

# DÉMOGRAPHIE ET CULTURES

*Colloque international de Québec  
(Canada, 25-29 août 2008)*



**ASSOCIATION INTERNATIONALE DES DÉMOGRAPHES DE LANGUE FRANÇAISE  
A I D E L F – 133, boulevard Davout – 75980 Paris Cedex 20 (France) – <http://www.aidelf.org>**

# Perpétuation intergénérationnelle de la pratique de l'excision au Burkina Faso

---

**Abdoulaye MAÏGA**

Institut Supérieur des Sciences de la Population, Université de Ouagadougou

**Banza BAYA**

Institut Supérieur des Sciences de la Population, Université de Ouagadougou

## Introduction

Lorsque l'imaginaire des populations africaines, leur agir ou leur vécu soulèvent une interrogation ou un désir de compréhension, la réponse à laquelle a généralement droit le regard curieux est du genre « *ya rogm miki* ». Pour littéralement dire, *nous sommes nés trouver et nous nous devons de nous aligner, sans objection ni recherche des fondements*. Cette réponse, couramment rencontrée en pays mossé<sup>1</sup> au Burkina Faso, en même temps qu'elle traduit toute la difficulté d'intelligibilité des phénomènes dans les sociétés africaines, décrit les mécanismes de construction et de perpétuation des perceptions et de l'agir des populations. Et c'est là que la tradition trouve tout son sens. En Afrique, les traditions, relevant du dogmatique et même souvent de l'esotérique, sont dynamiques non pas en termes de réforme, mais de véhicule dans le temps de normes et valeurs socialement acceptables.

L'essence d'un phénomène peut être ignorée, mais les mécanismes de sa reproduction sociale demeurent et s'enracinent. Les vieillards ou doyens sont les principaux responsables du respect et du transfert des valeurs traditionnelles. N'en demeure que les autres acteurs sociaux, notamment les femmes jouent un rôle assez important dans le transfert intergénérationnel des normes et des habitus. Généralement perçues comme de simples figurantes dans la société traditionnelle ou des sujets soumis au dictat ou à l'assujettissement des hommes, la contribution des femmes échappe bien souvent à l'analyse ou à la comptabilité de la reproduction sociale. De par l'organisation sociale et la répartition sexuelle des prérogatives et des attributions, certaines activités ou pratiques sociales relèvent davantage du domaine de compétences de celles-ci. Il s'agit d'activités, qualifiées de « *affaires de femmes* », qui les concernent et les impliquent directement. Et c'est dans cette catégorie de « *histoires de femmes* » qu'on a les mutilations génitales féminines ou « excision ». Le concept d'excision ici fait allusion aux mutilations génitales féminines dont elle est en fait une variante. Ces mutilations concernent l'ensemble des interventions ou opérations conduisant à l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou des lésions de ces organes pour des raisons culturelles ou pour toute autre raison non thérapeutique.

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

---

<sup>1</sup> Ethnie majoritaire du Burkina Faso

l'exploration des mécanismes et des facteurs de responsabilités de la prévalence et de la perpétuation de cette pratique, nonobstant les mesures entreprises pour son éradication.

Au Burkina Faso, les mutilations génitales féminines sont une pratique assez généralisée et qui tend à se pérenniser au nom du respect de la tradition, la conviction à des croyances socioculturelles ou autres rationalités. En 2003, près de 8 femmes sur 10 en âge de procréation avaient subi ces mutilations (Données EDS, 2003). Nonobstant une législation la condamnant (Cnlpe, 2008), cette pratique continue à sévir. Environ 3 mères sur 10 ont fait exciser au moins une de leurs filles et 8% d'entre elles en ont l'intention (Données EDS, 2003). La pratique des mutilations génitales est perçue dans l'imaginaire collectif comme une opération de femmes et qui engagerait les femmes, excluant de facto les hommes. La question est donc de savoir comment des mères qui ont subi les stigmates d'une telle pratique et qui sont conscientes de ses conséquences peuvent-elles la répercuter sur leurs progénitures féminines ? Quelles sont les caractéristiques des mères répercutant ou non cette pratique sur leurs filles, en considération de leur statut d'excision ? La relation entre le statut d'excisées des mères et celui des filles ne serait-elle pas fallacieuse, car occultant d'autres facteurs démographiques ou socioculturels plus vivaces ?

Faisant suite à ces questionnements, l'objet de cette étude s'inscrit dans la perspective d'une meilleure intelligibilité de la logique de perpétuation ou la continuité de la pratique de l'excision entre générations ayant évolué dans des contextes sociaux différents. Plus spécifiquement, l'analyse vise à rechercher le lien entre le statut d'excision des mères et l'exposition de leurs filles à cette pratique dont les conséquences sur les plans sanitaires ou

## 1. La pratique de l'excision : convergences et divergences

La pratique de l'excision a la particularité de n'être pas circonscrite à un pays, une religion, un milieu de résidence, une classe sociale ou un groupe ethnique donné. Cette situation hétérogène et équivoque complexifie conséquemment son analyse, sa compréhension ou l'élaboration de stratégies pour son éradication. Ce sont près de 100 à 140 millions de femmes et de filles dans 28 pays dans le monde qui ont été soumises à cette pratique, et environ 3 millions de filles sont exposées chaque année au risque de subir cette exérèse (WHO, 2008). La partie subsaharienne et la corne de l'Afrique, ainsi qu'une portion du Moyen Orient à cheval sur l'Afrique et l'Asie sont les principaux foyers de prévalence. Dans certains pays - Égypte (97%), Mali (94%), Soudan (89%), Burkina Faso (72%) - la quasi-totalité des femmes ont vécu la douloureuse expérience de l'atteinte à leur intégrité physique intime. Dans d'autres pays, la pratique existe certes, mais dans de moindres proportions ; c'est le cas de la Tanzanie (18%) ou du Yémen (23%) (Creel, 2002).

Dans ces différents pays, l'excision est pratiquée sous des formes multiples. La classification internationale des mutilations génitales féminines établie par l'OMS distingue quatre types ou familles de mutilations. Le type 1 consiste en l'ablation partielle ou totale du clitoris. Lorsque l'ablation du clitoris est combinée à une ablation partielle ou totale des petites lèvres, la mutilation est classée dans le type 2. Dans le type 3, se retrouve l'ablation partielle ou totale des organes externes avec suture ou rétrécissement de l'orifice (infibulation). La quatrième catégorie comprend toutes les autres interventions ou procédures telles que la perforation, piqûre du clitoris et/ou des petites et grandes lèvres ; la cautérisation par brûlure du clitoris et des tissus avoisinants, le grattage de l'orifice vaginal ou incision du vagin ; l'introduction de substances corrosives dans le vagin pour provoquer des saignements ; ou l'introduction de plantes dans le vagin pour son rétrécissement (WHO, 2008).

Le type I ou clitoridectomie (80%) est l'intervention la plus couramment rencontrée. Les mutilations génitales de la troisième catégorie sont certes moins importantes numériquement (15%), mais leurs conséquences sont les plus nombreuses et graves (Creel, 2002). Contrairement aux autres formes d'excision, l'infibulation est l'apanage de populations spécifiques de l'Afrique

orientale (Soudan, Erythrée, Djibouti, Somalie), et dans une moindre mesure de l'Ouest (Mali, Nigeria) (Vignikin, 1999 ; Creel, 2002). D'une étude réalisée au Burkina Faso et au Mali, il ressort une gradation des risques de complications gynécologiques suivant la gravité de l'intervention. Ainsi, les femmes infibulées sont deux fois et demie plus sujettes aux complications gynécologiques que les femmes ayant subi une excision de type 1 ou 2 (Creel, 2002). Les conséquences sanitaires des mutilations génitales féminines ont été largement démontrées dans de nombreuses études (Arkutu, 1998 ; Vignikin, 1999 ; Creel, 2000 ; WHO ; 2008). Ce sont des complications d'ordre gynécologique comme les hémorragies, les infections vaginales et urinaires, le développement de kystes dermoïdes au niveau du clitoris, les oblitérations vulvaires, les dysménorrhées, les fistules vaginales, la stérilité, les infections sexuellement transmissibles dont le VIH. Toutes ces complications, survenant à court ou long terme, conduisent souvent au décès des filles ou des femmes. Des conséquences psychologiques ont été aussi notées avec les cas de traumatismes, de frigidité ou anaphrodisie liés à l'excision. Il ne faut pas aussi perdre de vue que la pratique de l'excision a des implications juridiques et humanitaires. En effet, cette pratique est une négation des droits de la femme et de la fille, et une atteinte à leur intégrité physique, contraire au programme d'action de la CIPD du Caire en ses paragraphes 7.1 à 7.48 relatifs aux droits et à la santé de la reproduction (UNFPA, 2004).

S'il y a un aspect pour lequel l'excision enregistre aussi une divergence dans sa pratique, c'est bien l'âge à l'excision (Konaté, 1993 ; Arkutu, 1998 ; Thiriati, 1998 ; Erny, 2001). Des variances sont notées en fonction des ethnies, des régions, de la vocation rituelle de la pratique ou son évolution dans le temps. Dans les sociétés où l'excision revêt un caractère rituel ou à vocation d'initiation, ce sont des générations de filles qui sont collectivement soumises à l'intervention. L'opération chirurgicale se déroulait à l'orée de la puberté sociale, phase de la vie au cours de laquelle la jeune fille est censée bénéficier d'un transfert de connaissances et d'habitus, en vue de la préparer à la future vie de femme et de mère. Un tel schéma est observable dans les sociétés *Cotocoli* du Togo, *Siamu* ou *Gourmantché* du Burkina Faso (Konaté, 1993 ; Thiriati, 1998 ; Gnanou, 2001). Dans les sociétés où l'esprit initiatique ne constitue pas le fondement de sa pratique, l'excision peut intervenir à différents stades de la vie de la fille ou de la femme, mais généralement en relation avec des événements de sa vie. L'opération peut ainsi être effectuée quelques jours après la naissance de la fillette, durant la petite enfance, à l'adolescence, à la survenue des premières menstrues, en prélude au mariage ou même après la première naissance. Mais de plus en plus, l'âge à l'excision semble s'harmoniser, en ce sens que l'opération a tendance à se faire assez précocement, durant la période infantile ou juvénile. Chez les *Saraloké* et les *Fulani* dans la région sahélienne ouest africaine ou certaines ethnies du Soudan, l'excision est pratiquée entre le 7<sup>ème</sup> et le 40<sup>ème</sup> jour suivant la naissance de l'enfant (Arkutu, 1998), alors que des fillettes peules dans le Nord Togo y ont été soumises vers 5 à 6 ans (Thiriati, 1998). Les raisons avancées par rapport à cette précocité de l'opération tournent autour du désir de minimiser les souffrances de la fillette suite à l'exérèse. L'excision à bas âge favoriserait une cicatrisation rapide des blessures et serait un garant de la préservation de la virginité de la jeune fille, comme nous le verrons ultérieurement dans les représentations justifiant cette pratique. Mais la volonté de la pratiquer à l'abri des regards indiscrets et surtout la crainte d'un refus éventuel des filles à s'y soumettre expliqueraient davantage l'excision à la petite enfance (Arkutu, 1998 ; Vignikin, 1999).

Dans la plupart des pays, l'excision est pratiquée par de vieilles femmes ou exciseuses. Au-delà de sa connotation professionnelle, exciser est une vocation, une dévotion ancestrale, un héritage transmis de génération en génération au sein de certains clans ethniques ou des castes comme les forgerons. Le droit à exciser que confère l'origine sociale est renforcé par la dextérité de l'opératrice, ses connaissances occultes pour la protection contre les mauvais esprits et sa familiarité avec la médecine traditionnelle; Toutes choses qui lui valent respect, considération et prestige social (Arkutu, 1998). L'arsenal pour l'intervention est constitué de mixtures traditionnelles contre les hémorragies et la cicatrisation de la plaie; de lames de rasoir,

de tesson de bouteille, de couteaux de cuisine ou de scalpels pour l'ablation des parties génitales extérieures des filles. Le dernier instrument (scalpels) est assez évocateur de la tendance à la médicalisation de la pratique. En effet, des praticiens du corps médical moderne (médecins, sages-femmes, infirmiers) s'adonnent à cette pratique, en dépit de l'interdiction déontologique de l'OMS de cette pratique (Creel, 2002) et des sanctions pénales instaurées dans les pays. Des cas de recours à la médecine moderne pour l'excision ont ainsi été enregistrés en Égypte (61%), en Tanzanie (13%) ou au Mali (8%) (*op.cit.*).

La forte prévalence de l'excision, son approbation par différentes catégories sociodémographiques ou sa généralisation à des entités culturellement différentes sont le produit d'une articulation complexe de représentations, d'enjeux et de fonctions.

## 2. Fondements de la pratique de l'excision

Les raisons, facteurs, justificatifs ou arguments avancés par rapport à la pratique de l'excision sont légion et recouvrent des considérations d'ordre culturel, sociologique, religieux, métaphysique, esthétique ou sanitaire.

Dans nombre de sociétés, l'excision est appréhendée comme une pratique ancestrale que les descendants se doivent d'observer et de perpétuer au fil des générations (Konaté, 1993 ; Ouédraogo, 1997). C'est une tradition liée à la consécration et l'ordonnance ancestrales. Le conformisme aux normes et valeurs traditionnelles fait par conséquent obligation à tous parents de soumettre leurs progénitures féminines à l'excision, au risque de subir le courroux des ancêtres. L'emprise ancestrale s'étend jusqu'à la ritualité ou le cérémonial associé à l'excision. L'initiative d'excision est prise par les parents (pères, mères, grands-parents, tantes ou parents à plaisanterie), mais l'ordre d'exciser est donné par les ancêtres, après consultation des fétiches et les offrandes à leur égard (Konaté, 1993). L'excision prend ainsi une dimension religieuse et surtout métaphysique qu'on retrouve aussi dans le mythe dogon de la dichotomie sexuelle des individus. Chez les dogons, société fortement animiste du Mali, l'homme, à la naissance, possède un attribut sexuel féminin matérialisé par le prépuce recouvrant le gland du pénis, alors que le clitoris serait l'organe symétrique du pénis chez la femme. La circoncision et l'excision rétabliraient ainsi homme et femme dans la conformité corporelle (Sindzingre, 1979). Pour la société *bwaba* au Burkina Faso, l'excision est un rite fondamental pour la fécondité, en ce sens que ce sont les fragments des parties génitales excisées et le sang de l'opération enterrés qui vont se transformer en un flux de procréation et retourner à sa propriétaire (Konaté, 1993).

À l'instar des animistes, les fidèles des religions modernes brandissent souvent l'argument religieux comme justificatif de la pratique de l'excision. C'est notamment le cas des populations d'obédience musulmane dans des pays comme l'Égypte, le Tchad ou le Mali (Arkutu, 1998). Cet argument est sans fondement, car la pratique de l'excision n'est nullement prescrite dans le coran (Sindzingre, 1979). S'il est vrai que l'excision a une grande ampleur dans les pays islamisés, il n'en demeure pas moins que cette pratique est antérieure à l'introduction de l'Islam dans ces pays. Par ailleurs, la rareté ou l'absence de cette pratique dans des pays fortement islamisés comme l'Iran, la Tunisie ou la Turquie est une preuve indéniable de son caractère anti-islamique (Konaté, 1993 ; Thariat, 1998).

Dans de nombreuses sociétés, l'excision revêt un caractère rituel et s'inscrit dans une perspective d'initiation des filles (Sindzingre, 1979 ; Thariat, 1998 ; Erny, 2001). Le rituel consiste en une retraite, généralement dans une brousse environnante du village, de jeunes filles à l'âge de la puberté sous la surveillance de femmes et de l'exciseuse. Durant ce séjour, dont la durée est variable d'une entité culturelle à une autre, les filles subissent l'ablation des parties génitales extérieures. Cet acte a pour objectif d'inscrire dans le corps et l'esprit de façon irréversible, le passage de l'état de fillette au statut de femme. C'est un marqueur de la maturité sociale de la femme, son ascension au rang d'adulte, ainsi que la possibilité d'accession aux

avantages ou prérogatives (mariage, maternité) liés à ce nouveau statut. Durant le rite, en plus de l'acte chirurgical qui consacre la maturité, les filles étaient censées recevoir un enseignement visant à les préparer pour la vie conjugale et de mère. Le lien entre excision et mariage est si important dans certaines sociétés qu'il revient au futur époux d'assumer les charges liées au rituel d'excision de la fille (Thiriart, 1998). Ces enseignements comprennent l'apprentissage des rôles de la femme, les tabous liés à la menstruation, les secrets de l'enfantement, les bonnes manières sexuelles et les règles de comportement en société (*op. cit.*).

La portée initiatique de l'excision a été largement remise en cause dans les travaux de Sindzingre (1979) qui s'interroge sur la pertinence d'un rituel intervenant à un âge où les filles apprennent en fin de compte rien qu'elles ne sachent déjà. L'enjeu réel des retraites d'excision serait de protéger les fillettes ou adolescentes de dangers réels ou symboliques (hémorragies, attaques sorcières) ou de contrôler leur respect de certains interdits, comme le contact avec les hommes. Elle fait le parallèle avec la circoncision, en soulignant que s'il y a aspect initiatique pour l'excision, c'est un thème secondaire ; alors que pour la circoncision, l'initiation est un élément de « la perfection », dans le corps même, du « contrat » social, de l'intégration et de l'acceptation de la norme.

Dans les rationalités des sociétés où l'excision est un rituel d'initiation, cette pratique procède d'une volonté manifeste de définir socialement la femme, car on ne naîtra pas femme, mais on le deviendrait sous l'instrument de l'exciseuse (Konaté, 1993). En effet, des enjeux de féminité et identitaires sont liés à l'excision. En ôtant à la fille son attribut masculin (clitoris), l'excision est un marqueur identitaire de la femme dans le sens de la féminité socialement reconnue. « *L'excision forçât un organe parfois tenu soit pour explicitement phallique, soit pour trop externe c'est-à-dire incompatible avec des représentations de la féminité comme réceptivité, intériorité* » (Sindzingre, 1979 : 180). En même temps qu'elle marque l'accès au statut de femme adulte, elle contribue à la production sociale de la différenciation des sexes. Cette marque de la féminité est ainsi le prélude à la vie d'épouse et de mère. Les femmes en union qui ne sont pas excisées dans certaines sociétés peuvent faire l'objet d'un divorce immédiat ou être contraintes à se soumettre à cette pratique (Creel, 2002). De même, la valorisation de cette pratique et sa reconnaissance sociale comme élément de construction de la féminité engendre une pression sur celles qui n'ont pas été excisées. Ouédraogo (1997) souligne le cas d'une mère de famille de quatre enfants qui s'est volontairement faite excisée, suites aux railleries de ses co-épouses.

La recherche de l'acceptation et de la reconnaissance sociale, la pression sociale, l'aspiration à une vie conjugale, le désir d'accroître la fécondité, la crainte de la stérilité, sont autant d'éléments symboliques de l'identité féminine rattachée à l'excision. En plus de cette vocation identitaire, la pratique de l'excision aurait un souci d'inculquer des valeurs morales liées à la sexualité aux jeunes filles (Sindzingre, 1979 ; Konaté, 1993 ; Erny 2001). Eu égard à son caractère érogène, le clitoris favoriserait une volupté sexuelle de la fille ou de la femme et un manque naturel de contrôle de sa sexualité ; toutes choses qui peuvent la conduire à contracter des rapports sexuels préconjugaux, interdits, ou s'adonner facilement à l'infidélité au cas où elle est en union. La clitoridectomie a donc pour effet de réduire cette volupté et cet appétit sexuels. La femme parviendrait ainsi à préserver sa virginité jusqu'au mariage, être fidèle à son mari et se consacrer à la procréation, perçue comme finalité de la sexualité féminine.

Sur un plan esthétique et sanitaire, le clitoris est perçu, dans les sociétés *bwaba* du Burkina Faso, comme un organe peu présentable, « laid », « sale », « pointu », un obstacle physique entre l'homme et la femme lors des rapports sexuels (Konaté, 19993). Dans la mythologie *dogon*, la montagne, assimilée au clitoris, serait l'obstacle de la consommation de l'union entre le ciel et la terre (Sindzingre, 1979). L'ablation de cet organe, considéré comme un *excès par défaut* favoriserait la plénitude des rapports sexuels, tout en préservant l'homme d'une mort éventuelle. En effet, chez les *bwaba*, la « *piqûre* » de la verge de l'homme par le

clitoris lors des rapports sexuels pourrait provoquer le décès de ce dernier. De même dans l'imaginaire *mossi*, au Burkina Faso, le clitoris serait susceptible de provoquer la mort du nouveau-né, s'il advenait qu'il touche sa tête lors de l'accouchement (Ouédraogo, 1997). En outre, Les filles ou les femmes pourraient contracter des pathologies liées au développement de vers *-zanzuri*, en pays *mossi*- dans le clitoris ou une maladie appelée *Gnian* chez les *bwaba* (Konaté, 1993 ; Ouédraogo, 1997). Tout en favorisant la santé de la fille ou de la femme, l'ablation de cet organe d'imperfection faciliterait l'accouchement, et éviterait la mort accidentelle du nouveau-né ou du partenaire sexuel.

Ces quelques éléments présentent une vue synoptique des fondements ou rationalités qui sous-tendent la prévalence de l'excision ; une pratique qui s'est instaurée depuis des siècles et qui s'est perpétuée de génération en génération.

### 3. La reproduction sociale de l'excision : une responsabilité féminine ?

Loin de s'apparenter à un simple acte chirurgical, l'excision est une tradition qui s'est perpétuée au fil du temps, sous la conviction des rationalités précédemment évoquées. Elle s'est imposée dans le système de fonctionnement des sociétés, du fait de l'imaginaire, des fonctions et des enjeux qui lui sont rattachés. Aussi, des mécanismes ont-ils contribué à sa pérennité. Eu égard au caractère gérontocratique des sociétés africaines, les vieillards sont les dépositaires des traditions et les garants de leur survivance. À ce titre, ils veillent à la reproduction sociale des normes et valeurs traditionnelles, dont l'excision. Selon la répartition sexuelle des responsabilités et des prérogatives, la prise de décision au niveau familial relève de l'apanage des hommes. Même si leur avis n'est pas prépondérant, les femmes ont une responsabilité active et tacite dans le processus décisionnel, et surtout la mise en œuvre des actions consécutives aux décisions. Dans les attributions sociales, l'excision est considérée comme une « *affaire de femmes* ». Celles-ci ont par conséquent la responsabilité sociale d'assurer son organisation, sa perpétuation et sa pérennité. Certes l'avis des hommes et souvent des fétiches (Konaté, 1993) est requis, mais l'initiative d'exciser, l'organisation de la cérémonie d'excision, sa valorisation et même l'exécution de l'acte d'ablation du clitoris et/ou des autres parties génitales est du ressort des femmes. Comme, on l'a précédemment vu le « *métier* » d'exciseuse est une tradition transmise de mère à fille. Aussi, chaque mère veille à ce que sa fille lui ressemble par le marquage dans sa chair de l'identité féminine. La mère a la responsabilité d'éducation, de soins et d'accomplissement social de sa fille. Sous la conviction que c'est grâce à l'excision qu'elle a pu accéder à la vie conjugale, échapper à la stérilité, vivre une fécondité abondante, s'épanouir socialement, une mère ne peut souhaiter meilleur destin à sa fille que le sien. Ainsi pour Dacher (2006), plus encore que les hommes, ce sont les mères -groupe des femmes- qui imposent ces mutilations génitales aux jeunes femmes. Et c'est sur les femmes que devraient porter prioritairement les actions de sensibilisation pour enrayer cette pratique. Villeneuve (1937) citée par Sindzingre relève ce comportement « *indigne* » des mères en critiquant leur étrange volonté, même des plus civilisées d'entre elles, de maintenir ces « *rites barbares* », de ne pas s'y dérober et de les accomplir « *seules et de plein gré* ». En se référant aux travaux de Toubia (2003), Draege (2007) et Johnson 2007, WHO (2008:7) abonde dans le même sens en notant que :

*In many societies, older women who have themselves been mutilated often become gatekeepers of the practice, seeing it as essential to the identity of women and girls. This is probably one reason why women, and more often older women, are more likely to support the practice, and tend to see efforts to combat the practice as an attack on their identity and culture.*

Dans les récents travaux des enquêtes démographiques et de santé, il ressort de façon générale une plus grande susceptibilité des femmes, comparativement aux hommes, à soutenir la poursuite de l'excision. En Guinée 68% des femmes soutiennent l'excision contre 52% des hommes ; les proportions sont respectivement de 57% et 46% en Érythrée (Creel, 2002).

La situation n'est guère différente au Burkina Faso, où l'excision est une pratique assez valorisée, surtout dans la gente féminine.

#### 4. L'excision au Burkina Faso

Certains aspects relatifs à l'excision au Burkina Faso, notamment les logiques et les rationalités qui sous-tendent sa pratique, ont déjà été visités. Il s'agit dans cette section d'une analyse situationnelle de cette pratique qui s'y est instaurée comme une tradition.

Dans ce pays, les mutilations génitales sont une pratique quasiment généralisée dans la population féminine. En 2003, près de 8 (77%) femmes sur 10 en âge de procréation avaient subi une mutilation génitale (INSD, ORC MACRO, 2004). La prévalence est plus élevée chez les femmes ayant au moins une fille; 83% de ces dernières ont vécu l'expérience de l'excision (Données EDS, 2003). Aussi, plus de 3 mères sur 10 (32%) ont fait exciser au moins une de leurs filles. Parmi celles qui ont des filles non encore excisées, près de 8% ont manifesté l'intention de les faire exciser, tandis que d'autres doutent dans la même proportion (7,6%) sur l'intention de les faire exciser. Les mutilations génitales féminines au Burkina Faso concernent généralement les types I et II (94%), conformément à la classification de l'OMS. Ce sont des cas de clitoridectomie, accompagnés souvent d'excision des petites lèvres. L'infibulation -type III- existe, mais ne concerne que 4% des cas de mutilations ((INSD, ORC MACRO 2004), 2004).

La connaissance de ces pratiques est presque un secret de polichinelle, aussi bien chez les hommes (93%) que les femmes (97%). Par rapport au maintien de l'excision comme pratique sociale, les femmes y sont plus favorables, comparativement aux hommes. En effet, alors que 17% des femmes soutiennent la pratique et 9% sont indécises sur la question, ce sont 13% des hommes qui y sont favorables et 11% d'indécis. Dans le même sens, les femmes reconnaissent beaucoup d'avantages liés à l'excision que les hommes; 7 hommes sur 10 reconnaissent qu'il n'y a aucun avantage pour une fille d'être excisée, alors que c'est seulement 5/10 des femmes qui sont de cet avis. Ces dernières, de part leur opinion positive à près de 50% vis-à-vis de l'excision, seraient plus enclines à jouer un rôle dans le processus de perpétuation de cette pratique. Les avantages généralement avancés se résument à la reconnaissance sociale de la féminité de la fille excisée, un meilleur état hygiénique de l'appareil génital, la préservation de la virginité jusqu'au mariage, les nécessités religieuses, de meilleures chances d'être mariée.

L'acte opératoire de l'excision garde son caractère traditionnel, avec la prévalence des exciseuses traditionnelles ; 98% des filles ont été excisées traditionnellement, et dans 1,5% des cas, le profil de la personne ayant procédé à l'opération n'a pas pu être déterminé. La médicalisation de la pratique est presque inexistante (moins de 1%). Les filles sont excisées plus précocement comparativement à leurs mères. Ce sont 80% des femmes qui ont été excisées durant la petite enfance (0 à 9 ans), contre 92% chez les filles de ces dernières.

Dans 32% des opérations d'excision des filles, au moins une complication a été signalée. Il s'agit principalement des difficultés d'uriner ou de rétention urinaire (23%), les hémorragies excessives (17%), les inflammations de la zone génitale (7%), les infections et mauvaise cicatrisation (3%).

Par rapport à l'intention de faire exciser leurs filles, il est ressorti qu'une fraction non négligeable des mères a déclaré avoir des doutes sur la question. On peut présumer que ces doutes ne sont en fait que des intentions non révélées d'excision. En outre, les cas d'excision et d'intention d'exciser sont dans la réalité bien plus importants que ceux notifiés. Il s'agit de statistiques sur une base déclarative, susceptibles d'être biaisées du fait de la pénalisation de cette pratique par le droit moderne.

La lutte contre la pratique de l'excision date de la période coloniale, avec les actions de sensibilisation et d'éducation entreprises par les missionnaires chrétiens pour décourager les velléités en la matière. Après l'indépendance, les dirigeants nationaux ont continué le combat,

notamment avec une grande campagne radiophonique de sensibilisation en 1975 pour la négation de cette pratique. L'engagement des pouvoirs politiques contre cette pratique va se structurer et se formaliser avec la création par décret présidentiel en 1990 du comité national de lutte contre la pratique de l'excision (CNLPE), placé sous la tutelle du Ministère de l'action sociale et de la solidarité nationale. En plus de la coordination de la lutte, de la recherche et du suivi de l'évolution de la pratique des mutilations génitales féminines, cet organe entreprend des actions de plaidoyer envers les décideurs et des partenaires techniques ou financiers; des activités de IEC et de formation à l'adresse des leaders d'opinion (chefs coutumiers ou traditionnels, religieux), des corps militaires et paramilitaires, des ONG, des médias et de la population, tous sexes et âges confondus (OMS, 1999 cité par Creel, 2002). De ces efforts, la journée du 18 mai a été déclarée *journée nationale de lutte contre la pratique de l'excision*. Mais le clou de ce combat est l'adoption de la *loi N°043/96/ADP du 13 novembre 1996 portant code pénal sur l'interdiction des mutilations génitales féminines au Burkina Faso*. En son article 380, cette loi stipule que « *est puni d'un emprisonnement de six mois à trois ans et d'une amende de 150 000 à 900 000 francs CFA ou de l'une de ces deux peines seulement, quiconque porte ou tente de porter atteinte à l'intégrité de l'organe génital de la femme par ablation totale, par excision, par infibulation, par insensibilisation ou par tout autre moyen. Si le décès de la victime en résulte, la peine est un emprisonnement de cinq à dix ans* ». Les articles 381 et 382 portent respectivement sur la maximisation de la peine si le coupable est du corps médical, pouvant être suivie de sa radiation de ce corps pendant une période susceptible d'excéder 5 ans ; et la punition d'une amende de 50 000 à 100 000 francs CFA, toute personne qui ayant connaissance des faits prévus à l'article 380 n'en avertit pas les autorités compétentes (Cnlpe, 2008).

Nonobstant les nombreuses actions -de sensibilisation, d'information, d'éducation de plaidoyer et même les sanctions pénales contre l'excision- l'abandon de cette pratique n'est pas totalement acquis de nos jours. D'importants progrès ont certes été enregistrés, mais la pratique perdure et de nombreuses fillettes continuent ou continueront, selon les intentions, à sentir la lame meurtrière des exciseuses dans leur chair. Pourquoi une telle obstination à poursuivre une pratique qualifiée de « barbares » dans les discours, mais qui continuent dans à sévir dans les faits ? Apparemment, l'excision n'a pas fini de révéler ses secrets. Mais avant d'essayer aussi de comprendre les logiques ou les mécanismes de sa perpétuation, nous allons présenter l'approche méthodologique qui nous permettra de parvenir à cette fin.

### 5. Méthodologie de l'étude

Pour mener cette étude, les données de l'enquête démographique et de santé du Burkina Faso de 2003 seront sollicitées. Cette base de données contient un module sur l'excision riche en variables pour l'étude des mutilations génitales féminines. Il faut rappeler qu'au Burkina Faso, les mutilations génitales féminines concernent principalement les deux premières catégories de la classification de l'OMS, à savoir l'excision du prépuce avec ou sans excision partielle ou totale du clitoris (MGF I) et l'excision du clitoris avec excision partielle ou totale des petites lèvres (MGF II) que nous regroupons toutes deux sous le vocable d'excision pour les besoins de l'étude.

La perpétuation intergénérationnelle de l'excision est appréhendée de façon opérationnelle par la continuité de la pratique de l'excision de la génération de la mère vers celle de la fille, sans obligatoirement l'intention et/ou le consentement de la mère.

Par rapport à la question de savoir s'il existe un lien entre le statut d'excision de la mère et l'exposition de la fille à cette pratique, le postulat est que les mères excisées ont plus de risque d'avoir des filles excisées ou de vouloir les faire exciser comparativement aux mères non excisées, toute chose égale par ailleurs.

Les variables à expliquer sont de deux ordres. Premièrement, il s'agira d'expliquer l'excision effective des filles pour les mères ayant des filles excisées. En deuxième analyse, on

s'intéressera aux intentions des mères de faire exciser leurs filles, pour celles qui ont des filles non encore excisées.

La principale variable d'explication est le statut d'excision des mères. Cette variable sera mise en interaction avec d'autres variables à des fins de contrôle, pour obtenir l'effet net du statut d'excision de la mère sur l'excision effective des filles ou l'intention de les faire exciser.

Les variables de contrôle sont constituées de la génération de la mère, le milieu de résidence des parents de la fille, leurs perceptions de cette pratique, leurs niveaux d'instruction, l'ethnie et la religion de la mère. Autant de facteurs explicatifs qui permettront de cerner les tenants et les aboutissants de la continuation de cette pratique, dans une perspective sociodémographique et culturelle.

Les analyses seront faites à partir d'approches descriptives et explicatives multivariées - modèles de régression logistique et multinomiale- pour mettre en évidence la responsabilité respective de chacun des facteurs dans l'explication de la continuité de cette pratique.

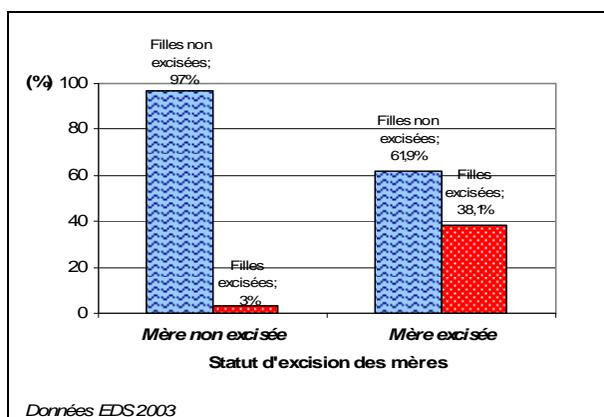
## 6. À la recherche des déterminants de la perpétuation de la pratique de l'excision

Partant du postulat que le statut d'excision des mères est un facteur explicatif de la perpétuation de la pratique de l'excision, les différents modèles d'analyse mettront à l'épreuve des faits cette hypothèse de base en la confrontant à d'autres variables susceptibles d'expliquer ce phénomène. Il s'agira de rechercher dans un premier temps le lien entre le statut d'excision de la mère et le statut d'excision des filles. Ensuite, pour les filles non encore excisées, les modèles d'analyses se focaliseront sur l'influence du statut d'excision des mères sur l'intention de faire exciser leurs filles.

### 6.1. Comment le statut d'excision de la mère influence-t-il celui de la fille ?

Au Burkina Faso, plus de 8 mères sur 10 ont été soumises à une forme quelconque de mutilations génitales. La prévalence de l'excision, certes moins élevée chez les filles de ces dernières, reste tout de même importante. En effet, 32% de ces mères ont au moins une de leurs filles déjà excisées.

FIGURE 1 : RÉPARTITION DES MÈRES SELON LEUR STATUT D'EXCISION ET LE STATUT D'EXCISION DE LEURS FILLES



En recherchant comment le statut d'excision de la mère pourrait influencer celui de la fille, l'analyse bivariée a révélé une association positive et statistiquement significative entre ces deux variables. À un seuil de signification de 1%, les femmes excisées sont celles dont les

filles sont le plus exposées à la pratique de l'excision, comparativement à leurs consœurs non excisées. En effet, sur 100 femmes excisées, 38 ont au moins une de leurs filles ayant aussi subi l'excision (cf. fig. 1) ; la proportion de filles non excisées étant 12 fois moins importante (3%) lorsque la mère n'a pas été excisée. Ces statistiques sont certes révélatrices de l'exposition différentielle des filles à l'excision selon le statut d'excision des mères, mais il ne s'agit là que de l'effet brut de l'influence du statut d'excision des mères sur celui des filles. Aussi, apparaît-il nécessaire d'analyser cette relation dans un modèle plus étendu intégrant d'autres variables susceptibles de révéler une relation fallacieuse.

Le modèle multivarié d'analyse des déterminants de l'excision effective des filles est significatif à 1% et a un pouvoir explicatif de 23% de cette pratique (cf. tableau 1). Dans ce modèle d'analyse, il ressort que le statut d'excision de la mère continue d'influencer positivement l'excision de la fille, toute chose égale par ailleurs. La probabilité pour une mère excisée d'avoir au moins une de ses filles ayant aussi subi l'excision est 18 fois plus grande que lorsque la mère est non excisée. Ceci dénote le caractère fortement discriminant et le pouvoir explicatif du statut d'excision des mères sur celui de leurs filles. Comparativement aux mères Mossi, les femmes de l'ethnie Bobo ou Dioula ont deux fois plus de filles excisées. Dans le même sens, la prévalence de l'excision est 50% plus importante parmi les filles dont les mères appartiennent à l'ethnie Peulh comparativement à leurs congénères Mossi.

TABLEAU 1 : DÉTERMINANTS DE L'EXCISION DES FILLES AU BURKINA FASO, 2003

Variables	Modèle d'effets nets : Régression logistique (Odds ratio)
1. Statut d'excision de la mère Non excisée Excisée	<i>référence</i> 17,5 ***
2. Ethnie de la mère Mossi Bobo Peulh Gourmantché Lobi Dioula Autres ethnies	<i>référence</i> 2,0 *** 1,5 *** 0,9 ns 1,1 ns 1,9 *** 1,0 ns
3. Religion de la mère Chrétienne Musulmane Animiste/autres	<i>référence</i> 1,5 *** 1,2 ns
4. Milieu de résidence Urbain Rural	<i>référence</i> 1,0 ns
5. Instruction de la mère Secondaire+ Primaire Sans niveau	<i>référence</i> 1,5 ns 2,0 ***
6. Génération de la mère Jeune génération (15-34 ans) Vieille génération (35-49 ans)	<i>référence</i> 5,2 ***
7. Opinion de la mère sur la continuation de l'excision Ne doit pas continuer Doit continuer Indécise	<i>référence</i> 2,5 *** 1,4 ***

8. Opinion du conjoint sur la continuation de l'excision Ne doit pas continuer Doit continuer Indécis	<i>référence</i> 1,7 *** 1,1 ns
9. Instruction du conjoint Secondaire+ Primaire Sans niveau	<i>référence</i> 2,4 *** 3,0 ***
<i>Seuil de signification du modèle</i>	***
<i>Adéquation du modèle R<sup>2</sup></i>	22,5%

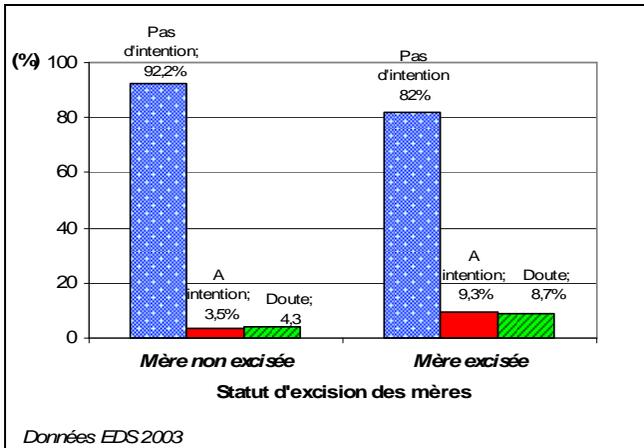
*Seuil de signification :*  
*ns : non significatif*  
*\* : significatif à 10%*  
*\*\* : significatif à 5%*  
*\*\*\* : significatif à 1%*

Les filles de mères musulmanes ont 50% plus de chance d'avoir été excisées que celles dont les mères sont d'obédience chrétienne.

Le milieu de résidence n'a aucune influence sur l'excision des filles ; la prévalence de l'excision parmi les mères citadines étant égale à celle du milieu rural. Aussi bien pour les mères que leurs filles, l'ampleur de ce phénomène est sensiblement la même en ville et en campagne. Nonobstant l'homogénéité du phénomène dans ces deux milieux, il faut noter que pour l'acte chirurgical d'excision, les citadins tendent le plus souvent à aller faire exciser les fillettes dans les villages. Le niveau d'instruction des parents est quant à lui un facteur explicatif de la différence de statut d'excision des filles. La probabilité pour une fille d'être d'excisée est inversement proportionnel au niveau d'instruction de ses parents. Ainsi, une mère excisée a deux fois plus de risque d'avoir une de ses filles excisée si elle n'a jamais fréquenté l'école que si elle avait atteint le niveau d'instruction secondaire ou supérieur. Comparativement aux mères dont le conjoint a au moins le niveau d'instruction secondaire, le risque pour les mères d'avoir des filles excisées est respectivement 3 fois et 2,4 fois plus important lorsque le conjoint n'a aucun niveau d'instruction ou a une instruction de niveau primaire. La probabilité pour les filles d'avoir été excisées diffère selon l'âge de la mère. Le risque pour une fille d'avoir été excisée est en effet 5 fois plus grand lorsque sa mère appartient à la vieille génération (35-49 ans) que lorsqu'elle est de la jeune génération. (15-34 ans). La perception des populations sur la pratique de l'excision et sa continuation influence grandement les comportements vis-à-vis de ce phénomène. Le risque pour les mères favorables à la continuation de l'excision d'avoir des filles excisées est 2,5 plus grand que si elles trouvaient objection à la continuation de cette pratique. Lorsqu'elles sont indécises sur la question de continuation de l'excision, la probabilité d'avoir des filles excisées est 40% supérieure à celle des mères défavorables à la continuation de l'excision. Les femmes, dont les conjoints pensent que l'excision est une pratique positive qui devrait continuer, ont 70% plus de risque d'avoir des filles excisées que les mères dont les partenaires ne sont pas de cet avis.

## 6.2. Analyse des intentions des mères à faire exciser leurs filles

FIGURE 2 : RÉPARTITION DES MÈRES SELON LEUR STATUT D'EXCISION ET L'INTENTION DE FAIRE EXCISER LEURS FILLES



Après avoir examiné la relation entre le statut d'excision des mères et celui de leurs filles, il s'agit dans cette section d'analyser les intentions des mères par rapport à l'excision des filles qui n'ont pas encore été soumises à cette mutilation. Pour cette catégorie de filles, près de 8% des mères ont affiché leur intention de les faire exciser. Dans la même proportion (7,6%), certaines mères ont déclaré être indécises sur la question de savoir si elles avaient l'intention de faire exciser leurs filles. La grande majorité (84,5%) a déclaré ne pas avoir l'intention de faire exciser leurs filles. Ces déclarations apparaissent paradoxales, dans la mesure où malgré ces bonnes intentions affichées l'excision continue dans la réalité de sévir et de faire de nombreuses victimes au sein des fillettes. En témoigne, la récente découverte d'une opération d'excision collective de fillettes qui a fait la une des journaux en septembre 2007. Il s'agit de l'excision de 20 fillettes dont un cas de décès dans le département de Pabré, à moins de 20 km de la capitale Ouagadougou (Sidwaya, 2007). Comme précédemment mentionné, les intentions déclarées pourraient être sous-estimées par rapport à la réalité, du fait de l'adoption du code pénal depuis 1996 interdisant et condamnant la pratique de l'excision. En outre, les cas d'indétermination sur la question pourraient être des intentions déguisées.

L'analyse bivariable de l'intention des mères à faire exciser leurs filles par rapport à leur statut d'excision révèle que les mères excisées y sont plus prédisposées comparativement à celles qui ne sont pas excisées (cf. fig.2). La proportion des mères excisées (9,3%) enclines à soumettre leurs filles à l'excision est près de trois fois plus importante que celle des mères non excisées (3,5%). Concernant les cas de scepticisme sur la question, la proportion des mères excisées indécises (8,7%) représente le double de celle des mères non excisées (4,3%). La proportion des mères déclarant ne pas avoir l'intention de faire exciser leurs filles est bien sûr moins importante chez celles qui sont excisées comparativement aux non excisées.

Du fait de la nature polytomique de la variable à expliquer -intentions des mères à faire exciser leurs filles- une régression multinomiale a été utilisée pour l'analyse multivariée. Cette analyse a permis la construction de trois modèles par croisement des modalités de la variable à expliquer (cf. tableau 2). En fonction des différentes variables explicatives, le premier modèle permet de faire l'analyse entre les femmes qui ont l'intention de faire exciser leurs filles et celles qui n'ont pas cette intention. Le second modèle met en jeu les femmes ayant l'intention de le faire et celles qui sont indécises. Comme troisième modèle, on a la comparaison des

femmes indécises et celles qui n'ont pas l'intention de faire exciser leurs filles. L'ensemble de ces modèles sont statistiquement très significatifs et expliquent plus du quart des intentions des mères à vouloir faire exciser leurs filles.

Le statut d'excision des mères, qui au niveau bivarié était statistiquement associé à l'intention des mères de faire exciser leurs filles, n'est quasiment plus significatif dans le modèle saturé, intégrant l'ensemble des variables de l'étude. Il en ressort seulement que les mères excisées ont une probabilité 40% supérieure à celle des mères non excisées d'être indécise sur l'intention de faire exciser leurs filles plutôt que de ne pas avoir d'intention. Autrement dit, les mères excisées sont beaucoup indécises que défavorables à l'excision de leurs filles comparativement aux mères non excisées. Comparativement aux Mossi, les mères des autres ethnies ont davantage exprimé une intention défavorable plutôt que l'indétermination par rapport l'excision de leurs filles. Les mères Gourmantché, Lobi et Dioula, moins indécises que les Mossi, ont le plus déclaré avoir l'intention de faire exciser leurs filles. La religion, surtout musulmane, est un contexte prédisposant les mères à faire exciser leurs filles. En effet, les mères musulmanes, en comparaison aux chrétiennes, ont près de deux fois plus affiché l'intention de faire exciser leurs filles. En outre, elles ont 50% davantage manifesté une indétermination sur la question plutôt qu'une intention défavorable. Entre indétermination et intention défavorable à faire exciser leurs filles, les mères du milieu rural ont 60% davantage exprimé le premier choix par rapport aux citadines. Tandis que le niveau d'instruction du conjoint n'a pas de signification statistique avec l'intention de faire exciser les filles, on relève une relation négative entre l'indétermination de la mère à faire exciser sa fille et son niveau d'instruction. Alors que les mères instruites (au moins le niveau secondaire) manifestent une attitude réfractaire à faire exciser leurs filles, celles qui sont sans instruction ou de niveau d'instruction primaire manifestent respectivement 6 fois et 4 fois plus de perplexité sur la question. Aussi paradoxal que cela puisse paraître, on note une grande prédisposition des mères de la jeune génération (15-34 ans) à vouloir faire exciser leurs filles comparativement à celles de la vieille génération (35-49 ans). Ce constat n'a rien de surprenant dans la mesure où les mères de la vieille génération, en phase terminale de vie reproductive, n'ont pas ou peu de filles en bas âge pas encore excisées. En référence à l'analyse de la section précédente entre le statut d'excision des mères et celui des filles, il était ressorti que les mères de la vieille génération ont 5 fois plus de filles excisées que celles de la jeune génération. C'est par conséquent dans cette seconde catégorie de mères que les intentions d'excision s'appliquent davantage. La perception des parents, sur la pertinence de l'excision en général et sa continuation en particulier, oriente considérablement les intentions de faire exciser les filles. Aussi bien pour les conjoints et surtout les mères, une opinion favorable à la continuation de l'excision est liée à une forte intention de vouloir faire exciser les filles. Lorsqu'une mère est favorable à la continuation de l'excision, il y a 31 fois plus de risque qu'elle ait l'intention de faire exciser sa fille que lorsqu'elle objecte cette continuation. Pour les conjoints, ce risque est de l'ordre de 3 fois. Lorsque le conjoint et la mère sont aussi indécis sur la question de la continuation de l'excision, le risque de faire exciser les filles est respectivement 6 fois et près de 2 fois plus grand que dans les cas où ils condamnent la continuité de l'excision. En admettant que l'excision est une pratique qui doit continuer, une mère a près de 7 fois plus de prédisposition de faire exciser sa fille que de se poser des questions sur la pertinence de ce geste. L'approbation ou la perplexité des parents par rapport à la continuation de l'excision les rend plus indécis que défavorables à faire exciser leurs filles. Lorsque la mère est favorable ou indécise sur la continuation de l'excision, il y a une probabilité respectivement 5 fois et 4 fois plus grande qu'elle exprime une indécision plutôt qu'un avis défavorable de faire exciser sa fille. Il en est de même pour les conjoints d'avis favorable à la continuation de l'excision ou indécis sur le sujet. Pour ceux-ci, la probabilité de ne pas se prononcer sur l'intention de faire exciser la fille est 2 fois plus importante que d'émettre un avis défavorable sur l'intention.

TABLEAU 2 : DÉTERMINANTS DE L'INTENTION DE FAIRE EXCISER LES FILLES  
AU BURKINA FASO, 2003

Variables	Modèle d'effets nets : Régression multinomiale (Odds ratio)		
	Intention d'exciser Versus Pas d'intention	Intention d'exciser Versus Indécise	Indécise Versus Pas d'intention
1. Statut d'excision de la mère			
Non excisée	référence	référence	référence
Excisée	1,2    ns	0,9    ns	1,4    **
2. Ethnie de la mère			
Mossi	référence	référence	référence
Bobo	1,3    ns	0,8    ns	1,6    ns
Peulh	0,6    *	1,2    ns	0,5    ***
Gourmantché	0,7    ns	2,5    *	0,3    ***
Lobi	1,2    ns	4,1    ***	0,3    ***
Dioula	1,4    ns	1,7    *	0,8    ns
Autres ethnies	1,3    ns	2,1    **	0,6    **
3. Religion de la mère			
Chrétienne	référence	référence	référence
Musulmane	1,7    ***	1,1    ns	1,5    ***
Animiste/autres	1,3    ns	1,1    ns	1,2    ns
4. Milieu de résidence			
Urbain	référence	référence	référence
Rural	1,0    ns	0,6    *	1,6    **
5. Instruction de la mère			
Secondaire+	référence	référence	référence
Primaire	1,6    ns	0,4    ns	4,0    *
Sans niveau	1,3    ns	0,2    *	6,2    **
6. Génération de la mère			
Jeune génération (15-34 ans)	référence	référence	référence
Vieille génération (35-49 ans)	0,4    ***	0,7    ns	0,6    ***
7. Opinion de la mère sur la continuation de l'excision			
Ne doit pas continuer	référence	référence	référence
Doit continuer	30,8    ***	6,7    ***	4,6    ***
Indécise	6,1    ***	1,4    ns	4,2    ***
8. Opinion du conjoint sur la continuation de l'excision			
Ne doit pas continuer	référence	référence	référence
Doit continuer	2,8    ***	1,3    ns	2,2    ***
Indécis	1,6    **	0,8    ns	2,1    ***
9. Instruction du conjoint			
Secondaire+	référence	référence	référence
Primaire	0,7    ns	0,4    ns	1,8    ns
Sans niveau	1,2    ns	0,9    ns	1,4    ns
Seuil de signification du modèle	***		
Adéquation du modèle R <sup>2</sup>	25,8%		

Seuil de signification : # Effectif faible - ns : non significatif - \* significatif à 10% - \*\* à 5% - \*\*\* à 1%

## Conclusion

En somme, il ressort que la forte prévalence de l'excision, sa généralisation à des entités culturellement différentes ou sa diffusion dans le temps sont le produit d'une articulation complexe de représentations sociales, d'enjeux ou de fonctions qui lui sont assignées. Ces facteurs recouvrent des rationalités d'ordre culturel, sociologique, religieux, métaphysique, esthétique ou sanitaire.

Par sa capacité censée définir socialement la femme et participer à la production sociale de la différenciation des sexes, l'excision a acquis une assise sociale dont les femmes ont une certaine responsabilité.

Dans cette étude sur l'influence des mères sur l'exposition de leurs filles à l'excision, il ressort en filigrane que celles-ci ont une contribution assez significative dans le maintien de cette pratique. Les femmes sont ainsi plus favorables au maintien de l'excision comparativement aux hommes. De même, ce sont ces premières qui reconnaissent beaucoup d'avantages à faire exciser les filles.

Le caractère généralement phallocratique des sociétés burkinabé, pourrait laisser supposer que cette responsabilité ne serait que le produit de la pression sociale et de l'instrumentalisation dont elles sont l'objet pour satisfaire l'attente de la société entière, et non leur propre aspiration.

Cependant, il ne faut pas totalement exonérer les femmes d'une quelconque responsabilité en rapport avec certaines décisions ou événements liés à la valorisation ou la construction de la féminité. Et c'est dans ce sens qu'il a ainsi été possible dans cette étude d'établir la relation entre le statut d'excision des mères et l'exposition des filles à cette pratique. Les mères excisées sont ainsi celles dont les filles ont été davantage soumises à l'excision. La probabilité pour une mère d'avoir au moins une de ses filles excisée s'accroît aussi lorsqu'elle n'a aucune instruction, appartient à la vieille génération et à une perception favorable à la continuation de la pratique de l'excision. Lorsque le conjoint a aussi une perception positive de l'excision ou à un faible niveau d'instruction, le risque qu'une des filles ait subi une mutilation s'accroît conséquemment.

Par rapport à l'intention de faire exciser les filles, le statut d'excision des filles s'est aussi révélé un facteur explicatif seulement au niveau bivarié. Les mères excisées ont, à ce niveau, davantage exprimé une intention de faire exciser leurs filles comparativement aux mères non excisées. Au niveau multivarié, il est ressorti que les mères excisées étaient plus indécises lorsque les mères non excisées étaient défavorables à faire exciser leurs filles. L'appartenance à la religion musulmane et la perception positive de l'excision façonnent les intentions dans le sens de l'excision de filles.

Les facteurs ci-dessus évoqués, par leur contribution à la compréhension de la logique de la perpétuation des mutilations génitales féminines, pourraient aider à asseoir des politiques et programmes adaptés et plus efficaces pour l'éradication de ces pratiques dont les conséquences néfastes pour la santé de la reproduction ont été largement démontrées.

## BIBLIOGRAPHIE

- ARKUTU Ananie (1998). Femmes en bonne santé, mères en bonne santé : un guide d'information. New York, Family Care International. 290 p.
- ATTANÉ Anne (2003). Cérémonies familiales et mutations des rapports sociaux de sexe, d'âge et de génération : Ouahigouya et sa région, Burkina Faso. Marseille, Ehess. 521 p.

- BRUYAS Jean (2001). Les sociétés traditionnelles de l'Afrique noire. Paris, L'Harmattan. 255 p.
- CNLPE, 2008. Les grandes orientations du gouvernement, extrait du code pénal.  
<http://www.sp-cnlpe.gov.bf/orientation.htm>, consulté le 20 juillet 2008.
- CREEL Liz (2002). Abandonner l'excision féminine : prévalence, attitudes et efforts pour y mettre fin. Washington, Population Reference Bureau. 33 p.
- DACHER Michèle, COUCHARD, Françoise (2006). *L'excision*. Paris, PUF « Que sais-je ? », 2003, 127 p., *Cahiers d'études africaines*, 182, 2006.  
<http://etudesafricaines.revues.org/document5994.html> - Consulté le 15 avril 2008
- DROZ Yvan (2000). Circoncision féminine et masculine en pays kikuyu : rite d'institution, division sociale et droits de l'Homme. *Cahiers d'Études africaines*, 158, XL-2, 2000, pp. 215-240.
- ERNY Pierre (2001). Essai sur l'éducation en Afrique noire. Paris, L'Harmattan. 351 p.
- GAUTIER Arlette (2000). Les violences contre les femmes. In Bozon Michel et Locoh Thérèse (Dir.) *Rapports de genre et questions de population, II. : Genre, population et développement* Paris, INED. pp. 117-128
- GNANOU Octavie (2001). Les fondements socio-culturels de la prévalence de l'excision au Burkina Faso : étude comparative de quatre groupes ethniques. Louvain-la-Neuve, Université Catholique de Louvain, 2001, 79 p.
- INSD, ORC MACRO (2004). Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso 2003, Calverton, Maryland, USA 455 p.
- KONATE Alimata (1993). Les mutilations sexuelles féminines au Burkina Faso : le cas de la pratique de l'excision dans la société Bwa de Houndé. Mémoire de Maîtrise, Université de Ouagadougou, 90 p.
- LOCOH Thérèse (1998). Pratiques, opinions et attitudes en matière d'excision en Afrique. In *Population* N° 6, 53<sup>ème</sup> année. Paris, INED. Pp. 1227-1239.
- OUÉDRAOGO Christine, OUÉDRAOGO Abdoulaye (1997). Laboratoire de santé communautaire (LSC) : enquête qualitative de base sur les opinions en matière de reproduction. Rapport scientifique. Ouagadougou, UERD. 73 p.
- SIDWAYA, 2007, N°6005, du 21 septembre 2007.
- SINDZINGRE Nicole (1977). Le plus et le moins : à propos de l'excision. *Cahiers d'études africaines*, Année 1977, Volume 17, Numéro 65 pp. 65-75.
- SINDZINGRE Nicole (1979). Un excès par défaut : excision et représentations de la féminité. *L'Homme*, Année 1979, Volume 19, Numéro 3, p. 171-187
- THIRIAT Marie Paule (1998). Faire et défaire les liens du mariage : Évolution des pratiques matrimoniales au Togo. *Les études du Ceped*, N° 16. Ceped, Paris. 295 p.
- UNFPA (2004). Programme of action adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo 5-13 September 1994. 166 p.
- VIGNIKIN KOKOU Émilien, AGOUNKE Akoua, JANSSENS Marja (1999). Prévalence et facteurs socio-économiques de l'excision au Togo. *Études togolaises de population* N° 18. Lomé, URD. 51 p.
- VINEL Virginie (2000). Être et devenir Sikoomse : Identité et initiation en pays moaaga (Burkina-Faso). *Cahiers d'Études africaines*, 158, XL-2, 2000, pp. 257-279.
- WHO (2008). *Eliminating Female genital mutilation. An interagency statement* OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO. Geneva, WHO. 40 p.

**ANNEXE**
**TABLEAU 3 : DISTRIBUTION DES VARIABLES DE L'ÉTUDE**

Variables	Fréquence (%)	Effectif
<b>1. Statut d'excision des mères</b>		
Mères non excisées	16,9	1241
Mères excisées	83,1	6091
Total	100	7332
<b>2. Statut d'excision des filles</b>		
Filles non excisées	67,9	4975
Filles excisées	32,1	2357
Total	100	7332
<b>3. Intention d'exciser les filles</b>		
Non	84,5	4190
Oui	7,9	391
Indécises	7,6	378
Total	100	4959
<b>4. Ethnie de la mère</b>		
Bobo	2,5	184
Peulh	7,6	558
Mossi	55,7	4083
Gourmantché	7,5	548
Lobi	5,4	393
Dioula	9,7	713
Autres ethnies	11,6	852
Total	100	7332
<b>5. Religion de la mère</b>		
Chrétienne	26,2	1921
Musulmane	60,8	4456
Autre/Animiste	13,0	952
Total	100	7329
<b>6. Milieu de résidence</b>		
Rural	16,3	1198
Urbain	83,7	6134
Total	100	7332
<b>7. Instruction de la mère</b>		
Non instruite	87,6	6423
Primaire	8,0	587
Secondaire+	4,4	322
Total	100	7332
<b>8. Génération de la mère</b>		
Jeune Génération (15-34 ans)	54,9	4023
Vieille génération (35-49 ans)	45,1	3309
Total	100	7332
<b>9. Opinion de la mère sur la continuation de l'excision</b>		
Oui	17,3	1270
non	73,9	5419
Indécise	8,8	642
Total	100	7331
<b>10. Opinion du conjoint sur la continuation de l'excision</b>		
Oui	12,5	917
non	59,0	4324
Indécis	28,5	2088
Total	100	7329

11. Instruction du conjoint		
Non instruit	87,9	6374
Primaire	6,8	493
Secondaire+	5,3	387
Total	100	7254