

**Face à la
persistance
des mutilations
génitales
féminines,
état des lieux
et perspectives
pour lutter
efficacement
contre la pratique**

Policy Paper

Biographie de l'autrice

Florence Chatot est diplômée de l'École des hautes études en sciences sociales (EHESS) en anthropologie du développement. Elle a d'abord travaillé en France pour des instituts de recherche en santé publique avant de s'impliquer dans le secteur de la solidarité internationale, à travers notamment la recherche opérationnelle et l'évaluation de projet. Ses domaines de recherche portent sur les droits et la santé sexuels et reproductifs (DSSR), les enjeux de genre, le VIH/Sida, la santé mentale et les migrations. Anciennement chargée de recherche au Groupe URD, elle est à présent consultante indépendante rattachée au bureau d'expertise et de recherche Epigreen et intervient également en tant que chargée d'enseignement à l'université d'Aix-Marseille.

Sommaire

Introduction	3		
Définition et conséquences	3		
Présentation de l'étude et méthodologie	4		
1. État des lieux actuel de la pratique dans le monde	7		
1.1 – Une pratique qui recule mais reste bien ancrée	8		
1.2 – La mise en place progressive d'un cadre normatif international	9		
1.3 – Aux origines de la pratique	10		
1.4 – Des facteurs de résistance multiples	10		
2. Recommandations. Pour des interventions mieux contextualisées, fondées sur des recherches de terrain rigoureuses qui prennent en compte les dynamiques sociales et les représentations locales	13		
2.1 – Recommandation 1. Éviter la standardisation des interventions	15		
2.2 – Recommandation 2. Rompre avec les discours occidentalocentrés	15		
		2.3 – Recommandation 3. Développer une approche holistique de la lutte contre les MGF	16
		2.4 – Recommandation 4. Identifier les perceptions collectives liées à l'excision <i>via</i> « l'approche par les rumeurs »	17
		2.5 – Recommandation 5. Informer et impliquer les hommes dans la lutte contre les MGF	17
		2.6 – Recommandation 6. Soutenir, par tous les moyens, la libération de la parole	18
		Bibliographie	19

Introduction

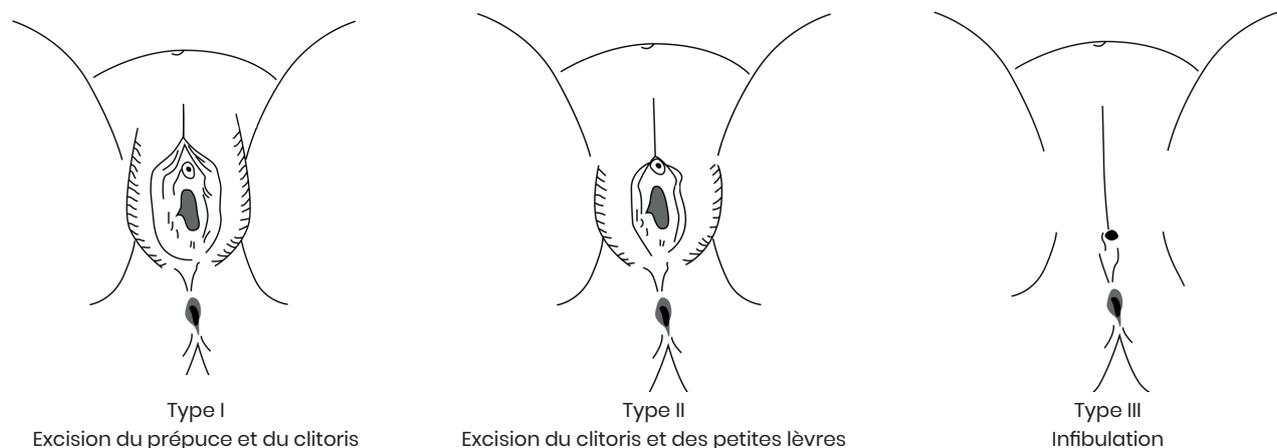
Sur la base d'une recherche opérationnelle en anthropologie menée au Tchad, cet article dresse un état des lieux des mutilations génitales féminines, interroge les facteurs qui influencent leur persistance dans certains contextes et partage des recommandations pour lutter plus efficacement contre la pratique.

Définition et conséquences

Les mutilations génitales féminines (MGF), communément appelées « excision » ou « mutilations sexuelles féminines » dans les pays francophones, désignent « toutes les interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme et/ou toute autre lésion des organes génitaux féminins pratiquée à des fins « non thérapeutiques » » (OMS 1997). Cette appellation regroupe 4 types de mutilations :

- **Type 1** : Ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du prépuce (clitoridectomie) ;
- **Type 2** : Ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres (excision) ;
- **Type 3** : Rétrécissement de l'orifice vaginal et suturations des petites lèvres et/ou des grandes lèvres, avec ou sans excision du clitoris (infibulation) ;
- **Type 4** : inclus toutes les autres interventions nocives pratiquées sur les organes génitaux féminins.

Schéma 1- Les différents types de MGF pratiquées dans le monde



Source : d'après Organisation mondiale de la Santé. 2014. « Mutilations génitales féminines ».

Les MGF ont des conséquences dramatiques sur la santé sexuelle, reproductive et psychique des femmes. Elles entraînent deux principaux types de complication (Andreo et Lesclingand 2016) :

- Les risques immédiats qui sont encourus au moment de l'acte (douleurs, saignements, infections, traumatismes) ;
- Les risques à long terme qui peuvent survenir à n'importe quel moment de la vie (pathologies urinaires, infections de l'appareil reproducteur, douleurs et dysfonctions sexuelles, complications obstétricales, séquelles psychologiques).

Les recherches en santé reproductive montrent que les femmes excisées connaissent des risques obstétricaux plus importants en cas de césarienne, d'hémorragie post-partum, et de détresse respiratoire des nourrissons. Selon une étude de l'OMS conduite dans 6 pays africains au début des années 2000, la mortalité néonatale double chez les femmes excisées (Banks *et al.* 2006). Deux facteurs aggravent ce constat. D'une part, plus l'intervention est invasive (qui correspond à la quantité de tissus endommagés), plus les répercussions sur la santé sont graves. D'autre part, les conséquences relatives à la pratique sont majorées lorsqu'elles interviennent dans des systèmes de soins défaillants qui ne sont pas en mesure de prendre en charge ces complications.

Les MGF constituent donc une violation des droits à la sécurité et à l'intégrité physique, du droit d'être à l'abri de la torture et des traitements cruels, inhumains ou dégradants, ainsi que du droit à la vie lorsqu'elles ont des conséquences mortelles^[1]. C'est pourquoi les objectifs de développement durable, cadre mondial de référence pour 2015-2030, font explicitement référence à l'élimination des MGF dans l'objectif 5.3 « Éliminer toutes les pratiques préjudiciables, telles que le mariage des enfants, le mariage précoce ou forcé et la mutilation génitale féminine »^[2].

Présentation de l'étude et méthodologie

Si la lutte contre les MGF a fait l'objet de nombreuses interventions dans le secteur de l'aide internationale, celles-ci se sont parfois révélées peu efficaces, voire inopérantes. Aussi, à partir de données recueillies dans le cadre d'une recherche opérationnelle financée par l'AFD, cet article interroge les moyens de lutter efficacement contre la pratique et formule quelques recommandations à destination des acteurs du développement.

[1] Nations unies. 2003. « Convention contre la torture et autres peines, traitements cruels, inhumains ou dégradants (1984) ». In *Combattre la torture*. Genève, New York : Haut-Commissariat des Nations unies aux droits de l'homme. <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/FactSheet4Rev.lfr.pdf>.

[2] Voir : <https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/gender-equality/>.

L'étude socio-anthropologique^[3], dont est issue le présent article, a été menée entre janvier et mai 2020 dans une région du Tchad, le Mandoul, où la pratique de l'excision demeure prégnante avec un taux de prévalence qui atteint 80,4 %^[4]. Réalisée dans le cadre du projet d'autonomisation sociale des femmes par l'accès aux services de santé maternelle et reproductive au Tchad (PASFASS), l'étude s'inscrit dans le champ de la recherche appliquée et favorise la production d'un savoir pratique destiné aux professionnels de l'aide, dans une perspective d'amélioration durable des interventions du projet.

La méthodologie utilisée a privilégié les entretiens semi-directifs et les focus groupes comme outils de recueil des données. 60 entretiens et 5 focus groupes ont été réalisés, retranscrits, codés et analysés pour permettre une triangulation optimale des données.

Une matrice de suivi des recommandations a été développée et partagée avec les partenaires du projet. Des allers-retours réguliers entre les acteurs opérationnels et les chargées de recherche ont eu lieu durant plusieurs mois afin de suivre la mise en œuvre des recommandations et d'adapter les activités et les ressources aux nouvelles interventions. Cette approche itérative propre à la recherche opérationnelle a permis de mettre directement à profit les résultats de l'étude en proposant des modes d'intervention adaptés aux enjeux sociaux liés à la pratique. Par ailleurs, la production d'un film documentaire portant sur la persistance des MGF, et reflétant la parole de tous les acteurs impliqués dans la pratique, qu'ils y soient opposés ou en sa faveur, a permis une meilleure transmission et une diffusion des résultats de la recherche^[5].

[3] Voir Chatot 2020.

[4] Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS6-Tchad, 2019).

[5] Le film documentaire *La jeune fille, les chouettes et les hommes lions. Pourquoi l'excision persiste dans le Mandoul* a été réalisé par Carol Valade. Il est disponible sur : <https://www.youtube.com/playlist?list=PL5ykmITNSyakEzcPIC4ctiFzD7qjhFDbp>. Voir à ce sujet : <https://www.urd.org/fr/actualite/103218/>.

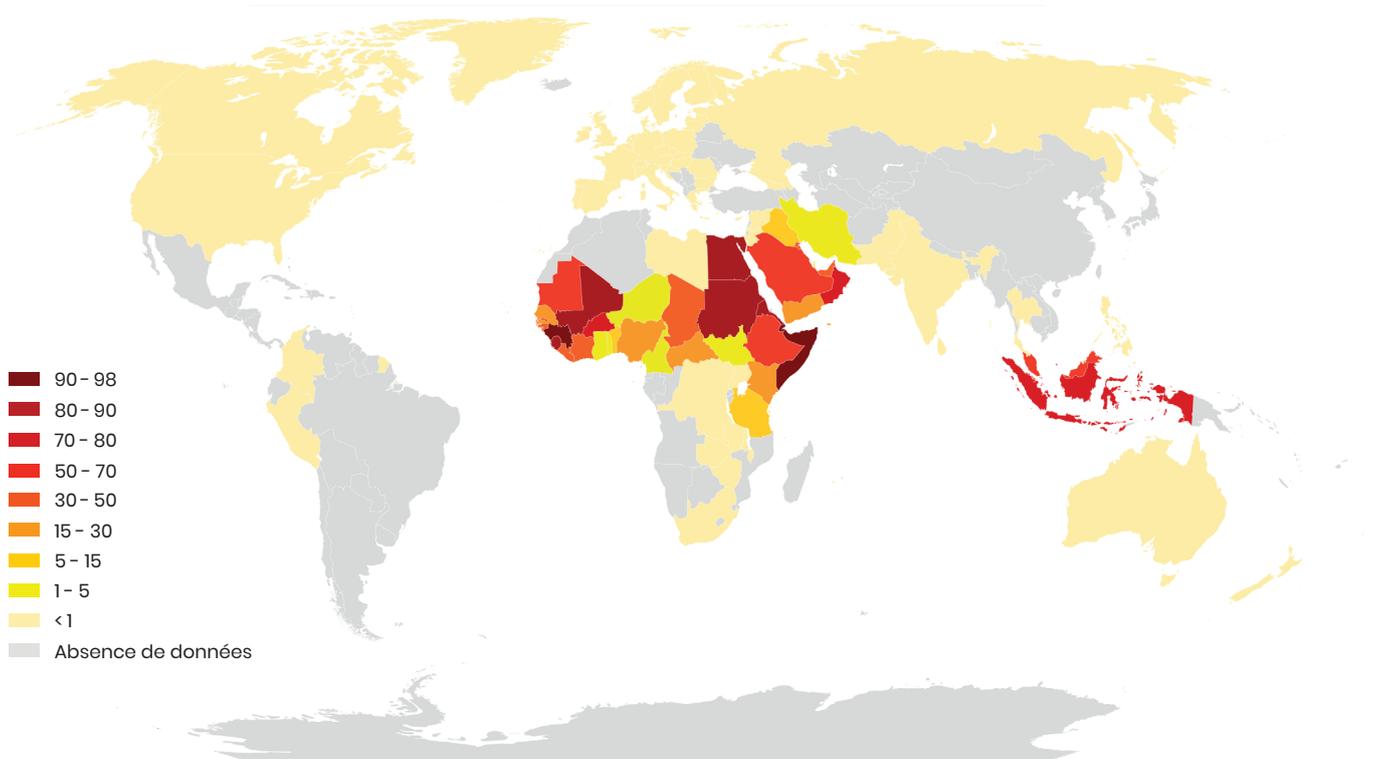
1. État des lieux actuel de la pratique dans le monde

1.1 – Une pratique qui recule mais reste bien ancrée

Selon l'Unicef, 230 millions de femmes et de filles ont subi des MGF dans le monde. Parmi elles, 144 millions vivent sur le continent africain, 80 millions en Asie (Indonésie, Malaisie et Maldives), 6 millions au Moyen-Orient (Irak et Yémen) et entre 1 et 2 millions dans des communautés où la prévalence est faible, ainsi que dans les pays

d'immigration (Unicef 2024). Les MGF ont été recensées dans 31 pays. En Afrique, 27 pays sont particulièrement concernés (Andro et Lesclingand *op. cit.*), formant une large bande centrale de l'Ouest à l'Est du continent et incluant l'Égypte, mais à des degrés très variables. Les prévalences nationales masquent en effet des variations régionales importantes, et l'ampleur de la pratique peut varier à l'intérieur d'un même pays.

Carte 1 – Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant subi des mutilations génitales féminines dans le monde



Source : Nederlandse Leeuw 2020 (données : END FGM European Network, END FGM/C US Network et Equality Now. 2020. *Female Genital Mutilation/Cutting: A Call For A Global Response*. https://www.endfgm.eu/editor/files/2020/04/FGM_Global_-_ONLINE_PDF_VERSION_-_07.pdf).

Note sur la carte 1 : La qualité des données variant considérablement d'un pays à l'autre, le rapport propose une catégorisation en 4 groupes : pays disposant de données sur les MGF issues d'enquêtes représentatives au niveau national (32 au total, catégorie 1) ; pays disposant de données sur les MGF provenant d'estimations indirectes (31 au total, catégorie 2) ; pays disposant de données sur les MGF provenant d'études à petite échelle (15 au total, catégorie 3) ; pays disposant de données sur les MGF provenant de reportages médiatiques et de témoignages (14 au total, catégorie 4).

En beige, les pays dans lesquels le taux de prévalence est estimé à moins de 1%. Cette estimation peut signifier que les MGF n'ont été observées que dans un seul ou quelques petits groupes ethniques représentant moins de 1% de la population du pays, ou que le taux de prévalence est inconnu même s'il a été démontré que les MGF sont pratiquées dans ce pays. Cela inclut donc des pays comme Brunei, où la prévalence est considérée comme très élevée (en raison de facteurs religieux et politiques), et des pays comme la Colombie, où la prévalence est considérée comme très faible (en raison de facteurs démographiques ethniques). Ces pays sont à distinguer de ceux pour lesquels aucune donnée n'est disponible (gris).

L'évolution de la pratique au niveau mondial est très hétérogène. Parmi les 31 pays où les MGF ont été recensées, la prévalence a été divisée par deux et/ou a chuté de 30 % au cours des 30 dernières années dans 10 pays^[6]. Elle a aussi baissé de manière significative dans 10 autres pays^[7]. Dans 5 pays, la prévalence n'a pas ou peu diminué^[8].

Reflète de l'évolution du cadre normatif international, au cours des dernières décennies, 25 pays ont adopté des décrets ou des lois en matière de MGF afin de renforcer le cadre juridique limitant ou interdisant la pratique^[9]. Toutefois, les États signataires peinent à appliquer ces lois qui s'opposent bien souvent à des normes sociales et des dynamiques locales préexistantes. Pourtant, selon l'OMS, les coûts économiques du traitement des complications des MGF s'élèvent à 1,4 milliard de dollars (USD) par an. Ce montant devrait passer à 2,3 milliards USD d'ici 30 ans si la prévalence des MGF reste la même^[10]. Toutefois, si les pays abandonnent ces pratiques, ces coûts diminueront de 60 % au cours des trente prochaines années.

1.2 – La mise en place progressive d'un cadre normatif international

Construite autour des principes des droits humains, du droit à la santé et des droits des femmes et des filles, la lutte pour l'élimination des MGF n'est pas récente et s'est faite en plusieurs étapes. Avant son inscription à l'Agenda 2030, de nombreux traités internationaux ont légiféré sur la pratique des MGF dans le monde. Les trois suivants ont particulièrement marqué le cadre normatif en la matière :

[6] Sierra Leone, Burkina Faso, Éthiopie, Libéria, Maldives, Nigéria, Kenya, Bénin, Tanzanie et Irak (Unicef 2024).

[7] Guinée, Égypte, Djibouti, Érythrée, Soudan, Mauritanie, Côte d'Ivoire, République centrafricaine, Yémen, Tchad (*ibid.*).

[8] Somalie, Mali, Gambie, Guinée-Bissau, Sénégal (*ibid.*)

[9] Fiche d'information juridique : Traités internationaux et régionaux relatifs aux MGF. Voir : <https://www.28toomany.org/thematic/law-and-fgm>.

[10] Coût estimé pour l'année 2018 pour 27 pays où des données sont disponibles. Voir : Organisation mondiale de la Santé. 2025. « Mutilations génitales féminines ». *Who.int*. 31 janvier 2025. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>.

- **La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF)**. Adoptée en 1979 par l'Assemblée générale des Nations unies, elle est l'un des premiers textes internationaux qui vise explicitement la protection des droits des femmes. Depuis 1990, l'Assemblée générale des Nations unies a adopté une série de résolutions sur l'élimination des pratiques et violations dangereuses menaçant gravement la santé des femmes et des filles. La dernière Résolution adoptée par l'Assemblée générale le 15 décembre 2022 exhorte les États à intensifier l'action mondiale visant à éliminer les mutilations génitales féminines (A/RES/77/195)^[11] ;
- **La Déclaration du Caire sur l'élimination des MGF (DCEMGF)**. Si certains pays n'ont pas signé la Convention des Nations unies sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF)^[12], ni aucun autre traité faisant référence aux MGF, la grande majorité a adopté la Déclaration du Caire sur l'élimination des MGF en 2003^[13] ;
- **Le protocole de Maputo**. Au niveau régional, le Protocole à la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples relatif aux droits de la femme en Afrique, aussi connu sous le nom de Protocole de Maputo, a été adopté en 2003. L'article 5 exige explicitement des États signataires, « d'interdire par des mesures législatives assorties de sanctions, toutes formes de mutilation génitale féminine »^[14]. Il est signé par la grande majorité des États du continent.

[11] 54^e séance plénière du 15 décembre 2022 sur l'intensification de l'action mondiale visant à éliminer les mutilations génitales féminines. Voir : <https://docs.un.org/fr/A/RES/77/195>.

[12] UN Women. S. d. « Recommandation générale No 14 (neuvième session, 1990). L'excision ». In *Recommandations générales adoptées par le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes*, Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes. <https://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm-fr.htm#recom14>.

[13] 25 pays sur 29 ont adopté la déclaration : Bénin, Burkina Faso, Cameroun, République centrafricaine, Tchad, Côte d'Ivoire, Djibouti, Égypte, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Kenya, Libéria, Mali, Mauritanie, Niger, Nigéria, Sénégal, Sierra Leone, Soudan, Tanzanie, Togo et Ouganda. Voir à ce sujet The National Council for Childhood and Motherhood 2003.

[14] Union africaine. 2003. *Protocole à la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique*. Maputo. https://au.int/sites/default/files/treaties/37077-treaty-0027_-_protocol_to_the_african_charter_on_human_and_peoples_rights_on_the_rights_of_women_in_africa_f.pdf.

1.3 – Aux origines de la pratique

En dépit de l'origine plus ou moins incertaine des MGF, il est avéré que la pratique est bien antérieure à la naissance et à l'expansion de l'islam en Afrique, même si des justifications religieuses ont pu être ensuite avancées pour légitimer la pratique. Françoise Couchard (2003) souligne ainsi que, contrairement à la circoncision masculine qui est, dans les religions hébraïques et islamiques, le signe de l'alliance entre Dieu, Abraham et sa descendance, l'excision féminine n'apparaît pas dans les livres des grandes religions monothéistes comme une prescription religieuse impérative.

Selon Gerry Mackie (1996), les mutilations génitales féminines se seraient diffusées à partir de la côte ouest de la mer Rouge (dans l'Égypte actuelle) vers les régions limitrophes africaines du Sud et de l'Ouest. En outre, est établie une association entre la présence de l'infibulation, forme la plus invasive de MGF, pratiquée essentiellement dans la zone Est du continent africain (Érythrée, Djibouti, Somalie, Égypte et Soudan) et le commerce des esclaves, notamment des femmes, durant la période d'expansion de l'islam sur le continent africain (Andro et Lesclingand *op. cit.* ; Mackie et LeJeune 2009). Cette forme extrême, dont le nom dérive du latin *fibula* (qui signifie agrafe) aurait été également pratiquée dans la Rome antique sur les femmes esclaves afin d'empêcher tout rapport sexuel et éviter des grossesses, la maternité les rendant inaptes au travail (Hosken 1982). Les clitoridectomies, quant à elle, ont d'abord été observées en Europe dans un contexte de médicalisation répressive de la sexualité sous l'impulsion d'un médecin britannique, Isaac Baker-Brown, qui entendait ainsi lutter efficacement contre l'onanisme féminin et l'hystérie (Sindzingre 1979). Il sera désavoué par ses pairs en 1867, mais la pratique va perdurer aux États-Unis jusqu'à la fin des années 1960 (Andro et Lesclingand *op. cit.*).

1.4 – Des facteurs de résistance multiples

Au fil du temps, la pratique s'est diffusée dans différentes régions du monde et s'est transformée en mobilisant des justifications d'ordre symbolique, social et économique.

- **Facteurs symboliques.** Le respect des mythes et des rites constitue l'une des justifications principales de la pratique et influence d'ailleurs fortement sa persistance. « Symboliquement, une femme non excisée est une femme qui n'est pas encore purifiée de ses agrégats masculins : elle n'est donc pas réellement une femme et demeure immobilisée dans l'incertitude de son statut d'enfant » (Chatot 2020). Si, pour certains pays, la pratique est déconnectée de toute fonction sociale et symbolique, elle est, pour d'autres, fréquemment associée à des rituels initiatiques, dits « rituels de passage ». Ce type de rituel, étudié par de nombreux anthropologues depuis le début du XX^e siècle^[15], constitue un principe d'unification. « Être initié, c'est l'être d'un groupe bien déterminé et selon une appartenance parfois marquée dans la chair »^[16]. Les rituels initiatiques pubertaires permettent le conditionnement de l'individu par l'assimilation de règles définies (*ibid.*). Ils font accéder les jeunes filles au rang de membre « à part entière » de leur groupe *via* un statut sexuel socialement valorisé.
- **Facteurs sociaux.** L'excision est synonyme d'intégration à une communauté. Elle « s'appuie toujours sur la construction d'une identité de genre et détermine les rapports sociaux de sexes attendus et valorisés dans les ménages et au sein de la société » (*ibid.*). S'y soustraire est donc un élément d'exclusion. Au sein des groupes qui pratiquent l'excision, la sanction sociale à l'égard des femmes non excisées est telle que, dans les représentations collectives, l'exclusion constitue bien souvent un mal plus important que la souffrance physique liée à

[15] Voir à ce sujet : Arnaud D, Chaperon S, Clastres P, Sindzingre N, Fainzang S, Héritier F, Godellier M, Griaule M, Lesclingand M, Mackie G, Petit V, Andro A, Shell Duncan B, Turner V, Van Gennep A, Vissandjée B.

[16] Université de La Réunion. *Le rituel et le matériel*. <https://www.anthropologieenligne.com/>

l'acte lui-même. C'est en quelque sorte pour « protéger » leurs filles de la réprobation et leur garantir une union que les parents persistent à pratiquer l'excision.

- **Facteurs économiques.** La pratique a un coût qui justifie en lui-même l'existence d'une économie de l'excision. « Loin de se restreindre à une interaction strictement féminine « exciseuse/excisée », l'excision rassemble de nombreux acteurs qui légitiment, par leur fonction sociale dans le rituel et le profit qu'ils en tirent, la persistance de la pratique » (*ibid.*). Les acteurs économiques de l'excision sont très hétérogènes et varient selon les contextes dans lesquels elle s'insère. Ainsi, lorsque l'excision est médicalisée, ce sont davantage les professionnels de santé qui en tirent bénéfice. Lorsqu'elle répond à une logique coutumière et est accompagnée de rituels initiatiques, les autorités traditionnelles et les exciseuses sont les principales bénéficiaires des gains générés par la pratique.

2.

Recommandations

**Pour des interventions
mieux contextualisées,
fondées sur des
recherches de terrain
rigoureuses qui
prennent en compte les
dynamiques sociales
et les représentations
locales**

Face à la persistance de la pratique et en lien avec la montée de l'agenda international autour des droits humains, de nombreuses interventions ont été proposées, financées et mises en œuvre ces dernières années par des organisations locales, des bailleurs, des ONG internationales ou des États pour tenter de réduire la prévalence des MGF. Cependant, du fait de la complexité du problème et d'une compréhension souvent parcellaire de la pratique, l'efficacité de ces interventions n'a pas toujours été de mise.

C'est en cela que la recherche peut être utile à l'action, car elle apporte un éclairage nouveau à la compréhension d'un phénomène (ici, la persistance de l'excision) et aux modalités d'action nécessaires pour y faire face. Tout en s'appuyant sur l'observation « à la loupe » d'un espace social déterminé et de ses singularités, la recherche-action donne des clés de compréhension à l'analyse d'une problématique plus vaste. C'est à travers l'étude de ces singularités que l'on peut appréhender les dynamiques qui s'opèrent au sein d'autres espaces et d'autres groupes sociaux et en saisir des invariants, c'est-à-dire « passer du particulier au général, du local au global ».

Bien qu'initialement destinées aux acteurs tchadiens, les recommandations formulées ici s'inscrivent dans un corpus plus global de réflexions sur l'efficacité de la lutte contre les MGF. Elles sont donc valables au-delà de ce contexte très localisé et s'adressent à l'ensemble des acteurs de l'aide au développement : partenaires techniques et financiers, ONG locales et internationales et organisations de la société civile investies dans la lutte contre les MGF (associations locales, groupes militants, etc.). Les gouvernements ayant initié ou souhaitant développer des interventions de lutte contre les MGF y trouveront également des pistes de travail pertinentes.

Encadré 1. Les déterminants socio-culturels et historiques du maintien de la pratique au Tchad

La recherche présentée ici et menée dans la région du Mandoul au Tchad souligne que la majorité des femmes issues du groupe ethnique Sara a été victime de mutilations génitales féminines. Cependant, si l'initiation peut être considérée comme un rite fondateur parmi cette ethnie, l'étude montre que l'excision n'est pas une pratique ancestrale. Elle aurait été intégrée au rituel initiatique féminin vers le début du XX^e siècle. L'initiation des femmes sans excision, le *Ndo Gor*, a donc précédé l'initiation avec excision, le *bayan*, et est encore pratiquée dans certaines ethnies du Mandoul et du Logone oriental. Le rituel s'est modifié au fil du temps sous l'influence de mouvements de populations, mais a également fait l'objet d'une récupération politique au moment de l'indépendance du pays dans les années 1970. À cette période, afin de consolider un pouvoir ébranlé par la rébellion du Nord musulman et les exigences de la puissance coloniale, François Tombalbaye, premier président du Tchad et appartenant à l'ethnie Sara, instrumentalisa les rites comme moyens de coercition en imposant la pratique de l'initiation à l'ensemble des groupes ethniques et confessionnels du pays. Les hommes et les femmes de toutes les régions furent contraints de « partir à l'initiation », sous peine de représailles. Ce « regain » historique de l'excision eut un effet sur la prévalence de la pratique au Tchad.

Outre le poids de l'histoire, d'autres facteurs sociaux et coutumiers entrent en jeu dans la persistance de l'excision. Au sein du groupe Sara, selon une croyance faussement attribuée à la coutume, seule une femme excisée est autorisée à préparer le repas des hommes durant le rituel initiatique masculin (le *Yondo*) ; ce qui lie intrinsèquement les deux rituels l'un à l'autre. Or, ce prérequis est relativement récent. Par le passé, ni le rituel féminin ni le rituel masculin n'intégrait l'excision. Loin d'être un détail, ce lien constitue un obstacle additionnel à l'arrêt de la pratique au sein de l'ethnie Sara, chrétienne et très majoritaire dans le Mandoul.

L'étude révèle à ce titre que « la coutume » ou « la tradition », souvent perçues comme immuables et atemporelles, sont en réalité toujours mouvantes et sujettes à mutation.

Il est donc primordial d'analyser les faits historiques et sociaux ainsi que les représentations collectives liées à la pratique afin de déconstruire les « fausses croyances » qui peuvent être à l'origine du maintien de la pratique.

2.1 – Recommandation 1. Éviter la standardisation des interventions

La prévalence et les facteurs de persistance de la pratique varient considérablement en fonction des espaces géographiques et socio-ethniques dans lesquels elle s'insère. De ce fait, les solutions pour y répondre doivent prendre en compte ces différences et rompre avec une certaine standardisation des interventions, souvent inefficace. En d'autres termes, « il convient de se donner les moyens de comprendre le phénomène avant de tenter de le transformer. La situation concernant les MGF est suffisamment alarmante et complexe pour qu'elle mérite d'être traitée de manière plus objective et localisée, c'est-à-dire au plus proche des individus qui la pratiquent » (Chatot *op. cit.*).

De fait, la recherche menée au Tchad souligne la spécificité des facteurs socio-ethniques qui influencent la persistance de la pratique et la nécessité pour les OSC d'y apporter une réponse adaptée. L'étude recommande, par exemple, aux bailleurs de fonds et aux ONG d'éviter de répliquer « à l'aveugle » des activités « hors sol », c'est-à-dire, conçues et mises en œuvre dans d'autres pays et dans d'autres contextes socio-politiques.

À titre d'exemple, les activités de reconversion des exciseuses, régulièrement mises en œuvre par les OSC dans différents contextes, peuvent avoir un impact limité. Elles s'appuient sur une tentative de compensation financière des revenus issus de l'excision par la participation des exciseuses à des activités génératrices de revenus en échange de l'abandon de la pratique. Si dans d'autres programmes de santé les ONG ont parfois recours à une compensation financière pour impulser un changement de pratiques (via par exemple, la rétribution des personnes qui participent à un test de dépistage dans les programmes VIH/Sida), la stratégie a ses limites sur le long terme. Transposé à la lutte contre les MGF, ce mode d'action semble même inopérant. En premier lieu, dans un pays où la pauvreté est systémique, les exciseuses sont tentées de cumuler

deux sources de revenu plutôt qu'une : elles poursuivent donc leur activité d'exciseuse en plus de leurs nouvelles activités. Ensuite, les exciseuses ne sont pas les seules personnes impliquées dans la pratique, et il serait illusoire de « reconvertir » tous les acteurs de l'excision. Il s'agit là d'un exemple de standardisation inefficace que seules des recherches de terrain approfondies peuvent identifier et éviter. L'une des recommandations de l'étude a donc été de transférer le budget initialement dédié à l'activité de reconversion des exciseuses vers des interventions de sensibilisation et de plaidoyer, plus efficaces et agissant pour un changement de comportements à long terme.

2.2 – Recommandation 2. Rompre avec les discours occidentalo-centrés

Les discours occidentaux mobilisant des arguments relatifs au caractère « barbare » ou « primitif » de la pratique tendent à stigmatiser – plus qu'à sensibiliser – les acteurs impliqués dans les MGF. Ils peuvent être contreproductifs et renforcer les positions conservatrices des défenseurs de la pratique. Bien que la dénonciation soit importante dans la lutte contre les MGF, la portée des messages et la rhétorique utilisée sont primordiales car les accusations occidentales à l'égard des pratiques coutumières africaines sont rarement « audibles » auprès des populations concernées.

Comme l'expriment Armelle Andro et Marie Lesclingand (*op. cit.*), « l'ampleur de la lutte peut avoir son revers quand elle conduit à l'imposition de normes sociales hégémoniques ». De fait, les interventions mises en œuvre par les acteurs extérieurs ont plus d'impacts lorsqu'elles s'appuient sur des associations locales et des mouvements féministes nationaux, car ce sont avant tout les femmes des pays concernés qui détiennent la légitimité et l'expertise du combat contre les MGF.

Au Tchad, de nombreuses organisations féminines tchadiennes^[17] œuvrent quotidiennement pour réduire la pratique, notamment à travers des activités de plaidoyer, de sensibilisation et de prise en charge des victimes. L'une des principales recommandations de l'étude à destination des ONG internationales et des bailleurs de fonds est donc de s'appuyer sur les initiatives endogènes en donnant les moyens aux acteurs et actrices tchadiennes de militer durablement contre la pratique. De plus, l'étude suggère d'identifier une « marraine » et un « parrain » parmi des figures de la scène artistique et/ou culturelle et/ou sportive tchadienne afin de populariser les messages de sensibilisations et leur donner une portée nationale.

2.3 – Recommandation 3. Développer une approche holistique de la lutte contre les MGF

Les interventions en faveur de l'élimination de la pratique peuvent avoir une efficacité limitée si elles ne s'attachent qu'aux conséquences sanitaires et judiciaires de l'excision. Deux phénomènes récents semblent prendre de l'ampleur au sein des communautés où les MGF continuent d'être perpétrées :

- **La médicalisation de la pratique** vise à réduire la souffrance générée par l'acte en faisant appel à des prestataires de santé avant et après le rituel (anesthésie, antibiothérapie, etc.). Ce glissement vers une forme « acceptable » de l'excision, qui s'apparente à une stratégie de réduction des risques^[18], est inquiétant car la médicalisation ne règle qu'une partie du « problème » (les risques sanitaires immédiats)

[17] Comité national du Comité interafricain pour la lutte contre les pratiques néfastes à l'égard des femmes et des enfants (CONACIAF), Association des femmes juristes du Tchad (AFJT), Cellule de liaison et d'information des associations féminines (CELIAF), Bureau d'appui Santé et Environnement (BASE), Croix Rouge tchadienne (CRT), etc.

[18] La réduction des risques est une stratégie de santé publique et de promotion de la santé développée notamment dans le cadre de la lutte contre le VIH/Sida auprès des populations usagères de drogues injectables. Il s'agit d'une politique visant à prévenir les problèmes sanitaires et sociaux liés à la consommation de drogues. La stratégie repose sur le constat que les usagers de drogues peuvent modifier leurs pratiques si on leur en donne la possibilité. Le programme consiste pour l'essentiel à faciliter l'accès aux seringues stériles, mais aussi au dépistage (VIH, VHC, etc.) et aux soins. Voir : <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/la-reduction-des-risques-et-des-dommages-chez-les-usagers-de-drogues>.

et garde intactes les séquelles physiques et psychologiques durables associées au traumatisme. Insister seulement sur les conséquences sanitaires des MGF pourrait amener à une plus grande médicalisation de celle-ci sans forcément en réduire la prévalence.

- **La pénalisation de la pratique** constitue indéniablement une avancée en termes de santé publique et de respect des droits. Mais elle a aussi pour effet pervers sa plus grande « clandestinisation », et donc une prise de risque accrue pour les jeunes filles. En cas de complication, les personnes impliquées hésitent à chercher de l'aide par peur d'être dénoncées. Sensibiliser avant de punir semble donc constituer une stratégie plus adéquate.

Les interventions doivent s'attaquer à la pluralité des déterminants liés à l'excision car ils sont tous extrêmement imbriqués. Outre la problématique sanitaire et judiciaire, elles doivent appréhender d'autres types de conséquences comme, par exemple, l'impact sur l'économie familiale, la santé mentale, le bien-être du couple ou encore l'éducation des jeunes filles.

Une des recommandations qui découle de ce constat est de renforcer les interventions de sensibilisation basées sur la communauté à destination de l'ensemble des acteurs étatiques nationaux et provinciaux et des organisations de la société civile investies dans la lutte contre les MGF (ONG internationales et locales, associations locales, groupements de femmes, etc.). Plus précisément, il s'agit de :

- Créer des réseaux provinciaux et nationaux de lutte contre l'excision en s'appuyant sur les organisations locales préexistantes ;
- Organiser des formations intégrant la dimension historique, sociale, religieuse, physique et psychologique des MGF à destination de l'ensemble des acteurs provinciaux (services étatiques, équipes des OSC, écoles de santé publiques et privées, structures sanitaires et juridiques, autorités coutumières, tradipraticiens, accoucheuses traditionnelles, enseignants, etc.) ;

- Engager des actions de sensibilisation dans les écoles en mobilisant des élèves « leaders » (filles et garçons) afin qu'ils diffusent les messages clés de lutte contre les MGF. L'organisation d'événements sportifs et culturels à destination des jeunes permet également de démystifier la pratique par le biais d'outils ludiques.

2.4 – Recommandation 4. Identifier les perceptions collectives liées à l'excision via « l'approche par les rumeurs »^[19]

L'une des orientations méthodologiques de la recherche opérationnelle réalisée au Tchad était d'identifier les perceptions que les hommes, les femmes, les adolescentes et les adolescents entretenaient vis-à-vis de l'excision. Les chercheuses ont demandé aux membres des OSC partenaires d'organiser des focus groupes avec des participants représentant chacune de ces catégories de personnes. La consigne sous-jacente était de recueillir les « rumeurs villageoises » afin de comprendre comment les perceptions et les attitudes vis-à-vis de l'excision étaient conditionnées par ces rumeurs.

L'intérêt méthodologique de « l'approche par les rumeurs » est double. D'une part, elle permet aux répondants de dépersonnaliser les questions portant sur l'excision, et donc, de répondre de façon indirecte en faisant référence aux pratiques et perceptions « des autres » (il s'agit par exemple de demander « quelles sont les rumeurs qui circulent vis-à-vis des femmes excisées et des femmes non-excisées ? »). D'autre part, elle permet de dresser une typologie des stéréotypes communément partagés sur l'excision.

Dans le cadre d'une recherche opérationnelle, il est primordial que les équipes de projet identifient et analysent ces stéréotypes. En effet, c'est à travers la connaissance des représentations sociales liées à une pratique que les acteurs de terrain parviennent à adapter les activités de communication et de sensibilisation

visant le changement de comportement. En d'autres termes, il est nécessaire de connaître les rumeurs pour mieux les combattre.

2.5 – Recommandation 5. Informer et impliquer les hommes dans la lutte contre les MGF

Malgré certaines idées reçues, les hommes ne sont pas toujours des défenseurs convaincus de l'excision. Dans la province du Mandoul au Tchad, les données qualitatives issues des témoignages recueillis sur le terrain révèlent que certains hommes parmi les leaders coutumiers et étatiques, les représentants de l'ordre (avocats, sous-préfets), les prestataires de santé, ou encore, les enseignants rejettent eux aussi la pratique.

Le sujet des MGF demeure encore globalement tabou pour les hommes et il reste difficile d'avoir un nombre d'entretiens suffisamment important pour en tirer des conclusions significatives. Le film documentaire issu de la recherche^[20] souligne cependant avec justesse, à partir de quelques cas, ce constat. À ce titre, il est intéressant de constater que les raisons « masculines » du rejet de la pratique sont souvent différentes de celles des femmes. Outre les effets sur la santé de leurs épouses et de leurs filles, ce sont également les conséquences des MGF sur la vie intime et sexuelle du couple qui sont dénoncées par les époux. La peur de la sexualité liée au traumatisme que ressent leur épouse, le manque de plaisir, la douleur au moment de l'acte, ou encore, les fuites urinaires chroniques que la pratique peut occasionner sont autant de facteurs qui compromettent le bien-être du couple.

La dimension économique semble aussi peser dans la volonté des hommes de rompre avec la pratique car ce sont eux qui couvrent les frais du rituel en finançant les personnes directement impliquées (exciseuses, chefs coutumiers, accompagnants, soignants) et les dépenses matérielles (nourriture, vêtements, médicaments).

[19] Voir par exemple Aldrin 2005.

[20] Voir à ce titre le film documentaire sur l'excision dans le Mandoul : <https://www.youtube.com/playlist?list=PL5ykmTNSyakEzcPIC4ctiFzD7qjhFDbp>.

Enfin, les témoignages révèlent que les pères de famille manquent souvent d'information concernant les conséquences des MGF sur la santé de leurs filles. Rares étaient les hommes interrogés durant l'étude qui pouvaient citer plus d'une conséquence néfaste relative à l'excision. Un chef coutumier interrogé sur cette question déclarait par exemple qu'il avait pris conscience des séquelles liées à la pratique seulement après qu'une sensibilisatrice lui ait montré des images de mutilations génitales particulièrement handicapantes. Selon lui, le manque d'information sur les déterminants et les conséquences de la pratique constitue un obstacle à l'engagement des hommes dans la lutte contre les MGF.

De fait, les conclusions de l'étude montrent que si certains hommes (bien que minoritaires) s'opposent déjà à l'excision et dénoncent ses effets sur la santé des femmes et sur le bien-être de leur couple, d'autres seraient probablement prêts à le faire s'ils étaient mieux informés. Les hommes peuvent constituer des alliés importants dans la lutte contre l'excision et doivent donc être systématiquement impliqués dans les interventions de sensibilisation et de plaidoyer. De plus, les messages portés par les campagnes de lutte contre les MGF doivent être adaptés aux besoins et aux préoccupations des hommes. Enfin, pour optimiser l'impact des activités de sensibilisation en direction des hommes et des adolescents, celles-ci doivent être réalisées dans les lieux de socialisation qu'ils fréquentent (associations, lieux de prière, cinéma, bar, centre de jeunes, stades, etc.).

2.6 – Recommandation 6. Soutenir, par tous les moyens, la libération de la parole

Si la réduction des MGF au Tchad et dans les autres pays qui les pratiquent représente un engagement de longue haleine, l'un des facteurs encourageants qui émerge des entretiens est la libération naissante de la parole et la volonté de dénonciation. À titre d'exemple, deux ouvrages^[21] ont

été écrits par des autrices tchadiennes qui militent contre les MGF. Elles y racontent leur expérience de l'excision et dénoncent les conséquences de la pratique sur la vie procréative et sur la scolarité des jeunes filles. Durant le travail de recherche, nombreuses sont les femmes qui ont elles-mêmes souhaité partager leur opinion à ce sujet. Certaines grand-mères, qui font pourtant habituellement figure de garantes des pratiques traditionnelles, rejettent ouvertement les MGF^[22] et refusent que leurs petites-filles soient excisées. De plus, selon les représentants et représentantes des associations locales de lutte contre les MGF, les femmes et les hommes qui s'opposaient silencieusement à la pratique font davantage entendre leur voix et rompent avec le tabou qui prévalait jusque-là.

L'étude révèle donc que, même s'ils ne sont pas mesurables statistiquement, de micro-changements sont tout de même en train de s'opérer au sein des ménages. Cette libération de la parole constitue sans nul doute une avancée positive. C'est en s'appuyant sur ces micro-changements que les programmes de lutte contre les MGF pourront s'ancrer et se pérenniser.

Il est donc important que les porteurs de ces discours puissent disposer de canaux d'expression pour relayer leur message. Que ce soit à travers l'organisation de foras communautaires, de caravanes de cinéma, de pièces de théâtre, de projections de documentaire, de focus groupes, d'émissions radiophoniques, de formation des acteurs sanitaires, sociaux, judiciaires, coutumiers, etc. Toutes ces stratégies sont pertinentes et ont déjà fait leurs preuves. Elles nécessitent cependant un engagement à long terme, indispensable à l'évolution de la pratique et des normes sociales. Les bailleurs internationaux, qui financent des projets, et les acteurs locaux, qui luttent contre l'excision, devraient donc réfléchir à la meilleure manière d'assurer la récurrence et la pérennité de ces financements. C'est en s'inscrivant dans le temps long que les actions de lutte contre l'excision pourront véritablement faire la preuve de leur efficacité.

[21] Nemađji, Célestine. 2018. *L'excision et la déperdition scolaire des filles au Tchad*. S. l. : Edilivre.
Ngoltoingar, Bayor Chantal. 2016. *L'obscurité sous le soleil. Afrique - Tchad - Monde*. S. l. : Edilivre.

[22] Voir à ce titre le film documentaire sur l'excision dans le Mandoul (*op. cit.*).

Bibliographie

- Agence française de développement et Association Tchadienne pour le bien-être familial. 2013. « La santé des femmes au Tchad, entre urgence et développement ». *Savoirs communs* (15). Paris : AFD.
- Aldrin, Philippe. 2005. *Sociologie politique des rumeurs*. Paris : Presses universitaires de France.
- Andro, Armelle et Marie Lesclingand. 2016. « Les mutilations génitales féminines. État des lieux et des connaissances ». *Population* (7)2 : 224-211.
- Banks, Emily, Olav Meirik, Farley Tim, Oluwole Akande, Heli Bathija et Mohamed Ali. 2006. "Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries". *Lancet* (367)9525 : 1835-41.
- Carillon, Séverine et Véronique Petit. 2009. « La pratique des mutilations génitales féminines à Djibouti : une « affaire de femmes » entre les mains des hommes ». *Autrepart* (52)4 : 13-29.
- Chatot, Florence. 2020. *Dynamiques et normes sociales liées aux mutilations génitales féminines dans le Mandoul, Tchad*. Rapport de recherche. Plaisians : Urgence, Réhabilitation, Développement (URD), AFD, Care. https://www.urd.org/wp-content/uploads/2024/02/Groupeurd_Pasfass_Rapport-excision_2020_VF.pdf.
- Couchard, Françoise. 2003. *L'excision. Que sais-je?*. Paris : Presses universitaires de France.
- Fainzang, Sylvie. 1985. « Circoncision, excision et rapports de domination ». *Anthropologie et sociétés* (9)1 : 117-127.
- Hosken, Fran P. 1982. *The Hosken Report: Genital and Sexual Mutilation of Females*. 3^e édition révisée. Lexington : Women's International Network News.
- Leonard, Lori. 1996. "Female circumcision in southern Chad: origins, meaning and current practice". *Social Science & Medicine* (43)2 : 255-63.
- Lescingand, Marie. 2019. *Les pratiques de modifications génitales féminines : entre condamnation et valorisation*. HAL.
- Mackie, Gerry. 1996. "Ending Footbinding and Infibulation: A Convention Account". *American Sociological Review* (61) : 99-1017.
- Mackie, Gerry et John LeJeune. 2009. *Social Dynamics of Abandonment of Harmful Practices: A New Look at the Theory*. Innocenti Working Paper 6.
- The National Council for Childhood and Motherhood. 2003. *Afro-Arab Expert Consultation Legal Tools for the Prevention of Female Genital Mutilation: Cairo Declaration for the Elimination of FGM*. http://www.sexarchive.info/ECR6/pdf_fgm_cairo2003_eng.pdf.
- Nemadji, Célestine. 2018. *L'excision et la déperdition scolaire des filles au Tchad*. S. L. : Edilivre.
- Ngoltoingar, Bayor Chantal. 2016. *L'obscurité sous le soleil. Afrique - Tchad - Monde*. S. L. : Edilivre.
- Shell-Duncan, Bettina. 2008. "From Health to Human Rights: Female Genital Cutting and the Politics of Intervention". *American Anthropologist* (110)2 : 225-36.
- Sindzingre, Nicole. 1979. « Un excès par défaut : excision et représentation de la féminité ». *L'Homme. Revue française d'anthropologie* (19)3-4 : 171-87.
- United Nations Children's Fund (Unicef). 2022. *Towards Ending Harmful Practices in Africa: A statistical overview of child marriage and female genital mutilation*. New York : Unicef.
- Unicef. 2024. *Femal Genital Mutilation: A global concern. 2024 Update*. New York : Unicef.
- Vissandjee, Bilkis, Shereen Denetto, Paula Migliardi et Jodi Proctor. 2014. "Female Genital Cutting (FGC) and the ethics of care: community engagement and cultural sensitivity at the interface of migration experiences". *BMC International Health and Human Rights* (14)13.

Les Éditions Agence française de développement (AFD) publient des travaux d'évaluation et de recherche sur le développement durable. Réalisées avec de nombreux partenaires du Nord et du Sud, ces études contribuent à l'analyse des défis auxquels la planète est confrontée, afin de mieux comprendre, prévoir et agir, en faveur des Objectifs de développement durable (ODD). Avec un catalogue de plus de 1000 titres, et 80 nouvelles œuvres publiées en moyenne chaque année, les Éditions Agence française de développement favorisent la diffusion des savoirs et des expertises, à travers leurs collections propres et des partenariats phares. Retrouvez-les toutes en libre accès sur editions.afd.fr. Pour un monde en commun.

Avertissement

Les analyses et conclusions de ce document sont formulées sous la responsabilité de leur(s) auteur(s). Elles ne reflètent pas nécessairement le point de vue officiel de l'Agence française de développement ou des institutions partenaires.

Directeur de publication Rémy Rioux
Directeur de la rédaction Thomas Mélonio
Création graphique MeMo, Juliegilles, D. Cazeils
Conception et réalisation PUB

Crédits et autorisations

License Creative Commons

Attribution - Pas de commercialisation - Pas de modification

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Dépôt légal 3^e trimestre 2025

ISSN 2680-5448 | **ISSN numérique** 2680-9214

Imprimé par le service de reprographie de l'AFD

Pour consulter les autres publications
de la collection Policy Paper :
<https://www.afd.fr/collection/policy-papers>