

# **excision** **au sénégal**

**m. h. mottin sylla**  
**préface : joseph ki-zerbo**

*"Femme Africaine" : ma sœur*

*Gravure sur laiton, 1985, Lomé.*

*Exposé à Paris, galerie Paul Ahyi, 71 rue Dulong, Paris 16°*

*Paul Ahyi, Artiste togolais. Diplômé de l'Ecole Nationale Supérieure des Beaux Arts de Paris.*

*Médaillé d'or des Métiers d'Arts de Paris, 1961.*

*Commandeur des Palmes Académiques Françaises, 1978.*

*Professeur d'Arts Plastiques à l'Ecole d'Architecture et d'Urbanisme. Lomé.*

# **excision au Sénégal**

**informer pour agir**

**par Marie Hélène Mottin Sylla**

**série études et recherches  
n° 137 - enda, dakar, novembre 1990**

«Etudes et Recherches» est une série de monographies, éditée en supplément à la revue trimestrielle :

# **environnement africain**

cahiers d'étude du milieu et  
d'aménagement du territoire

Publiée par ENDA, cette série comporte des communications à des séminaires et sessions de formation, des travaux d'études et de recherches ainsi que d'autres documents. Toute correspondance relative aux publications doit être adressée à :

ENDA, B.P. 3370 - Dakar, Sénégal. Tél. : 22.42.29 - 21.60.27. Téléx : 51 456 SG.  
Fax : (221) 22.26.95.

Responsables de la publication : Jacques BUGNICOURT, Liberty MHLANGA,  
Raphaël NDIAYE et Mohamed NACIRI.  
Secrétariat de rédaction : Laetitia van DRUNEN.

Entrepris en 1987, ce travail avait pour mission d'apporter des données précises sur la prévalence de l'excision au Sénégal, notamment sous forme cartographique. A partir de cette recherche descriptive, et avant même son achèvement se sont dessinées des demandes d'action sur le terrain, notamment en milieu pularophone, qui se sont concrétisées, par une recherche de dialogue et d'informations dans les villages qu'auprès des structures religieuses et sanitaires. Le travail de fond se poursuit actuellement en collaboration avec les diverses organisations sensibilisées au Sénégal et en Afrique sur la question de l'excision et des pratiques traditionnelles qui affectent la santé des femmes et des enfants.

Cartes : préparées par A.O. Mamoré et T. Camara de ENDA

© enda tiers-monde, dakar, 1990

ISSN 0850 - 8526

N.B. La reproduction d'extraits est autorisée sans formalité pour des utilisations non-commerciales (enseignement et formation), à condition que les éditeurs reçoivent deux copies des passages reproduits.

# PREFACE

Mon propos n'est pas de juger le contenu de l'enquête dont les résultats font la matière du présent ouvrage.

Peut-être quelqu'un s'interrogera sur l'opportunité de telles études. En effet, une certaine opinion, dans le monde, a tendance à dramatiser artificiellement, jusqu'au catastrophisme, la pratique de l'excision, pour en faire l'un des (multiples) fléaux africains. En prétendant, par exemples, que 75% des femmes du Sénégal en sont affectées. En parler dans ces conditions, n'est-ce pas offrir une caisse de résonance à de telles aberrations ? Bien au contraire. Il s'agit, justement, de contribuer, d'abord, à dissiper et désamorcer les préjugés. "Le taux d'excision au Sénégal, déclare l'auteur de l'enquête, se situe aux alentours de 20% de la population féminine" ; étant donné qu'il est de 0,5% dans certaines ethnies. Or l'enquête révèle aussi que 20% de ce groupe de femmes ont renoncé à cette pratique pour leurs filles...

Il serait donc tentant de projeter un scénario, sur la base de ce processus, pour pronostiquer la disparition, à terme, de l'excision par extinction naturelle de ses adeptes.

Mais, d'une part, les paramètres en cause dans cette pratique sont trop nombreux, et complexes, pour permettre d'augurer avec certitude. Par ailleurs, il importe, ici, d'accélérer, voire de précipiter, le

processus. Les scarifications corporelles, qui prévalaient naguère, dans certaines ethnies, ont bien disparu, sur la base de nouvelles aspirations ou exigences...

La condamnation de l'excision ne doit pas être le prétexte à un mépris unilatéral et discriminatoire contre certaines cultures... toujours les mêmes, d'ailleurs. Les femmes, dans le monde, ont connu et subissent encore bien d'autres formes de mutilation. Les maquereaux qui exploitent les femmes pratiquent une forme de mutilation. Dans ce sens "l'excision", c'est-à-dire l'aliénation des femmes, est un des phénomènes majeurs de l'Histoire des "hommes".

Or, il y a quelques années, dans une enquête de **Jeune Afrique**, les avis des Africains, et surtout des Africaines, étaient fort partagés sur l'excision. Certaines en demeuraient traumatisées ; alors que d'autres, comme telle vedette de la chanson, n'en faisaient absolument aucun complexe.

Tout cela démontre le caractère essentiellement culturel de cette pratique. Dans son livre : "De la Biologie à la culture", Jacques RUFFIE montre comment l'Homme construit la culture qui, à son tour, le construit. Il est bien connu, aussi, que la culture n'est jamais si ancrée dans les mœurs que lorsqu'elle affecte la sphère de la reproduction sexuelle et de la religion, sanctuaires les plus retranchés et parfois inviolables de l'intimité humaine.

Seule une contre-culture positive peut, par une sorte d'homéopathie, guérir les maux d'origine culturelle ; en particulier, par une information claire, déstructurant la désinformation antérieure, et conscientisant les intéressés sur les implications multiformes d'un geste qui, commis en quelques secondes, parfois sur un bébé d'un an, déploiera ses effets sur toute une vie humaine. Ici comme ailleurs, la condamnation stérile sera de moindre effet que l'empathie lucide, vigilante et même, militante. La transparence, propagée sans trêve, débouche, à terme, sur un état d'esprit général qui, à lui, seul, institue un nouveau tabou collectif, une norme et une prescription.

**Joseph KI-ZERBO**

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b>	7
Remerciements	7
Méthodologie de recherche	8
<b>PRESENTATION CRITIQUE DE LA RECHERCHE</b>	10
Analyse critique de l'échantillon	10
Courbe des âges et limites de l'étude	16
<b>TABLEAU DE L'EXCISION AU SENEGAL : UNE ESQUISSE DES PRINCIPAUX RÉSULTATS</b>	17
<b>PREVALENCE DE L'EXCISION ET DETERMINANTS PREMIERS</b>	20
Description de l'échantillon et comparaison avec la composition de la population sénégalaise	20
Taux d'excision par groupes ethniques	23
Taux d'excision global probable au Sénégal	24
Composante religieuse de la pratique de l'excision	25
Les terroirs de l'excision	32
<b>DEGRE DE SEVERITE DE L'EXCISION</b>	36
Age à l'excision	36
Types et degrés d'excision, variations par ethnie	43
Rétrospective de la sévérité du degré d'excision sur les décennies 1940-1980	46
Types et degrés et âge à l'excision	48
<b>OPERATEURS ET MODES D'OPÉRATION</b>	49
<b>LIEU DE L'EXCISION</b>	50
Lieu d'excision et sévérité de la pratique	53
<b>EXCISIONS INDIVIDUELLES ET COLLECTIVES</b>	55
Coexcisions par ethnies	55
Coexcisions et sévérité de la pratique	57
Coexcisions et âge à l'excision	58
Coexcisions et lieux d'excision	60
<b>EXCISION ET INITIATION</b>	61
Initiation selon les ethnies	62
Rétrospective de la pratique de l'initiation	64

Initiation et sévérité de l'excision	65
Initiation selon l'âge à l'excision	65
Lieu d'excision et initiation	66
<b>TENTATIVE DE PROSPECTIVE : L'EXCISION DES FILLES</b>	67
Excision des mères et excision des filles	68
Excision des filles par ethnie	69
Age des mères et excision des filles	71
Sévérité de l'excision des mères et excision des filles	73
Lieu d'excision des mères et excision des filles	74
<b>NUANCES ET VECUS</b>	77
Un facteur d'abandon probable : les unions inter-ethniques	77
Les exceptions aux normes : anecdotes ou indices ?	78
<b>CONCLUSION</b>	79
<b>ANNEXES</b>	87
I - Données-flash sur l'excision en Afrique	88
II - Témoignages d'excision	94
III - Bibliographie commentée	103
IV - Liste des cartes, tableaux, graphiques, schéma et encart	116
V - Spécimen d'une fiche d'enquête et notice d'accompagnement	119
VI - Excision et sida, 1987-1989	120
VII - Poème	124

## Introduction

### *Remerciements*

L'excision féminine est un sujet dont on parle beaucoup dans certaines sphères, notamment internationales. Mais il ne semble pas que le sujet fasse l'objet de discussions publiques sur le terrain, dans les zones où elle est effectivement pratiquée. Au-delà des ouvrages généraux sur le sens et les conséquences de l'excision, on en connaît, en fait, mal la configuration locale. Cela est particulièrement vrai dans le cas du Sénégal. Le but du présent travail, entamé depuis le mois de septembre 1988, sur l'impulsion conjointe de ENDA et du Comité Inter-Africain de suivi du Séminaire sur les Pratiques Traditionnelles ayant effet sur la Santé des Femmes et des Enfants, est de contribuer à une meilleure connaissance de la prévalence et des caractéristiques de la pratique de l'excision au Sénégal, dans le but de contribuer à la définition de méthodes d'actions visant à son éradication.

Cette étude est redevable de la contribution de nombreuses personnes et organisations, dès la phase de conception et de collecte des données, avec l'appui apporté par, notamment :

Mmes Berhane RAS-WORK et Margaret LINNANDER du Comité Inter-Africain (Genève) et M. Jacques BUGNICOURT (ENDA, Dakar) qui ont impulsé, soutenu et encouragé ce travail dès son début ;

Mme Fran P. HOSKEN (Women International Network, U.S.A.) qui a apporté des suggestions pour l'amélioration de la présentation de ce travail ;

M. le Professeur Paul CORREA ; Le Docteur O. SAMB, M. NDOYE et M. MARONE, du Projet Santé Familiale et Population ; M. Omar KANTE, de la Croix Rouge Sénégalaise ; l'Association des Postes de Santé Privés au Sénégal ; M. le Professeur Fadel DIEDHIOU, et Mme Marianne SIDIBE de l'Hôpital Aristide Le Dantec ; Mme GOMIS, Directrice de l'Ecole des Sages-Femmes à l'Hôpital le Dantec, et ses élèves de 2<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup> années (1989) ; le Docteur Alassane NACOULIMA et Mmes SECK et BA du Service de Santé Maternelle et Infantile, à la P.M.I de Médina ; le Docteur Henriette KOUYATE, de la Clinique Sokhna Fatma ; la Direction du Bien-Etre Familial ;

l'Association Sénégalaise pour le Bien-Etre Familial ; le Docteur CAMARA et Mme GAYE, du Dispensaire de la Caisse de Sécurité Sociale ; le Docteur Justin NDIAYE du Village SOS de Kaolack ; le Docteur Isolde de LEPEILEIRE, du Centre Baudouin de Pikine ; le Centre d'Etudes Supérieures en Soins Infirmiers (CESSI), le Centre d'Etudes Supérieures des Techniques de l'Information (CESTI), l'ISTI, l'OMS et l'UNICEF de Dakar, ainsi que Mmes NICOLAS, LASSORT-DIDIERLAURENT et VAN DEN POEL, et toutes celles et ceux qui ont apporté leur collaboration lors de la phase d'étude préliminaire et de collecte des données et qu'il n'est pas possible de citer nommément.

Le FNUAP, l'UNICEF et l'Union pour l'Etude de la Population Africaine, à Dakar, ont permis, par leur appui financier, le traitement statistique des données collectées, leur étude et leur présentation dans le présent rapport.

Moussa SECK et Emma HAABY, de l'Equipe SYSPRO de ENDA, ont apporté une contribution essentielle lors du traitement informatique des données, de leur analyse, et de leur présentation, qui a permis de dresser de l'excision un tableau plus affiné que celui présenté dans le rapport préliminaire de juin 1989.

Annick VAN DEN POEL, Moussa SECK, et Philippe ENGELHARD ont contribué à la mise en forme de ce travail.

### *Méthodologie de recherche*

Le rapport préliminaire, établi en juin 1989, faisait état des informations recueillies dans la première étape de la recherche : recherche documentaire, au Sénégal et à l'étranger, sur le thème de l'excision en général, rencontres et échanges avec les personnalités et organismes s'étant déjà manifestés comme ayant travaillé ou pris position sur l'excision, au Sénégal et au-delà, collecte de données statistiques par l'intermédiaire d'observations menées par des personnes-relais du monde médical.

La collecte de données portait sur la détermination de variables qui ont été mentionnées dans la littérature comme caractérisant généralement la pratique de l'excision. Après avoir précisé l'âge, l'ethnie et la religion des personnes observées, ainsi que leur origine pour les non-sénégalaises, le questionnaire se préoccupait de déterminer

si l'excision avait été pratiquée, avec quel degré de sévérité, à quel âge, par qui (homme ou femme) et dans quel contexte (traditionnel ou en milieu sanitaire), dans quel lieu, de manière individuelle ou collective, avec ou sans initiation. Une question subsidiaire légèrement plus ouverte demandait aux personnes enquêtées de dire, ou prédire, si leur fille avait été ou serait excisée, et où. Une possibilité de commentaire était réservée, à la discrétion des personnes effectuant les observations.

Au stade du rapport provisoire, il avait été possible, à partir des éléments obtenus, de dégager une certaine typologie de la pratique de l'excision au Sénégal, selon les différentes ethnies du pays, de faire une première estimation théorique de la prévalence de l'excision, et de tracer des esquisses de cartographie de l'excision au Sénégal.

La phase suivante du travail, qui aboutit au présent document, apporte les résultats d'une analyse statistique détaillée des données collectées sur le terrain, permettant une appréciation plus fine du phénomène de l'excision au Sénégal. En outre on a pu élaborer un fichier d'une quarantaine de centres, organismes ou personnalités travaillant précisément sur la question de l'excision dans le monde, avec qui des contacts ont été pris. De plus, les rudiments d'éléments bibliographiques présentés dans le rapport provisoire ont été réaménagés et étendus, de manière à pouvoir constituer un fond bibliographique annoté et commenté de près de 150 éléments, constamment alimenté.

Pour compléter l'aspect un peu schématique et désincarné inhérent à toute étude statistique, on a entrepris un recueil de témoignages sur l'excision, rassemblés dans la région du Cap-Vert, axé principalement sur des souvenirs personnels, des jugements émis sur la pratique, les coûts et modalités de l'excision en milieu urbain et péri-urbain contemporain, et présentés en annexe.

Enfin, et c'est l'axe le plus important à notre sens, ces travaux d'approche du phénomène de l'excision semblent pouvoir déboucher sur des perspectives d'actions de terrain, encore bien embryonnaires, certes, mais qui sont les justificatifs réels, à nos yeux, de l'ensemble des travaux engagés jusqu'ici. Le tableau de l'excision au Sénégal que l'on peut camper à partir des résultats de cette recherche permet de suggérer certaines méthodologies d'action pro-

blement plus pertinentes que d'autres. L'approche par ensemble éco-culturel, par exemple, ainsi que la prise en considération des caractéristiques de l'excision (âge, contexte, lieu, éléments influant sur la décision d'exciser, etc), permettent d'identifier des angles d'approche possibles du problème.

## Présentation critique de la recherche

### *Analyse critique de l'échantillon*

Au total, 5217 observations ont été recueillies dans 47 centres dispersés sur tout le territoire sénégalais. Pour le traitement informatique des données, il n'a été possible de retenir que 4408 observations provenant de 37 centres d'observations (voir Tableau 1 - *Centres d'observation retenus pour l'étude statistique*, et Carte 1 - *Situation des centres retenus*), soit 119 observations en moyenne par centre. Pour les autres centres, qui n'ont pas été retenus, la manière dont il a été répondu à l'enquête ne permet pas d'en faire une analyse statistique.

Chaque sondage a porté sur une séquence de 13 à 400 observations consécutives de femmes venues consulter dans les centres de santé, pour des raisons gynécologiques, prénatales, ou de planning familial. Le fait de faire porter les observations sur une séquence continue de consultations implique qu'il n'y a pas eu de sélection a priori, ni préférentielle, des cas d'excision.

Le but de la recherche étant de dresser un tableau de l'excision au Sénégal, il a été nécessaire de faire la distinction entre les sénégalaises et les étrangères. Dans l'échantillon, 4,11 % des enquêtées se sont révélées être étrangères, soit 180 personnes. C'est une proportion non négligeable, quoique faible, pour lequel il nous a fallu déterminer si nous devons le prendre en considération dans l'analyse globale. Nous avons finalement fait le choix de l'écartier du corps de l'analyse, étant donné que ces 180 personnes d'origine étrangère se répartissaient en 26 catégories, une seule d'entre elles (les Peul de Guinée Conakry) en rassemblant près de la moitié, soit 83 personnes. Le travail d'analyse proprement dit ne portera donc que sur 4228 personnes, toutes sénégalaises.

Tableau 1 - Centres d'observation retenus pour l'étude statistique

N°	Centre	Localité	Nbre Obs	% d'excision
01	Disp. St Laurent	Dakar	169	48%
02	ASBEF	Dakar	125	26%
03	Sécurité Sociale	Dakar	93	54%
04	Disp. privé	Mboro	200	0%
07	Disp. privé	Keur Moussa	100	10%
09	Croix Rouge	Pikine	63	51%
10	Cx Rge Amitié II	Dakar	117	37%
11	Cx Rge Liberté V	Dakar	125	27%
14	Disp. privé	Affiniam	25	60%
15	Disp. privé	Elana	115	69%
16	Disp. privé	Fandène	32	0%
18	Croix Rouge	Maka-Kahone	30	26%
19	Croix Rouge	Mbacké	29	0%
21	Centre Baudouin	Pikine	200	31%
22	Centre de santé	Tivaouane	208	8%
23	Centre de santé	Sokone	178	35%
24	Centre de santé	Gandiaye	173	7%
25	Centre médical	Bambey	160	0%
26	Poste de santé	Ndoffane	103	17%
27	Centre de santé	Guinguinéo	168	10%
28	Centre de santé	Fatick	231	3%
29	Centre de santé	Touba	400	8%
30	Centre de santé	Thiès	66	19%
31	PMI 1	Diourbel	245	0%
32	Centre de santé	Nioro	149	4%
33	Centre de santé	Pout-Bayakh	147	0%
34	Centre de santé	Mbour	76	30%
35	PMI Escale	Ziguinchor	171	26%
36	PMI	Bakel	46	85%
37	PMI 2	Diourbel	97	9%
38	PMI 3	Diourbel	53	3%
42	Maternité	Kolda	13	92%
43	PMI	Kolda	20	75%
44	Grandes Endémies	Kolda	32	87%
45	Poste de santé	Tanaff (Sédhiou)	26	100%
46	Centre médical	Vélingara	23	78%
47	CHM Abass Ndao	Dakar	200	18%

37 Total centres

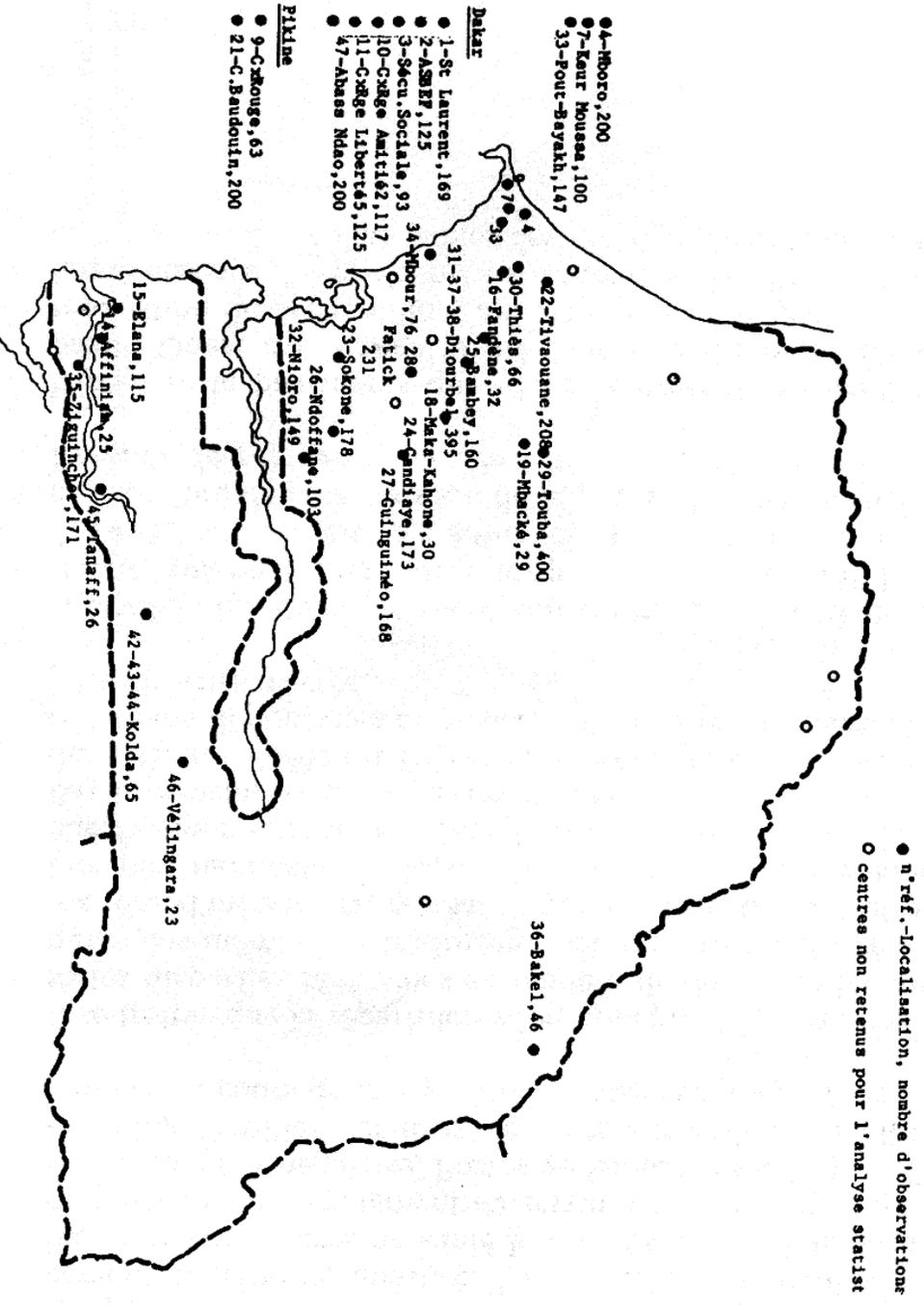
Total échantillon 4408

Moyenne par centre : 119 observations

*Centres non retenus pour l'étude statistique*

N°	Centre	Localité	Nbre Obs	Motif
05	Disp. privé	Pandiéno	160	Tableau non rempli
06	Disp. privé	Fatick	?	"
09	Disp. privé	Djilas	?	"
12	D.P. Mlomp-Kabrousse-Diembering		?	"
13	Disp. privé	Nyassia	?	"
17	Village SOS	Kaolack	88	Tableau incomplet
20	Croix Rouge	Louga	?	Tableau non rempli
39	Poste de santé	Goudiry	160	Tableau douteux
40	Dispensaire	Thilogne	200	"
41	Hôpital	Ndioum	200	"

Carte 1 : Situation des centres retenus



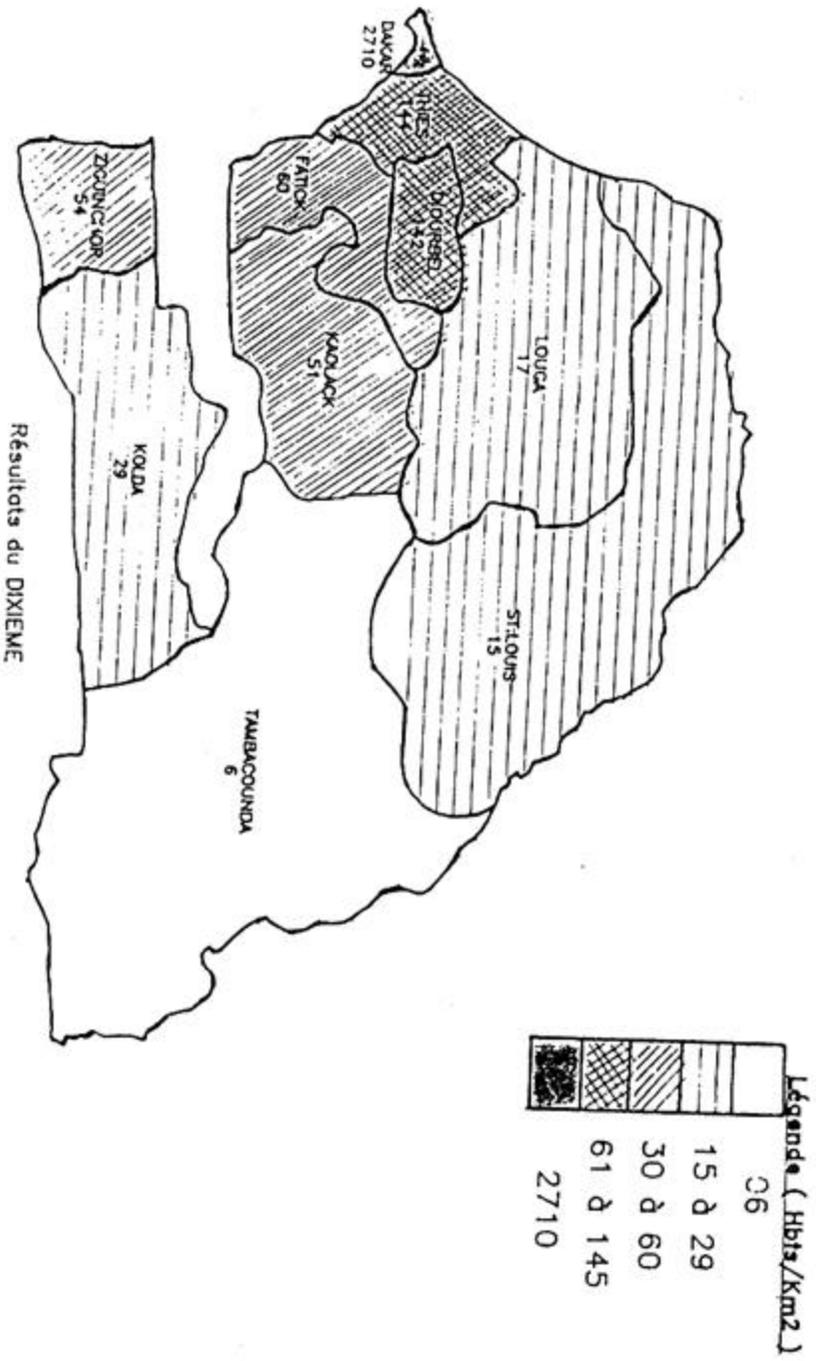
La principale critique que l'on peut adresser à cet échantillon est constituée par l'incertitude quant à sa représentativité géographique. La phase de collecte des données n'a pas bénéficié de financement spécifique, aussi, celles-ci ont été recueillies par l'intermédiaire des centres de santé locaux d'organisations ayant accepté de participer bénévolement au travail de recherche : centres de la Croix-Rouge Sénégalaise, Postes de Santé Privés, PMI et Centres de Planning Familial, centres de santé accueillant les élèves sages-femmes au cours de leur période de stage en zone rurale.

Il se trouve que la répartition géographique de ces centres reflète les fortes disparités régionales en matière de démographie au Sénégal, qui, elles-mêmes, se traduisent par des disparités régionales en matière d'infrastructures sanitaires et de communications sur le territoire national. La plupart des localités où ont été effectuées les observations sont situées dans la zone Ouest du pays, du Waalo au Bassin Arachidier et en Casamance. Les zones "éloignées" du Ferlo, de la Haute Vallée du Fleuve et de la haute Casamance sont beaucoup plus dépourvues de structures sanitaires, et celles-ci sont bien plus difficiles d'accès.

A la décharge de cet élément, qui contribue à une distorsion de la réalité, on peut bien sûr rétorquer que le déséquilibre dans la desserte en matière de soins de santé n'est que le reflet du déséquilibre de la répartition de la population sénégalaise (Carte 2 - *Densités de population au Sénégal*).

Il n'en reste pas moins que, dans la présente recherche, toute la partie Ouest du Sénégal a été favorisée du point de vue de la répartition de l'échantillon, au détriment de la partie orientale. La totale absence de représentante du groupe des Tenda, par exemple, constitue un des points faibles des résultats de cette enquête.

Carte 2 - Carte des densités au Sénégal

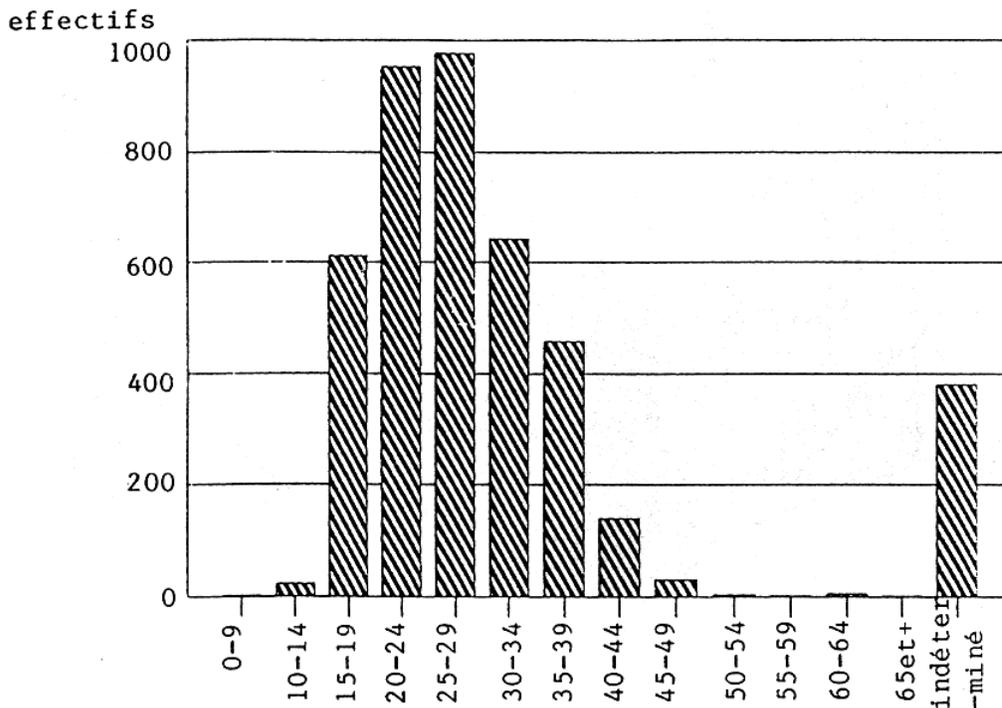


Source : Deuxième recensement général de la population et de l'habitat au Sénégal, 1988, Les principaux résultats provisoires, Direction de la Prévision et de la Statistique

### *Courbe des âges et limites de l'étude*

L'âge des femmes qui ont fait l'objet d'observations s'étend de 9 à 68 ans. Mais le plus gros contingent des observations couvre les tranches d'âges de 15 à 39 ans (Voir Graphique 1 - *Courbe des âges*), c'est à dire, bien évidemment, les femmes en âge de fécondité active, et venant consulter pour raison gynécologique, péri-natale ou de planning familial.

Il est dommage que l'on n'aie pas pu observer de fillettes, car c'est en moyenne à partir de 6 ans que l'on peut estimer qu'une fillette qui doit être excisée l'est effectivement. Mais la question relative à l'âge à l'excision peut compenser cette absence. Pour ce qui est des femmes plus âgées, au-delà de 40 ans, il est bien regrettable aussi qu'elles soient absentes de l'échantillon, car on ne peut, avec les résultats obtenus, que faire une rétrospective de la pratique de l'excision au cours des décennies 1940-1980.



Graphique 1 - Courbe des âges

## Tableau de l'excision au Sénégal : une esquisse des principaux résultats

Malgré quelques imperfections que nous venons de signaler, relatives à la représentativité de l'échantillon, on croit maintenant être en mesure de présenter ici un tableau général de la situation de l'excision au Sénégal, reprenant, sous une forme descriptive, les principaux résultats qui seront détaillés dans la suite de ce travail.

Pour décrire la *distribution géographique* de l'excision au Sénégal, on peut proposer de découper le pays en trois zones :

- Une zone rurale, au Nord-Ouest du pays, qui va du Sine-Saloum au Waalo : là, l'excision est presque inconnue. En zone rurale, le taux d'excision est nul, même si l'on peut parfois trouver, dans des centres urbains ou les gros villages de cette zone, des taux ponctuels d'excision de 10 % maximum, correspondant à des poches de population migrante. Il est important d'ajouter à cette zone "non-excitante" du Nord-Ouest toute la zone de la rive méridionale de la Basse Casamance, à l'Ouest de Ziguinchor, où l'excision est aussi inconnue.

- En contraste, la vaste superficie de la partie Sud et Est du pays constitue une terre d'excision. On peut estimer que les taux d'excision dans cette zone varient de 60 à 70% en Basse Casamance septentrionale, jusqu'à atteindre 80 à 100% dans le reste de la zone: le Fuuta, la Vallée du Fleuve, la Haute et Moyenne Casamance, tout l'Est du pays.

- Enfin, il faut signaler que les zones urbaines et péri-urbaines récentes, notamment la presqu'île du Cap Vert et les implantations urbaines de la zone de Thiès et de Mbour, sont des zones où l'excision existe à un taux endémique, concernant peut-être de 20 à 30% de la population.

Au *plan démographique*, il faut cependant nuancer l'impression de phénomène massif que peut donner une appréhension strictement spatiale de l'excision au Sénégal. Il faut prendre en considération le fait que la population du Sénégal n'est pas uniformément répartie sur tout le territoire. Les zones les plus peuplées sont celles où précisément l'excision n'est pas une pratique courante.

Il semble donc que l'on puisse estimer que, de façon *globale*, le taux d'excision au Sénégal se situe aux alentours de 20 % de la population féminine. Ce taux global n'est pourtant qu'une moyenne, qui cache de très fortes disparités géographiques, on l'a déjà vu, mais aussi ethniques.

Quoiqu'il en soit, la présente étude permet de considérer les chiffres précédemment avancés sur la situation de l'excision au Sénégal comme particulièrement sur-estimés : dans la plupart des cartes publiées au plan international, le Sénégal est classé dans les pays où "plus de la moitié des femmes sont mutilées", à moins qu'il ne soit compris dans ceux où "entre 50 et 75 % des femmes sont excisées", ou bien même, encore, où les femmes sont infibulées dans les trois-quarts du pays. (Rapport du GAMS-France, Atlas International des Femmes, Rapport Hosken, Minority Report Group, Revue People et Journal Le Monde, etc ; voir Bibliographie).

Le critère de prédictabilité qui semble le plus significatif, par rapport à la pratique de l'excision semble être, en premier lieu, au Sénégal, celui de l'*appartenance ethnique*. En règle générale, c'est-à-dire hormis les cas relatés plus loin et qui peuvent être considérés comme des exceptions à une norme, l'excision ne concerne ni les wolof, ni les sérère. Par contre, c'est une question qui touche une grande partie des peul et des Diola, ainsi que la quasi-totalité des toucouleur et des mandé. Dans le cas des peul et des Diola, le *lieu de résidence* d'une part, et la *religion*, d'autre part, semblent significativement corrélés avec la pratique ou non de l'excision : on trouve peu de Diola catholiques excisées, de même que peu de peul originaires de la zone Nord-Ouest (telle que ci-dessus définie) sont excisées.

L'étude a permis de mettre en évidence une nette *corrélation entre excision et religion*, dans un seul sens, cependant : une femme excisée, au Sénégal, est le plus probablement musulmane, mais la pratique de l'excision chez les musulmanes est loin d'être le fait de la majorité.

L'âge moyen à l'excision est de 6 ans, avec d'importantes variations selon l'ethnie : chez les halpulaar (c'est-à-dire le groupe de ceux qui parlent le peul, soit, au Sénégal, les peul et les toucouleur), la moitié des fillettes sont excisées avant 2 ans, et 90 % le sont avant 5 ans. Chez les Diola, 50 % sont excisées entre 4 et 7 ans, mais 25 %

d'autres sont excisées entre 8 et 11 ans. L'opération elle-même est faite sous les formes les moins sévères, particulièrement chez les Diola (clitoridectomie simple). Les Halpulaar et les Mandé auraient plutôt tendance à recourir à la clitoridectomie avec nymphectomie simple. Les formes les plus graves d'excision (nymphectomie large) sont rares. L'étude n'a fait état d'aucun cas d'infibulation (quoique des témoignages ponctuels aient pu être recueillis sur cette pratique au Sénégal). Il semble qu'au cours de la période 1940-1980, on ait assisté à une atténuation faible, mais sensible, de la sévérité de l'opération.

La quasi-totalité des opérations d'excision est pratiquée par une femme, et de manière traditionnelle, hors de toute assistance sanitaire. L'excision se pratique avant tout dans le cadre du village, que ce soit à la maison, ou en famille, comme chez les halpulaar ou les mandé, sur une petite fille ou quelques jeunes parentes, ou dans le cadre de groupes d'âge villageois, par exemple chez les Diola : l'excision au village, dans ce cas, comprend souvent une retraite en forêt.

Par contre, l'excision est pratiquée "en ville" dans un cas sur cinq, ce qui peut être perçu comme le résultat à la fois de l'exode rural et celui de l'affaiblissement de la portée de la pratique, détachée peut-être d'un certain cursus éducatif ou cognitif. En fait, l'étude montre que plus de la moitié des excisions ne donne pas lieu à initiation (quoique le concept d'initiation soit multiforme et puisse recouvrir des contenus divers : il y a même des initiations sans excision).

Une tentative d'appréciation du sort, en matière d'excision, réservé aux filles des femmes enquêtées, semble montrer que le taux d'abandon de la pratique par les mères, pour leurs filles, se situerait autour de 20 %, et que sont plus particulièrement concernées les mères les plus jeunes, celles qui ont été excisées le plus légèrement, en ville ou à la maison, et qui n'ont pas subi d'initiation. A contrario, ce sont les mères qui ont subi une excision la plus conforme à la tradition qui sont les plus attachées à la perpétuation de l'excision sur leur fille.

Enfin, l'étude a permis de mettre en lumière un phénomène souvent occulté et qui pourtant semble jouer un rôle déterminant dans l'abandon de la pratique : il s'agit des attitudes face à l'excision des filles en cas d'union inter-ethnique, pour des ethnies ayant des

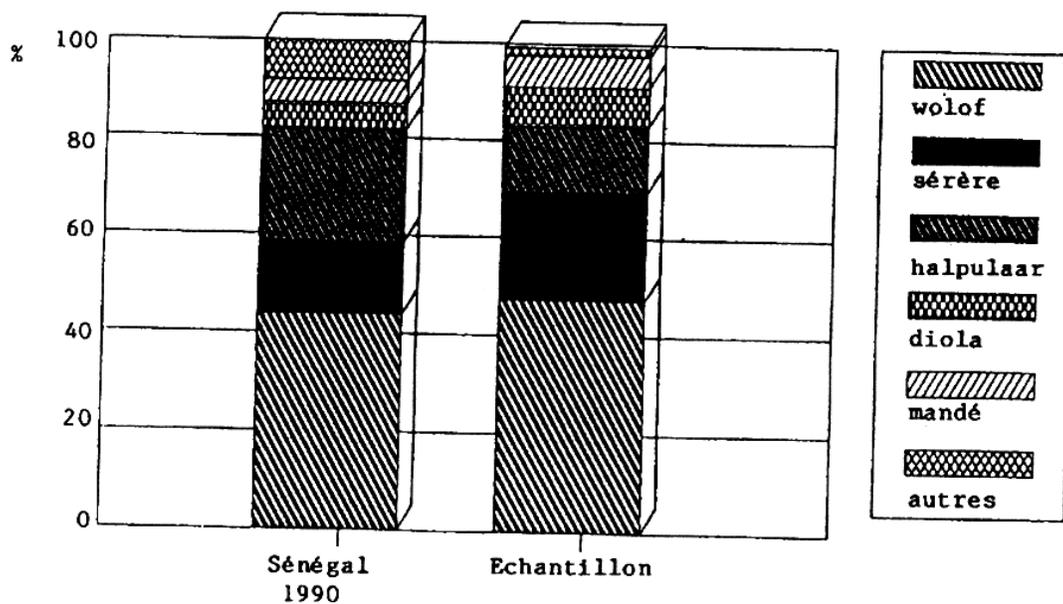
comportements différents en matière d'excision. Dans ce cas-là, une forte probabilité se dégage pour que la tendance soit à l'abandon de la pratique de l'excision, l'épouse ayant tendance à conformer son comportement à celui de son mari. Si le mari trouve inutile d'exciser, la fille ne le sera pas, même si l'épouse l'est. La relation n'est toutefois pas systématique, car une épouse peut se soucier de se conformer aux usages "excisants" de sa belle-famille, dans un souci d'intégration familiale.

La tendance générale semble toutefois porter vers la disparition à terme de l'excision, sur un rythme certes lent, mais inéluctable, porté à la fois par l'exode rural et l'urbanisation, et l'intégration de la société sénégalaise.

### Prévalence de l'excision et déterminants premiers

#### *Description de l'échantillon et comparaison avec la composition de la population sénégalaise*

Le tableau 2 (a et b) qui suit, retrace le détail de la composition de l'échantillon, et le graphique 2 permet d'en comparer la composition avec celle de la population nationale selon les données du récent recensement de la population, en avril 1990.



Graphique 2 - Comparaison population sénégalaise et échantillon

Il apparaît que 95,89 % des personnes composant l'échantillon sont d'origine sénégalaise (4228 personnes), et, parmi celles-ci, la représentation des Wolof et des Diola est légèrement sur-évaluée, en comparaison de leur représentation au sein de la population nationale (+3% pour chacune de ces ethnies); celle des Sérère l'est encore plus fortement (+8%), alors que, par contre, la représentation des Halpulaar (Peul et Toucouleur réunis) est moindre dans l'échantillon que dans la population nationale (-10 %). Les Mandé sont sur-représentés, au sein de l'échantillon, et les ethnies du Sud sous-représentées.

Au sujet des 180 personnes d'origine étrangère qui figurent dans l'échantillon, il n'est pas possible de tirer des conclusions quant à leur représentativité par rapport à leur ethnie d'origine. On se contentera d'en faire ici le relevé brut, qui laisse apparaître le très fort taux d'excision qui prévaut dans la catégorie des personnes d'origine étrangère (145 personnes excisées sur 180 personnes, soit un taux de 80,55 %).

Tableau 2a - Excision chez les personnes d'origine étrangère  
Effectif : N = 180 (soit 4,11 % de l'échantillon)  
Total excisées : 145 = 80,55 %

*Principaux contingents :*

Peul de Guinée	83,	dont excisées	79
Bambara	13		12
Toucouleur étrangères	13		13
Mauresques	10		6
"Portugaises", créoles (Cap-Vert, Guinée Bissau)	8		0
Maliennes	6		5
Bénoises, Togolaises	5		0
Soussou	5		5
<i>Sous-total</i>	143		120 = 83,92 %

*Autres contingents (moins de 5 représentantes) :*

Socé de Guinée (Bissau et Conakry)	4
Indienne et Martiniquaise	2
Sarakholé (Mauritanie, Gabon, Mali)	3
Haoussa	3
Turka (Burkina Faso)	4
Coniagui (Guinée Conakry)	1

Gambie	3
Diola (Guinée et Gambie)	3
Manjack (Guinée C. et Guinée Bissau)	4
Marocaine	4
Khassonké et Toma (Guinée)	3
Mandingue (Libéria)	1
Balante (Guinée Bissau)	1
Malinké (Guinée)	2
Sérère (Gambie)	1
Pepel (Guinée Bissau)	1

**Tableau 2b - Répartition ethnique des Sénégalaises dans l'échantillon**  
Effectif N = 4229 (95,92 % de l'échantillon total)

Ethnie/Groupe	% dans N		N	*	**	N Exc.	% Exc.
	A	B					
<b>Wolof</b>		47,23 %	1997	43,7 %	+	11	0,55 %
<b>Sérère</b>		22,23 %	940	14,8 %	++	40	4,26 %
<b>Peul</b>		6,41 %	271			129	47,60 %
<b>Toucouleur</b>		7,19 %	305			177	58,03 %
<i>Halpulaar</i>		13,60 %	576	23,2 %	--	306	53,13 %
<b>Diola</b>		8,07 %	343	5,5 %	++	169	49,27 %
<b>Bainouk</b>		0,05 %	2			2	100,00 %
<b>Manjack</b>		0,80 %	34			3	8,82 %
<b>Mancagne</b>		0,45 %	19			4	21,05 %
<b>Balante</b>		0,38 %	16			8	50,00 %
<b>Pepel</b>		0,02 %	1			1	100,00 %
<i>Autres ethnies Sud</i>		1,70 %	72	4,7 % ?	--?	18	25,00 %
<b>Mandingue</b>		0,64 %	26			22	84,62 %
<b>Malinké</b>		0,02 %	1			1	100,00 %
<b>Socé + Nyominka</b>		1,99 %	84			64	76,19 %
<b>Bambara</b>		2,03 %	86			56	55,12 %
<b>Soninké/Sarakholé</b>		1,68 %	71			56	78,87 %
<b>Diakhanké</b>		0,12 %	5			4	80,00 %
<b>Soussou Sénégal</b>		0,02 %	1			1	100,00 %
<i>Mandé</i>		6,50 %	274	4,6 %	++	204	74,45 %

Bassari	-	0	-	-	-
Autres Tenda	-	0	-	-	-
Autres ethnies Est	-	0	3,5 % ?	--	-
Métis	0,02	1	?	0	0
Maure Sénégal	0,59	25	?	6	24,00 %
<i>Moyenne taux d'excision</i>					<i>17,83 %</i>

\* Colonne D : Fréquence dans la population sénégalaise (Recensement de 1990 ; communication orale de la Direction de la Statistique)

\*\* Colonne E : Degré de représentation des ethnies dans l'échantillon par rapport à la population sénégalaise

*Remarques :*

Pour apprécier le degré de représentation des ethnies dans l'échantillon par rapport à leur représentation dans la population nationale, il a fallu procéder à certains regroupements des ethnies de l'échantillon. Les risques d'erreurs sont particulièrement probables pour les catégories "Autres ethnies du Sud" et "Autres ethnies de l'Est". Etant donné la faiblesse des effectifs dans chacune des catégories, les pourcentages calculés n'ont qu'une valeur d'indication relative.

Enfin, l'absence de toute représentante des ethnies du groupe Tenda est particulièrement regrettable.

*Taux d'excision par groupes ethniques*

On peut simplifier les informations contenues dans le tableau détaillé ci-dessus selon les grandes familles ethniques :

Famille	% d'excisées	Observations
Wolof	0,55 %	
Sérère	4,26 %	
Halpulaar	53,13 %	*
Diola	49,27 %	**
Ethnies Sud	25,00 %	
Groupe Mandé	74,45 %	
Tenda	?	
Autres	23,08 %	***

*Taux moyen d'excision des sénégalaises : 17,83 % (754 personnes)*

*Taux moyen d'excision sur l'échantillon total : 20,39 % (899 personnes)\*\*\*\**

*Observations :*

\* : Le taux global chez les halpulaar est probablement plus important. En effet l'observation a porté principalement sur les halpulaar de la moitié Ouest du pays,

où, on le verra plus loin, le taux d'excision est moindre que dans la moitié Est, zone dans laquelle il semble que le taux de la pratique en milieu halpulaar s'établisse autour de 80 %.

\*\* Ce taux est un taux moyen, on verra plus loin qu'il est important de le différencier selon des critères autres que l'ethnie.

\*\*\* Ce taux est à considérer avec prudence car il porte sur un échantillon faible (26 personnes).

\*\*\*\* Rappelons que le taux d'excision dans le groupe des étrangères s'établit autour de 80 %, ce qui explique sa nette influence sur le taux global d'excision au sein de l'échantillon, malgré la faible importance numérique de ce groupe.

### *Taux d'excision global probable au Sénégal*

Rappelons que, dans le rapport préliminaire de la recherche sur l'excision, on avait cru, à partir des taux de la représentation des ethnies dans la population sénégalaise datant du recensement de 1976, pouvoir situer le taux d'excision global au Sénégal autour de 35% maximum. Les données fournies par la présente enquête établissent un taux bien inférieur, de près de 18% (17,83%, exactement, pour l'échantillon observé).

Il semble que cet écart important soit explicable pour une part, par la relative modification de la composition ethnique de la population sénégalaise entre les deux recensements de 1976 et de 1990 : les wolof et les sérère, qui représentent à eux deux 58,5% de la population sénégalaise ont des taux d'excision très faibles, moins de 5 % à eux deux (0,55% pour les wolof et 4,26% pour les sérère).

D'autre part, le déséquilibre relatif de la distribution géographique de l'échantillon, que l'on a déjà signalé, s'est traduit sans doute par une sur-représentation des halpulaar qui excisent peu, ceux de la zone Nord-Ouest, au détriment de ceux de la moitié Est du pays, qui sont toujours très attachés à la pratique de l'excision.

Le taux global de l'excision au Sénégal pourrait donc sans doute être supérieur à celui observé dans notre échantillon d'enquête. Mais il n'en reste pas moins qu'il est très certainement largement inférieur au premier taux théorique avancé. Il nous semble possible de proposer ici, dans un but uniquement opératoire de considérer qu'au Sénégal le taux global d'excision devrait s'établir autour de 20% de la population féminine sénégalaise.

Ce taux est très nettement inférieur d'une part aux quelques estimations généralement proposées, dans les études internationales, pour le Sénégal (s'établissant autour de 50 % de la population), et d'autre part, aux taux observés dans les autres pays d'Afrique, notamment les pays limitrophes (Gambie, Mali, Guinée, par exemple) : voir *Bibliographie* et l'annexe "*Données-flash sur l'excision en Afrique*".

### *Composante religieuse de la pratique de l'excision*

Rappelons tout d'abord que l'étude globale du phénomène de l'excision fait apparaître que, dans le monde, les peuples qui pratiquent l'excision appartiennent aussi bien à la religion musulmane (quoique un cinquième seulement des 600 millions de musulmans du monde la pratiquent) qu'à la religion chrétienne (notamment dans certaines zones de l'Afrique de l'Est), ou aux croyances animistes. La pratique de l'excision n'est donc pas l'apanage d'une seule religion. Mais cela n'empêche pas que, parmi ceux qui la pratiquent, l'excision est parfois justifiée par des arguments religieux. Notamment par ceux qui se réclament de la foi islamique. Si aucun texte du Coran, semble-t-il, n'impose l'excision comme pratique obligatoire aux croyants, l'interprétation de certains Hadiths peut laisser supposer que cette pratique est recommandée (*sunna*) pour honorer les femmes. Mais certains font valoir que l'interprétation d'autres Hadiths laisse penser que le Prophète avait une préférence pour une pratique *a minima* de l'excision, pratique d'ailleurs anté-islamique.

L'étude de la corrélation entre la confession religieuse et la pratique de l'excision est donc pertinente, même si aucun des deux facteurs ne peut être subordonné à l'autre.

A partir des données brutes recueillies, on est en mesure de dresser le tableau suivant :

*N.B. 1 : A partir de là et dans toute la suite de l'étude, on ne consacrera plus que les sénégalaises, le faible effectif des étrangères ne rendant pas possible l'établissement de statistiques fiables.*

*N.B. 2 : Toutes les personnes interrogées se sont déclarées soit appartenir à la religion musulmane, soit appartenir à la religion catholique, il n'y a eu aucun cas de déclaration de religion animiste ou "autre".*

Tableau 3 : Ethnies, religion et excision : effectifs (N) et fréquences (%).

Wolof			Sérère				
	Mus.	Cath.	Total		Mus.	Cath.	Total
Exc N	11	0	11	Exc N	40	0	40
%	0,55%		0,55%	%	4,62%		4,26%
Non Ex.	1986	0	1986	Non Ex. N	825	75	900
%	99,45%		99,45%	%	95,38%	100%	95,74%
<b>Total N</b>	<b>1997</b>	<b>0</b>	<b>1997</b>	<b>Total N</b>	<b>865</b>	<b>75</b>	<b>940</b>
%	100%		100%	%	92,02%	7,98%	100%

Halpulaar*			Diola				
	Mus.	Cath.	Total		Mus.	Cath.	Total
Exc.N	306	0	306	Exc. N	168	1	169
%	53,22%		53,13%	%	64,12%	1,23%	49,27%
Non Ex.	269	1	270	Non Ex.N	94	80	174
%	46,78%	100%	46,87%	%	35,88%	98,76%	50,72%
<b>Total N</b>	<b>575</b>	<b>1</b>	<b>576</b>	<b>Total N</b>	<b>262</b>	<b>81</b>	<b>343</b>
%	99,83%		100%	%	76,38%	23,62%	100%

Eth.Sud			Gr. Mandé				
	Mus.	Cath.	Total		Mus.	Cath.	Total
Exc.N	13	5	18	Exc. N	204	0	204
%	56,52%	10,20%	25%	%	74,45%		74,45%
Non Ex.	10	44	54	Non Ex. N	70	0	70
%	43,47%	89,79%	75%	%	25,54%		25,54%
<b>Total N</b>	<b>23</b>	<b>49</b>	<b>72</b>	<b>Total N</b>	<b>274</b>	<b>0</b>	<b>274</b>
%	31,94%	68,06%	100%	%	100%		100%

Tenda			Autres				
	Mus.	Cath.	Total		Mus.	Cath.	Total
Exc. N	?	?	?	Exc. N	6	0	
Non Ex. N	?	?	?	Non Ex. N	19	0	19
<b>Total</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>Total N</b>	<b>25</b>	<b>0</b>	<b>25</b>

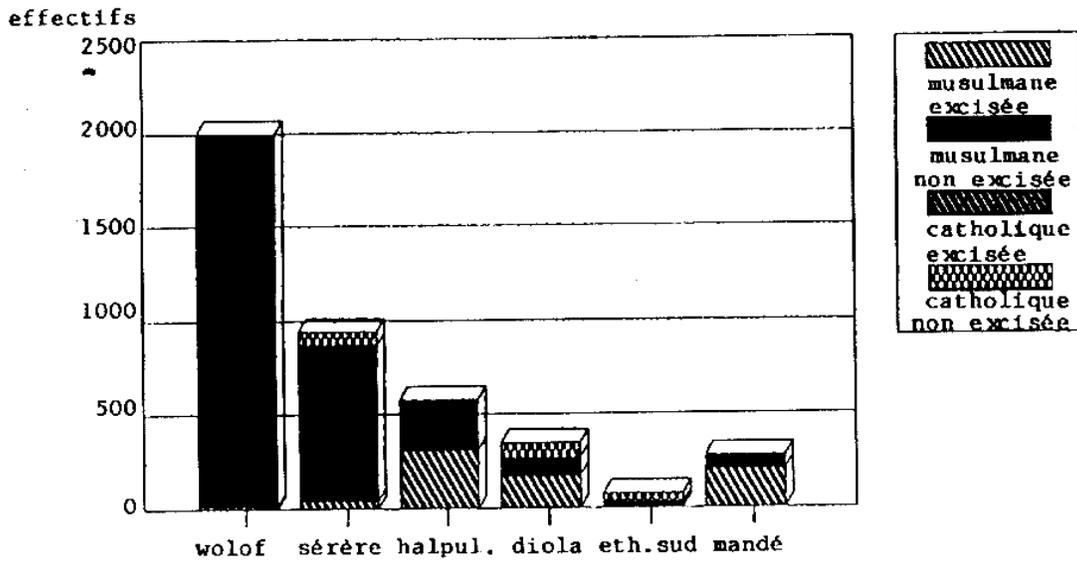
## Notes :

Halpulaar = Peuls + Toucouleur

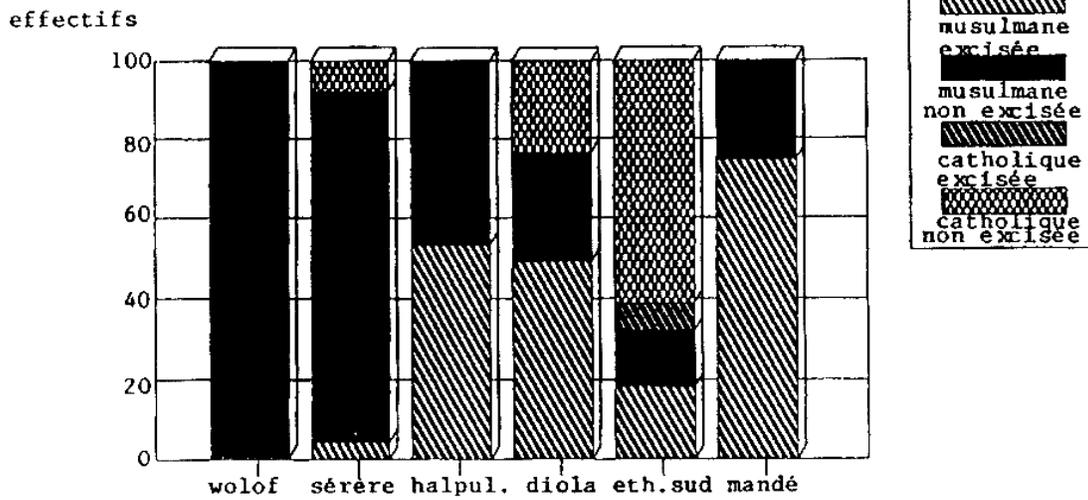
Ethnies du Sud = Baïnouk + Manjack + Mancagne + Balante + Pepel.

Groupe Mandé = Mandingue + Malinké + Socé(+ Nyominka) + Soninké + Diakhanké + Bambara.

De ces chiffres, on peut dresser des graphiques d'une part des effectifs, qui mettent en évidence la disparité numérique entre les ethnies et leur degré de pratique de l'excision, et d'autre part des fréquences relatives qui font apparaître pour chacune des ethnies le poids de la pratique selon la religion. (Graphiques 3 et 4).



Graphique 3 - Ethnie, religion et excision, effectifs



Graphique 4 - Ethnie, religion et excision, fréquence relative

De façon schématique, pour résumer les indications données par l'échantillon sur la relation entre ethnie, religion et excision, on peut retenir que :

- Les Wolof de notre échantillon sont toutes musulmanes, mais 0,55% d'entre elles seulement sont excisées.
- 92,02 % des Sérère de l'échantillon sont des musulmanes, mais, pour 95,74 % elles ne sont pas excisées.
- 99,83 % des halpulaar sont musulmanes, mais le taux d'excision parmi elles est de 53,13 %. On a déjà noté que ce taux était peut-être sous-estimé du fait du biais géographique qui a affecté l'échantillon, quoique l'influence de ce biais ne contribue peut-être pas à fausser totalement le panorama de l'excision dressé par cette enquête (Voir encart 1 : *Variation de la pratique de l'excision selon le secteur géographique : l'exemple halpulaar*, et la Carte 3 : *Eco-cultures de l'excision au Sénégal*).
- 76,38% des Diola de l'échantillon sont musulmanes, et, parmi celles-là 49,27% sont excisées. Par contre, parmi les 23,62% de catholiques, 99,98 % ne sont pas excisées.
- Parmi les "ethnies du Sud" (qui regroupent les ethnies de la Basse Casamance), on a observé 68,06% de catholiques, et le taux d'excision global est de 25 %.
- Le groupe des Mandé est entièrement composé de musulmanes, et est excisé à 74,45 %.

On peut déduire de ces premières indications que, au Sénégal, l'excision est directement liée à la religion musulmane. Mais l'inverse n'est pas vrai : la religion musulmane, au Sénégal, n'est pas directement facteur d'excision.

Bien que, malheureusement, le questionnaire d'enquête n'aie pas prévu de demander aux enquêtées leur appartenance à une confrérie, les données disponibles semblent confirmer qu'il y a un certain lien entre la confrérie et la pratique de l'excision.

**Encart 1 : Variation de la pratique de l'excision selon le secteur géographique : l'exemple halpulaar**

Une étude par secteur géographique, qui différencie le comportement face à l'excision des Peul et des Toucouleur - et, globalement, celui des Halpulaar -, fait apparaître que :

- dans les centres d'observation de la zone "rurale du Nord-Ouest", le taux d'excision est respectivement de 10,37 % pour les Peul, de 38,88 % chez les Toucouleur, et de 27,58% pour l'ensemble Halpulaar ;
- dans les centres d'observation de la zone "rurale Est et Sud", les taux d'excision sont de 87,69% chez les Peul, 82,35% chez les Toucouleur, et de 86,58% pour l'ensemble Halpulaar ;
- dans les "zones urbaines" le taux d'excision est de 68,83% chez les peul, de 72,43% chez les Toucouleur et de 71,24 % pour l'ensemble Halpulaar.

*Zone rurale du Nord-Ouest* : Centres d'observation de : Mboro, Keur Moussa, Fandène, Mbacké, Tivaouane, Gandiaye, Bambey, Sokone, Ndoffane, Guinguinéo, Touba, Diourbel, Pout-Bayakh, Nioro, Fatick.

*Zone rurale Est et Sud* : centres d'observation de : Affiniam, Elana, Maka-Kahone, Bakel, Ziguinchor, Kolda, Tanaff, Vélingara

*Zones urbaines* : centres d'observation de : Dakar, Pikine, Thiès, Mbour

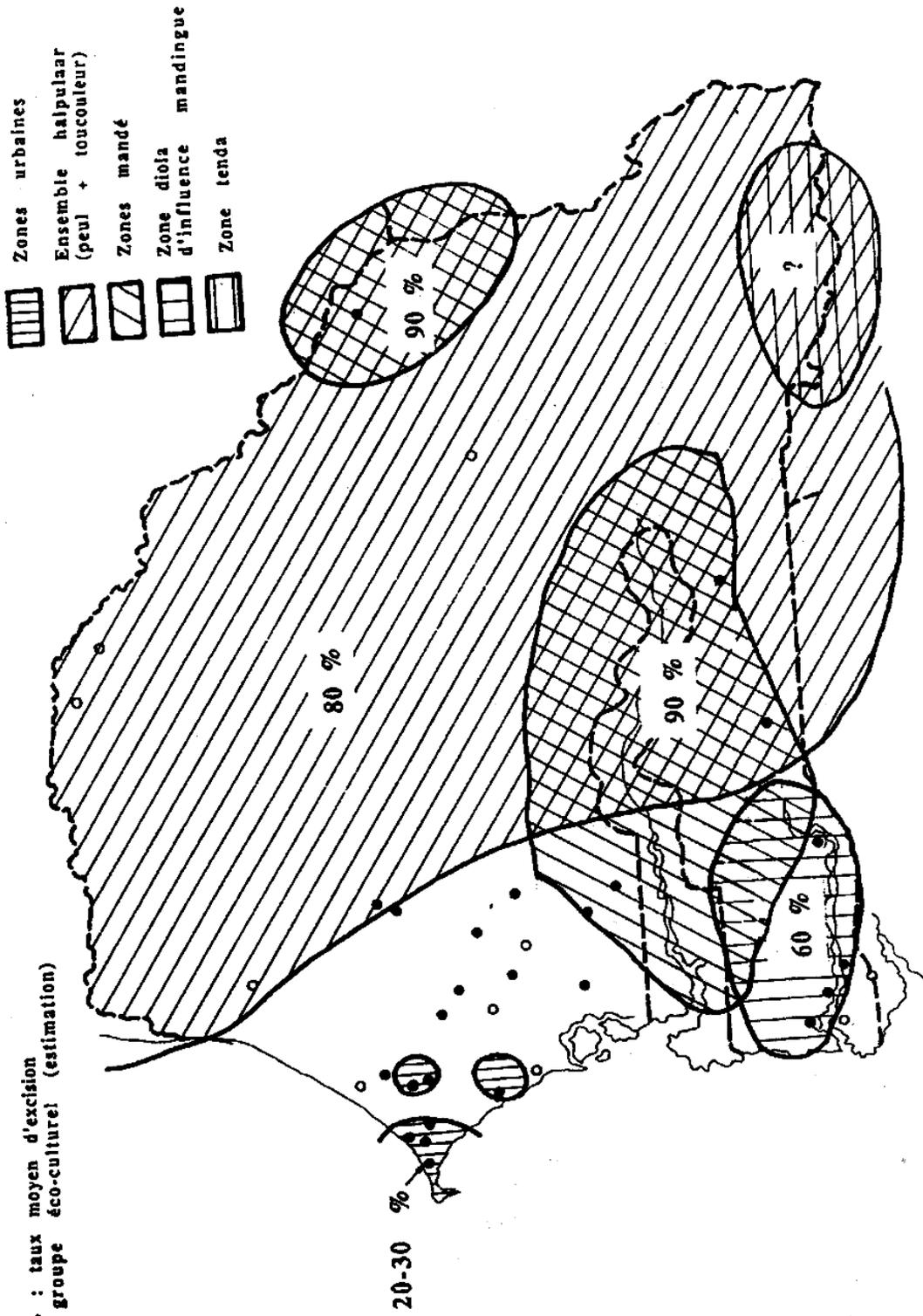
**Tableau 4 : Taux d'excision chez les peul, les toucouleur, et dans l'ensemble halpulaar, selon les secteurs géographiques**

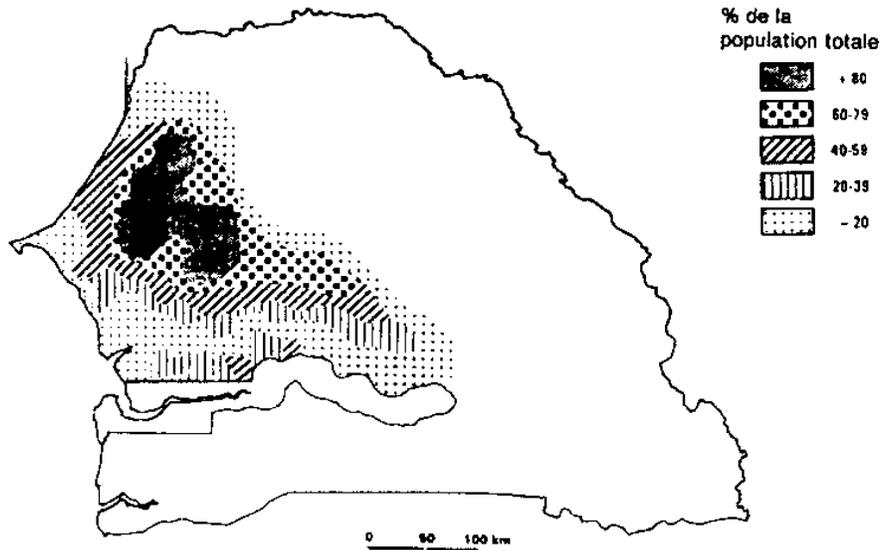
Zone	Peul			Toucouleur			Halpulaar		
	N	Exc.	%	N	Exc.	%	N	Exc.	%
Rur. Ouest	135	23	10,37%	126	49	38,88%	261	72	27,58%
Rur. Est-Sud	65	57	87,69%	17	14	82,35%	82	71	86,58%
Urbaine	77	53	68,83%	156	113	72,43%	233	166	71,24%

Cela revient à dire que les migrations rurales ont, en particulier sur les Peul, influé sur la perte de la tradition de l'excision, mais que les migrations urbaines (l'exode rural) n'a pas eu cet effet (peut-être du fait que le phénomène de l'exode rural est bien plus récent que celui des migrations trans-régionales : il semble que nombre de villages peul de la Grande Côte aient été fondés depuis au moins trois générations, alors que, peut-être, l'exode rural (vers la ville) est un phénomène contemporain).

Carte 3 - Eco-cultures de l'excision au Sénégal

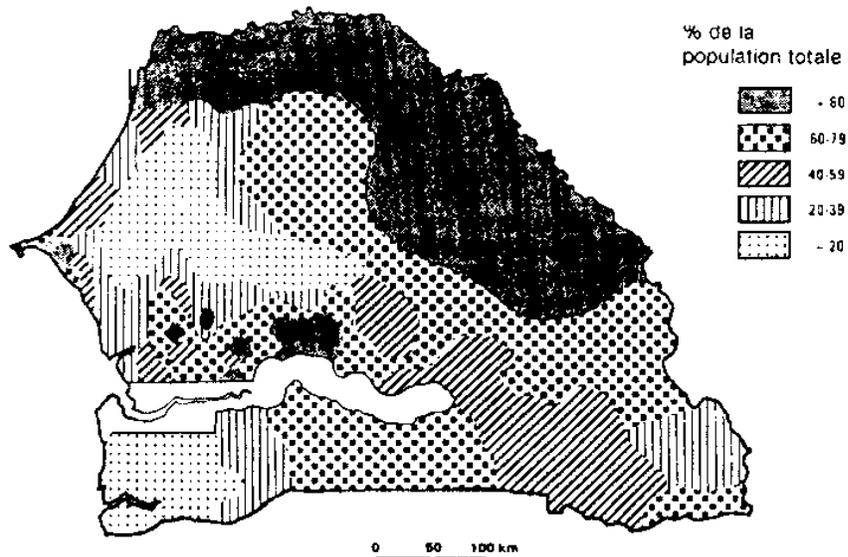
80 % : taux moyen d'excision  
par groupe éco-culturel (estimation)





Carte 4 - La confrérie mouride

V. MARTIN et C. BECKER, Atlas, réf. B1.



Carte 5 - La confrérie tijane

V. MARTIN et C. BECKER, Atlas, réf. B1.

(Ces deux cartes sont tirées de : "Pauvreté ambiguë : enfants et jeunes au Sénégal", NDIONE E.S., SAGNA M., BUGNICOURT J., Environnement Africain, Série Etudes et Recherches n° 112, ENDA, Dakar, 1987, 182 p.)

Si l'on considère la *carte de la confrérie mouride* (carte 4), on ne peut manquer de remarquer combien elle coïncide celle des zones où l'excision est peu ou pas pratiquée. Et si l'on fait une analyse particulière des observations rapportées de Touba, sur 400 cas, le taux d'excision est de 8 % (dont 52,38 % pour les Peul, 82,35 % pour les Toucouleur, soit en moyenne 65,78 % chez les Halpulaar). A Mbacké, la recherche n'a pas permis de trouver de cas d'excision.

Par contre, si l'on se réfère à la Carte 5 : *La confrérie tijane, répartition géographique au Sénégal*, on ne peut manquer d'être frappé par sa relative similitude avec la carte de la pratique de l'excision. Cela n'est pas surprenant, puisque les halpulaar sont en général des adeptes de cette confrérie. Il est évidemment hors de question d'en déduire que la pratique de l'excision est une caractéristique de la confession tijane : comment expliquer, sinon, qu'à Tivaouane, lieu saint de cette confrérie, le taux d'excision ne soit que de 8 % (dont 3 toucouleur sur 7 et 5 peul sur 11) ?

A partir de ces indications, on peut toutefois suggérer que, si les populations pratiquent l'excision en justifiant celle-ci par des impératifs religieux, il peut être intéressant de demander aux leaders spirituels de ces populations de se prononcer sur le caractère d'obligation religieuse de cette pratique qui ne concerne pas la totalité des adeptes d'une même croyance.

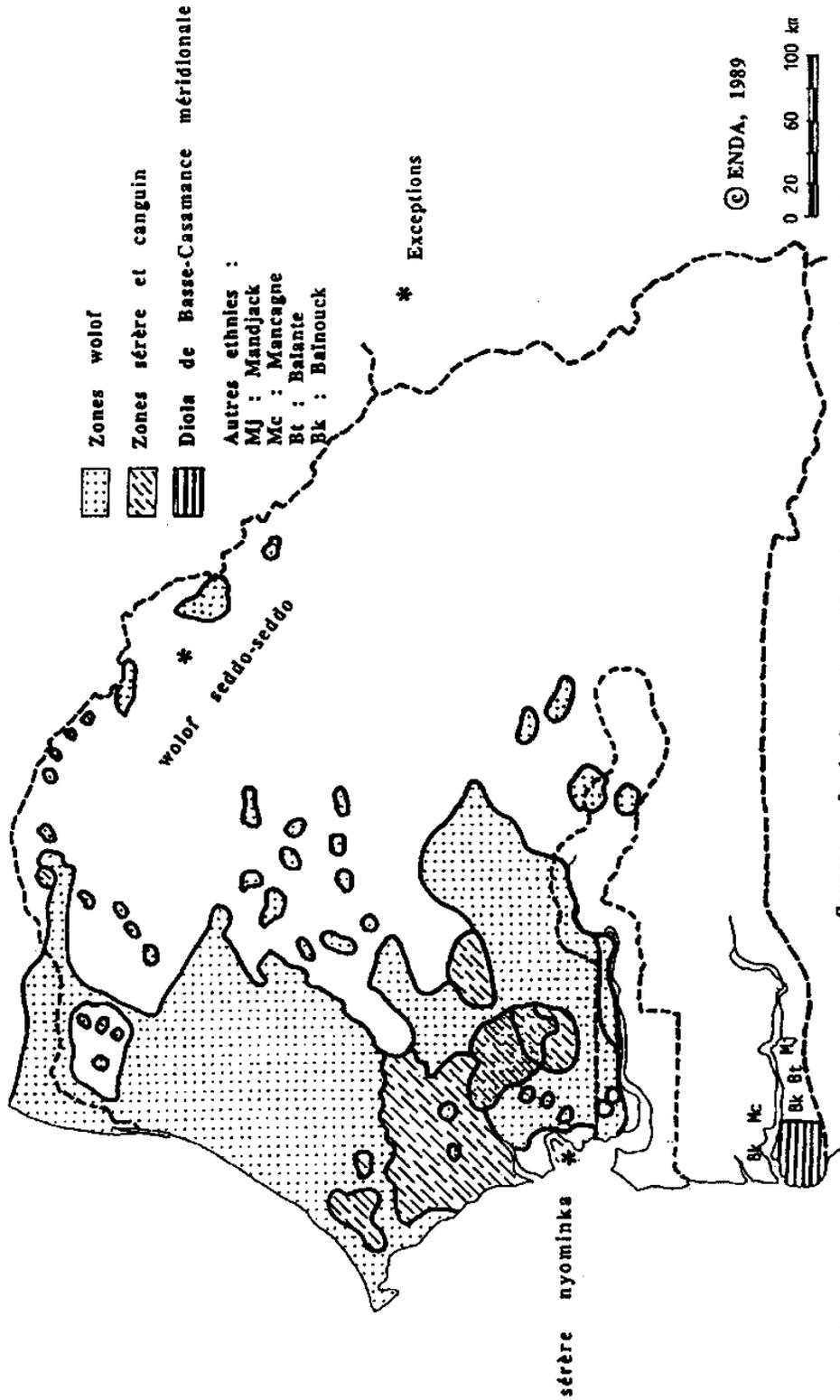
### *Les terroirs de l'excision*

On peut déjà tirer de ces observations certaines conclusions : l'excision n'intéresse les wolof et les sérère (carte 6) que de façon marginale ou exceptionnelle. Par contre, on peut s'avancer à dire que quatre groupes culturels sont concernés, à des degrés différents, par l'excision (cartes 7 et 8) :

- le groupe des Halpulaar, d'une part, qui a en commun une langue, une foi, et des traditions, notamment de hiérarchisation sociale et religieuse ;

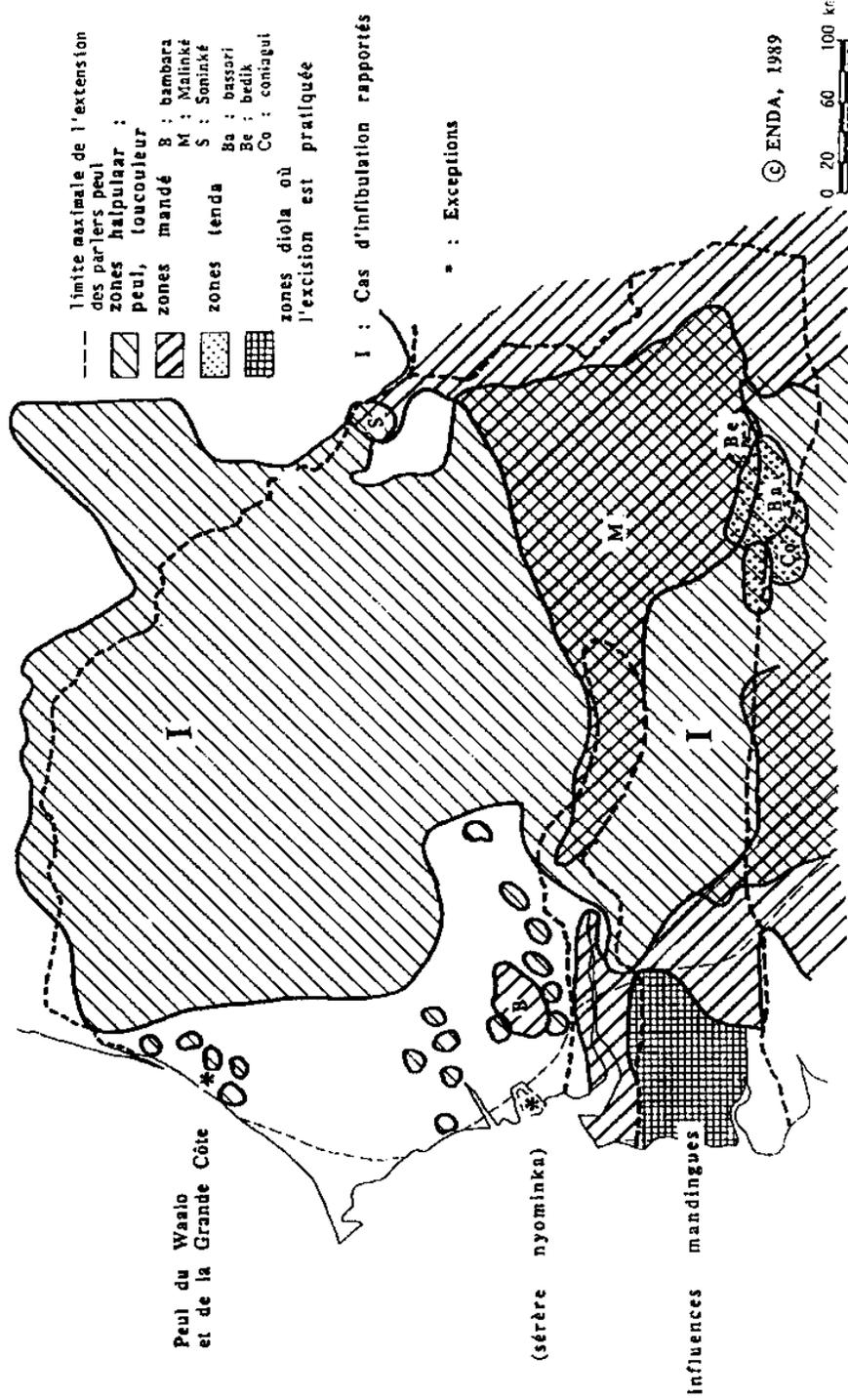
- le groupe diola et éventuellement des ethnies du Sud, qui ont reçu les influences de la conquête mandingue, notamment l'islamisation. Mais la structuration sociale et les traditions de cet ensemble sont très différentes de celles du groupe précédent. Il y aurait lieu d'en tenir compte pour la mise au point d'un plan d'action contre l'excision dans cet ensemble éco-culturel ;

Carte 6 - Sénégal - Ethnies ne pratiquant pas l'excision, par groupes linguistiques

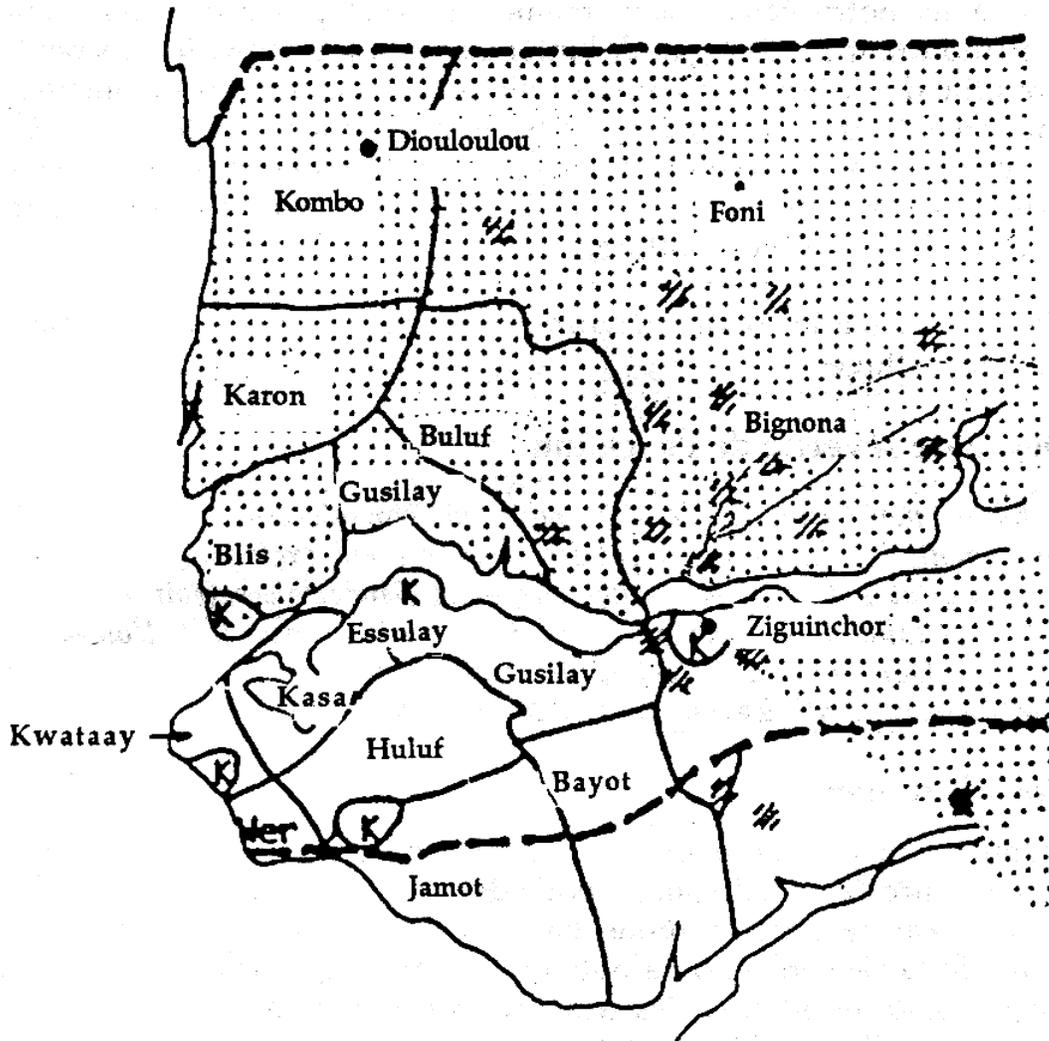


Sources : fond de carte : "Les langues dans le monde ancien et moderne", CNRS, Paris, 1974, Carte : "Langues ouest-africaines" et communications orales diverses

Carte 7 - Sénégalambie - Ethnies pratiquant l'excision, par ensembles linguistiques



Sources : fond de carte : "Les langues dans le monde ancien et moderne", CNRS, Paris, 1974, cartes : "Langues ouest-atlantiques", "Les parlers peul", "Les langues mandingues", et communications orales diverses



**K : Kasa**

**/// Nun (Baïnouk) : ne pratiquent pas l'excision (à l'origine)**

**▤ Pays diola où l'excision est pratiquée**

**c ENDA, 1989**

**Source : fond de carte : "Atlas national du Sénégal", carte "Les langues diola", et communications orales diverses**

**Carte 8 - Langues et pays Diola et pratique de l'excision**

- le groupe mandé, qui est celui qui présente le plus fort taux d'excision dans notre échantillon, même s'il n'est pas numériquement très important au Sénégal. A l'intérieur de ce groupe, il sera peut-être utile de différencier entre les différents sous-groupes ethniques, notamment les Mandingues, les Socé, les Bambara et les Soninké, qui en forment les contingents les plus importants, et il serait peut-être intéressant de mener une recherche spécifique sur la question de l'excision dans cette culture;

- le groupe tenda, pour mémoire, et en l'absence d'autres indications statistiques.

### Degré de sévérité de l'excision

*Dans la poursuite de l'étude, nous ne considérerons plus que le contingent des femmes sénégalaises qui ont été excisées. Cela représente un total de 754 personnes sur 4228 Sénégalaises (soit 17,83%). Pour quelques-unes, certaines variables n'ont pas fait l'objet de réponse. Dans ces cas, c'est seulement sur le nombre d'observations effectivement réalisées que les tableaux seront construits.*

### Age à l'excision

Parmi les observations effectuées, on a noté que l'âge à l'excision variait entre "à la naissance", pour de nombreux cas, et "à 38 ans", dans le cas le plus extrême. Parmi les observations relevées au cours de la recherche, on a noté que les trois âges les plus avancés sont : 23, 28 et 38 ans. Ces trois cas concernant des Diola, vues à Elana. Sur l'ensemble des observations effectuées, l'âge moyen général à l'excision se situe à 6 ans.

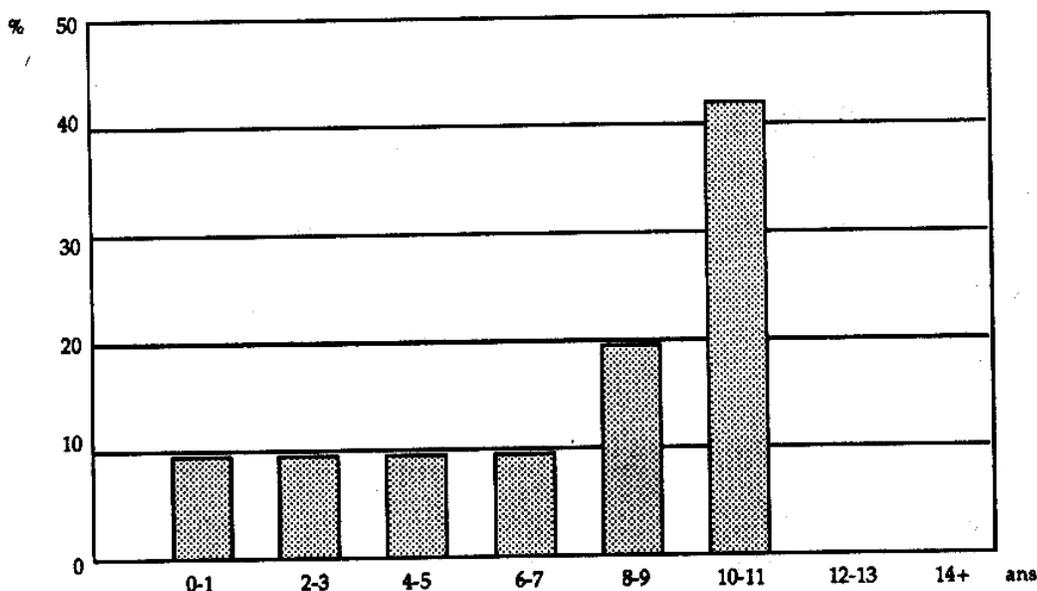
Tableau 5 : Age à l'excision par ethnie

Age ans	0-1	2-3	4-5	6-7	8-9	10-11	12-13	14 +	Tot.
<b>Wolof</b> N	2	0	0	4	0	2	0	1	9
%	<i>pas significatif (effectif faible)</i>								
<b>Sérère</b> N	2	2	2	2	4	9	0	0	21
%	9,52%	9,52%	9,52%	9,52%	19,4%	42,85%	-	-	100%
<b>Peul</b> N	9	20	25	25	10	11	5	0	105
%	8,57%	19,05%	23,81%	23,81%	9,52%	10,48%	4,76%	-	100%
<b>Toucouleur</b> N	27	53	30	12	6	7	6	4	145
%	18,62%	36,55%	20,69%	8,28%	4,14%	4,83%	4,14%	2,76%	100%
<b>Diola</b> N	3	8	37	36	24	19	12	10	149
%	2,01%	5,37%	24,83%	24,16%	16,11%	12,75%	8,05%	6,71%	100%
<b>Eth.Sud</b> N	1	2	1	5	4	1	1	3	18
%	5,56%	11,11%	5,56%	27,78%	22,22%	5,56%	5,56%	16,67%	100%
<b>Mandingue</b> N	2	2	5	3	1	3	3	0	19
%	10,52%	10,52%	26,31%	15,78%	5,26%	15,78%	15,78%	-	100%
<b>Socé</b> N	2	4	8	9	8	5	1	3	40
%	5%	10%	20%	22,5%	20%	12,5%	2,5%	7,5%	100%
<b>Bambara</b> N	5	5	4	10	5	3	5	4	41
%	12,19%	12,19%	9,75%	24,39%	12,19%	7,31%	12,19%	9,75%	100%
<b>Soninké</b> N	21	5	2	2	2	8	6	4	46
%	45,65%	10,86%	4,34%	4,34%	4,34%	17,39%	13,04%	8,69%	100%

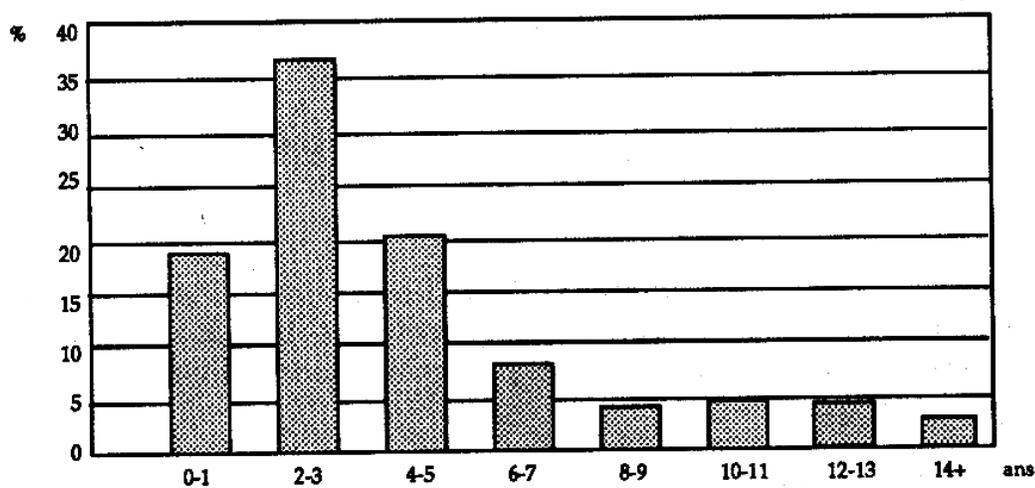
Les graphiques 5 à 13 donnent, pour les ethnies numériquement les plus représentées, le taux de fréquence des âges à l'excision. Les différences de comportement par ethnie sont bien visibles : il semblerait que :

- Les Sérère, dans les deux tiers des cas, excisent entre 8 et 11 ans (mais l'échantillon est peut-être un peu faible pour être probant).

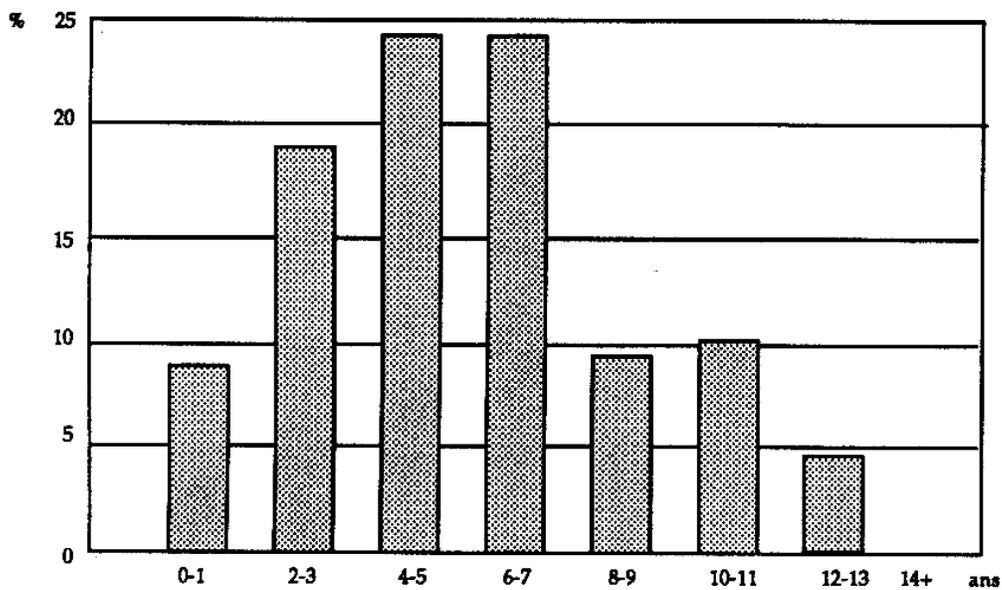
- Les Peul et les Toucouleur excisent en très bas âge : plus de la moitié des fillettes toucouleur sont excisées entre la naissance et 3 ans, et 90 % sont excisées avant 5 ans. Chez les Peul, la courbe de fréquence cumulée est moins abrupte, on excise peut-être légèrement plus tard, mais 30 % des fillettes sont excisées avant 3 ans, 50 % avant 5 ans, et 75 % avant 7 ans. L'âge préféré pour exciser les filles en milieu peul se situe entre 4 et 7 ans.



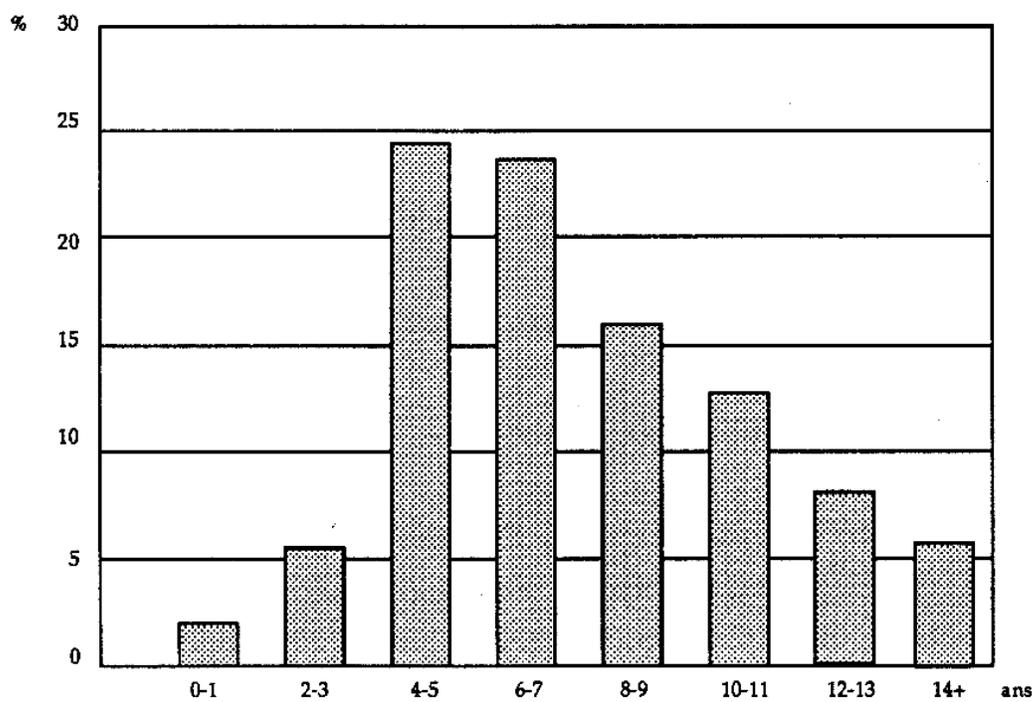
Graphique 5 - Age à l'excision chez les Sérère



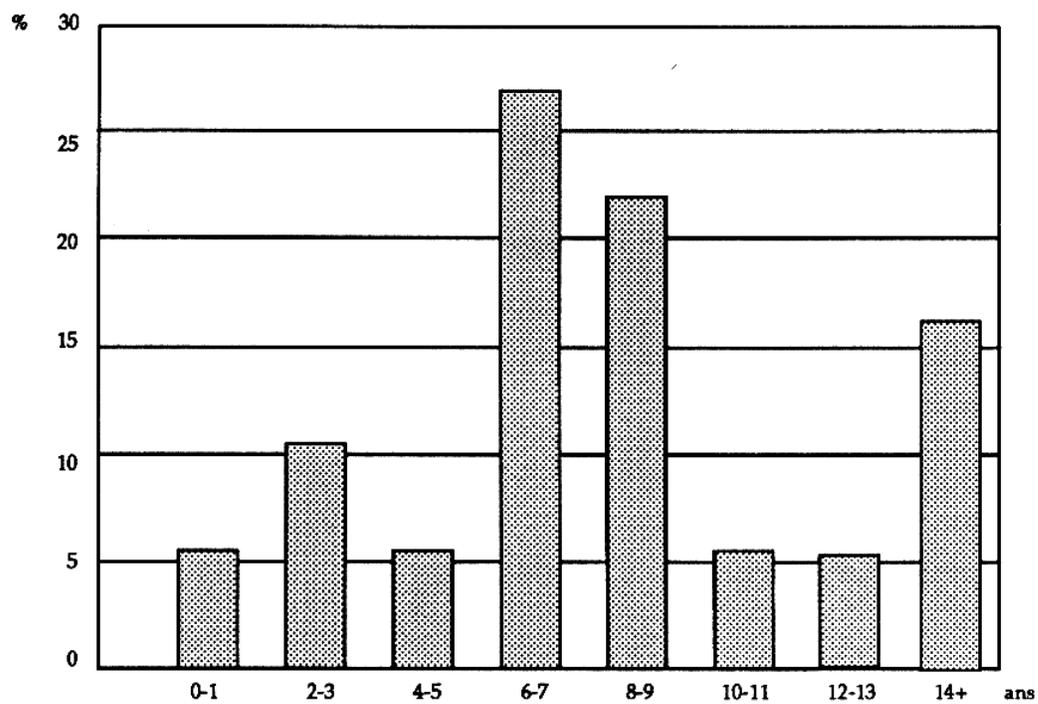
Graphique 6 - Age à l'excision chez les Toucouleur



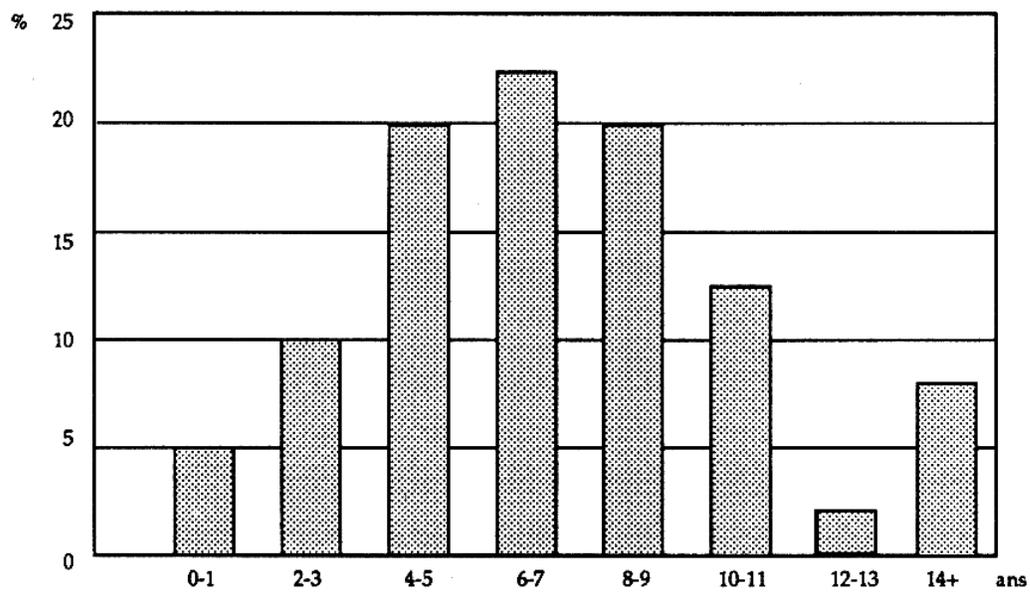
Graphique 7 - Age à l'excision chez les Peul



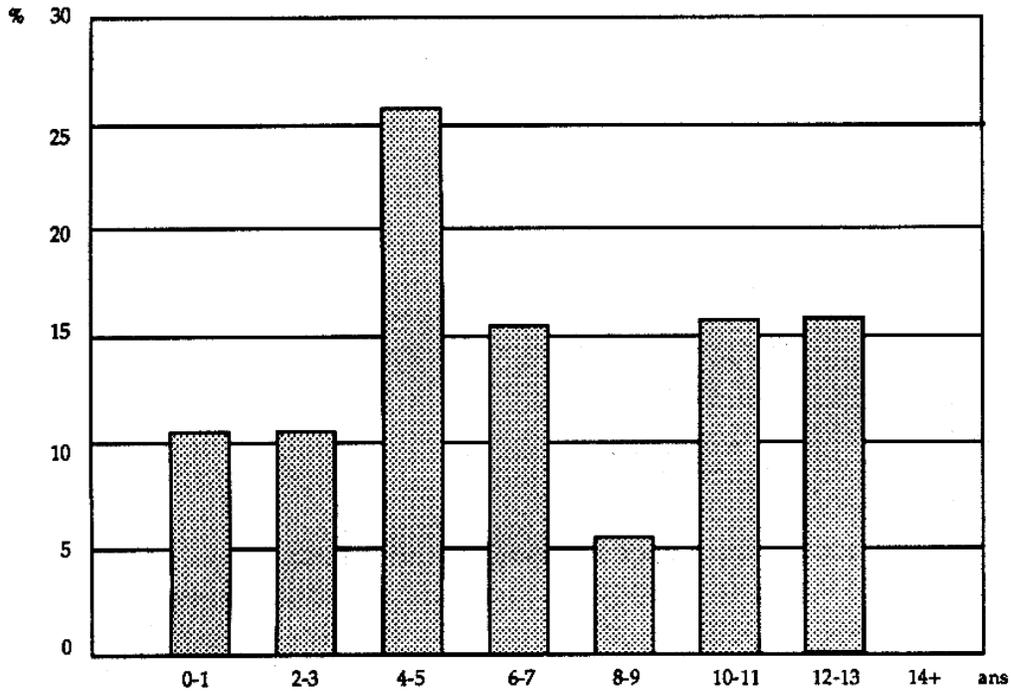
Graphique 8 - Age à l'excision chez les Diola



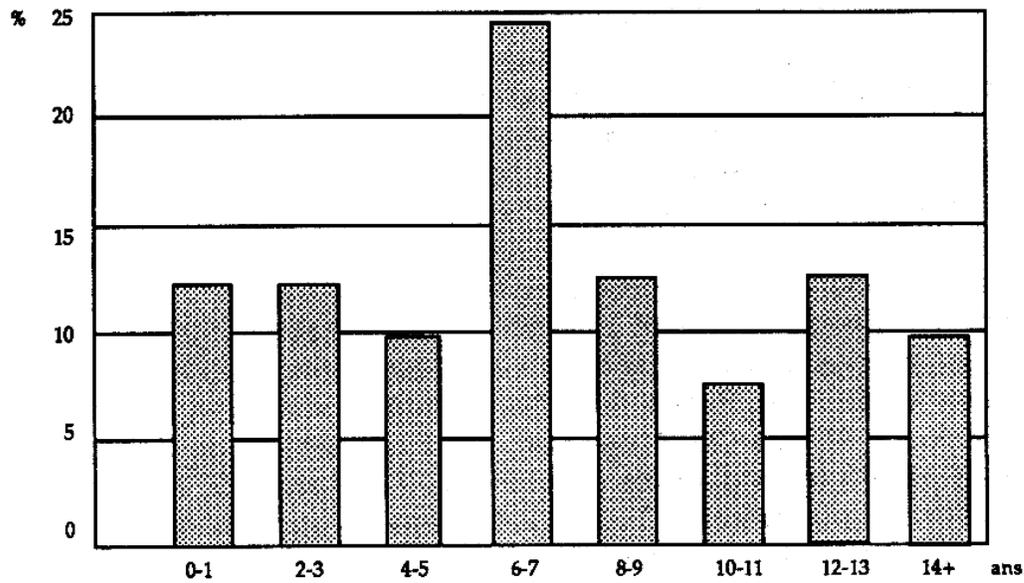
Graphique 9 - Age à l'excision dans les ethnies du Sud



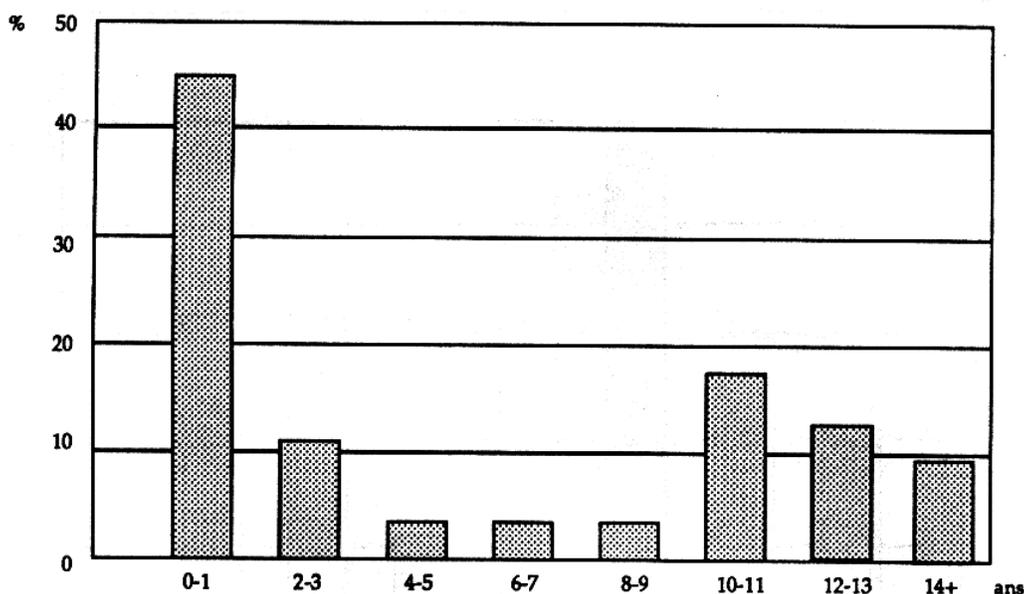
Graphique 10 - Age à l'excision chez les Socé



Graphique 11 - Age à l'excision chez les Mandingue



Graphique 12 - Age à l'excision chez les Bambara



Graphique 13 - Age à l'excision chez les Soninké

- Les Diola, par contre, attendent en général le deuxième anniversaire avant d'exciser les filles. 50 % d'entre elles ont été excisées entre 4 et 7 ans, mais plus du tiers de l'échantillon a été excisé après 8 ans (25 % entre 8 et 11 ans).

- Dans les "ethnies du Sud", le comportement semble plus erratique, mais deux pointes nettes se distinguent : entre 6 et 9 ans d'une part, et au-delà de 14 ans, bien que la faiblesse de l'effectif total limite la portée de ces observations.

- Les différents groupes de l'ensemble mandé ont des comportements très divers : les Socé présentent une courbe symétriquement disposée autour de l'axe des 6-7 ans : les deux-tiers des fillettes sont excisées entre 4 et 9 ans. Les Mandingue semblent exciser de préférence à 4-5 ans (25 % des cas), mais la faiblesse de l'effectif ne permet pas de tirer d'autres conclusions. Les Bambara, de la même façon, semblent préférer l'âge de 6-7 ans, alors que les Soninké excisent leurs fillettes, dans près de la moitié des cas, avant le deuxième anniversaire (l'étude menée en Gambie, voir bibliographie, indiquait le même comportement).

### *Type et degré d'excision, variations par ethnie*

Rappelons que la littérature consultée sur l'excision (voir bibliographie) se réfère en général à la classification suivante du degré de sévérité de la pratique de l'excision (Cf Schéma 1 - *Types et degrés d'excision*) :

Le type I est celui qui fait porter l'opération uniquement sur le clitoris. Dans ce type I, on distingue le degré 1, le plus bénin, qui consiste en l'ablation du capuchon du clitoris uniquement. C'est celui-là qui est strictement l'équivalent de la circoncision masculine, et que l'on pourrait assimiler à la *sunna* (recommandation de l'islam). Le degré 2 consiste à enlever le gland du clitoris. Le degré 3 consiste en l'ablation de la totalité de l'organe.

Le type II consiste à intervenir à la fois sur le clitoris, selon les gradations ci-dessus mentionnées, mais en plus à ôter soit les petites lèvres (degré 1) soit les petites lèvres et une partie des grandes lèvres (degré 2) soit la totalité des nymphes (degré 3). Mentionnons que, comme toute classification, la réalité peut être beaucoup plus difficile à organiser. Dans notre échantillon, nous avons trouvé trois cas où une petite lèvre seulement ou les deux étaient enlevées. Les types et degrés peuvent donc être assemblés de plusieurs manières.

Il existe un type III, qui est l'infibulation. Amplement attesté dans les pays de l'Afrique de l'Est sahélienne, et au Mali et au Nigéria en Afrique Occidentale, il nous a été signalé par plusieurs praticiens, mais nous n'en avons pas trouvé dans l'échantillon observé. Au sens strict, l'infibulation c'est l'excision, sous une forme en général sévère, puis la suture, au fil, ou par des épines, de la plaie ouverte sur les grandes lèvres, pour obstruer quasi-complètement l'entrée vaginale de la femme. Si cette pratique existe au Sénégal, elle doit donc être fort limitée.

### Schéma 1 - Types et degrés d'excision

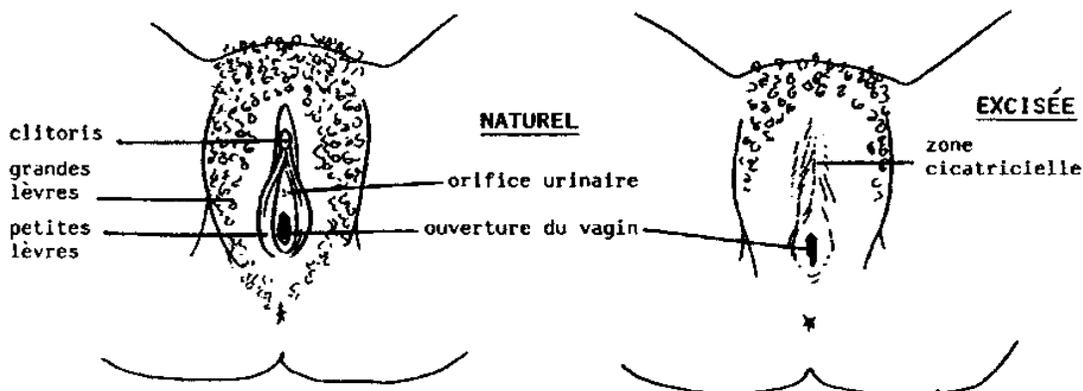
Les schémas anatomiques ci-dessous montrent les organes d'une femme non-excisée (schéma A) et ceux d'une femme après excision (schéma B).

L'excision de type I consiste en l'ablation du capuchon du clitoris (degré 1) ou la résection partielle (degré 2) ou totale (degré 3) de cet organe.

L'excision de type II consiste, après l'opération sur le clitoris, en la résection des petites lèvres (degré 1) et/ou d'une partie (degré 2) ou de la totalité (degré 3) des grandes lèvres.

L'infibulation (type III) consiste à suturer les plaies occasionnées sur les grandes lèvres, après excision de type II degré 3, pour refermer quasi-complètement les organes génitaux externes de la femme.

Certaines variations dans l'agencement des différents types et degrés sont parfois constatées. Les cicatrices qui se forment sont un des handicaps majeurs au bon déroulement des accouchements, en dehors des autres dangers liés à l'excision



Source de l'illustration : "Excision, clitoridectomie" (détail), Planche n° 35, in : supplément excision-clitoridectomie, "Le Livre d'Images Universel de la Naissance", Fran P. HOSKEN, dessins de Marcia L. WILLIAMS, publié par Women International Network News, 1982 (3ème impression 1988).

WIN News, 187 Grant Street, Lexington, MA 02173, U.S.A.

(Avec l'aimable autorisation de l'auteur).

Mais la pratique d'une "fausse" infibulation partielle est très courante au Sénégal. On l'appelle souvent le *taf* (coller, appliquer, en wolof), et cela consiste à laisser se souder les plaies occasionnées aux lèvres, pour refermer "naturellement" l'entrée vaginale des filles. On trouve, dans la littérature, des descriptions d'excision qui soulignent qu'on met un grand bol entre les jambes des petites filles en train de cicatriser, pour éviter que les plaies ne se soudent. Par contre d'autres font serrer leurs jambes aux enfants, pour que la fermeture soit la plus complète possible. Malheureusement, le questionnaire de notre recherche ne demandait pas de préciser la présence ou non de *taf* chez les personnes ayant fait l'objet d'observation.

Globalement, on constate que, parmi les personnes observées au cours de la recherche, les types les plus fréquents sont le type I degré 3 et le type II degré 1.

**Tableau 6a : Type et degré d'excision**

Sur les 469 Sénégalaises excisées dont le degré d'excision a été précisé, on trouve :

Type I : 307 cas, soit 65,45 % des cas, parmi lesquels :

degré 1	:	83 cas,	soit	27,03 %
2	:	79 cas		25,73 %
3	:	145 cas		47,23 %

Type II : 162 cas, soit 34,54 % des cas, parmi lesquels :

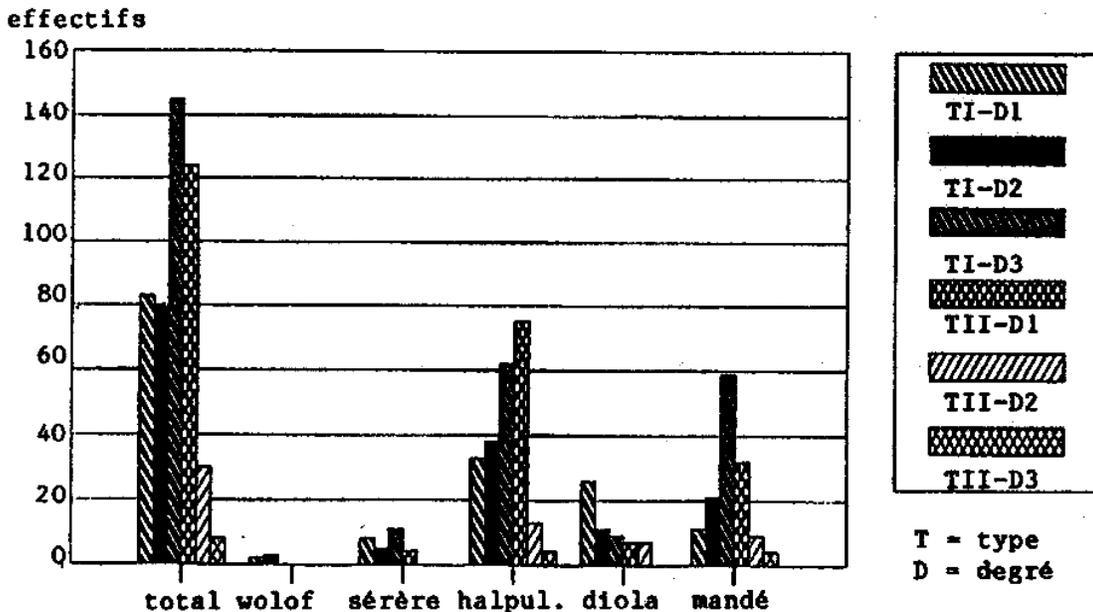
degré 1	:	124 cas		76,54 %
2	:	30 cas		18,51 %
3	:	8 cas		4,93 %

**Tableau 6b : Type et degré par ethnie**

Ethnie	T <sub>I</sub> D <sub>1</sub>	T <sub>I</sub> D <sub>2</sub>	T <sub>I</sub> D <sub>3</sub>	T <sub>II</sub> D <sub>1</sub>	T <sub>II</sub> D <sub>2</sub>	T <sub>II</sub> D <sub>3</sub>	NSP	Total
Wolof	2	3	0	0	0	0	6	11
Sérère	8	5	11	4	0	0	12	40
Halpulaar	33	38	62	75	13	4	81	306
Diola	26	11	9	7	7	0	109	169
Mandé	11	21	59	32	9	4	68	204
Ethn.Sud	3	1	2	5	1	0	6	18

*T = type ; D = degré ; NSP = indéterminé*

Le Graphique 14 - *Type et degré d'excision par ethnie* laisse apparaître que, dans l'ensemble, le degré le plus sévère (le type II degré 3) est peu pratiqué. Les Diola pratiquent en majorité le degré le plus bénin (type I degré 1) ; les représentants du groupe mandé ont une prédilection pour le type I degré 3, alors que les Halpulaar pratiquent plutôt le type II degré 1. Dans l'ensemble, cependant, la majorité des cas d'excision relève du type I (65,45 % des cas).



Graphique 14 - Type et degré d'excision par ethnie

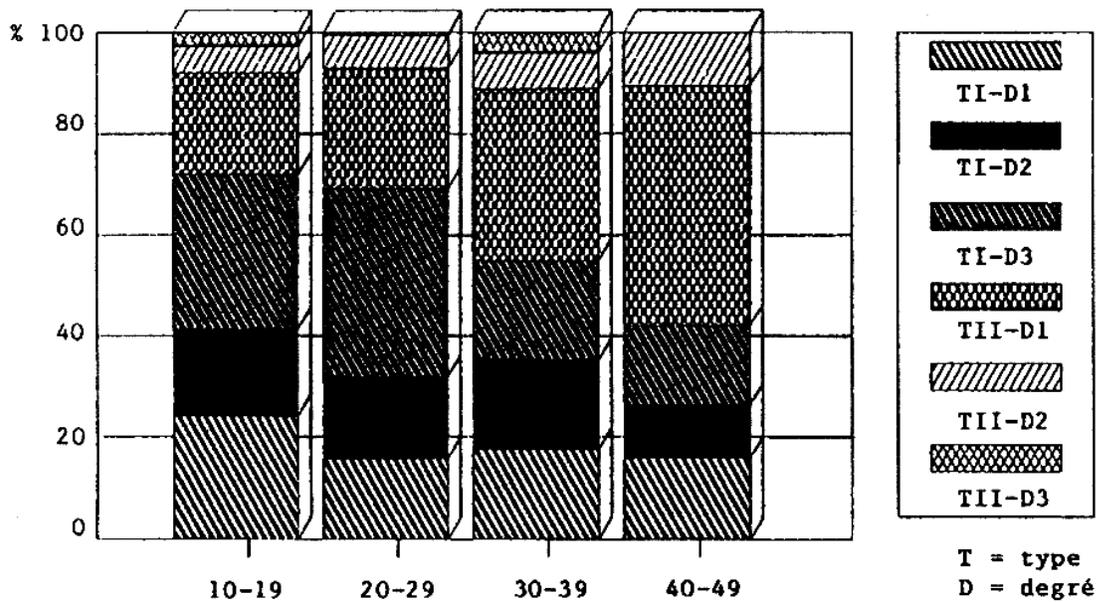
### *Rétrospective du degré de sévérité de l'excision sur les décennies 1940-1980*

Si l'on croise les données observées en matière de type et degré d'excision avec les tranches d'âges décennales des femmes qui ont fait l'objet de l'enquête, on peut avoir un aperçu de l'évolution possible dans le degré de sévérité de la pratique de l'excision, sur les quarante années qui ont précédé la dernière décennie.

Tableau 7 : Rétrospective de l'évolution du degré de sévérité de l'excision  
Années 1940-1980

Tranches d'âge	T <sub>I</sub> D <sub>1</sub>	T <sub>I</sub> D <sub>2</sub>	T <sub>I</sub> D <sub>3</sub>	T <sub>II</sub> D <sub>1</sub>	T <sub>II</sub> D <sub>2</sub>	T <sub>II</sub> D <sub>3</sub>	Total
10-19 ans	18	13	23	15	4	2	75
%	23,37%	18,05%	17,29%	12,71%	13,79%	25%	17,20%
20-29 ans	34	35	81	52	14	1	217
%	44,15%	48,61%	60,90%	44,07%	48,28%	12,5%	49,77%
30-39 ans	22	22	25	42	9	5	125
%	28,57%	30,55%	18,80%	35,59%	31,03%	62,5%	28,66%
40-49 ans	3	2	3	9	2	0	19
%	3,89%	2,77%	2,26%	7,63%	6,90%	-	4,35%
Total	77	72	132	118	29	8	436
%	17,66%	16,51%	30,27%	27,06%	6,65%	1,83%	100%

T = type ; D = degré



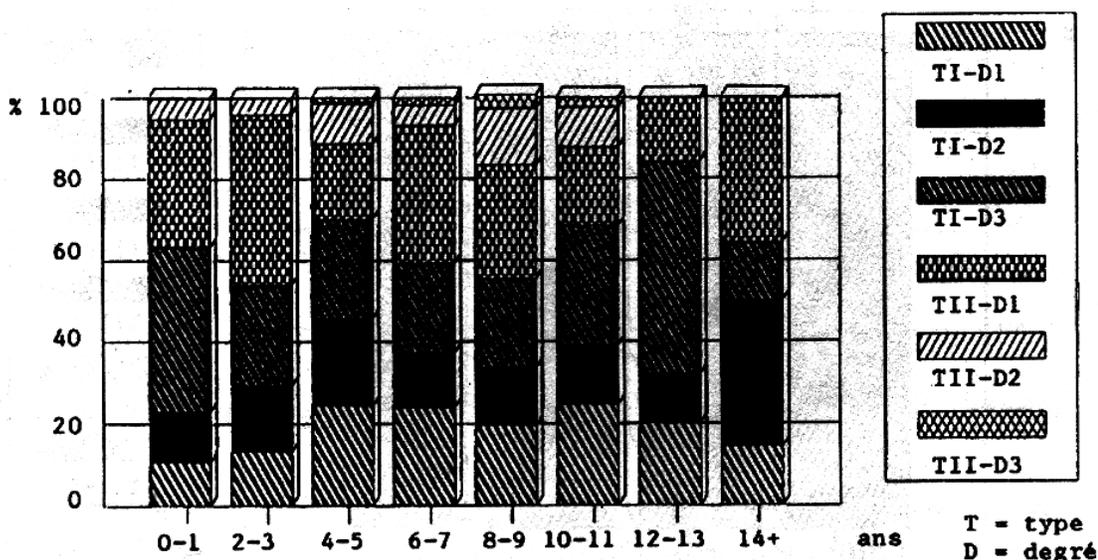
Graphique 15 - Type et degré selon l'âge

Le graphique 15 - *Type et degré selon l'âge* montre nettement que le type II-degré 3 est peu pratiqué, même au cours des décennies les plus anciennes. Par contre, on remarque une nette croissance, au fil des dernières décennies, du recours aux types plus bénins, notamment type I-degré 1 et type I-degré 3, au détriment du type II-degré 1.

Si, dans la tranche d'âge des 40-49 ans, près de 60 % des personnes sont excisées de type II, cette proportion tombe à près de 25 % pour les excisées les plus jeunes, après une décroissance régulière.

### *Type et degré et âge à l'excision*

On peut aussi tenter de croiser les données obtenues pour les types et degrés, et celles obtenues pour les âges à l'excision, pour rechercher s'il y a une corrélation entre ces facteurs, et déterminer si on excise plus sévèrement à un âge plus jeune, ou le contraire. Sur la totalité de l'échantillon, en confondant l'ensemble des ethnies, il n'apparaît pas de relation flagrante : Graphique 16 - *Type et degré par âge à l'excision*.



Graphique 16 - Type et degré par âge à l'excision

Une étude spécifique menée sur les ethnies diola et toucouleur n'a pas permis non plus de mettre une telle liaison en évidence : les Diola excisent de toute façon à un degré bénin (60 % des excisions chez les Diola sont de type I), et l'effectif de Diola pour lequel à la fois l'âge à l'excision et le type et degré d'excision ont été déterminés est relativement faible.

Pour les Toucouleur, on note effectivement une prédominance des types I d'excision chez les excisions faites avant 7 ans (les plus fréquentes), bien que le type II-degré 1 représente tout de même 29,69 % des excisions pratiquées avant l'âge de 7 ans.

### **Opérateurs et modes d'opération**

Sur les 754 cas d'excision pratiqués sur des sénégalaises, on relève une quasi-unanimité de modalité d'opération : deux cas seulement ont fait l'objet d'une excision en milieu sanitaire, soit 0,27 %. Parmi les étrangères, un seul cas supplémentaire d'excision en milieu sanitaire a été relevé.

De la même façon, on n'a relevé que deux cas d'excision opérée par des hommes (l'un de ces deux cas est d'ailleurs le même que l'un des deux cas d'excision en milieu sanitaire).

On peut donc en déduire que la quasi-totalité des excisions, au Sénégal, est effectuée par une femme, et de manière traditionnelle. Sans doute, certaines exciseuses utilisent parfois maintenant des lames de rasoir neuves, du mercurochrome ou de l'alcool, mais il n'en demeure pas moins que les conditions d'asepsie des opérations sont loin d'être satisfaisantes, à la différence des circoncisions masculines très couramment opérées dans les dispensaires.

Les cas d'excision pris en compte dans notre recherche datent de dix ans au minimum. On peut donc se demander si, au cours de la décennie écoulée, s'est dessinée une modification des pratiques, et en particulier, s'il y a maintenant tendance à emmener sa fillette en milieu sanitaire pour la faire exciser. En dehors de tout élément de preuve, on ne peut faire que des suppositions. D'une part, il est clair que l'excision n'est pas un acte reconnu par la déontologie médicale, des circulaires officielles du Service de la Santé l'ont rappelé. Mais, d'autre part, un membre du personnel de santé peut toujours effectuer une excision sur son lieu de travail, pour rendre

service à une famille : cela ne peut cependant dépasser une échelle très réduite. Si l'on a entendu parler d'exemples ponctuels de ce type, au cours de la période de recherche, on n'a cependant jamais identifié de lieu ou de personne réputés pour le faire systématiquement. Force est donc de penser que le modèle restitué par cette recherche garde encore actuellement toute sa pertinence. Les prédictions faites par les personnes enquêtées sur le sort probablement réservé à leurs propres filles en matière d'excision appuient cette hypothèse.

Si l'on peut déplorer les conditions d'hygiène souvent regrettables dans lesquelles se déroulent actuellement nombre d'excisions, il n'en faut pour autant pas perdre de vue que la pratique de l'excision est condamnée par l'OMS, car ne constituant pas un acte visant à protéger la santé des individus. Un programme visant à l'éradication de l'excision ne devrait donc pas avoir pour moyen le transfert des opérations d'excision vers le domaine médical dans un souci de réduire les risques de complication.

### Lieu de l'excision

L'enquête a tenté de déterminer où se déroule l'excision, dans l'idée que le lieu de l'opération détermine un mode de pratique qui pourrait contribuer à une typologie de l'excision. Les catégories de lieu proposées se résumaient à se "chez soi" ("à la maison"), "en forêt ou en brousse" (dans la nature, en cas d'excision avec retraite en forêt sacrée par exemple), "au village" (en cas d'excision par groupe ou par cohortes d'âge), ou "en ville" (à Dakar, le plus souvent, ou dans les capitales régionales, ce qui, à priori, exclut une initiation rituelle).

En fait, il est apparu, semble-t-il, que l'appréciation de ces termes a été différente pour les personnes interrogées. Si certains de ces termes sont antinomiques (on ne peut pas avoir été excisée à la fois "à la maison" et "en forêt", ni à la fois "au village" et "en ville", ni "en forêt" et "en ville"), certains d'entre eux peuvent être compatibles (on peut fort bien être excisée à la fois "à la maison" et "en ville" ou "à la maison" et "au village").

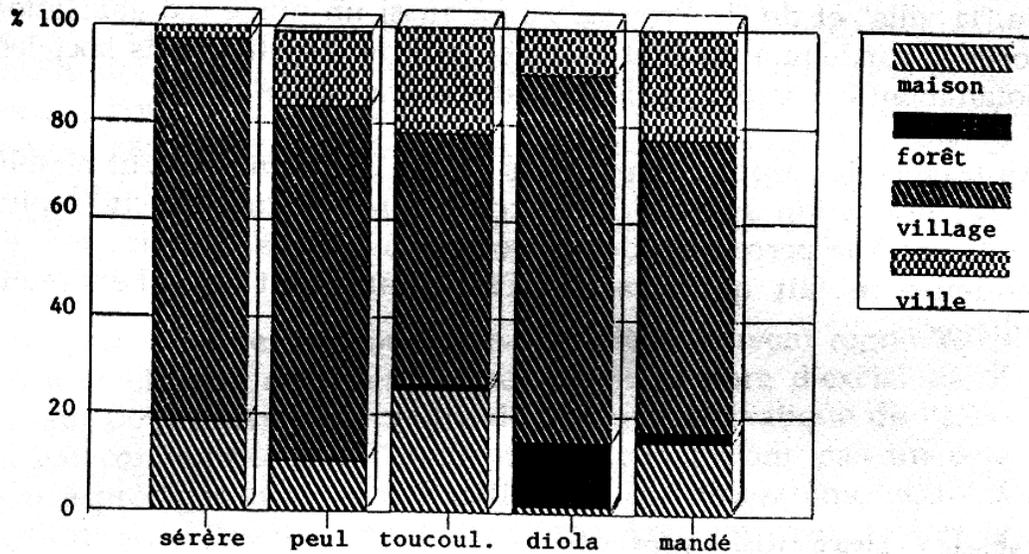
De plus, certains déterminants se subordonnent l'un à l'autre : cela est particulièrement sensible dans le cas des Diola : très peu d'entre elles ont mentionné qu'elles avaient été excisées "en forêt", par

contre nombreuses sont celles qui ont évoqué "le village". Et effectivement, si le village est un lieu géographique distinct à la fois de "la ville" et de "la brousse", c'est aussi un mode d'organisation sociale, par lequel passent bon nombre de structurations sociales, notamment l'excision, par le biais des classes d'âge.

Au travers des réponses apportées à cette question, on peut rétablir la catégorisation spatiale de l'excision, selon une structure plus conforme à la perception des personnes enquêtées. Elles mettent en évidence le fait que l'excision est avant tout un phénomène villageois.

Tableau 7 - Lieu d'excision par ethnie

Lieu d'exc.		Maison	Forêt/brousse	Village	Dakar/Ville	Total
Wolof	N	2	0	5	2	9
	%		<i>pas significatif, effectif faible</i>			
Sérère	N	7	0	30	1	38
	%	18,42%	-	78,94%	2,63%	100%
Peul	N	12	1	85	18	116
	%	10,34%	0,008%	73,27%	15,51%	100%
Toucouleur	N	41	2	85	36	164
	%	25%	1,21%	51,82%	21,95%	100%
Diola	N	2	20	114	14	150
	%	1,33%	13,33%	76%	9,33%	100%
Mandé	N	26	4	107	40	177
	%	14,68%	2,25%	60,45%	22,59%	100%
Ethn. Sud	N	0	2	8	7	17
	%		<i>pas significatif, effectif faible</i>			
Total	N	90	29	434	118	671
	%	13,41%	4,32%	64,79%	17,58%	100%



Graphique 17 - Lieu d'excision par ethnie

La représentation graphique de ces résultats (*Graphique 17 - Lieu d'excision par ethnie*) le montre clairement : le premier lieu de l'excision, c'est le village, dans plus de deux-tiers des cas (64,79%). Comme on l'a vu, pour saisir les diverses dimensions de la notion de village, on peut soit l'opposer à "ville", ou à "maison", soit le comprendre comme "par classe d'age". Le thème "village" a été mentionné principalement par les Diola (76%), les Peul et les Sérère (73,27% et 78,94%) puis, mais légèrement moins fréquemment, par les Mandé et les Toucouleur (60,45% et 51,82% respectivement).

Par contre, celles qui sont le plus fréquemment excisées "à la maison" sont les Peul, les Mandé et les Toucouleur (la moitié de toutes celles qui sont excisées à la maison sont des toucouleur).

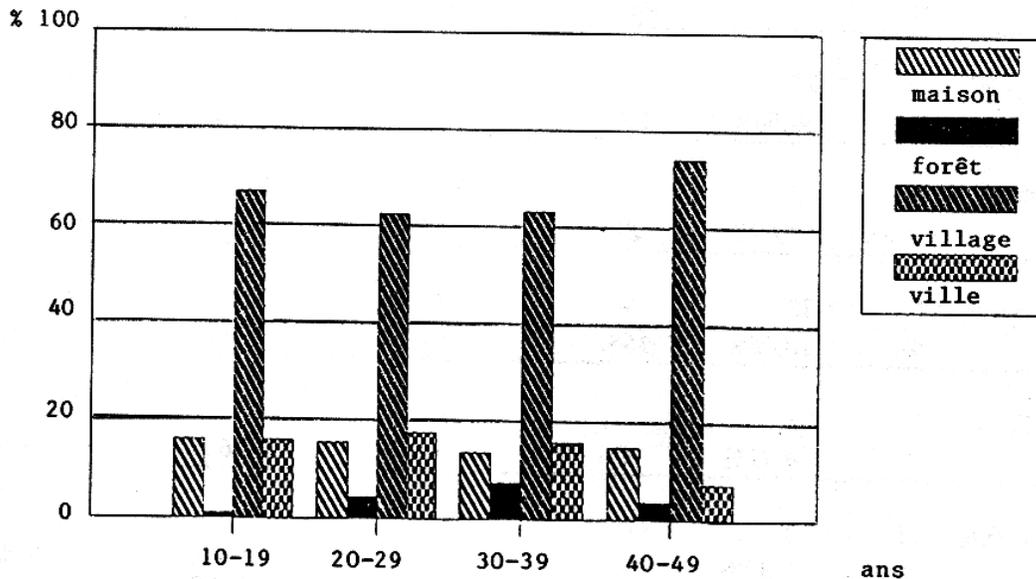
L'excision "en forêt" est celle qui a semblé le moins explicite, ou la moins avérée, pour l'ensemble des représentantes des ethnies. Les Diola ont été les seules, mais à 13,33% seulement, à penser que cette catégorie s'appliquait à leur cas. En même temps, on remarque que les Diola excisent très peu à la maison (1,33%).

Pour ce qui est de l'excision "en ville", on remarque que le taux moyen, si l'on exclut les Sérère (qui, de toutes façons, excisent peu), et les Diola (qui sont principalement concernées par l'excision villageoise), se situe aux alentours de 20%. Une action contre l'excision, en milieu urbain, semblerait donc tout à fait se justifier, en particulier si elle est menée en pulaar ou en mandingue.

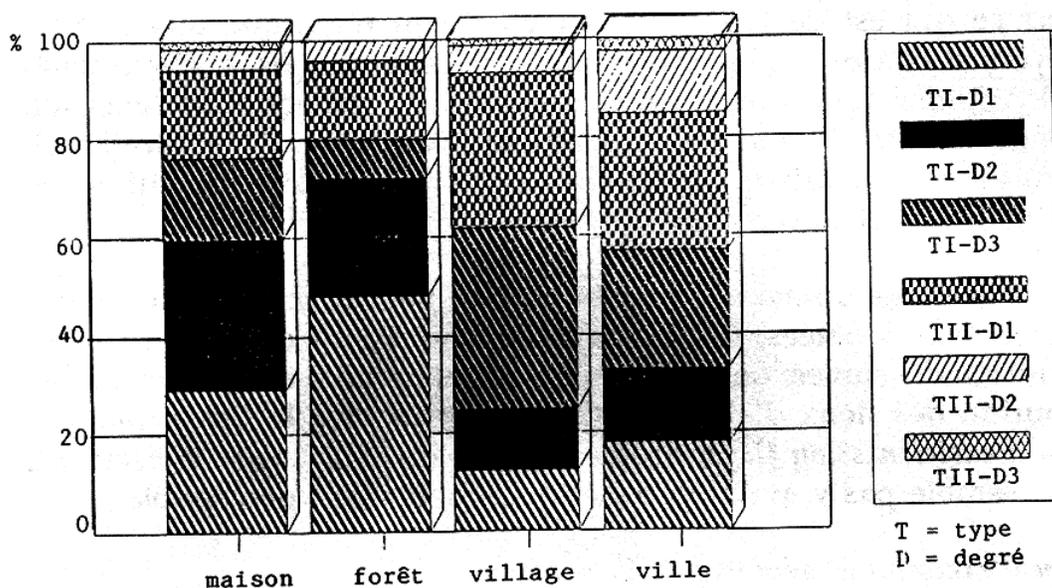
En croisant les données obtenues pour le lieu d'excision et l'âge des personnes enquêtées, on a essayé de voir si, au cours des quatre dernières décennies, on a pu assister à une modification dans la distribution des lieux d'excision. Comme le montre le *Graphique 18 - Lieu d'excision selon l'âge*, dressé à partir du tableau de croisement, il ne semble pas y avoir eu d'évolution nettement perceptible.

#### *Lieu d'excision et sévérité de la pratique*

Par contre, sur le *Graphique 19*, on note nettement une différenciation des degrés de sévérité de la pratique selon le lieu de l'excision. Le type I-degré 1 est préféré en forêt, et concerne aussi le quart des excisions pratiquées à la maison. Par contre, au village, on pratique plutôt le type I-degré 3 et le type II-degré 1.



**Graphique 18 - Lieu d'excision selon l'âge**



Graphique 19 - Lieu d'excision selon le type et degré

Tableau 8 - Lieu d'excision selon le type et degré

Lieu d'exc.		Maison	Forêt/brousse	Village	Dakar/ville	Total
T <sub>I</sub> D <sub>1</sub>	N	21	12	31	14	78
	%	29,17%	48%	12,35%	17,72%	16,86%
T <sub>I</sub> D <sub>2</sub>	N	22	6	31	12	71
	%	30,56%	24%	12,35%	15,18%	16,62%
T <sub>I</sub> D <sub>3</sub>	N	12	2	93	19	126
	%	16,67%	8%	37,05%	24,05%	29,50%
T <sub>II</sub> D <sub>1</sub>	N	13	4	79	22	18
	%	18,06%	16%	31,47%	27,84%	27,63%
T <sub>II</sub> D <sub>2</sub>	N	3	1	14	10	28
	%	4,17%	4%	5,57%	12,65%	6,55%
T <sub>II</sub> D <sub>3</sub>	N	1	0	3	2	6
	%	1,39%	-	1,19%	2,53%	1,40%
Total	N	72	25	251	79	427
	%	100%	100%	100%	100%	100%

## Excisions individuelles et collectives

### Coexcisions par ethnie

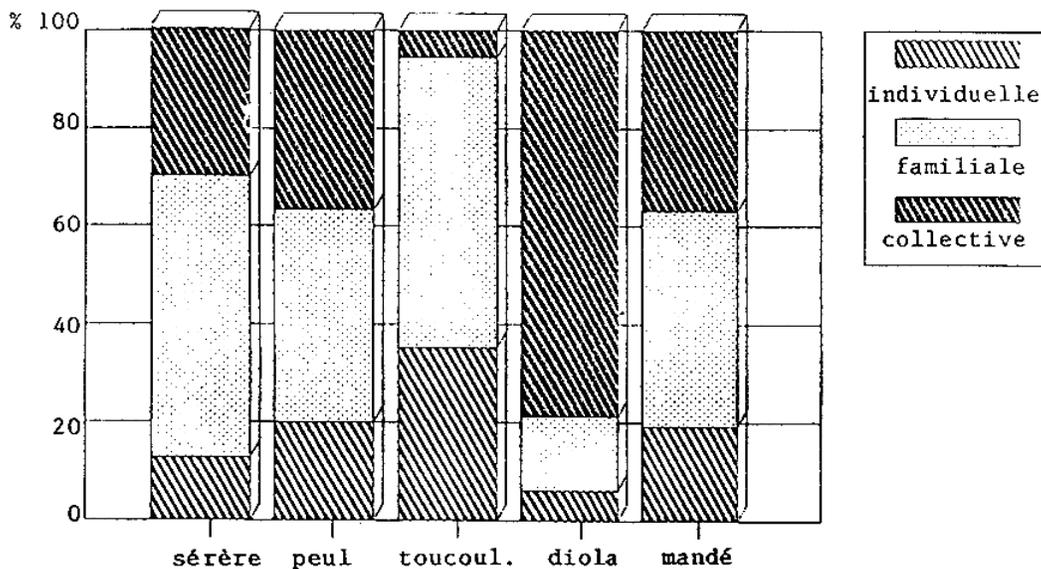
Il est important de connaître dans quelle mesure l'excision se pratique sur une seule fillette à la fois (excision individuelle, c'est à dire pas de coexcision), ou sur quelques-unes (excision familiale, en général des fillettes de même âge d'une famille élargie ou dans un quartier), ou sur tout un groupe de fillettes (excision collective villageoise) : on peut ainsi apprécier la possibilité de certains risques, notamment la transmission de maladies par contact sanguin. On peut aussi utiliser cette information dans la détermination de stratégies d'action.

Tableau 10 - Coexcisions par ethnies \*

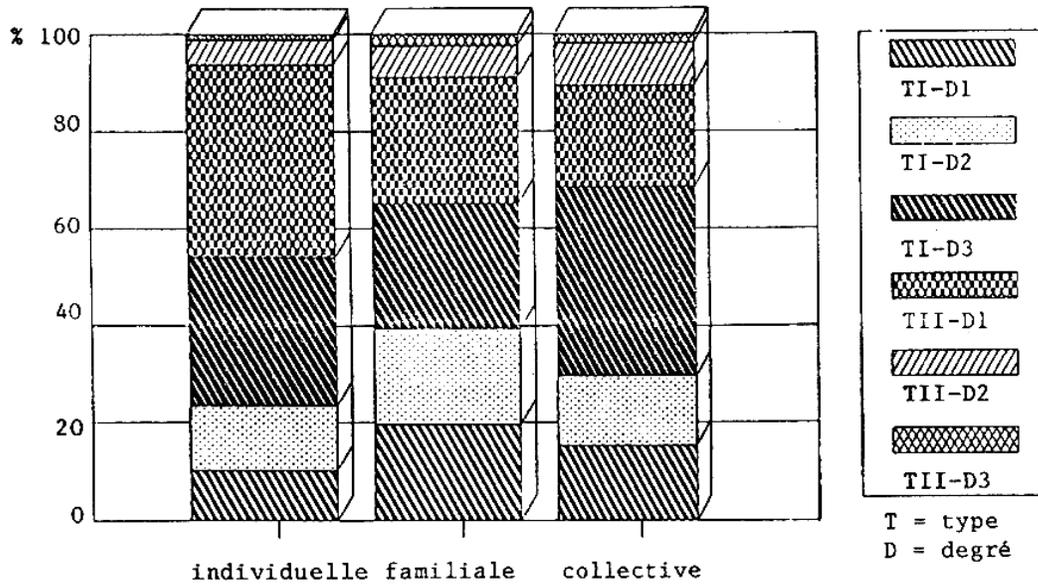
Coexcision		Non	Oui	Familiale	Villageoise	Total
Wolof	N	2	6	1	5	8
	%		<i>pas significatif (effectif faible)</i>			
Sérère	N	4	31	20	11	35
	%	12,90%	88,57%	57,14%	31,42%	100%
Peul	N	24	96	52	44	120
	%	20 %	80%	43,33%	36,66%	100%
Toucouleur		56	103	94	9	159
	%	35,22%	64,77%	59,11%	5,66%	100%
Diola	N	9	138	22	116	147
	%	6,12%	93,87%	14,96%	78,91%	100%
Mandé	N	34	142	77	65	176
	%	19,31%	80,68%	43,73%	36,93%	100%
Eth.Sud	N	2	14	7	7	16
	%		<i>pas significatif (effectif faible)</i>			
Total	N	131	530	273	257	661
	%	19,81%	80,18%	41,30%	38,88%	100%

\* : Les pourcentages sont calculés ainsi : Non (excision individuelle) et Oui sur Total ; et Familiale et Villageoise sur Total des Oui.

Le Graphique 20 - Coexcision par ethnie montre, hormis pour les Wolof et les ethnies du Sud, dont les effectifs sont trop faibles pour être significatifs, que plus de 40% des excisions interviennent dans le cadre du cercle familial élargi, et la même proportion des excisions se fait en groupe d'âge, au niveau du village (ou du quartier). C'est donc 80% des excisions qui peuvent donner lieu à contact sanguin, et donc à transmission de certaines maladies. C'est près d'une excision sur cinq (19,81%) qui se fait individuellement : cela concerne surtout les Toucouleur (35,22%) et les Peul et les Mandé (20% et 19,31 % respectivement). Les plus gros contingents d'excision familiale se retrouvent parmi les Toucouleur (59,11%), les Sérère (57,14%) les Mandé (43,73%). Par contre, la grande majorité de celles qui sont excisées en cohortes villageoises appartiennent à l'ethnie diola (78,91%).



Graphique 20 - Coexcision par ethnie

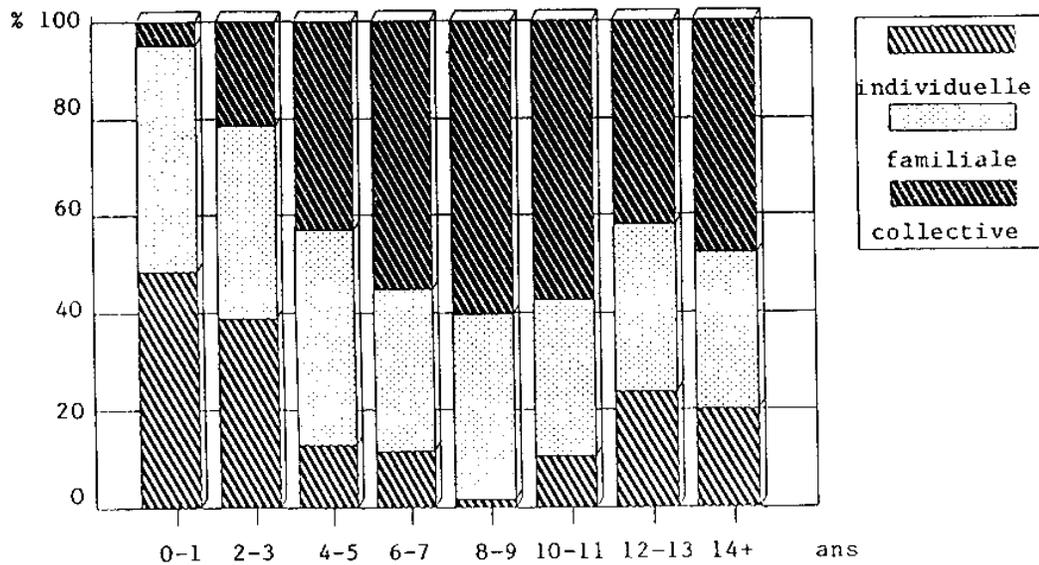


Graphique 21 - Coexcision par type et degré

### *Coexcisions et sévérité de la pratique*

Rappelons que les deux degrés les plus sévères du type II sont peu utilisés (type II-degré 2 et type II-degré 3). Le *Tableau 10* et le *Graphique 21 - Coexcisions par type et degré* montrent qu'il n'en demeure pas moins que l'on fait davantage recours au type II-degré 1 dans les cas d'excision individuelle. Par contre, le type I-degré 3 est plus utilisé dans les cas d'excision villageoise. Ces deux types et degrés représentent la majorité (58,16 %) des types de pratique.





**Graphique 22 - Coexcisions selon l'âge à l'excision**

Le *Graphique 22 - Coexcision selon l'âge à l'excision*, montre nettement le décroissement régulier du recours à l'excision individuelle de l'âge à l'excision, et cela jusqu'à un seuil minimum à 8-9 ans, puis, de nouveau, une légère augmentation centrée sur les 12-13 ans. Cela ne peut manquer de rappeler le mode d'excision des Halpulaar qui aiment à rassembler quelques fillettes d'une famille élargie pour les exciser de compagnie, les excisions individuelles constatées à des âges plus avancés pouvant alors être des opérations menées pour celles qui ont échappé à l'excision en bas âge pour une raison ou pour une autre.

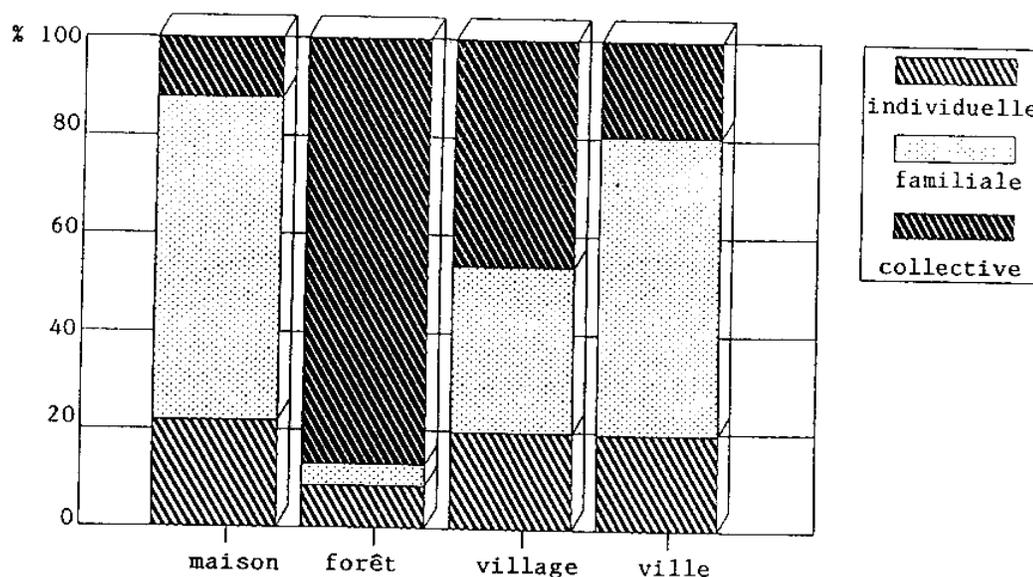
En symétrie, on constate l'accroissement régulier des coexcisions villageoises, selon l'âge à l'excision, avec une stabilisation aux alentours de 50% des excisions à partir des 5 ans. Cela rappelle le comportement des Diola, notamment : l'excision se faisant au niveau villageois, et souvent avec retraite en forêt, on comprend que l'on ne puisse y soumettre que des fillettes jouissant d'un minimum d'autonomie.

Les taux d'excision en famille représentent une proportion relativement stable tout au long des tranches d'âge, avec peut-être une légère tendance à la décroissance aux âges les plus élevés.

*Coexcisions et lieu d'excision*

Tableau 13 - Coexcisions par lieu d'excision

Lieu exc.		Maison	Forêt/brousse	Village	Dakar/ville	Total
Individ.	N	18	2	84	22	126
	%	21,95%	8,70%	19,86%	19,64%	
Familiale	N	54	1	143	68	266
	%	65,85%	4,35%	33,81%	60,71%	
Collective (village)	N	10	20	196	22	248
	%	12,20%	86,96%	46,34%	19,64%	
Total	N	82	23	423	112	640
	%	100%	100%	100%	100%	



Graphique 23 - Coexcisions par lieu d'excision

Il faut rappeler ici ce qui a déjà été observé plus haut à propos des multiples valences des référents en matière de lieux d'excision.

Le Graphique 23 - Coexcisions par lieu d'excision, montre nettement l'importance des excisions individuelles (une sur cinq) et

familiales (plus de 60 %) lorsqu'elles sont pratiquées "à la maison", en contraste avec l'importance des excisions de groupe villageois en "Forêt/brousse" (près de 90%).

Par contre, la répartition est plus nuancée au niveau du "village" : une excision sur cinq s'y pratique de manière individuelle, une sur trois à l'échelle familiale, et près d'une sur deux collectivement.

Il est surprenant de noter qu'en ville, une excision sur cinq est pratiquée de manière collective. Et que l'excision en ville n'est pas forcément facteur d'individualisation de la pratique, puisque 60 % des excisions faites en milieu urbain sont pratiquées à l'échelle familiale.

### **Excision et initiation**

L'excision est souvent justifiée comme constituant un des rites de passage qui structurent les sociétés traditionnelles, notamment en permettant à l'enfant d'accéder au stade d'adulte social. Il est donc important de déterminer dans quelle mesure on observe une corrélation entre excision et initiation, et s'il y a tendance à la conservation ou à l'abandon de l'une ou de l'autre.

En fait, il est apparu au cours de l'enquête que le phénomène de l'initiation ne recouvre pas un sens univoque.

Schématiquement, on peut par exemple identifier l'initiation par le transfert de connaissances et/ou de rites propres à l'ethnie et plus ou moins secrets, et pouvant aller jusqu'à l'initiation à des connaissances ou des langages secrets - ceux-ci pouvant être différenciés selon le sexe. Ce mode prévaut sans doute chez les Diola, dont l'initiation comporte une retraite au bois sacré. Mais l'initiation peut aussi être une "simple" initiation aux codes de conduite d'une femme "accomplie", à la veille de son accession au stade adulte, en particulier au moment de son mariage. Ce mode d'initiation des femmes semble être celui qui a cours chez les sérère.

Enfin, l'initiation, qui a pu être, autrefois, la justification de l'excision, peut ne plus se pratiquer, alors que l'excision perdure, d'autant plus quand l'âge à l'excision s'abaisse considérablement (chez les halpulaar, et notamment les toucouleur).

Aussi, s'il est intéressant de savoir combien de femmes excisées ont subi l'initiation, il faut pourtant se garder de réduire l'un des phénomènes à l'autre. Et prendre en considération, ce que ne pouvait faire, malheureusement, notre questionnaire fermé, le fait que des femmes non-excisées puissent être initiées. Des sérère ont été par exemple étonnés d'apprendre que certaines des femmes de leur ethnie sont excisées. Alors qu'il semble que la pratique de l'initiation chez les sérère soit répandue, sous forme de conseils pour devenir une épouse accomplie.

### *Initiation par ethnie*

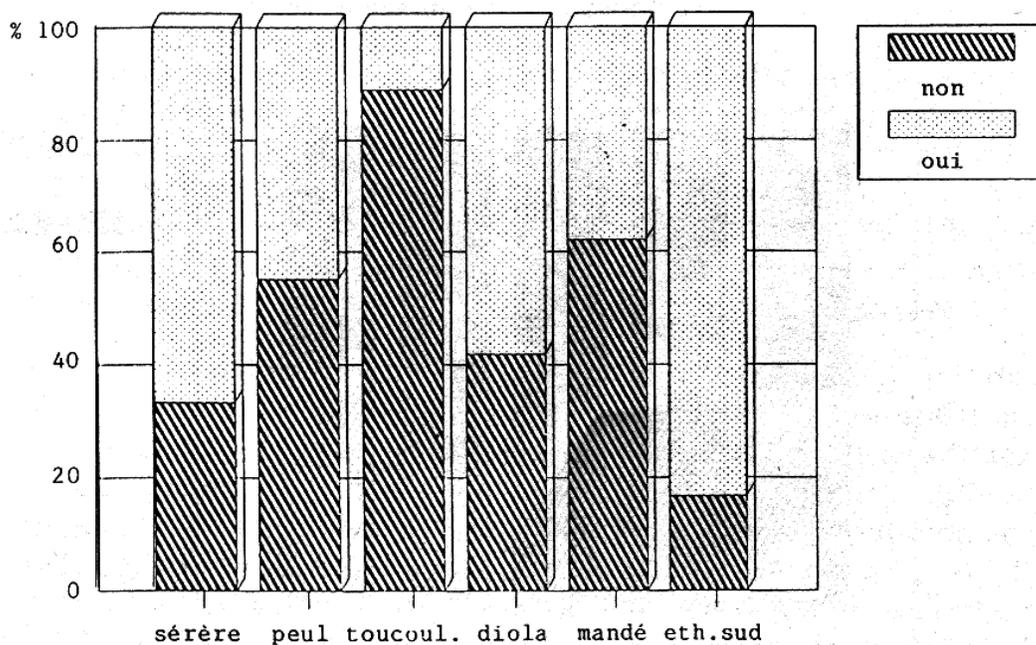
**Tableau 14 - Initiation par ethnie  
(femmes excisées seulement)**

Initiation		Non	Oui	Total
Wolof	N	3	4	7
	%		<i>effectif faible</i>	
Sérère	N	11	22	33
	%	33,33%	66,66%	100%
Peul	N	48	39	87
	%	55,17%	44,82%	100%
Toucouleur	N	97	12	109
	%	88,99%	11,01%	100%
Diola	N	58	80	138
	%	42,02%	57,97%	100%
Total Mandé	N	74	45	119
	%	62,18%	37,81%	100%
<i>dont :</i> Mandingue		2	1	
	Socé	16	24	
	Bambara	26	4	
	Soninké	27	4	
	Diakhanké	2	1	
Eth.Sud	N	2	10	12
	%		<i>effectif faible</i>	
Total	N	293	212	505
	%	58,01%	41,98%	100%

Si l'on peut déduire que le taux d'initiation global parmi les femmes excisées (qui ont pu répondre), est de 58,01%, le *Graphique 24 - Initiation par ethnie* montre nettement que, à part les ethnies du Sud, dont l'effectif est trop faible pour être significatif, ce sont les diola (mais à 60% "seulement") et les sérère (66%) qui sont les ethnies qui pratiquent le plus l'initiation, ainsi que, exception parmi le groupe mandé, les socé (plus de la moitié de l'effectif des socé dit avoir été initiée).

Par contre il est net que l'argument de l'initiation ne saurait être avancé pour justifier l'excision par les toucouleur (une sur dix affirme qu'elle a été initiée) ni, semble-t-il, les mandé (à l'exception déjà notée des socé).

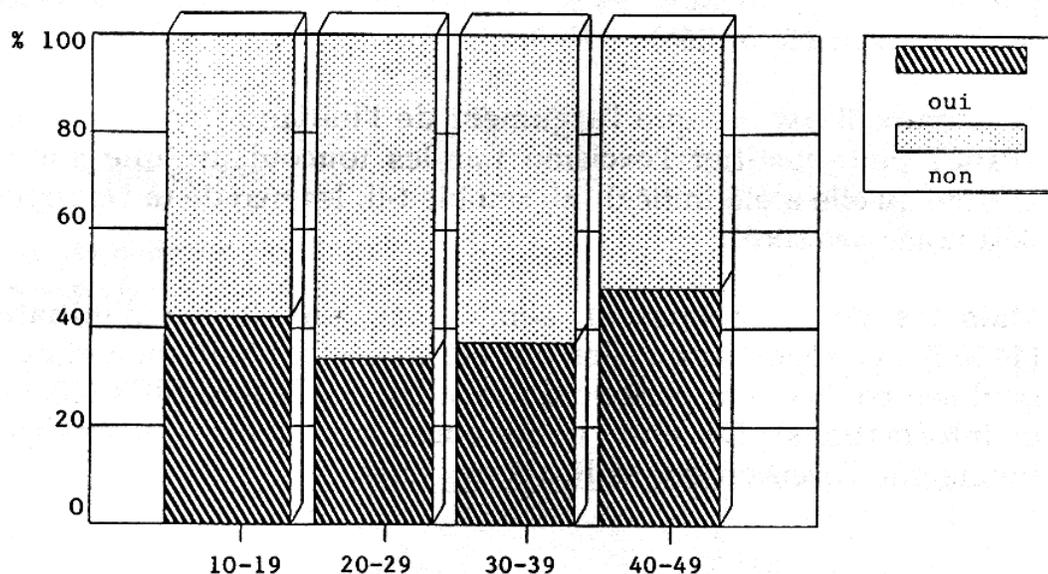
Mais les peul connaissent, semble-t-il, une forme d'initiation (44,82% ont répondu qu'elles ont été initiées). L'initiation chez les peul semble liée à la période du mariage des jeunes filles (conseils et informations). De plus, nombreuses sont celles qui ont mentionné que l'excision donne lieu à des fêtes.



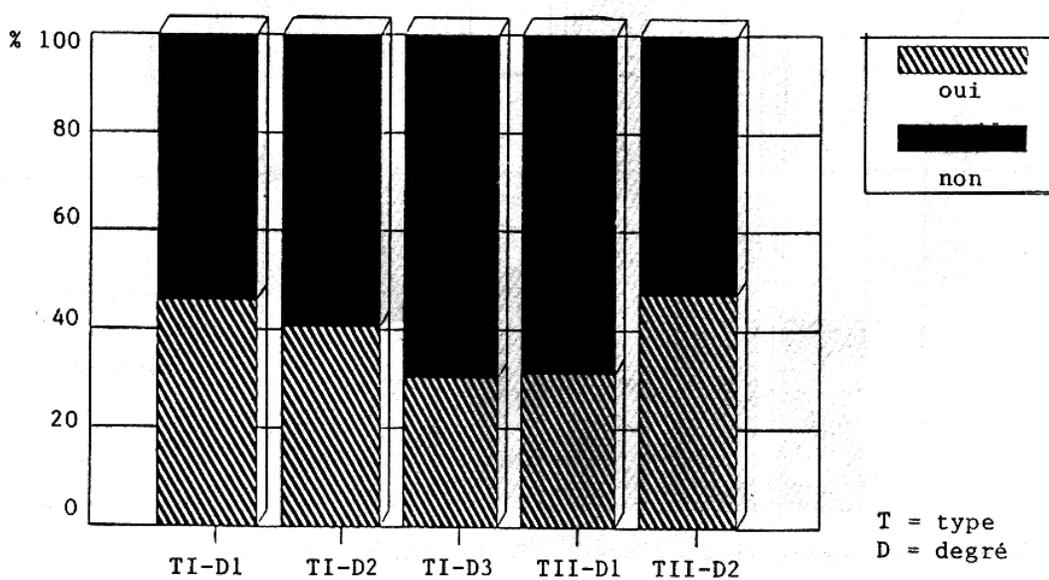
Graphique 24 - Initiation par ethnie

### Rétrospective de la pratique de l'initiation

Le *Graphique 25- Initiation par âge* dressé à partir du croisement des données obtenues pour les variables initiation et âge de l'enquêtée indique que, sur les 40 années antérieures à 1980, le taux de pratique de l'initiation semble être resté relativement stable, autour de 40% des cas d'excision.



Graphique 25 - Initiation selon l'âge



Graphique 26 - Initiation selon le type et degré

*Initiation et sévérité de l'excision*

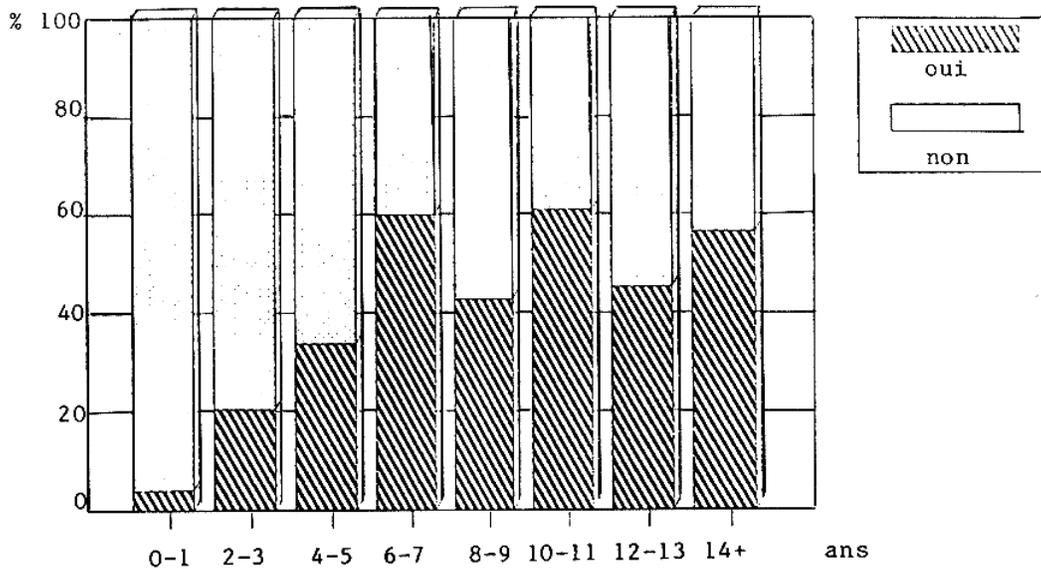
Tableau 15 - Initiation par type et degré d'excision

Initiation		Non	Oui	Total
T <sub>I</sub> -D <sub>1</sub>	N	32	27	59
	%	54,23%	45,76%	100%
T <sub>I</sub> -D <sub>2</sub>	N	25	17	42
	%	59,52%	40,47%	100%
T <sub>I</sub> -D <sub>3</sub>	N	79	34	113
	%	69,99%	30,08%	100%
T <sub>II</sub> -D <sub>1</sub>	N	60	27	87
	%	68,96%	31,03%	100%
T <sub>II</sub> -D <sub>2</sub>	N	9	8	17
	%	52,94%	47,05%	100%
T <sub>II</sub> -D <sub>3</sub>	N	1	1	2
	%	effectif faible		
Total	N	206	114	320
	%	64,37%	35,62%	100%

Le *Graphique 26 - Initiation selon le type et degré d'excision*, tiré de ce tableau, montre une relative stabilité de la distribution des degrés de sévérité de l'excision. Peut-être peut-on souligner que les types parmi les plus sévères de ceux rencontrés, les type I-degré 3 et type II-degré 1 sont ceux qui donnent le moins lieu à initiation, et noter que ce sont ces types qui prédominent dans les ethnies qui initient peu, comme les toucouleur.

*Initiation selon l'âge à l'excision*

Le *Graphique 27 - Initiation selon l'âge à l'excision*, montre une courbe régulière, d'ailleurs conforme à la logique, qui croît avec l'âge, jusqu'à se stabiliser, à partir des 6-7 ans, à un niveau moyen de 50%.



Graphique 27 - Initiation selon l'âge à l'excision

### *Lieu d'excision et initiation*

Nous avons déjà noté la multiplicité des référents des cadres de réponse possible, ce qui explique que la réponse "Forêt/brousse" n'aie obtenu que peu de suffrages (3,84%), alors que la réponse "Village" est très importante : 57,95% des femmes sénégalaises excisées disent qu'elles l'ont été au village (quand bien même l'excision aurait pu se faire en brousse proprement dite, mais concernant un groupe de villageoises).

Sur l'ensemble des femmes sénégalaises excisées, on relève que 39% déclarent ne pas avoir subi d'initiation ; 28% seulement affirment avoir été initiées (quelque soit le type de l'initiation). Une proportion importante, 32%, n'a pas répondu à la question, ce qui peut, au minimum, faire penser qu'elles n'ont pas subi d'initiation traditionnelle du type retraite en forêt dont on suppose qu'elle laisse des souvenirs.

Par contre, la proportion de celles qui ne savent pas où elles ont été excisées est relativement faible.

Tableau 16 : Initiation et lieu d'excision

Lieu		Maison	Forêt/Brousse	Village	Dakar/ville	NSP	Total
Initiées	N	7	13	150	36	7	213
	%	3,28%	6,10%	70,42%	10,90%	3,28%	100%
Non in.	N	58	11	192	32	4	297
	%	19,52%	3,70%	64,64%	10,77%	1,34%	100%
NSP	N	25	5	95	51	68	244
	%	10,24%	2,04%	38,93%	20,90%	27,86%	100%
Total	N	90	29	437	119	79	754
	%	11,93%	3,84%	57,95%	15,78%	10,47%	100%

NSP = ne sait pas

Parmi les 437 femmes excisées au village, 150 (soit 34,32%) ont été initiées, et 192 (soit 43,93%) ne l'ont pas été. Cela recoupe les résultats avancés par ethnie : ce sont les Diola qui sont à la fois le plus excisées et initiées, et au niveau du village, et cela dans une proportion de 60 % de l'effectif des Diola.

### Tentative de prospective : l'excision des filles

Cette dernière question posée aux femmes qui ont été excisées avait pour but de déterminer si, et dans quelle mesure, la pratique de l'excision se perpétuerait. Le libellé de la question était : "vos filles sont-elles, ou seront-elles, excisées, et où?", en reprenant les mêmes catégories de lieu que précédemment .

Une question aussi compacte ne peut bien sûr pas cerner tous les aspects de la réalité. Les enseignements que l'on pourra tirer des réponses qui auront été données ne pourront donc avoir qu'une portée indicative générale.

En effet, la réponse à cette question peut être soit l'affirmation d'une réalité, les filles ayant ou n'ayant pas été excisées, soit l'expression d'une probabilité, dans le cas où, par exemple, la répondante n'a pas encore eu de fille, ou n'a pas d'enfant. La question elle-même était trop grossière pour appréhender les cas où les comportements

familiaux ont été plus nuancés, pour différentes raisons : par exemple les cas où une seule ou quelques filles de la descendance à été excisée, mais où les autres ne le seront pas. Sans parler des nombreux cas où la mère potentielle ne peut pas répondre puisque souvent cette décision ne vient pas d'elle mais de sa propre mère ou de sa belle-mère.

Mais, cette question était suivie par une possibilité de commentaires ou observations, et il est apparu qu'un grand nombre des commentaires apportés dans cette ultime rubrique se réfèrent à la question immédiatement précédente, celle de l'excision des filles. Certaines explications avancées dans ce contexte pourront permettre d'affiner la perception des facteurs probables de la persistance ou de l'abandon de la pratique de l'excision.

#### *Excision des mères et excision des filles*

Il est surprenant de noter que 759 personnes ont répondu que leur fille est ou sera excisée, ce qui signifie que 5 personnes qui n'ont pas elles-mêmes été excisées feront exciser leur filles.

Il s'agit, nommément : d'une Bambara de 32 ans, non excisée, vue à Dakar ; d'une Peul de 23 ans, non excisée car sa grand-mère, qui était l'exciseuse, est décédée avant d'avoir pu pratiquer l'opération, mais ses filles seront excisées, en ville, précise-t-elle ; d'une Wolof de 34 ans, vue à Dakar, qui a fait exciser une seule de ses filles, au village, car, a-t-elle donné comme raison, son mari est Bambara ; d'une Sérère de 34 ans, vue à Gandiaye, qui fera exciser sa ou ses filles au village, pour la même raison (mari bambara) ; et enfin d'une Toucouleur de 25 ans, de mère wolof et de père toucouleur, non excisée, mais qui fera exciser sa/ses filles au village.

*Excision des filles par ethnie*

Tableau 17 - Excision des filles par ethnie\*

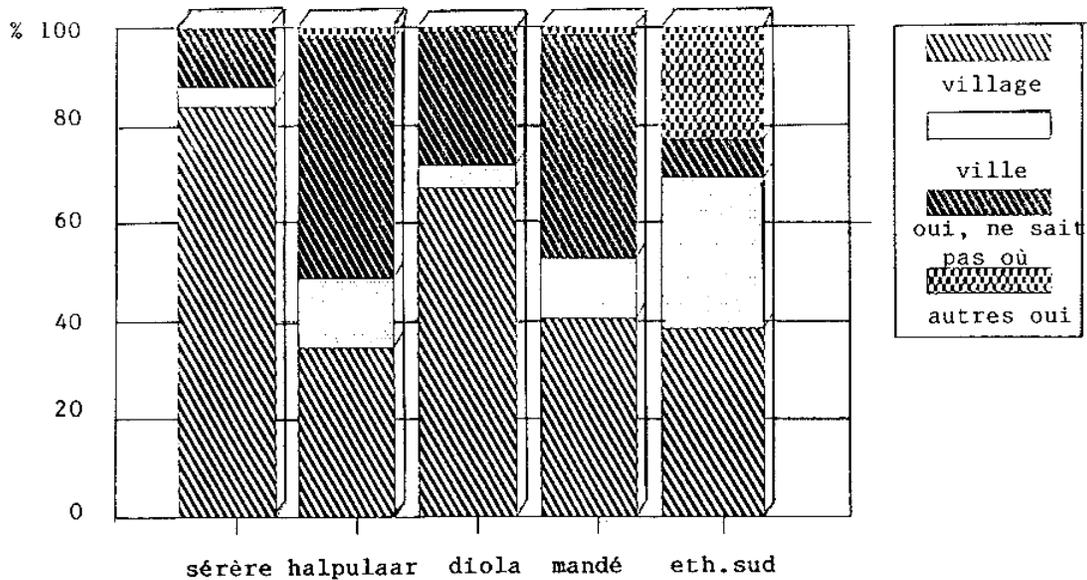
Exc. filles		Non	Oui	Village	Dkr/ville	Famille	Maison	Total
Sérère	N	6	25	21	1	3	0	31
	%	19,35%	80,65%	84%	4%	12%	-	100%
Halpulaar	N	49	179	62	25	88	4	228
	%	21,49%	78,51%	34,64%	13,97%	49,16%	2,23%	100%
Diola	N	26	109	73	5	30	1	135
	%	19,26%	80,74%	66,97%	4,59%	27,52%	0,92%	100%
Mandé	N	24	116	47	14	53	2	140
	%	17,14%	82,86%	40,52%	19,207%	45,69%	1,72%	100%
Eth.Sud	N	0	13	5	4	1	3	13
	%	-	100%	38,46%	30,77%	7,69%	23,08%	100%
Total	N	105	442	208	49	175	10	551
	%	19,05%	80,94%	47,05%	11,08%	39,59%	2,26%	100%

\* Les pourcentages sont calculés : Colonne Non et Oui sur colonne Total, et autres colonnes Oui sur Total des Oui.

La réponse "Non" est particulièrement importante en soi, car elle émane de personnes qui elles-mêmes ont été excisées. Elle représente donc une rupture de comportement qui toucherait près d'un cinquième des femmes excisées. Mais, en contrepartie, cela signifie que près de 4 sur 5 des femmes excisées ont une idée relativement précise du sort qui sera réservé à leur fille en matière d'excision.

La proportion générale des Non et Oui, par ethnie, est relativement stable (autour de 20% des réponses pour les non), dans chacune des ethnies (sauf les ethnies du Sud, mais leur effectif est trop faible pour être significatif). Le *Graphique 28 - Excision des filles par ethnie, répartition des "oui"*, (pour les filles dont il est déclaré qu'elles sont ou seront excisées) marque nettement des différences ethniques de comportement, tout en faisant apparaître

l'importance des réponses "sera excisée, mais ne sait pas où". On peut peut-être interpréter cette dernière réponse comme la manifestation d'une perte de la valeur éducative ou initiatrice de l'excision, pour ne laisser demeurer que la valeur de pratique coutumière.



Graphique 28 - Excision des filles par ethnie

Les plus attachés à la pratique villageoise sont les Sérère (84 % des réponses), mais sur un effectif restreint. Les Halpulaar et les Mandé sont plus incertains quand au lieu de l'excision de leur fille : près de 50% répondent que leur fille sera excisée, sans émettre d'idée sur le lieu où se fera l'opération (peut-être ce fait est-il à relier avec la pratique surtout familiale de l'excision dans ces ethnies). Les Diola ont un comportement intermédiaire : près des trois-quart semblent attachés à une pratique villageoise, et la quasi totalité des autres ne semblent pas fixés sur le lieu de l'excision de leur fille.

Les réponses "oui à Dakar" sont particulièrement intéressantes, en ce qu'elles signifient une rupture par rapport à une possible fonction initiatrice de l'excision. C'est sans doute ce qui explique

que la proportion en soit légèrement plus importante chez les Halpulaar et les Mandingue, l'importance de la proportion de cette réponse parmi les représentantes des ethnies du Sud étant peut-être due à la faiblesse de leur effectif.

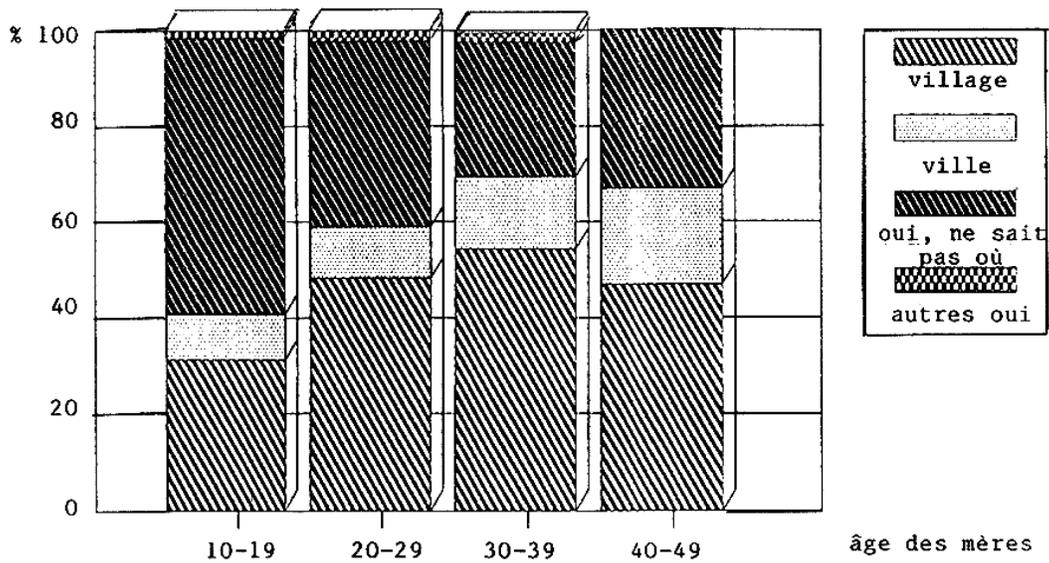
### *Age des mères et excision des filles*

Là encore, l'étude de la probabilité d'excision des filles selon l'âge de la mère au moment de l'enquête, n'a pas donné de résultat contrasté: dans chacune des tranches d'âge des mères, le taux d'attachement à la pratique de l'excision des filles s'établit autour de 80%. Mais le *Graphique 29 - Excision des filles selon l'âge des mères, répartition des "oui"*, donne des indications plus nuancées, pour celles dont les filles seront excisées.

**Tableau 18 - Excision des filles selon l'âge des mères, par lieu d'excision\***

Age mères		10-19	20-29	30-39	40-49	Total
Non	N	16	51	35	2	104
	%	20%	22,27%	21,60%	7,40%	20,88%
Total Oui	N	64	178	127	25	394
	%	80%	77,29%	78,39%	92,59%	79,11%
Oui Village	N	20	86	69	10	185
	%	31,25%	48,31%	54,33%	40%	46,95%
Oui Ville	N	6	19	19	5	49
	%	9,38%	10,67%	14,96%	20%	9,83%
Autres Oui	N	1	4	3	0	8
	%	1,56%	2,25%	1,83%	-	1,60%
Oui NSP où	N	37	69	36	10	152
	%	57,81%	38,76%	28,34%	40%	38,57%
Total Oui + Non	N	80	229	162	27	498

\* Les pourcentages sont calculés ainsi : réponses Non et Oui sur le Total, et réponses Oui, où sur le Total des Oui.



**Graphique 29 - Excision des filles selon l'âge des mères, répartition des "oui"**

On constate ainsi que, parmi les réponses "oui", la faveur du village est sensiblement moindre chez les plus jeunes et les plus âgées (mais, pour celles-là, il s'agit peut s'agir d'un biais d'échantillonnage dû au faible effectif de cette catégorie). Parallèlement, on note une incertitude nettement croissante quant au lieu d'excision des filles, chez les mères les plus jeunes.

Les autres réponses précises sur les lieux, ont été peu mentionnées, celle qui a obtenu le plus de suffrages dans cette catégorie étant la ville, surtout par les 20-40 ans.

Par contre, il est certainement important de remarquer que la réponse "ma fille sera excisée en milieu sanitaire" a remporté le minimum de suffrage (un seul). C'est dans ce fait que nous avons trouvé confirmation à la supposition précédemment avancée : même actuellement, le recours au milieu sanitaire pour les excisions est exceptionnel.

### Sévérité de l'excision des mères et excision des filles

En croisant les données obtenues sur le degré de sévérité de l'excision des mères avec les informations reçues sur la probabilité de l'excision de leurs filles, on se rend compte, comme le montre le *Graphique 30 - Excision des filles selon le type et degré d'excision des mères*, que toutes les femmes excisées sont, pour environ 80 % d'entre elles, attachées à la perpétuation de la pratique en ce qui concerne leurs filles.

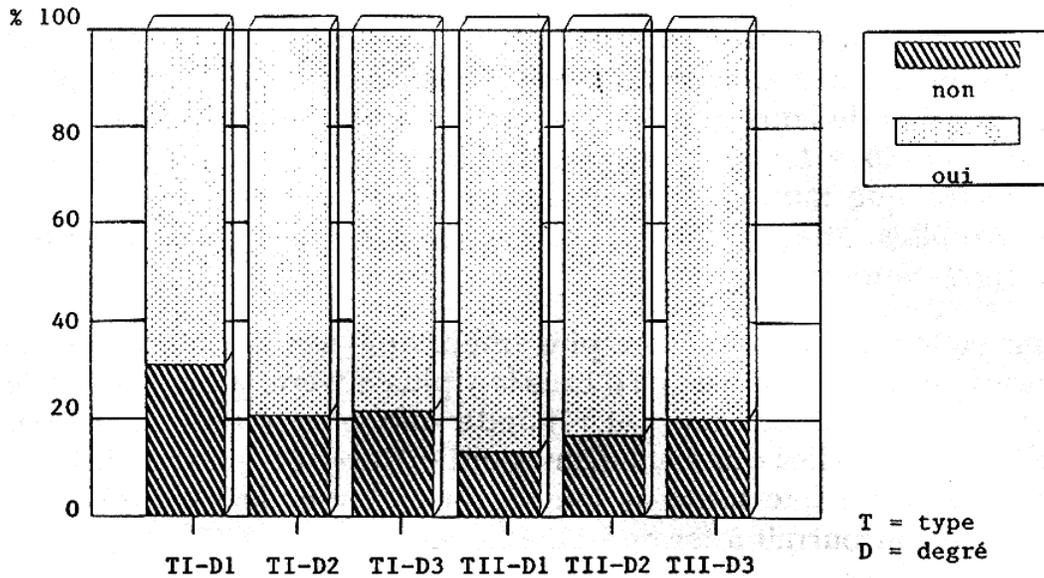
Mais cette relation est encore plus importante lorsque les mères ont elles-mêmes subi un degré d'excision plus sévère, alors que 75 % des femmes excisées qui ont répondu que leur fille ne serait pas excisée sont celles qui elles-mêmes ont été excisées en type I. Peut-on en déduire que toute action visant à limiter la sévérité de la pratique concourrait à terme à l'éradiquer ?

Tableau 19 - Degré d'excision des mères et excision des filles\*

Exc. filles		Non	Oui	Village	Dkr/ville	Autres	Oui	Total
T <sub>I</sub> -D <sub>1</sub>	N	19	42	20	8	14		61
	%	31,14%	68,85%	47,62%	19,05%	33,33%		100%
T <sub>I</sub> -D <sub>2</sub>	N	10	38	20	5	13		48
	%	20,83%	79,17%	52,63%	13,16%	34,21%		100%
T <sub>I</sub> -D <sub>3</sub>	N	26	94	43	7	44		120
	%	21,67%	78,33%	45,74%	7,45%	46,81%		100%
T <sub>II</sub> -D <sub>1</sub>	N	15	97	29	18	50		112
	%	13,39%	86,61%	29,90%	18,56%	51,55%		100%
T <sub>II</sub> -D <sub>2</sub>	N	3	15	3	2	10		18
	%	16,67%	83,33%	20%	13,33%	66,67%		100%
T <sub>II</sub> -D <sub>3</sub>	N	1	4	0	1	3		5
	%	20%	80%	-	25%	75%		100%
Total	N	74	290	115	41	134		364

\* Les pourcentages sont calculés ainsi: Non et Oui sur Total, et Village, Dakar/ville et Autres oui sur Oui.

T = type ; D = degré



Graphique 30 - Excision des filles selon le type et degré d'excision des mères

### *Lieu d'excision des mères et excision des filles*

Le croisement des données brutes, réparties entre les oui et les non montre que ce sont les femmes qui ont été excisées dans le cadre villageois qui sont le plus attachées à la pratique de l'excision pour leur fille : 86,02%. Celles qui ont elles-même subi l'excision dans d'autres cadres, notamment à la maison et en ville, ont un taux d'attachement légèrement moins fort à la perpétuation de la pratique : 67,60% et 70,83% d'entre elles, respectivement pensent que leur fille sera excisée (Voir *Graphique 31 - Excision des filles selon le lieu d'excision des mères*).

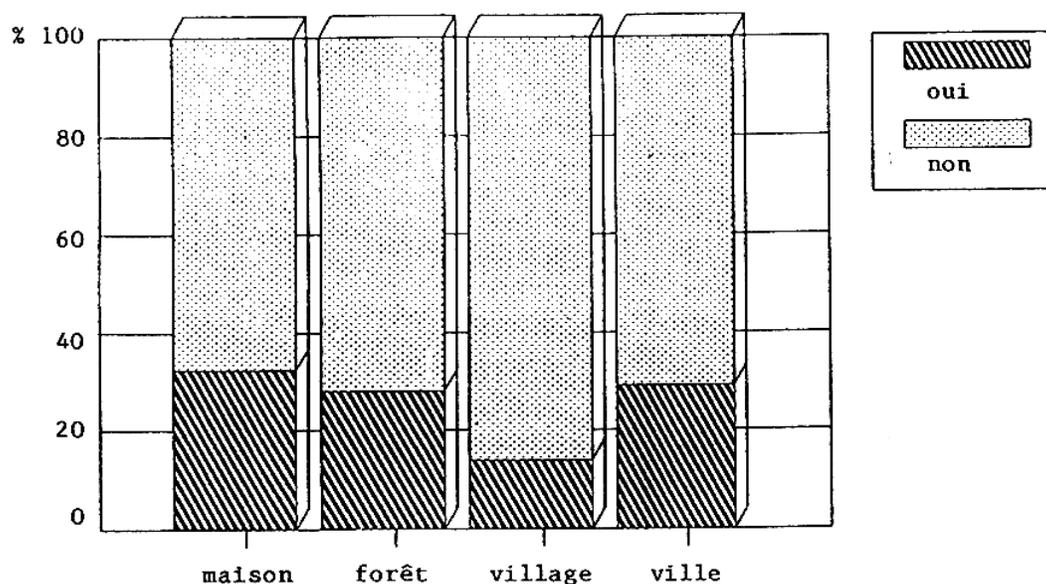
Le *Graphique 32 - Lieu d'excision des filles selon le lieu d'excision des mères, répartition des "oui"*, montre nettement que, parmi toutes les mères qui ont été excisées, c'est celles qui ont été excisées à la maison ou en ville qui auront le moins tendance à faire exciser leur filles (32,39% et 29,16% respectivement).

Parmi celles qui ont été excisées, et qui déclarent qu'elles feront exciser leur filles, 40,60% des mères déclarent ne pas savoir où se fera l'opération de leur fille.

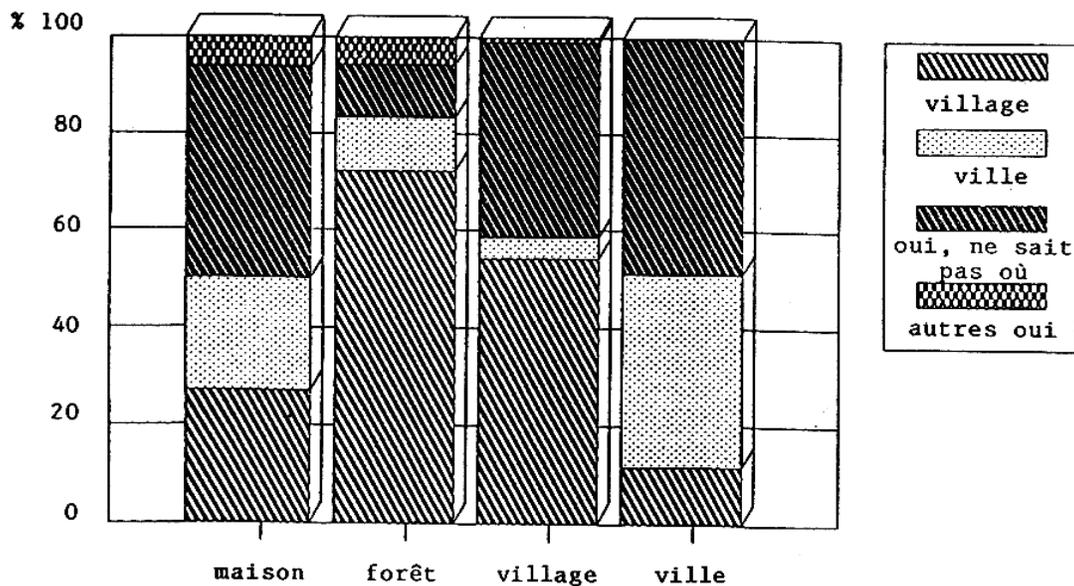
Tableau 12 - Lieu d'excision des mères et lieu d'excision des filles\*

Lieu filles		Non	Oui	NSP	Village	Dkr/ville	Autoui	Total
Maison	N	23	48	21	13	11	3	71
	%	32,39%	67,60%	43,75%	27,08%	22,91%	6,26%	100%
Forêt/ brousse	N	7	18	2	13	2	1	25
	%	28%	72%	11,11%	72,22%	11,11%	5,56%	100%
Village	N	51	314	127	170	14	3	365
	%	13,97%	86,02%	40,44%	54,14%	4,45%	0,97%	100%
Dakar/ ville	N	21	51	25	6	20	0	72
	%	29,16%	70,83%	49,01%	11,76%	39,21%	-	100%
Total	N	102	431	175	202	47	7	533
	%	19,13%	80,86%	40,60%	46,86%	10,90%	1,31%	100%

\* Les pourcentages sont calculés ainsi : Oui et Non sur Total, et : Oui-ne-sait-pas-où (NSP), Village, Dakar/ville et Autres Oui sur Total des Oui.



Graphique 31 - Excision des filles selon le lieu d'excision des mères - répartition des "oui" et "non"



**Graphique 32 - Excision des filles selon le lieu d'excision des mères - répartition des oui**

Par contre, celles qui ont été excisées en forêt ou en brousse (c'est-à-dire, pouvons-nous supposer, avec rite d'initiation), 72% savent que leur fille sera excisée, et dans le cadre du village. Peu d'entre elles (11,11%) disent que leur fille sera excisée en ville, et une proportion équivalente n'a pas d'idée pré-établie sur le lieu de l'excision de leurs filles.

Parmi celles qui ont été excisées au village, 54,14% feront exciser leur fille au village, mais 40,44% ne sont pas fixées sur le lieu d'excision de leur fille.

Cela montre peut-être que l'exode rural contribue au relâchement de la signification de la pratique. L'urbanisation est certainement un facteur de déclin de la pratique, car 70,83% des femmes excisées en ville disent qu'elles feront exciser leur fille : pour 39,21% d'entre elles, leur fille le sera en ville ou sur place, 49,01% n'étant pas fixées sur le sujet. Mais 11,76% seulement envisagent de renvoyer leur fille au village pour l'opération.

## Nuances et vécus

### *Les unions inter-ethniques : un facteur d'abandon probable ?*

La dernière colonne du questionnaire prévoyait une possibilité de commentaires ou d'observation, de la part de la personne qui effectuait les enquêtes. Les personnes étaient libre de consigner simplement leurs observations par rapport aux questions précédentes, ou de mener une certaine conversation avec les femmes enquêtées, sur le sujet de l'excision. On ne saurait donc tirer d'information statistique, à partir des 56 commentaires rapportés sur l'ensemble de l'enquête, mais on peut tirer certaines indications sur la nature des propos soulevés par la recherche, et leur fréquence.

Six des commentaires retracent une observation purement clinique de l'état d'excision : on relève deux cas d'excision symbolique (l'une des deux patientes a une cicatrice sur la cuisse, elle dit que lorsqu'on devait l'exciser, "on n'a rien trouvé à enlever", alors on lui a fait une blessure symbolique sur la cuisse, et elle se considère comme excisée) ; un cas d'une peul non excisée (dont la grand-mère, qui était l'exciseuse, est décédée avant d'avoir pu pratiquer l'opération sur sa petite-fille), et trois cas où l'opération d'excision a porté sur une seule ou les deux petites lèvres, laissant le clitoris intact.

Le but de la recherche n'était pas de rendre compte de l'opinion des femmes, ni du personnel sanitaire. Néanmoins on relève sept cas de prises de position contre l'excision, de la part de femmes excisées. Cela n'infère bien sûr en rien de l'opinion pour ou contre l'excision des autres femmes, excisées ou non.

Le corpus le plus important parmi les commentaires concerne un thème tout à fait particulier, qui met en relief un élément auquel on ne fait souvent pas référence en parlant de l'excision, et qui pourrait jouer un rôle non négligeable dans l'éradication de la pratique. Quarante des commentaires visent à expliquer pourquoi le schème d'excision de la fille sera différent d'une certaine norme, tous ces cas étant dûs à des unions inter-ethniques. La quasi totalité des femmes qui ont répondu dans ce cadre disent qu'elles se rangeront à l'avis du père de leur enfant pour déterminer si celle-ci devra être excisée ou non.

Dix-neuf mères, elles-même excisées, (Diola, sérère, toucouleur, bambara ou soninké) disent que leur fille ne sera pas excisée, pour la raison que le père de l'enfant est contre l'excision, les pères étant mentionnés comme étant sérère, wolof, et même peul.

Mais une union inter-ethnique peut aussi conduire une femme de tradition non-excisante à être excisée elle-même : c'est le cas notamment d'une Wolof, excisée à 18 ans, car, dit-elle, elle vit avec un Socé. Elle ne sait pas le sort qui sera réservé à sa fille, mais il est probable qu'elle se pliera aux traditions de sa belle-famille. Les cas de femmes non excisées qui subissent l'excision du fait d'une intégration à une belle-famille de tradition excisante sont pourtant rares. Mais plus nombreux sont les cas où ces mêmes mères laissent exciser leur fille pour se plier aux exigences de leur belle-famille, souvent de leur belle-mère : on a relevé 14 cas de ce type, les belles-familles étant diola, peul, malinké, bambara ou socé.

Une femme excisée, mariée avec un homme dont la tradition ne comporte pas l'excision, peut bien sûr faire exciser ses filles de son propre chef. Mais on peut penser que dans ce cas la pression sociale est moins forte pour que l'excision soit pratiquée (quoique cette pression vienne souvent, quand même, de sa propre mère) : on a relevé quelques cas de ce type.

Une union inter-ethnique n'est donc pas forcément garante de l'abandon de la pratique de l'excision. Mais force est de constater le poids de l'avis du mari dans ces cas précis. Il semble que la probabilité d'abandon de l'excision pour les filles se détache nettement en cas d'union inter-ethnique, si le père est lui-même de tradition non excisante. Or, au Sénégal, on a vu que cela représentait près de 80% de la population.

#### *Les exceptions aux normes : anecdotes ou indices ?*

A la suite des informations apportées par cette recherche, il semble possible de tracer un canevas de prédictabilité de l'excision féminine au Sénégal, qui tienne compte, principalement, de l'ethnie, de la religion et du lieu de résidence des femmes. Il n'en reste pas moins que l'on a vu se confirmer l'existence d'exceptions par rapport à ces normes.

Une étude plus rapprochée de ces exceptions peut faire apparaître certaines indications dont il pourrait être utile de tirer profit. Mais

il s'agit de manipuler avec prudence ces indices, car une interprétation erronée ou incomplète est toujours possible.

Parmi les Wolof, nous avons relevé onze cas de femmes excisées; trois dans la région du Cap-Vert, une à Touba et une à Tivaouane, et 6 dans la région précédemment définie comme la région de l'excision au Sénégal (Mbour, Ziguinchor, Kolda). Le sort réservé aux filles de ces femmes n'est pas uniforme : certaines disent que leur fille sera excisée, d'autres disent qu'elle ne le sera pas. Il n'en reste pas moins que la moitié des cas des wolof excisées concerne des wolof qui vivent dans des zones où l'excision est reconnue comme valeur sociale. On peut supposer qu'elles ont été excisées dans un but d'intégration sociale.

Parmi les 40 Sérère excisées de l'échantillon (ce qui ne représente que 4,26 % des sérère enquêtées), 23 ont été vues à Sokone (entre Kaolack et la Gambie, centre religieux islamique), et 8 ont été vues dans la zone "Sud-Est", où l'excision est pratiquée. Les cinq autres ont été vues dans le Cap-Vert.

Parmi les 95 Diola musulmanes non excisées, 30 ont été vues à Elana, sur la rive Nord de la Casamance. Il est étonnant de constater qu'à Affiniam, non loin de là, on n'a trouvé aucun cas de Diola musulmane non excisée. Un second tiers du contingent des Diola musulmanes non excisées (33 personnes) a été vu à Ziguinchor, ville, qui semble se trouver sur la ligne de délimitation de la pratique de l'excision en Basse Casamance.

Parmi les 68 mandé non excisées, la moitié a été vue soit à Ziguinchor (17 personnes) soit dans la région de Dakar (15 personnes). Là encore, on peut constater que l'urbanisation semble être un facteur d'abandon de l'excision.

## Conclusion

Malgré certaines imperfections de méthode, dont nous avons fait état, on a pu, à la lumière des informations apportées par cette recherche, dresser un premier tableau de la situation de l'excision au Sénégal.

Cette étude a procédé à l'observation directe du statut face à l'excision, de 4409 femmes, dont 4228 Sénégalaises, ces observations

ayant été effectuées par du personnel médical et paramédical. Il s'agissait non de recueillir des opinions ou des jugements de valeur sur la question de l'excision, mais des faits précis, dont le traitement statistique a permis de tracer un tableau de la situation de l'excision au Sénégal.

Celui-ci a fait apparaître le très net déséquilibre géographique de la répartition de la fréquence de l'excision dans le pays : une superficie couvrant entre les deux-tiers et les trois-quart du pays est concernée par l'excision, mais il s'agit des zones les moins peuplées du territoire. La comparaison entre la carte des éco-cultures de l'excision (page 30) et la carte des densités de population (page 15) le montre de façon nette.

Ce déséquilibre géographique recoupe un net déséquilibre ethno-démographique : 80% de la population sénégalaise, si l'on en croit les résultats de la recherche, ne seraient pas concernés par l'excision, et en premier lieu, les wolof et les sérère (soit 58% de la population), ainsi que les Diola n'ayant pas connu l'influence mandingue, et les ethnies du sud dans la même situation. Si 20% de la population sénégalaise appartient à un milieu qui pratique l'excision, cela revient à dire, si l'on accepte l'approximation d'un sex-ratio paritaire dans ces ethnies, que les femmes et fillettes directement concernées par l'excision au Sénégal sont au nombre de 700 000 (la moitié de 20% des 7 millions d'habitants du Sénégal en 1990).

Les terroirs de l'excision au Sénégal recouvrent les zones halpulaar, mandé, et les zones d'influence mandingue en pays Diola et tenda. L'excision existe de façon larvée en zone urbaine, à un taux probable de 20 à 30% ; dans les zones urbaines, ces taux s'expliquent sans doute par l'exode rural.

L'excision est directement liée à la religion musulmane, mais c'est une minorité (20%) des musulmans du Sénégal (95% de la population du pays selon le recensement de 1990) qui pratiquent l'excision. Dans les cas où l'excision est réinterprétée dans des rites ethno-traditionnels (pays Diola et tenda), elle est pratiquée dans les zones d'influence mandingue.

L'âge moyen à l'excision, au Sénégal, est de 6 ans, avec de fortes disparités de comportement selon les ethnies : dans les trois

premières années chez les toucouleur et les soninké, entre 2 et 7 ans dans la majorité des cas chez les peul, entre 4 et 11 ans chez les Diola, entre 4 et 9 ans chez les Socé.

Les formes les plus sévères d'excision (nymphectomie large et infibulation) sont peu ou pas pratiquées. Le type I (clitoridectomie) concerne 65,45% des cas d'excision (dont 47,23% en clitoridectomie complète). Le type II (clitoridectomie et nymphectomie) concerne 14,48% des cas, parmi lesquels 76,54% des cas ne portent que sur une clitoridectomie accompagnée de la résection des petites lèvres seulement. Parmi les formes pratiquées, les plus sévères sont le fait des halpulaar, les moins drastiques sont le fait des Diola. Une étude rétrospective fait apparaître que les formes les plus douces tendent, très légèrement, à se répandre au détriment des formes plus sévères.

La quasi-totalité des opérations est pratiquée par une femme, de manière traditionnelle.

L'excision, au Sénégal, est avant tout un phénomène villageois : 64,79% des cas d'excision ont pour référent explicite le village. Mais 17,58% des cas d'excision observés ont été pratiqués en ville : en milieu urbain, l'excision est une réalité latente.

80% des excisions se pratiquent sur plus d'une fillette à la fois, et cela pour moitié dans le cadre collectif villageois (en particulier chez les Diola) et pour moitié dans le cadre familial élargi (toutes les ethnies qui excisent). A contrario, une excision sur cinq se pratique individuellement (surtout chez les Toucouleur).

L'excision se double d'une initiation dans 58,01% des cas, et plutôt chez les Diola (57,97% des cas) et les sérère qui excisent (66,66% des cas), ainsi que dans les ethnies du sud, mais très peu chez les Toucouleur (11,01%) La pratique de l'initiation est nettement corrélée avec l'âge à l'excision (à partir de 5 années d'âge).

Une tentative de prospective a permis d'établir le taux probable d'abandon de la pratique de l'excision sur la génération postérieure (les filles des enquêtées) à 20%, uniformément dans toutes les ethnies qui excisent. Mais il est aussi apparu que celles qui sont plus susceptibles d'abandonner l'excision pour leurs filles, sont les mères les plus jeunes, qui ont été excisées en ville, ou à la maison, sans

initiation, et de manière moins sévère. Celles qui ont subi une excision plus conforme à la tradition stricte demeurent plus attachées à la perpétuation de la tradition sur leurs filles.

L'enquête a permis de faire apparaître, sans pouvoir le chiffrer, le poids de l'avis des pères sur la décision de l'excision des enfants, ce qui devrait aussi influencer de manière positive sur une résorption à terme du taux d'excision, et en particulier en cas d'union inter-ethnique.

Au total, les critères de prédictabilité premiers de l'excision pour une femme sénégalaise sont l'ethnie, la religion et le lieu de résidence.

Il ressort de ce panorama que la situation de l'excision au Sénégal est marquée par un déséquilibre très accentué aux plans géographique et ethno-démographique, mais que, à l'échelle nationale, l'excision est très loin d'être une pratique majoritaire, au contraire de ce que certaines sources antérieures pouvaient laisser croire. Pour autant, la situation de l'excision n'en constitue pas moins, et sans nul doute, un problème réel au Sénégal, dans des contextes bien déterminés, par la géographie et la culture, et même si les formes pratiquées ne sont pas drastiques.

La recherche fait apparaître une double dimension de l'excision, dans le contexte du Sénégal. D'une part, le fait le plus apparent est la dominante villageoise massive du phénomène, qui se rattache sans nul doute à une composante culturelle vivace. D'autre part, et en contrepoint, c'est aussi une pratique urbaine larvée, liée à l'exode rural et à l'urbanisation, qui peut s'analyser en termes de survivance mimétique, traduisant un attachement certain aux valeurs culturelles d'origine - attachement qui a toutefois perdu beaucoup de sa signification symbolique. Cette rémanence culturelle en milieu urbain n'est peut-être qu'un phénomène transitoire, car c'est dans ces zones que la probabilité d'abandon de l'excision est le plus élevé.

Ce tableau reflète-t-il la réalité, de manière suffisamment fidèle ? Entre les tenants, d'une part, de l'opinion "l'excision est un phénomène de survivance au Sénégal, cela ne constitue pas un problème réel", souvent avancée, et au Sénégal même, par ceux qui ne sont pas directement confrontés à ce phénomène, et qui constituent 80%

de la population, et, d'autre part, ceux qui avancent que, dans 26 pays d'Afrique, les mutilations sexuelles sont un problème majeur, la perspective restituée par cette recherche semblerait faire la part des choses entre deux extrêmes. Elle voudrait en tout cas apporter une contribution culturelle et sociale sur la pratique de l'excision au Sénégal, la réintégrer comme un des éléments d'une perception d'ensemble, à partir de laquelle il est possible de concevoir des stratégies d'action.

Ce tableau est cependant encore rudimentaire. Il pourrait être affiné par des études complémentaires qui contribueraient à nuancer encore l'appréhension du phénomène.

On pourrait le compléter par d'autres données : par exemple, on pourrait se pencher sur la relation qu'il peut y avoir entre excision et niveau d'instruction (cette recherche concernerait peut-être plutôt les villes ; on pourrait en utiliser les résultats pour affiner une stratégie d'action en milieu urbain, où l'on a vu que l'excision existe de façon endémique). On pourrait s'interroger aussi sur les niveaux de compréhension linguistique des personnes impliquées dans le phénomène de l'excision, pour déterminer dans quelle mesure il y a lieu de produire du matériel didactique ou de réaliser des opérations d'information dans certaines langues et non dans d'autres.

Il serait intéressant aussi de travailler sur l'"intelligentsia" des sociétés concernées par l'excision, et notamment de déterminer quel est le taux de conservation et d'abandon de la pratique, les raisons qui ont pu mener à l'abandon de l'excision, les stratégies adoptées pour résoudre certains conflits familiaux ou sociaux qui auraient pu se produire au moment de la manifestation de la décision de renoncer à l'excision pour les enfants.

Il serait aussi intéressant de repérer, dans ces mêmes cas, et, en général, dans les ethnies pratiquant l'excision, des cas vécus d'abandon ou de tentative d'abandon de l'excision : les pressions familiales et sociales qui ont pu s'exercer, les acteurs en présence, les avis de chacun, ses stratégies, quelle a été la décision finale, et qui l'a emporté, dans quel contexte, le poids de l'avis des hommes, et notamment des pères (dont on a éprouvé que les femmes disent souvent se ranger à leurs avis, notamment sur cette question).

Beaucoup de pères de fillettes menacées d'excision prennent en privé parti contre l'excision. Mais nombreux sont ceux qui considèrent que "c'est une affaire de femmes", et laissent la direction des opérations à leur propre mère. Certains mènent cependant une action contre l'excision. L'étude des processus de gestion de ces conflits serait certainement riche d'enseignement pour formuler une stratégie d'action ponctuelle.

Car, nous l'avons signalé, le produit le plus intéressant de cette recherche, au-delà des informations factuelles qu'elle a apporté, a été de déclencher, à ENDA même, et avec des organisations partenaires, des réflexions et des propositions d'action selon une méthodologie raisonnée, appuyée par une meilleure connaissance du terrain. Diversifier l'action selon les milieux éco-culturels en constitue le premier élément. S'adresser aux différents acteurs sociaux directement concernés s'est révélé être une méthode riche de possibilités. On est ainsi passé, naturellement, du stade de la recherche à celui de l'action.

Il n'en reste pas moins que l'excision, au Sénégal, est un épiphénomène constitutif du social; à ce titre, elle s'insère, notamment, dans des rapports multiples de pouvoirs. L'action doit alors aussi permettre d'identifier les facteurs de résistance et les motifs de cette résistance, pour éviter de mener certaines démarches qui pourraient conduire à des impasses : la connaissance approfondie de milieu est indispensable, et exige de faire appel à la coopération de personnes-relais provenant des milieux en question, et bien placées pour pouvoir en parler et leur parler, tout en étant suffisamment diverses pour représenter les différentes forces en actions dans ces sociétés. C'est avec leur concours seulement que l'on pourra aborder la question de l'excision sans que cela soit perçu comme une tentative brouillonne de déstabiliser un ordre social vivant.

Il est de première importance de parler de l'excision, sur la place publique, de faire passer ce sujet du secteur domestique privé au plan public, pour que tous les acteurs directement concernés fassent entendre leur voix sur la question, et dans leur langue : les femmes, bien sûr, et les fillettes, mais aussi les jeunes, les pères, les mères, les exciseuses, les chefs religieux, les associations de village, les associations de développement, les agents de santé locaux (et ceux originaires des villages), les matrones et les membres du personnel

de santé, les ressortissants des villages qui ont réussi sans se couper de leurs racines, etc.

Il importe aussi de déterminer dans quel contexte en parler. L'ensemble des actions menées contre l'excision en Afrique semble s'accorder sur le fait qu'il est inutile et souvent très hasardeux d'aborder la question sous l'angle de la sexualité féminine, quand bien même les tenants de théories féministes pourraient le déplorer.

La stratégie la plus utilisée, bien, qu'au fond, elle ne couvre pas l'ensemble des problèmes soulevés par l'excision, est de se placer sur le plan de la santé de la mère et de l'enfant. Elle doit être alors précédée d'une sensibilisation aux questions de la reproduction et de la maternité sans risque, notamment dans la phase péri-natale.

On a pu noter que d'aborder l'excision sous l'angle des décès d'enfants (par exemple en milieu toucouleur) permettait à l'ensemble des acteurs du village de pouvoir en parler en assemblée publique, alors que les questions connexes (difficultés d'accouchement, vécu sexuel des couples) ne pouvaient pas faire objet de prise de parole en assemblée mixte d'hommes et de femmes.

Un des principaux points de préoccupation, aussi, dans les zones où l'excision est pratiquée du fait qu'elle est considérée comme une obligation religieuse, est de connaître l'avis des marabouts sur ce point. Or ces avis ne sont pas tous forcément ultra-conservateurs, et surprennent, parfois grandement, les villageois.

Cependant, s'il est important de parler de l'excision, au ras du sol et dans les zones où elle constitue réellement un problème, il ne faut pas perdre de vue le fait que, au Sénégal, le tableau de l'excision se peint sous des couleurs beaucoup moins impressionnantes que dans d'autres zones de l'Afrique (voir Annexe 1). L'excision concerne beaucoup moins de personnes, et elle se pratique sous des formes moins spectaculaires. De ce fait, vouloir utiliser, pour le cas du Sénégal, les mêmes arguments que ceux utilisés dans d'autres zones cruellement touchées par l'excision, et dans des termes aussi dramatiques, risque bien, nous l'avons constaté à maintes reprises dans la phase de recherche, soit de ne soulever que des réactions de minimisation du problème, de la part du grand public, soit de ne contribuer qu'à animer des débats dans des assemblées de per-

sonnes de toutes façon déjà convaincues du danger de la pratique. Dans ce contexte, le thème de l'excision est récupéré dans des stratégies de pouvoir.

Il n'en reste pas moins qu'au Sénégal, l'excision demeure un problème de santé publique, puisque, si l'on s'en tient aux résultats de notre étude, elle concernerait directement 700 000 femmes et fillettes au Sénégal (20% de la population féminine du pays), dans des régions bien déterminées. A ce titre, les différents acteurs concernés par le problème devraient pouvoir définir des stratégies d'analyse, et, éventuellement d'action, en conformité avec la valeur qu'ils entendent réserver à la pratique.

## **Annexes**

**I - Données-flash sur l'excision en Afrique**

**II - Témoignages d'excision**

**III - Bibliographie annotée**

**IV - Liste des tableaux, graphiques, cartes, schéma et encart**

**V - Spécimen de la feuille d'enquête et de la notice d'accompagnement**

## **Annexe I - Données-flash sur l'excision en Afrique**

*Ces notes par pays rassemblent les divers éléments chiffrés tirés du dépouillement des ouvrages cités en bibliographie, notamment les trois livres produits par le Comité Inter-Africain et le bulletin WIN News. Elles ne présentent pas un tableau complet ni homogène du problème de l'excision-infibulation en Afrique, et les chiffres sont basés sur des études de cas parfois ponctuelles. Cependant, leur mise en perspective permet d'avoir une première idée de la diversité de la pratique d'un pays à l'autre, et de réfléchir sur les informations présentées, et leurs multiples significations.*

### **Bénin**

L'excision se pratique dans deux provinces du Nord, type II, degré I.

### **Burkina Faso**

L'excision est légalement interdite.

Elle est pratiquée par la presque totalité des 40 ethnies du pays, entre 10 et 12 ans d'âge, type II degré I et type I degré II.

### **Cameroun**

L'excision est pratiquée dans certaines régions du Nord.

### **Centrafrique**

8 à 10 des 45 ethnies du pays excisent.

### **Côte d'Ivoire**

L'excision se pratique dans deux ethnies qui représentent la moitié de la population : les Dioula et les Guéré. L'excision est illégale, mais la loi n'est pas appliquée.

### **Djibouti**

L'infibulation est pratiquée à 99%, entre 6 et 11 ans d'âge (entre 7 et 8 ans en moyenne).

La population d'origine yéménite excise à 7 jours et infibule avant le 40ème jour de l'enfant.

L'opération se fait toujours de manière individuelle, parfois sur deux sœurs.

### **Egypte**

32% des familles qui excisent le font par respect de la tradition et de la coutume.

L'excision simple (types I et II) se pratique partout. L'infibulation (type III) se pratique dans le Sud.

33% des élèves infirmières ont l'intention de faire exciser leur fille.

50% des femmes excisées n'ont jamais connu d'orgasme de leur vie.

Le taux de divorce chez les excisées est de 6% ; il est de 1 % chez les non-excisées.

70% des femmes sont excisées (54% chez les plus jeunes), entre 5 et 7 ans d'âge, ou entre 8 et 10 ans, ou 11 et 13 ans, selon les études. 57% le sont de manière traditionnelle, 36 % sont excisées par des agents de santé. 60% sont infibulées, 40% excisées "sunna" (type I). D'autres études disent que le taux d'excision s'élève à 80 à 90%.

25% des cas d'excision ont des conséquences déclarées.

82,8% des femmes disent désirer abroger la pratique.

90% des excisées parmi un échantillon de 135 infirmières ont répondu qu'elles appréciaient les rapport sexuels.

Une loi interdisant les mutilations sexuelles (sauf le "sunna", type I) a été votée en 1959, et réitérée en 1978. Elle n'est pas appliquée.

### **Ethiopie**

L'excision est pratiquée à 85% (sauf en zone Gojam, dans la secte chrétienne Khebat).

80% des femmes disent approuver la perpétuation de l'excision, quelqu'en soit le type. Les femmes les plus jeunes et les plus éduquées préfèrent la "sunna", ou sont contre l'excision. 87% des hommes approuvent l'opération, mais 16% seulement préfèrent l'infibulation. Les pères ne se sentent pas en situation de responsabilité sur ce sujet vis-à-vis de leurs filles.

75% des personnes enquêtées sont pour le maintien de l'excision-infibulation.

La pratique est liée au problème de la dot.

L'infibulation se pratique chez les Somali, les Danakil (à 3 ans) les Hararu, les Galla, et en Erythrée (type II, parfois III), les Amarha (avant le 40ème jour de l'enfant).

Chrétiens, musulmans, juifs et animistes pratiquent tous une forme ou une autre de mutilation sexuelle féminine.

### **Gambie**

80% des femmes sont excisées, dont 8 % sont infibulées.

### **Ghana**

90% des femmes sont excisées dans les régions rurales du Nord.

L'excision est pratiquée à la puberté chez les Mankare et les Kasena, à 8 jours, ou vers 6 ans pour les autres.

Les Mamnako, les Talense, les Dagbavandaba et les Mamprusi n'excisent pas.

### **Guinée**

L'excision est pratiquée à tous les âges, par des femmes, de manière traditionnelle, type II.

L'existence de l'infibulation est avérée, pratiquée par groupe, avec initiation.

**Guinée Bissau**

L'excision est pratiquée chez les Fula et les Mandingue, à un taux de 95%, type II. Les ethnies du littoral n'excisent pas.

**Kénya**

La pratique est en baisse. 60% des femmes sont excisées, types II et III, entre 7 et 10 ans.

L'excision est pratiquée par les Kikuyu (20% de la population), les Kuria, les Masaï, les Suk, les Nandi, les Kipsigi, les Kamba, les Kalenjins.

Les Luo ne pratiquent pas l'excision, ils représentent 14% de la population.

En 1972, sur un échantillon de 355 filles, 41% sont excisées, dont 2/3 des catholiques, des affiliées à l'Armée du Salut, des tenants des religions traditionnelles, et 1/4 des presbytériennes et anglicanes.

Les zones les plus urbanisées excisent moins.

Les zones où l'interdiction est plus forte excisent moins (interdictions locales émanant de groupes religieux protestants).

**Libéria**

Seules 3 ethnies ne pratiquent pas l'excision.

50 à 70 % des femmes sont excisées, entre 5 et 8 ans, type II - degré 1, avec initiation.

**Mali**

Les exciseuses sont des représentantes de la caste des forgerons.

Les Bobo, les Maures et les Sonraï n'excisent pas.

La majorité des femmes est excisée. 95 % des femmes de Bamako sont excisées ; une minorité est infibulée, chez les Bambara (tendance à la diminution des infibulations). L'infibulation se fait par cicatrisation et non par suture.

A Bamako, 30 % des filles sont excisées avant l'âge d'un an.

**Mauritanie**

Sur un échantillon de 153 femmes de Nouackchott, 65% d'entre elles étaient excisées : des Maures, des Toucouleur, des Soninké, quelques Wolof ; type II degré I.

93 cas sur 104 n'ont pas connu de complications.

L'excision est pratiquée après le baptême ou à un âge avancé (Soninké).

**Niger**

L'excision est pratiquée par une seule ethnie minoritaire.

**Nigéria**

L'excision est pratiquée à tous les âges, dans 13 des 21 états fédérés, et sur 90% des femmes dans les états de Ondo, Oyo, Kware, Bendel, Imo et Cross River.

Selon les états, 15 à 100% des femmes sont excisées, entre le 8ème jour et la puberté, ou l'accouchement.

A Ibadan, 70% des femmes sont excisées, et 50% d'entre elles disent qu'elles exciseront leurs filles.

Les excisions sont pratiquées par des hommes ou des femmes, mais toujours de manière traditionnelle.

Selon une autre étude, portant sur 8 états : 90 % des filles sont excisées.

Au total, dit une autre étude, 50 à 100 % des femmes sont excisées, 15 % sont infibulées.

Les Igbo sont excisées à 97 %.

Les Ibo pratiquent l'excision, les Hausa pratiquent excision et infibulation, les Yoruba excisent à la naissance.

### Ouganda

Pas d'informations recueillies.

### Sénégal

Le taux d'excision global s'élève à 20 % de la population.

Wolof et Sérère n'excisent pas, ils représentent 68 % de la population.

Toute la partie Est et Sud du pays (sauf la zone Sud de Basse Casamance) excise à des taux allant de 60 % (Basse Casamance Nord, type I degré I en majorité) à 80 à 100 % (Peul, Toucouleur, Mandé ; type I degré III et type II degré I).

En milieu urbain, on trouve des taux d'excision de 20% (exode rural).

Les femmes plus jeunes, excisées à la maison, de façon plus légère, et sans avoir été initiées sont celles qui semble avoir le plus tendance à abandonner la pratique de l'excision sur leurs filles. Le taux d'abandon global se situe autour de 20% des femmes qui ont été excisées.

1985 : enquête sur 300 lycéennes de Dakar (13-17 ans) : non-réponse : 68 ; non excisées : 200 ; excisées : 27 ; infibulées : 5. 43 déclarent savoir si certaines de leurs amies sont excisées ; 70 disent ne pas aborder ce sujet avec leurs amies. Sur 27 excisions : méthodes : 2 par gynécologue, 4 par sage-femme, 21 par grand-mère, vieille femme ou tante paternelle. 21 des jeunes filles n'ont pas été averties avant l'opération, 6 l'ont été. 25 considèrent l'excision comme un phénomène normal, 2 comme une mauvaise pratique. Sur les 300 élèves, à la question "pensez-vous exciser vos enfants ?", 244 répondent non, 22 pensent qu'elles ne pourront pas se marier si elles refusent l'excision, 12 pensent que c'est la coutume, donc c'est normal, 62 pensent que cela dépendra du mari. L'étude signale que nombre de filles ont refusé de répondre ou ont répondu par la négation, du fait que les mutilations sexuelles constituent un sujet tabou. Les témoignages présentés in fine sont de grand intérêt.

### Sierra Leone

L'excision est pratiquée par 17 des 18 ethnies, dont les Temne, qui représentent 30% de la population, les Mende, qui forment 30 % de la population, les Loko, les Limba,

les Kono, les Kuranko, les Soussou, les Fulani, les Mandingue, les Veis et les Gallinas.

Seuls les Krios, à Freetown, ne pratiquent pas l'excision. Ils représentent 2% de la population.

L'excision est pratiquée dans le cadre de sociétés secrètes de femmes, avec initiation : elle concerne 95% des femmes, et intervient aux âges de 12 à 15 ans.

Sur un échantillon de 350 cas d'excision, on trouve 26,5% de cas de "sunna" (type I degré I), 72% d'excisions simples, 1% d'infibulations, soit, au total 82,7 cas d'excisions.

Sur 100 cas d'enfants excisées, on relève 12% de problèmes médicaux liés à l'excision, 1 décès, 10 hémorragies sévères, 5 infections due au tétanos. 17 cas ont été sans conséquences médicales directes cliniquement observables. Au total, 87% des enfants ont connu des problèmes médicaux, sont 40 à 50% ont été pris en charge par le budget national de la santé.

25 à 30% des femmes d'un centre de planning familial connaissent des problèmes de santé dûs à l'excision.

95% des femmes du Nord sont un travail d'accouchement difficile (contre 5% en cas de non excision).

### Somalie

Excision et infibulation sont pratiquées à 99%. Les infibulations représentent 80% des cas.

Seuls les Hamar excisent sans infibuler.

Les opérations interviennent après 7 ans, entre 8 et 14 ans, entre 4 et 8 ans, selon les études.

### Soudan

90% des femmes sont excisées. Le type III (infibulation) représente 84 % des cas, le type II 4 % des cas, le type I (sunna) 1% des cas.

Les types II et III ont été déclarés illégaux depuis 1946.

En 1960, le type III (infibulation) était six fois plus répandu que le type II. En 1970, on relève 3 cas de type II pour deux cas de type III.

10% des sages-femmes sont en faveur de l'excision.

Sur un échantillon de 190 étudiantes, 152 disent qu'elles ne feront pas exciser leur fille, et toutes pensent que leurs petites-filles ne seront pas excisées.

L'ethnie Falata n'excise pas, elle représente 4% de la population.

81% des maris approuvent l'excision.

25 à 35 % de tous les cas de stérilité sont dûs aux complications résultant de l'infibulation.

1981 : sur un échantillon de 3210 femmes et 1545 hommes : 82% de femmes infibulées, la moitié sont réinfibulées après les accouchements, 12% sont partiellement infibulées et 1,2 % ne sont pas excisées.

80% des maris sont d'accord pour la réinfibulation de leur femme après les accouchements.

60% des opérations sont faites par les matrones traditionnelles, 34% par les sages-femmes d'état, le reste par des infirmières ou d'autres personnes.

#### Tanzanie

L'excision se pratique dans 5 régions sur 25, dans 20 des 130 groupes ethniques du pays continental.

#### Tchad

50% de la population pratique l'excision.

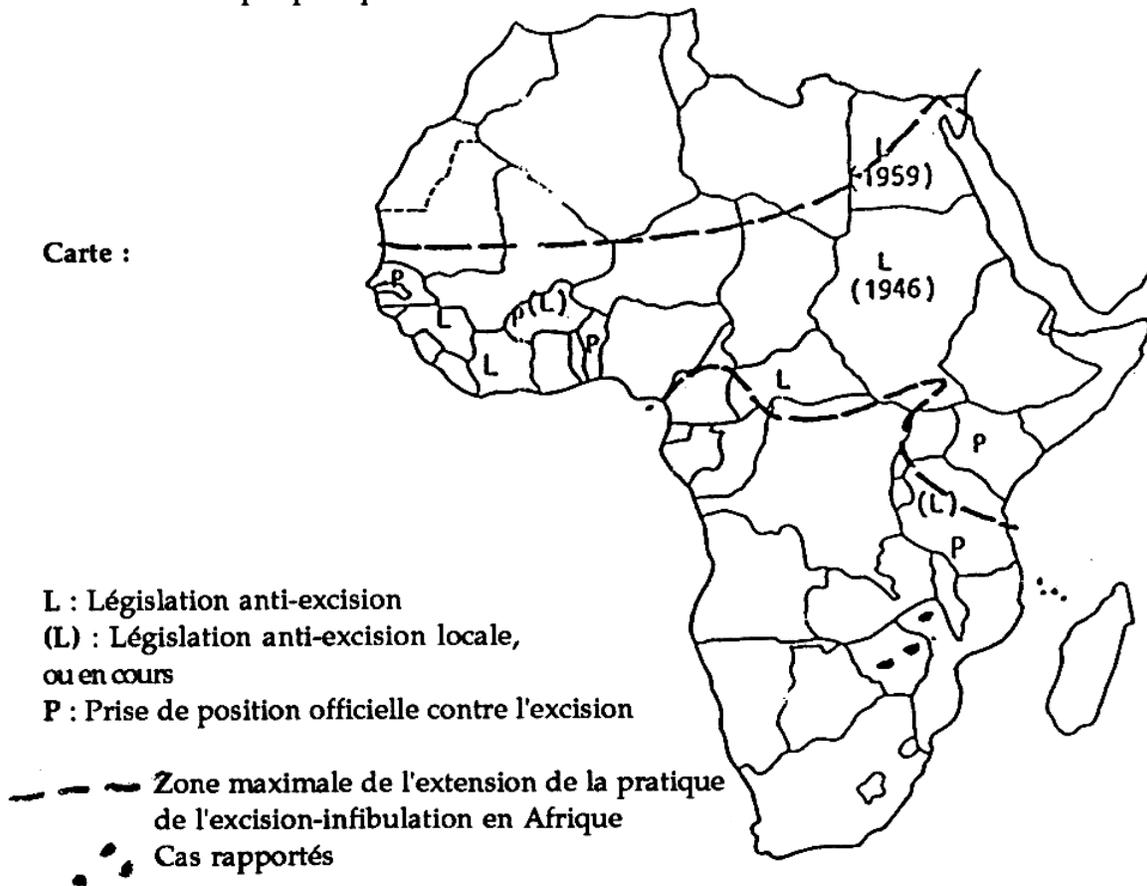
#### Togo

Pas d'informations recueillies.

En France, 12 500 femmes et fillettes sont excisées (type II), malgré l'interdiction légale de l'excision. L'excision est aussi illégale en Grande Bretagne.

Un cinquième des six cents millions des musulmans du monde pratique l'excision. L'excision n'est pas pratiquée en Arabie Saoudite.

Carte :



## Annexe II : Témoignages d'excision

Récits recueillis dans la région de Dakar (Dakar et Pikine) en fin d'année 1989, par Halimata SY

*(Les entretiens ont porté sur les aspects suivants : raisons données à la pratique et jugements de valeur, souvenirs personnels et description des rites du milieu, soins aux excisées, coût de l'opération)*

**Une femme toucouleur** dit que, chez elle, une fille consulte trois fois l'exciseuse dans sa vie :

- toute petite, quand elle subit l'excision complète ;
- au moment de son mariage, elle la consulte pour savoir si elle n'a pas de *gabé* (selon elle, il en existe de deux sortes : l'une sous forme de "grains de mil", l'autre sous forme de boutons) ;
- étant jeune femme, après son premier accouchement, si sa paroi utérine est couverte de *gabé* : l'exciseuse prend alors une lame de rasoir pour lui ôter les *gabé*. Actuellement, on utilise un coutelas très effilé pour détruire les champignons. Cette consultation est renouvelée chaque fois que le besoin se fait sentir.

**NDLR** : *Gabé* veut dire, à l'origine, en peul : grain de mil. Les femmes utilisent ce terme pour décrire des affections génitales internes qui forment sur la paroi du vagin des excroissances semblables à des grains de mil. Cela peut être des champignons, de l'herpès génital ou des verrues (d'ailleurs, en wolof, on utilise parfois le mot de *soccante*, qui veut dire verrue). L'expression peule "*couper le gabé*" désigne ainsi une opération gynécologique traditionnelle visant notamment des buts thérapeutiques. Elle peut être aussi utilisée à d'autres fins, comme le décrit André GLEVICZKY (voir bibliographie) dans son rapport sur les mutilations sexuelles observées à l'hôpital de Matam. Cette pratique est encore très vivace, même en ville, comme le montrent les nombreux témoignages qui ont pu être recueillis lors de cette enquête. Elle est pratiquée par l'exciseuse, et même sur des femmes qui ne se feraient pas exciser (wolof par exemple).

**Une femme bambara**, dans le même registre, et qui s'occupe de femmes "sèches" à cause des *gabé*, explique que, selon elle, la sensibilité sexuelle de la femme diminue quand elle est atteinte de boutons qu'elle passe tout son temps à gratter si elle ne consulte pas une exciseuse capable de lui ôter ces *gabé* qui, à leur tour, peuvent égratigner le partenaire lors des rapports sexuels : elle risque d'être frigide.

Pour la traiter, l'exciseuse se sert d'une matière grasse qu'elle place dans du coton. Elle le donne à la patiente qui l'introduira dans son vagin au moment du coucher. En quelques heures, la préparation arase complètement les boutons. La femme doit alors faire une toilette en utilisant de l'eau tiède, et ensuite, elle peut avoir des relations sexuelles sans risque de blesser son conjoint. La rémunération de l'exciseuse s'établit à 200 FCFA.

Une jeune fille wolof de 16 ans affirme que l'excision est une pratique ancestrale qu'il faut respecter, et pratiquer même si elle présente des risques : elle pense qu'une femme excisée sera fidèle à son mari, et a de fortes chances de ne pas pratiquer le "vagabondage sexuel". Se limiter à son mari, conclut-elle, demeure un facteur salubre pour sa santé et pour échapper au SIDA.

**F.D., ménagère, Peul de Guinée, a 21 ans.** Pour elle, l'excision est une tradition religieuse ancestrale, applicable à toutes les femmes respectables. Elle est née à Koungeul ; orpheline très tôt, elle a été prise en charge par une famille waalo-waalo (wolof). Au moment où on lui faisait sa toilette nuptiale, on s'est rendu compte qu'elle portait toujours son clitoris. C'est donc à la veille de son mariage qu'elle a subi l'excision. Le mariage a été consommé après cicatrisation de sa plaie. Elle décrit ainsi comment s'est déroulée son excision : l'exciseuse a amené sa patiente dans une cour isolée et lui a dit de s'asseoir sur un mortier apporté pour la circonstance. Puis la vieille lui a dit de regarder le ciel qui était plein d'étoiles, et c'est à ce moment que, munie d'une lame de rasoir, elle a tranché l'organe d'un seul trait. Les saignements commencèrent aussitôt. On apporta alors une pâte visqueuse qu'on appliqua sur la plaie, et, du fait de l'opacité de la matière, l'hémorragie s'arrêta.

**H.S., peul Macina du Mali, mère de famille de 45 ans,** estime que, fondamentalement, la femme doit être excisée pour être soumise à son mari, car, si elle ne l'est pas, dit-elle, elle devient insatiable sur le plan sexuel, et elle peut chercher à se satisfaire ailleurs. Elle-même a été excisée au Mali, mais toutes ses filles ont été excisées au Sénégal. En se rappelant son excision, elle dit que, à l'âge de 6 à 10 ans, toutes les filles sont réunies chez une vieille femme. Une fois sur place, on les fait asseoir, ensuite on leur demande d'écartier les jambes, que l'on attache chacune à des piquets distants l'un de l'autre. Après, on fait coucher la fillette sur le dos, pour mieux l'immobiliser. Chaque bras est tenu par une forte aide, une troisième s'occupe du tronc pour l'empêcher de se débattre.

Pour mieux jouer sur l'esprit de la fillette, on fait venir sa future belle-mère (car on se fiance le jour de son baptême), pour l'empêcher de gémir et de pleurer. L'immobilité étant assurée, la vieille femme commence par frotter une canne de sorgho au niveau du clitoris, pour tester si la fille a peur. Après s'en être assurée, elle lui substitue un couteau, qui va trancher rapidement tout le clitoris. Ensuite, pour arrêter le sang qui coule, l'exciseuse utilise du *tan* (écorce), du sel et du pétrole.

#### **Le cas de L.S., infibulation partielle en milieu toucouleur.**

Pour elle, c'est parce que la virginité est sacrée qu'on lie la pratique de l'excision et de l'infibulation. Cette dernière se fait par cicatrisation de la plaie pour rendre l'orifice plus étroit et plus résistant aux éventuels assauts du pénis.

Agée aujourd'hui de 15 ans, elle se souvient des circonstances dans lesquelles elle a été excisée : "J'étais malade au moment où mes copines ont subi l'excision, c'est pourquoi, moi, cela fait juste trois ans que j'ai été excisée. Mais on m'a soudé l'entrée du

vagin, car mon fiancé est en voyage. Après avoir été conduite chez la vieille femme, elle m'a dit d'écartier les jambes pour devenir femme, que je ne devrais pas crier beaucoup, et que pour gagner la confiance de mon mari, je devrais me laisser faire. C'est à ce moment qu'elle a pris une cordelette soutenue par un garrot, qu'elle a entouré autour de mon clitoris, pour mieux saisir l'organe et le couper à son aise. En joignant mes jambes, elle a pris du fil et a cousu mes petites lèvres avec une aiguille. L'épreuve a duré deux semaines, au terme desquelles, elle a enlevé les fils. Il ne restait qu'une croûte de sang desséchée et la soudure était effective".

**Mb., Haratin du Sénégal :** Elle explique que l'excision se fait en conformité avec la sunna du Prophète Mohamed (PSL) qui dit qu'il faut diminuer l'ardeur (sexuelle) des femmes en réduisant cette languette, organe supra-sensible, pour qu'elles se suffisent de leurs époux et d'eux seuls. Mais qu'il suffit de la réduire d'un tiers. L'exciseuse prend donc une bûchette, avec laquelle elle mesure la longueur de l'organe. Elle casse la bûchette en trois parts égales, et en jette une dans le feu. Elle recolte les deux autres, puis remesure la longueur de l'organe avec, et coupe l'excédent en jetant le déchet dans le feu. Elle se sert généralement du couteau du père de la fille pour l'opération. Pour arrêter l'hémorragie, elle enduit un chiffon d'huile (ou de beurre liquide), qu'elle approche près du feu, puis masse la plaie, jusqu'à l'arrêt complet du sang. L'excision se pratique entre 15 et 20 ans".

**Nd. M., 30 ans, couturière, wolof :** "Chez nous, on se conforme à la tradition, c'est pourquoi on se plie aux exigences de la société. J'ai été excisée à la veille de mon mariage, il y a de cela quatre ans. J'ai également subi une autre opération après mon accouchement, car j'avais la paroi vaginale tapissée de boutons, et cela rendrait mes rapports avec mon mari très douloureux.

Au moment de m'emmener chez mon mari, les vieilles du quartier, en procédant à ma toilette, se sont rendues compte que je n'étais pas excisée ; c'est alors qu'elles ont appelé Mère A., qui est venue me dire que si je voulais durer dans le mariage et avoir beaucoup d'enfants, il fallait que je subisse la pratique.

C'est ainsi que, aidée par un groupe de femmes, elles m'immobilisèrent et arrivèrent à trancher l'organe. J'ai beaucoup saigné, et je me suis évanouie. Elles ont dit par la suite que j'avais été atteinte par les *rab* (les esprits).

Pour freiner l'hémorragie, elle m'a donné des écorces et une matière visqueuse que je devais introduire dans mon vagin avant les rapports. J'ai vécu un grand supplice et j'ai des rapports très douloureux, ce qui fait que je ne les recherche pas. Mais le fait de m'abstenir rend à chaque occasion l'acte plus douloureux.

Pour terminer, lorsque j'ai accouché, j'ai senti une couche rugueuse qui tapissait mes petites lèvres. J'en ai fait part à ma tante, elle est allée voir une femme bambara qui lui a remis un médicament que je dois utiliser avec une eau tiède chaque nuit".

**T.O., Mossi immigrée de longue date :** "La pratique de l'excision se réfère à la mythologie, car elle dit que le clitoris est comme une termitière dans un grenier de coton. Si on ne l'élimine pas radicalement, elle risque de tout ronger, d'anéantir le

conjoint en réduisant son ardeur sexuelle. C'est pour cette raison que cette pratique reste très sévère dans mon milieu.

L'exciseuse, aidée par des femmes, creuse jusqu'à la racine de l'organe avec un instrument très effilé. Ensuite, elle coupe systématiquement la partie supérieure. Sur la plaie sanguinolente, elle applique du beurre de karité assaisonné de poudres d'autres plantes très amères, tout en obligeant la patiente à s'asseoir dans de l'eau chaude avant chaque pansement. Au bout d'un certain temps, on assiste à la cicatrisation complète de la plaie".

**M.M. 25 ans, Sérère nyominka, élève :** Sa mère elle-même est exciseuse, mais, ayant épousé un Sérère de Mont-Rolland, M.M. ne fera pas exciser ses filles, car son mari ne l'autorise pas à le faire.

"L'excision est directement liée chez nous à une pratique d'initiation et de tradition. C'est par la suite que les Sérères des Iles du Saloum, fortement islamisés, vont se réclamer de la *sunna*.

La phase d'initiation se pratique sur trois jours, chez la vieille femme. C'est seulement à l'aube du quatrième jour que l'opération est déclenchée, grâce à une paire de ciseaux et le concours de deux aides : l'une se place à la tête pour empêcher la fille de voir l'instrument, l'autre maîtrise les pieds pour l'empêcher de se débattre.

Après l'opération, on utilise deux bandes distinctes pour différencier les braves de celles qui ont pleuré, c'est-à-dire qu'on met des bandes blanches pour les premières et des bandes rouges pour les secondes.

Pour guérir les excisées, on fait bouillir des feuilles de nime et on les autorise à s'asseoir dans de l'eau très chaude. Pour arrêter l'hémorragie, et cicatriser la plaie, on utilise des bains chauds et le beurre de karité. On remercie l'exciseuse avec un poulet."

**Une femme mouride, originaire de Touba,** pense que l'excision n'est pas nécessaire, car elle diminue l'activité sexuelle. En revanche, chez elle, à la veille de chaque mariage, on conduit la femme chez une "spécialiste des femmes", qui lui ôte quelques boutons de son vagin. A part cette pratique, la femme est exempte de toute mutilation sexuelle. Selon elle, l'excision est une pratique rétrograde à abandonner. Par contre, elle a pratiqué des soins gynécologiques traditionnels.

"Arrivée chez l'exciseuse, la jeune fille ou femme est couchée sur le dos, les pieds attachés faisant face à la vieille femme qui extrait les boutons avec une aiguille qu'elle enfonce profondément dans le vagin. Elle explore toute la zone, et quand il ne reste rien, elle délivre la femme en lui donnant beaucoup d'écorces qu'elle doit diluer dans du lait bouilli à boire chaque nuit".

**Une étudiante peule excisée à l'âge de 12 ans :** "Chez les Peul, l'enfant est le plus souvent excisée avant de pouvoir parler. On excise à un âge variant entre 20 jours et 10 ans, avec une préférence pour l'âge de 3 mois. La fille doit avoir déjà été excisée au moment où elle a la capacité de comprendre un message, ou de pouvoir faire des commissions, sinon cela irait à l'encontre de la religion.

Une fois chez l'exciseuse, les deux aides écartent les cuisses de l'enfant, la vieille coupe l'organe avec des ciseaux. Ensuite, elle masse les cuisses de l'enfant pour activer la circulation du sang. Les trois premiers jours on fait bouillir de l'eau et du beurre de karité pour y asseoir l'enfant.

Au moment où l'enfant urine, la blessure fait mal, il faut donc utiliser de l'eau froide pour calmer les douleurs.

On donne à la vieille 500 FCFA et 2 kilos de riz".

**Une femme soninké, infirmière exciseuse, pratiquant à Dakar en utilisant du matériel plus moderne :** "En milieu soninké, les forgerons sont les seuls aptes à pratiquer l'excision ; ils doivent consulter le chef religieux avant de s'adonner à la tâche. La cause est à la fois religieuse et hygiénique.

Avant d'exciser, il faut tenir compte des dimensions du clitoris, qui peut être plus ou moins grand. Il faut aussi prendre l'avis de la mère qui peut choisir soit une clitoridectomie soit une infibulation.

Il faut quelquefois utiliser une injection de K1 (anti-hémorragique) et une solution de Dakin à base de permanganate pour la toilette intime.

Pour exciser la fillette, on écarte les cuisses, on saisit l'organe, on stérilise les ciseaux, on apporte du coton et du mercurochrome. Après l'opération, on utilise la solution de Dakin pendant trois jours.

On effectue l'opération sur commande, on reçoit 500 F CFA pour l'opération et 600 F pour les soins. Quand on se déplace, on paye 300 FCFA et 600 FCFA pour le sérum antitétanique et la solution de Dakin".

**Une jeune Halpulaar scolarisée :** "En halpulaar, exciser se dit "dioulnouder"; en d'autres termes, c'est purifier, car si l'enfant grandit sans être excisée, elle est non seulement impure, mais le fruit d'une souillure. La communauté la renie, et le fait de l'envisager (de ne pas exciser) serait une attitude blasphématoire.

Pour rendre la fille fidèle plus tard dans son foyer, il faut amputer une partie d'elle-même. Ce serait la rabaisser que de ne pas l'exciser, cela reviendrait à la reléguer au second rang. Etant excisée, elle n'aspirera pas à cette égalité des sexes qu'on revendique aujourd'hui. Il faut qu'elle reste soumise à ses parents et à ses futurs beaux-parents.

En entrant dans la communauté des adultes, la fille est d'emblée "émancipée" et peut jouir des mêmes droits et prérogatives que la société à laquelle elle appartient. Après l'opération, l'exciseuse utilise des incantations pour chasser le mauvais sort, et des crottes de chèvres et du beurre de karité à des fins thérapeutiques. On doit payer 4 kilos de riz et demi, et un savon".

**Une jeune fille diola :** "Pour être intégrée dans une société qui pratique l'excision, on y mêle le plus naturellement du monde des rites d'initiation en se retirant dans la forêt. Dans d'autres cas, on fait appel à des infirmiers qui ont avec eux tout leur arsenal, par crainte de certaines hémorragies excessives et du tétanos. Les pratiques ancestrales étant révolues, on fait appel à la médecine moderne. On aseptise le

matériel, on coupe le clitoris et on donne à la patiente une piqûre anti-hémorragique et une injection antitétanique. On paye à l'infirmier(e) 1500 FCFA". Elle même a été excisée par un infirmier, et a fait ensuite la retraite en forêt sacrée. Ses soeurs et cousines ont été excisées en forêt sacrée.

**Une étudiante, milieu bambara :** "La raison est typiquement religieuse. J'avais 9 ans. Je me souviens que notre bonne m'a emmenée chez l'exciseuse en me disant que c'était ma tante, et que je devais lui dire bonjour. Après les salutations, à ma grande surprise, on m'a écarté les cuisses, et ensuite elle a prit une lame qu'elle avait pris de le soin de faire bouillir pour couper mon clitoris. Ensuite elle a utilisé une sorte de pâte très piquante qu'elle a étalé entre mes jambes. On m'a dit de serrer très fort les jambes et de ne surtout pas bouger. Je pensais que mon heure était venue". Cette fille a vécu un traumatisme très intense, car elle pense aujourd'hui que l'excision est une pratique inventée pour déshumaniser la femme, l'écraser sur tous les plans, si elle en juge par l'éternelle guerre des sexes. A la seule idée qu'elle a été bernée pour être excisée, elle en a la nausée. Elle affirme que pour tout l'or du monde, elle n'excisera pas sa fille, car cela constituera un handicap pour le développement de sa personne. Elle ne veut pas en entendre parler.

**L'excision chez les Bassari :** D'après certains témoignages, la femme bassari accouche sans broncher, alors la jeune fille est autorisée à assister aux séances d'accouchement. On mesurera son courage à travers sa sensibilité personnelle : si, après ce test psychologique, elle se sent, sur le plan physique et psychique, apte à supporter la douleur, elle demandera de se faire exciser. Le jour de l'opération, animée d'une témérité extraordinaire, elle présente le couteau (les ciseaux, maintenant) à la vieille personne qui va se saisir de l'organe sans aide et finira par arracher le clitoris. On immole une chèvre chez la pratiquante (c'est son cadeau).

**Chez les socé :** on excise la petite fille en bas âge, avant de l'envoyer à l'école coranique car, étant souillée, elle n'aurait pas le droit de toucher à la tablette ni de réciter les versets du Saint Coran. La femme que j'ai rencontré ne se souvient pas de son cas, car elle dit qu'elle était trop petite pour se rappeler de cet événement important.

C'est ainsi qu'on amène la fille chez la pratiquante, qui va voir si physiquement elle pourra supporter la douleur, et si elle sera victime des mauvais esprits : l'exciseuse est en même temps guérisseuse et sorcière. La fillette portera beaucoup de gris-gris autour des reins, dès avant l'opération.

La pratique se fait comme suit : aidée par deux femmes, la vieille tranche l'organe qu'elle enterrera par la suite, et immobilise la fille pendant des heures, afin que tout le sang souillé quitte ses organes génitaux. Après l'opération, la fille est emmitouflée dans un boubou, et elle porte également un pagne qu'elle voile autour de sa tête. On lui remet également une potion dont elle doit s'enduire chaque matin au réveil pour se protéger des mangeurs d'âme.

Chaque fille doit amener un coq blanc chez la vieille, il sera égorgé pendant l'opération.

**Une Bambara :** "Nous sommes des musulmans, et c'est à ce titre que nous faisons l'excision. On la pratique à peu près de la même façon que les peuls. Dès le bas âge, la petite fille est conduite chez l'exciseuse. Le plus souvent, on ne pratique que l'ablation du bout du clitoris. Au moment de faire l'excision, on consulte d'abord la soeur de la mère de l'enfant qui, à son tour, va chercher une pratiquante compétente. Le jour de l'excision, la tante amène la fille voir ses grands-parents qui vont la bénir et demander la grâce de Dieu. C'est ainsi qu'elle sera excisée avec des filles de son âge. Quand l'organe a été coupé, les saignements sont accompagnés d'incantations inintelligibles. La tante ramène l'enfant chez elle, c'est seulement après la guérison qu'elle reviendra définitivement chez elle, parée et drapée dans des habits neufs. Après la "purification", une fois à la puberté, elle sera très respectée. On donne à la vieille deux savons de fabrication locale.

**Une Soninké de Fatick, qui, ayant grandi chez les Nyominka, a été excisée à leur façon :** Dans ce milieu, l'excision relève de la coutume ; elle se pratique par groupe d'âge, généralement à partir de 7 à 8 ans.

"Chez les Soninkés de la région de Fatick, la jeune fille atteint son épanouissement total le jour où elle se présentera chez l'exciseuse. Pour ce faire, elle sera isolée de sa famille et habitera pour ainsi dire chez l'exciseuse jusqu'à sa guérison. Le jour de l'excision, elle ôte toutes ses parures et met du fil rouge à ses oreilles. Elle revêt également une tenue spéciale pour l'occasion. Deux jeunes femmes aident l'exciseuse: la tante de l'excisée et la petite fille de l'exciseuse.

On creuse un trou très profondément pour y incliner la fillette, de sorte que son bassin soit au niveau du trou ; ensuite l'une des femmes neutralise la tête et les bras, l'autre apporte les ciseaux, de l'eau chaude, et une mixture préparée la veille de l'opération. L'exciseuse récite des incantations pour éloigner le mauvais sort ; après elle coupe une partie du clitoris qu'elle jette dans le trou, et attend jusqu'à ce que le sang finisse de couler de la plaie, pour ensuite la nettoyer avec de l'eau chaude. Quelques heures plus tard, elle utilise la mixture à des fins thérapeutiques.

Le plus souvent on donne à la vieille femme un savon ou 200 FCFA".

**Une femme toucouleur vivant depuis longtemps à Guédiawaye :** "La jeune femme accompagne sa fille chez sa tante paternelle, et c'est cette dernière qui se chargera de l'excision de la fillette. Avant l'opération, sa tante lui parlera de sa vie future, elle lui dispensera une véritable éducation sexuelle, en lui parlant de ses premières règles, de la consommation de son mariage, de la dimension esthétique de sa personne, comment parler aux hommes, comment s'habiller, comment rester vierge jusqu'à son mariage pour honorer sa famille..."

La jeune fille et son groupe d'âge vont séjourner chez l'exciseuse durant l'opération, et elle seront choyées jusqu'à leur guérison.

L'opération dépendra des pratiques ancestrales de la fille, cela peut aller de la clitoridectomie jusqu'à l'infibulation. Le cas rapporté par cette femme est une pratique intermédiaire. Après l'opération, la fillette était dans un état comateux ; après son réveil, on a dit qu'elle avait été victime des mangeurs d'âme. On a essayé de la ranimer avec des herbes et des incantations. Si une fillette s'en sort indemne,

on saluera les vertus de la vieille femme, dans le cas contraire, on s'en remettra au destin. Le coût s'estime à 300 FCFA, ou bien on donne un pagne et un savon.

**Une Diola :** L'excision est toujours pratiquée par les femmes, et accompagnée d'une retraite d'initiation dans la forêt sacrée des femmes. La jeune fille se retire avec son groupe d'âge au fond de la forêt, une année avant l'opération. L'année écoulée, l'excision proprement dite se déroule comme suit : à la veille de l'opération, on consulte les mânes, ensuite, dès l'aube, on réveille les fillettes qu'on aligne côte à côte. Chaque fille est accompagnée de sa tante ou de sa grande soeur.

On attache l'organe avec un fil, solidement ; c'est alors que la vieille prend du beurre de karité, qu'elle applique sur la zone vaginale. Ensuite elle prend une lame de rasoir pour couper l'organe. En général, on coupe le clitoris et les petites lèvres. Après la coupure, elle pile des feuilles fraîches qu'elle applique sur la plaie, pour arrêter l'hémorragie. On donne à la vieille l'équivalent de deux litres d'huile de palme et un savon.

**Une Toucouleur :** "Pour s'épanouir et vivre en harmonie avec les siens, il faut subir cette pratique, car elle est non seulement purificatrice, mais aussi respectueuse des traditions de nos grands et arrières-grands-parents ; il faut la suivre pour ne pas être maudit.

Le jour de l'excision, on fait asseoir la fille sur un mortier. Ensuite, on prend une potion dont on asperge tout son corps, puis on fait une toilette soigneuse de sa partie génitale. Quand on remarque qu'elle a des boutons à l'intérieur de la muqueuse vaginale, on en profite pour les lui enlever avant l'opération proprement dite, qui, elle, consiste à enlever systématiquement l'ensemble du clitoris et des petites lèvres. Si la mère souhaite qu'on bouche complètement l'entrée de son vagin, on le fera; dans le cas contraire, on soignera les plaies jusqu'à guérison, en la faisant asseoir dans de l'eau tiède et du beurre de karité. Le prix varie d'une exciseuse à l'autre. On peut en général lui donner un pagne, ou un kilogramme de savon et 500 FCFA, cela dépend de vos rapports de bons voisinage : elle peut, dans ce cas, ne rien demander".

**Nd. D., Waalo-Waalo, originaire d'une famille d'exciseuses de la région de Saint-Louis :** Pour être exciseuse, il faut l'hériter de ses grand-mères. Cette femme aidait sa mère, mais elle n'a pas pu apprendre les incantations à temps, car sa mère est décédée il y a deux ans. Elle dit aussi qu'elle a peur du sang.

Quand elle devait exciser une petite fille, sa mère faisait des incantations pour chasser les esprits malveillants d'abord, et ensuite pour rendre l'opération indolore. Elle coupait le clitoris en utilisant une lame de rasoir. Elle prenait ensuite de l'alcool pour laver la plaie. Au bout d'une semaine, la plaie se cicatrisait et la fillette guérissait. La mère de la fillette payait 1500 FCFA et un kilo de savon, que l'exciseuse devait utiliser pour son visage.

Elle raconte le cas d'une jeune femme victime d'une sorcière anthropophage, l'incident s'étant produit à la suite d'une excision : une femme wolof, dont elle dit qu'elle est mariée à un responsable politique, accompagnée de son amie, s'est rendue près de

la mère : la patiente disait qu'elle voulait se marier, mais son mari, toucouleur, la préférait excisée. Après l'excision, la vieille femme a vu dans un songe l'amie qui accompagnait la patiente "lécher le clitoris de cette dernière". C'est alors qu'elle a pris quelques herbes qu'elle a brûlées pour arrêter "le carnage". Or, à l'aube, on a tambouriné à sa porte pour chercher du secours, car l'excisée avait perdu beaucoup de sang pendant la nuit. Pour la guérir, elle a écrasé du charbon dans sa bouche, et elle pris le soin de placer un bracelet en argent sur le feu, pour préparer un breuvage salé et le faire boire à la patiente. Cette dernière a payé 5000 FCFA et un kilo de savon.

Elle se souvient du cas d'une autre femme, stérile à cause de ses *soccante* (verrues). Après deux mariages, cette femme est venue la consulter. Il s'est avéré qu'elle avait des *soccante*. Pour la soigner, la vieille s'est mise à faire des incantations pour regrouper tous les boutons, et ensuite les arracher avec une aiguille. Après la guérison, la femme est retournée chez son mari, et ses vœux ont été exaucés, car elle a porté une fille à qui on a donné le nom de l'exciseuse. Le coût s'élevait à 5000 FCFA, un pagne, et un gigot du mouton du baptême de l'enfant.

Elle signale que sa mère pratiquait le *taf* (infibulation par cicatrisation) à sa manière propre : pour faire se cicatriser la blessure, elle procédait en coupant un peu en dessous de l'orifice urinaire, et un peu de l'hymen. Après cicatrisation, ces deux parties se recollent facilement. A la consommation du mariage, il faut redéchirer cette partie.

**Le *taf*, une pratique quelquefois inefficace :** (raconté à Dakar par une étudiante nyominka originaire d'une famille d'exciseuses). Cette pratique intermédiaire entre l'excision et l'infibulation est faite sur les filles nyominka en bas âge : après l'excision, on fait cicatriser l'entrée du vagin en la faisant se ressouder : la cicatrice va former un bloc qui fermera l'orifice. Or il arrive que cette pratique soit mal réussie, et il y a des surprises désagréables, telles que celle de cette mère qui s'est suicidée à la suite d'une "négligence" de sa fille : une fois en ville, celle-ci s'est arrangée pour désobstruer la plaie, et avoir des relations intimes avec son petit ami. A son retour, elle a avoué à sa maman qu'elle était enceinte. Cette dernière s'est rendue chez l'exciseuse pour lui demander des comptes. Les investigations n'ont rien donné. On s'est rendu compte que c'est après une intervention médicale que la jeune fille a pu assouvir ses désirs.

## Annexe III - Bibliographie commentée

Classée par ordre chronologique

N.B. : Les Centres marqués avec \* travaillent de manière permanente sur les mutilations sexuelles et font paraître régulièrement des bulletins ou documents traitant de l'état de la question

SD = sans indication de date

**Bulletin du CI-AF** : Comité Inter-Africain sur les Pratiques Traditionnelles ayant effet sur la Santé des Femmes et des Enfants\*, 147 rue de Lausanne, CH 1202, Genève, Suisse, ou c/o CEA, CARFF, B.P. 3001, Addis-Abeba, Ethiopie. Coordination mondiale des comités nationaux, notamment organisation de rencontres régionales et locales de réflexion, production de matériel didactique et informatique.

**WIN News Bulletin Trimestriel** Fran P. HOSKEN Editor, Women's International Network\* News, 187 Grant Street, Lexington, MA 02173, U.S.A., tel. : 617.862.9431  
WIN News publie de manière permanente et régulière, depuis 1975, une rubrique sur les mutilations sexuelles et génitales des femmes, dans chacune de ses parutions.

HOSKEN, Fran P. : **The Universal Child Birth Picture Book, with additions on excision/infibulation.** WIN News\*, 187 Grant Street, Lexington, MA 02173, USA  
Matériel pédagogique en plusieurs langues.

PAULME, Denise : **L'initiation des filles en pays Kissi (Haute Guinée).** Conferencia Internacional dos Africanistas Ocidentais em Bissau, 1947, Vol V, 2<sup>o</sup> partie, 303-331 pp. Etude ethnologique

BALANDIER, Georges : *"Danses de sortie d'excision à Boffa (Guinée française)"*, dans **Notes Africaines**, IFAN, Dakar, n° 38, fig. Note ethnologique, avril 1948, 11-12pp.

SCHNELL, Raymond : *"La fête rituelle de sortie des jeunes excisées en pays baga (Basse Guinée)"*, dans **Notes Africaines**, IFAN, Dakar, n° 43, 2 fig. Note ethnologique, juillet 1949, 84-86pp.

GROSS, B.A. : *"Pour la suppression d'une coutume barbare, l'excision"*, dans **Notes Africaines**, IFAN, Dakar, n° 45, Prise de position par une ethnologue, janvier 1950, 6-8pp.

MENGRELIS, Thanos : *"Fêtes de sortie de l'excision en pays Mano (Guinée française)"*, dans **Etudes Guinéennes**, n°8, 1952, Note ethnologique, pages 55-58pp.

DUFFY, J. : "*Masturbation and clitoridectomy*", dans *Journal of the American Medical Association*, 1/86, (non dépouillé), 1963, pages 246-8.

"*L'excision ou ablation du clitoris*", dans *Face-à-femmes*, juin 1977, page 91.

EPELBOIN, Sylvie (Dr) : *L'excision, tradition mutilante ou valeur culturelle ? Aspects médicaux et socio-culturels*, ENDA, B.P. 3370, Dakar, 1978.

HOSKEN, Fran P. : "*The epidemiology of female genital mutilations*", dans *Tropical Doctor*, cet article peut être considéré comme marquant le départ d'une nouvelle campagne de lutte pour l'éradication de l'excision. July 1978, 150-156pp.

THIAM, Awa : *La parole aux négresses*. Denoël-Gonthier, Paris, 1978. Aspects socio-culturels de la condition des femmes (excision, infibulation, polygamie) au Mali. Prises de positions féministes négro-africaines.

**Pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants. Circoncision féminine, mariage des enfants, tabous nutritionnels et autres pratiques.** Rapport d'un séminaire tenu à Khartoum du 10 au 15 février 1979, Publication Technique n°2, OMS-EMRO, Alexandrie, 1979, 171 pages. Première rencontre internationale et africaine spécifique sur ce thème.

"*Upper Volta, women against excision*", dans *Spare rib*, n° 89, décembre 1989

EPELBOIN, Sylvie et Alain (Dr) : "*Female circumcision*" dans *People*, Vol. 6, n° 1, 1979.

Mme NDIAYE née ZARKISS, Marie : *Les conséquences psycho-sociales de la fistule vésico-vaginale, étude au Service d'Urologie de l'Hopital Aristide le Dantec*. CESSI (Centre d'Etudes Supérieures en Soins Infirmiers), Liens entre excisions et fistules, et conséquences sociales, Dakar, 1977-1979, 72p.

OGUNMODEDE, Esther : "*End this mutilation*", dans *People*, Vol. 6, n° 1, 1979.

OMS : *Santé du Monde*, revue de l'Organisation Mondiale de la Santé, mai 1979, 8-13pp.

"*Female mutilation*", dans *Hot flash*, mars 1980, 7 pages.

"*L'excision féminine*", dans *Les carnets de l'enfance*, UNICEF, n° 49/50 : "*Condition des femmes et bien-être des enfants*", été 1980, 115-117pp. Appui de l'UNICEF aux réunions inter-africaines sur l'excision.

EL-SADAAWI, Nawal : "*Clitoridectomy, crime against women*", dans *Spare rib*, n° 90, jan. 1980, 6-8pp.

GLEVICZKY, André : *"Contribution à l'étude des mutilations sexuelles de la femme au Sénégal Oriental, Hopital d'Ourrossogui-Matam"*, dans **Les mutilations sexuelles féminines**, Sentinelles, Lausanne, novembre 1980. Etude médicale sur 350 cas d'excision, infibulation et autres pratiques traditionnelles liées à la vie sexuelle féminine.

TABA, A.H. : *"Female circumcision"*, dans **Tropical Doctor**,. Le Dr TABA est à l'époque Directeur Régional de l'OMS pour la Région de la Méditerranée Orientale, 1980, 10, 21-23pp.

*"Clitoridectomy opposed"*, dans **Hersay**, New Women's Times, Octobre 1981.

*"The medical dangers of female circumcision"*, dans **IPPF Medical Bulletin**, Vol 15, n° 2, avril 1981, 2 pages. Incidence statistique des complications psychosexuelles et obstétricales de l'excision et de l'infibulation (sur 2000 femmes du Caire et leur mari) et comparaison avec un groupe témoin non excisé.

BAYOUMI, Ahmed : *"Female circumcision, ways of giving up the practice"*, dans **Women speaking**, janvier-mars 1981, ronéo, Dept of Community Medicine, Kuwait University, faculty of Medicine. Plan d'action pour l'éradication de l'excision.

GIORGIS, Belkis Walde : **L'excision en Afrique**. ECA/ATRCW/AFARD, Série de recherche ST/ECA/ATRCW/81/02, Addis-Abeba, 1981, 63 pages ; Version originale en anglais **"Female circumcision in Africa"** Prise de position de féministes africaines sur l'excision en Afrique.

HOSKEN, Fran P. : *"Annotated bibliography of publications on female circumcision / genital mutilations"*, dans **WIN News**, printemps/été, 1981, pp. 42-43.

LEVIN, Tobe : *"Genital mutilation, the unspeakable atrocity"*, dans **Manushi**, n° 8, 1981, pp. 39-43.

NELSON, Janet : *"I see very positive things coming"*, dans **Ideas Forum**, UNICEF, n° 15.

VEITCH, André : **Ritual circumcision outlawed**. Londres, s.d. Compte-rendu par un correspondant médical du vote de la loi sur l'excision en Grande-Bretagne

CANDELIER, Dominique et MARANGE, Valérie : **Mutilations sexuelles féminines** Dossier de Presse, Agence Femmes Informations, établi le 12 décembre 1982 Dossier de presse, 25 documents.

EL-DAREER, Asma : **Woman, why do you weep ?** ZED Press, London, 1982. Excision au Soudan, conséquences psychologiques et sanitaires, propositions d'action, ZED Press, 57 Caledonian Road, Londres, N19 DN, Royaume Uni.

EPELBOIN, Sylvie : **La femme en état, représentations populaires de la fécondité en milieu rural africain, l'exemple des Peul-bandé du Sénégal Oriental.** Thèse de doctorat en médecine, Pitié-Salpêtrière, 1982, 157 pages.

SIDIBE, Fatoumata (réalisation) : **La pratique de l'excision en milieu urbain.** Bande sonore 29', CESTI, Dakar. Emission de radio (sensibilisation grand public), 1982.

WHO : **Female circumcision : statement of WHO position and activities WHO/OMS,** Genève. Position officielle de l'OMS sur l'excision féminine, 1982.

CAMS International : Colloque international, Dakar, 27-29 décembre 1983.

**Les mutilations sexuelles,** Dossier de Presse, CESTI, Dakar, octobre 1983. Notamment rapport du GAMS : évaluation chiffrée des pratiques en France.

"*Colloque des femmes dans leurs sociétés*", dans **Femmes et sociétés**, n° 0, août 1983, pp. 12-13.

HOSKEN, Fran P. : **The Hosken Report : genital and sexual mutilations of females.** Third revised edition, WIN News 1982 + postscript 1983, 327 pages, + add, Lexington, U.S.A. Aspects médicaux, actions internationales, aspects historiques, statut des femmes, études de cas par pays, actions à entreprendre, bibliographie, annexe, carte.

CI-AF et al. : **Pratiques Traditionnelles affectant la santé des Femmes et des Enfants,** Rapport du séminaire, Dakar, 1984, 256 pages. Deuxième rencontre internationale et africaine, notamment communication du Prof. Corrèa (carte).

Sexual mutilations, case studies presented at the workshop : **African women speak on female circumcision,** Khartoum, oct. 21-25, 1984, Babiker Badri Scientific Association for Women Studies, in "Dossier" n° 3, Women Living under Muslim Laws (Soudan, Gambie, Ghana, Kenya, Djibouti, Liberia, Nigeria, Sierra Leone, Togo, Ethiopie, Mali, Erythrée) Women Living under Muslim Laws, Femmes sous Lois Musulmanes, B.P. 23, 34790 Grabels (Montpellier), France.

CLOUDSLEY, Anne : "*Women of Omdurman, life, love and the cult of virginity*", dans **Ethnographica**, Londres, 1984, 181 pages + annexes (non dépouillé). Excision et infibulation au Soudan.

GALI Koumo Singa (réalisation) : **L'excision en milieu urbain tchadien.** Bande sonore 28', Emission radio, CESTI, Dakar, 1984.

Mme MAIGA, Lalla née MINT-DAH : **Conséquences gynéco-obstétricales de l'excision chez la femme malienne,** CESSI (Centre d'Etudes Supérieures en Soins Infir-

miers), Dakar. Etude statistique directe sur les conséquences médicales de l'excision à l'Hôpital Gabriel Touré de Bamako : avis des sages-femmes, des médecins, et des femmes : prévalence de l'excision/infibulation, conséquences sur l'accouchement, vie sexuelle, travail.

"Excision : elles racontent", dans *Amina*, n° 154, janvier 1985.

"Des millions de femmes mutilées", dans *Cahiers du féminisme*, n° 33, automne 1985, pages 24-26.

"Sudanese women against female circumcision", dans *Women's world*, n° 6, juin 1985, page 46.

"Islam's attitude to female circumcision : statement by a Sheikh from the Al Azhar University, Cairo" dans *Inter-African Committee on Traditional Practices affecting the Health of Women and Children Newsletter*, novembre 1985. Déclaration sur la position de l'Islam face aux mutilations sexuelles (Afrique de l'Est).

"Excision, le combat des Africaines", dans *Marie Claire*, n° 399, novembre 1985.

1) PICAL, D. : "Fondement juridique et pratique judiciaire"

2) GARAPON, M. : "La culture dangereuse"

3) WEIL-CURIEL L. (Me) : "L'injustice et les bons sentiments"

in *Droits de l'enfance et de la famille*, Centre de Recherche de Vaucresson, Justice, France, 1985 Dossier juridique sur l'excision en France, extraits des séminaires internationaux

BOULWARE-MILLER, Kay : "Female circumcision : challenges to the practice as a human rights violation" dans *Harvard Women's Law Journal*, vol. 8, 1985, 22 pages. Tentatives d'éradication par voie légale de l'excision et actions des organisations internationales. La pratique des mutilations sexuelles est-elle une atteinte aux droits de l'homme ? de l'enfant ? au droit à l'intégrité sexuelle et corporelle ? au droit à la santé ?

DIOP-HANNE, Aminata : *Les mutilations sexuelles*. Communication au Séminaire sur "L'enfance en difficulté", UNICEF-New-York, U.S.A, 1985, ronéo, 20 pages  
RAPPANE, Réseau Africain de Protection de l'Enfance, c/o B.P. 497, Dakar, Sénégal. Etude centrée sur le Sénégal, enquête sur 300 jeunes lycéennes de Dakar (13-17 ans) : formes, méthodes, cérémonies, causes (tradition, religion, culture), conséquences, perspectives et témoignages. Indications statistiques sur l'échantillon : cf. Annexe : Données-Flash sur l'excision en Afrique.

Mc-LEAN, Scilla and GRAHAM, Stella Efua : "Female circumcision, excision and infibulation : the facts and proposal for change" 2nd revised edition, dans *The Minority Rights Group Report*, n° 47, July 1985 The Minority Rights Group, 29 Craven Street, London WC2N 5NT, U.K. Faits et propositions pour l'éradication. Carte.

SINGHATEH, S.K. : **Female circumcision, the Gambian experience : a study of the social, economic and health implications.** The Gambian Women's Bureau, feb. 1985, ronéo, 82 pages + annexes. Distribution géographique, ethnique, âge à l'excision et type, coût de l'excision, rites d'initiation

"*African women fight clitoris cutting off*", dans *Off our backs*, June 1986, 3 pages.

Déclaration du Président du Sénégal, Monsieur Abdou Diouf, sur les mutilations sexuelles dans **Bulletin du Comité Inter-Africain sur les Pratiques Traditionnelles ayant effet sur la Santé des Femmes et des Enfants**, n° 2, juillet 1986, page 15.

"*Excision in Africa*", dans **ISIS International Bulletin**, octobre 1986, pp.12-15.

**Situation économique du Sénégal**, République du Sénégal, 1ère partie: Démographie, Données démographiques, Edition 1986,

AIDS : "*Aquired Immune Deficiency Syndrome and female genital mutilation*", dans *Win news*, Lexington, Mass. U.S.A, XII-3, Summer 1986, pages 44-46. Mise en évidence de la prévalence du SIDA en relation avec les pratiques sexuelles masculines violentes en Afrique

GALLO, Pia Grassivaro : "*Views of future health workers in Somalia on female circumcision*", dans **Medical Anthropology Quarterly**, Vol. 17, n° 3, mai 1986, 71-73pp. Etude statistique sur échantillon d'élèves infirmières et d'étudiantes en médecine en Somalie : les élèves infirmières sont nettement plus attachées à la pratique ; près de la moitié des opérations sont faites en milieu médical.

GIORGIS, Belkis Walde : **A selected and annotated bibliography on women and health in Africa.** AAWORD/AFARD, Dakar, 1986, 98 pages. AAWORD/AFARD, B.P. 3304, Dakar, Sénégal. Un chapitre sur l'excision fournit une soixantaine de références.

HOSKEN, Fran P. : "*Why AIDS pattern is different in Africa*", dans *The New York Times*, Monday, December 15th, 1986, Letters. La prévalence du SIDA chez les femmes en Afrique s'expliquerait par la violence des pratiques sexuelles masculines des africains (mutilations sexuelles, mariages précoces, déchirures vaginales et infibulations, viols, polygamie, prostitution).

NISAK, Catherine : "*L'excision, une pratique en recul ?*", dans *Enfants d'abord*, juin 1986 (dossier).

OMS : "*Une coutume préjudiciable à la santé : l'excision féminine*", dans **Chronique de l'OMS**, 40 (1) : 33-38, 1986. Prise de position de l'OMS sur l'excision féminine.

PASSMORE-SANDERSON, Lilian (Dr) : **Female genital mutilation excision and infibulation : a bibliography.** The Anti-Slavery Society for the Protection of Human Rights, London, 1986, 71 pages. (non dépouillé) 1150 références, principalement de sources britanniques, en anthropologie/ sociologie, médecine, philanthropie et journalisme.

SAVANNE, Vieux : "L'excision : une tentative de domestication du désir", dans *Waraango*, n° 13, Dakar, 1985-1986, pages 18-20.

SEAGER, Joni et OLSON, Ann : *Women in the world, an international atlas*. Pan Books, Londres, 1986. Chapitre 4 : "Social surgery", 2 cartes et note de synthèse.

SERVET, Michel : "Les femmes excisées sont-elles frigides ?", dans *Jeune Afrique Magazine*, n° 25, 1986, pp. 36-39.

Comité des ONG pour l'UNICEF : "Action pour les enfants", Vol. II, 1987, n°3, UNICEF House, 3 UN Plaza, New York, NY 10017, U.S.A.

"Les conséquences de la circoncision féminine sur la santé" / "Health effects of female circumcision". Cinquième module, *Institute for Development Training*, USA, 42 pages Institute for Development Training, P.O. Box 2522, Chapel Hill, NC 27515-2522, USA. Matériel didactique.

"Les migrants d'Afrique noire et leurs enfants", dans *Migration et société*, 1987. Excision en France, aspects juridiques.

DICKO, Lalla A. : "L'excision en milieu bambara du Mali : rite initiatique ou pratique mutilante ?" ENAES, Dakar, 1987, 91 pages. Evolution des pratiques socio-culturelles.

DOOH-BUNYA, Lydie : "Avez-vous dit barbarie ? et : Au nom des femmes africaines", dans *Femmes en cause*, collection Recherches Centre Fédéral, FEN, Paris 1987.

2) *Au nom de l'identité culturelle*, ed. Tierce Paris, 1987.

3) *Excision, infibulation et santé* dans Colloque "Femmes, féminisme et recherche", Toulouse, décembre 1982. Prise de position de féministes noires africaines en France sur les mutilations sexuelles.

EDEMIKPONG, Hannah : "Genital cuttings and AIDS", dans *Off our backs*, jan. 1987.

GRAHAM, Stella Efua and ADAMSON, Fiona : *Female circumcision and consciousness raising : a manual for educators and group facilitators*, FORWARD, mars 1987, 56 pages FORWARD, 38 King Street, Londres WC2E8JT, U.K. Manuel de formation des formateurs (conçu en premier lieu pour les milieux immigrés en Europe).

HOSKEN, Fran P. : "Female genital mutilations continue in parts of the world", dans *Womenwise*, spring/summer 1987, Vol.10, n° 1.

HRDY, Daniel B. : "Cultural practices contributing to the transmission of Human Immunodeficiency Virus in Africa", dans *Review of infectious diseases*, nov/déc. 1987, 9, n° 6, pages 1109-1119. Etude des possibilités de transmission du SIDA par les différentes pratiques traditionnelles africaines, dont l'excision.

KOSO-THOMAS, Olayinka : **The circumcision of women : a strategy for eradication**, ZED Press, London, 1987, 109 pages. Étude détaillée en Sierra Leone et programme d'éradication sur 200ans.

MAHARAJ, Niala : "*Opening the wound, female circumcision in Africa*", dans **IDOC Internazionale**, 6'87, IDOC, Via Santa Maria dell'Anima 30, 00186 Rome, Italie.

PEYROT, Maurice : "*A la Cour d'Appel de Paris, l'excision, rite ancestral et ... crime*", dans **Le Monde**, 13 juillet 1987.

RAULIN, Anne : **Femme en cause : mutilations sexuelles des fillettes africaines en France aujourd'hui**, Collection Recherches, Centre Fédéral, FEN, 1987, 230 pages FEN, 6 rue Cardinal Mercier, 75009 Paris, France. La plus grande partie est consacrée au rapport d'A. Raulin au colloque de la FEN, établissant le rapport de l'excision à l'éducation, à la fécondité, à la parenté, à la santé, à la sexualité. Un encart résume les débats visant à déterminer les prises de positions de la FEN sur la question.

TREMBLAY, Pierrette et TREMBLAY, Manon : "*Les mutilations sexuelles*", dans **Communiqu'elles**, juillet 1987, vol. 13, n° 4, Canada.

Dossier mutilations sexuelles, dont : Facts about female circumcision ; Islam and female circumcision ; For a better health for women ; Christianity and female circumcision Cairo Family Planning Association, Le Caire, 1983 à 1987.

Rapport du séminaire : **Pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants**, CI-AF et al., Addis-Abeba, 1988, 198 pages. Séminaire régional (Afrique de l'Est).

L'excision et le SIDA, ENDA, ronéo, septembre 1988, 13 pages.

"*L'excision féminine au Nigéria*", dans **Forum de la Santé**, OMS, vol. 9, 1988, p.634, Courrier des lecteurs.

Séminaire national sur les pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes, le cas de l'excision : synthèse des propositions et stratégies de lutte. Ouagadougou, 26-28 mai 1988, 6 pages. Rencontre nationale.

"*A clarification on female genital mutilations and AIDS*", dans **Women's world**, ISIS, 18, june 1988, page 17. Possibilité de transmission du SIDA du fait des mutilations sexuelles.

BIENVENU-BA Edwige : **Recherche sur l'excision, facteurs influants sur la régression, voire la disparition de la pratique**. ENDA, ronéo, 9 pages, décembre 1988.

CARBALLO, M (Dr) : **Le SIDA et l'excision féminine** (extraits), Réunion du groupe de travail ONG sur les Pratiques Traditionnelles ayant effet sur la Santé des Femmes et des Enfants, Genève, 25 nov. 1987, dans Bulletin du CI-AF, n° 5, mars 1988.

CERULLO, Margaret and HAMMONDS, Evelyn : "*AIDS and Africa : the western imagination and the dark continent*", dans **Radical America**, vol. 21, n° 2-3, printemps 1988, pp. 17-23. Women's AIDS Network, 333 Valencia Street, 4th floor, San Francisco, California 94103, U.S.A. Critique de discours souvent émis par des occidentaux sur le SIDA en Afrique, en tant que représentation de leurs ignorances et présupposés.

Collectif : **Prévention du SIDA et des maladies virales. Excision et SIDA**, ENDA, Dakar, 1988.

ERLICH, Michel : "*Les mutilations sexuelles des femmes*", dans **La Recherche**, n° 195, Vol. 19, janvier 1988, pages 12-20. Témoignage sur Djibouti : **Constat du décalage entre les descriptions alarmistes des campagnes occidentales et la faible morbidité féminine locale ainsi que l'attachement à cette coutume.**

FERNENDEZ, Raoul Mendez : **L'impact de la politique d'ajustement sur la vie des femmes du quartier Cabelon (Guinée Bissau)** CODESRIA, 6ème Assemblée Générale, **L'Afrique face à l'économie mondiale**, 5-10 décembre 1988, Dakar, ronéo, 18 pages. Quelques données chiffrées sur l'excision en Guinée Bissau.

LEVIN, Tobe : "*Cutting out circumcision*", dans **The Women's Review of Books**, vol. V, n° 8, mai 1988.

MARONE, Omar : **Enquête sur l'excision et l'infibulation au Sénégal**. Recherche qualitative. Ministère du Développement Social, Projet Santé Familiale et Population, Sénégal-USAID, octobre-décembre 1988, ronéo, rapport provisoire, 120 p.

MUSEMECI, Salvatore Vittorio ; BENEDETTO, Giovanni ; LINFANTI Cinzo Valeria (et al.) : **Les mutilations sexuelles et les droits de l'homme** dans Colloque **Le médecin et les droits de l'homme**, Santa Margarita Ligure (Italie), 1982, Strasbourg (France), Conseil de l'Europe, 1985, pp. 213-242 et annexes p. 563, 30 cm. Législation, Europe, CEE, Mutilations, droits de l'homme, stérilisation, circoncision, génétique. RMP/FRE/CEE/CUB/N° 4/LAC/01/8701-00502 Q.

NOEL ,Yao : Colloque International sur l'excision à Paris : "*Abolir les mutilations sexuelles*", dans **Fraternité Matin**, 10-11 décembre 1988, pp. 10-11.

**Sentinelles (dossiers) :**

"*Les mutilations sexuelles féminines et le mariage précoce*", Lausanne, novembre 1980, 55 pages.

"*Les mutilations sexuelles féminines et leur abolition, une lutte africaine*", sans date (rééd. 1988), 56 pages, Lausanne. Sentinelles, 10 chemin du Languedoc, CH

1007, Lausanne, Suisse. Dossiers d'information, prises de position officielles sur l'excision.

VERNIER, Dominique : *"Droit à la différence contre droits de l'enfant, la blessure de l'excision"*, dans *Le Monde Diplomatique*, octobre 1988, page 10. Procès d'excision en France.

*"Les mutilations du sexe des femmes"*, dans *Chronique féministe*, n° 30, février - mars 1989, pp. 34-36, Université des Femmes, Bruxelles, dossier **Des violences faites aux femmes**.

**Pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants : l'excision et les grossesses précoces.** Rencontre organisée par le CI-AF et la Croix Rouge sénégalaise, Saly, 9-11 février 1989. Rencontre nationale.

**Excision et SIDA, 1986-1989, évolution en trois ans de l'approche de la question bibliographique.** ENDA, Dakar, ronéo, 6 pages, novembre 1989.

**L'excision et le SIDA : un drame et une maladie ?**, ENDA, ronéo, 2 pages.

**Femmes et enfants d'Afrique frappés de plein fouet par le SIDA.** ENDA, octobre 1989, 9 pages, ronéo, Action contre le SIDA, Dakar.

*"La circoncision féminine, principale cause de stérilité"*, dans *Fraternité-Matin*, 6 octobre 1989, Abidjan.

*"AIDS and its effects on the advancement of women"*, dans *Women 2000*, n° 1, 1989 Branch for the Advancement of Women, CSDHA, B.P. 500, Vienne, Autriche.

BISCHAW, Tewabech (Dr) : **Possible link between traditional practices and the transmission of AIDS.** Réunion consultative d'experts sur les liens possibles entre les pratiques traditionnelles et la transmission du virus du SIDA, convoquée par le Comité Inter-Africain, ECA, Addis-Abeba, 9-11 mai 1989, ronéo, 10 pages.

BONGAARTS, John ; REINING, Priscilla, WAY, Peter, CONANT, Francis : *"The possible relationship between male circumcision and HIV infection in African populations"*, dans *AIDS 1989*, 3/373-377, Current Science Ltd, cf. Population Council, New-York.

CANESTRIER, Edith : **L'excision en procès**, dans *Marie Claire*, n°450, février 1990, pages 65-69, 72.

**CI-AF: Draft conclusions and recommendations.** Consultation experts meeting group on the possible links between traditional practices and the transmission of AIDS virus, Addis-Ababa, 9-11 mai 1989. Sur la foi de la possibilité de transmission du SIDA par les pratiques traditionnelles, dont l'excision, recommandations en matière d'éducation, d'information et de prévention.

DE-VEZINS, Veziante: "*Excision : 84 millions de femmes mutilées*", dans *Le Figaro*, 2 novembre 1989.

DELAFIN, Antoinette : "*Le procès de l'excision*", dans *Actuel*, Procès d'excision en France, mai 1989, pages 124-180.

GAILLARD, Françoise : "*Non aux mutilations sexuelles*" Dossier in *Croissance des jeunes nations*, n° 320, octobre 1989, pages 122.

GIZAW, Getachew (Dr.) : **AIDS, epidemiology, control and prevention**. Réunion consultative d'experts sur les liens possibles entre les pratiques traditionnelles et la transmission du virus du SIDA, convoquée par le Comité Inter-Africain ECA, Addis-Abeba, 9-11 mai 1989, ronéo, 17 pages.

GROSJEAN, Blandine : "*Elles sont africaines, elles ont 17 ans, elles vivent en France et sont excisées*", dans *L'évènement du jeudi*, 26 octobre 1989, pp. 20-24 .

HEISSE, Lori : "*Crimes of gender*", dans *World Watch*, mars-avril 1989, pp. 12-21, World Watch Institute. Viol, violence domestique, décès pour dot, excision, crimes contre les femmes.

HOSKEN, Fran P. : "*Somalia campaigns to eradicate infibulation*", dans *People*, 16, n°3, 1989, pp. 32-33. Séminaire SWDO/AiDOS.

KOSO-THOMAS, Olayinka : **Epidemiology of AIDS in relation to female circumcision**. Réunion consultative d'experts sur les liens possibles entre les pratiques traditionnelles et la transmission du virus du SIDA, convoquée par le Comité Inter-Africain, ECA, Addis-Abeba, 9-11 mai 1989, ronéo, 8 pages.

MOTTIN-SYLLA, Marie-Hélène : **Mutilations sexuelles et SIDA**. Poster, Séminaire international "Les implications du SIDA pour la mère et l'enfant", Paris, 27-30 novembre, 1989.

MOTTIN-SYLLA, Marie-Hélène : **L'excision au Sénégal, fait, chiffres et cartes**. Rapport Provisoire 2, n° 18, ENDA, juin 1989, 64 pages.

PEYROT, Maurice : "*Une jeune malienne condamnée à trois ans de prison avec sursis pour avoir fait exciser sa fille*", dans *Le Monde*, Paris, 6 octobre 1989 (et presse de la même époque). Procès d'excision en France.

RAHMAN, Farhat : "*Female sexuality and Islam*", dans *Dossier 5/6, Women living under Muslim Laws*, décembre 1988-mai 1989, pp. 30-31.

SURICK, Ilona ; MC-LAUGLIN, M. ; CHIASSON, M. et al : **HIV infection and circumcision status**. New York City Department of Health, NY (Bibliographie du Congrès de Montréal, 1989) (non dépouillé).

ZIRN, J.P. ; FRIEDMANN, A. : **Des lames et des femmes**. 16 mm, 52', Billes Production, s.d. Film sur aspects socio-culturels (non visionné).

Numéro consacré aux **Pratiques traditionnelles ayant effet sur la santé de la mère et de l'enfant** et Compte-rendu de la Journée Scientifique du Réseau de Recherche en Santé de la Reproduction en Afrique, Dakar, Sénégal, 3-5 mai 1990. **Vie et santé**, n° 4, juillet 1990, 24 pages. Dans le sommaire : Editorial **Ca suffit**, par Codou, BOP **Les mutilations sexuelles**, par Dr Henriette, KOUYATE **Que dit la loi ?** par Abdramane, TOURE. Réseau de Recherche sur la Santé de la Reproduction en Afrique, B.P. 21027, Dakar-Ponty, Sénégal.

BART, Anne-Jean ; LO Saliou Fatma ; SIDIBE Pape Demba : "*Excision, controverse autour d'une tradition*", dans **Le Soleil**, 10 août 1990, Dakar, pages 10-11.

FACIO, Alda : "*Del dicho de la circuncision al hecho de la infibulacion hay un largo tracho de traicion*", dans **Mujer-Fempres**, juillet 1990, n° 105, Santiago de Chile, p. 13.

KOUYATE, Henriette, Dr. : **Les mutilations sexuelles, excision-infibulation**. Dossier de base préparé pour les Journées Scientifiques du Réseau de Recherches en Santé de la Reproduction, Dakar, mai 1990, env. 100 pages. Etude des aspects sanitaires, origines, conditions d'opération, aspects anatomiques, complications, raisons, éléments documentaires sur les prises de positions officielles dans différents pays africains et européens, et par des organismes internationaux, données sur la situation de l'excision au Sénégal.

MBAYE, Philippe : "*Excision, attention danger*", dans **Les enfants martyrs**, n° 3 avril-mai 1990, Dakar, pp. 10-13.

MYERS, Robert A. : **Female genital mutilations in Southern Nigeria**. Paper, Michigan State University, Women in International Development, WID Forum (Quoted in WIN News, 16-2, Spring 1990). Etude sur 342 adultes (158 femmes et 184 hommes) des ethnies Bini, Esan, Etsabk, Ijaw, Ukwani et Urhobo, dans l'Etat de Bendel. Les diverses religions ne constituent pas un facteur explicatif, mais plutôt la tradition. Indications statistiques sur les raisons invoquées, les âges à l'excision, les opérateurs, leurs opinions.

NAKALEMA, Rebecca : "*Moi bans female circumcison*", dans **New African**, n° 273, June 1990, p. 47. Rapport d'une étude sur le Kenya par le Comité Inter-Africain : sur un taux de mortalité féminine de 170 pour mille, la moitié des décès sont imputables aux conséquences de l'excision féminine. Le Président Arap Moi se prononce pour l'interdiction de l'excision féminine.

TONGO, Altin M. (Dr) : "*Fistules vésico-vaginales : l'horrible situation des femmes touchées dans le Nord-Nigéria (Santé : campagne pour une maternité sans risque)*", dans **Le Monde des Femmes**, avril 1990, n° 3, ISIS-Wicce, Genève, pp. 54-

57 ISIS-WICCE - 3 chemin des Campanules, CH-1219 - Aïre (Genève, Suisse).  
Témoignage sur l'épidémiologie des fistules vésico-vaginales au Nord-Nigéria et propositions d'action.

**La risala. Epître sur les éléments du dogme et de la foi de l'Islam selon le rite malékite.** XLI, p. 292, SD.

*"The question that no one will answer"*, dans **Big Mama Rag**, vol 8, n° 9.

AUFFRET, Séverine : **Des couteaux contre les femmes - de l'excision.** Editions Des femmes, Essai, Préface de Benoite GROULT, Paris, 298 p., (non dépouillé).

**Boston Women's Health Book Collective.** Selected bibliography on female circumcision, BWHBC, 240 A Elm Street, Sommerville, MA 02144, USA, SD.

DUALEH ABDALLAH, Raqiya Haji : **Sisters in affliction, circumcision and infibulation of women in Africa.** Zed Books, London (non dépouillé), SD.

PEPERTY, R. : **La circoncision et l'excision chez les Takambas de la subdivision de Tanguieta (Dahomey).** Première Conférence Internationale des Africanistes de l'Ouest, Comte-rendu, Tome II, pp. 274-280. Etude ethnologique, SD.

## **Annexe IV : Liste des tableaux, graphiques, cartes, schéma et encart**

### **Tableaux**

Tableau 1 - Centres d'observation retenus pour l'étude

Tableau 2 - Composition de l'échantillon global, par origine et par ethnie

Tableau 3 - Ethnies, religion et excision : effectifs et fréquences

Tableau 4 - Taux de pratique de l'excision selon les secteurs géographiques chez les Peul, les Toucouleur et pour le groupe halpulaar

Tableau 5 - Age à l'excision par ethnie

Tableau 6 - Type et degré d'excision par ethnie

Tableau 7 - Rétrospective de l'évolution du degré de sévérité de l'excision, années 1940 - 1980

Tableau 8 - Lieu d'excision par ethnie

Tableau 9 - Lieu d'excision et degré de sévérité

Tableau 10 - Coexcisions par ethnie

Tableau 11 - Coexcisions par type et degré

Tableau 12 - Coexcisions par âge à l'excision

Tableau 13 - Coexcisions et lieux d'excision

Tableau 14 - Initiation par ethnie

Tableau 15 - Initiation par type et degré d'excision

Tableau 16 - Initiation et lieu d'excision

Tableau 17 - Excision des filles par ethnie

Tableau 18 - Excision des filles selon l'âge des mères

Tableau 19 - Degré d'excision des mères et excision des filles

Tableau 20 - Lieu d'excision des mères et lieu d'excision des filles

**Graphiques**

Graphique 1 - Courbe des âges

Graphique 2 - Comparaison entre la composition ethnique de la population sénégalaise (recensement de 1990) et celle de l'échantillon.

Graphique 3 - Ethnie, religion et excision

Graphique 4 : Ethnie, religion et excision, fréquence relative

Graphiques 5 à 13 - Age à l'excision chez les Sérère, Toucouleur, Peul, Diola, ethnies du sud, Socé, Mandingue, Bambara, Soninké

Graphique 14 - Type et degré d'excision par ethnie

Graphique 15 - Type et degré d'excision selon l'âge

Graphique 16 - Type et degré d'excision selon l'âge à l'excision

Graphique 17 - Lieu d'excision par ethnie, pourcentages

Graphique 18 - Lieu d'excision selon l'âge

Graphique 19 - Lieu d'excision par type et degré

Graphique 20 - Coexcisions par ethnie

Graphique 21 - Coexcisions par type et degré

Graphique 22 - Coexcisions par âge à l'excision

Graphique 23 - Coexcision par lieu d'excision

Graphique 24 - Initiation par ethnie

Graphique 25 - Initiation selon l'âge

Graphique 26 - Initiation selon le type et degré d'excision

Graphique 27 - Initiation selon l'âge à l'excision

Graphique 28 - Excision des filles par ethnie, répartition des "oui"

Graphique 29 - Excision des filles selon l'âge des mères, répartition des "oui"

Graphique 30 - Excision des filles selon le type et degré d'excision des mères

Graphique 31 - Excision des filles par lieu d'excision des mères, répartition "oui" et "non"

Graphique 32 - Lieu d'excision des filles selon le lieu d'excision des mères, répartition des "oui"

**Cartes**

Carte 1 - Situation des centres d'observations (centres retenus pour analyse statistique et les autres, nombre d'observations par centre, taux d'excision par centre)

Carte 2 - Carte des densités au Sénégal (1976)

Carte 3 - Eco-cultures de l'excision au Sénégal

Carte 4 - La confrérie mouride, répartition au Sénégal

Carte 5 - La confrérie tijane, répartition au Sénégal

Carte 6 - Ségambie : ethnies ne pratiquant pas l'excision, par ensembles linguistiques

Carte 7 - Ségambie : ethnies pratiquant l'excision, par ensembles linguistiques

Carte 8 - Langues et pays diola et pratique de l'excision

**Encart**

Encart 1 - Variations de la pratique de l'excision selon les secteurs géographiques

**Schéma**

Schéma 1 - Types et degrés d'excision

## Annexe V : Spécimen d'une fiche de collecte des données et la notice d'accompagnement

### Sondage ponctuel sur l'excision au Sénégal. Indication sur le codage des données collectées

Tous les cas doivent être recensés., même ceux ne présentant pas d'excision.

#### Questions :

- Age : en années.
- Ethnie et village/région/pays d'origine (pour les non-sénégalaises).
- Religion : M = musulmane, C = catholique, autres.
- Excisée : O = oui, N = non.
- Type et degré: exemples : I ++, II+ (voir ci-dessous pour les critères).
- Age à l'excision : en années.

#### Mode d'excision :

- T = traditionnel, H = en milieu sanitaire.
- H = excision par un homme, F = excisée par une femme.
- Lieu de l'excision (village, Dakar, etc).
- Excision individuelle = I.
- familiale = F (avec des sœurs ou parentes);
- villageoise = V (par classe d'âge du village).
- Initiation complémentaire: O = oui, N = non.
- Excision des filles:
- faites ou sera faire: O = oui, N = non;
- où? (Dakar, village, etc).
- Observations complémentaires particulières.

#### Types et degrés d'excision

- Type I : dite excision "sunna", opérée uniquement sur le clitoris.
- Degré I : Intervention bénigne : ablation du capuchon du clitoris uniquement.
- Degré II : Intervention moyenne : ablation du capuchon du clitoris et du gland du clitoris.
- Degré III : Intervention sévère : ablation de la totalité du clitoris.
  
- Type II : clitoridectomie et ablation des petites et/ou grandes lèvres.
- Degré I : clitoridectomie et ablation des petites lèvres.
- Degré II : clitoridectomie, ablation des petites lèvres et ablation partielle des grandes lèvres.
- Degré III : clitoridectomie et ablation totale des petites et grandes lèvres.
  
- Type III : infibulation = clitoridectomie, ablation des organes génitaux externes et opération pour refermer la plaie de façon plus ou moins complète.

## Annexe VI : Excision et Sida, 1987-1989

### Evolution en trois ans de l'approche de la question.

#### Bibliographie commentée

L'interface excision et Sida risque de pâtir des débats qui ont agité et la question de l'excision et celle du Sida. Dans ce contexte qui relève plus de la passion que de la recherche, il est malaisé de présenter une analyse concrète et tournée vers l'avenir et l'action de la nature de la relation excision et Sida.

Nous présentons ici un survol des quelques contributions documentaires accessibles sur la question. La présentation se fera par ordre chronologique, de manière à faire apparaître l'évolution qui, semble-t-il, se dessine dans le traitement de cette question.

#### 1986

- *Win News* : "Aids - Acquired Immune Deficiency syndrome and female genital mutilation", XII-3, été 1986, pp. 44-46, Lexington, MASS., USA, Fran P. HOSKEN ed.

et

- *The New York Times*, lundi 15 décembre 1986, Letters, "Why AIDS pattern is different in Africa", by Fran P. HOSKEN

Ces deux documents provenant d'une personnalité et de son organisation, mondialement réputées pour ses recherches, sa lutte contre l'excision et ses prises de position féministes, argumentent sur le fait que si l'épidémiologie du Sida est différente en Afrique (de ce qu'elle est aux Etats Unis, notamment), cela est dû aux pratiques sexuelles masculines violentes (mutilations sexuelles, mariages précoces, déchirures vaginales et désinfibulations, viols, polygamie, prostitution), autant de comportements présentés comme "the sexual customs of Africans", spécifiques, violentes, et d'origine masculine.

Outre le fait que ces arguments ne reposent sur aucune donnée chiffrée statistique, mais sur des rapports de voyages d'étude et sur des convictions personnelles - que tous sont loin de partager - il semble que les éléments soient plutôt à prendre dans le contexte d'un débat d'idées plutôt que d'une analyse réelle et précise, des faits, dans leur dimension de causalité vis à vis de la transmission du Sida.

#### 1987

"Le Sida et l'excision féminine", Extraits d'un exposé par le Dr M. CARBALLO, OMS, 25 novembre 1987, in *Bulletin du Comité Interafricain sur les pratiques traditionnelles ayant effet sur la santé des femmes et des enfants*, n° 5, mars 1988, p. 8.

Ce document met l'accent sur l'incertitude pesant sur l'origine du Sida, et réfute l'intérêt d'une recherche sur ce thème tant qu'elle est perçue comme recherche d'un responsable.

1987

Daniel B. HARDY : *"Cultural practices contributing to the transmission of Human Immunodeficiency Virus in Africa"*, publié pour la première fois in *Review of infectious diseases*, 9, n° 6, nov/déc 1987, pp.1100-1119, et reprise dans une étude sur le Sida en Afrique.

Cette étude s'attache à faire ressortir si, et de quelle façon, les pratiques dites traditionnelles, examinées tour à tour, peuvent effectivement être facteur de transmission du Sida; et, si oui, par quel biais, si non, pourquoi. Elle vise en partie à établir si et en quelle manière l'Afrique présente un mode de transmission spécifique du Sida (à la différence de celui prévalant à l'Ouest, i.e; les Etats-Unis et l'Europe occidentale - où les facteurs de risque sont de façon prédominante l'homosexualité et les injections par intraveineuses). En Afrique, où l'auteur souligne qu'autant d'hommes que de femmes sont touchés par le Sida, y-a-t-il un mode transmission particulier, notamment par voie hétérosexuelle?

Le comportement sexuel africain, qualifié assez maladroitement de "promiscuous" (décrivant une vie sexuelle jugée plus libertine en Afrique), ainsi que d'autres pratiques sexuelles (homosexualité et coït anal), et les pratiques culturelles : excision et infibulation, exposition au sang (saignées thérapeutiques, fraternités de sang, lavements rituels et médicaux), pratiques impliquant l'utilisation collective d'un instrument : injections médicales, scarifications rituelles, circoncisions collectives, tatouages génitaux, rasage du corps) et enfin contact avec les primates non-humains (pour la chasse et l'alimentation).

Chaque type de pratique est analysé à tour de rôle, et, sans entrer ici dans le détail de chaque examen, force est de remarquer que la proposition de base : "telle pratique donné peut accroître le risque de transmission du Sida" est infirmée par nombre de considérations. Au total, il semble se dégager la conclusion qu'aucune de ces pratiques culturelles ou sexuelles ne suffit à répondre à l'ensemble des questions qu'elle soulève quant à leur possibilité d'être facteur de transmission original du virus en Afrique. La conclusion la plus plate est qu'on n'en sait toujours rien, et que si chacune des pratiques peut augmenter la probabilité de transmission du Sida, aucune d'entre elle ne paraît constituer un facteur majeur de transmission.

1988

*"A clarification on female genital mutilations and Aids"*, dans *Women's world* n°18, juin 1988, p. 17.

Dans cet entrefilet, l'OMS reconnaît le risque de transmission du Sida par l'excision.

1988

Margaret CERULLO et Evelyn HAMMONDS : *"AIDS and Africa : the western imagination and the dark continent"*, in *Radical America*, vol 21, n° 2 et 3, printemps 1988, pp. 7-14

Une note polémique argumentant que l'ensemble des recherches menées et opinions présentées sur la situation du Sida en Afrique est fortement connotée des phantasmes des chercheurs occidentaux concernant la sexualité africaine, dans ce qu'elle a d'autre et d'exotique. Les auteurs mettent en garde contre trois dangers bien réels: le coût "politique" des tests de dépistage, qui interdit leur vulgarisation d'une façon accessible à l'Afrique; les risques découlant des pressions faites pour l'abandon de l'allaitement maternel, et le risque de voir les Africains servir de cobayes dans les expérimentations.

1988 (?)

Ilona SURICK, M. Mc LAUGHLIN, M. CHIASSON et al.: "HIV infection and circumcision status", New York City Dept of Health, N.Y., USA (note bibliographique, session d'affichage, T.A.P. 89, Congrès de Montréal, juin 1989), s.d.

La conclusion de cette commission établit, à la suite de deux études dans les cliniques de traitement de MST à New York City, sur un total de 1726 hommes, qu'il n'a pas été possible de faire apparaître une relation indépendante entre le fait d'être circoncis et l'infection par HIV. En guise de commentaire dans la ligne de notre propre objet, on peut souligner que d'une part la circoncision et l'excision ne sont pas analogues en nature, et d'autre part, la circoncision aux Etats-Unis ne se pratique sans doute pas comme en Afrique, mais probablement sous couverture sanitaire rigoureuse. Quoiqu'il en soit, il n'en demeure pas moins que la conclusion de l'étude est nette: pas de relation entre circoncision et Sida.

1989

John BONGAARTS, Priscilla REINING, Peter WAY, Francis CONANT: "The relationship between male circumcision and HIV infection in African populations", Current Science Ltd, ISSN 0269-9370, pp.373-377.

Cette recherche ne concerne elle aussi que la circoncision des hommes, mais en Afrique et sur une grande majorité des groupes ethniques du continent. Or elle présente la conclusion à première vue paradoxale, qui tendrait à faire apparaître que des hommes circoncis seraient moins infectés par le Sida que les non-circoncis. L'explication donnée à cette observation interdit de transposer cette découverte à la relation excision et sida. Mais pour le moins, elle souligne que les apparences sont parfois trompeuses, même en matière médicale. D'où, pour la question de l'excision du Sida, la nécessité d'être prudent dans les argumentations polémiques et le besoin de recherches spécifiques.

1989

Comité Interafrican (CI-AF) sur les Pratiques traditionnelles ayant effet sur la santé des femmes et des enfants en Afrique: "A consultation expert group meeting on the possible links between traditional practices and the transmission of AIDS virus", Draft conclusions and recommendations (rapport final en cours de publication), Addis Abeba, 9-11 mai 1989, ECA.

Cette approche présente l'intérêt de sortir le débat de l'ornière où il semble s'être fourvoyé depuis le début (à l'image du débat sur l'origine du Sida). Dégagée de préoccupation quasi-doctrinaires, ou de recherches de preuves irréfutables qu'on n'a pu établir, d'une part sur le Sida, d'autre part sur l'excision, elle présente à notre avis, un pas qualitatif dans l'approche de la question, nouveau et plus constructif, à savoir la ré-intégration de la question de l'excision et de la question du Sida dans l'ensemble des conditions sanitaires et environnementales vécues par les femmes et les enfants d'Afrique.

Ces deux réalités sont ainsi mises en perspective avec le taux croissant de la mortalité et morbidité maternelles, l'ensemble des pratiques traditionnelles effectuées sur les enfants et les femmes, le fait indéniable que certaines d'entre elles sont bénéfiques, le besoin d'éducation et d'information sanitaire, l'importance de la médecine traditionnelle, et les actions entreprises partout en Afrique pour éradiquer l'excision.

Le groupe s'est accordé sur les priorités d'action : recherches et analyses sur les pratiques traditionnelles et le Sida, plans d'actions gouvernementaux pour l'éradication des pratiques néfastes, formation des tradipraticiens, éducation sexuelle, promotion d'un comportement sexuel responsable (préservatifs, lutte contre le harcèlement sexuel des mineurs), campagnes de sensibilisation, participation des structures scolaires et communautaires, interdiction légale de l'excision, amélioration des techniques de stérilisation, tests sanguins prénuptiaux, aide et appui aux familles chargées de malades atteints du Sida, réunions sur le thème de la santé et du statut des femmes et des enfants, matériel éducatif, collaboration avec les médias, alternatives viables pour les tradipraticiens.

On ne peut qu'espérer qu'une telle perspective réaliste et tournée vers l'action puisse s'étendre et se matérialiser.

## Annexe VII : Poème

### L'excision

Seul l'ignorant dilapide !  
 Les jeunes pousses ont été arrachées  
 Les gousses en phase d'éclaire ont été dévastées à plein-faux  
 Mais, faucheuse au long couteau, là s'arrête ta tyrannie !  
 Marie : vivent les femmes éveillées, averties et porteuses d'espoir.  
 Jeyna chérie, témoin de ton excision, j'ai peur.  
 Inquiet, témoin de ton excision, je suis ému.  
 Jeyna chérie : témoin de ton excision j'ai peur.  
 Dois-je m'appuyer sur des normes sanitaires pour t'exciser ?  
 Arrive le grand jour tant ébruité  
 Avec ses longs préparatifs et ses noires intentions ;  
 Les voisins sont mis au parfum et le bourreau averti.  
 Le couteau du forfait est prêt et la fille terrassée.  
 Aîné adoré, j'ai compris ton message.  
 Seigneur ! ma mère deviendrait-elle mon ennemie,  
 Elle qui me prit par la main et me dirigea vers l'agora de la honte,  
 Place de la honte qu'on aimerait tant survoler.  
 Oui, l'excision n'est pas une honte ?  
 Je pleure celle privée de joie et qui traîne la souffrance.  
 Celle qui vit hébétée et meurt à sa première couche.  
 Celle qu'on regrette, parfois sans laisser de descendant  
 Aussi est-on unanimes, point d'excès en excision  
 Pour que vive la jeune fille et préservée soit la femme  
 Cahin caha, la marche des talibés,  
 Notre marche est à embellir  
 Entre Médina et Golléré, elle est bien à embellir.  
 N'aimes-tu pas les graines de sorgho fraîches ?  
 Oh je les aime tant !  
 Sans saigner ni souffrir ?  
 C'est mon vœu  
 J'ai déjà fait mon choix,  
 La cause est entendue,  
 Que la mère soit épargnée et la fille sauvée  
 C'est mon vœu.

Ngaari Laaw GIE  
 Groupe Musical Pulaar  
 (Musique, chants, danses)  
 Abou Thiam, chanteur  
 Sicap rue 10, rue Bène n° 12  
 Dakar - Sénégal

## Duhngo rewbe

Gando bonnatah !  
 Njabeeri potnoondi duuleede soppaama  
 Yooqooje potnoodé reneede ñaayaama  
 Kuttoori wela labal yida laamu  
 Laamu ma solii  
 Jaaraama rewbe finbe faambe yaakoraabe Marie  
 Jeynaa yoo ! e duhngo ma mi huli  
 Mi faayii yoo ! e duhngo ma mi naji  
 Jeynaa yoo ! e duhngo ma mi huli  
 So mbodo duhnuma sardiiji mi rewat  
 ñalgu daddee, heblenee fahndoree  
 Hoddiibe tintine duhnoowo noddoye  
 Labal borjere balline, mboomri fomnee ajjine  
 Jeynaa yoo ñabbuuli mi rokkataama  
 Deedoy yoo haal maada mi nanii.  
 Laahilahaa, hoto neene wantu gaño-am  
 Nanngami e junngel fahra boowel weejeende  
 Boowel weejeende karaaje belde wirtaade  
 Boowel weejeende boomungal jooni woni weejeende  
 Woy cinndingel mette, dawa, weytaare  
 Ngel haqille eggé, jaarungel dikkuru  
 Kaamtangel sabu dono daccani  
 Anndube kawri : duhnoobe hoto pakitine !  
 Mbele wuura boomel, hisa ceemedel.  
 Munguru-munguru yahdu fosinaaji  
 Njodnen jabbe men.  
 Hakkunde Madina e Golleere  
 Njodnen jabbe men  
 Mbete a yida moŋngo feela ?  
 Mbodo yidi kayi  
 Yiyam rufaa, bernde hubbaa ?  
 Mbodo yidi kayi  
 Yumma hisa, bidde dannde ?  
 Mbodo yidi kayi.  
 Min dey mi subiiima, mi gayni  
 Koko hawraa koo.

*Note: composition musicale en pulaar créée dans le cadre du programme ENDA-CI-AF sur l'excision, décembre 1990.*

# environnement africain

cahiers d'étude du milieu et  
d'aménagement du territoire

## A. REVUE PERIODIQUE, éditée en français et en anglais

- n° 11-12 numéro spécial sur les technologies traditionnelles  
 n° 13 notamment : les jachères de savane par O. AREOLA  
 n° 14-15-16 : numéro spécial ENDA-UNICEF «Enfance-Jeunesse dans les environnements soudano-sahéliens»  
 n° 17-18-19 : notamment la dégradation des sols au Kenya par R. BAKER  
 n° 20-21-22 : numéro spécial sur les énergies populaires  
 n° 23-24 : notamment : La santé au Sahel, par J. BUGNICOURT.  
 n° 25-26-27-28 : numéro spécial sur l'endettement africain et l'ajustement structurel  
 n° 29-30 : numéro spécial sur les déchets et les hommes

## B. SUPPLEMENTS : «ETUDES ET RECHERCHES»-«OCCASIONAL PAPERS»

- 1-92 : Titres sur demande  
 93 : Su Suuf Seddee (SOW) 2e impression  
 94 : Ecole nouvelle au Mozambique (SEARLE)  
 95 : Habitat Hausa (KEITA, ARADEON)  
 96 : Popular Participation as a Cargo Cult (LANGLEY)  
 97-98 : Initiatives paysannes au Sahel (ENDA)  
 99 : Energie et alimentation vécues au quotidien par les femmes (SOKONO et al.)  
 100-101 : Dynamiques socio-énergétique (DIMEO et JAMBES)  
 105 : La palmeraie (BEYE et EYCHENNE)  
 106-107 : Planifier la reforestation rurale (FOLLIOTT, THAMES, BAUMER)  
 108 : L'école future pour qui ? (SYLLA)  
 109-111 : Dynamique urbaine d'une société en grappe (NDIONE)  
 112 : Pauvreté ambiguë : enfants et jeunes au Sénégal (NDIONE, SAGNA, BUGNICOURT)  
 113-117 : Là où il n'y a pas de docteur (WERNER) 2e édition, 4e tirage 1990  
 118-119 : SIDA et Tiers-monde (PANOS/Enda)  
 120-121 : Pour une gestion de la faune au Sahel (VINCKE, SOURNIA, WANGARI)  
 122-123 : Prevention of Aids and Other Viral Diseases/Prévention du SIDA et d'autres maladies virales (colloque international, Dakar, déc. 1987)  
 124 : SIDA : s'informer pour l'éviter (NACIRI, Enda Maroc)  
 125 : Vivre et Mourir en Afrique (Enda, Syspro/CRDI)  
 126 : De pulpe et d'orange (SAMB)  
 127 : La sueur, l'huile et le fromager (RYCKMANS)  
 128 : Enfants de la rue, enfants perdus ? (DALLAPE)  
 129-130 : Là où il n'y a pas de dentiste (DICKSON)  
 131 : Oumarou Ganda, Cinéaste Nigérien (ISSA) (en cours)  
 132 : Grain Storage Losses in Zimbabwe (GIGA, KATERERE)  
 133-134-135 : Plantes médicinales du sahel (FORTIN)

## C. NUMEROS «HORS SERIE»

- 1-2 : Titres sur demande  
 3 : Environnement africain, Environnement arabe (en arabe)  
 4 : Aménagement et gestion environnementale en Afrique, jeux pédagogiques et formation (Enda/Unesco)  
 5 : Environnement africain, Environnement Caraïbe : Margenes/Margins/Marges. (Enda/MAB, Unesco)  
 D. Série : Enda-Documents Tiers-monde - Third World Documents : titres sur demande  
 E. Série : Relais technologique ; titres sur demande  
 F. Série : Essais, Documents de base et Réimpressions : titres sur demande  
 G. Série : Initiation aux Technologies populaires

1. La vie pastorale au Sahel  
 2. Le système de production pastoral au Sahel  
 3. Le Kalangal ou piège à Tourterelles  
 4. Le semis de sorgho de décrue au Fouta

## CONDITIONS DE VENTE

S'adresser à ENDA diffusion, BP 3370, Dakar, Sénégal; Tél. (221) 22.42.29/21.60.27; télex : 51456 SG; télécopie : (221) 22-26-95

1. VENTE AU NUMÉRO : Prix disponibles sur demande. Les documents ne seront expédiés qu'après règlement.

Port en sus : ajouter au montant de la commande

Afrique de l'Ouest : 30% du montant de la commande

Reste de l'Afrique : 40% du montant de la commande

Reste du monde : 50 % du montant de la commande

## 2. ABONNEMENTS 1991 (port inclus)

ENVIRONNEMENT AFRICAIN	TIERS-MONDE		INSTITUTIONS ET AUTRES PAYS
	ETUDIANTS	NORMAL	
A. REVUE PERIODIQUE (4 numéros)	7.000 CFA 140 FF	10.000 CFA 200 FF	15.000 CFA 300 FF
B. ETUDES ET RECHERCHES (10 numéros)	11.000 CFA 220 FF	17.000 CFA 340 FF	25.000 CFA 500 FF
C. ABONNEMENT COMBINE (A + B : 14 numéros)	17.000 CFA 340 FF	25.000 CFA 500 FF	37.500 CFA 750 FF



enda : à la fois organisation internationale «Environnement et Développement du Tiers-monde» et programme commun à plusieurs organisations, et parmi elles les suivantes



Le Département de la Coopération Technique pour le Développement s'attache notamment à l'appui au développement endogène. T.C.D., Nations-Unies, N.Y. 10017, (Etats-Unis)

L'Institut Africain de Développement Economique et de Planification, pour sa part, est un institut autonome placé sous l'égide de la Commission Economique des Nations Unies pour l'Afrique qui forme des planificateurs et mène des recherches sur le développement.

IDEP — B.P. 3186, Dakar (Sénégal).



Le Programme des Nations Unies pour l'Environnement a été établi lors de la première conférence des Nations Unies sur l'environnement humain qui s'est tenue à Stockholm en Suède. Le programme du PNUE est fondé sur la constatation que les considérations d'environnement sont intimement liées à la démographie et aux ressources dans le contexte global du développement.

PNUE — B.P. 30552, Nairobi (Kenya).



Le Secrétariat d'Etat autrichien pour la coopération internationale, "Europe et Intégration", appuie des ONG autrichiennes et internationales dans leurs projets de technologies appropriées et de santé de base.

A-1010 Vienne, Ballhausplatz 2 (Autriche).



L'Organisation Suédoise pour le Développement International est l'organe officiel du gouvernement suédois chargé de la coopération technique. Elle s'intéresse spécialement à l'aménagement de l'environnement, notamment aux problèmes ruraux et aux formes d'enseignement adaptées au Tiers-monde.

ASDI — Birger Jarlsgatan 61, Stockholm (Suède).



La Coopération au développement et Aide Humanitaire (DDA, ex CTS) relève du Département Politique Fédéral et appuie notamment des activités de développement à partir des communautés de base.

DDA — 3003 Berne (Suisse).

**DEVNOG**

Service d'information et de liaison avec les organisations non gouvernementales. Ministère de la coopération et du développement

DEVNOG — 1 bis avenue de Villars, 75700 Paris (France)



Comité Catholique contre la Faim et pour le Développement  
CCFD — 4, rue Jean Lantier, 75001 Paris (France).



enda tiers-monde  
dakar