que cette technique peut apporter, vont bouleverser cette pratique. Les femmes, comme Mme Fitini, étudiante, finiront par être curieuses...

Les différents types d'excision sont illustrés dans le cadre de référence. Etant donné la méconnaissance de ces formes de MGF, il nous semble important de les mettre en images pour que la population ait une idée générale sur les organes génitaux féminins externes enlevés.

7. Les conséquences de l'excision

De nombreuses conséquences ont été relevées lors des entretiens. Nous en mettons en évidence ci après quelques-unes de différents niveaux.

a. La relation au sein du couple

Les propos les plus illustratifs des personnes interviewées, en lien avec la relation de couple, sont proposés ci dessous.

☉ Mme Djénéba

Tout simplement, je prends mon exemple qui a été le plus mauvais souvenir de ma vie. En fait, je n'ai pas pu avoir une relation avec mon époux la nuit de noces de notre mariage car ma partie génitale était en quelque sorte fermée ou collée. Il était impossible d'avoir une pénétration car je ne faisais que crier à cause de la douleur. Au départ, mon ex-époux pensait que je ne voulais pas de lui. Et pourtant, c'était loin d'être la réalité mais je ne sentais que de la douleur. Il a fallu que ma marraine, plus les autres femmes y compris ma marâtre (la co-épouse de ma mère), partent chercher une femme de la caste des forgerons pour que cette dernière vienne à mon secours pour déchirer

à nouveau cet accollement afin que je puisse avoir une relation avec mon époux. J'ai demandé à ce que ma cousine reste à mes côtés. Au cas où quelque chose me serait arrivé, elle aurait pu témoigner en ma faveur.

Je ne pouvais pas avoir une relation de couple cette nuit là compte tenu de la plaie... J'étais contente de me marier... Mais, à cause de ces imprévus de dernière minute, j'ai eu honte de moi face à mon époux.

Je n'ai pas eu de nuit de noces avec le mari en question, à cause de la douleur que je ressentais... Pour finir, il a demandé le divorce quatre mois après le mariage.

Je tends maintenant vers la ménopause, [Mme Djénéba a 40 ans] je crains toujours de m'engager dans une nouvelle relation par crainte de me ridiculiser à nouveau.

Toutes les femmes interviewées ont cité en premier lieu la douleur lors des rapports sexuels. Dans le cadre de référence, il a été montré que les femmes ayant subi une MGF souffrent fréquemment de douleurs pendant les rapports sexuels. Ainsi, nous pouvons dire que ces femmes n'ont pas une « sexualité normale » et ne s'épanouissent pas dans leur vie conjugale à cause de la souffrance physique, comme le démontre malheureusement très bien le cas de Mme Djénéba.

Nous pensons aussi que ces femmes font l'amour dans le but de sauvegarder leur foyer car c'est un devoir conjugal. Ainsi, un témoignage nous indique : « *L'excision et l'infibulation sont des problèmes liés à la vie des femmes, mais ils concernent aussi les hommes car ces derniers se sont arrogés le droit de contrôler la sexualité de la femme* » (Herzberger-Fofana, 2007, 12 janvier).

En ce qui concerne les douleurs, nous ne savons pas si elles sont ressenties au moment de la pénétration ou en général tout simplement. Nous ne sommes pas allée plus loin dans notre questionnement lors des entretiens, étant donné la difficulté du sujet. Nous remarquons néanmoins que les femmes interviewées ont parfois partagé longuement leur vécu, comme le montrent les citations, soit en entretien individuel, soit avec le petit groupe de 5 personnes.

La sexualité reste encore un sujet tabou et délicat à aborder. Les anecdotes ont permis l'extériorisation de ressentis, notamment vis-à-vis des relations de couple. Cependant, les femmes interviewées restent toutes bloquées ou ne développent pas leurs propos plus que ce qui a été cité dans ce travail. Plusieurs entretiens seraient

sans doute nécessaires pour recueillir des informations complètes et approfondies, une fois une très grande confiance établie entre l'intervieweuse et l'interviewée.

b. Conséquences sur la féminité

☉ Mme Samadjaré

Me regarder devant un miroir ne fait que me faire souffrir car en voyant qu'une partie de mon corps est coupé juste pour diminuer ma sensibilité... franchement, ça ne vaut pas la peine.

☉ Mme Diarra

Ça fait mal mais je ne peux plus faire marche arrière... C'est rassurant de savoir que je ne suis pas la seule dans cette situation.

☉ Mme Bah : c'est le choc...

J'évite de me regarder devant un miroir, en sachant que ma vie est foutue à cause de cette pratique. Il n'y a que des aspects négatifs, à ma connaissance. C'est trop douloureux comme expérience et me fait réfléchir pour l'avenir de nos filles.

☉ Mme Fitini

Comme je vous l'avais dit au départ, je n'ose pas me regarder dans le miroir car je ne me sens pas comme une vraie femme. Je ne ressens que des douleurs au niveau physique lors des rapprochements sexuels.

Trois mots-clés sont ressortis à ce sujet : choc, évitement de se regarder face à un miroir, douleurs lors des rapports sexuels. Nous imaginons que ce n'est pas évident pour ces femmes, sachant qu'elles ne seront plus « naturellement » comme les autres femmes qui n'ont pas subi l'excision. Toutefois, nous ne savons pas si ces sentiments de colère et de haine, ou même de honte, voire de tristesse sont extériorisés vis-à-vis de la modification de leur corps ou en vue de la pratique elle-même. Ainsi, nous pouvons dire que ce mélange de sentiments, éprouvés par ces femmes est phénoménal et montre bien qu'elles se sentent dépossédées à vie d'une partie de leur corps alors qu'elles ont été mises au monde avec. Ainsi, un témoignage nous rapporte « *Si Dieu avait jugé que certaines parties de mon corps étaient inutiles, pourquoi les aurait-il créées ?* » (Waris, 2007, 24 janvier).

c. Complications liées à l'accouchement

● Mme Coumba

Au fait, j'ai eu des gros soucis au moment de mon premier accouchement, jusqu'à ce que ma mère fasse des sacrifices pour que je ne perde pas la vie. J'étais aux Etats-Unis pendant mon premier accouchement, je ne comprenais pas pourquoi il y avait tant de sages-femmes dans la salle avec moi. Tout simplement, elles étaient étonnées de la cicatrice de ma partie génitale.

● Mme Samadjaré

J'ai une connaissance qui a eu des complications lors de son accouchement. Il paraît qu'elle a fait une hémorragie importante et malheureusement elle n'a pas pu garder ses jumelles.

● Mme Diarra

Je n'ai pas accouché normalement car j'ai été déchirée pour la sortie de mon fils. Par la suite, les sages-femmes m'ont recousue mais la douleur était atroce. On m'avait mis un fer (Nèguè) et cela a été enlevé sept jours après pour que je sois soulagée de la douleur.

● Mme Bah

Je n'ai pas eu de déchirure, par contre j'ai eu des hémorragies importantes après l'accouchement, suivies de deux pertes de connaissance.

De manière générale, la plupart des femmes interviewées ont eu des complications lors de leur accouchement. Leurs propos se ressemblent mais les vécus sont très différents d'une femme à l'autre et chacune exprime clairement ses ressentis. Le plus étonnant est que certaines d'entre elles ignorent complètement les raisons des problèmes survenus et n'établissent pas de lien entre leurs difficultés et l'excision.

Il est à signaler que la vie de deux êtres humains est toujours mise en jeu au moment de l'accouchement : celle de la mère et celle du nouveau-né, ce qui amplifie l'étendue des problèmes possibles. Il y a de quoi s'inquiéter pour l'avenir en regardant les ravages de l'excision dans la vie des femmes.

Dans le cadre de référence, nous avons vu que les complications de l'accouchement sont l'une des conséquences importantes des MGF.

Nous pouvons penser que les souffrances de ces femmes ont commencé depuis leur naissance, qu'elles se poursuivent dans les relations conjugales et dominent lors des accouchements.

Nous pouvons aussi nous poser la question du moment où cette suite de douleurs et de conséquences dommageables pour la santé des femmes prendra fin : quand donc pourront-elles mener une vie sexuelle et une vie de femme normale ?

d. La souffrance

Les femmes interviewées présentent toutes un besoin de soutien moral et psychologique. Une fois que le sujet est abordé, parfois bien difficilement, l'excision apparaît pour la plupart des femmes interviewées comme un acte traumatisant. Toutes les femmes, selon leur âge au moment de l'excision, se souviennent encore de la douleur qui a suivi cette opération. D'autres sont encore sous le coup du traumatisme ; dans tous les cas, aucune ne garde de bons souvenirs et toutes se posent la question du pourquoi de cette pratique si dure à vivre. En lien avec ces propos, nous restons convaincue que ces femmes souffrent physiquement et moralement et n'en parlent à personne. Ces blessures traumatisantes, physiques et psychiques, sont « imprimées » à vie chez les victimes des mutilations. Ainsi, Mme Bah nous affirme : « Cette souffrance nous poursuivra jusqu'à la fin de nos jours ».

Cette éventualité n'est pas à nier car la souffrance psychique n'est pas facile à surmonter dans ces moments, d'autant plus que le sujet est difficilement abordé entre femmes. Il nous semble indispensable pour chaque victime de faire son propre deuil, quel que soit le type de mutilation subie, malgré la grande difficulté et la gêne de parler de choses intimes à des tierces personnes.

D'ailleurs, nous avouons nous être laissée emporter quelquefois, au cours de l'entretien, par notre élan d'empathie et de compassion et avoir pleuré avec les personnes interviewées à certains moments...

L'OMS, dans son étude déjà beaucoup citée dans notre cadre de référence, met l'accent sur le choc et le traumatisme de la pratique, faite sans anesthésie. Deux femmes somaliennes, victimes de MGF, ont aussi réalisé un film intitulé « Femmes mutilées plus jamais ». Nous avons pu nous entretenir avec les réalisatrices qui nous ont expliqué que la souffrance psychique les poursuivra toute leur vie.

e. Décès

Même si cette éventualité n'est pas fréquente dans la pratique de tous les jours, elle n'est pas à nier car il y a des victimes. En cas de décès, la faute est rejetée sur les mauvais regards (d'autres personnes), le mauvais œil, tout simplement ; ou les arguments iront du « c'est le destin » au « c'est Dieu qui l'a voulu ainsi ».

Il est à souligner que beaucoup d'aspects de notre tradition sont bons à garder. Cependant, si l'avenir et la vie des enfants et des jeunes filles est en danger, il serait temps de mettre les couteaux de côté pour mener une activité quotidienne qui va dans un autre sens : le sens de la vie, justement.

Les cas de décès se présentent per ou post accouchement ; aucune étude à ce jour ne recense ces cas, leur fréquence est donc inconnue. Par ailleurs, il est relativement courant que l'hémorragie post excision, particulièrement si l'artère clitoridienne est touchée, soit si abondante que la victime en perde la vie (cf. cadre de référence, points a et c).

En l'absence de données scientifiques dans ce domaine, il est important de savoir que cela peut arriver, surtout si nous imaginons les conditions de la pratique traditionnelle.

VI. Conclusion

Il est à noter que, alors que je m'exprimais en « nous » dès le cadre de référence de ce travail, je vais désormais repasser au « je » car je suis la responsable de cette recherche et que je désire l'assumer en tant que telle, dans une conclusion qui laissera également place à mon vécu et à mon avis.

Arrivée au terme de ma recherche, je peux dire que la tâche n'a pas été facile dans le sens où j'ai dû réaliser que l'impact de cette étude était double. D'une part, en tant que victime, j'ai eu à me démarquer de mon objet de recherche et à « m'arracher » véritablement à mes préconnaissances (travail de conquête de l'objet de recherche). La genèse de mon travail avait été provoquée par une discussion que j'avais eue avec un gynécologue lors d'une consultation de routine, juste avant l'entrée à l'école d'infirmière. Cette consultation m'a fait « travailler la tête » ; ainsi, j'ai décidé d'approfondir mes connaissances sur les mutilations génitales féminines dans mon mémoire de fin d'études. J'ai donc du faire tout un travail intérieur.

Bien sûr, cela m'a permis de faire mon propre deuil, tant dans le domaine psychoaffectif qu'émotionnel ; ce fut un long et laborieux travail qui m'a bloquée et empêchée de continuer mon mémoire plusieurs mois d'affilée, mettant presque en péril son aboutissement. Je n'avais pas imaginé en commençant devoir faire face à moi-même et à ma culture traditionnelle d'origine avec autant d'intensité...

D'autre part, en tant que « chercheuse débutante », les connaissances accumulées, qu'elles soient d'ordre scientifique ou non (témoignages, films, par exemple), m'ont aussi beaucoup remise en question dans mon identité de femme et de citoyenne du Mali.

Enfin, en tant que future soignante, je voulais me lancer un peu « tête baissée » dans mon projet professionnel futur, c'est-à-dire le travail que j'avais envie d'entreprendre après mon diplôme, auprès des femmes de mon pays. Je comprends maintenant l'importance de prendre du recul, d'avoir des connaissances scientifiquement fondées, bien qu'elles ne soient pas nombreuses dans ce domaine, et de bâtir un projet d'action qui ne repose pas sur une révolte ou une tristesse

uniquement personnelles. Malgré toutes ces difficultés, j'ai su mener à terme mon travail de fin d'études.

Mon rôle propre de future infirmière vis à vis des femmes excisées est d'être à leur écoute afin de créer un climat de confiance et d'établir une relation d'aide pour leur permettre d'avancer sur le chemin de l'acceptation et, ensuite, du dépassement de cet événement. Je pense en effet que de bonnes choses peuvent sortir de malheurs, si on prend « soin » de l'épisode malheureux, même si l'on le porte encore dans sa chair. « Soigner » veut dire alors, pour moi, partager, parler, dire les mots et les sentiments et, peu à peu, aider à reconstruire une identité nouvelle, sans doute plus réaliste et, surtout, qui n'a plus à supporter le poids du « tabou », du non dit.

Il est intéressant de noter qu'à Genève, par exemple, un bon nombre de jeunes filles africaines ne vont jamais consulter de gynécologue, non parce qu'elles ne veulent pas mais par crainte que les professionnels s'étonnent de la modification de leurs parties génitales.

En plus de l'accompagnement de ces femmes, les soignants jouent un rôle prépondérant dans la prévention et la sensibilisation de ces pratiques néfastes. En ce sens, tout jugement ou toute manifestation d'étonnement à la vue d'une cicatrice des différents types de MGF devrait être évité(e), que ce soit dans un milieu occidental ou africain.

Toutes les victimes de MGF doivent encore savoir qu'il y a une possibilité de retrouver une sensation physique au niveau du clitoris grâce à une chirurgie esthétique et reconstructrice.

En octobre dernier, il y a eu un colloque à l'Hôpital Universitaire de Genève sur la prise en charge des femmes mutilées. Au cours de la discussion, il est ressorti que la méconnaissance des MGF est un grand défi pour les gynécologues et tout le corps médical et soignant.

A l'avenir, comme on l'a certainement compris, je souhaiterais vivement intervenir dans la sensibilisation et la prévention des MGF, dans le but d'aider les femmes à s'émanciper, c'est-à-dire dans le but de les aider à choisir le plus librement possible ce qu'elles souhaitent pour leurs filles (pour elles, l'étape de la prévention est déjà dépassée).

Je reste convaincue que la lutte ne sera pas facile vis-à-vis de la société malienne car s'attaquer à l'excision signifie s'attaquer à la culture et à la tradition, comme déjà un peu décrit.

Au terme de ce travail, il me reste à exposer les perspectives que je pourrais envisager en lien avec ce sujet des MGF. Il serait nécessaire évidemment, avant toute entreprise de sensibilisation, de prévention ou d'action de recueillir des informations plus substantielles que celles qui existent actuellement, aussi bien dans le domaine des représentations des mutilations que dans celui, très important pour ensuite faire une prévention adéquate, des justifications utilisées pour la continuation des différentes pratiques. Ce travail l'a bien montré, le sujet est complexe, il met en jeu de multiples éléments : culture, tradition, modernité, rejet, religion, transgression d'une norme très établie...

Il faudrait également parvenir à préciser les données sur les conséquences des MGF, physiques et psychiques. Le fait même de donner la parole aux femmes, de leur permettre de partager leur vécu, leurs expériences, de les sortir de leur isolement sera un grand pas en avant.

Pour terminer sur une note réaliste et néanmoins optimiste, je laisserai à deux femmes, l'une occidentale et l'autre africaine, le soin de conclure :

« On ne naît pas femme : on le devient » affirmait Simone de Beauvoir. [...]
En effet, il ne suffit pas de naître de sexe féminin pour accéder à sa pleine maturité de femme. Celle-ci s'acquiert avec le temps, comme un bon vin dont le vieillissement révèle toutes les saveurs.
Ce processus de maturation est présent de la tendre enfance à l'automne de la vie, et chaque étape de la vie d'une femme est soumise à de nombreux bouleversements (physiologiques, psychologiques ou sociaux), dont dépend l'évolution de son vécu sexuel (Baccigalupo, 2006, p. 245).

Notre devoir est de dire non, stop à toutes les formes de violence et de mutilation. Il est inacceptable de laisser mutiler des petites filles au nom de traditions ou de cultures, quelles qu'elles soient. Chaque femme africaine en a maintenant de devoir. A chacune son chemin. Nul n'a le droit de cacher la vérité sur le sexe des femmes africaines. Il n'est ni diabolique ni impur. Depuis la nuit des temps, c'est lui qui donne la vie (Khady, 2005, p 210).

Bibliographie

Livres & Ouvrages

Baccigalupo, M. (2006). *Une sexologue répond à vos questions. Sexualité féminine au fil de la vie*. Paris : Presses du Châtelet.

Blanchet, A. & Gotman, A. (1992). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris, Nathan université.

Boudon, R. & Bourricaud, F. (1982/2000). *Dictionnaire critique de la sociologie*. Paris : Presses Universitaires de France.

Collectif pour la santé des femmes : Bizos-Cornier, N., Koulibali, S-M., Petit-Archambault, B., Raulin, A., Spring, L., (pour la traduction française). (1977). *Notre corps, nous-mêmes. Nous ne sommes pas des poupées !* Paris : Albin Michel.

Khady. (2005). *Mutilée*. Paris : Oh !éditions.

Marieb, E. (2005). *Anatomie et physiologie humaines*. Québec : Editions du Renouveau Pédagogique, (6^{ème} éd.).

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (1998). *Aperçu du problème : Les mutilations génitales féminines*. Genève : OMS.

Articles / Revues

Allemand, A. (6 décembre 2006). Monde Fatwa : l'islam déclare la guerre à l'excision des femmes. Genève : *Tribune de Genève*.

Diallo, A (1999). Droits de suite, mutilations sexuelles. Excision, le nouveau combat du Mali. Paris : *l'Humanité Hebdo*, p.55.

Fiquet, B. (1999, 19 septembre). Droits de suite, Excision : le nouveau combat du Mali. *L'Humanité Hebdo*, P.55.

Nissim, R. (2007, septembre). La liberté sexuelle : le grand leurre. La santé sexuelle des femmes aujourd'hui. *Soins infirmiers*, p.42.

Pigeaud, F. (juin 2006). Ces seins qu'il faut cacher à tout prix. Cameroun : Pour leur éviter d'être mariées trop jeunes ou d'avoir des relations sexuelles à risque, des mères s'acharnent à faire disparaître tout signe extérieur de féminité de leur fille. Genève : *Le courrier*, p10.

Popia, E. Moreau, D. (2004). Aller de l'avant un défi toujours actuel. *Perspective infirmière* (volume 1 numéro 3).

Roth-Bernasconi, M. (9-10 Décembre 2006). Les mutilations génitales féminines sont un fléau aussi en Suisse. Genève :Tribune de Genève, p.13.

Sidibé, K. (mars 2002). Des femmes contre l'excision. Planète femmes. Mali,p.20.

Conférence

Bugnon, F. (2007, 09 octobre). Les mutilations génitales féminines : quelle prise en charge à Genève ? (Colloque). Genève : Hôpital Cantonal Universitaire de Genève.

Varadi, G. (2006, novembre). Assistance pour la chirurgie réparatrice des femmes ayant subi excisées. Genève : clinique Vert-pré.

Documents publiés

Comité Inter-Africain. (2003). Mutilations Génitales Féminines : Tolérance zéro. (2^{ème} Editions). Genève (Suisses).

Diallo, A. (novembre 1997). Projet de Recherche Operationnelle et d'assistance Technique en Afrique. Mutilations Génitales Féminines au Mali : Revue de la littérature et des actions menées.

Drs Koné & Touré. (décembre 2000). Appui à la lutte contre les pratiques préjudiciables à la santé de la femme et de l'enfant. L'excision au Mali : Etat des lieux. Centre Djoliba. Bamako

UNICEF Suisse. (2007). Parrainages de projets. Suisse

UNICEF. (2001). Les mutilations génitales féminines en Suisse. Enquête auprès des sages-femmes, gynécologues, pédiatres et services sociaux.

Société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique. (2005). Guideline : mutilations génitales féminines, recommandations suisses à l'intention des professionnels de la santé.

Documents non publiés

Seferdjeli, L. (2006). : *Introduction à la méthodologie de recherche*. (Polycopié).Genève :Haute Ecole de Santé.

James, A. (2004). *Approches interculturelles des situations de soins. La culture - La migration - La notion de race*. (Polycopié). Genève : Haute Ecole de Santé.

Documents audio visuels :

Drevillon, E. (Réal). (1999). *Contre les mutilations des femmes*. [Vidéo cassette].

FR 3.

Zirn, J-P. (Réal). (1991). *L'excision et les droits de l'Homme : Afrique accusée ?* [Vidéocassette]. FR 3.

Dagmar, B ; Anke, M-B. (Réal). (2000). *Mutilations rituelles : des africaines contre l'excision.* [Vidéocassette]. ARTE.

Petit-Jouvet, L. (Réal). (1997). *Femmes assises sous le couteau.* [Vidéocassette]. FR 3.

Ali- Aden, F; Osman, S. (Réal). (2007). *Femmes mutilées plus jamais.* [DVD]. Suisse Télévision Distribution.

Documents électroniques

Action femmes Mali. (2005, 20 avril). *Pour une loi interdisant les mutilations génitales féminines (MGF).* [Page Web].

Accès : http://www.equalitynow.org/french/actions/action_2501_fr.html

Amnesty international. (2005, 12 décembre). *Mutilations génitales féminines: Le lobbying des sections africaines.* [Page Web].

Accès : <http://www.amnesty.ch/f/if/ifamf/m0402f/mgf.html>

Amnesty international. (2005, 27 novembre). *Droits des femmes : Un déni d'humanité.* [Page Web].

Accès : <http://www.amnesty.ch/f/if/ifamf/m0302f/ddf.html>

Bulletin des médecins suisses (BMS). (2006, 23 février). *Mutilations génitales féminines.* [Page Web].

Accès : <http://www.saez.ch/pdf/2005/2005-16/2005-16-328.PDF>

Ciral Université Laval. Trésor de la langue française au Québec. (2007, 19 septembre). République du Mali. [Page Web].

Accès : <http://www.tlfg.ulaval.ca/AXL/AFRIQUE/mali.htm>

Codersia. Vers une anthropologie des mécanismes sociologiques de reconstruction des lieux de légitimation de la domination et de l'inégalité des sexes en Afrique de l'ouest. (2006, 02 mai). Les sociétés Bambara, Songhay et Touareg. [Page Web].

Accès : <http://www.codesria.org/Links/conferences/gender/NAFFET.pdf>

Eberhard, C. (2006, 27 avril). *Le Droit et l'excision- Evaluation critique de la fonction de justice et de la production du droit en France*. [Page Web].

Accès : <http://www.dhdi.free.fr/recherches/etatdroitjustice/articles/eberexci.pdf>

Femmes plus. (2007, 12 mai). Le dico de l'amour et des pratiques sexuelles. [Page Web].

Accès : <http://www.femmesplus.fr/dico-amour/definition-Tabou-622.html>

GAMS. (2005, 28 septembre). Mutilations génitales féminines et la santé des femmes et des enfants. [Page].

Accès : <http://perso.wanadoo.fr/..associationgams/pages/mgf.html>

Genre action. Portail d'Information et de Ressources sur Genre et Développement. (2007, 28 septembre). Les risques de l'excision. [Page Web]

Accès : <http://www.genreenaction.net/spip.php?article4163>

Historique et géographie de l'excision. (2006, 03 avril). La clitoridectomie n'est pas un phénomène purement africain. [Page Web].

Accès : <http://www.arts.uwa.edu.au/AFLIT/MGF2.html>

Humanité. (2006, 21 janvier). Mutilations sexuelles. Éradiquer l'excision au Mali : l'affaire de toute une communauté. [Page Web].

Accès : <http://www.humanite.presse.fr/journal/1999-09-18/1999-09-18-296158>

Measure DHS. Demographic and health surveys. (2006, 22 mars). Enquête démographique et de santé au Mali. [Page Web].

Accès : <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR74/00%20Front%20Matter.pdf>

Ministère de la santé : Cellule de Planification et statistique. (2006, 13 mars). Enquête démographique et de santé au Mali. [Page Web].

Accès : <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR134/00FrontMatter%2Epdf>

Morija. Association humanitaire. (2007, 4 septembre). Journée de la Femme – Morija lutte contre l'excision. [Page Web].

Accès : http://www.morija.org/f/presse/femme_2007/journee_de_la_femme.pdf

Source : Prolongeau, H. (2006, 12 décembre). Madin'Art : sociologie culturelle. Comment l'excision recule au Burkina-Faso. [Page Web].

Accès : http://www.madinin-art.net/socio_cul/excision_burkina-fasso.htm

Réseau Québécois d'action pour la santé des femmes. (2006, 15 janvier). Mutilations génitales féminines. [Page Web].

Accès : http://www.rqasf.qc.ca/SP30/sp30_05.htm

Réseau Québécois d'action pour la santé des femmes. (2006, 14 avril). *Les mutilations sexuelles:le complot du silence*. [Page Web].

Accès : http://www.rqasf.qc.ca/SP07/sp07_02.html

Santé et recherche génésiques. (2006, 23 mars). *La maternité sans risque est un droit de la personne humaine*. [Page Web]

Accès : http://www.who.int/reproductive-health/publications/mortalite_maternelle/mortalite_maternelle_chap1.fr.html

Purves et al. Life : The science of biology, 4^e Edition. Reproduit avec la permission de Sinauer Associates. (2007, 12 septembre). Tiré de : la société des Obstétriciens et gynécologues du Canada. Sexualityandu. La puberté vers l'adolescence. Le corps : manuel du *propriétaire*. Les organes génitaux féminins. [Page Web].

Accès : www.sexualityandu.ca/parents/puberte-6-1.aspx

TV Tabou : le blog. TV Tabou spécial prostitution. (2007, 4 septembre). L'émission. [Page Web].

Accès : <http://www.tvtabou.blog.lemonde.fr>

UNICEF. (2005, 24 décembre). *Mutilations génitales féminines/excision*. [Page Web].

Accès : http://www.unicef.org/french/protection/files/Mutilations_Genitales.pdf

UNICEF SCHWEIZ. (2006, 02 mai). *Les mutilations génitales féminines en Suisse*.

[Page Web]

Accès : http://www.unicefsuisse.ch/update/pdf/maedchenbeschneidung/UNI_Rechtsgutachten_WGV_fr.pdf

UNICEF. (2007, 15 mars). Protection de l'enfant contre la violence et les mauvais traitements. Mutilation génitale féminine/excision. [Page Web].

Accès : http://www.unicef.org/french/protection/index_genitalmutilation.html

Université de Montréal. (2006, 27 avril). *Identité sexuelle, excision et infibulation*.

[Page Web].

Accès : http://www.forum.umontreal.ca/numeros/2000_2001/forum_00_10_02/article12.html

Université de Montréal. (2006, 24 avril). *L'excision chez les immigrantes québécoises*. [Page Web].

Accès : <http://www.forum.umontreal.ca/numeros/1996-1997/Forum97-01-13/article02.html>

USAID. Centres locaux d'information et communication (CLIC Mali). (2007, 30 septembre). L'excision. [Page Web].

Accès : www.clicmali.org/sante/excision/page1.htm

Welcome akwaba Bienvenue Karibu dans l'univers des belles lettres africaines.

L'Afrique écrite aux féminins. (2007, 03 février). Mutilations génitales féminines.

[Page Web]

Accès : <http://www.arts.uwa.edu.au/AFLIT/MGF3.html>

Wikipedia Encyclopédie Libre. (206, 13 mars). Image: Mali carte png. *In Wikipedia: Accueil des nouveaux arrivants* [Page Web].

Accès : http://fr.wikipedia.org/wiki/Image:Mali_carte.png