



République de Guinée
Travail-Justice-Solidarité



ANALYSE SOCIO-ANTHROPOLOGIQUE DES DETERMINANTS DE LA PERPETUATION DES MGF/E EN GUINEE

Pr. Alpha Amadou Bano Barry (Sociologue)
barybano@hotmail.com
(224) 622 08 80 80

Conakry Août 2015

RESUME EXECUTIF

Depuis plus d'une vingtaine d'années, des efforts ont été entrepris en Guinée pour réduire la prévalence de l'excision en Guinée. En dépit des efforts l'excision n'a pas reculé en Guinée et serait même, selon les données disponibles, en progression. Comment expliquer une telle situation ? Quelles sont les déterminants de l'excision en Guinée ? Ces déterminants sont-ils affectés par la religion, l'appartenance ethnique, le lieu d'habitation, le niveau d'instruction et/ou le revenu ? Quels sont les acteurs qui structurent et restructurent la pratique de l'excision ? Quelles sont les stratégies, les actions et les acteurs qu'il faut mettre en œuvre pour inverser la tendance ?

Ces questions sont au centre de la présente recherche qui a utilisé un instrument quantitatif (le questionnaire) et deux instruments qualitatifs (un guide d'entretien) et une recherche documentaire. Avec le questionnaire, 2 200 personnes ont été interviewées dans 9 préfectures (Forécariah, Boké, Gaoual, Kindia, Labé, Kouroussa, Kankan, Guéckédou et N'zérékoré), 2 communes de Conakry (Ratoma et Matoto) à l'intérieur de 18 sous-préfectures et/ou communes urbaines et de 103 quartiers et/ou villages. Une soixantaine d'entretiens individuels ont été réalisés et trois entretiens de groupe.

Les résultats obtenus suggèrent que l'excision est un processus avec des étapes, des enjeux statutaires et familiaux, des échanges, des arrière-pensées et des acteurs. Ces acteurs ont des places différentes et n'ont pas le même poids. Parmi ces acteurs, un rôle prépondérant est joué par la mère dans la décision de l'excision, le choix du type d'excision et le financement de l'opération.

La mère est suivie, de loin dans sa capacité de prise de décision, par les tantes paternelles, la grand-mère, l'exciseuse et enfin le père. Les tantes maternelles suivent et précèdent les homonymes de la fille à exciser qui, elles sont surtout importantes, en région forestière (kpèlès, kissis et tomas). Chez les sous-sous, la grand-mère met aussi la main à la poche lorsqu'il s'agit de financer l'excision.

Le pouvoir des mères dans la décision à exciser leurs filles ne leur donne pas /totalement le poids de s'opposer à l'excision de celles-ci en raison des peurs qu'elles ont des critiques au sein de la famille, en particulier des sœurs de leur époux, et pour le mariage ultérieur de leurs filles. Le poids réel des mères dans la décision d'excision semble être en corrélation avec leur appartenance ethnique.

Le père joue un rôle second dans la décision d'exciser ou non ses filles, mais il lui est reconnu la capacité réelle de s'opposer à cette pratique sur ses filles. Ce pouvoir qui est réel, il ne l'exerce pas par peur des critiques au sein de la famille même si elles viennent de ses sœurs (les fameuses tantes paternelles) et/ou de sa mère. La crainte réelle que peuvent éprouver les pères est celle de la perte de statut au sein de la communauté masculine, et c'est souvent l'épouse qui craint pour son époux de ne pas être associé aux décisions collectives en raison du fait qu'il s'est soustrait de la règle collective commune.

On peut continuer à dire qu'en Guinée « *on coupe encore de la chair* » lorsqu'on fait de l'excision, même si le fait de « *piquer* » progresse lentement et celui de « *fermer le vagin* » régresse significativement. La tendance qui se dessine lentement dans le type d'excision est le glissement de l'ablation partielle du clitoris vers celui du pincement et des blessures symboliques. Ce glissement est la conséquence de la double combinaison de la requête des mères auprès des agents de santé et des préférences de ces derniers pour le pincement et les blessures symboliques.

Le type d'excision majoritaire change. Le lieu de l'excision aussi suit ce mouvement. Il s'est notamment déplacé de la brousse vers le domicile parental après avoir transité, un temps, par les structures sanitaires qui restent le second endroit d'excision en Guinée. Ces structures sanitaires sont d'abord et avant tout les centres de santé, bien loin, avant les cliniques, les postes de santé et les cliniques. La brousse n'a pas totalement disparue comme lieu d'excision et elle précède de loin la rivière et la forêt. Ce déplacement sort l'excision de la sphère publique (au regard des autres) pour celle au sein du foyer conjugal.

L'excision semble se pratiquer très majoritairement entre 5 et 9 ans à la période de **haute intensité d'excision** (les vacances scolaires). Le reste de l'année étant la période de **basse intensité d'excision** (autour de mars, avril et mai) préparation des champs pour l'activité agricole ; (entre novembre et janvier) période de récolte des céréales comme le riz) et lors des congés scolaires de pâques. A ces périodes, qui d'indisponibilités des uns (les parents) et des autres (les filles), s'ajoutent la période des fêtes religieuses (Tabaski, Ramadan, pâques).

L'excision à un âge avancé, après 15 ans et bien plus, existe encore dans certaines communautés, mais reste marginale en Guinée et se justifie par des besoins initiatiques (forêt sacrée). Elle se termine souvent par un tatouage au bras qui constitue une double marque : celle initiatique et de l'excision.

Le dépôt des couteaux est rare et celles qui l'ont fait se sont fait remplacer par le personnel de santé qui, tout en continuant à exciser, réalisent aussi des actions de prévention contre l'excision lors des services de pré, post-natal et de vaccination.

Parmi les autres acteurs qui jouent un rôle significatif, on doit noter les religieux. La position des religieux, en particulier ceux de la religion musulmane, est ambivalente. Les fidèles ont de la difficulté à déchiffrer la position nette des imams qui tantôt « découragent », tantôt « encouragent », s'ils ne se taisent ou s'ils ne se transforment pas simplement en « spécialistes de l'excision » en indiquant la longueur de l'ablation à pratiquer.

Cette ambivalence cache des spécificités qui vont de la position d'ouverture envers la promotion de l'abandon de l'excision des membres de la confrérie Tidjania à celle opposée des Quadria (très minoritaires en Guinée) et surtout des Wahhabites (en expansion).

Il y a des familles qui n'excisent pas et ne tentent pas de le cacher, mais ne se mobilisent que très rarement. Elles n'ont donc pas d'influence sur les familles qui pratiquent l'excision.

La première raison de l'excision en 2015, et de loin la plus importante, est le « respect de la coutume ». D'autres disent « faire comme les autres », mais en réalité il s'agit de la même chose : se conformer aux normes collectives dominantes.

La seconde raison de l'excision est « l'aide à l'abstinence ». En fait, il s'agit de brider la sexualité de la femme pour qu'elle aille vierge au mariage afin d'honorer la famille, en particulier la mère qui aura ainsi montré sa capacité éducative et de contrôle sur la sexualité de sa fille. Cette raison cache une inquiétude celle en rapport avec la croyance selon laquelle une fille qui se prostitue est celle qui a un besoin intense de rapports sexuels. Elle cache aussi une raison, qui ne dit pas son nom, mais pour laquelle les adultes sont conscients : favoriser le fonctionnement de la polygamie par la réduction du désir sexuel des femmes afin de permettre aux hommes d'en avoir plusieurs.

L'argumentaire de l'exigence de la religion est aussi un paramètre mis en avant pour exciser. Dans ce cas, l'excision apparaît comme une recommandation pour assurer la purification de la femme pour sa prière et préparer à manger à son époux. Cependant, les données montrent que l'argument de la religion est une « enveloppe » pour légitimer une pratique.

L'argument de l'initiation à la socialisation est facilement avancé, mais rarement défendue très ardemment d'autant plus que l'excision actuelle se fait sur des filles dans la maison de leurs parents et souvent à des âges très bas. Les rares cas où l'initiation a du sens c'est dans les communautés forestières, lorsqu'elles vivent encore dans cette région de la Guinée.

Pour inverser la tendance en réduisant la prévalence de l'excision, il faut aider à créer une dynamique nouvelle en aidant à la structuration des familles qui n'excisent pas pour les rendre plus visibles, en les aidant à briser leur singularité et à introduire cette nouvelle réalité sociologique.

Il est possible de peser sur les familles qui excisent en développant pour chacun des acteurs majeurs (mère des filles, tantes paternelles, grand-mère, père, homonyme, imams) des argumentaires culturels spécifiques et des messages adaptés. La production de ces éléments de contre argumentaire culturel devrait être toujours précédée par des analyses socio-anthropologiques régulièrement actualisées.

Enfin, la promotion de l'abandon de l'excision doit s'organiser comme une « armée » composée de plusieurs corps spécialisés et agissant de concert avec un Etat-major orchestrant l'ensemble

des troupes sur le terrain. Cet Etat-major ne peut être que le Ministère de l'Action Sociale avec comme instrument opérationnel sa direction du genre. Mais pour que cet Etat-major joue son rôle, il doit être outillé, formé et motivé. Son renforcement et son placement au centre du dispositif doit s'inscrire comme une priorité absolue du programme en cours d'élaboration.

Tous les autres acteurs, notamment les ONG, les associations, les leaders religieux, les écoles doivent agir sur un segment bien précis de la population. Cette répartition des tâches doit permettre à chaque intervenant de produire, de mettre en œuvre et d'exécuter une stratégie spécifique vers un public cible particulier qui concourt à l'atteinte de l'objectif global.

Cette stratégie doit s'inscrire dans la durée (un effort soutenu sur une longue, très longue période) avec un financement suffisant et disponible de façon continue. L'exemple jouant un rôle pédagogique, il serait bénéfique que les plus hautes autorités du pays (Exécutif et Législatif) donnent au peuple la preuve que le discours de la promotion de l'abandon de l'excision est une réalité personnelle et familiale, celle de leur famille d'abord.

TABLE DES MATIERES

RESUME EXECUTIF	2
TABLE DES MATIERES	5
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	6
CONTEXTE ET JUSTIFICATION	7
OBJECTIFS	10
METHODOLOGIE DE RECHERCHE	10
Recherche documentaire	11
L'enquête par Questionnaire	11
Echantillon	13
Entretien	14
Collecte des données	15
Saisie et apurement des données	16
Analyse des données	16
REVUE DE LA LITTERATURE : LES THEORIES QUI ENGLOBENT LES FACTEURS DETERMINANTS L'EXCISION	17
Les fonctions sociales des MGF : un point de vue fonctionnaliste	17
La dimension culturelle des MGF : l'habitus	19
Les MGF, instrument de domination : Le genre	21
PRESENTATION DES RESULTATS	23
Profil sociodémographiques des sondés	23
LES ACTEURS ET LES ACTIONS DE LUTTE CONTRE LES MGF	24
Les acteurs et les activités de lutte contre les MGF	24
La communication dans la lutte contre les MGF	26
Ebola et la pratique des MGF	26
TYPOLOGIE DE L'EXCISION EN GUINEE	27
Type pratiqué par les exciseuses et type demandé par les familles	27
Une mère exciseuse	28
Lieu de l'excision	28
L'âge de l'excision	29
Période de l'excision	30
L'excision à un âge avancé	31
Les familles qui n'excisent pas	32
Les conséquences sanitaires des MGF	32
DETERMINANTS DE LA PRATIQUE DES MGF EN GUINEE	34
LES RAISON AVANCEES POUR PERPETUER L'EXCISION	34
Le respect de la coutume	34
L'aide à l'abstinence sexuelle	35
Une recommandation de la religion musulmane	36
L'initiation	38
LES ACTEURS ET LE PROCESSUS DANS LA PERPETUATION DE L'EXCISION	39
Derrière l'excision : un mécanisme communautaire et familial ?	39
Des acteurs (agents de santé) remplacent d'autres (exciseuses traditionnelles)	45
Les enseignants qui impactent peu	46
COMMENT INVERSER LA TENDANCE ?	49

Les dynamiques en cours	49
Les acteurs clés	49
Les stratégies novatrices	52
CONCLUSION	55
BIBLIOGRAPHIE	59
ANNEXE	62

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AGUIAS	Association Guinéenne des Assistantes Sociales
CEDEAO	Communauté Economique Des Etats de l'Afrique Occidentale
CMRN	Comité Militaire de Redressement National
CPTAFE	Cellule de Coordination sur les Pratiques Traditionnelles Affectant la Santé des Femmes et des Enfants
CHU	Centres hospitalo-universitaires
CR	Communauté Rurale
EDS	Enquête Démocratique et de Santé
MGF	Mutilation Génitale féminine
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
UNFPA	Fonds des Nations-Unies pour la population
UNICEF	Fonds des Nations-Unies pour l'Enfance
USAID	Agence des Etats-Unis pour le Développement International
PNUD	Programme des Nations-Unies pour le Développement

A. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

L'excision est une pratique très ancienne en Afrique au Sud du Sahara, probablement antérieure à la pénétration des religions monothéistes, même s'il n'a pas été possible de la dater avec précision. Pour certains chercheurs (ARMELLE et LESCLINGAND, 2007), l'excision serait une pratique dont les origines se situeraient dans l'Égypte pharaonique 6 000 ans avant J.C. Ces chercheurs distinguent plusieurs formes dans cette pratique :

- 1) Type 1 : excision du capuchon, avec ou sans excision partielle ou totale du clitoris ;
- 2) Type 2 : excision du clitoris, avec excision partielle ou totale des petites lèvres ;
- 3) Type 3 : excision partielle ou totale des organes génitaux externes et suture/rétrécissement de l'orifice vaginal (infibulation) ;
- 4) Type 4 : autre façon de procéder (piqûre, perforation ou incision).

Le terme d'excision est le premier terme utilisé pour désigner toutes ces formes par l'OMS qui dit :

« Les mutilations sexuelles féminines recouvrent toutes les interventions incluant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou la lésion des organes génitaux féminins pratiquée pour des raisons culturelles ou religieuses ou pour toute autre raison non thérapeutique » (ALTHAUS, 1997; TOUBIA et IZETT, 1998 ; OMS, 2000 ; BRIGG, 2002).

D'autres la définissent comme des modifications de l'appareil génital féminin non médicalement justifiées (JAMA, 1995 cité par EKE et NKANGINIEME, 1999 : 1082). L'emploi généralisé des termes « Mutilation génitale féminine » (MGF) et « *Female genital mutilation* » par l'OMS et les organismes luttant contre la pratique de l'excision, qui à leur sens montre la gravité et l'irréversibilité de cette pratique.

En utilisant les MGF, certains chercheurs africains et autres acteurs de la promotion de l'abandon de l'excision l'ont jugé stigmatisantes, nuisibles et irrespectueuses des pratiques communautaires (YODER, ABDERRAHIM et ZHUZHUNI, 2005). Comme solution, les anglophones remplacent le terme « *female genital mutilation* » par « *female genital cutting* » (YODER, ABDERRAHIM et ZHUZHUNI, 2005). L'équivalent n'existant pas encore en français, le terme excision est souvent utilisé, et ce, quand bien même il représente un type d'excision spécifique (YODER, ABDERRAHIM et ZHUZHUNI, 2005). Parfois aussi l'expression mutilation génitale féminine utilisée par l'UNICEF est remplacée par blessure génitale féminine (HERZBERGER-FOFANA, 2000).

Dans le monde, 100 à 140 millions de femmes ont subi une mutilation sexuelle. Ces femmes vivent principalement en Afrique sub-saharienne, 5 % vivent dans les pays européens d'immigration africaine ainsi qu'en Amérique du Nord. Dans les pays d'origine, la situation varie, certains pays pratiquant massivement l'excision, comme la Guinée, où 96 % des femmes sont excisées, et d'autres, presque pas, comme le Niger, où seulement 2 % des femmes le sont (ARMELLE et LESCLINGAND, 2007). Ce que l'on sait avec certitude, et c'est l'UNICEF qui le publie, c'est que plus de 125 millions de jeunes filles et de femmes d'Afrique et du Moyen-Orient vivent en ayant subi une excision.

Elle touche 100 à 140 millions de filles et de femmes dans le monde actuel avec des conséquences sanitaires importantes qui sont classées en trois catégories par l'OMS (2006) :

- 1) les conséquences médicales à court terme, telles que la douleur, les hémorragies, le risque de rétention urinaire, les infections et l'état de choc consécutif à l'événement ;
- 2) les conséquences médicales à long terme, comme les infections pelviennes, la stérilité, les difficultés menstruelles et les problèmes pendant la grossesse et l'accouchement (déchirures périnéales plus fréquentes et souffrances fœtales), les fistules vésicovaginales ou recto-vaginales entraînant des problèmes d'incontinence ;
- 3) les conséquences psychologiques, mentales et sociales comme l'altération de la

sensibilité sexuelle ou les complications psychiatriques (angoisses, dépression).

Par le fait de l'immigration de certaines communautés concernées, près de 5% des victimes vivent dans les pays du nord. Certains pays d'Asie sont également concernés. Mais l'essentiel de la prévalence de l'excision se trouve en Afrique sub-saharienne avec 28 pays concernés. Les proportions y varient entre 1,4% (Cameroun) et 96% (Guinée) avec des disparités visibles au sein de chaque pays suivant un certain nombre de paramètres sociodémographiques (ARMELLE et LESCLINGAND, 2007).

Au niveau de l'Afrique, l'UNICEF indique que trente millions de fillettes ou d'adolescentes risquent encore d'en être victimes dans les dix prochaines années. En tête des pays où ces mutilations demeuraient la règle quasi absolue figurent l'Égypte avec 91%, Djibouti avec 93%, la Somalie avec 98% et la Guinée avec 97%. Dans le cas de la Guinée, l'EDS III (2012) indique que les MGF touchent 34% de la petite enfance, 32% des enfants de 5 à 9 ans, 27% des enfants de 10 à 14 ans et 3% des jeunes filles/femmes de 15 ans et plus.

Pourtant, tous ces pays sont membres de l'Union Africaine qui a adopté une Charte Africaine des Droits de l'Homme qui stipule dans son article 18 que : « *L'Etat à le devoir de veiller à l'élimination de toute discrimination contre la femme et d'assurer la protection des droits de la femme et de l'enfant tels que stipulés dans les déclarations et conventions internationales* ». De plus, la plupart des pays d'Afrique subsaharienne ont adopté une politique en faveur de l'abolition des mutilations génitales féminines (MGF) à la suite des diverses conférences internationales telles que la conférence des chefs religieux (Le Caire, 1979) ; le Séminaire sur les pratiques affectant la santé de la mère et de l'enfant (Khartoum, 1979), le Forum de Nairobi sur Islam et MGF (juin 1985); la conférence mondiale sur les droits de l'homme (Vienne, 14-25 Juin 1993) ; la conférence internationale sur population et développement (Le Caire, 1994).

Dans le cas spécifique de la République de Guinée, depuis une trentaine d'années, des orientations, des plans d'actions et des opérations ont été menées sur le terrain pour endiguer la pratique de l'excision. Dès les premières années de l'indépendance (1965), une loi portant interdiction de l'excision par le gouvernement de la République. Le cap de la protection de la femme guinéenne et de son émancipation sera réaffirmé par loi de 1968 interdisant la polygamie.

En 1985, le Comité Militaire de Redressement National (CMRN), l'organe politique de gestion de la transition politique, interdisait dans une déclaration les MGF. En 2000, le gouvernement guinéen faisait adopter la loi L/010/AN/2000 du 10 juillet 2000 portant Santé de la Reproduction en République de Guinée. Cette loi prévoit également des dispositions pénales à l'encontre de tous ceux qui la transgressent.

De plus, le gouvernement dote la Guinée d'un arsenal juridique complémentaire portant sur l'exploitation de la prostitution, les Pratiques traditionnelles néfastes et la pédophilie. La Guinée a également adopté en 2008 le code de l'enfant et en 2010 les textes d'application de la loi de 2000.

Parallèlement à ces dispositions institutionnelles et juridiques, la Guinée a participé à plusieurs rencontres régionales et internationales relatives aux MGF. C'est le cas de la conférence de Dakar 1994 organisée par le Comité Interafricain (CI-AF) sur les MGF, de celle d'Éthiopie en 2003 avec comme mot d'ordre « *Tolérance Zéro aux MGF* » ; celle de l'Afrique de l'Ouest et du Centre tenue à Lomé (Togo en 2000) sur la protection des droits de l'enfant et des femmes et de l'Atelier d'Abuja (Nigeria) sur le plan stratégique relatif à la violence à l'égard de la femme dans la sous-région CEDEAO en mars 2006.

Ces engagements internationaux se sont traduits par l'élaboration et la mise en œuvre de plusieurs stratégies par le Gouvernement, ses partenaires au développement et les ONG qui se sont spécialisées dans le domaine. Par exemple, en 1997, il y a eu le lancement du plan d'action régional pour accélérer l'élimination des MGF par l'OMS. En 2003, le gouvernement guinéen, conformément aux recommandations de la Conférence Internationale tenue à Addis-Abeba (Éthiopie) en Février 2003, a élaboré un plan stratégique décennal (2003-2013) harmonisé avec le plan mondial. Alors qu'une année avant (2002), l'humanité avait inscrit la journée du 6 février de chaque année comme la journée internationale de lutte contre les MGF.

Pour assurer une plus grande visibilité de la lutte contre les MGF, le gouvernement guinéen et ses partenaires ont aidé à produire des émissions radiophoniques, télévisées et des articles de presse. Parallèlement, des formations sont assurées au bénéfice des journalistes et des communicateurs en Juin 2008. En juin de la même année, un programme conjoint UNFPA/UNICEF/Gouvernement guinéen sur les MGF d'un montant de 400 000 \$ est lancé. Ce programme était ambitieux et visait à diminuer, sur cinq ans, de 40% la prévalence des MGF dans 17 pays dont la Guinée.

En plus de ces engagements politiques, plusieurs acteurs de terrain ont obtenu des partenaires techniques et financiers des appuis financiers importants pour mettre en œuvre des mesures pour réduire la prévalence de l'excision. Parmi ces mesures, on peut distinguer sept approches (des informations sur les risques sur la santé, la reconversion des exciseuses, formation des professionnels de la santé, le développement des rites alternatifs, la mise de l'avant des solutions communautaires, les déclarations publiques des communautés et les mesures légales de nature juridique pour pénaliser la pratique).

Dans le cas de la Guinée, ces différentes approches ont toutes été expérimentées. Les unes avant les autres et les unes après les autres ; les unes et les autres de façon concomitante. Les unes par certains acteurs de terrain et les autres par d'autres.

Du point de vue historique, la littérature indique que les premières approches expérimentées en Guinée ont été des informations sur les risques sur la santé avec très souvent des boîtes à outils qui ont été des supports utilisés lors de certaines campagnes. Mais très rapidement, l'accent a été orienté vers le dépôt des couteaux et la tentative d'assurer la reconversion des exciseuses. C'est dans ce cadre que des ONG comme le Cellule de Coordination sur les Pratiques Traditionnelles Affectant la Santé des Femmes et des Enfants (CEPTAFE) ont décidé d'aider « aux dépôts des couteaux » par les exciseuses et leur reconversion dans plusieurs préfectures du pays dont Kouroussa a été la première en 1999.

Dans d'autres parties du pays, des ONG ont mis en œuvre des stratégies orientées vers les déclarations publiques des communautés. C'est cette stratégie qui a été menée par TOSTAN dans certaines régions du pays comme la Moyenne Guinée, la Haute Guinée et certaines préfectures de la Guinée Forestière.

Dans ce cadre, la Moyenne Guinée aurait été la première région concernée dès 2006 avec les communautés peules. Plus de 150 communautés issues de 17 sous-préfectures ont ensemble et publiquement décidé de mettre fin à l'excision. Deux ans plus tard (2008), 128 communautés, dans la région de la Basse Guinée, prendront le même type d'engagement. En 2009, ce sont plus de 66 communautés Guérazé et Kissi dans la région de la Guinée Forestière qui auraient mis fin à cette pratique.

Dans d'autres parties du pays (2009), 197 communautés dans 47 villages de la région de la Haute Guinée auraient déposées les couteaux d'excision. Certaines des exciseuses de la capitale auraient même été arrêtées et poursuivies devant les tribunaux.

Dans presque tout le pays, et cela depuis longtemps et même présentement, l'une des approches utilisées fût de mettre l'accent sur la fourniture d'informations sur les risques associés à l'excision sur la santé des femmes, en particulier celle de la santé de la reproduction. L'idée de base est de considérer qu'une « meilleure connaissance des effets néfastes sur la santé peut stimuler la réflexion et la pensée critique, conduisant à réduire l'approbation, et finalement, et finalement à l'ablation des MGF » (Elise et al., 2013 : 3).

Les études faites sur l'accent mis sur les effets sanitaires de l'excision sur la santé des femmes ont eu comme effet secondaire, non prévu, pour celles qui veulent continuer la pratique à se tourner vers une médicalisation de la pratique et donc à sa continuation et non à son arrêt.

Il a aussi été utilisé d'autres stratégies, souvent concomitamment avec les premières citées, comme l'aide à la reconversion des exciseuses et la formation des professionnels de la santé en les outillant à la fourniture des informations et des conseils à partager lors des consultations maternelles et infantiles.

Dans le cas de la Guinée, à ces stratégies, il a été ajouté des mesures légales par l'adoption des lois, des arrêtés interdisant la pratique et sanctionnant les exciseuses et les professionnels de la santé qui contreviennent à ces interdictions.

Pourtant, malgré ces multiples campagnes médiatiques, la formation des agents de santé et ces cérémonies publiques de dépôt des couteaux d'excision, l'excision persiste et dans les pays à forte prévalence de l'excision et en Guinée.

Les données actuelles indiquaient très clairement que l'excision connaît une recrudescence brusque en Guinée et remet en question les déclarations des officiels et interroge sur l'efficacité des campagnes menées depuis une trentaine d'années. *Malgré les différentes actions menées depuis une trentaine d'années par les pouvoirs publics, les ONG, la société civile et les organisations internationales l'excision n'a pas reculé en Guinée et serait même, selon les données disponibles, en progression. Comment expliquer une telle situation ? Quelles sont les déterminants de l'excision en Guinée ? Ces déterminants sont-ils affectés par la religion, l'appartenance ethnique, le lieu d'habitation, le niveau d'instruction et/ou le revenu ? Quels sont les acteurs qui structurent et restructurent la pratique de l'excision ? Quelles sont les stratégies, les actions et les acteurs qu'il faut mettre en œuvre pour inverser la tendance ?*

Pour cerner les déterminants des MGF en Guinée et y faire face avec des chances réelles de succès, le gouvernement et ses partenaires ont décidé de relancer la recherche pour comprendre les déterminants de la perpétuation de la pratique des MGF en Guinée afin de formuler des recommandations claires d'approches d'intervention et de propositions concrètes d'actions susceptibles d'influencer ces déterminants en vue de parvenir à l'abandon de la pratique.

B. OBJECTIFS

L'objectif principal est de rechercher les déterminants de la perpétuation de la pratique des MGF en Guinée afin de formuler des *recommandations claires*, des *approches d'intervention novatrices* et des *propositions concrètes d'actions* susceptibles d'influencer ces déterminants en vue de parvenir à l'abandon de la pratique ou au moins à son recul progressif. De manière spécifiques, il s'agira de :

- 1) Présenter une typologie structurée et claire des principaux déterminants des MGF en prenant en compte la pertinence, les acteurs impliqués, l'efficacité, l'efficience et les degrés d'harmonisation des interventions ;
- 2) Analyser l'impact de l'épidémie Ebola sur la pratique des MGF/E ;
- 3) Procéder à une analyse approfondie des facteurs déterminants la pratique des MGF en Guinée en tenant compte de la diversité des caractéristiques ethniques, de genre et d'âge, socio-économiques, culturelles, religieuses et géographiques des populations;
- 4) Formuler des recommandations claires d'approches d'intervention et de propositions concrètes d'action susceptibles d'influencer ces déterminants en vue de parvenir à l'abandon de la pratique.

C. MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Pour GAUTHIER (1990), la démarche scientifique d'un travail de recherche est la procédure à partir de laquelle on décrit les principes fondamentaux à mettre en œuvre afin de dévoiler un phénomène. Dans le cadre de la présente recherche, deux méthodes (quantitatif et qualitatif) et trois techniques de recherche ont été utilisées : la recherche documentaire, l'enquête par questionnaire et l'entretien.

La méthode quantitative utilise principalement le questionnaire comme instrument de collecte des données. La méthode quantitative a pour objet de faciliter la démarche scientifique, de décrire les phénomènes, de les mettre en relation, de les expliquer et de déterminer leur degré de généralité. Dans les sciences sociales, la quantification est :

« Le recours, de façon systématique, aux nombres pour décrire, mettre en relation et éventuellement expliquer certains phénomènes d'ordre social ou individuel et, quand cela est désirable, pour inférer (c'est-à-dire déduire), à partir d'informations sur un petit nombre d'individus, des conclusions qui touchent

l'ensemble d'une population » (TRUDEL et ANTONIUS, 1991:7).

La seconde méthode proposée pour cette recherche est de nature qualitative qui utilise plusieurs techniques de collecte des données comme l'observation, l'entretien et la recherche documentaire. On pourrait définir la méthodologie qualitative comme PAILLE (1980 :42) qui dit qu'elle est:

« Une démarche discursive de reformulation, d'explicitation ou de théorisation d'un témoignage, d'une expérience ou d'un phénomène. C'est un travail complexe qui consiste, à l'aide des seules ressources de la langue, à porter un matériau qualitatif dense et plus ou moins explicite à un niveau de compréhension ou de théorisation ».

La démarche qualitative est fondée sur le postulat des successeurs de Freud, à savoir que les forces qui dirigent l'être humain résultent de ses motivations et des mécanismes internes au subconscient. Ces motivations, qui sont donc à l'origine des comportements, sont la résultante d'un ensemble de facteurs conscients et inconscients relevant de l'affectif, du culturel, de l'intellectuel et du psychologique et sont en confrontation permanente les uns avec les autres.

Dans l'une ou l'autre des méthodes, l'objectif ultime est, pour le chercheur, de chercher à saisir la signification que donne un individu à son action. Et dans le cas présent, il s'agit de chercher à comprendre, les motifs, les valeurs qui poussent les familles guinéennes à procéder à l'excision de leurs filles.

1) RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Bien que souvent négligée, la recherche documentaire est pourtant la pierre angulaire de toute recherche. La recherche documentaire est une démarche systématique, qui consiste à identifier, récupérer et traiter des éléments divers (chiffres, bibliographie, textes, etc.) sur un sujet donné. Cette identification des informations est une étape indispensable à toute synthèse des connaissances (GHEERAERT et BILLOUD, 2011), à découvrir ce qui manque et à inscrire sa propre découverte dans le continuum de la connaissance humaine.

La recherche documentaire, en elle-même, est une technique qui a permis de chercher des sources différentes, de les ordonner, de les croiser et de les valider. Parmi les documents que nous avons consultés, il y a ceux qui ont encadré le processus de la promotion de l'abandon de l'excision ces trente dernières années (plan stratégique national, plan d'action, feuille de route, etc.), des outils et mécanismes de travail utilisés par les acteurs en lutte contre l'excision, les rapports des partenaires publics, les ONG et le Système des Nations-Unies.

Ces documents ont permis de comprendre et d'évaluer les déterminants qui avaient été mis de l'avant et qui expliquent les stratégies et les actions développées sur le terrain par les différents intervenants.

La recherche documentaire a aussi porté sur les études réalisées dans la sous-région et dans la région africaine pour éviter le complexe de Christophe Colomb (croire à la découverte de l'Asie à la place de l'Amérique) et de celui de Penelope (défaire ce qui a déjà été fait). Cependant, le cadre territorial (les aires culturelles de la Guinée), avec ces nuances socioculturelles, est resté en arrière-plan dans tout le processus de la recherche.

La recherche documentaire a aussi porté sur les documents théoriques et conceptuels en rapport avec le changement de comportement et l'analyse causale. C'est par ce procédé qu'il a été possible d'affiner le cadre analytique car l'objectif principal assigné à la présente recherche n'est pas seulement de trouver des explications, mais d'établir des liens de causalité entre des déterminants afin de ressortir ceux sur lesquels il faudrait agir pour obtenir un changement de comportement.

2) L'ENQUETE PAR QUESTIONNAIRE

Le questionnaire est l'outil de recherche tout désigné quand le problème de recherche conduit à vouloir compiler, sur une base comparable, des réponses à des questions posées sépareraient un grand nombre d'individus. Dans notre cas, l'enquête par questionnaire est donc essentiel, car le renseignement des indicateurs n'est pas seulement un moyen d'indiquer des ordres de grandeur, c'est aussi un instrument de comparaison et de signification de la réalité de l'excision.

Du point de vue des principes, une enquête par questionnaire consiste à susciter un ensemble de discours individuels, à les interpréter et à les généraliser. Cette interrogation porte sur des vastes unités qui sont représentées par un petit groupe (échantillon) dont les modalités de choix sont connues et codifiées. Pour l'enquête par questionnaire, ce ne sont pas les individus dans ce qu'ils ont de personnel qui intéresse, mais les possibilités de tirer de ce qu'ils disent des conclusions plus larges.

Dans la présente recherche, le questionnaire consistera à comparer l'opinion des leaders d'opinion (chercheurs, autorités modernes et traditionnelles, parents de jeunes filles) avec celles des filles non mariées et futurs mères de jeunes filles sur les déterminants de l'excision. Pour atteindre cet objectif deux dimensions seront au centre du questionnaire :

- 1) L'explication de la persistance de l'excision ;
- 2) La recherche des déterminants de l'excision et les propositions d'actions à mener pour y remédier

Le questionnaire utilisé est constitué de **huit dimensions**. *La première dimension* porte sur l'environnement communautaire en rapport avec l'excision. La prise en compte de cette dimension découle du fait que l'excision est un « fait social » au sens de Durkheim, c'est-à-dire que c'est une pratique collective, antérieure aux personnes qui la pratiquent et/ou qui la subissent, extérieure aux consciences individuelles et qui exerce une pression sociale sur les individus qui la vivent. La prise en compte de cet environnement communautaire s'inscrit dans la vérification du lien tenu entre le contrôle social et le comportement individuel/familial, car il est de notoriété publique qu'il existe « *des modèles culturels, des symboles sociaux, des significations collectives, des valeurs, des idées et des idéaux, des actes et des processus* » dans chaque société qui imposent des règles de conduite.

La seconde dimension du questionnaire prolonge la pression sociale en regardant à l'intérieur des familles, endroit par excellence de socialisation primaire et même secondaire. La famille guinéenne reste encore une source de force pour guider et soutenir ses membres. Pour les enfants, c'est le lieu où ils s'imprègnent le mieux et naturellement des valeurs de vie. Pour les parents, c'est le lieu où les hommes et les femmes s'épanouissent et développent le désir de fonder une famille et connaissent les joies de la maternité et de la paternité. Quant aux grands parents, c'est là qu'ils trouvent les nouvelles raisons de vivre en jouant à la fois le rôle de pilier, de phare, de mémoire de recours et de trait d'union de la famille élargie. Tous ont compté sur elle comme principale source de soutien affectif, social et matériel en temps de crise, de maladie, de détresse, de pauvreté, de vieillesse et de deuil¹ (BARRY et al. 2006 :40).

La troisième dimension du questionnaire porte sur la connaissance, les attitudes et les pratiques liées aux campagnes de sensibilisation menées par les différents acteurs sur le terrain. La raison d'être de cette dimension n'est pas d'évaluer les campagnes menées par les différents acteurs (ONG, associations et autres prestataires de services). Il s'agit tout simplement d'estimer le niveau de connaissance des sondés sur les dispositions légales de la lutte contre l'excision, les stratégies qu'elles ont vu mettre en œuvre dans leur localité et leur niveau de réceptivité de celle-ci. Enfin, déterminer avec les sondés quelques pistes de stratégies et d'acteurs à mobiliser pour une plus grande efficacité dans la lutte contre l'excision.

La quatrième dimension est réservée exclusivement aux filles/femmes et portent sur les questions sensibles du vécu en rapport avec l'excision. *La cinquième, sixième et septième dimensions* explorent le point de certains acteurs majeurs dans la lutte et/ou la perpétuation de

¹Barry, Alpha Amadou Bano et al. (2006) ; « l'Etude situationnelle de la famille en Guinée », Observatoire, Université de Conakry, Guinée. Publication disponible sur le site Site web: <http://classiques.uqac.ca/>.

l'excision. Il s'agit, dans l'ordre, des agents de santé et des exciseuses, des enseignants et des leaders religieux et communautaires. La huitième et dernière dimension a pour objectif de déterminer le profil sociodémographique des sondés. La spécificité de cette recherche (l'excision) et le moment de la collecte des données (période d'Ebola avec des réticences nombreuses et diverses dans plusieurs parties du pays) nous ont amené à réserver dans cette dernière dimension les questions les plus délicates, celles qui auraient pu constituer un blocage si elles étaient placées au début ou au milieu du questionnaire.

3) ECHANTILLON

L'échantillon utilisé a été de type raisonné en raison de notre volonté d'avoir, au-delà de la représentativité statistique, une représentativité sociologiquement significative de la diversité socioculturelle de la Guinée. Ce choix s'explique par le fait que cette recherche ne vise, comme les EDS 1999, 2005 et 2012, à compter, ordonner et à classer, mais à expliquer. Bien sûr que l'analyse des déterminants socio-anthropologiques s'appuient sur des données qualitatives et quantitatives, mais l'objectif ultime est de comprendre et de donner un sens à ce qui conduit les uns et les autres à pratiquer l'excision. Au total, l'échantillon sera de **2 200 personnes** repartis ainsi que suit :

Préfectures	Père	Mère	Ex/A santé	Religieux	Enseignants	Association	Filles	TOTAL
RATOMA	30	30	10	10	10	10	10	110
MATOTO	30	30	10	10	10	10	10	110
FORECARIAH	30	30	10	10	10	10	10	110
	30	30	10	10	10	10	10	110
BOKE	30	30	10	10	10	10	10	110
	30	30	10	10	10	10	10	110
KINDIA	30	30	10	10	10	10	10	110
	30	30	10	10	10	10	10	110
LABE	30	30	10	10	10	10	10	110
	30	30	10	10	10	10	10	110
GAOUAL	30	30	10	10	10	10	10	110
	30	30	10	10	10	10	10	110
KOUROUSSA	30	30	10	10	10	10	10	110
	30	30	10	10	10	10	10	110
KANKAN	30	30	10	10	10	10	10	110
	30	30	10	10	10	10	10	110
GUECKEDOU	30	30	10	10	10	10	10	110
	30	30	10	10	10	10	10	110
N'ZEREKORE	30	30	10	10	10	10	10	110
	30	30	10	10	10	10	10	110
TOTAL	600	600	200	200	200	200	200	2200

Ainsi, on peut partir de l'hypothèse que les communes de Matoto et de Ratoma sont représentatives des populations qui habitent Conakry. On peut faire le même type de raisonnement pour les préfectures de Dubréka, Boffa et Coyah et Kindia. Nous avons donc opté pour la capitale régionale de la Guinée Maritime, Kindia et de sa sous-préfecture (Madina Oula) qui se trouve être frontalière à la Sierra-Leone. Les deux préfectures qui sont à l'extrême de la Basse Guinée ont aussi été ciblées. Il s'agit de Boké en raison du caractère très composite de sa population et de Forécariah en raison des réticences observées et dans la promotion de l'abandon de l'excision et de l'épidémie d'Ebola.

En parlant de l'hypothèse que Gaoual est interchangeable avec Téliélé, nous avons opté pour la première. Dans la région de la Moyenne Guinée, nous avons pensé que Labé est représentative des préfectures de Lélouma, Pita, Dalaba et de Mamou. Dans la région de la Haute Guinée, Kouroussa et Kankan ont été ciblés et en Guinée Forestière, Guéckédou et N'Zérékoré. Le choix de certaines de ces préfectures tenait aussi au fait que certaines sont pionnières comme zone d'intervention d'organisations de lutte contre les MGF. Sans prétendre à une évaluation, cela n'était pas le mandat, l'étude devait aussi voir, plusieurs années après les

premières interventions, les enseignements que l'on peut tirer pour en améliorer l'efficacité. Il est évident qu'il y a plus de préfectures de la Basse Guinée que dans les trois autres régions. Nous avons tenu compte du poids démographique de cette région par rapport aux régions de la Guinée. Cette disposition se traduit par le tableau ci-dessous.

Tableau I : Répartition de l'échantillon en fonction des préfectures, des CR, Villages et quartiers

Préfectures	CR/CU	Villages/Quartiers/Secteurs	TOTAL
CONAKRY	Ratoma	Kaporo-centre/Wanidara/Sonfonia-gare, Yattayah/Lamandji/Ratoma-centre	110
	Matoto	Yimbaya-Ecole/Cité de l'Air/Gbéssia-port2 /Tombolia/Dabompa/Tané-marché/Gbéssia-cité1 /Simbaya 1	110
FORECARIAH	Commune urbaine	Fatako1, Koutoumaniah, Madina,	110
	Moussayah	Foulawa, Wani, Diané, Madina, Boto, Bokariah, Centre urbain de Moussayah, Fadéa Madina, Fatoyah,	110
BOKE	Kolabuy	Diassia, Kolabuy centre, Fodé Contéa, Doua Diabia, Tambony, Karéki Madina, Keretou	110
	Boké centre	Dibia, Tomboya, Baralande, Goreye, Yomboya, Madina Kebengna, Khougne Wade 2	110
KINDIA	Kindia centre	Ferefou1, Manquepas Mosquee, Caranvanerail, Kenende,	110
	Madina Oula	Madina, Sambarayah, Manquépas, Ba Simbaraya, Kagbélé,	110
LABE	Labé centre	Ley yali, Konndel, N'Djolou, Pounthioun, Paraya, Tata	110
	Sannoun	Sanoun centre, Ley yali, Kounndel, Taran,	110
GAOUAL	Gaoual centre	Sinthiourou, Houmbaya, Hafia, Bassento	110
	Kousitel	Kousitel centre	110
KOUROUSSA	Kouroussa centre	Sando, Wassabadala, Doula et kouroussa koura	110
	Cisséla	Kofourou, Dankabaly, Sarabowel, Karfalaya, Morigbèya Saba, Fassoumaya	110
KANKAN	Kankan Centre	Senkefara, Banankoroda, Sogbè, Kankan Koura,	110
	Sabadou Baranama	Baranama centre, Sorokoro, Dadjouni, Sanah, Kalankalan centre, Diamona centre, Komah	110
GUECKEDOU	Nongoa	Nongoa centre, ouladin et Tomadou	110
	Tèmessadou	Temessadou, mongo, kendou et pandou yema	110
N'ZEREKORE	N'Zérékoré Centre	Horoya I, Gbangana, Tilepoulou et Nyen Sokoura, Kwitiya poulou et OSSUD II	110
	Koulé	Koule I, Koule II et Koyah, Kpaye et Loula	110
TOTAL			2200

En plus de cet échantillon, nous avons rencontré et échangé avec des chercheurs ayant une expertise sur l'excision, des anciens hauts fonctionnaires qui ont travaillé en Guinée et à l'étranger sur des programmes de lutte contre l'excision, des leaders d'opinions, les ONG nationales (CPTAF, AGUIDES, etc.) et internationales (Plan Guinée, Tostan, etc.) qui ont reçu du financement dans le cadre des différentes campagnes de lutte contre l'excision, les partenaires techniques et financiers (UNICEF, UNFP, USAID, PNUD) et les ministères sectoriels comme celui de l'action sociale, de la santé et du plan.

Les stratégies mises en œuvre par les différents acteurs, les actions développées par les uns et les autres ont été observées par l'équipe de recherche. Auprès des média, nous avons cherché à prendre en charge et à analyser les messages utilisés.

4) ENTRETIEN

Le troisième instrument de recherche utilisé de collecte des données a été l'entretien. L'entretien, comme technique de collecte des données, relève du déclaratif (ce que l'autre dit). Méthodologiquement, c'est donc une causerie, une discussion avec une personne (entretien individuel) ou plusieurs personnes (entretien de groupe « focus group ») (BLANCHET et GOTMAN, 1992).

Selon ALAIN et ANNE (1996), l'entretien fait construire un discours. Il ne préjuge ni d'une hiérarchie ni du caractère discontinu des domaines d'action ni d'un jugement de valeur à partir de nos propres critères qui sont donc posés a priori.

Le choix de l'entretien comme complément de la recherche documentaire s'impose lorsque, comme le disait MAX Weber, l'on cherche à « *comprendre les motifs (valeurs) qui poussent un individu à adopter un type de comportement* ». C'est le cas lorsqu'il s'agit d'appréhender les déterminants de l'excision, ses significations et les moyens d'inverser la tendance dans le contexte culturel des communautés guinéennes.

Au cours de l'entretien, deux acteurs, par le truchement d'un guide d'entretien, sont en contact : l'enquêteur (l'organisateur, l'animateur) et d'autre part l'enquêté (le répondant, le fournisseur d'idées). Parmi l'ensemble des paramètres qui interviennent dans l'élaboration et le déroulement de la situation d'entretien, trois niveaux hiérarchiques de contextes peuvent être déterminés :

- ❖ L'environnement social et matériel ;
- ❖ Le cadre conceptuel de la communication et ;
- ❖ Les interventions de l'interviewer.

Le rôle de ces trois paramètres tient au fait que l'entretien est toujours un rapport social, une situation d'interlocution et un protocole de recherche. C'est la prise en compte de cette triple dimension qui dicte les principes de fonctionnement de l'entretien. Les paramètres de l'environnement sont : la programmation temporelle (unité de temps), la scène (unité de lieu) et la distribution des acteurs (unité d'action) (DAUNAIS, 1990).

Pour mettre en œuvre l'entretien, les intervieweurs, au nombre de trois assistants de recherche avec le chercheur principal, ont utilisé un guide d'entretien comme instrument de communication. TESSIER (1993) indique que le guide d'entretien se présente sous la forme d'un document écrit permettant d'évoquer des points clés avec l'interviewé et comportant soit des questions précises, soit les thèmes à aborder, avec des sous-thèmes et des référents bien déterminés. Dans notre cas, il s'est agi de trois thèmes à aborder que sont :

- 1) La situation de l'excision au sein de la localité de l'interviewer ;
- 2) Les déterminants de l'excision dans la localité de l'interviewer ?
- 3) Les acteurs, les mécanismes et les dimensions sur lesquelles il faut agir pour arrêter l'excision ?

Ce guide d'entretien a été utilisé comme un aide-mémoire et les questions qui y figurent n'ont pas nécessairement été abordés dans l'ordre prévu. Ils l'ont été en fonction des propos de nos interlocuteurs. De toute façon, ce qui était important sur le terrain était d'exploiter les sous-thèmes prévus dans le guide.

Au total, **soixante informateurs clés** ont été interviewés. **Cinq leaders religieux, cinq chercheurs** qui ont conduit des études et encadré des mémoires sur l'excision ont aussi été rencontrés. **Cinq responsables d'ONG** qui interviennent dans le domaine de la promotion de l'abandon de l'excision et **cinq cadres du ministère de l'action sociale** (à Conakry et dans les structures déconcentrées de l'intérieur du pays).

En plus de ces informateurs clés, nous avons réalisé **trois entretiens de groupe** avec des femmes qui ont des jeunes filles de sept personnes au maximum, des filles non mariées, des chefs de famille ayant des filles de moins de cinq ans et des garçons (élèves et étudiants) célibataires. Chaque groupe était constitué par une dizaine de personnes (entre sept et dix personnes dans chaque groupe).

5) COLLECTE DES DONNEES

Les agents formés et retenus à l'issue du processus de sélection ont été déployés sur le terrain pour effectuer la collecte des données auprès de la population cible de l'enquête. Deux types d'agents ont été utilisés :

- Des agents enquêteurs ont été en charge d'administrer directement les questionnaires aux enquêtés ;
- Des superviseurs dont le travail a consisté à s'assurer du respect par les agents de collecte, des consignes données lors de la formation, consignes permettant de garantir une bonne qualité des données collectées. C'est à eux aussi qu'il est revenu de réaliser les entretiens individuels au niveau de chaque préfecture.

Sur le terrain, la collecte des données a été confrontée à quelques difficultés surtout avec dans les préfectures de N'Zérékoré, de Forécariah et dans la commune de Matoto. Dans ces trois zones, certains enquêteurs ont rencontré des refus de certains sondés et parfois même des agressions verbales envers eux.

Dans notre volonté de promouvoir l'abandon de la pratique de l'excision, des tee-shirts de campagne contre les MGF avaient été donnés aux enquêteurs afin de les distribuer aux jeunes filles à enquêtées. Par deux fois, à N'Zérékoré, deux familles ont rendu les tee-shirts offerts à leur fille arguant du fait que ce don est un acte de corruption pour faire parler leur fille d'un sujet qui relève des seules initiées. Certains des enquêteurs ont été empêchés d'enquête dans la sous-préfecture de Koulé par le président de la CR.

Des réactions hostiles ont aussi été surmontées dans la préfecture de Forécariah, en particulier dans la sous-préfecture de Moussaya. Dans la commune de Matoto, des enquêtés ont exprimé de vives réprobations pour des personnes comme les enquêteurs qui seront perçus comme des « instruments de l'Occident » pour s'opposer aux valeurs des communautés guinéennes.

6) SAISIE ET APUREMENT DES DONNEES

Les questionnaires administrés sur le terrain ont été saisis sur Excel à partir d'un masque de saisie conçu à cet effet. L'utilisation d'un tel logiciel permet de faciliter la saisie et surtout de limiter les erreurs de saisie.

Après la saisie, les données ont été apurées. Cette opération consiste à corriger les éventuelles erreurs de saisie et à s'assurer de la cohérence des données saisies. C'est au terme de cette opération, qu'il a été possible d'avoir la base de données qui a servi à l'analyse des données.

7) ANALYSE DES DONNEES

Les données collectées ont été soumises, selon les principes de TESSIER (1993), à trois étapes : la description ; la structuration et l'interprétation. Chaque entretien a aussi été traité, mis à plat, puis interprété avant d'être mis en relation et comparé avec les données quantitatives par souci de clarté et d'exhaustivité.

Après cette première phase, l'analyse des données qualitatives a été soumise au fractionnement thématique et ordonné par profil d'informateurs. Ce fractionnement thématique a permis d'obtenir un ensemble de synthèses de propos. Les corpus de propos ainsi obtenus par items et par profil d'informateurs ont été mis en rapport les uns avec les autres pour dégager des concordances et discordances de vues, ainsi que les argumentaires sur chaque aspect.

L'analyse des données quantitatives a été faite sur MODALISA, un logiciel d'analyse quantitative, pour produire tous les indicateurs et tous les tableaux nécessaires à l'analyse des différentes thématiques de l'enquête par questionnaire.

Les données qualitatives et quantitatives ont été soumises à la triangulation comme procédure méthodologique. D'un point de vue méthodologique, la triangulation est le fait de collecter et de confronter plusieurs méthodes (recherche documentaire, entretien et questionnaire). Du point de vue de l'instrument d'analyse, la triangulation correspond au fait d'utiliser plusieurs modèles d'analyse, plusieurs cadres théoriques et maintes réponses provenant de plusieurs sources. La triangulation demande aussi à faire appel à l'implication de plusieurs chercheurs et/ou de plusieurs points de vue croisés entre des perspectives anthropo-sociologiques, économiques, philosophiques, historiques et linguistiques pour observer le même phénomène.

La triangulation des données a été faite en mettant en relations les propos de plusieurs acteurs comme ceux « invisibles » que sont le « Réseau social », la « Communauté », la « Famille », le « Voisinage », les « Actrices féminines » de l'excision (mère, sœur du père, sœur de la mère, copine de la fille, exciseuse, homonyme, etc.), les « Acteurs masculins » (père, religieux ; mari, enseignants) et les « Acteurs immatériels et invisibles » que sont la tradition « l'habitus », le mimétisme, la religion et l'ethnie, etc.

Dans cette analyse, les paramètres qui ont été abordés par les études antérieures, en particulier les EDS 1999, 2005 et 2012, seront comparés, croisés, discutés pour observer les points de rupture, de continuité et de variation.

Cependant, cette étude n'est pas un autre EDS. Elle ne l'est ni par le contenu du questionnaire (même si certaines questions sont identiques dans la logique), ni par la taille de l'échantillon (2 200 sondés contre 7 606 femmes en 2005), ni enfin par la méthode d'échantillonnage (raisonné pour le présent sondage et stratifié à deux degrés pour les EDS : 297 Unités Primaires de Sondage (UPS) avec environ 8 000 femmes et 4 000 hommes).

C'est avec ces limites et ces contraintes qu'il faudra lire le contenu de la présente. Mais elle possède des spécificités qui sont marginales dans les EDS. Elle est analytique et non simplement descriptive. Elle tente de dire le sens et la signification socio-anthropologique des données collectées. Et les données qualitatives renforcent, complètent et donnent une « saveur » qu'on ne peut trouver dans les EDS.

D. REVUE DE LA LITTÉRATURE : LES THEORIES QUI ENGLOBENT LES FACTEURS DETERMINANTS L'EXCISION

Cette revue de la littérature tente de présenter les différents points de vue avancés par les chercheurs et les acteurs de terrain sur les déterminants de l'excision. Pour rendre cohérent la présentation de ses différents points de vue, nous allons faire encadrer ces facteurs explicatifs par les paradigmes sociologiques auxquels ils se rattachent, même si leurs auteurs ne le disent pas, comme le fonctionnalisme, le culturalisme et le genre avec une lecture marxiste où les catégories sexuelles sont analysées comme des classes sociales.

1) LES FONCTIONS SOCIALES DES MGF : UN POINT DE VUE FONCTIONNALISTE

Le fonctionnalisme est un courant théorique qui a été initié par des anthropologues comme Bronislaw Malinowski, Radcliffe-Brown et Robert C. Merton. La notion de fonction en Anthropologie est proche de son sens biologique (la fonction du cœur est d'assurer la circulation sanguine). Le fonctionnalisme en Anthropologie est donc basé sur une analogie organiciste: « *la société est comparée à un corps vivant, dont chaque organe remplit une fonction (une certaine utilité) pour l'ensemble de l'organisme* ».

Pour Malinowski, les éléments culturels propres à une société doivent être expliqués par le rôle qu'ils jouent dans l'ensemble culturel ou social et par la manière dont ils sont liés les uns aux autres. L'idée est d'expliquer les faits sociaux par leur fonction, c'est-à-dire « *par le rôle qu'ils jouent dans le système culturel tout entier, par la façon dont-ils sont reliés les uns aux autres dans ce système* ». Pour MALINOWSKI (1968), « *Chaque coutume, objet matériel, idée et croyance remplit une fonction vitale* » et donc chaque élément est indispensable à la survie de l'ensemble social et ne peut donc pas être supprimé. Autrement dit, chaque élément de la culture possède une certaine tâche à accomplir (une fonction) qui présente une part irremplaçable de la totalité organique.

A cette position extrême sur la fonction que joue chaque élément culturel, Robert C. Merton introduit deux nuances en précisant qu'il existe des fonctions de types différents : « *fonctions culturelle, sociale, groupale, psychologique* » et qu'il n'est pas vrai que « *tout fonctionne* ». Pour lui, certains éléments dans la société sont fonctionnels, d'autres dysfonctionnels, d'autres encore sont non fonctionnels.

Pour conclure sur le cadre théorique du fonctionnalisme, on peut dire que pour les tenants de la théorie fonctionnaliste, les faits sociaux ne sont pas totalement explicables ou compréhensibles sans la référence à la fonction qu'ils remplissent dans un ensemble plus vaste.

Si l'on accepte cet encadrement théorique, l'on se rend compte que le motif « *hygiénique et sanitaire* » figure parmi les facteurs mis en avant pour expliquer l'excision en Afrique. L'argumentaire développé sur cet aspect repose sur la croyance selon laquelle l'excision débarrasse la femme de son « *impureté* », favorise la fécondité féminine, facilite les accouchements, diminue les risques de stérilité chez les femmes et réduit les risques d'impuissance sexuelle chez les époux (YAHYA, 2010). Cette attitude est peu surprenante dans des communautés où le statut social des hommes, et par extension de leurs épouses, est fortement dépendant du nombre de la progéniture.

Pour d'autres, l'excision serait une façon de rendre beau le corps de la femme, car celui-ci serait laid. La fonction de l'excision serait, dans ces conditions, rendre beau et attrayant en féminisant le corps de la femme pour mieux le distinguer de la morphologie de l'organisme masculin (YAHYA, 2010 ; Ministère de l'action sociale, 2008).

Anciennement et même très anciennement, l'excision représentait un rite de passage menant la femme de l'enfance à l'âge adulte (BADINI, 1994). Cette pratique assurait donc une fonction intégrante dans le processus de socialisation des filles et de leur préparation à leur futur rôle d'épouses et de mères. Passage obligé, l'excision était signe de dignité de la femme et surtout celle de sa famille, en amenant des femmes vierges au mariage (LOCOH, 1998 ; ILBOUDO, 2000) et ainsi préserver l'honneur familial et optimiser la dot (BADINI, 1994; DEMBELE, 1999).

Elle est une condition préalable au mariage et à l'intégration sociale et dont l'exercice confère une reconnaissance sociale (YAHYA, 2010). Dans ces conditions, l'excision serait une marche, parmi les autres marches, qui permet à la fille de passer de fillette à femme. D'ailleurs, certains des mariages sont « arrangés » au sortir de cette période et réalisés dès que les conditions physiques et économiques le permettent.

Exciser ses filles, c'est garantir leur intégration culturelle, leur virginité et leurs chances de se marier (COMITE BIOETHIQUE, 1998); d'où l'insistance des mères à perpétuer cette pratique afin de ne pas faire obstacle aux perspectives de mariage, de maternité et de réussite socio-économique de leurs filles. Le comité de bioéthique (1998) met l'accent sur le lien entre la pauvreté et l'excision : « *Les MGF sont endémiques dans les sociétés pauvres où le mariage est essentiel à la sécurité sociale et économique des femmes* ».

Parfois aussi, il est avancé que l'excision, on pourrait dire « le temps passé sur la natte sert à préparer la fille à la maturité, à la vie en société », jouerait la fonction de socialisation. Dans cet ordre, l'excision serait une constituante de la chaîne de socialisation secondaire qui complète le processus familial et anticipe sur celui au sein du foyer conjugal.

Pour certaines des études réalisées par l'UNICEF (2010), la pratique de l'excision recouvre une autre dimension fonctionnelle qui est souvent désignée sous le vocable « d'initiation » pour, dit-on, préparer les jeunes filles au statut de femme. Cependant, les comptes rendus des différentes études sur l'excision révèlent que cette notion d'initiation au statut de femme ne recouvre pas le même sens d'un groupe à un autre. D'ailleurs, dans les milieux urbains africains, on voit souvent des pratiques d'excision individuelle avec des fillettes de plus en plus jeunes et qui vivent sous le toit paternel sans aucun contact avec d'autres filles de la même génération et qui n'a que la TV, à longueur de journée, comme unique interface d'initiation.

Dans d'autres groupes humains, l'excision a aussi pour fonction de procurer « l'honneur », l'honneur de soi et de la famille. Déroger à ce principe c'est s'exposer à un risque d'exclusion au sein de la communauté. Ainsi et de fait, l'excision procure honneur et considération à toute fille ayant subi la pratique aussi bien qu'à sa famille. Cet honneur est souvent enrobé de féerie à travers l'aspect cérémonial et festif des cérémonies d'excision (ANDRO, MARIE et DOLORES, 2009).

Pour s'assurer de rendre visible l'invisible, certaines sociétés posent un marqueur, un identificateur qui permet de sortir l'excision de la sphère physique privée pour la rendre publique. Par ce principe, ne pas se faire exciser, en fait ne pas subir l'excision, c'est courir le risque du déshonneur et de la perte de l'identité communautaire (Ministère de l'action sociale, 2008 ; YAHYA, 2010 ; ANDRO, MARIE et DOLORES, 2009).

Cette fonction de marqueur social, par des signes extérieurs, fait dire à certains chercheurs que les femmes, ayant enduré cette pratique, la perpétue non par ignorance de ses aspects nuisibles mais par crainte que cela n'entraîne une perte de statut et de protection au sein de leur communauté (INNOCENTI, 2008).

Les communautés qui pratiquent donc l'excision, conscientes des risques de remise en question de la pratique, ont donc développé un ensemble de procédés soutenus par un système de valeurs à l'affût des dérobades face à cette pratique pour la maintenir et la faire perdurer dans le temps à travers les générations. C'est dans ce cadre qu'il faut comprendre l'excision dans des endroits mystiques comme « *la forêt sacrée* ».

Pour s'assurer la perpétuation de l'excision, les communautés n'associent pas seulement celle-ci à des fonctions, elles imposent aussi « *le secret de la parole* » sur le vécu de cette pratique. Par cette omerta, la pratique disparaît de la chaîne de discussion assurant à ceux qui y exercent la certitude d'échapper à la critique, à la remise en question et à l'impunité dans les cas nombreux, mais non documentés, de morts et de handicap physique et de traumatisme psychologique. En excluant l'excision du débat public et en l'entourant du tabou, on ajoute un mythe à la pratique. Ce silence, individuel et collectif construit une dynamique normative autour de la pratique de l'excision, contribue à sa perpétuation.

L'excision confère à l'exciseuse un statut social, une reconnaissance sociale venant des familles à titre honorifique et gratifiant. Elle lui offre une profession et lui procure un revenu plutôt encourageant, en dépit d'autres activités génératrices de revenus qu'elle exerce. Quant à la fille excisée, l'acte qu'elle subit lui procure un soutien matériel et/ou économique exprimé dans les cadeaux perçus après l'excision ainsi que dans l'accroissement de la valeur marchande de sa dot lors du mariage. L'excision lui confère également une reconnaissance sociale relative à son intégration et son changement de statut au sein de la communauté (Ministère de l'action sociale, 2008 ; YAHYA, 2010).

2) LA DIMENSION CULTURELLE DES MGF : L'HABITUS « Reconnaissance et sanctions sociales »

Dans la littérature sur l'excision, un certain nombre de populations et de chercheurs considèrent qu'elle se fait et se perpétue par le fait qu'elle est un élément culturel. Ce point de vue inscrit l'excision dans le culturalisme qui est un courant de l'anthropologie né aux États-Unis sous l'impulsion principale de Ruth Benedict, Ralph Linton, Abram Kardiner et Cora DuBois.

Ces auteurs, à partir de l'observation des sociétés non européennes, mettent en évidence l'influence prépondérante de la culture sur la personnalité de base des individus. Pour les culturalistes, la culture, c'est-à-dire le système de comportements appris et transmis par l'éducation, l'initiation et le conditionnement ou enculturation dans un milieu social donné, forge, inconsciemment ou consciemment l'attitude et le comportement des individus.

C'est ce mécanisme d'acquisition et de reproduction de normes et de comportements que des chercheurs comme BOURDIEU (1979) nomment « *l'habitus* ». En latin, « *l'habitus* » est un mot masculin définissant une manière d'être, une allure générale, une tenue, une disposition d'esprit.

BOURDIEU (1979 :87) définit l'habitus comme des « *structures structurées prédisposées à fonctionner comme structures structurantes* ». C'est aussi « *l'ensemble des dispositions, schèmes d'action ou de perception que l'individu acquiert à travers son expérience sociale* ».

Par la socialisation, puis par la trajectoire sociale, tout individu incorpore lentement un ensemble de manières de penser, de sentir et d'agir, qui se révèlent durables. BOURDIEU (1979) pense que ces dispositions sont à l'origine des pratiques futures des individus. Cependant, cet auteur précise que l'habitus est plus qu'un simple conditionnement qui conduirait à reproduire mécaniquement ce que l'on a acquis. Il n'est pas non plus une habitude que l'on accomplit mécaniquement.

Pour BOURDIEU, l'habitus est à l'origine de l'unité des pensées et actions de chaque individu au sein d'un groupe harmonisé (classe sociale et groupe ethnique). Pour Bourdieu, les individus issus des mêmes groupes sociaux ont vécu des socialisations semblables, ils développent donc des similitudes dans les manières de penser, de sentir et d'agir.

Les études réalisées sur le phénomène de l'excision montrent très clairement que son inscription dans la tradition est si nette que les populations qui la pratiquent arrivent difficilement, lors des entretiens individuels et de groupe, à bien la justifier. Elle est simplement perçue comme une tradition, une coutume qui s'impose en soi et contraint les uns et les autres à s'en acquitter avec à l'idée que nul ne doit s'en soustraire (ERLICH, 1986 ; GILLETTE, 1997 repris par ANDRO, MARIE et DOLORES, 2009). Dans ce cadre, on peut dire que l'excision est donc un héritage culturel, une convention sociale enracinée dont le poids pèse lourdement sur ceux qui voudraient y renoncer car elle est le symbole d'une identité culturelle à laquelle les membres d'une communauté voudraient appartenir.

En Afrique de l'Ouest, par exemple, l'excision est une pratique ancestrale (Plan international, 2006). C'est une pratique culturellement et socialement ancrée qui relève de mythes et croyances religieux, sexuels, sociaux et traditionnels (DEMBELE, 1999; Plan international, 2006).

Ce poids de la tradition semble plus important en milieu rural qu'urbain. Même si certaines chercheurs démontrent que dans les pays de forte prévalence de l'excision, peu importe le milieu de résidence, la proportion des femmes excisées y est presque identique (Ethiopie). Et même, semble-t-il, dans des pays comme le Burkina et le Nigéria, du fait de « l'effet combiné de l'appartenance ethnique », les zones urbaines ont des prévalences d'excision les plus élevées (INNOCENTI, 2008).

Même dans les villes où il a été constaté un changement positif d'attitude sur l'excision, cela n'aurait pas induit, jusqu'à date, à un changement de comportement : « *Le choix d'une famille de soumettre ou non sa fille à l'excision est conditionné par le choix des autres. La pression sociale tend à perpétuer le rite* » (INNOCENTI, 2008). Certes, l'instruction, qui est vecteur important d'autonomie dans les décisions, ne donne pas encore tous les résultats en matière de lutte contre l'excision. Cependant, les études concluent souvent que le fait d'avoir suivi des études avancées (après le secondaire II) affaiblit leur désir de soumettre les filles à cette pratique (LOCOH, 1998).

Parmi les éléments culturels mis de l'avant pour expliquer l'excision, l'appartenance ou non à un groupe ethnique est souvent l'un des facteurs avancé par les chercheurs comme déterminant de l'excision. Les chercheurs qui mettent l'accent sur l'appartenance ethnique, comme déterminant l'excision, partent du fait que sa prévalence varie en fonction des groupes ethniques.

Sur le groupe ethnique, comme facteur explicatif, on pourrait reprendre les propos de GUILLAUME (1977: 39-56) qui, parlant des « *marqueurs* » des groupes ethniques, les caractérisait comme : « *un mensonge qui s'appuie sur une évidence, c'est-à-dire l'apparence (la couleur de la peau, le sexe ou la couleur des yeux)* ».

Dans la réalité, ce n'est pas le groupe ethnique qui fait la différence et devient de ce fait le facteur explicatif. Mais plutôt le fait que le groupe ethnique n'est pas seulement un assemblage de personnes parlant la même langue, habitant un même territoire ou autres paramètres observables, il est un groupe social où se forge des normes et des valeurs sociétales qui sont antérieures aux individus et exercent une pression sociale contraignante sur les membres à travers la socialisation primaire et secondaire. Ce n'est pas pour rien que certaines ethnies s'emploient à l'excision plus que d'autres alors que d'autres l'ignorent (ANDRO et LESCLINGAND, 2007).

L'appartenance à un groupe ethnique n'est déterminante comme facteur de la prévalence à l'excision qu'en raison du fait que l'ethnie est un cadre, une valeur partagée, des normes codifiées qui imposent à ceux qui s'y attachent des façons de faire et des instruments de coercition souvent psychologique à partir de valeur enrobée par la religion du groupe.

Chaque groupe, pour intégrer et mouler ses membres, développe des mécanismes étalés tout au long de la vie de ses membres. Ce mécanisme commence par la socialisation primaire qui fait référence au phénomène « *d'intériorisation des normes, des valeurs et des représentations propres à une société* » (JUTEAU, 1996: 46). Ce processus d'intériorisation est le mécanisme par lequel l'individu, essentiellement durant les premières années de sa vie, acquiert une "humanité" conforme à celle du groupe au sein duquel il est socialisé. En retour, il éprouvera des affinités avec les membres de ce groupe en comparaison avec les membres des autres groupes.

La quasi-totalité des études réalisées sur l'excision en Afrique montre une double corrélation entre la prévalence de l'excision, le groupe ethnique d'appartenance et la religion du groupe. Le Ministère de l'Action Sociale du Togo (2008) et le chercheur YAHYA (2010) dans le cas de la Mauritanie montrent que les femmes musulmanes sont davantage touchées par l'excision comme s'il s'agissait d'une recommandation islamique. Pourtant, d'autres études démontrent que certaines communautés musulmanes (Algérie, Maroc) sont faiblement concernées par l'excision (ANDRO, MARIE et DOLORES, 2009). Cette réalité double suggère que la religion est un paravent, un justificatif « *à postériori* » d'une pratique antérieure à une religion mais qui trouve dans celle-ci l'occasion de « *couler dans du marbre* » une pratique ancienne :

« Là où la coutume existe, on fait appel à des rationalisations pour la faire admettre et perdurer : dans les pays à majorité musulmane, il est probable qu'on fait ainsi appel à des rationalisations de type religieux » (LOCOH, 1998).

Ainsi, dans les communautés qui pratiquent l'excision, pour trouver une justification à la pratique de l'excision, on fait dire à la religion musulmane que :

« Le droit de la femme à l'adoration et à la prière est inféodé à sa purification qui passe nécessairement par son excision, une pratique considérée tantôt comme une recommandation divine et tantôt comme une tradition prophétique » (YAHYA, 2010).

Enfin, cette pratique pour perdurer n'est pas seulement enrobée par une religion, elle est aussi mise en œuvre avec un mécanisme de langage psychologique dévalorisant et discriminant pour celles (fille et famille) qui s'y soustraient. C'est dans ce cadre qu'il faut situer des termes péjoratifs comme « bila koro »² et l'idée largement véhiculée d'associer l'absence d'excision et les risques de grossesse précoce, d'adultère ou d'infidélité.

Il est donc possible d'admettre que l'excision s'inscrit parfaitement dans ce que Bourdieu nomme *l'habitus*, c'est-à-dire « un système de dispositions acquises, incorporées de manière durable, et tendant à reproduire la logique des conditionnements qui sont à son origine ».

3) LES MGF, INSTRUMENT DE DOMINATION : LE GENRE

Du point de vue historique, la « théorisation » du genre prolonge et complète non seulement le transfert de la question de la domination de classe du marxisme vers celui du rapport entre hommes et femmes et du mouvement d'idées politiques, philosophiques et sociales pour définir, établir et atteindre l'égalité politique, économique, culturelle, personnelle, sociale et juridique entre les femmes et les hommes.

Historiquement, l'expression « théorie du genre » est tantôt présentée comme une traduction de l'expression anglaise « *gender theory* » et tantôt comme une « francisation maladroite de *gender studies* ». Il arrive aussi à plusieurs autres chercheurs de considérer le genre comme un outil analytique et méthodologique pour prendre en charge les rapports de domination sexuée au sein de la société. Ce point de vue est celui défendu par Eric Fassin (2009) lorsqu'il dit que « *le genre est un concept. Ce n'est ni une théorie ni une idéologie, mais un outil qui aide à penser* ».

Au-delà de cette polémique, l'on retiendra que pour un certain nombre de chercheurs, l'excision s'inscrit dans la logique de la « construction du rapport de genre inégalitaire » (ANDRO, MARIE et DOLORES, 2009). Dans cette logique, l'excision est un instrument pour contrôler la sexualité de la femme en réduisant son désir sexuel pour favoriser la polygamie et la rendre concentrée sur les choses essentielles pour la communauté, faire des enfants et assurer les travaux domestiques, pour lesquelles elle a été socialisée. Par cette pratique, elle est disposée à ne pas tomber dans les « *interdits* » en préservant sa virginité et sa chasteté avant le mariage et à observer la fidélité conjugale afin de garantir son honneur ainsi que celui de sa famille subordonnée aux injonctions de son époux (YAHYA, 2010 ; Ministère de l'action sociale, 2008 ; STANLEY et al, 1999).

²Terme malinké signifiant une personne non-excisée.

PRESENTATION RESULTATS

Cette partie présente l'analyse des données collectées. Elle s'articule autour de trois sections. La première présente le profil des personnes sondées. La seconde et la troisième section tentent de répondre aux deux objectifs assignés à la présente recherche.

La seconde section porte sur la typologie des déterminants des MGF en Guinée en regardant particulièrement la pertinence, les acteurs impliqués, l'efficacité, l'efficience et les degrés d'harmonisation des interventions des différents acteurs contre les MGF.

La troisième section, elle, porte sur des facteurs déterminants la pratique des MGF en Guinée à partir de la diversité des caractéristiques ethniques, socio-économiques, culturels, religieux, géographiques, de genre et d'âges des populations. Mais avant, il est utile de présenter les caractéristiques des enquêtés.

I. PROFIL ET CARACTERISTIQUES DES SONDES

Au total, nous avons interrogé des populations qui habitent dans neuf préfectures et deux communes de Conakry (Ratoma et Matoto). Dans ces neuf préfectures, nous avons tiré l'échantillon dans 103 quartiers et/ou villages à l'intérieur de 18 sous-préfectures et/ou communes urbaines.

Nous avons interrogé par le truchement du questionnaire 2 179 personnes. 56% de ces personnes sondées sont des hommes et 44% des femmes. De cet effectif, 52% sont des chefs de ménages (1 229 ménages). Sur ces 1 229 ménages, 670 sont des hommes avec le statut de « chef de ménage » et 559 sont des femmes avec le statut d'« épouses de chefs de ménage ». Nous avons aussi interrogé 189 chefs religieux et/ou communautaires, 208 agents de santé et/ou exciseuses, 212 enseignants, 160 membres d'associations et/ou d'ONG et 181 jeunes filles entre 6 et 15 ans).

De ces 2 179 personnes, 949 sont des personnes habitant dans une ville (commune urbaine) et 1233 dans une commune rurale et/ou semi-urbaine comme Koulé dans la préfecture de N'Zérékoré, Kounsiel dans Gaoual et Kolabuy dans celle de Boké.

Les sondés rencontrés habitent dans une concession (ensemble de bâtiments et de chambres à l'intérieur d'une cour) à 47%, pour 40% dans une maison individuelle et 10% dans une case. Dans les ménages rencontrés, la radio est l'équipement ménager détenu par la plus forte proportion des sondés. 28% des sondés disent détenir une radio à domicile et 27% disent détenir/posséder, en plus, un téléphone. Du point de vue de l'âge, 3% sont nés avant 1943, 14% l'ont été entre 1944 et 1956, 25% sont nés entre 1957 et 1969, 44% entre 1970 et 1982 et 14% après 1982.

Après la collecte des données, il est possible de dire que dans l'échantillon, il y a 1% de sondés qui se sont déclarés « Mikhiforé », 1% se disent « Kono » et 1% « Konianka ». Ceux qui se sont dit « manon », « landouma » et « baga » pèsent 2% chacun. 3% des personnes sondées se sont dites « toma ». C'est le cas de 3% autres personnes qui se sont dites « diakanka » et 3% autres de « kpèlè ». 10% des sondés se sont déclarés « kissi », 19% « soussou », 24% sont des « malinké » et 24% autres se sont dits être des « peul ».

Du point de vue de la religion, 78% des personnes interrogées se sont déclarées de confession musulmane, 21% de confession chrétienne et 1% ont dit ne pas avoir de religion. Parmi les musulmans, 51% ont déclaré n'appartenir à aucune confrérie, 36% à la confrérie « Tidjanja », 10% au Wahabisme et 3% à la confrérie « Quadria ».

Lorsqu'on regarde le profil des sondés, on doit admettre certaines distorsions de l'échantillon par rapport à la population d'où elle a été tirée. La première distorsion provient de la surreprésentation des hommes par rapport aux femmes. Cette surreprésentation découle du fait qu'il n'y a pas de femmes parmi les leaders religieux et les membres d'association.

La seconde distorsion provient de la surreprésentation de certains groupes ethniques comme les kissi (10%) et une sous-représentation d'autres comme les kpèlè (3%). Cette situation découle du fait des difficultés liées à l'administration du questionnaire dans la préfecture de N'Zérékoré tant en milieu rural qu'en milieu urbain. Lors de l'administration les deux enquêteurs de N'Zérékoré ont été régulièrement pris à partie par des grands-mères hostiles à toutes les questions adressées à leurs petites-filles sur l'excision. Il a fallu à N'Zérékoré centre,

l'intervention des autorités de la mairie pour calmer une grand-mère qui voulait s'en prendre physiquement à mon enquêtrice.

Les enquêteurs ont été aussi obligés d'arrêter l'administration du questionnaire dans la sous-préfecture de Koulé en raison de l'opposition du président de la CR. Le sous-préfet n'a fait qu'adjoindre aux enquêteurs de quitter le plus rapidement la localité, car il ne pouvait plus assurer leur sécurité. Pourtant tous les deux enquêteurs sont originaires de N'Zérékoré et y retournent régulièrement. C'était d'ailleurs un des critères du choix des enquêteurs.

II. LES ACTEURS, L'EFFICACITE, L'EFFICIENCE ET LES DEGRES D'HARMONISATION DES INTERVENTIONS

On pourrait dire, comme dans une étude CAP (Connaissance, Attitude et Comportement), nous commençons par le niveau de connaissances des sondés sur les MGF, les actions menées, les stratégies mises en œuvre et les résultats vérifiables à partir des bénéficiaires.

En fait, il s'agit ici de commencer par voir ce que la population sait où ne sait pas des MGF, ce qui a été fait où n'a pas été fait dans la lutte contre les MGF, les appréciations que les sondés ont des actions menées et les leçons à tirer.

1) Les acteurs et les activités de lutte contre les MGF

Dans les 103 quartiers et/ou villages sillonnés par nos enquêteurs, les données indiquent la faible présence d'organisations et d'ONG en charge de la lutte contre les MGF. Sur les 1 958 personnes ayant répondu à la question sur l'existence d'une organisation de lutte contre les MGF, 937 sondés, soit 48% des sondés, disent qu'il n'y a pas d'organisation de lutte contre les MGF dans leur localité.

Dans les 18 préfectures et les deux communes de la capitale, c'est à Forécariah et à Boké que plus de la moitié des sondés sont au courant de la présence d'associations, d'OG et d'organismes de promotion de l'abandon de l'excision. Ces deux préfectures sont suivies de près par deux autres (Kouroussa et Guéckédou) qui elles-mêmes devancent deux autres groupes : celles qui concernent le tiers des sondés de la préfecture (Kindia, Gaoual et N'Zérékoré) et ceux du quart des sondés (Conakry, Labé et Kankan).

Tableau 2 : Existence d'associations/ONG de promotion de l'abandon de la pratique de l'Excision

	Conakry	Boké	Forécariah	Kindia	Gaoual	Labé	Guéckédou	Kankan	Kouroussa	N'zérékoré	TOTAL
Oui	26%	52%	50%	37%	35%	26%	45%	22%	43%	34%	37%
Non	54%	39%	33%	40%	45%	69%	41%	60%	48%	56%	48%
NSP	20%	9%	16%	23%	19%	5%	14%	18%	9%	10%	15%
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Cette faible présence d'organisations en charge de la promotion pour l'abandon des MGF est surtout plus significative dans les zones rurales. En effet, sur la foi des données collectées, les ONG et autres organisations de promotion de l'abandon de la pratique des MGF semblent être opérationnelles en milieu urbain et/ou semi-urbain.

Les organisations et ONG de lutte contre les MGF ne couvrent pas encore totalement le pays, mais celles qui sont opérationnelles sur le terrain le sont de façon effective selon 71% des 937 sondés ayant répondu à la question sur l'existence d'une organisation de lutte contre les MGF dans leur localité.

C'est dans les préfectures de Conakry, Boké, Kouroussa et Forécariah que l'on rencontre la plus forte proportion des sondés qui ont constaté le caractère opérationnel des associations de lutte contre les MGF. Ce caractère opérationnel à un niveau appréciable dans celles de Kankan et Guéckédou et, dans une moindre mesure, Labé, Kindia et N'Zérékoré.

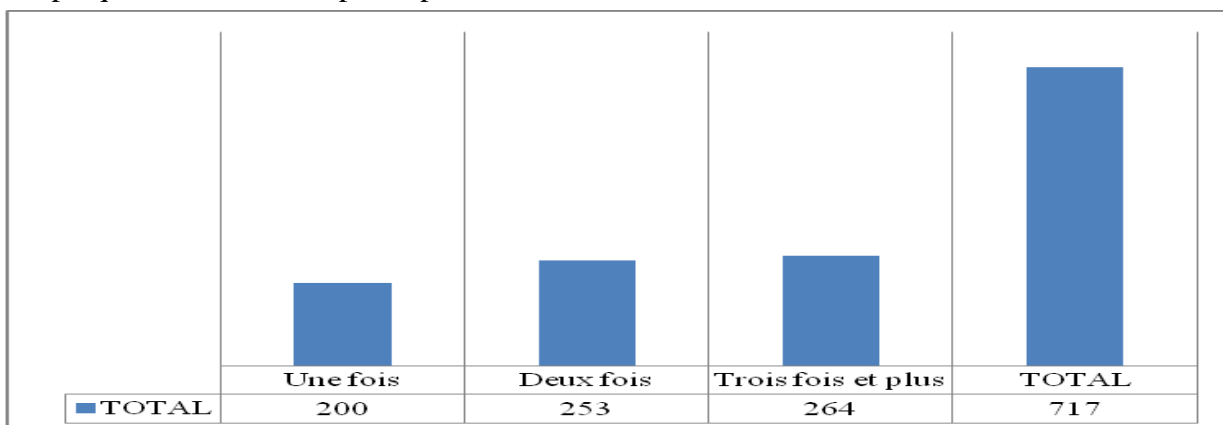
69% des sondés (sur les 937 ayant répondu à la question sur l'existence des associations de lutte contre les MGF) ont entendu ces associations diffusées des messages sur l'excision. Les messages entendus portaient sur la pénalisation de cette pratique.

En tout état de cause, même les préfectures dans lesquelles les associations de lutte contre l'excision existent, elles ont sensibilisé, selon les données que nous disposons, très peu de personnes. Sur l'ensemble de l'échantillon (1935 personnes) ayant répondu à la question sur « *le fait d'avoir assisté à une séance de sensibilisation sur l'excision* », il n'y a que 717 personnes, soit 37%, qui disent avoir assisté à une séance de sensibilisation sur l'excision.

Sur ces 717 personnes, 200 personnes ont dit avoir assisté à une seule séance de sensibilisation sur les MGF, 253 ont assisté à deux séances et 264 à trois séances et plus. C'est dans les

préfectures de Boké, de Kindia, de Labé, de Forécariah et de Kouroussa que se rencontrent le plus grand nombre de personnes formées sur les méfaits de l'excision.

Graphique 1 : Nombre de participation à des séances de sensibilisation sur les MGF



Il est à faire remarquer que s'il y a peu de personnes qui ont été touchées, ceux qui l'ont été étaient satisfaits de ce qu'ils ont entendu pendant la séance de sensibilisation. Car 70% ont été « *entièrement satisfaits* » par ce qu'ils ont entendu et 22% l'ont été « *partiellement* ». Il n'y a que 8% qui n'ont pas du tout été « *satisfaits* ».

Cependant, les formations, avec des modules structurés, sur les méfaits de l'excision ont touché encore beaucoup moins de personnes que dans le cas des sensibilisations (464 au lieu de 717 personnes). Ces formations l'ont été surtout à Boké, à Conakry, Kindia, Labé et Guéckédou.

Lorsqu'on regarde les personnes qui ont bénéficié de cette formation, on se rend compte, toutes ethnies confondues, que les femmes ont été plus bénéficiaires que les hommes. Il reste que dans certains groupes communautaires, cette formation a surtout concerné les hommes. C'est le cas des landoumas, des manons, des peuls, des tomas et des soussous. Mais dans l'ensemble, cette formation sur les méfaits de l'excision a davantage bénéficié aux femmes (27% des femmes) qu'aux hommes (25% des hommes).

Quel a été l'accueil que les sondés ont réservé à ces messages ? Si nous ne prenons en considération que les 464 personnes qui ont été formées, 174 (38%) approuvent le contenu de la formation, 194 (42%) disent être restés indifférents et 94 (20%) disent être opposés à ce qui a été dit. Ceux qui disent qu'ils « *s'opposent* » vivent surtout dans les préfectures de Guéckédou, Forécariah, et Conakry.

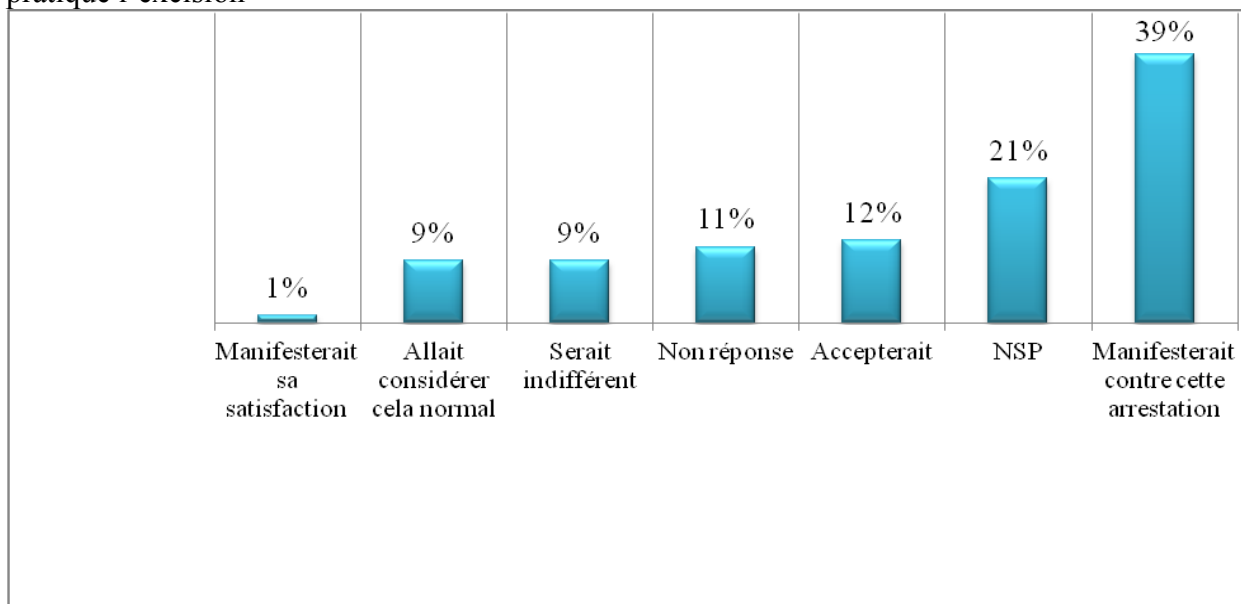
Cette opposition à ce qui a été dit ne semble pas remettre en cause entièrement les stratégies menées par les associations en charge de la lutte contre l'excision. Sur les 464 sondés qui ont affirmé avoir été formés sur les méfaits de l'excision, 59% considèrent que les stratégies actuelles des associations sont appropriées. 30% contestent la pertinence des stratégies menées et 11% ne se prononcent pas sur la question.

Les entretiens complémentaires réalisés sur le même sujet permettent de nuancer l'approbation des sondés sur la qualité de la stratégie menée. Dans des entretiens approfondis avec des personnes qui n'approuvent pas les stratégies permettent de dévoiler que les formations mises de l'avant par les associations en lutte contre l'excision mettent surtout l'accent sur les questions légales de la pratique et les conséquences sanitaires de l'excision avec des mots qui semblent avoir peu de prises sur l'habitus des communautés.

La pénalisation de l'excision, dans les conditions actuelles, risque de ne pas avoir l'effet souhaité. En effet, il n'y a que 1% des sondés qui « *va manifester sa satisfaction* » si les acteurs de l'excision étaient poursuivis et condamnés. 12% des sondés disent qu'ils « *allaient accepter* » cette décision, 9% « *allaient considérer cela normal* », 9% « *seraient indifférentes* » à une telle décision.

En dépit du taux de 43% qui « *s'accommoderaient* » de l'application de la pénalisation de l'excision dans leur localité, on relève qu'il y a 39% des sondés qui affirment « **qu'ils manifesteraient contre** » une telle décision.

Graphique 2 : L'attitude des sondés en cas d'arrestation d'une personne de votre localité qui pratique l'excision



Dans toutes les communautés ethniques, les données suggèrent que l'absence de réactions négatives « *manifeste contre la pénalisation* » se rencontre seulement chez les kissis et les peuls. Dans tous les autres et en particulier chez les malinkés, les données disponibles indiquent que les manifestations contre la pénalisation attireraient plus de personnes.

Cette donnée est d'autant plus importante qu'il existe le tiers des sondés (30%) qui considèrent que cette loi n'est pas dissuasive par rapport à la pratique de l'excision. Paradoxalement, ce sont ceux qui sont opposés à l'application de la loi sur l'excision (dans les mêmes communautés) qui considèrent que l'existence de la loi n'est pas suffisamment dissuasive. A notre avis, bien que cette catégorie affirme « *manifeste contre la pénalisation* », cette pénalisation introduit une dynamique nouvelle. Pour rendre cette dynamique irréversible, la communication et l'explication doivent accompagner continuellement l'application de la loi.

2) La communication dans la lutte contre les MGF

La radio apparaît comme la première source d'information des sondés (47%) sur les méfaits des MGF. Les trois autres sources sont, par ordre d'importance, la TV (16%), les animateurs des ONG (15%) et les centres de santé avec 10% des sondés. 5% des sondés disent avoir appris ces méfaits au niveau des écoles.

C'est aussi la radio que les sondés (43%) considèrent comme le canal le plus approprié pour diffuser les informations sur l'excision. La radio est suivie, de très loin, par la TV (19%) et les causeries (10%). L'utilisation de la radio et de la TV est pertinente tous les jours de la semaine et en particulier le samedi pour la TV qui semble avoir un niveau d'audience plus important ce jour.

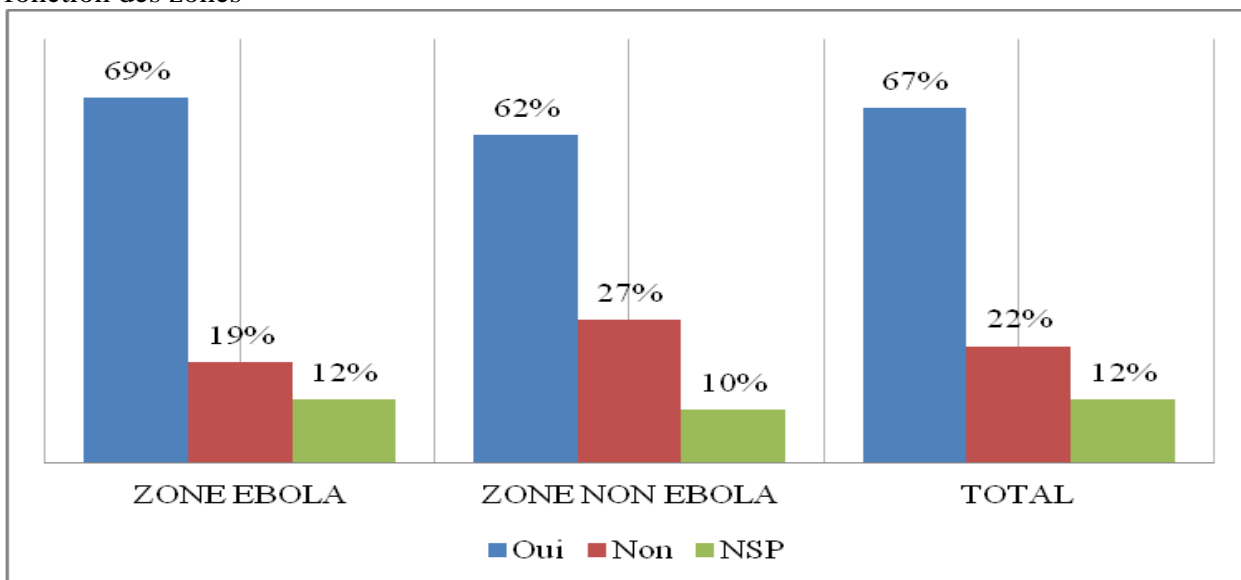
La particularité des informations sur ce sujet réside dans le fait qu'aucun des sondés, y compris les femmes, ne considèrent les centres de santé comme un canal approprié pour la diffusion des messages en rapport avec l'excision. Deux réponses sont possibles pour expliquer une telle attitude générale, surtout chez les femmes. La première raison pourrait découler d'un biais de compréhension (donc de traduction des enquêteurs) de la notion de « *canal* ». La seconde pourrait provenir de l'implication du personnel des structures sanitaires dans la pratique de l'excision. A y regarder de près, on peut estimer que la première raison avancée semble la plus plausible.

III. EBOLA ET LA PRATIQUE DES MGF

L'épidémie d'Ebola qui sévit en Guinée depuis plus d'une année n'a pas eu d'impact seulement sur l'économie, les relations sociales et l'utilisation des services de santé, elle semble aussi avoir eu son effet sur la pratique de l'excision.

Sur les 2 179 sondés interrogés, 1 473 ont répondu à la question sur l'impact de l'épidémie sur la pratique de l'excision. Pour 1 014 sondés (47%), l'épidémie d'Ebola a eu un impact sur l'excision. Les données rendues disponibles suggèrent un lien entre les zones à forte intensité de l'épidémie et la baisse de la pratique de l'excision. Il semble que les préfectures de Guéckédou, Faranah et N'Zérékoré sont celles qui ont connu les plus fortes baisses.

Graphique 3 : Opinions des sondés sur la pratique de l'excision avec l'épidémie d'Ebola en fonction des zones



On note aussi une forte baisse de l'excision à Labé qui n'a pas été une zone de forte prévalence de l'épidémie. On pourrait penser, en regardant les données sur l'attitude globale par rapport à l'excision, que Labé n'a fait que profiter d'une situation alors qu'en réalité il existait déjà une disposition favorable à la non pratique de l'excision.

Les préfectures de Boké (au moment du sondage), Gaoual et Kankan sont à la fois des zones de faible intensité de l'épidémie et celles qui n'auraient pas connu une baisse significative de l'excision avec l'épidémie d'Ebola.

L'épidémie a eu aussi un effet sur la façon de pratiquer l'excision selon 35% des sondés à deux niveaux. Premièrement, au niveau d'un recours moins courant aux exciseuses traditionnelles et davantage à du personnel de santé et en réduisant considérablement les cérémonies liées à l'excision.

IV. FACTEURS DETERMINANTS LA PRATIQUE DES MGF EN GUINEE

Cette section présente les facteurs déterminants la pratique des MGF en Guinée. L'exploration de ces facteurs se fera autour de deux composantes. La première présente la physiologie des MGF en Guinée à travers la typologie pratiquée, l'âge auquel se pratiquent les MGF, les lieux, les périodes de l'année d'excision et ses conséquences sanitaires.

Dans un second temps, les facteurs déterminants l'excision seront explorés. Pour le faire, nous allons prendre appui sur l'environnement communautaire, familial de l'excision à travers deux dimensions : les raisons avancées pour perpétuer la pratique, les avantages espérés par les familles en excisant et les acteurs au cœur du processus complexe de prise de décision.

Des paramètres sociodémographiques comme le groupe ethnique, le genre, le niveau de revenu et d'instruction, la zone d'habitation et la religion seront utilisés comme des variables tests du lien entre les déterminants mis de l'avant dans la collecte des données qualitatives et quantitatives et la perpétuation de la pratique.

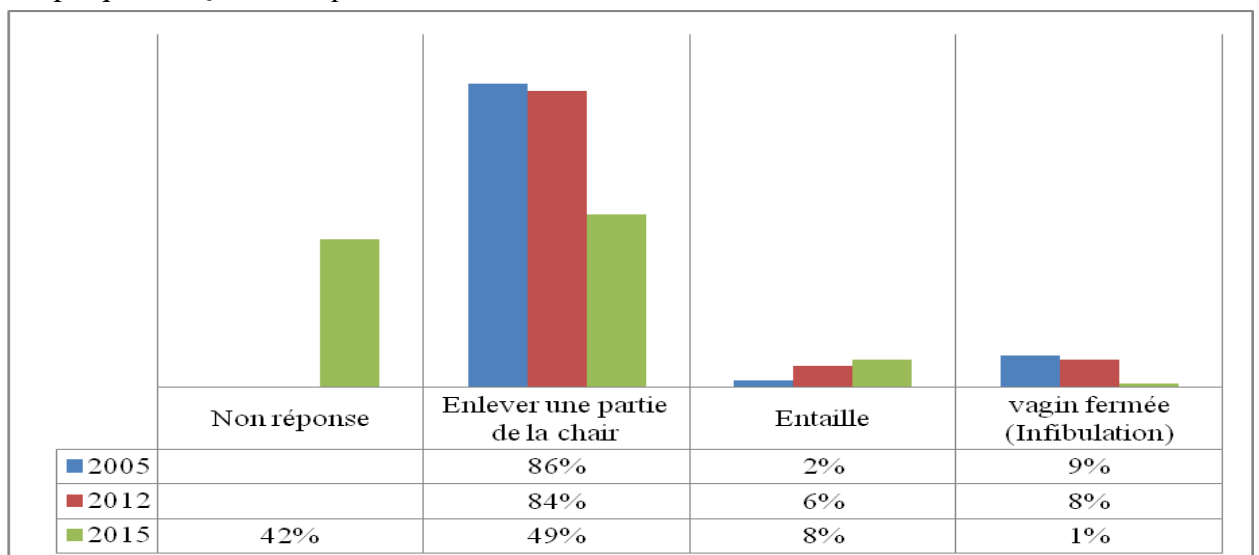
1) Type pratiqué par les exciseuses et type demandé par les familles

Pour permettre une continuité dans la réflexion sur la pratique de l'excision et en dépit des différences dans la méthodologie, la taille de l'échantillon et des objectifs poursuivis par le présent sondage et les Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS), le présent sondage a voulu présenter ses résultats en les confrontant avec ceux des trois EDS.

Sur la base des données collectées et en ne prenant en compte que les propos des femmes (épouses, enseignantes, agents de santé, membres des associations et jeunes filles), on pourrait dire qu'en Guinée « *on coupe encore de la chair* » lorsqu'on fait de l'excision, même si le fait de « *piquer* » progresse lentement et celui de « *fermer le vagin* » régresse significativement.

Naturellement, par rapport aux EDS, le présent sondage s'est retrouvé avec 405 femmes sur les 948 sondés qui ont refusé de répondre à la question sur le type d'excision subie. Probablement, les moyens de l'EDS et d'autres paramètres expliquent que toutes les femmes interrogées acceptent de répondre à une question aussi sensible.

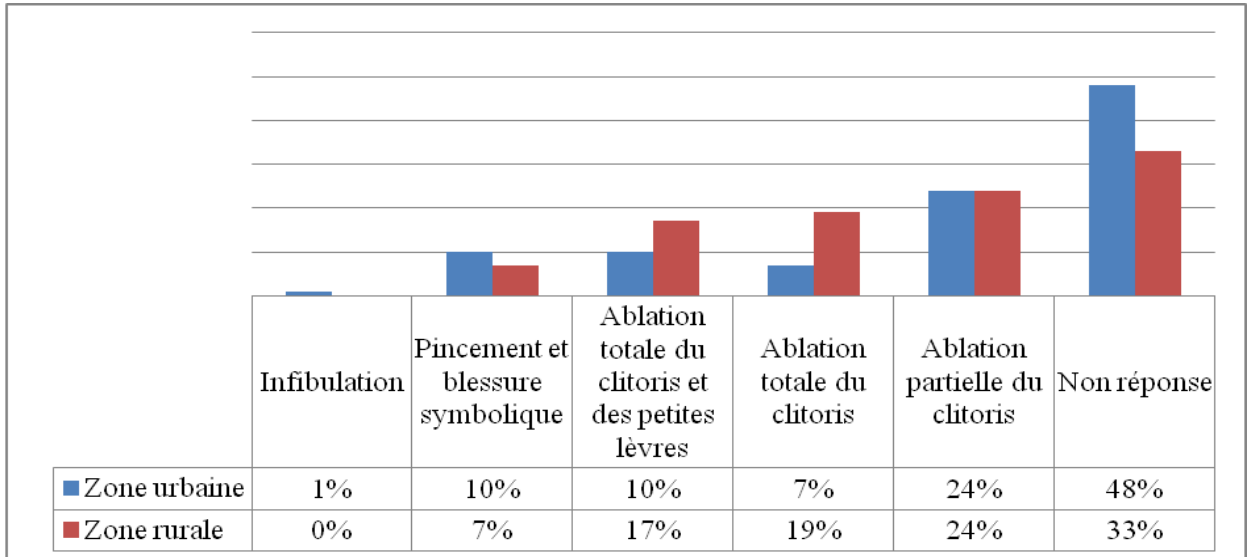
Graphique 4 : Qu'est-ce qu'on vous a fait exactement ?



Après avoir obtenu ces données, la présente étude a exploré la même question avec celles qui ont accepté de répondre à la question sur « *ce qui a été fait* », en fait le détail de l'acte posé. Sur la foi des réponses données, il est possible de dire que, pour celles qui ont accepté de répondre à la question, la pratique courante est « *l'ablation partielle du clitoris* » concerne la même proportion de femmes (24% des femmes qui vivent en milieu rural et 24% en de celles qui vivent en milieu urbain). *L'ablation totale du clitoris* serait ce qui a été pratiquée sur 7% des sondées vivants en milieu urbain et 19% pour celles qui vivent en milieu rural. *L'ablation totale du clitoris et des petites lèvres* » concerne 10% de femmes en milieu urbain et 17% de celles qui vivent en milieu rural. Ces pratiques sont suivies du « *pincement et blessures symboliques* »

pour 10% des femmes qui vivent en milieu urbain et 7% pour celles qui vivent en milieu rural. L'infibulation est à 1% et concerne exclusivement des femmes en zone urbaine. L'infibulation en milieu urbain laisse pensif lorsqu'on accepte les conclusions des données des EDS 2005 et 2012 qui défendaient l'idée que cette pratique est le fait d'exciseuses traditionnelles. Deux hypothèses sont possibles. Il est possible que ces femmes aient été excisées en milieu rural avant de s'installer en milieu urbain. La seconde hypothèse, la moins plausible, est de penser qu'il a eu la disparition de la compétence de l'infibulation en milieu rural et son transfèrement en milieu urbain.

Graphique 5 : Type d'excision subi par les femmes sondées



Les données du présent sondage s'inscrivent dans la même trajectoire que celles des EDS de 2005 et 2012 qui concluaient que : « La forme la plus légère d'excision (une partie des chairs enlevées) est plus répandue en milieu urbain que rural (10 % contre 3 %), chez les Soussous (13 %), dans la région de Boké (14 %) et à Conakry (12 %) » (Moélimou, 2012 : 349). Dans le cas de la présente étude, il s'avère que les pincements et blessures symboliques se font davantage chez les soussous et, dans des proportions moindres, chez les peuls et les malinkés.

Dans les EDS de 1999, 2005 et 2012, il avait été constaté que : « la pratique de l'excision sous sa forme la plus légère soit un peu plus fréquente dans les jeunes générations que dans les anciennes (moins d'un pour cent à 45-49 ans à environ 2 % à partir de 20-24 ans) » (Moalimou, 2012 : 348).

Cependant, l'EDS de 2005 concluait que la pratique de l'infibulation se rencontrait surtout chez les peul (11%), 22% chez les kissiennes et 10% chez les toma. Mais en 2012, la proportion des femmes kissiennes qui pratiquent l'excision tombe de façon drastique passant de 22% (la plus forte proportion en Guinée) à 2,3% en 2012. Sur la foi des données collectées, des entretiens réalisées et de la réalité socio-anthropologique de la Guinée, il est difficile de prouver les taux élevés d'infibulation chez les kissiennes et les tomas. En tout cas, dans le présent sondage, les rares cas d'infibulation rencontrés se pratiquent en milieu urbain et concernent des femmes qui se disent des groupes ethniques peul et toucouleurs et dans des proportions encore plus faibles, les diakankas et les malinkés.

Dans tous les cas, les données sur le type d'excision pratiquée en Guinée, tel que recueillies auprès des femmes, confortent celles obtenues auprès du personnel de santé. En effet, lorsqu'il a été demandé le type de MGF pratiqué dans leur structure sanitaire, les agents de santé ont indiqué pratiquer, pour l'essentiel, deux types : le « pincement et blessures symbolique » selon 57% et « l'ablation partielle du clitoris » selon 66%. 7% du personnel de santé affirment aussi pratiquer « l'ablation totale du clitoris et des petites lèvres ».

Ces données sont en légère distorsion avec les types demandés par les personnes qui accompagnent leurs filles dans les structures sanitaires pour perpétuer la pratique. Selon 79 agents de santé sur les 230 rencontrés, « les pincements et les blessures symboliques » et

« l'ablation partielle du clitoris » sont les plus demandés (47% des parents qui accompagnent celles qui sont à exciser demandent l'une ou l'autre). Ce type est suivi par « l'ablation totale du clitoris » pour 5% des mères qui accompagnent leur fille pour l'excision, 1% demande « l'ablation totale du clitoris et des petites lèvres » et, semble-t-il, aucun parent n'est demandeur de « l'infibulation ».

Tableau 3 : Type d'excision demandée par les mères selon les agents de santé/exciseuses.

	Agents de santé/Exciseuses
Infibulation	0%
Ablation totale du clitoris et des petites lèvres	1%
Ablation totale du clitoris	5%
Ablation partielle du clitoris	47%
Pincement et blessure symbolique	47%
TOTAL	100

Ces données montrent très clairement que la pratique courante dans les structures de santé s'écartent fortement à la fois des types d'excision pratiquées et des demandes formulées par les parents.

Il semble aussi que d'autres acteurs interfèrent dans le choix du type d'excision, il s'agit des exciseuses, des grands-mères et des tantes paternelles. Chez les kissiennes et les peules, l'exciseuse vient après la mère. Chez les soussous, la grand-mère vient après la mère de la fille et elle devance, dans cette prise de décision, les tantes paternelles et celles maternelles. Chez les malinkés, après la mère vient les tantes paternelles et les exciseuses. Dans tous les autres groupes ethniques (landouma, kouranko, toma, kono, konianké et mano), les données semblent suggérer que la mère est l'unique actrice qui décide du type d'excision. Par contre, chez les kpèlès et les bagas, les données semblent indiquer que la mère joue un rôle marginal. C'est plutôt les tantes paternelles qui prennent la décision du type de MGF³.

De plus, lorsqu'on demande aux femmes, si avant l'acte et à l'expérience qu'elles ont de l'excision, elles ont le droit de choisir le type d'excision à subir, elles affirment, pour les 563 qui ont accepté de répondre à cette question, qu'elles auraient souhaité subir « le pincement et la blessure symbolique » à toutes les formes pratiquées (28%). Le choix de « l'ablation partielle du clitoris » suit avec 23% des sondés. Les autres se répartissent entre « l'ablation totale du clitoris » (5%) et « l'ablation totale du clitoris et des petites lèvres ». Sur les 563 femmes interrogées, il n'y a qu'une seule qui souhaite, encore, « l'infibulation ».

Tableau 4 : De toutes ces formes, laquelle les femmes préfèrent⁴ ?

	Effectifs	%	Cumul
Non réponse	385	41	41
Ablation totale du clitoris et des petites lèvres	30	3	44
Ablation totale du clitoris	51	5	49
Ablation partielle du clitoris	214	23	72
Pincement et blessure symbolique	267	28	100
Infibulation	1	0	100
TOTAL	948	100	0

Ce choix exprimé par les femmes dans le tableau ci-dessus est valable dans tous les groupes ethniques et très fortement chez les femmes soussous. Les femmes peules préfèrent de façon équitable « le pincement et la blessure symbolique » et « l'ablation partielle du clitoris ».

Mais les femmes qui vivent en milieu urbain préfèrent très majoritairement « le pincement et la blessure symbolique » à tous les autres types. Chez les femmes malinkés rencontrées, la

³La faiblesse de la présence de ces groupes dans l'échantillon ne permet pas de parler avec certitude sur ce sujet.

⁴L'idée de la question est de savoir si, à ce moment elles devraient être excisées, quel type d'excision elles auraient préféré subir.

préférence va surtout vers « *l'ablation partielle du clitoris* » que « *le pincement et la blessure symbolique* ». Ce point de vue est celui des femmes vivant en milieu rural. Celles qui vivent en milieu urbain ont le même choix que les femmes peules et sousous. Elles préfèrent aussi « *le pincement et la blessure symbolique* » à tous les types de MGF.

2) Lieu de l'excision

Les données collectées semblent suggérer un déplacement du lieu d'excision. Si dans les premières études réalisées comme celles de CHERON (1933) sur « *l'excision chez les malinkés* » et Stanley YODER, CAMARA et SOUMAORO (1999) sur « *l'excision et la socialisation en Guinée* », l'excision se faisait d'abord en « *brousse/rivière* » avant les environs du village et dans les structures sanitaires. Nos données indiquent un glissement significatif, une évolution observable dans d'autres phénomènes sociaux comme le lieu de la célébration du mariage.⁵

En effet, nos données indiquent que le principal lieu d'excision est maintenant le domicile parental (la maison) pour la moitié (50%) des femmes sondées. 24% des sondés ont été excisées dans une structure sanitaire dans laquelle le centre de santé est le lieu principal (19% de ces 24%). Les autres se répartissant entre les cliniques (2%), les postes de santé (2%). Il semble que les hôpitaux (préfectoraux et régionaux) et les centres hospitalo-universitaires (CHU) ne sont pas encore des lieux d'excision. La brousse avec 18% des excisées est le troisième endroit de l'excision. La rivière et la forêt suivent avec respectivement 6% et 2% des sondées.

Le lieu de l'excision se déplace et ce déplacement n'augure rien de bon dans la lutte contre l'excision. Car, par ce processus, l'excision risque de sortir de la sphère publique pour s'installer dans celle familiale où elle risque de demeurer « invisible ». A ce moment précis de cette réalité socio-anthropologique nouvelle, bien malin sera celui qui est capable de prédire la direction future proche et lointaine d'une telle orientation. On peut imaginer deux orientations contradictoires : le départ de l'excision de la sphère publique à celle familiale pourrait rendre plus facile son éradication ou alors elle pourrait se révéler de plus en plus difficile de l'arrêter en raison de sa disparition de la sphère publique.

Dans tous les cas, et en attendant que l'une des deux hypothèses avancées ci-dessus se confirment et/ou s'infirmant, on peut arguer que cette stratégie d'une excision « familiarisée » est une réponse à une double contrainte : celle de l'interdiction de la pratique médicalisée et celle de la pénalisation. Ces mesures sont en soi pertinentes eu égard à l'objectif poursuivi : combattre vigoureusement la pratique de l'excision. Néanmoins, il aurait fallu relire Bourdieu qui avait déjà constaté que les dispositions constitutives de « *l'habitus* » sont transposables d'une activité à une autre.

Ainsi, à partir du moment où les citoyens guinéens ont pris l'habitude de « *familiariser* » les services matrimoniaux par le déplacement de l'administration communale de la mairie à la maison, les mesures légales prises dans le domaine de l'excision constituent un appel d'air pour une transposition des règles développées pour le mariage vers l'excision pour contourner les contraintes imposées. Ainsi donc, l'habitus de l'excision, cette « *structure structurée prédisposée à fonctionner comme structure structurante* » (Bourdieu, 1979) est cette propriété qui permet à l'agent d'inventer une multiplicité de stratégies pour être en harmonie avec sa socialisation.

3) L'âge de l'excision

En comparant nos données et les tendances que l'on retrouve dans des études antérieures sur l'âge de l'excision, il semble que celui-ci change. Dans les années 90 (fiche d'information de l'UNICEF, 2000), l'excision de la petite enfance (moins de 5 ans) concernait 34%, 32% pour les enfants de 5 à 9 ans, 27% pour les enfants de 10 à 14 ans et 3% pour les jeunes filles/femmes.

⁵Depuis quelques années, on constate des familles « importent » du personnel de la mairie à domicile où dans des espaces aménagés, loin de la mairie, pour officier la signature de l'acte de mariage. L'excision à domicile pourrait, si elle est confirmée, rejoindre cette tendance à la « familiarisation » des services publics.

Les données des EDS de 2005 indiquent, que « globalement, plus de trois femmes sur dix (36%) ont subi cette pratique avant 5 ans. Dans une proportion très voisine (32%), les femmes ont déclaré avoir été excisées entre 5 et 9 ans et enfin pour 27 % des femmes, l'excision a eu lieu à un âge plus tardif, entre 10 et 14 ans. En outre, une minorité de femmes (3 %) ont été excisées à un âge relativement avancé (15 ans ou plus) » (Leno, 2005 : 230). Dans l'EDS 2012, il est indiqué qu' « en majorité entre 5 et 9 ans (41 %). Un quart des femmes ont été excisées très tôt (avant l'âge de cinq ans) (25 %) et dans seulement 2 % des cas, l'excision a été effectuée assez tard (à 15 ans et plus) » (Doualamou, 2012 : 329).

Les données de la présente étude indiquent un changement de l'âge de l'excision. En éliminant les femmes qui n'ont pas voulu répondre à la question (277 sur les 948 femmes) et en ne calculant les proportions que sur la base des répondants, 9% disent avoir été excisées avant les 5 ans (la petite enfance), 45% des filles l'ont été entre 5 à 9 ans, 34% pour les enfants de 10 à 14 ans et 12% pour celles après 15 ans.

Tableau 6 : l'âge de l'excision selon l'EDS 2012 et la présente étude

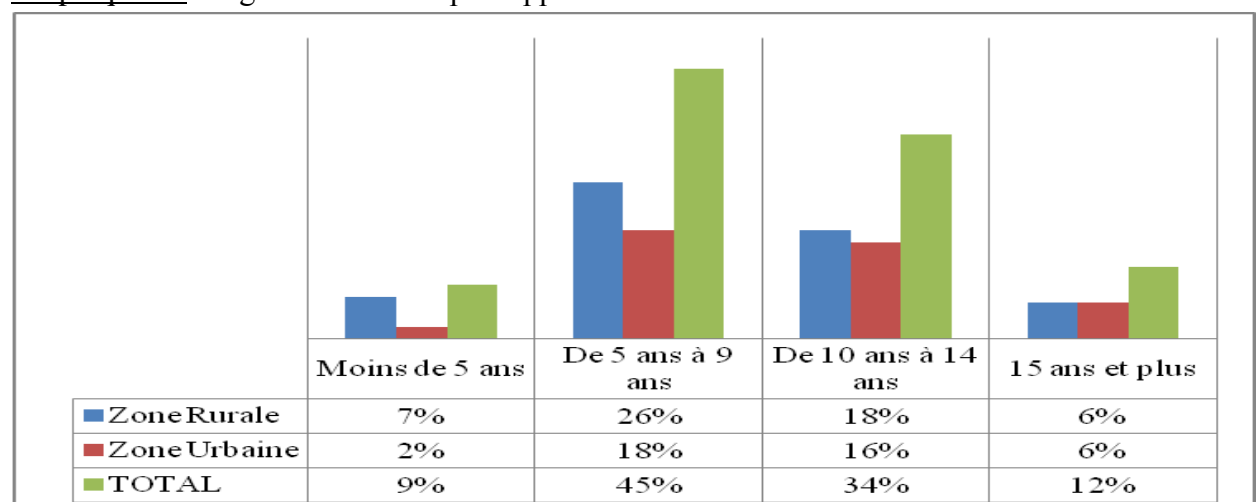
EDS 2012				Etudes de 2015			
Avant 5 ans	5-9 ans	10-14 ans	15 et +	Avant 5 ans	5-9 ans	10-14 ans	15 et +
25%	41%	27%	2%	9%	45%	34%	12%

Comment expliquer ces écarts surtout sur les proportions aux deux extrémités des âges de l'excision (avant 5 ans et après 15 ans) ? Difficile à dire. Peut-être que l'EDS 2012 avait comptabilisé dans la catégorie « avant 5 ans » toutes les personnes qui disaient ne pas souvenir de l'âge exact de leur excision.

A l'autre extrémité (après 15 ans), au-delà de la proportion, il faut noter que les chiffres sont faibles, car elle ne concerne que 80 femmes sur les 671 qui ont accepté de répondre à la question. Dans tous les cas, ce n'est pas étonnant que les données d'un sondage, même représentatif, soit différent qu'une étude démographique et de santé. Mais il est qu'à même souhaitable que le prochain EDS fasse l'effort d'avoir des questions identiques à celui de 2012 pour pouvoir comparer et évaluer les tendances.

D'un autre côté, les données collectées montrent par rapport à la zone d'habitation des variations en fonction de la zone d'habitation. Dans l'ordre de ces écarts, le plus significatif se trouve être la tranche d'âge « de 5 ans à 9 ans ».

Graphique 6 : L'âge de l'excision par rapport à la zone d'habitation



Pourquoi l'excision se fait avant l'âge de 15 ans ? Pour les personnes rencontrées, l'excision à cet âge s'expliquerait par un certain nombre de facteurs. Parmi ceux-ci « l'habitude de faire à cet âge » (l'habitus de Bourdieu) est la première raison invoquée. La seconde raison avancée est qu'il est « plus facile de le faire à cet âge ». On pourrait entendre par là que la capacité de résistance de la fillette est faible en raison de son âge et que probablement la résistance des nerfs de son sexe n'est pas totalement développée. La troisième raison avancée complète la première et la confirme : « ne sais pas ». Cette notion « Ne sais pas » veut simplement dire qu'on a été

soit même excisée autour de cet âge et on a vu d'autres aussi le faire à cet âge, alors on le fait comme pour reproduire un geste au même moment qu'il y a de cela plusieurs années.

Par ailleurs, un regard par rapport à l'appartenance ethnique montre des variations par rapport aux données de l'EDS de 2012. Alors que les résultats de l'EDS de 2012 montraient que :

« Chez les peulh et les malinké, environ les trois quarts des femmes ont subi cette pratique avant 10 ans. Dans les autres ethnies, il semble que l'on excise les filles à un âge plus tardif. Chez les Kissi, 45 % des femmes ont déclaré avoir été excisées entre 10 et 14 ans ; chez les Toma et les Guerzé, ces proportions sont respectivement de 39 % et 34 %. En outre, dans cette dernière ethnie, 15 % des femmes ont été excisées à 15 ans ou plus » (Leno, 2012 : 331).

Lorsqu'on regarde les données collectées et analysées dans le cadre de la présente étude, il se dégage que les ethnies peul et diakanka sont celles dans lesquelles l'excision se fait davantage avant 5 ans. Chez les soussous, les malinkés et les kissis l'excision se fait davantage entre 5 et 9 ans. Entre 10 et 14 ans, l'excision est plus courante surtout chez les soussous et, dans des proportions significatives, chez les peuls, les kissis et les malinkés. Toujours, l'excision après 15 ans concerne les kpèlès, les manos, les konos, les soussous et les kissis.

4) L'excision à un âge avancé

Au-delà de 15 ans, il existe quelques cas d'excision concernant, dans des proportions très différentes, les différents groupes ethniques qui composent la Guinée. Cette pratique semble un peu plus courante chez les kpèlès (10% de femmes kpèlès rencontrées ont été excisées après 15 ans). La pratique existe aussi dans d'autres groupes ethniques dans des proportions moins fortes. C'est le cas chez les kissies, les konos, les kourankos, les tomas. Dans d'autres groupes ethniques comme chez les soussous, les peuls et les malinkés, la pratique est marginale.

La pratique de l'excision des femmes à un âge avancé concernerait même les femmes après le mariage et même la maternité. Ceux qui l'affirment disent que la raison fondamentale de l'excision à un âge avancé s'expliquerait par le besoin de l'initiation.

L'argumentaire de l'initiation a été surtout avancé par les femmes originaires de la Guinée Forestière, en particulier les kpèlès. Chez les soussous, lorsqu'une telle pratique se fait à un âge avancé, il semble que la raison réside dans la volonté d'aider la femme à « *supporter l'acte chirurgical* » de l'excision.

La décision d'exciser une femme à un âge avancé ne se fait pas avec son consentement selon 46% des sondés. 41% considèrent que la femme à exciser est pleinement associée à la décision. Cette différence ne doit pas étonner et traduit les spécificités locales. Chez les kissis, il semble que l'excision d'une femme déjà mariée se fait avec son accord. Elle est associée à la discussion et à la prise de décision. Chez les kpèlès et les tomas, il semble que la femme à exciser n'est pas associée à la prise de décision.

Les données suggèrent aussi que les communautés qui pratiquent l'excision des femmes à un âge avancé n'associent pas celles-ci lorsqu'elles vivent dans leur région d'origine (en Guinée Forestière). Mais lorsque ces femmes vivent à Conakry, elles sont associées à la prise de décision de l'excision.

On peut penser que lorsqu'une communauté impose aux femmes d'un certain âge l'excision pour les initier, celles qui se soustraient à cette pratique pourraient perdre des avantages collectifs ou être exclues de certaines activités. La réponse donnée indique qu'il n'en est rien.

Pour 71% des femmes rencontrées et qui ont répondu à la question (kissi, peul, kpèlè, soussou, malinké, toma et mano), le fait de ne pas être excisée ne prive la femme d'aucune cérémonie ni d'aucune activité. Cependant, il y a 17% des femmes qui estiment qu'une femme non excisée serait interdite de certaines activités et/ou de certaines cérémonies.

Parmi les activités d'exclusion, il y a naturellement le fait de ne pas jouer un rôle dans le processus d'excision d'une fille ou d'une femme. Dans les groupes ethniques où existent des sociétés secrètes, l'excision est la voie royale pour les femmes de jouer un rôle. Dans la région forestière, il est presque impossible de ne pas être excisée et passer incognito, car les groupes ethniques de cette région (Kpèlè et toma) ont développé un « marqueur », un signe distinctif visible (souvent sur le bras ou au front) pour signifier la participation à la forêt sacrée et donc d'avoir été excisée.

5) Période de l'excision

Après avoir appréhendé la typologie des MGF pratiquées, le rôle de certains acteurs (membres de la famille et agents de santé, sur le type d'excision, l'âge où se pratique les MGF, les lieux où elles se pratiquent), il nous reste pour compléter cette section d'explorer les données pour déterminer les périodes de l'année pendant lesquelles les MGF se déroulent et les conséquences sanitaires de cette pratique.

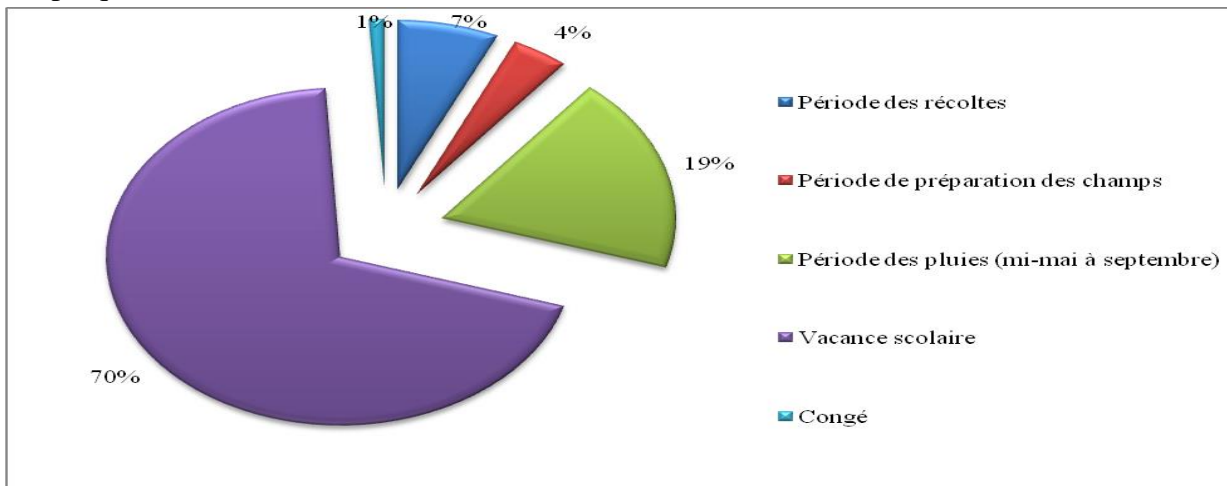
Dans les études antérieures (pendant la période coloniale), l'excision chez les malinkés se faisait, selon CHERON (1933), « *trois mois après la récolte, entre le dixième et le quinzième jour du mois lunaire, au moment de la saison fraîche (janvier-février), le matin, au soleil levant, un jeudi* ». En fait, après la récolte (l'abondance incite à la fête) et au clair de lune pour profiter de la lumière naturelle pour organiser les fêtes. Certaines vieilles personnes ajoutent lors des entretiens que la période de pleine lune était considérée comme un moment où les blessures se cicatrisent plus facilement.

Cette tendance est-elle la même 100 ans après ? Les données collectées permettent de dire que tel n'est plus le cas. Pour l'essentiel, on est passé de janvier à février à la période des vacances scolaires (juillet à septembre).

Quel que soit la préfecture et la zone de résidence, les vacances scolaires sont la principale période de l'excision en Guinée. 70% des répondants affirment que l'excision se fait à cette période. Cette période des vacances scolaires est, dans la réalité, celle de la saison des pluies en Guinée. Certaines des excisions (19%) se font en dehors des vacances scolaires, mais toujours dans la saison des pluies. En effet, la distinction entre les « *vacances scolaires* » et la « *saison des pluies* » résulte du fait que certains des parents interrogés n'ont pas d'enfants à l'école. Pour eux, la période d'excision correspond simplement à la saison des pluies.

Par rapport à la réalité de l'excision et de la circoncision relatées par certains chercheurs comme CHERON (1993), il ne reste plus que 7% des sondés qui affirment procéder à l'excision après la récolte. Contrairement à ce qu'on pourrait penser, ce n'est pas les analphabètes qui procèdent le plus à l'excision après les récoltes, mais plutôt ceux qui ont fait les écoles coraniques « *les madrasas* ».

Graphique 7 : Période d'excision dans l'année.



Il y a **trois moments de l'année** où il semble qu'il n'y a pratiquement pas d'excision. Il s'agit de la **préparation des champs** pour l'activité agricole (autour de mars, avril et mai), entre

novembre et janvier (souvent période de récolte des céréales comme le riz) et lors des **congés scolaires de pâques**.

En plus de ces périodes, qui sont en réalité des périodes d'indisponibilité des enfants, de leur mère et des exciseuses modernes et/ou traditionnelles (année scolaire et activités champêtres), il se dégage, tant du point de vue des données quantitatives que des entretiens réalisés, que la période des fêtes religieuses (Tabaski, Ramadan, pâques) sont aussi d'autres périodes où les filles et les femmes sont préservées de l'excision.

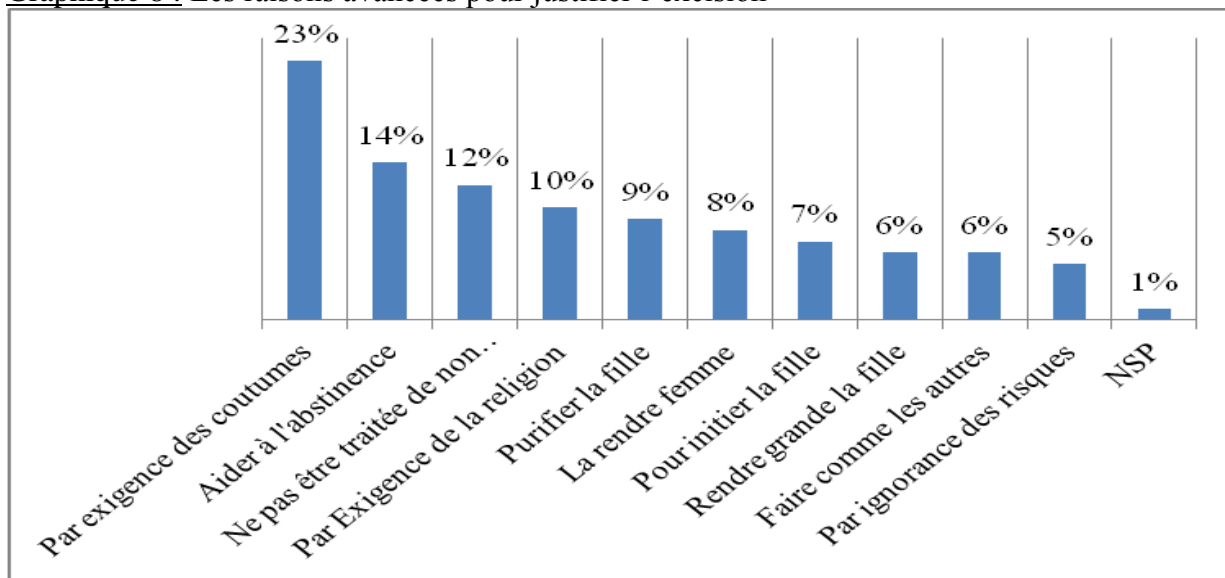
S'il y a donc une période de haute intensité d'excision et des périodes de basse intensité d'excision, les données montrent qu'en dépit de la médicalisation du processus, le caractère communautaire de l'excision n'a pas encore totalement disparu. En effet, un peu moins de la moitié des sondés (48%) affirment que l'excision se fait encore en regroupant plusieurs filles de la même génération (indépendamment de la famille d'appartenance). Pour 45% des sondés le regroupement concerne des filles au sein de la même famille et pour 7% l'excision se fait pour des filles individuellement.

a) LES RAISONS AVANCEES POUR PERPETUER L'EXCISION

Pourquoi les familles continuent à pratiquer l'excision ? En 1999 et 2005 lors de l'EDS, la première raison avancée était la reconnaissance sociale de l'excisée. Ce point de vue concernait 64% des interviewés en 1999 et 65% en 2005. Lors de la présente étude, la reconnaissance sociale qui résulte du « **respect de la coutume** », car rendant la personne à ce qui attendu de chacun reste encore la première raison avancée pour justifier la poursuite de l'excision. Cette raison invoquée est à la fois celle qui se dégage lors des entretiens individuels et de groupe, mais aussi dans les données quantitatives (23% des sondés).

La seconde raison avancée pour justifier l'excision est « **l'aide à l'abstinence** ». La troisième raison est d'éviter à sa fille d'être « **traité de non excisée** » et la quatrième grande raison invoquée par les familles pour exciser leur fille est « **l'exigence de la religion** ». Les autres raisons invoquées sont, dans l'ordre, « **purifier la fille** », la « **rendre femme** », « **l'initiation de la fille** », « **faire comme les autres** » et « **l'ignorance des risques** ».

Graphique 8 : Les raisons avancées pour justifier l'excision



1) Le respect de la coutume

Le respect de la coutume apparaît, pour les familles, comme une donnée fondamentale justifiant l'excision. Que recouvre la notion de « *respect des coutumes* » ? Les entretiens réalisés avec les informateurs clés suggèrent que « le respect des coutumes » équivaut à une reproduction de pratiques ancestrales, sans analyse critique et sans remise en question. En fait, l'équivalent dans les langues nationales du pays serait en pular « *fina tawa* », littéralement, « *on s'est réveillé et on l'a trouvé* ».

Cette notion de respect des coutumes exprime, dans les faits, le processus de reproduction des pratiques sociales, au sens de fait social, « *des manières d'agir, de penser et de sentir, extérieurs à l'individu et qui sont douées d'un pouvoir de coercition en vertu duquel ils s'imposent à tous* ».

La troisième raison invoquée, celle d'éviter à sa fille d'être « traitée de non excisée », est un autre pendant de la première raison avancée. Il s'agit dans l'un ou l'autre des cas des contraintes liées aux pressions et aux contraintes sociales qui sont « *l'ensemble des pratiques qui tendent à produire et maintenir la conformité des individus à certaines normes* ». Ne pas vouloir que sa « *fillesoit déclarée /indexée bilakoro*⁶ » est une hilarité qui relève du contrôle social informel d'un « *fait social* ».

Dans tous les pays, il y a des instruments de contrôle social formel et informel. Le premier est souvent assuré par les lois imposées par l'Etat et exécutées par des organes spécialisés comme les tribunaux et les services de sécurité. Le second est appliqué par chacun des membres de la communauté, de manière diffuse par des mécanismes sociétaux comme les railleries, les réprobations, la mise au ban, etc.

Sur ces deux types de contrôle social, DURKHEIM (1975) écrit que : « *L'une est appliquée par chacun et par tout le monde, l'autre par des corps définis et constitués* ». Pour EDWARD (1988), les systèmes de croyances exercent toujours un plus grand contrôle social que les lois imposées par l'Etat, car, argumente-t-il « *le contrôle social informel a généralement plus d'effet sur les individus parce que les valeurs sociales sont intériorisées, devenant ainsi un aspect de la personnalité de l'individu* ».

On peut mettre dans le lot des coutumes, les personnes qui « *font comme les autres* ». En effet, « *faire comme les autres* » n'est rien d'autre qu'une façon, pas très élégante certes, de s'aligner sur les normes dominantes.

2) L'aide à l'abstinence sexuelle

La seconde raison invoquée pour justifier l'excision ne peut se comprendre que par la prise en compte des implications de ce que les populations nomment « **l'abstinence** » qui permet de protéger et de valoriser « *l'honneur familial* ».

La Guinée est un pays où le mariage est valorisé, car il a été et reste encore le cadre privilégié de la procréation. Le souhait généralement exprimé par tous est de trouver un époux et/ou une épouse avant de faire des enfants. Le fait de procréer avant de célébrer l'union reste ainsi une pratique mal acceptée dans les communautés, même si certaines communautés sont moins strictes que d'autres sur le sujet de la procréation avant l'union conjugale.

Dans ce processus, le pouvoir symbolique, l'ascendant moral de la famille de la fille sur celle de son futur époux commence par la virginité affirmée de la mariée le jour de la nuit de noce. Cette virginité signifie que la famille de la fille éduque « bien », que le père a un contrôle effectif sur son épouse et que la mère de la fille a assuré un encadrement responsable sur ses filles.

Si cette virginité de la fille ne peut être obtenue, les familles guinéennes souhaitent avant tout éviter les grossesses précoces de leurs filles avant leur mariage. En fait, une fille peut, de nos jours, aller à son mariage sans être vierge. Mais si elle n'a pas fait de grossesse avant la célébration du mariage, celui-ci sera célébré comme si elle avait toujours sa virginité. Dans ces conditions, l'excision apparaît comme une façon pour la mère de pouvoir « *dormir tranquille* », sans exercer trop de surveillance, sur ses filles en attendant leur mariage.

Dans ces conditions, l'excision est un instrument sociétal qui permet d'atteindre « *l'honneur et la considération* » pour la famille dont la fille est allée au mariage sans grossesses non désirées. Dans ces conditions, l'excision permettrait de diminuer la libido, le désir sexuel de la jeune fille jusqu'au mariage.

Cet honneur et cette considération se font jour pendant la cérémonie du mariage, qui est un moment de détermination de la puissance des liens de la famille, de son ascendant sur la communauté par la mobilisation collective autour de l'évènement.

⁶Terme malinké signifiant une personne non excisée ou non circoncis.

Ce jour sera marqué par le fait que la belle-famille ramènera la nouvelle mariée avec sur sa tête et son parapluie des billets de banque et une calebasse tenue jalousement par les sœurs de l'époux avec le drap blanc immaculée de sang, preuve tangible de la virginité et de la capacité éducative de la famille et en particulier de celui de la mère, soumise à son époux, elle et ses enfants. C'est pour ce jour, triomphe éphémère du patriarcat, que l'on soumet à sa fille l'excision : **une garantie de la virginité jusqu'au mariage.**

D'ailleurs, les populations ne sont pas dupes sur ce qui ne se dit pas derrière la perpétuation de l'excision. Lorsque la question leur a été posée de savoir ce que « *les familles tirent comme avantage de l'excision* », la première réponse fournie est de dire qu'elle est « *un moyen de maîtrise de la sexualité* » des filles/femmes. En dehors de cette maîtrise de la sexualité, les sondés disent nettement que l'excision « *n'a aucun avantage* ».

Dans les entretiens complémentaires réalisés par notre équipe, l'on s'est rendu compte que plusieurs personnes en Guinée font un lien entre l'excision et la prostitution. Pour plusieurs interlocuteurs, l'excision ne permet pas seulement de réduire le désir sexuel et donc de préserver la virginité des filles. Elle permet aussi, en aimant très peu les rapports sexuels, d'éviter la prostitution aux filles. Ainsi, un parent dira que : « *Nous sommes pauvres, aujourd'hui la prostitution est partout et la seule arme qui reste, c'est l'excision et vous voulez arrêter cette pratique* ». Un autre renchérit en disant que si l'on « *arrête l'excision, la prostitution sera publique devant tout le monde* ». Un troisième prédit qu'en l'absence de l'excision « *dans cinq ou dix ans la prostitution qui est cachée sera publique, c'est-à-dire se développera* ».

Sur ce sujet, comme sur d'autres, certaines personnes ont des positions tranchées fondées sur « *le sens commun* » et qu'il est difficile d'ignorer. Un regard sur les trottoirs de certaines rues de Conakry et des centres de loisirs montrent que la prostitution est déjà très présente en Guinée. Une enquête sur la prostitution pourrait indiquer que la quasi-totalité de celles qui le font sont des filles excisées. On pourrait même ajouter qu'il n'y a aucun lien de cause à effet entre le commerce du sexe et l'excision. L'un n'est pas le fait de l'autre et l'autre n'engendre ni directement ni indirectement la pratique du premier.

3) Une recommandation de la religion musulmane

La troisième grande raison invoquée est le lien entre la religion musulmane et l'excision. Contrairement aux données des EDS de 2005 et 2012, la présente étude n'a pas trouvé l'argument religieux comme un élément explicatif majeur. Dans l'EDS de 2005, Leno indiquait que :

« Pour 39 % des hommes, l'excision apporte à la femme une certaine reconnaissance sociale. En outre, pour un quart d'entre eux (25 %), l'excision est une nécessité religieuse et 12 % ont cité comme avantage la préservation de la virginité de la femme. Pour 8 % des hommes, l'excision apporte une meilleure hygiène à la femme et pour 7 %, la femme excisée à une meilleure chance de mariage » (2005 :233).

Dans l'EDS de 2012, Doualomou, de son côté, indiquait que : « *Dans l'ensemble, 68 % des femmes et 57 % des hommes enquêtés ont répondu qu'ils pensaient que l'excision était une exigence religieuse* ».

Dans la présente étude, il faut noter la faiblesse de la proportion des personnes qui avancent le lien entre la religion musulmane et l'excision (26% des sondés). Cependant, il faut aller plus en profondeur, car ce lien est souvent une hypothèse forte dans la littérature et les politiques de lutte contre l'excision. Pour éclairer nos données, nous avons exploré le sujet en regardant les réponses de tous les sondés (sans distinction de religion). Dans ce cas, on constate que 26% des sondés disent que la religion musulmane ne recommande pas l'excision, 27% pensent que la religion l'exige et 27% disent ne pas savoir.

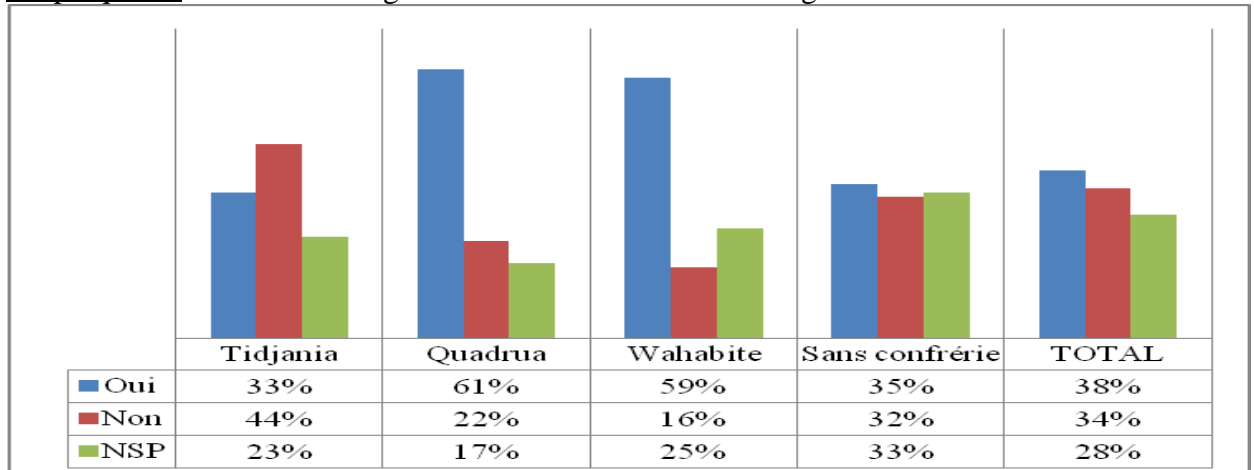
Pour estimer à sa juste mesure ce lien, nous avons regardé les propos de seulement ceux qui se sont déclarés de confession musulmane. Dans l'ensemble, ceux qui pensent que l'excision est

une recommandation de l'islam (33%), ceux qui pensent le contraire (31%) et ceux qui disent « ne pas savoir » (28%) pèsent du même poids parmi ceux de religion musulmane.

Une analyse détaillée de ce lien, à travers leur appartenance confrérique, montre très clairement que c'est dans la confrérie du Wahhabisme (59% de ceux-ci) que l'on rencontre la plus forte proportion des personnes qui considèrent que l'excision est une obligation de l'islam. Ils sont suivis par ceux de la confrérie Quadria (61% des membres de cette confrérie).

Parmi ceux de la confrérie Tidjania, il y a 44% qui considèrent que la religion musulmane ne recommande pas l'excision et 33% qui considèrent que la religion musulmane recommande l'excision. Les autres musulmans qui ne sont d'aucune confrérie estiment, à une courte tête (35% pour le oui, 32% pour le non et 33% qui ne savent pas), que l'excision est une obligation de l'islam.

Graphique 9 : Liens entre religion musulmane et confrérie religieuse



Etant donné que ces musulmans prient dans différentes mosquées, que les vendredis sont des jours où les imams font des prêches avec, souvent, des orientations de la ligue islamique (la tutelle administrative des autorités religieuses), il nous a semblé utile de savoir ce qui se dit dans ces sermons dans le domaine de la lutte contre l'excision.

Sur les 167 leaders religieux rencontrés, 43 affirment (25%) avoir été formés sur les méfaits des MGF. Parmi ces 43 leaders religieux, 34 affirment connaître des collègues à eux formés contre les MGF aussi. En dépit de tout, ce chiffre apparaît comme faible si l'on tient compte que pendant des années les leaders religieux ont été considérés comme des acteurs clés dans la promotion de la lutte contre les MGF et des actions ont été orientées vers eux. Les données indiquent que pour ces 25%, les formations ont surtout eu lieu entre 2012 et 2014 (27 sur les 43 leaders religieux formés).

Si l'on regarde en direction des instructions reçues de la part de leur tutelle en rapport avec les sermons du vendredi pour lutter contre l'excision, on se rend compte d'une ambivalence. Si 20 de ces leaders religieux affirment avoir reçu des sermons de la ligue islamique nationale leur demandant de prêcher pour l'abandon des MGF par la population. 25 autres disent avoir reçu d'autres sermons de la ligue islamique leur demandant d'encourager la population à continuer la pratique de l'excision. Ces leaders religieux qui l'affirment habitent principalement Forécariah et Kankan. Paradoxalement, des préfectures qui se caractérisent par des niveaux de réticence élevée en rapport à l'abandon de l'excision.

Cette ambivalence, les sondés la constate dans la position réelle des imams sur l'excision. 35% des sondés considèrent que les imams « encouragent la pratique de l'excision », 30% considèrent qu'ils « découragent sa pratique », 28% considèrent qu'ils ne « disent rien » et 8% considèrent qu'ils disent de « couper un peu »⁷.

Cette ambivalence générale qui se caractérise par le fait qu'il est difficile d'avoir une position nette des imams sur la question cache des particularités et constitue un véritable problème dans la lutte contre cette pratique.

⁷D'exciser donc un peu.

Lorsqu'on regarde les réponses en tenant compte de l'appartenance ou non à une confrérie, on se rend compte que celle-ci a une incidence sur les réponses. Ceux des sondés des confréries Quadia et Wahabia disent entendre, dans des proportions plus importantes (respectivement 75% et 55% parmi les membres de chaque confrérie), les imams « encourager la pratique de l'excision ». Ceux des confréries Tidjania et ceux sans confrérie disent avoir entendu, dans des proportions identiques, les imams encourager et/ou décourager la pratique de l'excision. C'est aussi parmi les membres de la confrérie Tidjania que se trouve la plus forte proportion des leaders religieux musulmans favorables à la lutte contre l'excision.

La première particularité qui saute aux yeux est le fait que les sondés de certaines préfectures, plus que d'autres, considèrent que les imams « encouragent la pratique de l'excision ». Il s'agit surtout de Gaoual et de Conakry. Un effort substantiel pourrait se faire pour renforcer la tendance à aller dans la même direction à Forécariah, à Guéckédou et à N'Zérékoré. C'est dans les préfectures de Labé et surtout de Kindia que les sondés considèrent le plus que les imams « découragent la pratique de l'excision ». A Kouroussa et à Boké, il semble que les imams « sont indifférents à la pratique ». C'est aussi l'attitude dominante chez les imams de Conakry, à Kankan et à Guéckédou.

Tableau 7 : Impression sur les sermons des imams par préfecture.

	Conakry	Boké	Forécariah	Kindia	Gaoual	Labé	Guéckédou	Kankan	Kouroussa	N'zérékoré	TOTAL
Encourage la pratique	35%	16%	19%	14%	49%	16%	16%	12%	5%	26%	21%
Décourage la pratique	17%	23%	41%	75%	12%	55%	44%	35%	17%	42%	35%
Sont indifférents à la pratique	37%	58%	29%	10%	23%	17%	31%	43%	74%	29%	36%
Encouragent parfois et découragent d'autres fois	12%	3%	10%	1%	16%	11%	9%	10%	5%	4%	8%
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Ces données collectées suggèrent que les sermons du vendredi ne vont pas toujours dans la même direction en matière de prise de position par rapport à l'excision. Il y a donc une pluralité de discours d'une mosquée à une autre, d'un moment à un autre et d'un imam à un autre. Les entretiens réalisés permettent d'éclairer cette situation.

On peut dire que les sondés n'entendent pas toujours la même chose dans les mosquées et que toutes les mosquées ne véhiculent pas toujours le même message en rapport à l'excision. Les entretiens réalisés avec des pratiquants révèlent que le discours des imams change souvent d'un sermon à un autre. Tantôt, ils déclarent que c'est une pratique contraire à la religion, plus tard ils défendent l'idée contraire. En fait, la mise en relation entre ces moments et les activités de lutte contre l'excision montrent que les périodes de forte campagne contre l'excision sont aussi les moments où les sermons contestent le lien entre l'excision et la religion. Les moments de relâchement de l'Etat et de ses partenaires dans la promotion de l'abandon de l'excision sont aussi des périodes où les sermons vont vers l'encouragement de cette pratique ou de silence assourdissant sur la question.

L'autre élément qui apparaît dans les entretiens, c'est la position singulière de chaque confrérie par rapport à l'excision. C'est parmi les Wahhabites, et dans une moindre mesure les Quadria, que l'on rencontre la plus forte affirmation que l'excision est une recommandation de l'islam. Cela apparaît très évident dès que l'on croise les données sur cette question par rapport à la confrérie et la zone d'habitation. Dans une situation pareille, on se rend compte que les zones de forte concentration de Wahhabites sont aussi celles où l'affirmation de l'excision comme recommandation de l'islam est la plus forte. Il s'agit de Kankan et la commune de Ratoma où on rencontre la plus forte proportion des sondés qui affirment avoir entendu des sermons « encouragés la pratique de l'excision » et surtout dans des mosquées tenues par les Wahhabites.

Tableau 8 : Type de sermons entendus en fonction de la confrérie

	Tidjania	Quadria	Wahhabite	Sans confrérie	Total

Encouragent la pratique de l'excision	37%	75%	55%	29%	36%
Découragent la pratique de l'excision	36%	19%	7%	29%	29%
Ne disent rien	12%	0%	27%	38%	27%
« Couper un peu »	15%	6%	11%	4%	8%
Total	100	100	100	100	100

Les sondés mettent en doute le poids attribué à la religion et aux leaders religieux dans la pratique et/ou la lutte contre l'excision. En effet, lorsqu'il a été demandé aux sondés quelle serait l'attitude des populations si les imams et les prêtres demandent d'arrêter l'excision, il n'y a que 17% qui pensent que « *toutes les familles* » vont le faire et 56% estiment qu'il y aura « *quelques familles* » qui vont le faire. Les 27% se répartissent entre ceux qui pensent que cette injonction n'arrêtera pas la pratique de l'excision et 17% disent « *ne pas savoir* ».

Les leaders religieux interrogés semblent moins certains de leur influence sur les simples citoyens concernant la question de l'excision. Sur la même question, il n'y a que 14% des leaders religieux qui pensent que leur injonction sur ce sujet pourrait conduire « *toutes les familles* » à abandonner la pratique de l'excision.

Parmi les trois communautés ethniques les plus importantes numériquement en Guinée (soussou, peul et malinké), c'est parmi les répondants de l'ethnie peule que l'on rencontre la plus forte proportion des sondés (19%) qui considèrent que l'influence des leaders religieux pourrait amener « *toutes les familles* » à arrêter la pratique de l'excision. Dans les deux autres groupes (soussou et malinké), la proportion est à 17%.

Au-delà des sermons et autres messages officiels que les leaders religieux véhiculent, certains parmi eux sont aussi sollicités par les populations pour obtenir un avis sur l'excision. 89 des 167 leaders religieux affirment être sollicités pour donner un avis sur l'excision. Si 53% des leaders religieux disent être consultés, on peut admettre qu'ils possèdent un moyen réel d'influence sur la pratique de l'excision. Car après tout leur avis, celui qu'il délivre aux demandeurs, est enrobé de la vérité d'un livre saint qu'il n'est pas habituel chez la population d'interroger.

Enfin, la notion de « purification » avancée comme justificatif de l'excision est souvent un complément pour ceux qui considèrent que la religion recommande, ou du moins n'interdit pas l'excision.

Cette notion de purification est une façon de dire que la femme non excisée garde par devers elle, quand on n'a pas enlevé son clitoris comme le capuchon chez le garçon, des impuretés qui l'empêche d'être propre même après ses ablutions pour prier et cuisiner pour son époux. Dans certains discours de « sens commun » destinés à perpétuer la pratique, des interlocuteurs ont avancé qu'une femme non excisée serait impure et ne pourrait ainsi cuisiner pour son époux

4) L'initiation

L'initiation est une autre des raisons avancées pour expliquer le pourquoi de l'excision par les familles. Dans la réalité, les autres raisons invoquées comme « *purifier* », « *rendre grande la fille* » participent du même processus : celui de préparer la fillette à devenir femme pour la faire épouser.

L'initiation à la socialisation communautaire est une des plus anciennes raisons avancées pour expliquer la persistance de l'excision. En effet, il y a de cela un siècle, l'excision, la circoncision, la récolte, le début du labour, rythmaient la vie monotone des villages. Ces moments étaient non seulement préparés collectivement, mais ils étaient aussi un moment de transmission de valeurs et de normes.

Dans toutes les communautés africaines au Sud du Sahara, il y avait tout un rituel qui encadrait tout le processus de l'excision (janvier-février) qui commençait par l'annonce du jour de l'excision. À partir de ce moment :

« Les jeunes filles à opérer partent aussitôt visiter les membres de leur famille habitant les villages voisins [...] on se prépare chez elles

*pour le solici8 en pilant des céréales, en
fabriquant du savon, en tissant de la cotonnade »
(CHERON, 1933 : 300).*

Les données actuelles montrent, de façon générale, que le caractère initiatique et collectif de l'excision est devenu formel. Alors qu'après l'excision, dans les temps anciens, toutes les filles excisées « *entraient en retraite dans le bolo⁹ de la demeure de la sémamouso¹⁰ où, avec ses compagnes excisées le même jour qu'elle, elle demeure sous la surveillance de la sémamouso assistée de la kountigui¹¹ »*

Les données collectées montrent, premièrement, qu'après l'excision le lieu « *initiatic* » est la demeure familiale selon 67% des sondés. Les cas où l'initiation se fait en « *brousse* », loin du domicile familial, se rencontrent en Guinée Forestière. Dans la région de la Basse Guinée, en dehors de Conakry, il semble qu'il existe toujours un endroit, séparé du domicile familial, à côté du village où la retraite initiatique des filles excisées se fait.

Pour l'essentiel, l'initiation après l'excision est un une sorte de cours sur le comportement pour « *tenir la maison après le mariage* » (25% des sondés), « *le respect des aînés* » selon 21%, essentiellement chez les diakankas, les soussous et les kpèlès, se « *soumettre à sa famille* » (18%), surtout chez les kpèlès, et « *tenir sa langue* », surtout chez les diakankas de Boké plus que ceux de Gaoual.

b) LES AVANTAGES QUE LES FAMILLES TIRENT DE L'EXCISION

Quels sont les avantages que les familles tirent de l'excision ? Cette question que l'étude avait voulu ordonnée (réponses à classer par ordre d'importance), il apparaît qu'il y a un avantage majeur que les familles espèrent de l'excision et un avantage secondaire qui se rapproche du premier.

L'avantage premier que les familles espèrent tirées de l'excision est de « *brider la sexualité des filles* » (31%). Il y a néanmoins 21% qui le font et qui n'en attendent « *aucun avantage* » particulier pour la famille. À y regarder de près, on pourrait même estimer que les 21% qui disent l'excision n'apporte « *aucun avantage* » sont des personnes qui font l'excision pour céder, d'une façon à une autre, à de la pression sociale. Car habituellement, lorsque quelqu'un décide de faire une action, surtout sur sa fille, alors qu'il avoue n'attendre en retour « *aucun avantage* », cela pourrait signifier implicitement qu'il le fait pour éviter à y réfléchir ou du moins à devoir s'expliquer. Et en troisième position, du premier rang, il y a 17% qui admettent que la première raison de l'excision est une façon de « *céder à la pression sociale* ».

Au second rang, de façon ordonnée, La « *pression sociale* » qui figure au 3^{ème} rang parmi le premier groupe redevient le 1^{er} rang du second classement. « *L'initiation aux valeurs de la communauté* » suit avec 10% des sondés et précède le fait de reconnaître que l'excision est un mécanisme pour « *rendre soumise les femmes dans le foyer* ».

Ces informations, telles qu'elles apparaissent dans les avantages attendus des personnes rencontrées, interpellent lorsqu'on raisonne en mettant ensemble le fait de vouloir « *brider la sexualité* » des femmes et d'asseoir leur « *soumission au sein de leur futur foyer* ». Les féministes n'ont pas totalement tort lorsqu'elles interprètent l'excision comme un instrument de domination masculine.

Tableau 9 : Les avantages que les familles tirent de l'excision par ordre d'importance.

	Effectifs	1 ^{er} avantage	Effectifs	2 ^{ème} avantage
Non réponse	235		769	
Aucun avantage	416	21%	20	1%
Inhiber la sexualité des filles	605	31%	272	19%

⁸Littéralement: veille (si) du prépuce (soli). Si signifie principalement, passer la nuit.

⁹Case commune à l'entrée d'une habitation, servant généralement à recevoir les étrangers.

¹⁰Littéralement, femme Sema. Celle en charge de l'initiation pendant les 45 jours de la retraite à la suite de l'excision.

¹¹La fille la plus âgée, celle qui a été excisée en première position et qui assume le rôle de cheftaine du groupe des excisées.

	Effectifs	1 ^{er} avantage	Effectifs	2 ^{ème} avantage
Faciliter la soumission des filles au sein du foyer	156	8%	202	14%
Embellir les filles et les féminise	87	4%	123	9%
Céder à la Pression sociale	342	17%	446	32%
Considérations religieuses	87	4%	114	8%
Rendre les filles plus fécondes	2	0%	12	1%
Initier les filles aux valeurs de la communauté	192	10%	72	5%
Aider les filles à tenir leur langue	31	1%	96	6%
Aider à Respecter les aînés	26	1%	54	4%
TOTAL/ réponses	1 944		1410	

Lorsqu'on compare le point de vue des hommes et des femmes, on se rend très clairement compte que les femmes ont conscience de l'avantage que les hommes tirent de l'excision. En effet, le tiers des femmes (31%) considèrent que l'avantage premier que les familles tirent de l'excision est celui « *d'inhiber la sexualité* » des femmes. 13% des femmes considèrent que l'excision est un instrument pour les « *rendre plus soumises au sein de leur foyer* ».

La plus forte proportion des hommes (27%) considèrent la « *pression sociale* » comme la raison première de l'excision et 20% autres font de « *l'inhibition de la sexualité des femmes* » comme la raison de l'excision.

Lorsqu'on regarde les mêmes données en fonction de l'appartenance ethnique, il apparaît quelques similitudes et suffisamment de différences. Dans l'ordre des ressemblances, on peut noter que l'excision est une façon de céder à la « *pression sociale* ». Cette pression semble plus ressentie dans les communautés kpèlè et malinké. Il semble aussi que c'est dans la communauté kpèlè que la perception que l'excision est un instrument d'inhibition de la sexualité est la plus forte avec 30% des personnes qui le disent. Enfin, c'est dans la communauté kissi que l'on rencontre la plus forte proportion de ceux qui pensent que l'excision n'a « *aucun avantage* ».

Tableau 10 : les avantages de l'excision pour les familles en fonction de l'appartenance ethnique.

	Soussou	Peul	Malinké	Kissi	Kpèlè
Aucun avantage	6%	7%	8%	16%	6%
Inhiber la sexualité des filles	17%	25%	24%	23%	30%
Faciliter la soumission des filles au sein du foyer	10%	9%	9%	11%	10%
Embellir les filles et les féminise	7%	7%	6%	6%	5%
Céder à la Pression sociale	23%	24%	28%	23%	26%
Considérations religieuses	5%	7%	7%	6%	5%
Rendre les filles plus fécondes	0%	0%	0%	1%	3%
Initier les filles aux valeurs de la communauté	11%	7%	7%	6%	7%
Aider les filles à tenir leur langue	10%	6%	6%	4%	4%
Aider à Respecter les aînés	11%	7%	6%	5%	4%
TOTAL	100	100	100	100	100

1) Les familles qui n'excisent pas

En dépit du taux de prévalence des MGF en Guinée, les données collectées indiquent qu'en Guinée, malgré le poids de l'habitude d'excision, il y a encore des familles qui n'excisent pas. Sur les 1 533 ayant répondu à la question portant sur la connaissance de familles qui ne pratiquent pas l'excision, 411 personnes, soit 27% des sondés, disent connaître des familles qui ne pratiquent pas l'excision. Lorsque la même interrogation ne porte que sur les femmes, la proportion passe à 29%.

Peut-on reconnaître ces familles ? Très majoritairement (71%), les sondés disent « Non ». Il n'y a que 11% qui disent pouvoir reconnaître une famille qui ne pratique pas l'excision. Ces personnes qui disent pouvoir identifier une famille qui ne pratique pas l'excision arrivent à le faire par le truchement des voisins (78%) et les vieilles femmes (13%). Les deux autres acteurs du commérage sont les exciseuses (en racontant à tous n'avoir pas eu les filles de telles ou telles familles sous la main) et les fillettes qui racontent ce qu'elles apprennent de la bouche de leurs copines non excisées.

Les sondés qui déclarent qu'il existe des familles qui ne pratiquent pas l'excision (les 411 personnes qui sont donc au courant d'une telle réalité) déclarent très majoritairement, 245 sur les 411, que ces familles ne tentent pas de le cacher. Malheureusement, ces familles ne se mobilisent que très rarement pour influencer d'autres à arrêter l'excision.

Deux des préfectures (Kouroussa et Forécariah) dans lesquelles il existe des actions de sensibilisation d'association de lutte contre l'excision se démarquent par le fait qu'aucune des familles qui ne pratiquent pas l'excision ne se trouve en association avec d'autres pour influencer les autres. C'est à Boké et un peu à Guéckédou que l'on rencontre la plus forte proportion des sondés qui disent que des femmes qui ne pratiquent pas l'excision sont réunies pour influencer celles qui continuent à exciser.

Pour le moment, et sur la foi des données dont nous disposons, ces familles n'ont pas encore « beaucoup » d'influence sur les autres familles qui pratiquent l'excision. Il n'y a que 26% des sondés qui affirment que ces familles qui ne pratiquent pas l'excision exercent « un peu » d'influence sur le reste de la communauté.

2) Conséquences sanitaires des MGF

La plupart des campagnes de lutte contre les MGF mettent de l'avant ses conséquences sur la santé de la femme. Pour documenter cette information, l'EDS de 2005 l'avait sollicitée auprès des mères des filles excisées. A l'époque, les mères avaient certifiées que :

« Leurs filles récemment excisées avaient souffert de complications pendant ou après l'excision, les mères ont répondu que dans 29 % des cas, des filles avaient eu, au moins, une complication et 13 % en avaient eu, au moins deux » (Doualamou, 2005 : 232).

Dans le cadre de la présente étude, la même information a été cherchée auprès des femmes enquêtées et du personnel de santé et/ou des exciseuses pour mesurer les liens entre l'excision et certaines pathologies des femmes.

Contrairement à la croyance tenace des populations guinéennes qui ont de la difficulté à appréhender le lien direct entre l'excision et les problèmes de santé des femmes, les données collectées permettent de jeter de la lumière sur certaines des conséquences sanitaires de l'excision.

Sur les 948 femmes interrogées, 311 (33%) ont décidé de ne pas répondre à la question et 253 (27%) ont indiqué avoir eu des complications. Sur les 637 qui ont répondu à la précédente, il n'y a que 213 qui ont accepté de répondre à la question portant sur la typologie des complications liées à l'excision. Ces 213 femmes ont d'abord indiqué les saignements pendant l'excision, bien avant des douleurs lors de l'excision et des complications pendant l'accouchement.

La même question posée exclusivement aux agents de santé permet de confirmer l'existence de complications sanitaires après l'excision. En effet, sur les 190 agents de santé interrogés, si l'on exclut les 37 qui n'ont pas répondu à la question posée, il y a 74 (39%) qui ont admis l'existence de complications sanitaires pendant l'excision. Ces complications sont avant tout des saignements (87% des agents de santé l'ont dit) et les douleurs (13% des agents de santé). Lors des accouchements, le personnel de santé confirme aussi (26% des agents de santé rencontrés) avoir constaté des complications liées directement à l'excision.

c) LES ACTEURS ET LE PROCESSUS DANS LA PERPETUATION DE L'EXCISION

Cette seconde section poursuit l'exploration des déterminants de l'excision en mettant en avant les acteurs qui participent, facilitent, encouragent et prennent la décision de l'excision au sein des familles et des communautés, mais aussi le processus qui entoure une telle décision.

L'autre aspect au centre de cette section porte sur l'autre versant des déterminants de l'excision en essayant de déceler les acteurs qui jouent et/ou qui pourraient jouer un rôle dans l'arrêt de ladite pratique. Dans l'un et l'autre des cas, nous explorerons aussi les messages et les mécanismes mis en avant pour conforter l'excision et/ou la combattre.

1) Derrière l'excision : un mécanisme communautaire et familial dominé par la mère ?

Au regard des données collectées, **l'excision**, contrairement à la croyance populaire, ne fait pas l'objet d'un débat communautaire public. Il l'est un peu plus au sein des ménages où la moitié des sondés mariés (51%) affirment qu'il y a « *une habitude de parler de l'excision entre l'époux et l'épouse* ».

La discussion entre couple sur l'excision se pose surtout dans le cas où /se trouvent en présence/ le service est demandé à des agents de santé par des fonctionnaires de l'administration publique et du secteur privé. Les premiers sont au centre du dispositif de l'excision et ont l'habileté pour mesurer les conséquences et les seconds ont un niveau d'instruction et donc d'informations au-dessus de la moyenne des Guinéens.

Cet échange au sein du foyer semble aussi être en lien avec l'appartenance ethnique. Il est plus fréquent dans les ménages malinkés et kpèlès que dans ceux des groupes ethniques peuls et soussous.

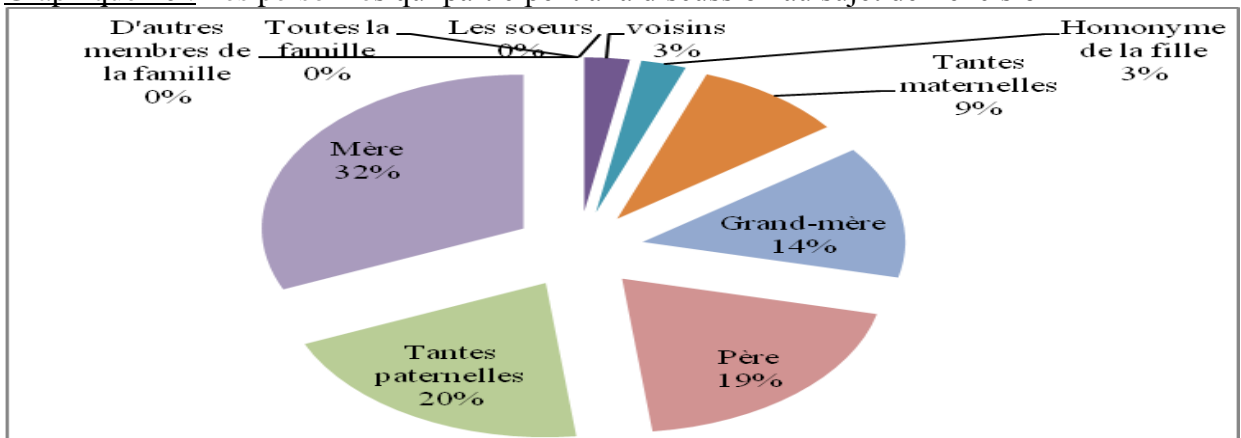
Si la question de l'excision fait partie des sujets d'échanges au sein de la moitié des ménages (les résultats ne prennent en compte que les mariés), le débat semble absent dès que le cas concret d'une excision approche. Ainsi, à la veille d'une excision dans une famille, il n'y a que 34% des sondés en situation de vie conjugale qui affirment qu'il s'instaure un débat au sein du ménage. C'est comme si, à l'approche d'un cas réel, on évite d'en parler pour éviter de susciter des positions inconciliables.

Dans ce cas, c'est encore et toujours dans les mêmes catégories (agents de santé, employés du secteur privé et public) que l'on rencontre les fortes proportions des sondés qui disent qu'il y a un débat avant l'excision. Les couples des exciseuses indiquent aussi, dans des proportions fortes, l'existence de débats entre les conjoints. Dans ce dernier cas, nous présumons qu'il s'agit moins d'un débat sur l'opportunité ou non de l'excision que d'un débat sur les préparatifs eux-mêmes de cette pratique.

Lorsque la discussion est élargie à la famille africaine¹², il y a souvent trois acteurs présents : **la mère, les tantes paternelles**, parfois **les pères**, et souvent **les grands-mères** (la mère du père ou de la femme). Les pères semblent présents lors de cette discussion chez les malinkés plus que chez les peuls et les soussous. Les grands-mères sont plus présentes chez les soussous que dans les autres groupes ethniques.

¹²En fait, il s'agit du lignage (ensemble de personnes qui reconnaissent un ancêtre commun).

Graphique 10 : Les personnes qui participent à la discussion au sujet de l'excision



Après discussion au sein du ménage et de la famille et quel que soit la composition du ménage du point de vue ethnique, niveau d'instruction, zone d'habitation ou tout autre paramètre sociodémographique, **la femme** (mère de la fille) est la personne qui, au sein de la famille, détient la position éminente dans la prise de décision.

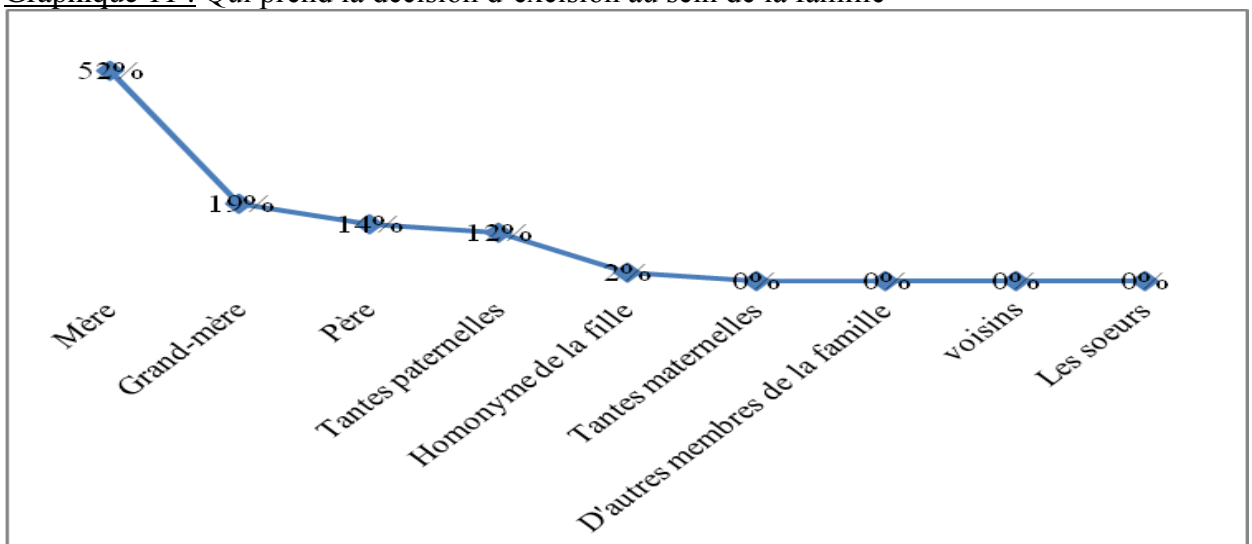
La mère est suivie de loin, dans sa capacité de prise de décision, par la **tante paternelle**, la **grand-mère** et enfin **le père**. Les tantes maternelles suivent et précèdent les homonymes de la fille à exciser, surtout en région forestière (kpèlès, kissis et tomas). Les voisins, d'autres membres de la famille et les autres personnes exercent peu sur la décision de l'excision d'une fille.

Si dans presque toutes les ethnies rencontrées, le rôle de la mère est prépondérant, tel n'est pas le cas chez les bagas où les données indiquent un rôle majeur du père. Chez les landoumas, les données indiquent aussi un rôle prépondérant de la grand-mère et des tantes paternelles bien avant celle de la mère.

Chez les malinkés, il semble que le poids des tantes paternelles et celui de la grand-mère dans la décision de l'excision est équivalent. Chez les peuls, le poids de la mère est très dominant. Il est suivi par celui des tantes paternelles qui exercent un poids plus important que celui du père et de la grand-mère. Chez les soussous, après la mère, c'est la grand-mère qui semble jouer un rôle prépondérant dans la prise de décision sur l'excision.

La participation des autres membres du ménage et de la famille (sœurs, tantes, grands-mères, homonymes et autres parents) dans la prise de décision en rapport avec l'excision ne doit pas masquer le fait que **la décision finale est celle de la mère**. 52% des sondés pris en considération (les sondés qui vivent en ménage au nombre de 1 416 personnes) dans cette analyse confirment cet état de fait. Les autres qui pèsent dans une décision finale sont la **grand-mère** (19%), avant **le père** (14%), les **tantes paternelles** (12%) et les **homonymes** pour 4%.

Graphique 11 : Qui prend la décision d'excision au sein de la famille



Pour l'essentiel, c'est la mère qui a pris la décision du type d'excision. Les trois autres actrices qui jouent un rôle dans cette décision sont les **tantes paternelles** (les sœurs du père), **l'exciseuse** et **la grand-mère**.

Tableau 11 : Qui prend la décision d'excision de la fille au sein de la famille.

	Effectifs	%
Les sœurs	0	0
Les tantes maternelles	2	0
D'autres membres de la famille	2	0
Les voisins	0	0
L'homonyme de la fille	32	1
Les tantes paternelles	171	8
Le père	205	9
La grand-mère (mère de l'épouse)	271	12
La mère	733	34
Non réponse	763	35
TOTAL	2179	100

Si dans l'ensemble, c'est la mère qui est « **l'ordonnatrice** » de la pratique de l'excision et du type appliqué, elle est aussi, de loin, celle qui assure le paiement des frais de l'opération. Pour 47% des femmes rencontrées, c'est la mère qui a financé le coût de l'excision.

Il y a néanmoins 26% qui affirment que c'est le père qui a assumé les coûts de l'excision auprès de l'exciseuse. Le milieu de résidence ne semble avoir d'incidence sur la participation du père dans le financement de l'opération d'excision. Enfin, les grands-mères de la fille mettent aussi la main au porte-monnaie pour financer les coûts de l'excision selon 14% des sondés, surtout dans la communauté soussou.

Lorsque la mère amène sa fille dans la structure sanitaire ou lorsqu'elle fait appel à une exciseuse et/ou agent de santé à la maison, personne, selon les exciseuses et/ou les agents de santé n'ont vu un membre de la famille venir s'opposer à cette décision.

On peut donc partir de l'hypothèse que si la décision d'exciser revient à la femme, c'est elle aussi qui peut s'opposer à l'excision. Malheureusement, les choses ne sont pas si simples. Lorsqu'on a demandé « *si les mères pouvaient s'opposer à l'excision de leurs filles* », les réponses obtenues sont très proches entre ceux qui pensent qu'elles peuvent le faire (48%) et ceux qui pensent le contraire (42%).

Les mères ont donc le pouvoir de faire exciser leur fille, mais pas celui absolu de refuser l'excision de leur fille. *Comment expliquer ce paradoxe ?* La première raison invoquée par 68% des 594 personnes qui ont répondu à la question est « *la peur des critiques au sein de la famille* ». Cette peur des critiques familiales suggère que les mères ont le pouvoir d'aller dans le sens des valeurs communes partagées plus facilement que de celui de s'en écarter. Dans leur foyer, elles ont un pouvoir réduit quand-il s'agit de s'opposer à la tradition, car les enfants ne lui appartiennent pas. Le caractère patriarcal des familles limite la marge de manœuvre des mères. Ce moindre pouvoir au sein de leur foyer est compensé par le pouvoir d'interférence qu'elles ont au sein de ceux de leurs frères ou qu'elles auront lorsqu'elles auront le statut de grand-mère.

Cependant, lorsqu'on demande seulement aux femmes si elles peuvent s'opposer à l'excision de leur fille, elles sont plus de la moitié des interrogées à penser qu'elles peuvent s'y opposer. Quelque soit l'angle adopté, on se rend compte que les femmes de toutes les ethnies ne sont pas logées à la même enseigne.

Sur la foi des données collectées, il semble que le poids des mères de l'ethnie soussou et de l'ethnie malinké est sensiblement égal et n'est pas fort (moins de 50% des femmes de ces deux communautés ont dit pouvoir s'opposer à l'excision de leur fille). Le poids gérontocratique de ces communautés pourrait expliquer ce moindre pouvoir.

Les femmes tomas, bagas, kpèlès, kissiennes disent dans des proportions fortes et, dans une moindre mesure, koniankas et peul, capables de s'opposer à l'excision de leur fille. Les mères

des filles des communautés manon, mikiforè et surtout diakanka semblent posséder de très peu de pouvoir pour s'opposer à l'excision de leur fille. C'est probablement dans ces communautés, en particulier celle diakanka, que les femmes exercent peu d'activités génératrices de revenu et donc « libératrice de la décision ».

L'une des raisons que nous avançons pour expliquer cette différence entre les femmes des différents groupes ethniques réside dans leur autonomie économique relative. En fait, dans les communautés où les femmes ont une activité économique génératrice de revenu, celles-ci semblent plus outillées pour peser dans la décision d'exciser ou non leurs filles.

Les deux autres raisons évoquées pour justifier le peu de pouvoir des mères sont : « *la peur d'être divorcée ou répudiée* », celle d'être « *ostracisée* » et/ou même « *peur d'être battue* ». Lorsqu'on analyse ses raisons en fonction de l'appartenance ethnique, on se rend compte qu'il y a énormément de variation. Ainsi, c'est parmi les mères des groupes ethniques peul du Wassoulou et diakankas que l'on rencontre la plus forte proportion des femmes qui disent avoir « *peur d'être battues* » en cas d'opposition à l'excision de leur fille. Cette indication, si elle se confirme dans des études plus sectorielles, mérite un approfondissement dans le cadre des actions en direction des violences faites aux femmes.

C'est dans les femmes des groupes ethniques mikiforè, peul et surtout diakanka que l'on rencontre la forte proportion des mères qui disent avoir peur « *des malédictions familiales et des ancêtres* » en cas d'opposition à l'excision de leur fille.

Mais alors *qui peut s'opposer à l'excision d'une fille au sein de la famille ?* Les données disent très clairement que c'est **le père**. Pour 62% des sondés, celui qui peut s'opposer à l'excision de d'une fille est son père. Cette capacité globale du père masque des variétés de situation. Sur la foi des données, les pères qui semblent avoir moins de capacité à s'opposer à l'excision de leur fille sont des hommes qui appartiennent aux groupes ethniques suivants : mikiforè, landouma, diakanka, peul du wassoulou et surtout les toucouleurs.

Dans tous les autres groupes ethniques, les données indiquent une capacité réelle des pères des filles à s'opposer à l'excision de leur fille. *Que redoutent les pères pour alors s'opposer à l'excision de leur fille ?* C'est encore et toujours **la critique au sein de la famille**. Pour 49% des sondés le principal risque pour les pères est de subir des « *critiques au sein de la famille* ». Ces critiques viendraient principalement des sœurs du père (les fameuses tantes paternelles) et de sa mère (la grand-mère des filles).

Il existe d'autres risques comme « *le risque pour son statut au sein de la communauté masculine de la localité* », « *la peur des critiques des voisins* », « *peur de la malédiction* » et la « *peur pour le mariage de sa fille* ». Un regard détaillé sur ces différents risques sociaux montre une variété de situation en rapport avec les valeurs et le mode d'organisation communautaire des différents groupes ethniques du pays.

Par exemple, il s'avère clair que dans la communauté soussou, le risque pour les pères de famille, après celui des « *critiques au sein de la famille* » par les sœurs et la mère, c'est « *la peur des critiques des voisins* ».

Dans la communauté peule, la crainte des voisins n'est pas très redoutée. Le risque le plus important, après celui de la critique au sein de la famille, est la « *peur de perdre son statut au sein de la communauté masculine de la localité* ». En fait, le droit de s'asseoir et de prendre la parole à l'assemblée des hommes lors des discussions pour les prises de décision collective. Pour un très peu de sondés (notamment les femmes), il existe un dernier risque, mais pas très élevé, que la non excision pose un problème pour le mariage de leurs filles.

Dans la communauté diakanka, le problème semble plus important avec des risques divers et nombreux. Un père de famille qui s'oppose à l'excision de sa fille ne risque pas seulement les critiques au sein de sa famille par ses sœurs et sa mère, il risque aussi pour « *son statut d'homme* », comme chez les peuls, la « *critique des voisins* » comme chez les soussous. La seule chose qu'il ne craint pas trop c'est le mariage de sa fille. Le niveau d'endogamie dans cette communauté est tellement élevé qu'on peut penser qu'une fille trouvera toujours un mari en raison du fait que celui-ci est arrangé bien avant l'âge de la puberté. C'est chez les kpèlè que « *la peur de la malédiction* » vient après celle des critiques au sein de la famille.

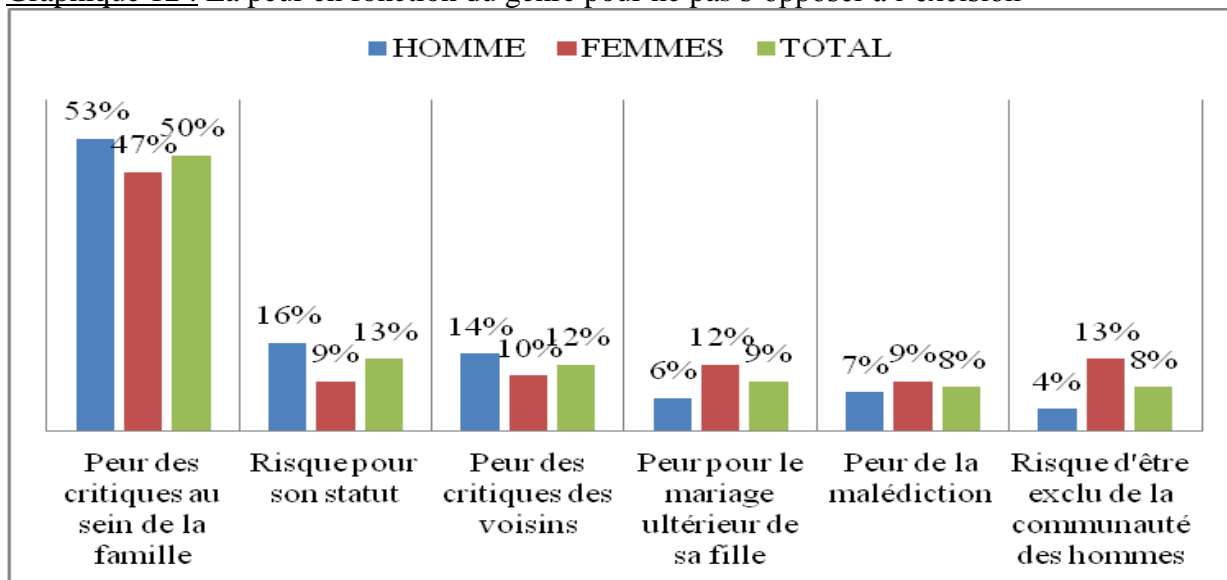
Lorsqu'on compare le point de vue des hommes mariés avec les femmes mariées, on se rend compte que « la peur de la critique au sein de la famille » est une crainte partagée par les deux lorsque le mari décide de s'opposer à l'excision de sa fille.

Mais à part cette crainte, on se rend compte que l'épouse a une autre crainte différente des hommes. Par exemple, la seconde crainte de l'épouse est de voir son mari écarté de la communauté des hommes (qu'il n'ait plus ni une place ni le droit de parler et de participer aux prises de décisions collectives). Alors que l'époux a comme seconde préoccupation celui de ne pas perdre son statut. En réalité, un regard sur les deux raisons permet de dire qu'il s'agit de deux faces d'une même médaille, car le statut conduit à la possibilité de dire son point de vue en public lors des débats collectifs.

Les hommes mariés semblent plus sensibles que leurs épouses à la critique des voisins. C'est probablement compréhensible dans une société où les hommes circulent tout le temps dans leur milieu de vie alors que les femmes sont entre le marché, le champ et la cuisine. Celui qui a du temps et que ses activités met en contact avec l'environnement doit davantage avoir peur des critiques, car il a plus de chance de les entendre que son épouse.

Ce qui inquiète les épouses, après la critique au sein de la famille et la perte de la place de son époux dans la communauté des hommes, c'est le mariage de sa fille et enfin une hypothétique « malédiction » à n'avoir pas aidé à faire ce qui a toujours été fait : l'excision.

Graphique 12 : La peur en fonction du genre pour ne pas s'opposer à l'excision



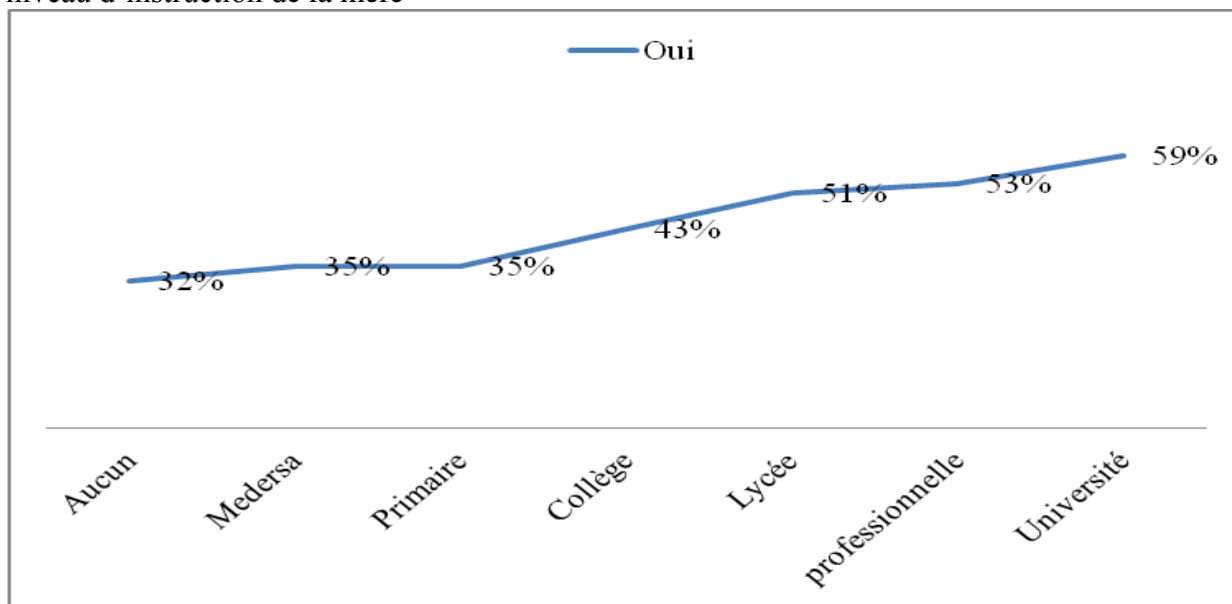
Si les femmes connaissaient les données sur l'opinion que les sondés ont du mariage avec une femme non excisée, elle n'aurait pas eu d'inquiétude. En effet, à la question de savoir si les sondés accepteraient que leur fils épouse une fille non excisée, 45% l'acceptent, 42% s'y opposent et 13% disent ne pas le savoir encore. Ces données disent aussi que les femmes sont favorables au mariage de leur fils avec une fille non excisée que les hommes.

Lorsqu'on regarde la même question par rapport aux groupes ethniques du pays, on se rend compte que les kissiens, les peuls, les nalous, les bagas, konianka et les malinkés disent tous « accepter que leur fils se marie à une fille non excisée ». Chez les sousous, il y a un équilibre presque parfait entre ceux qui disent l'accepter et ceux qui disent s'y opposer.

Dans tous les autres groupes ethniques (mikhiforè, landouma, kpèlè, diakanka, toma, kono, manon, coniagui, toucouleur), la position est de ne pas accepter le mariage de leur fils avec une fille non excisée.

Mais ce qui semble déterminant dans la position par rapport à l'acceptation ou non du mariage d'un fils avec une fille non excisée c'est le niveau d'instruction. Les données montrent que la proportion des sondés qui l'acceptent varie avec le niveau d'instruction. Plus les parents sont instruits, plus ils acceptent le mariage de leur fils avec une fille non excisée et inversement, moins ils sont instruits, plus le refus est grand comme le montre la courbe ci-dessous.

Graphique 13: L'acceptation du mariage du fils avec une fille non excisée en fonction du niveau d'instruction de la mère



2) Des acteurs (agents de santé) remplacent d'autres (exciseuses traditionnelles) ?

Pendant des années, la logique de l'intervention des acteurs de la promotion de l'abandon de l'excision a été de récupérer les exciseuses par la création d'activités génératrices de revenu pour elles en leur offrant une opportunité de reconversion professionnelle.

Dix ans après, les uns et les autres avaient constaté un processus de substitution des exciseuses par les agents de santé avec la médicalisation de l'excision. Avec cette donnée, l'idée a été d'exercer une pression sur les structures sanitaires pour créer une situation où les familles qui veulent exciser ne trouvent pas une praticienne disposée à le faire.

Par une série de questions, nous avons voulu cerner les logiques du côté des « *demandeurs* » de l'excision pour avoir un autre point de vue, forcément incomplet, mais indicatif de ce qui se passe.

Pour 59% des sondées, l'acte de l'excision a été fait par une exciseuse. Le personnel de santé, avec 30% des sondées, constitue la seconde catégorie des personnes qui auraient pratiqué l'excision des femmes interviewées. Il y a 10% des sondées qui disent avoir été excisées à un très jeune âge qu'elles disent ne pas se souvenir de celle qui en est l'auteur.

Le poids des exciseuses dans l'excision ne doit pas amener à sous-estimer celui des agents de santé, car il est souvent difficile de tracer la frontière entre les exciseuses et certains agents de santé, car dans plusieurs localités du pays, une part significative des agents de santé était ou est devenue exciseuse après son intégration dans le personnel de santé. De sorte qu'on peut considérer que le titre « *d'exciseuse* » est le nom de celle qui a fait l'excision et non le corps auquel elle appartient.

Les données collectées sur la politique qui consistait à amener les exciseuses à « *déposer leurs couteaux* » ne semble pas totalement perceptible par les sondés. S'il y a 41% qui estiment que les exciseuses ont déposé leurs couteaux, il y a 37% qui ne le pensent pas. Les préfectures dans lesquelles les sondés ont de la difficulté à ressentir le dépôt des couteaux par les exciseuses sont, paradoxalement, celles qui ont fait l'objet d'un matraquage médiatique sur la question (Boké, Kindia, Gaoual et Kouroussa).

Dans tous les cas, les données suggèrent qu'à partir des années 1960 les agents de santé ont commencé à jouer un rôle de plus en plus important dans l'excision. Il se dessine une tendance à la baisse à partir des années 90 dans la place que les agents de santé prennent dans le nombre de filles excisées. Cette baisse est-elle consécutive aux directives liées à la non médicalisation de l'excision ? Il est difficile de le confirmer par ce seul constat. D'autres recherches, directement ciblées sur les relations entre les structures et le personnel de santé, sont indispensables pour étayer cette hypothèse.

Dans tous les cas, si l'on en croit les données collectées auprès des structures sanitaires lors de la présente recherche, il y aurait eu, en 2015, 84 filles excisées dans les structures sanitaires¹³. Sur ces 84, 10 auraient été excisées avant leur première année, 52 d'entre elles entre un et cinq ans, 14 l'auraient été entre 6 et 10 ans et les autres après 15 ans. Le nombre d'excisées de l'année dernière est inférieur à celui de cette année (75 au lieu de 84) avec sensiblement les mêmes tendances quant-aux âges de l'excision.

Non seulement, les structures sanitaires procèdent à des excisions, mais elles offrent aussi des actions de prévention contre l'excision lors des services de pré, post-natal et de vaccination. C'est-à-dire qu'elles assument la fonction qui est la leur de lutter contre l'excision par la sensibilisation des femmes qui consultent et en même temps, elles pratiquent l'excision pour les familles qui le demandent.

3) L'ambiguïté des Imams ?

Dans cette lutte contre l'excision, les sondés estiment qu'il y a des leaders religieux sur lesquels on peut compter. Ces leaders religieux sont dans toutes les religions, mais pas dans toutes les confréries. Les données indiquent qu'il n'est pas possible de compter sur les adeptes de la confrérie Wahhabite¹⁴ dans laquelle un imam a affirmé que :

Les imams ! 70% parmi eux n'aiment pas ces questions. Ils sont hostiles. C'est un acte noble pour la femme dicté par la religion depuis longtemps. Donc il n'est pas question que les blancs nous détournent »

Lors d'un entretien de groupe dans une mosquée de la banlieue de Conakry, un membre du conseil de mosquée dira : « Parmi nous aucun imam n'osera dire cela à l'assemblée ou dans un sermon sinon c'est les femmes même qui insultent sa maman. Donc c'est ça [...] ».

Pourtant, il faut trouver un moyen pour impliquer les religieux et particulièrement les imams. Non seulement, ils sont importants en raison de la prépondérance de la religion musulmane en Guinée, mais aussi parce qu'ils exercent une autorité non négligeable sur les individus et les communautés. En plus, le tiers des interlocuteurs (35%) que nous avons rencontrés pensent qu'il y a des leaders religieux qui sont favorables à l'abandon de l'excision. Cependant/Evidemment, ce ne sont pas les leaders de toutes les confréries qui sont autant favorables. Au sein de la religion musulmane, c'est parmi ceux de la confrérie Tidjania que l'on rencontre la forte proportion des imams qui seraient, selon les sondés, disposés à lutter contre l'excision. Parmi les chrétiens, c'est parmi les témoins de Jéovah qu'il y aurait la plus forte proportion de ceux qui sont disposés à aider la lutte contre l'excision.

4) Des enseignants qui impactent peu

Les enseignants rencontrés pensent, pour un faible nombre (27 enseignants sur les 212 rencontrés) que leur école dispose d'un module sur les MGF¹⁵. Ceux des enseignants qui le disent habitent principalement les préfectures de Boké, Kindia et un peu à Forécariah. Si cette information se vérifie, on pourrait penser que cette introduction proviendrait d'associations de lutte contre les MGF exerçant dans ces préfectures.

Il semble que quelques enseignants (63 sur les 212 enseignants rencontrés) entretiennent leurs élèves sur les MGF. Cette pratique se rencontre surtout dans les préfectures de Kindia, Boké, Guéckédou et Gaoual, et un peu moins dans les autres préfectures enquêtées. Si cette information se confirme, cette action pourrait résulter des actions des associations de lutte contre les MGF dans ces localités.

¹³Ces chiffres sont dérisoires mais sont ceux qui ont été déclarés librement par les agents de santé rencontrés.

¹⁴Pourtant, l'Arabie Saoudite d'où vient le Wahhabisme est un pays dans lequel il n'y a pas d'excision. Il faudra un jour faire venir l'imam de la Mecque et d'autres dignitaires du Wahhabisme pour remettre les choses en ordre. Car après tout ceux qui ont traduit le coran et le propage dans les langues locales sont certains de ne jamais être contesté par leurs interlocuteurs, car eux savent prier, réciter des versets et non les traduire.

¹⁵Officiellement, il n'y a pas encore de module sur les MGF intégré dans le curricula des écoles guinéennes.

Lorsque des informations sur les MGF sont développées dans les classes, 37% des enseignants constatent une réaction « *favorable* » des élèves, 35% disent constater auprès de leurs élèves une attitude « *défavorable* », 24% constatent de « *l'indifférence* » de la part de leurs élèves et 5% des enseignants disent avoir constaté une « *réaction seulement favorable des filles* ».

Les enseignants qui disent avoir constaté des réactions défavorables exercent dans les préfectures de Guéckédou, Gaoual et Kindia et les enseignants qui constatent des réactions favorables exercent à Boké, Kindia et Kouroussa.

V. COMMENT INVERSER LA TENDANCE ?

Comment expliquer que, malgré les différentes actions menées par les pouvoirs publics, les ONG nationales et internationales et la société civile, la pratique de l'excision n'ait pas reculé en Guinée ? Que faut-il faire pour imprimer une nouvelle dynamique de décrue de la pratique de l'excision en Guinée ?

Nous allons tenter des réponses en analysant les suggestions qui sortent des données qualitatives et quantitatives, l'analyse et l'interprétation qu'on peut en faire et une seconde lecture de l'abondante lecture de la littérature sur l'excision en Guinée et en Afrique. L'inversion des tendances au cœur de cette partie s'articulera autour des dynamiques en cours, des acteurs qui jouent un rôle majeur dans la persistance de la pratique et des stratégies novatrices qui pourraient permettre d'atteindre la fin de l'excision.

1) Utiliser les dynamiques en cours dans la société

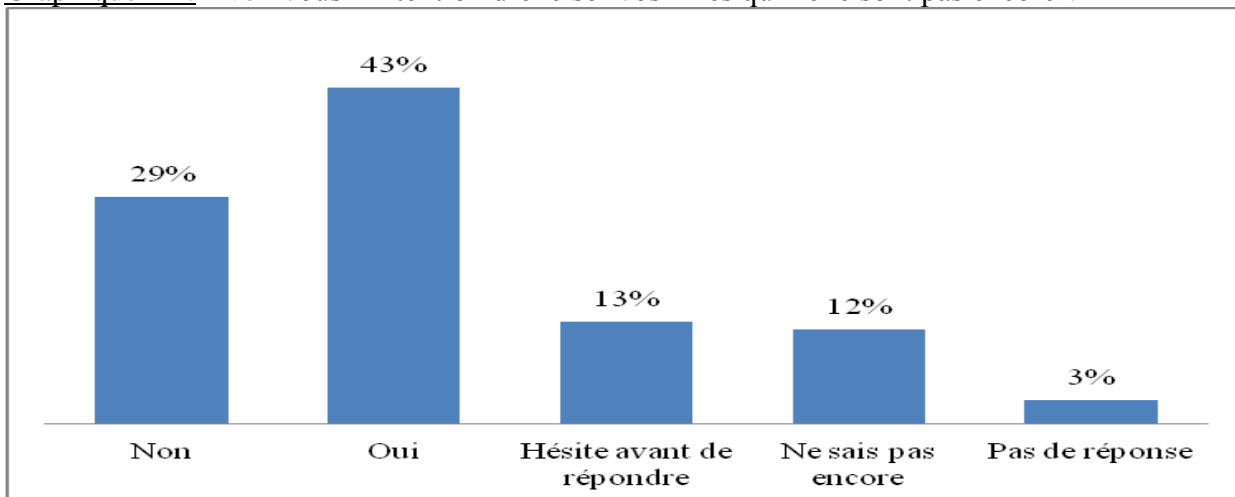
En Guinée, la prévalence de l'excision est élevée, c'est un fait. Pourtant, l'excision n'a pas une très grande popularité auprès des personnes comme le laisserait penser le taux de prévalence. En effet, lorsque l'on demande aux sondés s'ils ont l'intention d'exciser leurs filles qui ne le sont pas encore, on se rend compte du faible attrait de cette pratique par les personnes interrogées.

Lorsqu'on regarde les réponses des 1 205 personnes, sur les 2 179 de l'échantillon, qui ont accepté de répondre à la question, probablement en raison du fait qu'ils ont des filles en âge d'être excisées, « *avez-vous l'intention d'exciser vos filles qui ne le sont pas encore ?* », on se rend compte qu'il y a certes 43% de sondés qui disent vouloir exciser leurs filles, mais 29% ne le souhaitent pas.

Si l'on compare ces données, qui sont des projections, à la prévalence actuelle, on pourrait estimer que si cette volonté se transforme en attitude, il y aura une baisse significative de la prévalence de l'excision en Guinée.

Si l'on ajoute aux 29% « *d'intention* » déclarées en 2015 à ceux qui hésitent (« *hésite avant de répondre*, 13% ») et ceux qui « *ne savent pas encore* », (12%), on est pratiquement à la moitié des sondés.

Graphique 14 : Avez-vous l'intention d'exciser vos filles qui ne le sont pas encore ?



Comment expliquer cette volonté déclarative de ne pas exciser ? Contrairement à ce qu'on pourrait penser, ce lien, entre ces 29%, et leur niveau d'instruction des répondants n'est pas établi. Ces 29% se rencontrent surtout parmi les sondés « *analphabètes* », ceux qui ont le niveau de l'école primaire et qui ont fait une école coranique.

L'explication d'une telle situation résulte d'un triple lien. D'abord, les données suggèrent que ce qui détermine la volonté d'exciser ou pas est en relation avec la confrérie religieuse. C'est parmi ceux des adeptes de la confrérie Tidjania que l'on rencontre la volonté d'exciser la plus faible.

Ensuite, le lien entre la volonté ou non d'exciser ses filles est affecté par le genre. En effet, lorsque l'on analyse seulement les réponses des femmes, on se rend compte que la tendance à ne pas vouloir exciser est forte au niveau des femmes. En effet, la proportion des femmes est la

même (40% dans chaque cas) entre celles qui souhaitent exciser leurs filles et celles qui ne le souhaitent pas.

Enfin, le lien entre la volonté ou non d'exciser semble déterminé par l'appartenance ethnique. Si l'on regarde ces données par ethnie, l'on se rend compte que les intentions de ne pas exciser les filles qui ne le sont pas encore se rencontrent surtout les mikhiforé, les landoumas, les kpèlès et chez les soussous. Dans les communautés peules et kissis, la tendance est à l'équilibre entre ceux qui ont l'intention et ceux qui n'ont pas l'intention de le faire. Il y a encore de l'effort au niveau de la communauté malinké pour obtenir le même niveau d'équilibre entre ceux qui ont l'intention et ceux qui n'ont pas l'intention de le faire.

L'autre motif de satisfaction dans la promotion de l'abandon de l'excision provient du fait qu'une majorité des sondés se dit disponible à soutenir la lutte contre l'excision. Même en ne gardant dans l'analyse que les « *non réponses* » à la question (au nombre de 458), un peu plus du tiers des sondés (39%) affirme être disponible à « *soutenir la promotion de l'abandon de l'excision* ». Ce soutien est, lui, en lien avec le niveau d'instruction des personnes interrogées.

Comment expliquer cette distorsion entre le fait de ne pas vouloir exciser (le cas des non instruits) et ne pas vouloir soutenir la promotion de l'abandon de l'excision ? Pour comprendre cette distorsion, nous avons procédé à des entretiens qui révèlent que la promotion de l'abandon de l'excision est souvent perçue comme une activité où des guinéens se mettent à la disposition des « blancs ». Un interlocuteur dira à un enquêteur lors d'une interview :

Les blancs vous ont transformé vous êtes devenus leurs soldats, ils ne viendront jamais ici les armes en main, c'est vous [...]. Vous avez tous des cœurs blancs et c'est fini pour nous. Vous êtes à leurs services vous lutter contre vos propres cultures. Quiconque essaye de freiner ça (l'excision) sera maudit, on ne sera jamais comme eux. On ne va jamais abandonner l'excision. C'est notre vie ».

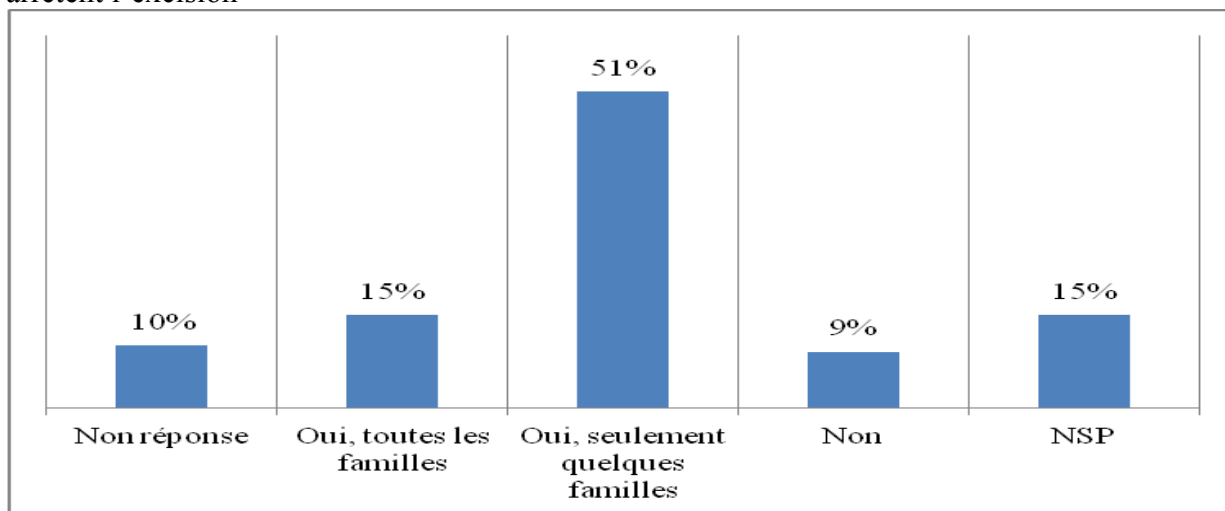
Plusieurs interlocuteurs considèrent que la promotion de l'abandon de l'excision est menée de « *l'extérieur* » par des gens au service de « *l'extérieur* » pour imposer des valeurs et des normes sociales étrangères. Cette perception est forte et risque de gêner la lutte contre l'excision. C'est pour cette raison qu'il faudra que la nouvelle stratégie évite d'apparaître comme « *parachutée* », exogène au pays et portée par des serviteurs de l'étranger.

Même si cette campagne demande du financement, il faut que les acteurs locaux et les services de l'Etat ne donnent pas l'impression d'être de simples employés au service d'une action qui n'est pas la leur. En fait, il faut une réappropriation endogène par des acteurs crédibles pour convaincre la population que la promotion de l'abandon de l'excision n'est pas imposée du dehors.

2) Remobiliser les religieux et certains acteurs clés

Faire appel aux leaders religieux, toutes les confessions confondues, est d'autant plus important que les sondés pensent à 65%, pour les 1 953 qui ont répondu à la question, qu'il y a des chances raisonnables que les familles arrêtent l'excision. Dans ces 65%, 15% pensent que l'implication des imams et des prêtres aurait pour effet que « *toutes les familles arrêtent l'excision* » et 51% pensent que c'est « *seulement quelques unes des familles* » qui vont arrêter l'excision.

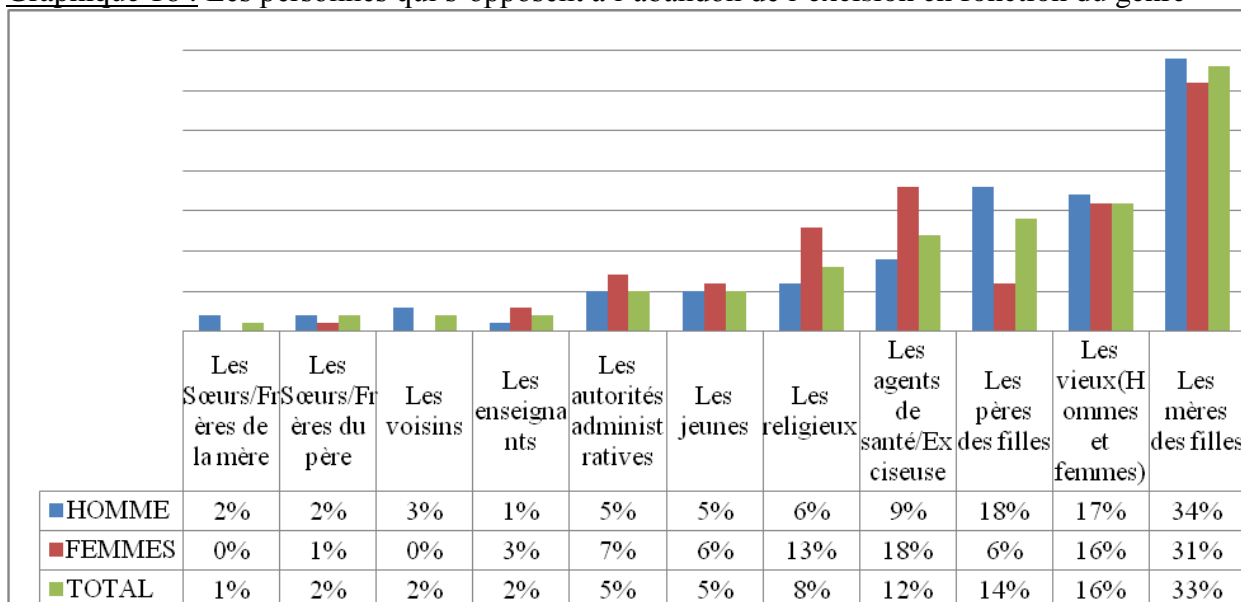
Graphique 15 : L'implication des imams et des prêtres et les chances pour que les familles arrêtent l'excision



En plus des leaders religieux, quels sont les autres acteurs qu'il faut mobiliser contre l'excision ? En fait, quels sont les personnes qui s'opposent à l'abandon de l'excision ? Pour tous les sondés, **les femmes** (tout statut confondu) sont celles qui s'opposent le plus à l'abandon de l'excision selon 33% des sondés. Les autres catégories, les plus importantes, qui s'opposent à l'abandon de l'excision sont **les vieux/vieilles** (16% des personnes interrogées), les **pères des filles** selon 14%, les **agents de santé** selon 12% et **les religieux** selon 8%.

Un autre regard sur les données montrent que les hommes interrogés attribuent aux mères des filles un rôle plus important que celui qu'elles-mêmes s'attribuent. Les pères des filles s'attribuent aussi un rôle important, mais tel n'est pas le point de vue des femmes. Les hommes n'attribuent pas un poids important aux agents de santé et/ou exciseuses et aux leaders religieux. Ce point de vue n'est pas partagé par les hommes qui accordent à ceux deux catégories un poids significatif dans l'excision.

Graphique 16 : Les personnes qui s'opposent à l'abandon de l'excision en fonction du genre



Si tous les sondés reconnaissent le rôle déterminant des femmes dans la perpétuation de l'excision, les femmes, elles-mêmes, mettent en avant **les exciseuses** comme second acteur de la perpétuation de l'excision. Les **vieilles personnes**, gardiennes de l'habitus, suivent et précèdent **les femmes** (mamans de filles).

Si nous partons de l'importance que les femmes savent mieux que les hommes les tenants et les aboutissants de l'excision, on devrait considérer les acteurs ciblés par elles comme des cibles prioritaires de toute politique d'abandon de l'excision en Guinée.

Si l'implication des leaders religieux s'avère indispensable, des stratégies sectorielles s'avèrent aussi indispensables en direction **des femmes**, comme catégorie particulière, des **exciseuses**

(agents de santé), des **vieilles personnes** (hommes et femmes) et **des pères de jeunes filles**. En fait, la lutte contre les MGF suppose la conjugaison des efforts des individus venant de divers horizons ainsi que la mobilisation des populations et des différentes autorités.

Un effort important devra être fait pour que les familles qui n'excisent pas sortent de l'ombre et deviennent visibles et acceptent le leadership sur le sujet. Une association des familles qui n'excisent pas serait un outil important qui permettra de fédérer ceux et celles qui s'opposent à cette pratique.

Il faut compléter ce tableau en réaménageant les curricula actuels des écoles primaires et secondaires en y intégrant à des doses élevées des enseignements en rapport avec l'excision. En effet, le combat contre les MGF ne doit pas être perçu comme celui d'une équipe, d'un moment ou d'un gouvernement. Ce combat doit être compris comme celui générationnel : les élèves d'aujourd'hui sont les mères et les pères de demain. L'école et les nouvelles technologies de communication et d'informations n'ont pas encore été suffisamment sollicitées pour créer de nouveaux acteurs : ceux qui refuseraient d'exciser leurs filles.

Des modules particuliers qui reprendraient le contenu de l'initiation dans les sociétés initiatiques ramèneraient la forêt dans la ville et disqualifierait un peu plus l'excision des personnes âgées pour des raisons initiatiques. Il est plus facile d'initier la fille à tenir sa maison, à gérer sa santé et celle de ses enfants et d'avoir une vie familiale épanouie par des communications ciblées pendant les vacances pour éviter de donner du temps aux familles d'exciser.

3) Utiliser des stratégies novatrices

Les MGF sont des pratiques traditionnelles qui s'inscrivent dans l'habitus des populations. Pour combattre ces pratiques, il faut disposer de façon régulière des données socio-anthropologiques des populations guinéennes.

La connaissance des valeurs socioculturelles des groupes cibles (femmes, tantes paternelles, grand-mère, père, exciseuse, leaders religieux) est une nécessité car la dimension des représentations culturelles joue un rôle essentiel dans le changement de comportement. La connaissance des justifications culturelles, sexuelles, morales et religieuses peuvent aider à mieux sensibiliser les populations.

Un système social millénaire enraciné profondément ne peut être ébranlé d'un seul coup, surtout sans l'activation d'autres ressources culturelles capables de remettre en question l'autre. C'est cette connaissance globale et singulière, régulièrement mise à jour, qui permettra de développer des éléments de communication, des activités de substitution avec des contres élites nouvelles porteuses de dynamique nouvelle.

C'est la connaissance socio-anthropologique des populations qui permettra de développer des contre arguments culturels qui vont dévaloriser certaines pratiques traditionnelles qui sont dangereuses sur le plan médical, non conformes au respect des Droits de l'homme et qui ne sont pas une obligation religieuse. C'est cette connaissance qui permettra de s'attaquer, avec des chances réelles de succès, à la sphère de légitimation desdites pratiques dans l'imaginaire populaire.

Il faut essayer cette approche socio-anthropologique d'autant plus que pendant des années toutes les autres formes d'approches (sanitaire, juridique et économique) qui se sont traduites sous la forme de sensibilisation sur les méfaits des MGF, sur sa pénalisation et sur la reconversion des exciseuses traditionnelles n'ont pas donné les résultats escomptés en Guinée.

Certes, la pénalisation est une façon d'imposer une nouvelle norme sociale à une collectivité. En le faisant, l'objectif est de faire prendre conscience à tous que la pratique est néfaste. Mais les études antérieures étaient arrivées à la conclusion que les systèmes de croyances exercent toujours un plus grand contrôle social que les lois imposées par l'Etat.

Ces croyances ne tombent pas du ciel, elles ont été produites par des hommes et des femmes dans un procès collectif pour répondre à des besoins et souvent véhiculées et imposées par des élites. De même que les croyances antérieures sont des constructions sociales, on peut construire de nouvelles croyances par des mécanismes de connaissances, de production et de diffusion par des acteurs motivés, informés et formés à cet effet. En fait, comme l'a dit SOW (2001) :

« La modernité réside dans un effort interne gigantesque que doivent mener les élites africaines dans la remise en cause courageuse de ce qui, dans leur culture, est mortifère. Il leur faudrait accepter de perdre ce qui est mort dans leur culture, d'en faire le deuil, un deuil actif au sens freudien du terme, pour redevenir créateur comme leurs ancêtres l'ont été. En d'autres termes, la modernité est un long processus de construction et de déconstruction de soi »

La mise de l'avant d'arguments socio-anthropologiques pour se défaire d'habitus n'est pas habituelle dans les stratégies des ONG. Souvent, les partenaires techniques et financiers inquiets qu'ils sont d'avoir des résultats à montrer à la prochaine session annuelle des donateurs imposent des actions facilement quantifiables, mais dont les résultats sont presque nuls, car le changement de comportement est un combat long, dont les résultats ne sont immédiatement visibles et facilement quantifiables. D'ailleurs l'UNICEF en est consciente lorsqu'elle affirme :

« Si le changement de comportement s'intéresse aux attitudes et aux actions individuelles, le changement social prend en compte l'environnement social et les systèmes culturels qui influent sur les actions individuelles et collectives, ainsi que sur les rapports de force ».

Enfin, il faudrait que la promotion de l'abandon de l'excision cesse d'être « **idéologique** » pour devenir celle des populations qui se prennent en charge. Ce mandat devrait être porté par les familles qui n'excisent pas et/ou qui font semblant. Il faut trouver le moyen de les rendre « *visibles* », qu'elles portent publiquement le projet sans les discréditer par un financement affiché avec des étiquettes les présentant comme des « *vendus* ».

Une excision médicalisée avec un « *semblant d'excision* » n'est pas un objectif final. L'objectif est d'arriver à l'arrêt définitif de l'excision. En attendant et en tenant compte qu'il s'agit d'un habitus, une condamnation systématique de la médicalisation avec un « *semblant d'excision* » ne facilite pas, ce que l'on pourrait nommer, la « *transition des MGF* ». Car l'expérience le prouve, il est impossible de changer de manière brutale des pratiques séculaires qui sont profondément ancrées dans les mentalités. C'est cette compréhension, pour mieux agir qui avait été demandé par Patrice Méyer-Bisch (2005 : 98) affirme :

« Il ne suffit pas d'être militant, il faut d'abord être capable de respecter et comprendre ce que les traditions culturelles portent comme forces, comme ressources d'identité. Dans le cas des mutilations génitales féminines (MGF), c'est toute la question anthropologique de la relation homme/femme qui est en jeu. L'interdit de ce traitement inhumain, cruel et dégradant fait partie des "interdits fondateurs" sans le respect desquels la dignité humaine n'est pas possible. Mais ce n'est pas un but suffisant, c'est un seuil de compréhension du respect mutuel, des relations de genre et du tissu social ».

Pour atteindre ce changement de comportement, le volet communication est primordial. Cette communication que nous proposons en appui aux actions menées devrait se faire en provenance de sources jugées fiables par les populations (adapté à chaque contexte).

Il faut, et c'est un impératif de réceptivité, de la cohérence des messages envoyés par une pluralité de canaux pour atteindre l'ensemble des groupes sociaux. Les messages pour les pères des filles devraient être différents pour ceux des mères, des tantes et des grands-mères. En fait, il

faudra, chaque fois qu'il sera nécessaire de produire des messages, identifier la cible, ses particularités et le canal le plus adapté à la cible pour l'atteindre. Ce travail est mesquin, harassant et contraire à la pratique actuelle, mais il est indispensable pour inverser la tendance. Cette communication devra être positive. L'accent mis sur le caractère illégal de la pratique n'est pas très productif. L'amour que les parents (père et mère) ont pour leurs enfants. Le lien fort qui existe, si heureusement, entre les filles et leur père. La douleur que les fillettes subissent et les conséquences tangibles comme les fistules obstétricales ont plus de chance de passer auprès des pères, des mères que des arguments comme la fécondité des femmes. Cet argument est probablement juste, mais difficile à intégrer et surtout à motiver sur une courte période. Car parfois en Afrique, le bon sens se substitue au raisonnement cartésien, carré et démonstratif. En fait, cette communication devrait avoir comme crédo les informations qui permettent d'évaluer le risque et de faire des choix rationnels pour se protéger. Une communication articulée sous la forme d'un dialogue qui permet de poser des questions et d'avoir des réponses. En fait, une communication qui mobilise les communautés et des leaders communautaires avec des témoignages vérifiables par les communautés.

Dans cette nouvelle communication pour le développement, il faudra une plus grande harmonie entre les intervenants (ONG, partenaires techniques et financiers et services de l'Etat) afin d'éviter la multiplicité des messages différents, contradictoires et qui ne s'inscrivent pas dans une logique argumentaire pour convaincre et/ou détruire des convictions ancrées.

Ces messages, que nous souhaitons voir, doivent répondre aux questions concrètes qui permettent d'éviter la stigmatisation. Des messages qui doivent se concevoir avec les communautés pour avoir « la saveur » de la base avec les mots des populations.

Cette nouvelle stratégie de communication qui doit compléter et accompagner les autres actions sur le terrain (pas seulement dans les villes) doit se faire en répartissant les acteurs et les différents bailleurs sur ce que chacun sait bien faire. Mais nécessairement, il faudra commencer par le Ministère porteur de la promotion de l'abandon de l'excision pour d'abord l'outiller en compétences, l'aider à avoir et à utiliser des ressources humaines de qualité et former à cet effet avec des outils d'élaboration de stratégie, de mise en œuvre et de suivi.

Cet effort devra être élargi au ministère de la santé, celui des affaires religieuses et du système éducatif pour que chacun assume son rôle dans l'orchestration symphonique de la lutte contre l'excision.

CONCLUSION

Nous sommes au terme de la recherche sur les déterminants de l'excision en République de Guinée en 2015. Plus de trente ans après le début la promotion de l'abandon des MGF en Guinée par les pouvoirs publics, les ONG, la société civile et les organisations internationales l'excision n'a pas reculé en Guinée et serait même, selon les données disponibles, en progression. Comment expliquer une telle situation ? Quelles sont les déterminants de l'excision en Guinée ? Ces déterminants sont-ils affectés par la religion, l'appartenance ethnique, le lieu d'habitation, le niveau d'instruction et/ou le revenu ? Quels sont les acteurs qui structurent et restructurent la pratique de l'excision ? Quelles sont les stratégies, les actions et les acteurs qu'il faut mettre en œuvre pour inverser la tendance ?

Ces questions sont au centre de la présente recherche qui a utilisé un instrument quantitatif (le questionnaire) et deux instruments qualitatifs (un guide d'entretien) et une recherche documentaire.

Au total, l'enquête par questionnaire visait 2 200 personnes dans 9 préfectures (Forécariah, Boké, Gaoual, Kindia, Labé, Kouroussa, Kankan, Guéckédou et N'zérékoré), 2 communes de Conakry (Ratoma et Matoto), dans 103 quartiers et/ou villages à l'intérieur de 18 sous-préfectures et/ou communes urbaines.

Les entretiens individuels ont concerné soixante informateurs clés (cinq leaders religieux, cinq chercheurs, cinq responsables d'ONG et cinq cadres du ministère de l'action sociale). En plus, nous avons réalisé trois entretiens de groupe (femmes qui ont des jeunes filles, filles non mariées, chefs de famille ayant des filles de moins de cinq ans et des garçons célibataires).

Pour encadrer et donner un sens et une signification aux données collectées, nous avons fait appel à trois cadres théoriques concurrentes sur le sujet. La plus ancienne est celle qui consiste à voir dans l'excision une fonction au sein de l'univers social des populations qui la pratique. Pour les théoriciens de ce courant, l'excision est une forme de socialisation, un instrument pour préparer la jeune fille à devenir femme. L'excision serait, dans ces conditions, un moment, une étape, un instrument de régulation des rapports sexuels avant et après le mariage.

Le second courant se confond à ce que Bourdieu nomme l'habitus. L'excision apparaît dans ces conditions comme un acte que l'on pose sans se poser des questions, car elle provient de la tradition qui s'impose en soi et contraint les uns et les autres à s'en acquitter avec à l'idée que nul ne doit s'en soustraire. Pour ces auteurs, l'excision fait partie de l'héritage culturel dont le poids pèse lourdement sur ceux qui voudraient y renoncer car elle est le symbole d'une identité culturelle à laquelle les membres d'une communauté voudraient appartenir.

Le troisième courant explicatif est en rapport avec le genre pour lequel la compréhension de l'excision ne peut être isolé du rapport de domination domestique des hommes sur les femmes et du contrôle que la gente masculine exerce sur celle féminine pour le contrôle de sa sexualité, de sa reproduction et de son corps.

Sur la foi des données, l'excision en Guinée est un processus avec des étapes, des enjeux statutaires et familiaux, des échanges, des arrières pensées et des acteurs.

L'excision fait partie des sujets d'échanges au sein du ménage et de la famille, mais lorsqu'ils ont lieu, ceux-ci portent sur l'excision en général et jamais sur celle de la fille de la famille à exciser. Les rares cas de débat familial sur l'excision concernent les ménages des agents de santé et des fonctionnaires de l'administration publique et du secteur privé.

Dans les cas d'échanges au sein de la famille élargie sur l'excision, on trouve autour du canapé trois acteurs : **la mère, les tantes paternelles**, parfois **les pères**, et souvent **les grands-mères**. Certaines variations existent en relations avec l'appartenance ethnique. Par exemple, les pères semblent plus présents lors de ce type de discussion chez les malinkés et les grands-mères plus présentes chez les soussous.

Pour l'essentiel, **la décision d'excision d'une fille vient de la mère**. C'est aussi elle qui finance en premier cette excision. La mère est suivie, de loin dans sa capacité de prise de décision, par les **tantes paternelles**, la **grand-mère**, **l'exciseuse** et enfin **le père**. Les tantes maternelles suivent et précèdent les homonymes de la fille à exciser qui, elles sont surtout importantes, en

région forestière (kpèlès, kissis et tomas). Chez les soussous, la grand-mère met aussi la main en poche lorsqu'il s'agit de financer l'excision.

La mère est la plus importante personne dans la décision de l'excision. C'est aussi elle qui détermine en rapport et parfois en complicité avec l'exciseuse le type de MGF à pratiquer. Le type le plus courant serait « *l'ablation partielle du clitoris* ». Les autres types (l'ablation totale du clitoris et l'ablation totale du clitoris et des petites lèvres) précèdent, dans des proportions proches, le pincement et blessures symboliques. L'infibulation est très rare. Ce type se fait en milieu urbain et se rencontre chez les ethnies peules, toucouleurs, diakankas et malinkés. Les pincements et blessures symboliques se font davantage chez les soussous, les peuls et les malinkés.

Les mères possèderaient le pouvoir de faire exciser leurs filles, mais pas celui de refuser l'excision de leur fille en raison des peurs qu'elles ont des critiques au sein de la famille, en particulier des sœurs de leur époux.

Le poids réel des mères dans la prise de décision ou pas de l'excision semble corrélérer avec celui de l'appartenance ethnique. Ce lien, à y regarder de près, provient de la marge de manœuvre que les femmes des différentes communautés ethniques se sont accordées dans leur trajectoire historique par l'exercice d'activités économiques génératrices de revenus. Pour nous, l'amélioration de la situation économique des femmes par des activités génératrices de revenu pourrait augmenter leur pouvoir dans la décision d'exciser ou non leurs filles.

Il existe aussi un autre risque qui hante les mères, même si elles ne l'affirment pas publiquement, c'est celui de ne pas trouver mari pour leurs filles en raison de leur non excision. Si les mères savaient ce que pensent les pères de famille, elles ne devraient pas s'inquiéter de trouver un époux pour leurs filles, surtout si les parents de leur futur gendre sont instruits.

Enfin, dans quelques rares communautés, où l'excision est mêlée à de l'initiation, les femmes ont peur de la malédiction des anciens, des ancêtres et des esprits initiatiques de la communauté par la soustraction aux règles collectives.

Le père joue un rôle second dans la décision d'exciser ou non ses filles, mais il lui est reconnu la capacité réelle de s'opposer à cette pratique. Ce pouvoir est réel, mais il ne l'exerce pas par peur des critiques au sein de la famille et en particulier celui de ses sœurs (les fameuses tantes paternelles) et de sa mère. La seconde crainte pour les pères, et c'est souvent l'épouse qui craint pour son époux, c'est la perte de son statut au sein de la communauté masculine. En fait, l'épouse craint le risque que son époux ne soit pas associé aux décisions collectives en raison du fait qu'il s'est soustrait de la règle collective commune.

Lorsqu'on regarde les données de façon croisée, on peut conclure qu'il y a un glissement chez les nouvelles générations de l'ablation partielle du clitoris vers celui du pincement et des blessures symboliques. Ce glissement est la conséquence de la double combinaison de la requête des mères auprès des agents de santé et des préférences de ces derniers pour le pincement et les blessures symboliques. D'ailleurs, si les mères actuelles avaient la possibilité de « *refaire leur excision* », elles auraient aussi préféré le pincement et les blessures symboliques. Malheureusement, très peu de femmes excisées (24%) souhaitent se « *refaire* » l'organe sexuel même si l'offre leur était faite.

Le type d'excision majoritaire change, le lieu de l'excision aussi en se déplaçant de la brousse vers le domicile parental après avoir transité, un temps, dans les structures sanitaires qui restent le second endroit d'excision en Guinée. Ces structures sanitaires sont d'abord et avant tout les centres de santé, bien loin, avant les cliniques et les postes de santé. La brousse n'a pas totalement disparu comme lieu d'excision et précède de loin la rivière et la forêt.

Ce déplacement est peut-être plus sécurisant, du point de vue sanitaire car l'excision est toujours faite par des professionnels de la santé. Cependant, ce déplacement sort l'excision de la sphère publique pour celle familiale et risque donc de compliquer la promotion de l'abandon de l'excision en rendant celle-ci « *invisible* ». Certes, on pourrait penser que l'excision faite à domicile aurait pour corolaire de rendre l'excision plus individuelle tout en rendant le caractère communautaire désuet. Malheureusement, tel n'est pas le cas. Les données indiquent que

L'excision se fait toujours en regroupant plusieurs filles de la même génération (indépendamment de la famille d'appartenance).

Cette excision est, pour l'essentiel, collective sans le cérémonial ancien et se fait pratiquement entre 5 et 9 ans et pendant les vacances scolaires (juillet à septembre). L'explication avancée pour justifier l'excision à cet âge relève de ce que Bourdieu nomme l'habitus, l'habitude de faire à cet âge et la facilité que cet âge donne aux parents et aux exciseuses de contrôler le corps de la jeune fille et de ses réactions.

Il y a donc une période de **haute intensité d'excision** (les vacances scolaires) et des périodes de **basse intensité d'excision** (autour de mars, avril et mai) préparation des champs pour l'activité agricole ; (entre novembre et janvier) période de récolte des céréales comme le riz) et lors des congés scolaires de pâques. A ces périodes, qui sont aussi des moments d'indisponibilités des uns (les parents) et des autres (les filles), s'ajoute la période des fêtes religieuses (Tabaski, Ramadan, pâques).

L'excision après 15 ans existe dans certaines communautés, mais est marginal en Guinée et se justifie par des besoins initiatiques dans la forêt sacrée et se termine souvent par un tatouage au bras qui constitue une double marque : celle initiatique et de l'excision.

Très peu d'exciseuses auraient déposé les couteaux et celles qui l'ont fait se sont fait remplacer par le personnel de santé qui, tout en continuant à exciser, fournissent aussi des actions de prévention contre l'excision lors des services de pré, post-natale et de vaccination. On pourrait dire que le personnel de santé lutte contre l'excision en faisant ce qui est inscrit dans sa formation et fait l'excision à la demande des familles et des communautés.

Parmi les autres acteurs qui jouent un rôle significatif, on doit noter les religieux. La position des religieux, en particulier ceux de la religion musulmane, est ambivalente. Les fidèles ont de la difficulté à déchiffrer la position nette des imams qui tantôt « décourage », tantôt « encourage », s'ils ne se taisent pas tout simplement ou s'ils ne se transforment pas simplement en « spécialistes de l'excision » en indiquant la « bonne » dimension de l'ablation.

Cette ambivalence cache des particularités qu'il est important de prendre en charge. Il s'agit de la position d'ouverture envers la promotion de l'abandon de l'excision des membres de la confrérie Tidjania et celle opposée des Quadria (très minoritaires en Guinée) et franchement hostile des Wahhabites (en expansion).

S'il est impossible de connaître le nombre de familles qui n'excisent pas, dans le cadre de cette étude, on peut néanmoins constater que près du tiers des sondés connaît, au moins une famille, dans sa localité qui n'excise pas. Habituellement, ces familles sont connues par les autres par le truchement des voisins, des vieilles personnes, des exciseuses et des petites filles.

Il semble que les familles qui n'excisent pas ne tentent pas de le cacher, mais ne se mobilisent que très rarement et non donc pas d'influence sur les familles qui pratiquent l'excision.

L'étude confirme le lien tenu entre certaines pathologies avec l'excision. Les femmes développent, non seulement, des complications pendant l'excision (saignement et douleurs), mais aussi pendant l'accouchement de leurs enfants. Le personnel de santé interrogé confirme aussi ce lien entre la santé de la reproduction et l'excision.

Quels sont les déterminants de l'excision en Guinée en 2015 ? Sur la foi des données collectées et analysées, on peut dire qu'il existe quatre raisons majeures. Les autres raisons (cinq) complètent ou disent la même chose que les raisons fondamentales avec d'autres mots.

La première raison de l'excision en 2015, et de loin la plus importante, est le « **respect de la coutume** ». D'autres disent « **faire comme les autres** », mais en réalité il s'agit de la même chose : se conformer aux normes collectives. C'est pour amener tous à respecter les coutumes établies que la raillerie a été développée envers celles qui ne sont pas excisées en les indexant par le vocable de « *bilakoro* », terme péjoratif signifiant le nom de la personne « non excisée ».

La seconde raison de l'excision est « **l'aide à l'abstinence** ». En fait, il s'agit de brider la sexualité de la femme pour l'amener vierge au mariage afin d'honorer sa famille, en particulier sa mère qui aura ainsi montrée sa capacité éducative.

D'autres aussi considèrent l'excision comme un instrument pour éviter la prostitution. Ces personnes mettent un lien, sans aucune base vérifiable, entre le développement de la prostitution

et l'arrêt de l'excision. Une étude sur la typologie des « travailleurs du sexe » pourrait permettre de déconstruire cet argumentaire qui a de l'effet sur les familles qui ont sérieusement peur de se retrouver avec leurs filles dans la rue.

La quatrième grande raison de l'excision est « **l'exigence de la religion** ». Pour certains interprètes de la religion musulmane, surtout au niveau des adeptes de la confrérie Wahhabite, l'excision est une tradition de la religion musulmane, Dans ce sens, c'est aussi un instrument de « *purification* » de la femme pour sa prière et pour assurer une alimentation saine à son époux.

En fait, l'idée est de faire une analogie entre le sexe de l'homme et celui de la femme. De même que la circoncision a été une opération pour débarrasser l'homme des impuretés, l'excision devrait permettre la même chose par analogie des deux sexes.

L'argument de l'initiation à la socialisation est rare et traduit le rappel d'une pratique ancienne qui n'a aucune prise sur la réalité de l'excision actuelle avec des filles qui le sont dans la maison de leurs parents et souvent à des âges très bas. Les rares cas où l'initiation a du sens c'est dans les communautés forestières, lorsqu'elles vivent encore dans la région de la Guinée Forestière.

Les stratégies actuelles de lutte contre l'excision n'ont pas donné des résultats à la hauteur des efforts consentis. Ce constat qui n'est pas une négation du travail fait doit amener à se questionner pour inventer une nouvelle stratégie.

Que faut-il faire ? Sur quel levier faut-il s'appuyer pour inverser la tendance ? Il nous semble, sur la base des intentions d'exciser, que ceux qui excisent en Guinée sont plus nombreux que ceux qui veulent réellement le faire. Si cette donnée se confirme, on peut donc penser qu'il y a des personnes en Guinée qui souhaitent une aide pour ne pas passer à l'acte. Malheureusement, il n'existe pas encore une dynamique collective, visible qui peut aider à ne pas passer à l'acte. C'est pour aider ceux-ci qu'il faut **appuyer la création et le fonctionnement d'hommes et de femmes qui partagent le même point de vue et qui pourraient s'appuyer les uns sur les autres pour briser leur singularité.**

Dans le cadre de la promotion de l'abandon de l'excision, il existe des acteurs clés (mère des filles, tantes paternelles, grand-mère, père, homonyme, imams) qui sont placés à des endroits différents et qui ont des besoins spécifiques tant en terme **d'argumentaires culturels** que **d'appui opérationnel** pour peser sur la prévalence de l'excision.

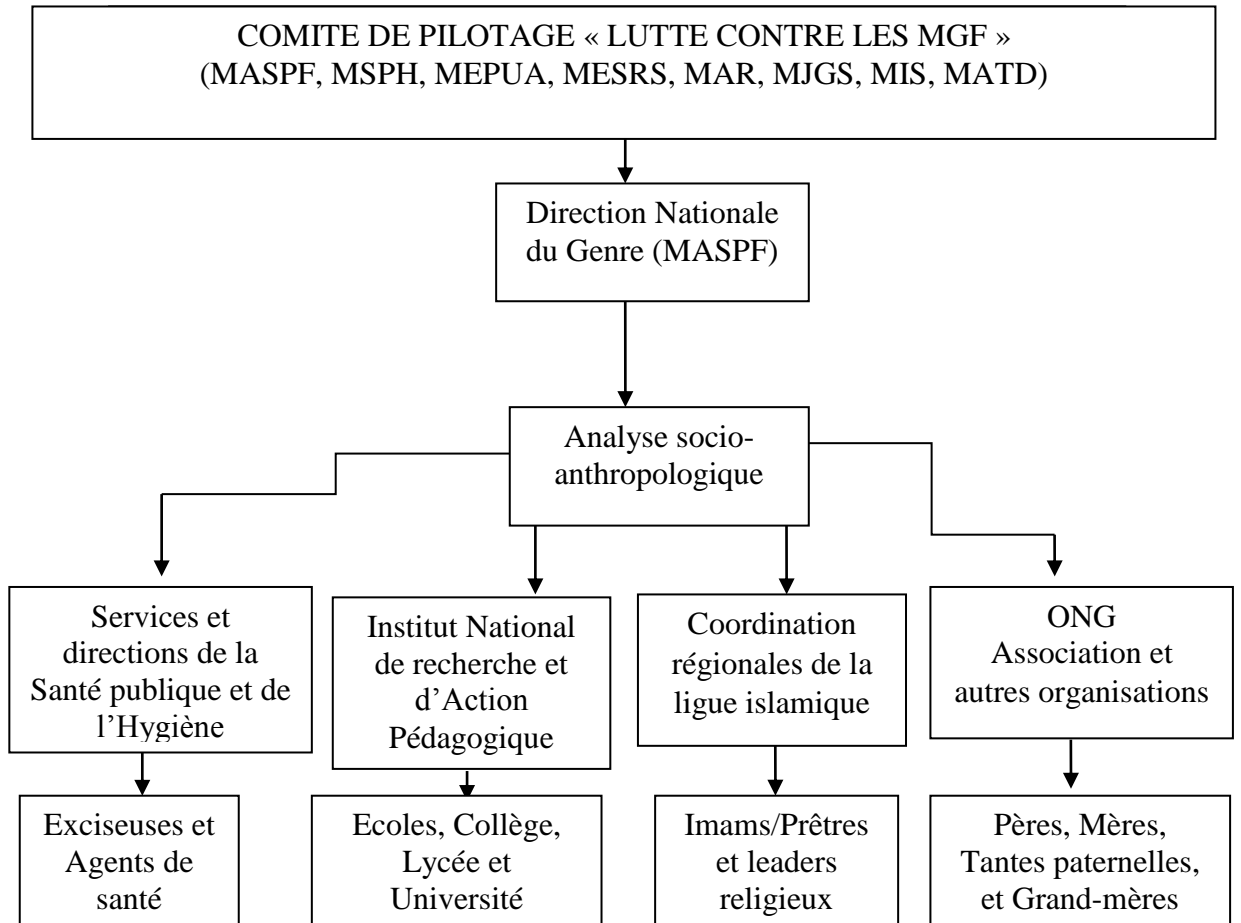
Par exemple, le discours langagier (la communication) pour les femmes (mère des filles) n'est pas celui des pères, ni celui des tantes paternelles et des imams. La production de ces éléments de contre argumentaire culturel devrait être toujours précédée par des analyses socio-anthropologiques régulièrement actualisées.

Pour satisfaire à ces besoins, il nous semble que l'organisation de la promotion de l'abandon de l'excision devrait être pyramidale, comme le montre le schéma ci-dessous, avec des missions spécifiques à chaque acteur de la lutte avec un ciblage précis de l'acteur visé.

Cette répartition des tâches (éviter l'importation de solutions exogènes à la réalité locale) doit permettre à chaque intervenant de produire, de mettre en œuvre et d'exécuter une stratégie spécifique vers un public cible particulier qui concourt à l'atteinte de l'objectif global. Cette stratégie doit s'inscrire dans la durée (un effort soutenu de dix ans) avec un financement suffisant et disponible de façon continue.

Un engagement des plus hautes autorités avec des exemples probants pourrait être signifiant pour ceux qui doutent de la concordance entre les engagements « officiels » et ceux personnels et familiaux des décideurs (législatifs et exécutifs) et des acteurs politiques.

SCHEMA ORGANISATIONEL DE LA LUTTE CONTE LES MGF



BIBLIOGRAPHIE

- Angers, M., (1992), « Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines », Centre Éducatif et Culturel, Montréal, Canada.
- Akoun, André. et Ansart, Pierre (1999), « Dictionnaire de Sociologie, (dir.), le Robert », Seuil, Paris.
- Andro, Armelle et Marie Lesclingand, (2007) ; « Les mutilations sexuelles féminines : le point sur la situation en Afrique et en France », Population & Sociétés n° 438, INED, France.
- Andro, Armelle, Marie L., Dolorès P. (2007) ; « Comment orienter la prévention de l'excision chez les filles et jeunes filles d'origine Africaine vivant en France : Une étude des déterminants sociaux et familiaux du phénomène », Rapport final, Volet qualitatif du projet Excision et Handicap Université Paris 1-Sorbone- Panthéon, INED, ACSE, paris, France.
- Badarou, M. A. (2010) ; « Fiche d'information : Les Mutilations Génitales Féminines en République de Guinée », Unicef-Guinée, Conakry, Guinée.
- Bardin, L. (2001), « L'analyse de contenu », PUF, Paris, France.
- Blanchet & al., (1985), « L'entretien dans les sciences sociales », Dunod, Paris.
- Blanchet, A. (1991) ; « Dire et faire dire : l'entretien », Paris : Armand Colin.
- Blanchet A et Gotman (A (1992), « L'enquête et ses méthodes : l'entretien », Paris : Nathan université.
- Bouhould, Yahya et Ministère des affaires sociales, de l'enfance et de la femme, UNICEF, UNFPA () ; « De l'étude anthropo-sociologique des déterminants des mutilations génitales féminines », Nouakchott, Mauritanie.
- Borrel Catherine (2006) ; « Enquêtes annuelles de recensement 2004 et 2005, près de 5 millions d'immigrés à la mi-2004 », Insee Première, n° 1098, août.
- Bronislaw Malinowski (1968) ; « Une Théorie scientifique de la culture », 1^{re} éd. 1944, Paris, France.
- Centre de recherche Innocenti, (2005) ; « Changer une convention sociale néfaste : la pratique de l'excision/mutilation génitale féminine », Digest Innocenti, Unicef, Réédition Mai.
- Déslauriers, J.-P., (1991) ; « Recherche qualitative », Montréal, Mc Graw-Hill.
- Diaby Mariama Sylla (2010) ; « Plan national d'action stratégique pour la mise en œuvre des résolutions 1325 et 1820 du conseil de sécurité des nations unies - 2009-2013 », Table ronde des partenaires techniques et financiers, Ministère des affaires sociales, de la promotion féminine et de l'enfance, PNUD, UNFPA,
- Diallo Mamadou Oury Garambé (2012) ; « Enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques de la population ayant participé aux activités de lutte contre les MGF de la GIZ en Guinée, Zones : Mamou, Dalaba, Pita, Labé et Faranah », Conakry, Guinée.
- Diallo Mamadou Oury & Traoré Sékou (2011) ; « Evaluation finale du projet "amélioration de la protection du bien être de l'enfant et de la femme" Zone du projet : Kissidougou et Guéckédou », Rapport final, Présenté à Plan Guinée, Conakry, Guinée.
- Doualamou Marie-Anne (2005) ; « Excision », EDS, 2005, Direction Nationale de la Statistique, Ministère du Plan, Conakry, Guinée et ORC Macro Calverton, Maryland, USA ;
- Dubourg, Dominique et Fabienne Richard (2014) ; « Etude de prévalence des femmes excisées et des filles à risque d'excision en Belgique », Service public fédéral, Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et environnement.
- Durkheim, Emile (1975), « Définition du fait moral », in *Textes. 2. Religion, morale, anomie*, Éditions de Minuit, Paris, France.
- Elise, R. B. et al. (2013), « Qu'est-ce qui a marché ou pas : Une discussion sur les approches populaires pour l'abandon des mutilations génitales féminines », Editeur académique : Johanne Sundby Copyright, ID 348248
- Eric Fassin (2009) ; « Le sexe politique. Genre et sexualité au miroir transatlantique, Paris, éd. EHESS.
- Fonds des Nations Unies pour l'enfance (2013) ; « Mutilations génitales féminines/excision : aperçu statistique et étude de la dynamique des changements », Résumé, UNICEF, New York, 2013.

Gauthier, Benoît. (dir.); (1990) ; « Recherche sociale », Presses de l'Université du Québec, Québec.

Gillette-Faye Isabelle (2002) ; « La polygamie et l'excision dans l'immigration africaine en France, analysées sous l'angle de la souffrance sociale des femmes », Villeneuve d'Ascq, Presses universitaires du Septentrion, thèse de doctorat en sociologie, Paris 7, 352 p.

Herman, Edward et Noam Chomsky (1988), « La Fabrication du consentement. De la propagande médiatique en démocratie », Agone, Paris, France.

Juteau, D. ; (1996) ; « L'ethnicité comme rapport social », Mots/Les langages du politique, n.49, pp.97-104.

Leno Emilie Bernadette (2012) ; « Excision », Institut National de la Statistique, Ministère du Plan, Conakry, Guinée et MEASURE DHS, ICF International, Calverton, Maryland, U.S.A.

Locoh, Thérèse (1998) ; « Pratiques, opinions et attitudes en matière d'excision en Afrique », In : Population, 53e année, n°6, pp. 1227-1239, www.persee.fr

Mar Mamadou Djibril (2010) ; « Rapport final de l'évaluation du Programme de promotion de l'abandon des MGF mis en œuvre par le MASEF dans 3 régions à haute prévalence (Hodh El Charghi, Assaba et Gorgol) et au Brakna avec l'ONG Tostan », Ministère des affaires sociales, de l'enfance et de la famille (Mauritanie), Unicef, Nouakchott.

Meyer-Bisch, Patrice (1992) ; « Le corps de droits de l'homme. L'indivisibilité comme principe d'interprétation et de mise en œuvre des droits de l'homme », Editions Universitaires Fribourg, Suisse.

Meyer-Bisch, Patrice (2005) ; « Les droits culturels comme ressources pour lutter contre la violation des droits humains », Conférence UNICEF, Les mutilations génitales féminines en Europe, Zurich, Suisse.

Ministère de l'action sociale, de la promotion de la femme, de la protection de l'enfant et des personnes âgées, UNICEF, UNFPA, (2008) ; « Etude sur les mutilations génitales féminines au Togo », Lomé, Togo.

Observatoire national des violences faites aux femmes (2014), « Mesurer, comprendre et lutter contre les mutilations sexuelles féminines », La lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes, N°2, février.

Observatoire national des violences faites aux femmes (2015), « Mesurer, comprendre et lutter contre les mutilations sexuelles féminines », La lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes, N°5, février.

OMS (2006); « Female genital mutilation – new knowledge spurs optimism », Progress in Sexual and Reproductive Health Research, n° 72.

Population Référence Bureau & USAID, (2008) ; « Mutilation génitale féminine : Données et tendances », Population Référence Bureau.

Rosenbrock, Christine (2012) ; « Promouvoir l'Abandon des Mutilations Génitales Féminines en Guinée : Evaluation des Expériences et Leçons de la GIZ », Hamburg, Juin, Allemagne.

Sabou Guinée (2014) ; « Consolidation du projet de l'approche Santé à l'approche basée sur les droits : Lutte contre les Mutilations Génitales Féminines (MGF) », Guinée, Rapport annuel.

Sow, Abdoulaye (2001) ; « La contre argumentation culturelle comme stratégie de promotion des droits de l'homme dans les sociétés africaines traditionnelles Le cas de la société Haalpulaar en Mauritanie : Exemple des mutilations génitales féminines », Equipe de Recherches sur les Mutilations Génitales Féminines, Faculté des Lettres et Sciences Humaines, Université de Nouakchott, Mauritanie.

Sow Abdoulaye (2000) « Contribution à l'étude des mutilations génitales féminines en milieu Haalpulaar de Mauritanie : le cas de la communauté Haalpulaar de Kaédi en Mauritanie », FNUAP Nouakchott, Mauritanie.

Sow Abdoulaye (1998) ; « Le système des castes face aux mutations sociales contemporaines : l'exemple de la Communauté Haalpulaar'en de Kaédi en Mauritanie », Doctorat Unique en Anthropologie Nice, France.

Stanley Yoder P. et al, (1999) ; « L'excision et la socialisation des adolescentes en Guinée », Macro International Inc., Calverton, Maryland U.S.A., Université de Conakry, Conakry, Guinée.

Tostan (2013) ; « Programme de Renforcement des Capacités Communautaires », Evaluation Finale, UNICEF Guinée.

UNICEF (2005); « *Female genital mutilation/cutting: a statistical exploration* », New York, UNICEF.

UNHCR (2013) ; « *Trop de souffrances-Mutilations Génitales Féminines et asile dans l'Union européenne, une analyse statistique* », UNHCR, Conakry, Guinée.

Unicef, *Fiche d'information : Mutilations génitales féminines/Excision*.

Unicef (2005) ; « *Les MGF : Fiche pays Mauritanie* », Unicef.

Yoder P. Stanley, Abderrahim Noureddine et Zhuzhuni Arlinda (2004); *Female Genital Cutting in the Demographic and Health Surveys: A Critical and Comparative Analysis*, ORC Macro, Calverton, Maryland, (*DHS Comparative Reports n° 7*).

ANNEXE



République de Guinée
Travail-Justice-Solidarité



QUESTIONNAIRE SUR LES MGF/E

Numéro du questionnaire [][][][]
Préfecture _____ []
Commune Urbaine /CR _____ []
Quartier/District _____ []
Nom et Prénoms de l'Enquêteur _____
Date de l'enquête [][][][][][]

Mon nom est.....Je collecte des données pour la Direction du Genre du Ministère de l'Action Sociale, des Femmes et de l'Enfance. Nous interrogeons des citoyens guinéens dans le but de cerner l'opinion de la population guinéenne sur l'excision. Nous vous prions de répondre honnêtement aux questions afin de nous aider à mieux comprendre ce que les populations pensent, estiment et rapportent par rapport à l'excision.

Confidentialité et Consentement

Vos réponses seront tenues strictement confidentielles. Votre nom ne sera pas inscrit sur le questionnaire, et aucun lien ne pourra être fait entre ce que vous me dites et votre nom. Vous n'êtes pas obligé(e) de répondre à une question à laquelle vous ne voulez pas répondre. Votre participation est volontaire.

Le remplissage de ce questionnaire durera à peu près 60 minutes. Je souhaite que vous acceptiez de participer à cette étude.

Je certifie que l'enquêté(e) a été informé(e) de la nature, du but de l'étude et qu'il (elle) a donné un consentement verbal pour participer dans cette étude.

Signature de l'enquêteur

Date

A TOUS LES ENQUETEURS : VOUS VEILLEREZ A ENCERCLER, COCHER ET/OU INSCRIRE LA REPONSE DES REPONDANTS A LA PLACE PREVUE A CET EFFET.

A. L'ENVIRONNEMENT COMMUNAUTAIRE DE L'EXCISION (VOLET COMMUN A TOUS LES ENQUETES)

- 1) Classer ces événements sociaux par ordre d'importance dans votre localité/quartier/village (**Le plus important sera noté 1, le second 2, ainsi de suite jusqu'au 6^{ème}**) ?
 1=Mariage___2=Baptême___3=Circoncision___4=Décès___5=Lecture du coran/bible___6=Excision___
- 2) A quel âge **environ et en Général**, pratique-t-on l'excision dans votre localité (village, quartier, etc.) ? _____
- 3) Quelles sont les raisons, selon vous, qui font que l'excision se fait à cet âge-là ? 1=ça ne fait pas mal à cet âge___2=C'est plus facile de faire l'excision à cet âge___3=On a l'habitude de faire à cet âge___4=Les agents de santé/exciseuse recommandent cet âge___5=Ne sais pas___6=Autres raisons (notez la raison) _____
- 4) Procède-t-on à l'excision d'une femme (marié ou pas) de plus de 18 ans dans votre localité ?
 1=Oui___2=Non___3=NSP___
- 5) Si Oui, jusqu'à quel âge une femme peut-elle être excisée ? _____
- 6) Si Oui, quelles sont les raisons de cette excision à un âge avancé ? 1=Purifier___2=Sexe de la femme n'est pas beau___3=L'initié___4=C'est comme ça qu'on a l'habitude de faire___5=Ne sais pas___6=Afin qu'elle puisse supporter l'aspect chirurgicale de la pratique___7=Autres___
- 7) Si Oui, la décision d'exciser de ces personnes est-elle prise à l'insu de la personne ?
 1=Oui___2=Non___3=NSP___
- 8) A quelle période de l'année se pratique le plus les excisions dans votre localité ? 1=Période de récolte (novembre-janvier) ___2=Période de l'activité agricole (mars-avril-mai) ___3=Période des pluies (mi-mai à Août)___4=Harmattan et mousson (décembre à février) ___5=Vacance scolaire___6=Congé___7=Saison des pluies___8=Saison sèche___
- 9) Y-a-t-il des moments dans l'année où il est interdit de procéder à l'excision ? 1=Période de récolte (novembre-janvier) ___2=Période de l'activité agricole (mars-avril-mai) ___3=Période des pluies (mi-mai à Août) ___4=Harmattan et mousson (décembre à février) ___5=Vacance scolaire___6=Congé___7=Saison des pluies___8=Saison sèche___9=Fêtes religieuses (Tabaski/Ramdam) ___
- 10) Lorsque l'excision se fait dans votre localité, celle-ci se fait avec : 1=Plusieurs filles de la même génération___2=Des sœurs au sein de la même famille___3=Chaque fille à part___4=Indifféremment par lot de toutes les filles dont dispose la famille___
- 11) Existe-t-il des actes/cérémonies auxquels une femme non excisée ne participe pas ?
 1=Oui___2=Non___3=NSP___
- 12) Si oui, Lesquels ? _____
- 13) Y-a-t-il des familles dans votre localité qui ne pratiquent pas l'excision ?
 1=Oui___2=Non___3=NSP___
- 14) Si Oui, ces familles qui ne pratiquent pas l'excision tentent-elles de le cacher ?
 1=Oui___2=Non___3=NSP___
- 15) Si Oui, quel est, environ, l'effectif approximatif de ces familles ? _____
- 16) Si Oui, depuis quand ces familles existent dans votre localité ? _____
- 17) Si Oui, ces familles se sont-elles constituées en groupe pour influencer d'autres familles d'abandonner l'excision ? 1=Oui___2=Non___3=NSP___
- 18) Si Oui, ce groupe de familles a-t-il une influence sur le reste de la communauté ? 1=Oui, beaucoup___2=Oui, un peu___3=Non, pas du tout___4=NSP___
- 19) Peut-on reconnaître une famille qui ne pratique pas l'excision ? 1=Oui___2=Non___3=NSP___
- 20) Si Oui, par quel procédé les reconnaît-on ? _____
- 21) Si Oui, comment fonctionne ce mécanisme (système) ? _____
- 22) Si Oui, qui sont les acteurs qui jouent un rôle dans la reconnaissance des familles qui ne pratiquent pas l'excision ? 1=Les voisins___2=Les vieilles femmes___3=Les exciseuses___4=Autres (spécifier) _____
- 23) Selon vous, est-ce qu'il y a eu des exciseuses qui ont déposé des couteaux (« **arrêté d'exciser** ») dans votre communauté ? 1=Oui___2=Non___3=NSP___

B. L'ENVIRONNEMENT FAMILIAL DE L'EXCISION (VOLET COMMUN)

- 24) Pourquoi les familles de votre localité pratiquent-elles l'excision ? (**Répondez et notez par ordre d'importance**) 1=Purifier la fille___2=Rendre grande la fille___3=La rendre femme___4=Aider à l'abstinence___5=Ne pas être traitée de non excisée___6=Faire comme les autres___7=Par ignorance des risques___8=Par Exigence de la religion___9=Par exigence des coutumes___10=Pour initier la fille___11=Autres (préciser) _____12=Ne sais pas___

- 25) Quels sont les avantages que la famille tire de l'excision de leur fille ? (**Répondez et notez par ordre d'importance**) 1=Aucun avantage___2=Maîtrise la sexualité des filles___3=Eduque les filles et les rends soumises dans le foyer___4=Embellit les filles et les féminise___5=Procure aux parents l'honneur et la considération au sein de leur communauté___6=Accès au mariage pour la fille___7=Question d'honneur et de considération___8=Cède à la pression sociale___9=Considérations religieuses___10=Protéger les filles devant les hommes___11=Préserve la virginité/éviter les relations pré-maritales___12=Eviter l'adultère___13=Rend les filles plus fécondes___14=L'initié aux valeurs de la communauté (être épouse, mère, santé de la reproduction, etc.)___15=Tenir sa langue___16=Respect des aînés_____
- 26) Si c'est pour l'initiation, quelle est la durée de cette initiation ? _____
- 27) Si c'est pour l'initiation, quel est le lieu de cette initiation ? _____
- 28) Si c'est pour l'initiation, qu'est-ce que les filles apprennent lors de l'excision ? 1=Apprendre à tenir une maison___2=Utilisation des plantes médicinales___3=Se soumettre à son mari___4=Se soumettre à sa famille___5=Respect des aînés_____6=Tenir sa langue_____
- 29) Si c'est pour l'initiation, quelles sont les personnes qui s'occupent de celle-ci ? (**Plusieurs Réponses possible**) 1=Matrone___2=Ancienne servile___3=Femme de caste___4=Une tante___5=Grand-mère___6=Une sage___7=Vieille personne_____
- 30) Avez-vous l'habitude de parler de la pratique de l'excision des filles avec votre Mari ou Épouse? 1=Oui___2=Non___3=NSP_____
- 31) Avant l'excision d'une ou des filles dans une famille, y-a-t-il des discussions au sein de la famille ? 1=Oui___2=Non___3=NSP_____
- 32) Si Oui, quelles sont les personnes qui participent à cette discussion ? (**Réponses multiples**) 1=Père___2=Mère___3=Grand-mère___4=Tantes paternelles___5=Tantes maternelles___6=D'autres membres de la famille___7=voisins___8=Homonyme de la fille___9=Autres personnes_____
- 33) Si Oui, quelles sont les personnes qui prennent cette décision ? (**Plusieurs réponses possibles**) 1=Père___2=Mère___3=Grand-mère___4=Tantes paternelles___5=Tantes maternelles___6=D'autres membres de la famille___7=voisins___8=Homonyme de la fille___9=Autres personnes_____
- 34) S'il n'y a pas de discussions avant l'excision, qui prend la décision de l'excision d'une fille au sein de la famille ? 1=Père___2=Mère___3=Grand-mère___4=Tantes paternelles___5=Tantes maternelles___6=D'autres membres de la famille___7=voisins___8=Autre personnes_____
- 35) Est-ce qu'une mère peut s'opposer à l'excision de sa/ses filles ? 1=Oui___2=Non___3=NSP_____
- 36) Si non Pourquoi ? 1=Sera divorcé/répudié___2=Sera battu___3=Sera ostracisé___4=Peur pour le mariage ultérieur de sa fille___5=Peur de la malédiction (familiale, des ancêtres)___6=Peur des critiques au sein de la famille_____
- 37) Est-ce qu'un père peut s'opposer à l'excision de sa/ses filles ? 1=Oui___2=Non___3=NSP_____
- 38) Si non Pourquoi ? 1=Peur des critiques des voisins___2=Peur des critiques au sein de la famille___3=Risque pour son statut (ne peut plus bénir, sa voix ne sera pas pris en compte)___4=Peur pour le mariage ultérieur de sa fille___5=Peur de la malédiction (familiale, des ancêtres ou du mari)___6=Risque d'être exclu de la communauté des hommes de la localité_____
- 39) Accepteriez-vous que votre fils épouse une femme non excisée ? 1=Oui___2=Non___3=NSP_____
- 40) Si Oui ou Non, Pourquoi ? _____

C. CONNAISSANCE DES STRATEGIES ET DES STRUCTURES DE LUTTE CONTRE L'EXCISION (VOLET COMMUN)

- 41) Existe-t-il dans votre localité des associations ou des organisations communautaires engagées dans la promotion de l'abandon de l'excision? 1=Oui___2=Non___3=NSP_____
- 42) Si Oui, ces associations ou organisations communautaires mènent-elles réellement des activités sur le terrain ? 1=Oui___2=Non___3=NSP_____
- 43) Si Oui, quels types d'activités ces associations ou organisations communautaires ont mené ? _____
- 44) Selon vous, ces associations connaissent-elles les lois sur l'excision ? 1=Oui___2=Non___3=NSP_____
- 45) Selon vous, ces associations diffusent-elles ces lois sur l'excision lors des activités sur le terrain ? 1=Oui___2=Non___3=NSP_____
- 46) Avez-vous été formés sur les méfaits de l'excision ? 1=Oui___2=Non___3=Ne se souviens pas_____
- 47) Si oui par qui ? _____
- 48) Quand ? _____
- 49) Connaissez-vous d'autres personnes qui ont été formées sur les méfaits de l'excision ? 1=Oui___2=Non___3=NSP_____
- 50) Comment la population perçoit-elle les messages du programme pour l'abandon des MGF ? 1=Approuve___2=Indifférent___3=S'oppose_____
- 51) Pensez-vous que les stratégies actuelles de lutte contre l'excision sont appropriées pour convaincre la population à abandonner les MGF ? 1=Oui___2=Non___3=NSP_____
- 52) Au cours de ces trois dernières années, la pratique de l'excision est-elle ? 1=En baisse sensible___2=Stationnaire___3=Augmente___4=Comme d'habitude_____

- 53) Avez-vous déjà assisté à une séance de sensibilisation contre la pratique de l'excision ?
1=Oui___2=Non___3=NSP___
- 54) Si oui combien de fois ? 1=Une fois___2=2 fois___3=3 fois et plus___
- 55) Etiez-vous satisfaite de ce qui a été dit ? 1=Oui, entièrement satisfaite___2=Oui, Partiellement satisfaite___3=Non pas satisfaite___
- 56) Quelles sont, selon vous, les personnes que l'on devrait impliquer pour que la population abandonne la pratique de l'excision ? (**Ne pas citer, plusieurs réponses possibles**) 1=Hommes___2=Femmes___3=Autorités religieuses___4=Autorités coutumières___5=Autorités administratives___6=Organisations villageoises___7=Forces de l'ordre___8=Elus (député, maire, etc.)___9=Justice___10=Agent de santé___11=Enseignant___12=Féticheur___Autres (citez les)___
- 57) Par quels canaux avez-vous appris les conséquences de l'excision ? (**Ne pas citer, plusieurs réponses possibles**) 1=Centre de santé___2=Animateurs/ONGs___3=Relais communautaires___4=Radio___5=TV___6=Ecole___Autres___
- 58) Quelles sont les canaux les plus appropriés pour diffuser l'information sur la lutte contre l'excision ? 1=Relais communautaires___2=Causeries___3=Agent de santé___4=Accoucheuses villageoises___6=Radio___7=Télévision___8=Autre___
- 59) Si Radio, quels sont les jours de la semaine où vous écoutez la radio ? 1=Lundi___2=Mardi___3=Mercredi___4=Jeudi___5=Vendredi___6=Samеди___7=Dimanche___
- 60) Si TV, quels sont les jours de la semaine où vous regarder la TV ? 1=Lundi___2=Mardi___3=Mercredi___4=Jeudi___5=Vendredi___6=Samеди___7=Dimanche___

D. VOLET DESTINE AUX FILLES ET AUX FEMMES

- 61) A quel âge avez-vous été excisé ? _____
- 62) Par qui l'avez-vous été ? 1=Exciseuses___2= agents de santé___3=Ne se souviens pas___
- 63) A quel endroit avez-vous été excisé ? 1=Dans mon domicile___2=Centre de santé___3=Clinique___4=Cabinet de soin___6=CHU___7=Poste de santé___8=Brousse___9=Marigot___10=Forêt___
- 64) Qu'est-ce qu'on vous a fait exactement (**amener la répondante à vous dire ce qui a été fait exactement**) ? 1=Ablation totale du clitoris et des petites lèvres___2=Ablation totale du clitoris___3=Ablation partielle du clitoris___4=Pincement et blessure symbolique___5=Infibulation___
- 65) Qui a décidé de cette forme d'excision pour vous ? 1=Père___2=Mère___3=Grand-mère___4=Tantes paternelles___5=Tantes maternelles___6=D'autres membres de la famille___7=Exciseuse___8=Vous-mêmes___9=Homonyme___10=Autres personnes___
- 66) De toutes ces formes, laquelle les femmes préférèrent ? 1=Ablation totale du clitoris et des petites lèvres___2=Ablation totale du clitoris___3=Ablation partielle du clitoris___4=Pincement et blessure symbolique___5=Infibulation___
- 67) Vos parents ont payé combien ou quoi pour cette excision ? _____
- 68) Parmi vos parents, lequel a payé le prix de cette excision ? 1=Père___2=Mère___3=Grand-mère___4=Tantes paternelles___5=Tantes maternelles___6=D'autres membres de la famille___7=voisins___8=Homonyme___9=Autre personnes___
- 69) Après votre excision, avez-vous souffert d'une complication sanitaire (**n'importe laquelle**) ? 1=Oui___2=Non___3=NSP___
- 70) Si Oui, de quelles complications il s'agit ? 1=Des douleurs___2=Des saignements___3=Problèmes lors des menstruations___4=Des complications pendant l'excision___5=Des Problèmes pendant l'accouchement___6=Ma stérilité___7=Des problèmes de rétention urinaire___8=Des infections___9=Des problèmes pendant les rapports sexuels___10=De l'anémie___11=Des problèmes psychiques___
- 71) Si vous avez la possibilité, allez-vous faire une opération chirurgicale pour rétablir ce qui a été enlevé lors de l'excision ? 1=Oui___2=Non___3=NSP___

E. VOLET DESTINE AUX AGENTS DE SANTE ET AUX EXCISEUSES

- 72) Dans votre structure sanitaire/lieu d'excision, il y eu combien de filles excisées cette année ? _____
- 73) L'année précédente, il y a eu combien de filles excisées dans votre structure sanitaire/lieu d'excision ? _____
- 74) Quels sont les types d'excision qui se font dans votre structure sanitaire/Lieu ? 1=Ablation totale du clitoris et des petites lèvres___2=Ablation totale du clitoris___3=Ablation partielle du clitoris___4=Pincement et blessure symbolique___5=Infibulation___
- 75) Les personnes qui amènent des filles dans votre structure sanitaire/lieu d'excision, vous demandent-elles expressément de pratiquer une forme particulière d'excision? 1=Oui___2=Non___3=NSP___
- 76) Si Oui, quels sont, par ordre d'importance, les formes demandées ? 1=Ablation totale du clitoris et des petites lèvres___2=Ablation totale du clitoris___3=Ablation partielle du clitoris___4=Pincement et blessure symbolique___5=Infibulation___

- 77) Lequel des membres de la famille accompagnent leur fille dans votre structure sanitaire/Lieu pour faire l'excision ? 1=Père___2=Mère___3=Grand-mère___4=Tantes paternelles___5=Tantes maternelles___6=D'autres membres de la famille___7=voisins___8=Homonyme___9=Autre personnes___
- 78) Arrive-t-il que d'autres membres de la famille viennent contester une demande d'excision exprimée par un premier parent ? 1=Oui___2=Non___3=NSP___
- 79) Avez-vous reçu des patientes avec des complications liées à l'excision ? 1=Oui___2=Non___3=NSP___
- 80) Lors des accouchements, avez-vous constaté des complications qui proviennent de l'excision ? 1=Oui___2=Non___3=NSP___
- 81) Dans les services offerts dans votre structure de santé, offrez-vous dans les services pré, post natale et de vaccination des actions de prévention contre l'excision ? 1=Oui___2=Non___3=NSP___

F. VOLET DESTINE AUX ENSEIGNANTS

- 82) Avez-vous été formé sur les MGF ? 1=Oui___2=Non___3=NSP___
- 83) Si Oui, cette formation a duré combien de temps ? _____
- 84) Si Oui, en quelle année avez-vous été formé ? _____
- 85) D'autres collègues (enseignants) à vous ont-ils été formés sur les MGF ? 1=Oui___2=Non___3=NSP___
- 86) Votre école dispose-t-elle de module sur les MGF ? 1=Oui___2=Non___3=NSP___
- 87) Si Oui, ces modules sont-ils introduits dans vos enseignements. ? 1=Oui___2=Non___3=NSP___
- 88) En dehors de ces modules, vous arrive-t-il d'entretenir vos élèves sur l'excision ? 1=Oui___2=Non___3=NSP___
- 89) Si Oui, la réaction de vos élèves est-elle ? 1=Favorable___2=Défavorable___3=Indifférente___4=Favorable seulement chez les filles___5=Bruyante___6=Autres réactions___
- 90) A votre avis, y-a-t-il des filles dans votre classe qui n'ont pas été excisées ? 1=Oui___2=Non___3=NSP___
- 91) Celles qui le sont représentent quel pourcentage ? _____

G. VOLET DESTINE AUX LEADERS COMMUNAUTAIRES/RELIGIEUX

- 92) Avez-vous été formé sur les MGF ? 1=Oui___2=Non___3=NSP___
- 93) Si Oui, cette formation a duré combien de temps ? _____
- 94) Si Oui, en quelle année avez-vous été formé ? _____
- 95) D'autres collègues (leaders/imams) à vous ont-ils été formés sur les MGF ? 1=Oui___2=Non___3=NSP___
- 96) Avez-vous reçu des sermons de la Ligue Islamique pour encourager **vos fidèles à arrêter** la pratique de l'excision ? 1=Oui___2=Non___3=NSP___
- 97) Avez-vous reçu aussi d'autres sermons de la Ligue Islamique pour encourager **vos fidèles à continuer** la pratique de l'excision ? 1=Oui___2=Non___3=NSP___
- 98) Vos fidèles sollicitent-ils auprès de vous des avis sur l'excision ? 1=Oui___2=Non___3=NSP___

H. PROFIL ET CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES

- 99) Quel est la catégorie du répondant ? 1=Chômeur/Sans activité___2=Enseignant___3=Agents de santé___4=Employé du secteur privé___5=Employé du secteur public___6=Leaders religieux/communautaire___7=Exciseuse___8=Commerçant/Entrepreneur___9=Paysan/pasteur/planteur/pêcheur___10=Ménagère___11=Retraité___12=Ouvrier/Artisan___13=Elève/Etudiant___14=Guérisseur/Féticheur___
- 100) Dans votre ménage y-a-t-il **(Réponses multiples)** : 1=Electricité___2=Radio___3=Télévision___4=Téléphone___5=Eau courante (SEG, puits amélioré/forage)___
- 101) Dans votre ménage y a-t-il **(Réponses multiples)** : 1=Bicyclette___2=Motocyclette/Mobylette___3=Voiture___4=Camion___5=Charette___
- 102) Quel est le type d'habitation de votre ménage **(mettez une croix devant la réponse donnée)** ? 1=Case___2=Maison individuelle___3=Maison à plusieurs appartements___4=Immeuble individuel___5=Immeuble à plusieurs appartements___6=Baraque/Conteneur___7=Autre___
- 103) Combien de pièces séparées y-a-t-il dans votre logement **(notez le chiffre sur la ligne)** ? _____
- 104) Quel est le statut d'occupation du logement **(mettez une croix devant la réponse donnée)** ? 1=Propriété familiale___2=Propriété individuelle___3=Location___4=Location-vente___5=Logé par l'employeur___6=Loger gratuitement___7=Autre___
- 105) Citez les trois principales activités économiques dans votre localité/village/commune : 1=_____2=_____3=_____

- 106) Qui contribue le plus au revenu du ménage (**Réponses multiples**) ? 1=Moi-même____2=Mes enfants____3=Mon/mes épouses____4=Des parents____5=Autres____
- 107) Vous êtes né en quelle année ? _____
- 108) Quel est votre niveau d'instruction ?
1=Aucun____2=Primaire____3=Collège____4=Lycée____5=Ecole professionnelle____6=Université____7=Ecole coranique/Medersa____8=Alphabétisation____
- 109) A quel groupe ethnique appartenez-vous ? _____
- 110) Quelle est votre religion ? 1=Musulman____2=Chrétien____3=Animiste____4=Sans religion____
- 111) Si musulman, à quelle confrérie vous appartenez ?
1=Tidjania____2=Quadria____3=Wahabite____4=Chiite____5=Sans confrérie____
- 112) Quel est votre statut matrimonial ? 1=Célibataire____2=Marié____3=Veuve/veuve____4=Divorcée____
- 113) ___ Si marié, divorcé ou veuf, vous avez combien de filles ? _____
- 114) Parmi ces filles, combien ont cinq ans ou moins de cinq ans ? _____
- 115) Parmi elles, combien sont excisées ? _____
- 116) Avez-vous l'intention d'exciser vos filles qui ne le sont pas encore ? 1=Oui____2=Non____3=Hésite avant de répondre____4=Ne sais pas encore____5=Pas de réponse____
- 117) Etes-vous disposés à soutenir la promotion de l'abandon de l'excision au sein de votre communauté ?
1=Oui____2=Non____3=NSP____
- 118) Existe-t-il localement des leaders religieux favorables à l'abandon de l'excision ?
1=Oui____2=Non____3=NSP____
- 119) Ces leaders sont de quelle confrérie ? 1=Les Tidjania____2=Les Quadria____3=Les Wahabia____4=Les Chiites____5=Les catholiques____6=Les témoins de Jéowah____7=Les protestants____8=Les anglicans____9=Autres églises (indiquez la) _____
- 120) Quelle est l'influence des imams/prêtres et des marabouts locaux sur l'excision par les communautés ?
1=Encourage la pratique____2=Décourage la pratique____3=Sont indifférents à la pratique____4=Encouragent parfois et Découragent d'autres fois _____
- 121) Pensez-vous que si les imams/prêtres et les marabouts conseillent d'arrêter la pratique de l'excision, les familles de votre localité vont obéir ? 1=Oui, toutes les familles____2=Oui, seulement quelques familles____3=Non____4= NSP____
- 122) Quelles seraient les réactions des populations de votre localité si elles apprenaient l'arrestation d'une personne de votre localité qui pratique l'excision ? 1=Accepterait____2=Allait considérer cela normal____3=Serait indifférente____4=Manifesterait sa satisfaction____5=Manifesterait contre cette arrestation____6=NSP____
- 123) L'excision est-elle recommandée par la religion musulmane ? 1=Oui____2=Non____3=NSP____
- 124) Dans les sermons, que disent les imams sur l'excision ? (**Ne parler que de ce que vous avez entendu**)
- 125) Existe-t-il des personnes qui s'opposent à l'abandon de l'excision dans votre localité ?
1=Oui____2=Non____3=NSP____
- 126) Si Oui, qui sont ces personnes ? (**Ne pas lister, plusieurs réponses possibles**) 1=Les vieux____2=Les jeunes____3=Les femmes____4=Les hommes____5=Les agents de santé/Exciseuse____6=Les enseignants____7=Les religieux____8=Les autorités administratives____9=Les pères des filles____10=Les mères des filles____11=Les Sœurs/Frères du père____12=Les Sœurs/Frères de la mère____13=Les voisins____14=Tout le monde____
- 127) Que pensez-vous de l'excision ? 1=Bonne____2=Mauvaise____3=Pas de réponse____
- 128) Savez-vous qu'il existe une loi qui interdit la pratique de l'excision ? 1=Oui____2=Non____3=NSP____
- 129) Pensez-vous que l'existence de la loi est suffisamment dissuasive sur ceux qui ont l'intention d'exciser ou de faire exciser ? 1=Oui____2=Non____3=NSP____
- 130) Est-ce que la pratique de l'excision a diminué dans votre localité depuis l'apparition de l'épidémie d'Ebola ? 1=Oui____2=Non____3=NSP____
- 131) Est-ce que la manière de pratiquer l'excision a changé avec l'apparition d'Ebola ?
1=Oui____2=Non____3=NSP____

MERCI POUR VOTRE DISPONIBILITE

GUIDE D'ENTRETIEN

Je collecte des données pour la Direction du Genre du Ministère de l'Action Sociale, des Femmes et de l'Enfance. Nous interrogeons des citoyens guinéens dans le but de cerner l'opinion de la population guinéenne sur l'excision. Nous vous prions de répondre honnêtement aux questions afin de nous aider à mieux comprendre ce que les populations pensent, estiment et rapportent par rapport à l'excision.

Confidentialité et Consentement

Vos réponses seront tenues strictement confidentielles. Votre nom ne sera pas inscrit sur le questionnaire, et aucun lien ne pourra être fait entre ce que vous me dites et votre nom. Vous n'êtes pas obligé(e) de répondre à une question à laquelle vous ne voulez pas répondre. Votre participation est volontaire.

A. QUELLE EST LA SITUATION DE L'EXCISION AU SEIN DE VOTRE LOCALITE ?

- 1) L'âge de l'excision (**Creuser votre interlocuteur pour déterminer le Pourquoi/Justifications**) ;
- 2) Période de l'excision (**Creuser votre interlocuteur pour déterminer le Pourquoi/Justifications**) ;
- 3) Le nombre (excision individuelle ? par groupe ? Effectif moyen lorsqu'il s'agit de groupe)?
- 4) Le type d'excision pratiqué dans le milieu,
- 5) La situation des familles qui n'excisent pas (**Creuser votre interlocuteur pour déterminer le Pourquoi/Justifications**) ;
- 6) Perception que la communauté a des familles qui n'excisent pas (**Creuser votre interlocuteur pour déterminer le Pourquoi/Justifications**) ;
- 7) Perception que ces familles ont d'elles-mêmes, des filles non excisées ;
- 8) Perception que la communauté a des filles qui ne sont pas excisées (**Creuser votre interlocuteur pour déterminer le Pourquoi/Justifications**) ;
- 9) Leurs places (statut et considération sociale) au sein de la localité ;
- 10) L'excision et la religion (ce que les gens croient de ce que dit religion de l'excision, attitude des leaders religieux face à l'excision, capacité et influence des leaders religieux dans l'abandon ou la continuité de la pratique de l'excision) ;
- 11) Attitude, influence et capacité des leaders traditionnels/religieux dans l'abandon de la pratique de l'excision), Ce qui précède au rouge ne se justifie plus, parce que intégré à la batterie d'énoncés mis entre parenthèse).
- 12) L'excision des jeunes filles cette année (type d'excision, lieu, âge). L'excision cette année (identité et différence par rapport aux pratiques antérieures) ;
- 13) Dans une famille, quelle personne décide de l'excision d'une femme (**Creuser votre interlocuteur pour déterminer le Pourquoi/Justifications**)

B. QUELS SONT LES DETERMINANTS DE L'EXCISION DANS VOTRE LOCALITE ?

Explorez avec votre interlocuteur tous les facteurs explicatifs de l'excision. Laissez-le commencer par le facteur de son choix, mais explorez avec lui les paramètres explicatifs suivants :

1. Au niveau de la famille (Motivations/justifications de l'excision) ; des communautés (Motivations/justifications de l'excision des pour les communautés et des différentes catégories sociales) ; du genre et d'âge, des paramètres socio-économiques, ethnique, des croyances et des habitudes.
2. Il faudra aussi explorer les deux types d'acteurs : **Acteurs visibles** (Réseau social, Famille prise comme un tout, Communauté comme un tout, Le voisinage comme un

tout, Féminin : mère, sœur du père, sœur de la mère, copine de la fille, exciseuse, Griottes, Hommes père, religieux ; mari, etc.) et des **Acteurs invisibles, immatériel** (Tradition, L'habitude, Religion)

Il s'agit de rechercher tous les déterminants de l'excision et après de tenter de les hiérarchiser afin de donner un poids à chacun d'eux.

C. SUR QUOI FAUT-IL AGIR POUR ARRÊTER L'EXCISION ?

Cette thématique complète la précédente et à pour but de reprendre tous les facteurs énumérer et de voir **LE FACTEUR** sur lequel il faut d'abord agir et ainsi de suite afin d'arriver à l'arrêt de l'excision et ensuite les AUTRES FACTEURS par ordre d'importance.

LISTE DES PERSONNES RESSOURCES RENCONTRES

1) Chercheurs

N°	Nom	Profession	Diplôme	Structure
	Lamarana DIALLO	Socio-Démographe	DEA	Consultant
1	Wotem Somparé			U. Sonfonia
2	Kéfing CONDE	Socio-anthropologue	Docteur	U. Sonfonia
3	Daouda KOMA	Socio-anthropologue	DEA	U. Sonfonia
4	Mohamed Campbel CAMARA	Socio-anthropologue	DEA	U. Sonfonia
5	Alpha Bacar DIALLO	Linguiste	DEA	U. Sonfonia
6	Mamadou Saliou DIALLO	Sociolinguiste	Docteur	U. Sonfonia

2) Citoyens

N°	Nom	Profession	Localité	Localité
	Fatoumata CAMARA	Ménagère	Bambaya	Kindia
1	Alsény BANGOURA	Tailleur	Tanènè	Dubréka
2	Kanké Boffa CAMARA	Chauffeur	Kolabuy	Boké
3	Amadou CAMARA	Tôlier	Kolabuy	Boké
4	Fatoumata YANSANE	Ménagère	Moussayah	Forécariah
5	Mariame BARRY	Ménagère	Sanoun	Labé
6	Facely CAMARA	Forgeron	Sabadou Baranama	Kankan
7	Oumar TOUNKARA	Chauffeur	Commune urbaine	Kankan
8	Mamadou Tylo DOUMBOUYA	Commerçant	Sabadou Baranama	Kankan
9	Mamaissata SOUMAH	Ménagère	Madina Oula	Kindia
10	Alsény BANGOURA	Peintre	Commune urbaine	Kindia
11	Abdoulaye SOUMAH	Chauffeur	Commune urbaine	Boké
12	Mamoudou SOUMAH	Réparateur de radio	Commune urbaine	Boké

3) Cadres et autorités communautaires

N°	Nom	Profession	Localité	Localité
	Diallo Mamadou Billo	Directeur Maison des jeunes	Mamou	Mamou
1	Bah Mariama Koumba	Matrone	Bourouwal Tapè	Pita
2	Bah Dalanda	Promotion féminine	C/ urbaine	Mamou
3	Bah Hawa	A.V	C/ urbaine	Dalaba
4	Barry Kadiatou	Matrone	Soyah	Dalaba
5	Alsény CAMARA Valdo	Chef de quartier Adjoint	Samatra	Dubréka
6	Facinet CAMARA	Imam	Samatra Village	Dubréka
7	Amadou Tidiane BAH	Imam	Bourouwal Tapé	Pita
8	Elhadj Moustapha SOW	Sage	Doghora	Labé
9	Fodé Chérif	AC	Cisséla	Kouroussa
10	Haidara Abdallah Mohamed	Imam	C/ urbaine	Télimélé
11	Keita Moustapha	Chef de quartier	C/ urbaine	Kouroussa