unicef
unissons-nous
pour les enfants

République de Guinée
Travail-Justice-Solidarité

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA PROMOTION FEMININE ET DE L'ENFANCE

L'IMPACT DES STRATEGIES DE PROMOTION DE L'ABANDON DES MGF EN GUINEE

Cette étude a été formulée dans le cadre de

L'APPUI A LA DIRECTION NATIONALE DE LA PROMOTION FEMININE ET DU GENRE

VERSION FINALE

Juillet 2017

Auteur :

BARRY Alpha Amadou Bano

(Pr. des Universités,

Directeur Scientifique du LASAG,

(barybano@hotmail.com, 622088080)

Clause de non-responsabilité

La présente publication a été élaborée avec l'aide de l'UNICEF, de l'UNFPA, de l'ambassade des USA en Guinée et de la coopération Helvétique. Le contenu de la publication relève de la seule responsabilité de du Consultant et ne peut aucunement être considéré comme reflétant le point de vue de l'UNICEF, de l'UNFPA, de l'ambassade des USA en Guinée et de la coopération Helvétique et/ou du Ministère de l'Actions Sociales, de la Promotion Féminine et de l'Enfance.

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES 3
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS 5
RESUME EXECUTIF 7
CONTEXTE ET JUSTIFICATION 11
OBJECTIFS 16
CADRE THEORIQUE 17
Evaluation de l'efficacité 17
Evaluation de l'efficience 18
Evaluation de la durabilité 18
Evaluation de l'impact 19
DEMARCHE DE RECHERCHE 19
Recherche documentaire 19
Données administratives 20
Enquête par Questionnaire 21
Public cible 21
Echantillon 22
Saisie et apurement des données 25
Analyse des données 27
REVUE DE LA LITTERATURELES STRATEGIES MONDIALES ET REGIONALES 26
Approche sanitaire 27
La formation des acteurs de la santé 31
L'approche axée sur les droits humains 31
L'approche religieuse 33
La formation et la reconversion des exciseuses 34
Le développement des rites alternatifs 36
Les activités d'IEC et les campagnes de changement de comportement 37
L'approche juridique 39
PRESENTATION DES RESULTATS 41
Profil des enquêtés 41
L'excision en Guinée : modification et continuité 43
Lieux, périodes et âge de l'excision : multiples 43
Agents de santé et exciseuses : excisent toujours 45
Type d'excision : multiple et en évolution 46
Qui décide du type d'excision 48
Coût de l'excision 50
LES STRATEGIES DE PROMOTION DE L'ABANDON DE L'EXCISION 52
La promotion de l'abandon de l'excision : une expérience ancienne et des résultats mitigés 52
STRATEGIES MULTIPLES ET RESULTATS SIMILAIRES : PERPETUATION DES MGF 77
Informations sur les risques sur la sante (IEC) 77
Affiches 81

Boîtes à images 81
Supports éducatifs 82
Films 82
Théâtre 82
SMS/Réseaux sociaux 82
Visites à domicile 83
Tables rondes 84
Fora 84
LA FORMATION DES ACTEURS DE L'EXCISION 84
LES RITES ALTERNATIFS ET LES SOLUTIONS COMMUNAUTAIRES 88
Dialogue de générations 90
Réunions d'échanges entre les filles non excisées et excisées 90
DEVELOPPEMENT SOCIAL INTEGRAL AVEC DECLARATION PUBLIQUE 90
RECONVERSION DES EXCISEUSES 92
PROTECTION DES FILLES NON EXCISEES 94
L'APPROCHE JURIDIQUE 95
IMPACT DES STRATEGIES 98
CONCLUSION 104
BIBLIOGRAPHIE 108
ANNEXE 112

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AGBEF	Association guinéenne pour le bien-être familial
AFAF	Association des Femmes pour l'Avenir des Femmes
AFDD	Association des Femmes Pour le Développement Durable
AJKPS	Association des jeunes de Kissidougou pour la Santé
AGUIAS	Association Guinéenne des Assistantes Sociales
ASD	Association de la Solidarité Sociale et du Développement
CAM	Club des Amis du Monde
CEDEAO	Communauté Economique Des Etats de l'Afrique Occidentale
CEDEF	Convention sur l'Elimination de toutes les formes de Discrimination à l'Egard des Femmes
CMRN	Comité Militaire de Redressement National
CDE	Convention relative aux droits de l'enfant
CHU	Centres hospitalo-universitaires
CR	Communauté Rurale
CPTAFE	Cellule de Coordination sur les Pratiques Traditionnelles Affectant la Santé des Femmes et des Enfants
EDS	Enquête Démocratique et de Santé
FARDH	Fondation africaine pour le renforcement de la dignité humaine
FONBALE	Fondation Binta Ann pour l'enfance
GIZ	Deutsche Gesellschaft Für Internationale Zusammenarbeit
MGF/E	Mutilation Génitale féminine/Excision
MASPFE	Ministère des Affaires Sociales et de la Promotion Féminine et de l'Enfance
OCPH/ CARITAS	Organisation Catholique pour la Promotion Humaine
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OSPADEC	Organisation pour la Sensibilisation, la Paix et le Développement des Communautés
UA	Union Africaine
UNFPA	Fonds des Nations-Unies pour la population
UNICEF	Fonds des Nations-Unies pour l'Enfance
USAID	Agence des Etats-Unis pour le Développement International
PLAN GUINEE	Plan Guinée
PNUD	Programme des Nations-Unies pour le Développement
PSI	Population Service International

RESUME EXECUTIF

Depuis plus d'une trentaine d'années, des efforts multiples et diverses ont été entrepris avec une multiplicité d'approches et de stratégies, des centaines d'intervenants nationaux et étrangers et des financements importants pour réduire la prévalence de l'excision en Guinée. En dépit de ces efforts, l'excision n'a pas reculé en Guinée et serait même, selon les données disponibles, en progression. Comment expliquer l'échec de ses stratégies et de ses actions à atteindre les objectifs visés ?

En dépit de cette diversité des stratégies menées et de la non réduction de la prévalence de l'excision, est-il possible de déterminer pour les principales stratégies menées des éléments de leur pertinence, de leur efficacité, de leur efficience et de leur impact ?

Ces questions sont au centre de la présente recherche qui est une évaluation qui a utilisé, dans la collecte des données, une abondante recherche documentaire (données administratives et données secondaires) et quelques entretiens avec les acteurs de la promotion de l'abandon de l'excision qui ont permis de déterminer les zones d'enquête (préfectures, communes urbaines/rurales, quartiers/secteurs), les intervenants dans ces zones, les stratégies menées, les périodes et la durée de ces interventions.

Le second instrument utilisé à été le questionnaire qui a permis d'interroger **1 980 personnes** sur **2 497 ciblées** dans l'échantillon de départ. Sur les 1 980 sondés, 142, 4 sont des médecins, 18 sont des infirmiers, 68 sont des sages-femmes, 43 sont des agents techniques de santé et 9 ont déclaré qu'ils sont des agents de santé sans aucune précision sur leurs niveaux de qualification. L'enquête a aussi rencontré **39 des exciseuses dites « traditionnelles »**.

Sur les 1 980 sondés, 197 sont des leaders communautaires (imams, muezzins, chefs coutumiers, etc.). 113 de ces leaders communautaires ont été interrogés en milieu rural et 84 en milieu urbain.

Les enquêtés ciblés et rencontrés habitent onze communes (sept urbaines et quinze rurales) de Guinée (Ratoma, Matoto, Forécariah, Télimélé, Mamou, Labé, Pita, Kouroussa, Kankan, Guéckédou, Kissidougou et N'Zérékoré). A l'intérieur de ces communes, les sondés ont été tirés dans quarante six quartiers et/ou districts et auprès de 105 secteurs et/ou villages. 58% des personnes interrogées habitent en milieu rural et 42% le milieu urbain. Une soixantaine d'entretiens individuels ont été réalisés et trois entretiens de groupe.

Après la collecte, le traitement et l'analyse des données deux catégories d'informations apparaissent. La première porte sur les effets des stratégies de promotion sur la perception et l'opinion des sondés et la seconde sur l'impact réel et perçu de ces stratégies.

Sur le premier aspect, il est possible de conclure que certaines opinions voulues et défendues par les stratégies se sont installées. Il s'agit de la déconstruction du lien entre la religion et l'excision. Les données collectées indiquent que sept sondés sur dix savent que la religion, en particulier celle musulmane ne commande pas l'excision.

Cette opinion installée ne doit exclure les leaders religieux parmi les acteurs sur lesquels il faut travailler, car ils sont considérés par tous les intervenants comme des acteurs qui pèsent et encouragent plutôt, même s'ils disent le contraire lors des entretiens, la pratique de l'excision.

L'autre opinion installée est le fait d'approuver à 83% les différents messages de promotion de l'abandon de l'excision. Cette forte approbation cache de légères différences entre ceux qui habitent en milieu urbain et en milieu rural.

Lorsqu'on regarde l'opinion des populations rencontrées sur les stratégies développées dans le pays, il apparaît que la sensibilisation n'est pas désignée comme la plus appropriée. Elle ne recueille un avis favorable que d'1% des personnes rencontrées.

L'utilisation des SMS et les réseaux sociaux est récente et n'a pas touché beaucoup de personnes. Pourtant et en dépit des difficultés de leurs manipulations qui exigent savoir et compétences en langue française, les SMS et les réseaux sociaux apparaissent comme une stratégie qui pourrait être **efficace, pertinente et durable** dans la promotion de l'abandon de l'excision dans certaines circonstances surtout avec les jeunes.

La même situation de faible exposition est observable au travers de la tenue des tables-rondes et à des foras. En dépit d'une telle situation, les populations rencontrées apprécient le fait d'avoir le droit de prendre la parole dans ces lieux d'échanges.

Les rites alternatifs sont désignés comme la première stratégie appropriée pour assurer la promotion de l'abandon de l'excision. Ce score des rites initiatiques découle du choix élevé des sondés qui vivent en milieu rural et surtout en région forestière (Guéckédou, Kissidougou, N'Zérékoré).

Les visites à domicile et le dialogue de générations sont aussi fortement souhaités par les habitants en milieu rural. A l'inverse, les déclarations d'abandon et les tables-rondes sont considérées inappropriées. Les supports éducatifs sont l'unique stratégie qui apparait comme durable selon les sondés. Malheureusement, cette stratégie reste encore très marginale sur le terrain.

La reconversion des exciseuses est aussi l'une des plus vieilles stratégies utilisées en Guinée et est très connue par les sondés, en raison de sa forte médiatisation. Néanmoins, les personnes rencontrées (citoyens, personnel de santé et exciseuses) s'entendent pour dire qu'après les « dépôts de couteaux », les exciseuses sont remplacées par des membres de leurs

familles et surtout par les agents de santé. Ce remplacement par les agents de santé encourage plutôt la pratique par la réduction des risques sanitaires.

L'identification et la protection des filles sont appréciées par ceux qui habitent en milieu rural. Cependant, les personnes rencontrées sont conscientes de la difficulté pour les filles protégées de rester définitivement non excisées en raison des moqueries de l'entourage et des personnes au courant de cette identification et du rejet de l'entourage.

Dans tous les cas, cette stratégie risque d'être difficile de mettre en œuvre en raison de certaines contraintes comme la véracité des déclarations des ONG et la surveillance des filles. En tout état de cause, il est difficile de se substituer aux familles dans leurs responsabilités de parents qui ont l'obligation de protéger leurs filles contre les violences.

On peut inscrire la pénalisation de l'excision dans le même registre avec toutefois une différence certaine : l'existence d'organes de contrôle et de sanctions contre les déviances.

Certaines de ces stratégies ont été rencontrées d'avantage dans certaines zones que dans d'autres, dans certaines préfectures que dans d'autres.

Enfin et à titre illustratif, on peut dire que les *visites à domicile* et les *tables rondes* semblent avoir été surtout développées davantage en milieu rural qu'en milieu urbain. Les *rites alternatifs* ne l'ont été qu'en milieu rural et les *déclarations publiques d'abandon* de l'excision l'ont été surtout, mais pas exclusivement, en milieu rural. *L'identification des filles non excisées*, pour assurer leur protection, et les *affiches* l'ont été surtout en milieu urbain.

Les préfectures de *Kankan, Labé, Télimélé, Kouroussa, Guéckédou et Kissidougou* semblent être celles dans lesquelles il y a eu plus de pluralité de stratégies développées. C'est aussi dans ces préfectures que la participation des populations a semblé être la plus significative, surtout pour celles qui vivent en milieu rural.

Après trente ans de promotion d'abandon de l'excision, on peut noter des modifications dans le comportement des populations. Il n'est pas possible d'attribuer ces modifications à une stratégie en particulier, sauf celles en rapport aux opinions qu'on peut rattacher, en grande partie, aux campagnes d'IEC.

La prévalence de l'excision reste encore forte, mais il y a des frémissements qui suggèrent une tendance à la baisse qui avait été ressentie dans les EDS de 2005 et 2012 et qui se confirment par la présente étude avec une prévalence de 96% des mères rencontrées et de 40% des filles de ces mêmes femmes. Certes, plusieurs mères disent attendre la disponibilité de la fille (les vacances scolaires), l'âge des filles et les moyens pour faire face à l'excision. Mais il est fort probable que la proportion de la dernière génération des filles soit moins importante que celle des mères.

Les changements les plus significatifs sont observables sur le lieu, l'âge, le nombre, le type, l'âge de l'excision et les acteurs qui interviennent dans le processus de l'excision. L'excision est passée de la « brousse » avec des exciseuses traditionnelles vers les structures de santé. Alors qu'il n'y avait que 18% des mères qui avaient été excisées dans une structure sanitaire (on pourrait dire dans les 15 années de l'indépendance de la Guinée), c'est le cas de 31% des aînés, de 34% des cadettes et à 42% pour les benjamines.

L'autre tendance qui se dessine sur le lieu de l'excision est le fait de transporter l'excision dans le domicile des parents ou dans celui de l'exciseuse en milieu rural. Le fait de transformer le domicile de l'exciseuse en un lieu double d'excision et de convalescence perpétue la tradition de la case de l'excision des anciens temps avec l'exciseuse « opératrice sanitaire » de l'acte et « gardienne de la tradition et de la diffusion initiatique » comme dans les temps anciens.

Cette médicalisation de l'excision est un gain dans la santé, mais ne protège pas totalement les excisées de complications sanitaire juste après l'acte. 90 familles (54 en milieu rural et 36 en milieu rural) ont indiqué avoir constaté des complications sanitaires sur leurs filles dès après l'excision.

L'âge de l'excision glisse et se fait autour de 7 à 10 ans et entre 10 et 13 ans pour la très grande majorité. A partir de 13 ans, l'intensité baisse sérieusement et devient rare au-delà de 16 ans, sauf dans la région forestière où l'excision est aussi initiatique. Les variations entre milieu urbain et celui rural est faible, à l'exception de l'excision après 16 ans qui ne concerne que le milieu rural.

Il apparaît aussi que les grandes masses de filles qui déambulent dans les rues dans leurs tenues particulières est invisibles, car l'excision s'individualise en milieu urbain même si elle reste encore collective en milieu rural.

Les modifications les plus tangibles des campagnes de promotion de l'abandon de l'excision se remarquent surtout sur le type d'excision. Alors que le type dominant du temps des mères était « d'enlever des chaires de la zone vaginale » avec 70% des mères rencontrées, cette proportion descend à 61% chez les aînés avant de se situer à 41% chez la benjamine.

Le fait « d'entailler » qui concernait 28% des mères est passé à 43% pour les aînés des filles à 54% pour les benjamines. A l'époque des mères, personne ne faisait « semblant » et très peu procédait à la « fermeture du vagin ». Le « faire semblant » progresse lentement chez les filles en zone rurale passant de 1% à 2% et un peu plus rapidement en zone urbaine passant de 1% à 5%.

Même s'il est impossible d'attribuer cette situation aux campagnes de promotion de l'abandon de l'excision, on constate aussi le recul du père comme contributeur financier principal de l'excision qui laisse la place à son épouse.

On peut aussi constater des effets des différentes campagnes de promotion de l'abandon de l'excision sur la personne qui prend la décision sur le type d'excision pratiqué sur les filles. Si du temps des mères rencontrées, la décision venait d'abord de leur mère avec des pères qui ne venaient qu'en quatrième position, bien après les homonymes, les grands-mères, les tantes paternelles et les exciseuses, on se rend compte qu'avec les filles de ces femmes la mère reste toujours une actrice majeure, mais le père reprend de l'importance et se positionne juste derrière son épouse.

Le père et la mère n'apparaissent pas comme ceux qui accompagnent les filles dans les structures sanitaires. Dans cette tâche, les « tantes paternelles » et les « homonymes sont les plus actives et précèdent les mères.

Cependant, il existe une tendance qui refait surface dans les communautés peulhs et malinkés de revenir à l'infibulation. Ce souhait est inquiétant et pourrait découler des problèmes dans la gestion de la sexualité des adolescents, mais aussi l'effet de nouvelles orientations religieuses. Si cette seconde hypothèse, la Guinée devrait s'inquiéter.

Les impacts les plus significatifs sont dans le domaine des indicateurs de processus (le nombre de personnes mobilisées, informées et/ou sensibilisées, le nombre d'ateliers, etc.). Les progrès sont réels dans la formation et l'outillage théorique et pratique des acteurs de l'excision (personnel de santé et exciseuses, religieux, auxiliaire de justice, journalistes et autres acteurs). Cependant, ces acteurs n'ont pas encore joué suffisamment leur rôle dans l'impact sur l'abandon de l'excision. On peut même dire que les effets boomerang[1] sont importants chez certains acteurs comme le personnel de santé avec la forte médicalisation de l'excision.

Enfin, les campagnes de promotion de l'abandon de l'excision ont permis d'asseoir des **opinions**, mais pas encore des **attitudes** et des **comportements** attendus : la baisse significative de la prévalence de l'excision. Il reste donc le gros du chantier, celui d'opérer *« l'ensemble des changements significatifs et durables dans la vie et l'environnement des personnes et des groupes ayant un lien de causalité direct ou indirect avec les projets menés »*.

[1]Effets non prévus par la stratégie.

A. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

L'excision est une pratique très ancienne en Afrique au Sud du Sahara et reste encore très pratiquée par une vingtaine de pays dont les plus touchés sont, par ordre croissant, la Guinée Bissau (50%), le Libéria (60%), la Mauritanie (71%), le Burkina Faso (72%), la Gambie (80%), la Sierra Leone (90%), le Mali (92%), la Guinée (96%)[2]. Ces données, confirmées par l'EDSG III (2012), montrent que la Guinée occupe l'une des toutes premières places des pays à forte prévalence de l'excision.

La « Convention sur l'Elimination de toutes les formes de Discrimination à l'Egard des Femmes » (CEDEF) encadre, dans ses grandes lignes, la volonté partagée de la communauté internationale pour mettre fin à l'excision qui est considérée comme une violation des droits à l'intégrité physique, une violence et un mauvais traitement dégradant que la communauté internationale a inscrit dans ces conventions et traités. Pour protéger les enfants et les femmes, les pays du Monde se sont engagés à travers des conventions, des traités, des déclarations et des résolutions.

En 1982, les pays africains adoptent la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, qui consacre en son article 29 (paragraphe 7) le devoir de veiller à la préservation et au renforcement des valeurs culturelles africaines positives et de contribuer à la promotion de la santé morale de la société, ce qui exclut les pratiques néfastes comme l'excision.

Deux ans plus tard (1984), 28 pays africains décident d'aller de l'avant en mettant en place le Comité Inter Africain de lutte contre les pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants (y compris l'excision) et engagent une série d'actions en direction des autorités politiques, administratives et religieuses et l'élaboration d'un agenda commun en vue de l'élimination de l'excision.

En 1990, les Nations-Unies ont initié et fait adopter la Convention relative aux droits de l'enfant (CDE) qui oblige les Etats, notamment dans ses articles 19 et 24, paragraphe 3, à prendre toutes les mesures nécessaires à la protection de l'enfant contre toutes formes de violences physiques ou mentales et de mauvais traitements.

Dix ans plus tard, dans sa résolution 54/7 du 12 mars 2010, la communauté internationale s'engage à mettre fin aux MGF/E. La résolution demande aux Etats à promulguer et à faire appliquer une législation interdisant l'excision, à mettre sur pied des services de soutien social et psychologique et de soins, et à prendre des mesures pour venir en aide aux femmes et aux filles qui les subissent.

[2]Ministère de l'Action Sociale, de la promotion Féminine et de l'Enfance (2013) ; « Plan stratégique national de l'abandon des mutilations génitales féminines, 2013–2017 », Conakry, Guinée.

Une année plus tard, l'assemblée générale des Nations-Unies, dans sa résolution 65/228 de 2011 relative au renforcement des mesures en matière de prévention du crime et de justice pénale visant à combattre la violence à l'égard des femmes, a invité les États à revoir, évaluer et actualiser leur législation pénale afin de s'assurer que les pratiques traditionnelles nuisibles, sous toutes leurs formes, y compris les MGF/E, soient reconnues comme infractions graves par le droit pénal.

Deux ans plus tard, une autre assemblée générale des Nations-Unies adopte une autre résolution « 67/146 ». Dans cette autre résolution, les Nations-Unies exhortent les Etats membres à intensifier l'action mondiale visant à éliminer les MGF/E, notamment en renforçant les activités de sensibilisation, d'éducation et de formation de tous les acteurs impliqués. Elle demande explicitement aux Etats de promulguer des lois interdisant cette forme de violence, à veiller à son application et à mettre fin à l'impunité pour les auteurs.

Deux autres résolutions, la « 14/12 » et la « 13/20 », demandent aux États de renforcer leur lutte contre toutes les formes de violence à l'égard des femmes et des filles, en particulier de redoubler d'effort pour affronter les comportements, coutumes, pratiques et stéréotypes sexuels qui sont au cœur des actes et pratiques discriminatoires, nuisibles et violentes à l'égard des femmes et des filles, telles que les MGF/E.

Parallèlement, et comme pour faire échos aux engagements internationaux, les pays africains adoptent et promulguent le Protocole de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits de la femme en Afrique, dit Protocole de Maputo. Ce protocole impose aux Etats parties l'obligation de *« modifier les schémas et modèles de comportement socioculturels de la femme et de l'homme en vue de parvenir à l'élimination de toutes les pratiques culturelles et traditionnelles néfastes »* (article 2, paragraphe 1.1). Dans l'article 5 du protocole, il est demandé aux Etats d'interdire et de condamner toutes les pratiques néfastes qui affectent négativement les droits des femmes et sont contraires aux normes internationales. Au total, on peut dire que les pays africains ont ratifié une dizaine de conventions et/ou de traités qui protègent les droits de la femme et de la fille que sont :

- la convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (1979) ;
- la convention sur les droits de l'enfant (1989) ;
- la déclaration du sommet mondial sur l'enfant (1990) ;
- la résolution 1992/251 du Conseil Economique et Social des Nations Unies sur les pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants ;
- la Déclaration et le Programme d'Action du Sommet Mondial sur le Développement Social (1995) ;

- la Déclaration et le Programme d'Actions de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (le Caire 1994) ;
- la Charte Africaine des Droits et bien être de l'Enfant adoptée par l'Union Africaine (UA, 1990) ;
- la Déclaration de l'UA sur le Plan d'Action Africain concernant la situation des femmes en Afrique (1995) ;
- la Plate forme d'Actions de la quatrième conférence mondiale sur les femmes (Beijing 1995).

La Guinée, de son côté, a ratifié la quasi-totalité des conventions africaines sur les droits des femmes. Le pays a ratifié le CEDEF le 9 août 1982 et celle relative aux droits de l'enfant le 13 juillet 1990. La Charte africaine des droits et du bien- être de l'enfant a été ratifiée le 21 janvier 2000 et le Protocole de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits de la femme en Afrique (Protocole de Maputo) a, lui, été ratifié le 16 avril 2012.

Dans sa constitution, adoptée le 26 avril 2009 et promulguée le 7 mai 2010 par le décret 068, la Guinée a garantit le droit au respect de l'intégrité physique et morale et consacre le principe d'égalité et de non-discrimination, respectivement dans ses articles 6 et 8.

On peut même dire que la Guinée est pionnière sur la pénalisation de l'excision. Dès les premières années de l'indépendance (1965), une loi portant interdiction de l'excision a été prise par le gouvernement de la République. Le cap de la protection de la femme guinéenne et de son émancipation sera réaffirmé par une loi de 1968 interdisant la polygamie. En 1969, la Guinée a inscrit dans son Code pénal, à son article 265, l'interdiction de toute mutilation des organes génitaux des hommes (castration) ou des femmes (excision) sous peine d'emprisonnement à perpétuité.

Le code pénal de 1998, à son article 305, reprend l'interdiction des mutilations des organes génitaux aussi bien de l'homme que de la femme et prévoit la réclusion criminelle à perpétuité pour toute infraction à cette prohibition. Il prévoit en outre la peine de mort dans le cas où la mutilation entraîne la mort de la victime dans les 40 jours suivant l'acte.

En juillet 2000, cette loi a été confortée par une autre loi prise dans le cadre de la santé de la reproduction (L/010/AN/2000 du 10 juillet 2000) portant « Santé de la Reproduction » en République de Guinée. Cette loi prévoit également des dispositions pénales à l'encontre de tous ceux qui la transgressent. En 2008, le code de l'enfant réaffirme la protection absolue accordée à l'enfant guinéen.

Le code pénal de 2016 confirme l'engagement de la Guinée à criminaliser les MGF dans ses articles de 258 à 261 en spécifiant non seulement les types d'excision, mais aussi en élargissant ces peines à toutes les parties prenantes d'une telle infraction.

L'adoption et la promulgation de ce cadre légal et normatif ont été réalisées parallèlement à des participations à plusieurs rencontres régionales et internationales relatives aux MGF. C'est le cas de la conférence de Dakar 1994 organisée par le Comité Interafricain (CI-AF) sur les Mutilations Génitales Féminines (MGF), de celle d'Ethiopie en 2003 avec comme mot d'ordre « Tolérance Zéro aux MGF » ; celle de l'Afrique de l'Ouest et du Centre tenue à Lomé (Togo, 2000) sur la protection des droits de l'enfant et des femmes et de l'Atelier d'Abuja (Nigeria) sur le plan stratégique relatif à la violence à l'égard de la femme dans la sous-région Communauté Economique des Etats d'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) en mars 2006.

Ces rencontres régionales et internationales ont permis en 1997, par exemple, le lancement du plan d'action régional pour accélérer l'élimination des mutilations génitales féminines par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

En plus de ces dispositions de répression, le pays s'est aussi doté d'orientations, de plans d'actions et d'opérations pour endiguer la pratique de l'excision avec une mobilisation des partenaires techniques et financiers[3] pour mettre en œuvre des mesures pour réduire la prévalence de l'excision. On peut schématiquement présenter les approches, même avec les combinaisons et les juxtapositions des approches par certains acteurs de terrain, en sept approches :

1) L'approche sanitaire avec la formation des professionnels de la santé pour en faire des acteurs du changement ;
2) L'approche axée sur les droits humains et le développement social intégral (déclaration publique d'abandon ou pas) ;
3) L'approche « religieuse » ;
4) La formation et la reconversion des exciseuses ;
5) La transformation des rites de passage avec le développement des rites alternatifs ;
6) Informations sur les risques sur la santé (Information, Education et Communication « IEC ») ;
7) L'approche juridique.

Il existe une approche basée sur l'identification et la protection des filles non excisées qui est présentement expérimentée en Guinée qui ne possède pas encore suffisamment de recul et de bases théoriques pour être exposé en détail dans la revue de la littérature.

Ces différentes approches ont été expérimentées sur presque toutes les localités (préfectures, communes, quartiers et secteurs) du pays. A titre illustratif, on peut citer :

[3]Par exemple, un programme conjoint UNFPA/UNICEF/Gouvernement guinéen sur les MGF d'un montant de 400 000 $ est lancé. Les agences d'aide au développement (USAID, GIZ, AFD, etc.) ont chacune soutenue des projets et programmes de promotion de l'abandon des MGF.

1) CEPTAF dans la quasi-totalité des préfectures de Guinée avec multiples partenaires (UNICEF, UNFPA, UNFEM, etc.) ;
2) FONBALE à Ratoma (sur financement et appui technique de l'UNICEF) ;
3) PSI à Forécariah avec de multiples partenaires financiers;
4) Sabou Guinée à Télimélé (sur financement de l'UNICEF et de l'ambassade des USA) ;
5) CAM à Mamou et à Labé (sur financement et appui technique de l'UNICEF) ;
6) TOSTAN à Pita (sur financement de l'UNICEF et de l'ambassade des USA et à Labé sur financement de UNFPA) ;
7) ASD à Kankan et Kouroussa (sur financement et appui technique de l'UNICEF) ;
8) AFAF à Guéckédou et N'Zérékoré sur financement de l'UNICEF et de Plan International et dans la région de Kankan sous financement de UNFPA ;
9) AJKPS à Kissidougou (sur financement de Plan international) ;
10) AGBEF dans les régions de Kankan, N'Zérékoré et Kindia (sur financement de UNFPA) ;
11) FARDH dans la région de N'Zérékoré (sur financement de l'UNFPA) ;
12) OSPADEC dans la région de N'Zérékoré (sur financement de l'UNFPA) ;
13) OCPH/CARITAS dans la région de N'Zérékoré (sur financement de l'UNFPA) ;
14) Plan Guinée dans la région de Kindia (sur financement de l'UNFPA ;
15) CEPTAF à Kankan sur financement de l'UNFPA et dans d'autres régions de la Guinée avec de multiples partenaires comme l'OMS, ONU Femmes, ect. ;
16) PRONG dans les 8 régions administratives du pays sur financement de l'UNFPA.

En plus de ces intervenants actuels, d'autres acteurs et des ONG locales sont intervenus dans les mêmes localités et parfois aux mêmes périodes. C'est le cas de la GIZ, de TOSTAN et de PSI à Pita, de Solidarité Guinéenne pour le Développement Durable à Labé, FONBALE qui est aussi financé directement par l'ambassade des USA dans la zone de Ratoma et de Matoto, Production documentaire sur l'excision en pays Kissi à Kissidougou et Guéckédou sur financement de l'ambassade des USA, Association des Femmes Pour le Développement Durable (AFDD**)** à Conakry sur financement de l'ambassade des USA et CEO CBC Worldwide pour des campagnes d'affichages de panneaux et spots radio et télé à Conakry.

On a aussi des anciens intervenants comme la GIZ, l'OMS et l'UNFPA avec le ministère de la santé et le personnel des structures de santé, l'UNICEF avec les religieux et les autorités administratives et des structures anciennes comme le CPETAF qui s'est spécialisé, avec des financements multiples, sur la reconversion des exciseuses.

L'UNFPA avec les religieux (musulmans et chrétiens), les femmes et jeunes leaders, le réseau des Femmes africaines ministres et parlementaires, les ministères de l'action sociale, de la santé, de la défense et de la sécurité, les exciseuses, les réseaux des journalistes et parlementaires en population et développement.

Malgré ce cadre juridique et les interventions des divers acteurs, la pratique des MGF reste toujours une préoccupation majeure à tous les niveaux car le résultat des actions reste

nettement insuffisant avec à peine 3% de baisse de la prévalence entre 1999 et 2005[4]. Cette prévalence poursuit sa baisse, selon l'EDS (2014), *« très légèrement des générations les plus anciennes aux plus récentes, variant de 100 % à 45-49 ans à 94 % à 15-19 ans »*.

Face à cette préoccupation, le gouvernement guinéen à travers le Ministère de l'Action Sociale et de la Promotion Féminine et de l'Enfance (MASPFE) et ses partenaires techniques et financiers se sont engagés dans l'accélération de l'abandon des MGF en élaborant son premier Plan Stratégique National (PSN) 2012-2016 pour l'Accélération de l'Abandon des Mutilations Génitales Féminines (MGF).

Ce PSN a été révisé en 2013 afin que soit revu à la baisse le taux de prévalence attendu, à la fin de la mise en œuvre du plan, compte tenu des faibles avancées constatées au niveau de cet indicateur, en 2012[5] et à élaborer les mécanismes de sa mise en œuvre, via une feuille de route 2013-2015. La période de cinq ans couverte par le PSN a aussi été réactualisée, pour correspondre à la période de démarrage effectif de sa mise en œuvre.

Dans ce plan Stratégique National *« une Guinée en 2017 sans Mutilations Génitales Féminines »*, plusieurs ministères se sont associés (Ministère de l'Action Sociale et de la Promotion Féminine et de l'Enfance, Ministère de la Santé, Ministère de la Décentralisation, Ministère de la Justice, Ministère de la Sécurité) avec des ONG nationales, internationales et d'agences de coopération bilatérale et multilatérale.

Compte tenu du fait que la prévalence reste encore l'une des plus fortes du Monde, il devient nécessaire de mener une évaluation globale comparant les **différentes stratégies de promotion de l'abandon utilisées jusque-là en Guinée**. Une telle évaluation permettrait d'aiguiller les orientations spécifiques du programme. C'est l'objet de la présente recherche.

B. OBJECTIF

L'objectif principal de cette étude est la réalisation d'une évaluation des impacts des stratégies de promotion de l'abandon de l'excision déjà mises en œuvre en Guinée en prenant en compte **la pertinence**, **les acteurs impliqués**, **l'efficacité**, **l'efficience** et **les degrés d'harmonisation des interventions.**

Il s'agit, au final, de chercher « une multiplicité de changements d'ordre divers observables sur une courte durée et ayant pour finalité de déterminer, a posteriori, dans un but de capitalisation d'expérience, quels ont été les impacts des stratégies de promotion de l'excision ».

[4]UNICEF (2013); « Guinea FGM/C Country Profile », New York, USA.
[5]Selon les données provisoires de l'EDS 2012 rendues disponibles en 2013.

L'idée générale est de collecter à la fois des éléments **« objectifs »** sur l'impact des stratégies, c'est-à-dire de mesurer des éléments concrets (par exemple une diminution de la prévalence de l'excision, du nombre de filles non excisées protégées, etc.) et des éléments **« subjectifs »**, c'est-à-dire l'opinion des bénéficiaires sur les stratégies des différents opérateurs de la promotion de l'abandon de l'excision. Le cadre théorique et opérationnel ci-dessous et la méthodologie de recherche permettent de répondre à cette interrogation.

C. CADRE THEORIQUE OPERATIONNEL DE L'EVALUATION

Dans le cadre de cette évaluation, nous convenons que l'évaluation d'impact est l'ensemble des procédures de collecte, de traitement et d'analyse de l'information. L'évaluation d'impact, dans le cadre de la présente recherche, est donc avant tout un outil de gestion opérationnelle pour juger de l'efficacité des actions entreprises.

Elle s'intéresse essentiellement aux diverses conséquences des actions entreprises sur les organisations, les acteurs et les milieux sociaux/bénéficiaires concernés et met l'accent sur la façon dont ces groupes et organisations ont vécu et jugent la pertinence et les conséquences des stratégies et des actions menées dans le cadre de la promotion de l'abandon de l'excision. Par conséquent, la notion d'impact est donc utilisée ici en référence à une multiplicité de changements d'ordre divers observables sur une courte durée.

Cette évaluation des impacts des stratégies de promotion de l'abandon de l'excision devrait, selon les orientations des TDR et l'offre technique et financière du consultant, prendre en compte les éléments d'impact et de performance que sont : **la pertinence, l'efficacité, l'efficience et la durabilité.**

1) EVALUATION DE LA PERTINENCE

Procéder à l'évaluation de la pertinence est le fait de mesurer, de vérifier la concordance entre les objectifs d'une action d'un intervenant correspondent avec les attentes des bénéficiaires et aux besoins du territoire.

Dans le cas précis des stratégies de promotion de l'abandon de l'excision en Guinée, il s'agit de déterminer à partir des stratégies privilégiées, leurs adéquations avec la stratégie nationale élaborée par le bénéficiaire direct (l'Etat guinéen et les populations pour lesquelles cette stratégie a été élaborée).

L'évaluation de la pertinence exige, du point de vue méthodologique, de collecter et d'analyser les objectifs poursuivis par les différents intervenants, les résultats attendus, les techniques projetées, les acteurs ciblés et impliqués lors des actions et les effets/impacts directs et/ou indirects projetés.

2) *EVALUATION DE L'EFFICACITE*

L'évaluation de l'efficacité consiste à porter un jugement sur la réalisation des objectifs. C'est la comparaison entre les objectifs fixés au départ et les résultats atteints. Cette mesure de l'écart devient facile si les objectifs de départ étaient clairs, car l'intérêt est de mesurer des écarts, qui résultent de la mise en œuvre par rapport aux objectifs, et de pouvoir les analyser.

En fait, il s'agit de procéder à la comparaison entre les objectifs fixés au départ et les résultats atteints au moment de l'évaluation.

3) *EVALUATION DE L'EFFICIENCE*

L'évaluation de l'efficience consiste à vérifier l'utilisation rationnelle des moyens à disposition et vise à analyser si les objectifs ont été atteints à moindre coût (financier, humain et organisationnel). Cette mesure doit être quantitative, qualitative et doit également porter sur la gestion du temps et du budget.

La question centrale que pose le critère d'efficience est *« le projet a-t-il été mis en œuvre de manière optimale ? »*. L'évaluation de l'efficience pose la question de la solution économique la plus avantageuse. Il s'agit donc de voir si des résultats similaires auraient pu être obtenus par d'autres moyens, à un coût moins élevé et dans les mêmes délais.

L'évaluation de l'efficience devrait donc prendre en compte toutes les ressources qui ont été utilisées dans la promotion de l'abandon des MGF, de quelque type qu'elles soient comme les stratégies et les méthodes ou encore les ressources temporelles pour ce qui est du temps consacré aux actions.

Dans le cadre de cette évaluation, la mesure de l'efficience ne sera ni totale ni systématique en raison des difficultés liées à l'accès aux informations financières, de la pluralité des intervenants et des stratégies, de la durée des interventions qui alternent entre projet et programme.

4) *EVALUATION DE LA DURABILITE*

Le quatrième critère de la présente évaluation porte sur la durabilité (ou encore pérennité ou viabilité). Cette dimension de l'évaluation vise à savoir si les effets du programme qui a été mis en œuvre perdureront après son arrêt. C'est l'analyse des chances que les effets positifs de l'action se poursuivent lorsque l'aide extérieure aura pris fin.

La viabilité, permet de déterminer si les résultats positifs du projet, qui auront été trouvés, sont susceptibles de perdurer une fois taris les financements externes. Au finish, l'évaluation de la durabilité permet, en prenant en compte les autres éléments de l'évaluation, de déterminer l'opportunité de reproduire ou généraliser le programme à plus grande échelle.

5) EVALUATION DE L'IMPACT

L'évaluation de l'impact mesure les retombées de l'action à moyen et long terme, c'est l'appréciation de tous les effets, du projet sur son environnement, effets aussi bien positifs que négatifs, prévus ou imprévus, sur le plan économique, social, politique ou écologique. C'est l'ensemble des changements significatifs et durables dans la vie et l'environnement des personnes et des groupes ayant un lien de causalité direct ou indirect avec le projet.

La cinquième composante de la présente évaluation porte sur l'impact. L'impact mesure si les bénéfices reçus par les destinataires ciblés ont eu un effet global plus large sur un plus grand nombre de personnes dans le secteur, le district, le village, le quartier, la région ou le pays dans son ensemble. Cette analyse devra dans la mesure du possible être aussi bien quantitative que qualitative.

Pour procéder à ces évaluations, la collecte des données se fera de deux façons : une collecte *des données « administratives »* auprès des différents projets et auprès des bénéficiaires directs que sont les populations, sur lesquelles les actions ont porté, à partir d'un *questionnaire* administré auprès d'un échantillon représentatif des caractéristiques connues de la population guinéenne (âge, sexe, lieu de résidence et activités).

Dans le cadre de cette évaluation, il a été demandé aux bénéficiaires finaux (les populations) à se prononcer autant sur les éléments de performance (**pertinence, l'efficacité, l'efficience et la durabilité)** que l'impact en soi. Il est toujours possible de considérer que le citoyen lambda n'est pas expert pour se prononcer avec certitude sur les composantes d'un programme de promotion. Pour nous, et c'est le pari méthodologique de cette évaluation, **le véritable juge de l'action de promotion reste le bénéficiaire final**.

D. DEMARCHE DE RECHERCHE

Conformément aux TDR, la méthodologie proposée pour évaluer l'impact des actions menées dans le cadre de la promotion de l'abandon des MGF est triple : une collecte d'informations auprès des acteurs impliqués dans la promotion de l'abandon de l'excision afin d'évaluer le processus de mise en œuvre des actions, une recherche documentaire et une évaluation d'impact à partir d'un questionnaire administré à un échantillon représentatif des groupes ciblés par les différents intervenants.

1) RECHERCHE DOCUMENTAIRE

La recherche documentaire sert à trianguler plusieurs types de données. Celles qui proviennent des documents nationaux stratégiques, des documents de base des actions en cours ou passées (plan stratégique national, plan d'action, feuille de route), des outils et

mécanismes de travail utilisés par les acteurs MGF, des rapports des partenaires publics, des ONG et des acteurs du système des Nations-Unies.

La prise en charge des documents de stratégie des différents intervenants dans la promotion de l'abandon de la pratique de l'excision et des actions menées permettront de déterminer les contours du questionnaire et des questions qui seront posées. La recherche documentaire est aussi utilisée pour concevoir le questionnaire et pour analyser et interpréter les résultats.

2) DES DONNEES ADMINISTRATIVES

Les données administratives seront collectées auprès des opérateurs de la promotion de l'abandon de l'excision (ONG nationales et internationales), des partenaires institutionnels (Ministère de la santé, de l'action sociale et des affaires religieuses) et des partenaires techniques et financiers (UNICEF, ambassades USA, OMS, GIZ, UNFPA, etc.).

Les données administratives sont particulièrement utiles pour mesurer les progrès de l'institution sur une période donnée, car elles peuvent faciliter une analyse directe de ces progrès si elles sont complètes. En revanche, les données recueillies auprès du public n'offrent pas le même niveau de détail sur le fonctionnement de ces institutions, mais permettent une importante évaluation des perceptions du public et de son adhésion au programme de promotion de l'abandon de l'excision.

Pour permettre à l'équipe d'avoir une idée précise des actions menées (la performance de tous les projets et non d'un seul), un instrument de collecte des données qui permettra de synthétiser les données sur la performance (pertinence, efficacité, efficience, durabilité) des différents intervenants dans le domaine de la promotion de l'abandon de l'excision à partir du tableau ci-dessous :

Tableau I : Prise en compte des données des intervenants.

Dimensions	**Informations recherchées auprès des intervenants**
Bénéficiaires	Qui sont les **bénéficiaires** ou **cibles** de votre programme de promotion de l'abandon de l'abandon de la pratique de l'excision ? Qui sont les **individus**, **groupes** ou **organisations**, ciblés ou non, qui bénéficient **directement ou indirectement** de vos actions sur le terrain ?
Portée	Quelle est la portée de l'initiative en termes de **limites géographiques** et **nombre de bénéficiaires espérés** ? Quelles sont les **localités couvertes** par vos actions ?
Activités	Quelles **stratégies, activités ou actions**, planifiées ou pas, le programme exécute-t-il en vue de l'atteinte de l'abandon de la pratique de l'excision ?
Ressources	Quelles **ressources** en matière de *temps, d'expérience,* de *technologie, d'informations* et de *finances* sont allouées à cet objectif ?

Stratégie de partenariat et des parties prenantes	Quels sont les **principaux acteurs** et **partenaires impliqués** dans votre programme ou projet de promotion de l'abandon de l'excision ? Comment **la stratégie de partenariat a-t-elle été divisée** ? Comment opère-t-elle ?
Le coût	Le montant des subventions reçues et utilisées
La période de mise en œuvre	La délimitation temporaire de l'exécution

3) L'ENQUETE QUANTITATIVE (LE QUESTIONNAIRE)

L'approche quantitative va consister à réaliser des investigations à travers le recueil et l'analyse des données quantifiables, mesurables sur les indicateurs visés par les différents projets de promotion de l'abandon de l'excision. Cette approche vise à connaître le « poids » des opinions, des perceptions, des pratiques en matière des actions menées, leur qualité, les méthodologies utilisées, l'accueil réservé aux actions, les pratiques qui en ont résulté, etc. Avec ce questionnaire, nous évaluerons le « quoi », le « comment » et le « combien », puis nous tenterons d'identifier les facteurs significatifs grâce à des outils statistiques.

L'approche quantitative accorde la priorité au jeu des corrélations qui peuvent être établies entre les différentes variables mises en observation. Elle nous permettra d'évaluer, de mesurer l'évolution des indicateurs relatifs à la pratique de l'excision. La prise en charge des documents de stratégie des différents intervenants dans la promotion de l'abandon de la pratique de l'excision et des actions menées permettront de déterminer les contours du questionnaire.

Le questionnaire[6] conçu de façon à couvrir l'ensemble des stratégies développées sur le terrain. Il s'agit de celles relatives aux informations sur le risque pour la santé, à la réalité de la reconversion des exciseuses, la mise en place des rites alternatifs, les solutions communautaires, l'action du personnel de santé, les déclarations publiques des communautés et les mesures légales.

1) <u>PUBLIC CIBLE</u>

Le questionnaire cible notamment :

1) Des catégories spécifiques (imams, exciseuses et agents de sante, membres d'association)

Il s'agit d'informations recueillies auprès de personnes possédant un rôle spécifique, celui d'être des relais pour les bénéficiaires finaux. En adoptant le comportement de connaissance approfondie, fondée sur leur expérience ou leur position professionnelle.

[6]Le questionnaire est annexé au présent document.

L'avantage des enquêtes de ces catégories est que l'on peut comprendre comment les leaders d'opinions apprécient les actions et les interprètent avant de les relayer auprès des bénéficiaires finaux.

Avec ces catégories, ce n'est pas la représentativité statistique qui est recherchée, mais leurs opinions, comme faiseur d'opinions, dans leur interprétation de la situation en tant « relais » plutôt que de parler de leur propre expérience. Pour compléter le tableau de cette catégorie particulière, après l'enquête de la personne en question, un membre de sa famille (de sexe féminin) sera enquêté ultérieurement afin de croiser ses opinions et celles de son entourage familial afin de vérifier que ce rôle de « relais » il l'assume au sein de son environnement familial. Le fait de recueillir des informations auprès de sources multiples permet de compenser les insuffisances d'une source donnée.

2) *Des ménages bénéficiaires concernés par le projet*

Il s'agit d'informations recueillies par le biais d'un sondage représentatif effectué anonymement auprès de la population. Les résultats de l'enquête sont utilisés pour établir des notes pour les indicateurs sur la base de perception du public.

Le « ménage » constitue l'unité qui regroupe en son sein un chef, sa ou ses épouses, leurs enfants et les personnes relevant de la responsabilité du chef c'est l'unité sociale et économique de base. Il se définit en fonction de trois critères : unité de lieu d'habitation, partage des sources de revenus, reconnaissance de l'autorité d'un chef. Son opinion est donc un élément déterminant.

La taille des échantillons des ménages à enquêter et la méthode d'échantillonnage pertinente seront établies, en collaboration avec l'Institut National de la Statistique en se basant sur les données du Recensement Général sur la Population et l'Habitat de 2014, de façon à obtenir une bonne représentativité de l'ensemble de la population dans la commune, le quartier, le district et/ou le village concernés.

2) *ECHANTILLON*

L'échantillon de cette évaluation d'impact sera raisonné et dépend de la typologie des actions menées par les différents intervenants et des localités couvertes par les différents intervenants *(sensibilisation, tables rondes, informations « radio, TV, films, théâtres, etc. », rites alternatifs, dialogues de générations, visites à domicile, identification des filles non excisées et leurs protections, réunions d'échanges entre filles excisées et non excisées, dépôts de couteaux, activités génératrices de revenu pour les exciseuses)*.

L'échantillon **typique et raisonné** s'impose lorsqu'il s'agit d'une étude « portant sur quelques éléments seulement de la population ou d'une recherche visant à approfondir la compréhension de divers types de comportements, sans égard à leur poids relatif dans la population » (Angers, 2007 : 105).

Ce type d'échantillon fait partie des **échantillons non probabilistes** que les statisticiens désignent aussi d'échantillonnage empirique. Dans ce type d'échantillonnage, la probabilité qu'un élément d'une population donnée soit choisi n'est pas connue et il est impossible de savoir si chacun a au départ une chance égale ou non d'être sélectionné pour faire partie de l'échantillon, Si l'échantillon ainsi constitue peut être représentatif, son degré de représentativité ne peut toutefois pas être évalué.

Dans l'échantillonnage **typique et raisonné**, tous les éléments choisis pour faire partie de l'échantillon sont des modèles de la population à l'étude. Ce sont un ou plusieurs éléments considérés comme des portraits types de la population à l'étude qui sont alors recherchés.

Dans le cas spécifique de la présente étude, il s'agit d'une évaluation d'impact qui couvre certaines localités du pays et certaines catégories sociales. Une enquête, à partir d'une base de données générale, qui n'existe d'ailleurs pas, avec des ressources limitées et des acteurs spécifiques, impose un échantillon typique et raisonné.

Il sera possible, dans la constitution de l'échantillon, de tenir compte de certaines variables susceptibles d'avoir un effet sur les résultats. Par ce procédé, les catégories de la population ciblées et touchées par les acteurs de la promotion de l'abandon de l'excision ne risquent pas d'être exclues de l'échantillon, alors qu'elles auraient pu l'être avec l'échantillonnage aléatoire simple (Pinto et Grawitz 1967).

Tableau : Echantillon de l'évaluation

N°	Préfectures	Communes	Quartiers/Districts	Secteurs/villages	Taille
1	Conakry	Ratoma	Nongo	Koffi anan et Morykantea	150 (INS) + 20 religieux/Communautaires + 20 agents de santé/Exciseuses + 37 filles et autres catégories
			Wanindara I	Marché et lansana sylla	
			Sonfonia Gare I	Fassou et sangareah	
			Yattayah Centre	Elhadj issiaga camara et foua madina	
			Lambandji	Kombe et Simanbossia	
			Ratoma Centre	Bonfi et Permanence	
2	Forécariah	Forécariah Centre	Fataco I		150 (INS) + 20 religieux/Communautaires + 20 agents de santé/Exciseuses + 37 filles et autres catégories
			Koutoumaniya		
			Madina		
		Farmoriah	**Centre**		
		Moussayah	Moussayah Centre		
3	Télimélé	Sarékaly	Sarekaly Centre	*Idem pour Sabou Guinée*	150 (INS) + 20 religieux/Communautaires + 20 agents de santé/Exciseuses + 37 filles et autres catégories
			Kambanya	Idem pour Sabou Guinée	
		Gougoudjé	Gougoudjé Centre	Idem pour Sabou	

				Guinée	
				Idem pour Sabou Guinée	
			Séré	Séré centre et Bhawo-fello	150 (INS) + 20 religieux/Communautaires + 20 agents de santé/Exciseuses + 37 filles et autres catégories
		Mamou Centre	Horé Mamou	Sérendé et Ndantary	
4	Mamou	Dounet	Dounet Centre	Bowoye et Dounet centre	
			Pounthioun	Faculté et Diolou Koulounnabhé	150 (INS) + 20 religieux/Communautaires + 20 agents de santé/Exciseuses + 37 filles et autres catégories
			Safatou II	Koumbelin et Séghin N'gnoguéyabhé	
		Labé Centre	Fadhi	Macinabhé et Yilaabhé	
			Popodara 1	Lingui petel et Dowsaré	
			Dembayabhé	Dembayabhé et Silorbhé	
5	Labé	Popodara	Garki	Fello et Garki missidé	
			Hindé	Hamare, Goloya et Matam	150 (INS) + 20 religieux/Communautaires + 20 agents de santé/Exciseuses + 37 filles et autres catégories
			Dounkiba	Heyre, Misside Heyre et Bantiguel centre	
			Dar Es Salam	Laari, Koole et Goloya	
		Bantignel	Bilè	N'doghol, Labaya et Fello	
6	Pita	Sintaly	Laliya	Laliya Centre	
			Banfèlè centre	Filako doula, Filako sando et barama	150 (INS) + 20 religieux/Communautaires + 20 agents de santé/Exciseuses + 37 filles et autres catégories
		Banfèlè	Nafadji	Oroko, Famania et Djalanki	
7	Kouroussa	Kinièro	Bagbè	Kolen, Missamana et Katala	
		Commune urbaine	Bordo	Secteur 5	150 (INS) + 20 religieux/Communautaires + 20 agents de santé/Exciseuses + 37 filles et autres catégories
				Djafara et Lakoba	
8	Kankan	Batè Nafadji	Moussaya	Djènè Marena et Somokodo	
		Tintioulen	Tintioulen centre	Missagbèla et Gbangan	
			Bambo	Bambo, Bambo village et Yèlèndou	150 (INS) + 20 religieux/Communautaires + 20 agents de santé/Exciseuses + 37 filles et autres catégories
		Gueckédou Centre	Kiessanèye	Kiessaneye, Kwamen III et Hounoba I	
			Nongoa Centre	Sinssan, Kèlèdou et Badala	
9	Gueckédou	Nongoa	Tomandou	Tomandou centre, Saadou et Frency	
			Kankan Koura	I, II et III	150 (INS) + 20 religieux/Communautaires + 20 agents de santé/Exciseuses + 37 filles et autres catégories
		Kissidougou centre	Madina	Madina I et II	
			Dares-salam	Dares-salam	
			Massakoundo	Koundian, Yomadou et centre	
10	Kissidougou	Termissadou	Bouye	Centre, Kamiyan et Dembadou Carrefour	
			Gbahana		150 (INS) + 20 religieux/Communautaires + 20 agents de santé/Exciseuses + 37 filles et autres catégories
		Nzérékoré Centre	Sokoura II		
			Boma		
11	Nzérékoré	Samoé	Samoé Centre		
12	**TOTAL**				**2 497**

3) SAISIE ET APUREMENT DES DONNEES

Pour la saisie des données, des agents seront recrutés et formés. Ils auront la responsabilité de saisir les données collectées dans les questionnaires et la transcription des entretiens. Après la saisie des données, il sera procédé à l'apurement des données. Cette opération consiste à corriger les éventuelles erreurs de saisie et à s'assurer de la cohérence des données saisies. Cette opération sera faite par les deux assistants du chercheur qui devront aussi participer aux entretiens à Conakry avec les partenaires techniques et financiers, les chercheurs, les personnes-ressources, les responsables des ONG. Au terme de cette opération, une base de données cohérente sera disponible.

4) L'ANALYSE DES DONNEES

Les données collectées sont soumises, selon Tessier (1993), à trois étapes : *la description ; la structuration et l'interprétation*.

L'analyse des données quantitatives se fera en utilisant MODALISA, un logiciel d'analyse quantitative, pour produire tous les indicateurs et tous les tableaux nécessaires à l'analyse des différentes thématiques de l'enquête par questionnaire.

Dans l'analyse, nous regarderons d'abord les paramètres descriptifs de chaque projet d'ONG et d'acteurs de la promotion de l'abandon de l'excision. Ces données seront triangulées avec celles obtenues sur le terrain auprès des acteurs ciblés par chaque intervenant, les moyens mis en œuvre, les outils utilisés, la philosophie qui a encadré les actions et les résultats obtenus sur le terrain selon l'intervenant, les populations cibles, les personnes ressources (informateurs-clés et les experts).

Dans tous les cas, la présente évaluation cherche à déterminer avec le maximum de précision ce qui n'a pas marché, pourquoi cela n'a pas marché ? Ces réponses doivent guider les remédiations pour une nouvelle dynamique plus efficace, plus efficiente, des impacts plus probants et des résultats durables dans la promotion de l'abandon de l'excision. Naturellement, les résultats seront étayés par des données tangibles et des recommandations concrètes seront formulées.

E. REVUE DE LA LITTERATURE SUR LES STRATEGIES DE PROMOTION DE L'ABANDON DE L'EXCISION

La revue de la littérature présente les stratégies et actions menées dans le cadre de la promotion de l'abandon de l'excision à travers le monde et en Afrique. Ces stratégies sont présentées en fonction de leur philosophie, des actions et des ciblés, de leur mise en œuvre et des résultats observés.

C'est dans le début du vingtième siècle que les premiers efforts ont été entrepris en Afrique pour éradiquer la pratique de l'excision. Les premiers acteurs étaient, pour l'essentiel les missionnaires et les autorités coloniales qui considéraient cette pratique comme arriérée, cruelle et contraire aux principes chrétiens.

Ce lien entre la campagne d'éradication de l'excision et le christianisme a eu comme effet le rejet par les populations africaines, en particulier au Soudan qui a eu la première loi interdisant la « circoncision féminine » en 1946. Dans les autres pays africains, les premiers efforts pour arrêter l'excision ont été perçus comme des actes de l'impérialisme colonial avec, comme conséquence une recrudescence de la pratique qui tomba dans la clandestinité.

Il faut attendre les années 70 pour voir la question de l'excision revenir au devant des préoccupations de la communauté internationale au travers des plaidoyers des féministes européennes et américaines qui voyaient dans l'excision une forme de discrimination à l'égard des femmes visant à contrôler la sexualité féminine et à perpétuer l'oppression de leurs sœurs dans le Sud.

En 1979, l'excision est déclarée comme une violation et une discrimination contre les femmes et la convention de 1984 contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants dit qu' :

> Il est vivement conseillé aux gouvernements d'interdire la mutilation génitale féminine où qu'elle existe et d'appuyer vigoureusement les efforts des organisations non gouvernementales et communautaires et les institutions religieuses pour éliminer ces pratique.

A partir des années 90, notamment au travers de la Conférence internationale des Nations-Unies sur la Population et le Développement (CIPD) tenue au Caire en 1994 et la quatrième Conférence mondiale sur les femmes tenue l'année suivante à Beijing, il va se construire un consensus international pour engager la lutte contre l'excision qui prend le nom de « Mutilation Génitale Féminine, MGF » avec une participation active des principales organisations internationales comme l'OMS, les Nations-Unies et de nombreuses organisations bilatérales et non gouvernementales.

Des pays comme les Etats-Unis et l'Union Européenne vont, à partir de cette période, considérer les MGF comme une violation des droits de la femme. Pour ces pays, il existe un lien entre les MGF et les droits de la personne humaine tels que figurant dans les conventions internationales comme la Déclaration universelle des droits de l'homme, la Convention sur les droits de l'enfant et la Convention de lutte contre toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes.

Pour aider à protéger les femmes, la communauté internationale, au travers des instances qui les représentent, inscrit la lutte contre l'excision dans ses priorités. La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF) interdit et impose aux Etats parties l'obligation de prendre les mesures nécessaires à la lutte contre les violences faites aux femmes et l'Assemblée mondiale de la Santé adopte en 2008 une résolution (WHA61.16) sur l'élimination des mutilations sexuelles féminines. Cet engagement encourage les autres organisations internationales, les agences d'aide au développement et les organisations non gouvernementales (ONG) à entreprendre d'aider les Etats, où sévit cette pratique, à mettre en place des stratégies de promotion de l'abandon de l'excision dans les pays concernés.

Le texte qui suit présente ces stratégies de promotion de l'abandon de l'excision à travers le Monde. Pour l'essentiel, il est possible de distinguer sept approches distinctes avec des combinaisons multiples en fonction des acteurs :

8) L'approche sanitaire avec la formation des professionnels de la santé pour en faire des acteurs du changement ;
9) L'approche axée sur les droits humains et le développement social intégral (déclaration publique d'abandon ou pas) ;
10) L'approche « religieuse » ;
11) La formation et la reconversion des exciseuses ;
12) La transformation des rites de passage avec le développement des rites alternatifs ;
13) Informations sur les risques sur la santé (Information, Education et Communication « IEC ») ;
14) L'approche juridique.

1) <u>L'APPROCHE SANITAIRE AVEC LA FORMATION DES ACTEURS DE LA SANTE</u>

L'approche sanitaire est l'une des toutes premières qui a été mise en œuvre pour promouvoir l'abandon de l'excision. L'idée de base est simple : utiliser l'autorité médicale du personnel de santé (médecins, infirmières, et sages-femmes et autres professionnels de la santé) afin de faire passer le message des risques de santé associés à l'excision.

Le leadership de l'OMS a joué un rôle majeur dans la prépondérance de cette approche. S'appuyant sur des données médicales, l'OMS a mis de l'avant les conséquences néfastes de l'excision pour la santé et a initié l'appel à l'abandon immédiat de la pratique pour préserver la santé des femmes avant et pendant l'accouchement.

Dans cette approche, les concepteurs sont partis de l'hypothèse que la perspective sanitaire pouvait servir de point de départ pour aborder aisément un problème aussi délicat que l'excision. Le principal message véhiculé par cette approche est que l'excision est dangereuse pour la santé des femmes et doit être abandonnée dès que possible.

L'accent mis sur ce message est d'autant plus pertinent que l'excision, de façon générale, en particulier l'infibulation, pose de véritables problèmes de santé. En effet, les complications à court et à long termes sont parfois dramatiques sur la fille et la femme lors des accouchements. La forte prévalence de l'infibulation en Afrique de l'Est (de l'Egypte à la Somalie en passant par le Soudan, l'Ethiopie, Djibouti et Kenya) imposait de mettre l'accent sur cet aspect.

Dans ces pays de l'Afrique de l'Est, l'argument avancé consistait à soutenir qu'une médicalisation permettrait d'avoir des excisions moins invasives sur le corps des femmes, surtout qu'elles seront pratiquées par un personnel formé dans des structures sécurisées. L'effet pervers de cette médicalisation a été l'habillage sanitaire pour une pratique ancienne et, par conséquent, une expansion de l'excision d'autant plus que pour tous les risques sanitaires sont devenus « nuls ». Cette situation a été constatée dans la communauté Kisii au Kenya et à Djibouti. Dans ce pays, la médicalisation avait été pensée comme une étape afin d'arriver à l'éradication totale de la pratique. Toutefois, l'expérience a tourné court avec des pratiques de ré-infibulation des fillettes.

Cette médicalisation a aussi été encouragée par certaines organisations qui voyaient dans l'implication du personnel de la santé un moyen pour encourager les formes les moins radicales de MGF. Ce transfert de l'excision de la sphère « communautaire » vers les structures modernes et formelles, de façon presque légale, a eu comme effet d'améliorer le revenu des professionnels de la santé et le personnel auxiliaire des hôpitaux qui soutiennent, depuis lors, la poursuite et la médicalisation de cette pratique en dépit des pressions exercées sur les Etats par les institutions internationales comme l'OMS, l'UNFPA et l'UNICEF.

L'UNFPA et l'Agence Allemande de Coopération Internationale (GIZ), par exemples, ont souscrit à la position de l'OMS et estime que la médicalisation ne doit en aucun cas être envisagée comme solution au problème qui ne respecte pas les droits humains et les organes corporels des femmes. La GIZ considère que l'excision par le personnel de la santé, en raison de l'ablation d'un corps sain des femmes, est une contradiction avec le serment médical.

L'UNFPA considère que l'excision a de graves conséquences sur la santé sexuelle et reproductive des femmes et filles et constitue une violation de leurs droits fondamentaux.

Dans les autres pays de l'Afrique (centrale et surtout de l'ouest), la réception des messages axés sur la santé, à la suite de l'excision, a révélé des distorsions significatives. Dans ces situations d'absence d'infibulation, les populations ont pensé qu'une médicalisation était la solution pour conserver la pratique tout en évitant les effets néfastes de la pratique.

Dans ces communautés où l'on pratique des formes d'ablation moins invasives (l'infibulation) et les conséquences à long terme moins fréquentes, la population a eu tendance à douter du lien entre l'excision et les complications sanitaires. D'autant plus que plusieurs des femmes, s'appuyant sur leurs expériences d'absences de complications à la suite de leur excision et celles de leur entourage (ne pas avoir souffert de complications pendant leur maternité et après) se sont mises à douter de la nocivité de la pratique de l'excision.

Pour ces populations, l'opération de l'excision effectuée par des professionnels de la santé et dans des structures sanitaires devrait permettre d'éviter les complications pendant et après l'opération. Avec l'avènement du VIH/SIDA, la médicalisation prendra une ampleur soutenue en raison de la volonté des parents des jeunes filles de réduire les risques d'infections liés à l'utilisation des exciseuses traditionnelles.

Dans tous les cas, la médicalisation pose un problème éthique multiple. En se faisant dans les structures sanitaires, « la procédure se déroule dans des conditions d'hygiène et de sécurité sanitaire avec les possibilités d'utiliser ou non l'anesthésie, les analgésiques et le vaccin antitétanique », la médicalisation réduit les risques sanitaires et légitime la pratique.

D'un autre côté, la médicalisation des MGF n'élimine pas les problèmes de santé à long terme, telles que les complications médicales, sexuelles et psychologiques et ne décourage pas les exciseuses traditionnelles qui se renouvellent par leurs descendantes. Mais le plus problématique réside dans la contradiction qui existe entre la médicalisation dans des structures étatiques et son interdiction officielle.

La suite logique de la médicalisation et de la démédicalisation de l'excision a été d'impliquer directement les acteurs de la santé dans la promotion de l'abandon de l'excision. Pour les organisations internationales, les professionnels de la santé sont des leaders d'opinion qui ont l'autorité et les compétences dans tout effort d'Information, d'Education et de Communication (IEC) et dans toute campagne visant à induire des changements de comportement, organisée en vue de lutter contre l'excision dans les communautés.

L'OMS a fait de la formation des acteurs de la santé en matière de promotion en IEC d'abandon de l'excision une stratégie prioritaire. Dans presque tous les pays d'Afrique, des

financements ont été mis à la disposition des ministères de la santé et de certaines ONG afin de mettre en œuvre ces formations à partir de module conçu et expérimenté par l'OMS.

Les évaluations faites sur la mise en œuvre de cette stratégie suggèrent que souvent le personnel de santé a des insuffisances significatives en compétences en matière de communication pour le changement comportemental.

Lorsque le personnel est suffisamment outillé, il apparaît aussi une seconde contrainte qui résulte d'une surcharge chronique des professionnels de la santé dans les tâches sanitaires. Cette situation conduit le personnel à consacrer peu de temps à l'éducation sanitaire au niveau communautaire.

Pourtant, la formation et la supervision des activités d'éducation sanitaire organisées à l'intention des paramédicaux (agents de santé communautaires, des volontaires IEC, des prestataires de services à base communautaire) et non-médicaux (pairs éducateurs, dirigeants religieux, etc.) auraient pu compenser la charge de travail du personnel de santé pour faire jouer un rôle central dans la transmissions des messages de promotion de l'abandon de l'excision aux populations et changer les attitudes par le biais de contacts interpersonnels répétés.

Une troisième contrainte apparaît dans l'utilisation du personnel de santé dans la promotion de l'abandon de l'excision. Les professionnels de santé appartiennent eux-mêmes à la communauté en tant que pères, mères, oncles ou tantes et jouent un rôle important dans la décision d'exciser ou non les membres de la famille de sexe féminin. Parfois, les agents de santé de sexe féminin sont elles-mêmes excisées. Au Mali, par exemple, les filles des professionnels de la santé sont apparemment exposées au même risque d'ablation que toutes les autres fillettes du pays. Il semblerait aussi qu'au Sénégal, les agents de santé qui ont appelé à l'abandon de l'excision ont été soumis à des pressions considérables de la part de leurs familles étendues et de leurs communautés, les appelants à respecter les traditions et à faire exciser leurs propres filles.

L'utilisation du leadership du personnel de santé, en particulier les femmes, demandent de les convaincre elles-mêmes d'abord de la nécessité de se débarrasser de la tradition de l'excision. Il peut arriver que certaines agents de santé, étrangères aux communautés qui excisent, soient plus ouvertes à participer à la promotion de l'excision. Mais à cet égard entre l'attitude d'une communauté et les caractéristiques du personnel de santé, réduit la capacité d'action de ce type de personnel de santé.

Pour plusieurs spécialistes, l'utilisation du personnel de santé dans la promotion de l'abandon de l'excision ne donne de résultats que dans les pays où le gouvernement ou le ministère de la

Santé ont adopté des politiques et des stratégies appropriées pour éliminer l'excision, y compris la condamnation explicite de la médicalisation.

Dans ces conditions, il est plus facile pour les agents de santé de justifier leur rôle en tant qu'acteurs du changement auprès des communautés au sein desquelles ils travaillent. Cela les aide aussi à refuser les demandes d'excision médicalisée. Cependant, pour que les agents de santé puissent jouer leur rôle dans de bonnes conditions, les acteurs de la santé à tous les niveaux de la hiérarchie, y compris le personnel paramédical et les volontaires, ont besoin d'une formation appropriée, adaptée à la mise en œuvre d'une IEC pertinente en matière d'excision.

2) L'APPROCHE AXEE SUR LES DROITS HUMAINS ET LE DEVELOPPEMENT SOCIAL INTEGRAL (DECLARATION PUBLIQUE OU PAS)

Lorsqu'il a été suffisamment documenté que la simple approche sanitaire ou législative ne permet pas d'inverser la tendance, certaines institutions ont pensé que le traitement de l'excision doit s'inscrire dans une approche globale qui s'attaque à tous les aspects du développement, y compris les questions liées au genre ainsi qu'au développement social, politique, juridique et économique de la communauté. C'est cette approche qui est désignée sous le vocable de développement social intégral ou d'approche holistique.

Pour les théoriciens de cette approche, l'excision est souvent pratiquée par respect à des traditions de la société et par conformisme. Dans une telle situation, la décision d'abandonner l'excision n'est donc qu'en partie une décision individuelle, car il s'agit avant tout d'une question de changement social.

Plusieurs intervenants s'inscrivent dans cette logique avec des variations en fonction de leur sensibilité « idéologique » et des moyens financiers et humains dont-ils disposent. S'il est possible que ce courant est de plus en plus celui de l'UNICEF, il a d'abord été et reste la marque principale de TOSTAN.

D'autres structures (ONG et centre de recherches) ont aussi expérimenté les mêmes stratégies dans d'autres contextes. Par exemple, le *« Navrongo Health Research Center »* au Ghana et le *« IntraHealth International »* en Ethiopie ont eu une stratégie assimilable à celle de TOSTAN.

Les acteurs qui s'inscrivent dans ce courant (TOSTAN, UNICEF et tous les autres) comparent une communauté qui est sur le point d'abandonner la pratique à un public qui a pris l'habitude de rester debout tout au long d'un concert. Certaines personnes peuvent comprendre l'avantage de s'asseoir pendant le spectacle. Mais, tant que tout le monde ne s'est pas assis, les

changements individuels n'auront pas l'effet souhaité, car ceux qui vont s'asseoir ne pourront plus rien voir.

Pour TOSTAN, la pratique de l'excision dans une communauté ressemble à ce spectacle où les personnes et les familles qui ne souhaitent plus faire pratiquer l'excision font face à ces spectateurs assis qui ne voient plus la scène en raison du fait que certains restent debout. Tant que le reste de la communauté est déterminé à poursuivre la pratique, elles seront confrontées à des sanctions. Les parents et leurs filles sont parfois stigmatisés et parfois les filles ne trouvent pas de mari.

Dans une situation pareille, le changement ne peut survenir que lorsque l'ensemble de la communauté a fait sienne la question et décide d'un commun accord de suivre un processus de prise de conscience visant l'abandon de la tradition.

Pour TOSTAN, l'UNICEF et les autres acteurs qui ont initié cette stratégie, le changement au niveau de l'ensemble de la société ne peut survenir que suite à un processus qui implique la communauté dans un processus d'apprentissage et de prise de décisions basé sur le consensus. C'est la fameuse « déclaration publique » qui vise le changement de la société qui doit conduire à celui de l'individu. Tous les intervenants qui promeuvent cette philosophie de l'action, cette approche se caractérise par la volonté de s'inscrire dans le respect des droits humains.

Pour cette raison, la stratégie basée sur le développement social intégral suppose d'intégrer la promotion de l'abandon de l'excision dans un processus plus vaste comportant, par exemple, des compétences en matière d'identification et de résolution des problèmes, le renforcement du droit des femmes, l'hygiène, la santé et d'autres sujets pertinents pour la communauté.

L'un des premiers pays d'expérimentation de cette stratégie holistique et des droits humains a été le Sénégal. Dans ce pays, il a été intégré l'enseignement sur les droits de l'être humain, notamment les droits de la femme et de l'enfant, dans les programmes intégrés de formation à base communautaire, en particulier en direction des femmes pour les aider à se réapproprier de leurs droits.

Dans cette stratégie, la promotion de l'abandon des MGF est incluse dans un dispositif plus global qui porte autant sur la formation en alphabétisation, l'autonomisation des femmes et la sensibilisation aux questions des droits humains. C'est pour cette raison qu'on dit de cette approche qu'elle est de type polyvalente avec le renforcement des capacités (alphabétisation, activités génératrices de revenu, etc.) et la volonté d'assurer le transfert du projet aux acteurs locaux par des séances collectives d'appropriation du projet.

En fait, il s'agit de combiner un programme d'éducation sur la démocratie et les droits de la personne, l'autonomisation des communautés et l'abandon de l'excision qui serait le

prolongement « naturel » des diverses actions menées. Cette autonomisation des habitants des villages est le passage obligé pour qu'ils assument pleinement la responsabilité de leur propre développement et participent intégralement aux efforts de promotion sociale, notamment par le changement de comportement.

Cette stratégie de longue durée (généralement des modules pédagogiques de deux ou trois ans dans les villages) se penche autant sur l'hygiène, la santé, l'alphabétisation, le développement et les capacités de gestion que l'abandon des MGF. Dans cette stratégie, l'abandon de l'excision est l'aboutissement, l'étape finale, d'un processus provoqué au sein de la communauté avec comme étape finale du changement les déclarations publiques faites à grand renfort de publicité et prônant l'abandon des MGF.

Au lieu de s'attaquer directement à l'excision, les porteurs de cette stratégie estime qu'une intervention là où cette question fait partie d'un ensemble plus vaste d'informations sur la santé, l'hygiène et d'autres thèmes traités avec délicatesse et selon un mode culturellement adapté, aurait plus de chance de s'inscrire durablement. En fait, il faut placer l'action sur le changement culturel plutôt que sur les changements de comportement.

Plusieurs évaluations faites sur cette approche indiquent qu'elle est lourde à mettre en œuvre en termes de ressources temporelles, humaines et matérielles. L'effort dans le suivi et l'évaluation régulière dans la mise en œuvre de la stratégie est une condition pour mesurer la pérennisation de l'expérience. Il est important de pouvoir vérifier qu'après la fin de vie et/ou le déplacement des porteurs de la « déclaration publique » l'engagement de la communauté reste.

3) L'APPROCHE RELIGIEUSE

La première et la plus ancienne approche religieuse provient des protestants qui voulaient « sauver les païens » des « mauvaises » traditions. Cette approche a d'abord été expérimentée au Kenya avec les Kikuyus qui enregistraient un taux de prévalence élevé en matière d'excision. Lors des nombreux sermons et interventions de prêtres, l'accent était mis sur les messages du type : « Dieu nous a créés entiers » et « nous n'avons pas le droit de détruire ou de changer le corps que Dieu nous a donné » et « notre corps est le temple de l'âme » pour signifier les contradictions entre l'excision et les principes religieux.

Cette utilisation de la foi religieuse a été aussi expérimentée par l'Église Adventiste du Septième Jour, en collaboration avec PATH, au Kenya dans le district de Nyamira. Dans les deux cas, l'idée est de profiter du réseau étoffé des organisations religieuses au niveau des communautés, de la crédibilité de l'église et du poids de l'opinion des prêtres au sein des communautés chrétiennes.

Dans ces communautés du Kenya, il a été noté une baisse significative de la prévalence de l'excision dans les années 80 à la suite de l'intervention de l'église. L'évaluation des facteurs qui ont permis cette baisse indiquait que parmi les facteurs ayant contribué à l'évolution positive de la pratique de l'excision chez les Massaï du district de Transmara, l'effet des dirigeants religieux venait en seconde position après l'éducation (Rapport opérationnel du projet de MAA, 2011).

Cette expérience avec les églises catholiques va encourager d'autres acteurs à tenter la même opération auprès des populations qui pratiquent l'islam. D'autant plus que dans les régions où la population est en majorité musulmane, les motifs religieux constituent souvent l'une des principales raisons pour lesquelles les parents maintiennent l'excision en tant que tradition « islamisée ». La déconstruction du lien entre l'excision et l'Islam est d'autant plus importante que cette religion ne recommande pas cette pratique et quelques-uns des pays les plus pieux (Arabie Saoudite, Iran etc.) ne la pratiquent pas.

Dans le processus de l'utilisation des religieux de confession musulmane, il a fallu solliciter l'intervention des grandes structures mondiales de l'Islam comme l'Université d'Al-Azhar, les leaders religieux de l'Arabie Saoudite, du Maroc et autres autorités pour valider la démarche.

Par la suite, il a fallu informer les dirigeants religieux musulmans de chaque pays concerné afin d'assurer leurs implications. Cette implication est souvent organisée par des organisations internationales (UNICEF, et UNFPA) et autres ONG internationales à travers la coopération Sud-Sud, les plateformes de débats, des ateliers régionaux et nationaux avec des prises de positions et des déclarations « religieuses » pour faire valoir l'engagement des dirigeants religieux dans la campagne de lutte contre l'excision.

4) LA FORMATION ET LA RECONVERSION DES EXCISEUSES TRADITIONNELLES

Pour plusieurs des spécialistes qui ont pensé ladite stratégie, l'excision, tout comme l'activité commerciale, met face à face une demande « d'excision » et une offre « les exciseuses ». L'idée est simple : « s'il n'y a pas d'exciseuses, il n'y aura pas d'excision ». Il s'agit d'agir sur l'offre pour exercer de la pression sur la demande. La formation et la reconversion des exciseuses traditionnelles est donc une stratégie qui a été pensée pour réduire l'offre de l'excision.

Dans des sociétés avec des faibles et rares structures sanitaires, ce qui était le cas avant les indépendances des pays africains dans les années 60, les exciseuses traditionnelles jouaient multiples rôles avec un poids socio-anthropologique non négligeable.

L’utilisation ou la non utilisation des exciseuses avait du sens. L’idée était de faire des exciseuses traditionnelles des partenaires par leur éducation aux risques sanitaires associés à l'ablation et, par la suite, leur reconversion à l’aide des projets générateurs de revenus.

Plusieurs formules de cette reconversion ont été testées au cours des cinq à dix dernières années dans divers pays (Mali, Guinée, Éthiopie, Sénégal, Ouganda, Kenya, Burkina Faso, etc.). D'une manière générale, ces stratégies de reconversion comportent l'une ou plusieurs des phases suivantes :

1) Identifier les exciseuses et les informer de diverses questions liées aux MGF ;
2) Former les exciseuses pour en faire des acteurs du changement et les motiver à informer la communauté et les familles qui sont susceptibles d’en demander des effets nocifs des MGF ;
3) Les orienter vers de nouvelles sources de revenu et les doter de moyens, de matériel et de compétences afin de les aider à gagner leur vie.

Plusieurs années après et en dépit du triomphalisme avancé par les promoteurs de cette stratégie, les évaluations faites indiquent nettement que les expériences n'ont pas eu les résultats désirés. Par exemple, l'expérience malienne montre que, dans le meilleur des cas, les efforts de cette stratégie aident un petit nombre de praticiennes à abandonner la pratique en cédant « les couteaux » à des membres de la famille, plus jeunes ou à des agents de santé.

La certitude est que cette stratégie n’a pas eu d’effet sur la demande, parce que l'excision est un acte lucratif. Le temps des cérémonies, de la caméra et des discours passés, les praticiennes traditionnelles reprennent vite la pratique.

Dans certains cas, comme en Éthiopie, les projets générateurs de revenus destinés aux exciseuses ont attiré des femmes qui ont plus tard avoué n'avoir jamais excisé de filles. Il a été également remarqué que le fait d'axer les efforts sur les exciseuses amplifie en fait leur importance au lieu d'attirer l'attention sur la nocivité de leurs activités professionnelles et sur la nécessité de combattre ces actes. Par ailleurs, les programmes générateurs de revenus et de crédit à l’égard des exciseuses nécessitent des moyens à long terme qui doivent souvent être pris sur d'autres projets.

Ces contraintes multiples et diverses de cette stratégie ont conduit certains à considérer que cette stratégie de reconversion des exciseuses ne peut avoir des effets réels que lorsqu’elle est accompagnée de campagnes de sensibilisation à grande échelle s'adressant à l'ensemble de la communauté.

5) LA TRANSFORMATION DES RITES DE PASSAGE AVEC LE DEVELOPPEMENT DE RITES ALTERNATIFS

Après plusieurs décennies de promotion pour l'abandon de l'excision, des intervenants décident d'expérimenter une nouvelle stratégie dont la modalité principale est de maintenir les cérémonies qui interviennent lors de l'excision tout en supprimant la pratique en elle-même.

Les rites alternatifs initiatiques visent à maintenir les cérémonies qui entourent l'excision sans effectuer l'opération. Une stratégie qui est sensée rassurer les tenants des cérémonies et les apprentissages/enseignements véhiculés lors de l'excision qui fait d'elle un moment des rites de passage.

L'idée sous-tendue par cette approche est de considérer que les communautés qui s'attachent à l'excision le sont aussi et surtout à cause des rites qui encadrent la pratique elle-même. En offrant aux communautés de continuer à organiser des rites, il serait possible qu'elles abandonnent la pratique de l'excision.

Pour cette raison, les théoriciens de cette stratégie proposent d'élaborer de nouveaux rites pour remplacer les cérémonies traditionnelles qui débouchent sur l'excision. Cette position découle de la lecture que certains chercheurs ont eu dans l'analyse de l'excision dans des communautés où l'excision, comme la circoncision, sont des moments de préparation à la maturité et à l'entrée dans la communauté des adultes.

Pendant cette période, l'excision et la circoncision sont des occasions d'enseignements des normes et des valeurs communautaires consacrées autour des rôles sociaux des différentes catégories d'âges, la sexualité et la maternité. Pendant cette période, les communautés prennent en charge la totalité de la cohorte concernée en les séparant de leur famille des jours ou des semaines dans des endroits spécialement désignés à cet effet (forêt, clairière, habitation à l'écart des villages). Au terme de ces enseignements organisés autour de rites, la communauté vit une période festive.

Pour les tenants de cette approche des rites alternatifs, l'importance que les communautés accordent à ce moment d'entrée dans l'âge adulte impose de proposer un substitut pour éviter que l'absence des cérémonies ne constitue un motif de refus d'abandon de l'excision. Pour les théoriciens de cette stratégie, il est beaucoup plus intéressant de développer de nouvelles activités capables de remplacer les coutumes préjudiciables que d'interdire totalement ce qui a été fait dans le cadre de la tradition. La nouvelle possibilité offerte aujourd'hui consiste à en changer le contenu, d'arrêter les mutilations tout en préservant le principe positif (les cérémonies).

C'est dans ce cadre que des formules comme « célébration initiatique saine », de « circoncision sans ablation » ou de « circoncision avec des mots » ont été avancées au

Kenya, en Ouganda (projet REACH, UNFPA) ou en Gambie (en collaboration avec la Fondation Heinrich Böll).

On peut accepter, même si des doutes raisonnables subsistent, que le fait de donner une nouvelle vie aux formes d'enseignement traditionnelles en les mettant en harmonie (dans une enveloppe actualisée) avec l'éducation moderne en matière de vie de famille peut, dans certains contextes, renforcer la crédibilité d'un programme de lutte contre l'excision. Certains programmes ont même suggéré une période de service communautaire en complément des rites proposés.

Les pays, avec des succès tangibles, sont ceux dans lesquels les rites initiatiques ont été élaborés en étroite collaboration avec les communautés concernées et accompagnés d'éléments stratégiques complémentaires.

Manifestement, cette approche basée sur les rites modifiés est manifestement une option seulement dans les sociétés ou l'excision fait partie de l'initiation. En fait, de plus en plus l'excision se pratique à un âge très précoce (de 0 à 5 ou 7 ans), de façon individuelle et sans aucune cérémonie initiatique d'entrée dans l'âge adulte. Il est clair que dans ces conditions, l'éducation sexuelle et la passation des secrets traditionnels propres à la vie de femme n'ont plus cours. Cette façon nouvelle a été constatée en Somalie, au Sénégal (région de Kolda, etc.) et presque partout en Afrique au Sud du Sahara.

Il reste à déterminer quels types de rituels donnent de meilleurs résultats et, à long terme, si la perpétuation des cérémonies initiatiques ne risque pas de garder les communautés dans un perpétuel imaginaire de l'excision. Dans cette perspective, la perpétuation des rites alternatifs peuvent apparaître comme un soutien tacite à la pratique et un espace de camouflage aux pratiquants de l'excision.

6) LES ACTIVITES D'IEC ET LES CAMPAGNES DE CHANGEMENT COMPORTEMENTAL AVEC UNE PLURALITE DE CANAUX

Les activités d'Information, d'Education et de Communication (IEC) et les changements de comportement sont des stratégies largement utilisées à travers le monde et sur plusieurs thématiques. Elles sont aussi souvent des compléments de la plupart des stratégies de promotion de l'abandon de l'excision.

La plupart des agences d'aide au développement et des grandes structures de recherches en matière de santé publique, d'attitudes commerciales et autres structures de même nature possèdent des réflexions, des modules d'IEC et de supports pour soutenir le changement de comportement dans des domaines variés.

En 1985, l'OMS a réalisé une enquête auprès de 85 agences visant à établir les principaux messages d'IEC de lutte contre l'excision. Il ressort de cette liste que les principaux messages s'articulent autour de :

- Les MGF ont des conséquences néfastes pour la santé des femmes et des enfants ;
- Les MGF sont une pratique traditionnelle nocive ;
- La pratique des MGF avec un instrument partagé peut favoriser la propagation des infections par le VIH/SIDA ;
- Les MGF constituent une violation du droit de la femme et de la fille ;
- Les MGF ne sont pas requis par l'Islam ;
- Les femmes non excisées peuvent se marier ;
- Les MGF n'empêchent pas la promiscuité ;
- Les MGF réduisent le plaisir sexuel de la femme ;
- Les MGF sont contraires aux enseignements de la religion chrétienne ;
- Étant donné que l'excision se pratique à un très jeune âge, elle ne peut plus être considérée comme un rite de passage ;
- Les MGF limitent les chances des filles de poursuivre leurs études. (OMS, 1999).

Pour l'essentiel, lorsqu'on observe les campagnes d'IEC de promotion de l'abandon de l'excision, on se rend compte qu'elles tournent autour de l'information sur les méfaits de l'excision (une réalité largement connue depuis très longtemps), la nécessité de changer de comportements et l'appel à certains acteurs comme les mères, femmes et épouses.

Sur le terrain, on se rend compte que l'élaboration des messages ne découle pas de la recherche locale auprès des communautés. Plus souvent qu'autrement, les messages proviennent d'un pays, d'une région, d'un contexte spécifique et sont « transportés » par des acteurs internationaux (institutions internationales et ONG) qui utilisent une double légitimité (financière et intellectuelle) pour reproduire les mêmes messages d'un pays à un autre.

Ces messages « prêts à l'emploi » se sont avérés jusqu'à présent d'un impact limité et, même, avec des effets boomerang. Ces messages, en plus d'être décontextualisés, apparaissent comme faiblement prétextés avant d'être généralisés.

L'absence d'une véritable diversité des messages, tenant compte des différents publics-cibles (maris, épouses, tantes, grands-mères, filles et garçons, etc.), de la détermination des « bonnes périodes » de diffusion, de la continuité dans leur diffusion et l'absence de stratégies de déconstruction des rumeurs limitent la capacité des campagnes d'IEC et de changement de comportement.

La plupart des évaluations de la stratégie d'IEC suggèrent, pour obtenir des effets réels, de tenir compte du contexte local, des motivations des acteurs, des mythes locaux et des rumeurs

qui traversent la campagne de promotion de l'abandon de l'excision. Il faut, nécessairement, que les « communications pour le changement de comportement » s'appuient sur des recherches locales et un recours aux leaders d'opinions locaux et à des personnes ressources crédibles pour parler à la communauté.

Ces leaders d'opinions (notamment les religieux) et personnes ressources (en particulier les jeunes) sont à former avant d'être utilisés. Car, les perceptions basées sur le « sens commun »[7] entourent la plupart des points de vue sur l'excision. L'expérience de la GIZ dans le Sud du Sénégal (région de Kolda) dans le cadre du projet intitulé « FANKANTA » a montré que les leaders religieux eux-mêmes souvent ne connaissent pas la position de l'islam à l'égard de l'excision.

Les jeunes doivent aussi apparaitre comme groupe cible prioritaire en raison du fait qu'ils sont directement concernés par l'excision et sont aussi plus ouverts à la discussion, moins attachés à la tradition et plus prêts au changement. Le ciblage des jeunes doit s'accompagner de leur utilisation pour parler et sensibiliser d'autres jeunes.

Il faut enfin tenir compte du fait qu'un programme d'IEC/CCC efficace coûte cher en raison de l'impérieuse nécessité de segmenter la population en fonction des cibles sociales et de produire des supports adaptés à chaque groupe spécifique et régulièrement renouvelés pour tenir compte des évolutions de l'opinion et des attitudes et des rumeurs.

7) L'APPROCHE JURIDIQUE

A partir des années 1990, les partenaires techniques et financiers des pays africains où sévit l'excision ont encouragé les dirigeants à pénaliser l'excision afin de mieux impliquer les services régaliens de l'Etat et opposer la norme communautaire (l'excision) à celle juridique (l'interdiction de l'excision).

Parmi les pays africains ayant adopté une législation interdisant l'excision figurent le Burkina Faso, la République Centrafricaine, Djibouti, l'Égypte, le Ghana, la Guinée, la Côte d'Ivoire, le Sénégal, le Soudan, la Tanzanie et le Togo. Dans le monde industrialisé, l'Australie, la Belgique, le Canada, la Norvège, la Nouvelle-Zélande, la Suède, le Royaume-Uni et les États-Unis ont interdit cette pratique par voie légale.

Au Danemark, en Allemagne, Finlande, Italie, Pays-Bas, Autriche, Suisse, France et dans la plupart des autres pays européens, l'excision constitue une infraction à la loi punie conformément aux dispositions relatives aux sévices corporels et au mauvais traitement des enfants.

[7]En épistémologie, le sens commun signifie la vérité populaire. En fait, ce que tout le monde sans aucune vérification et que l'on croit vrai.

L'un des avantages escomptés dans la pénalisation de l'excision réside dans le fait que la législation anti-MGF sert de plate-forme légale officielle aux activités des projets et programmes de promotion de l'abandon de l'excision.

Par cette pénalisation, il est espéré que la loi offre de la protection aux femmes, décourage les exciseuses et les familles qui ont peur d'être poursuivies et permet aux professionnels de la santé d'avoir une base légale de leur engagement dans la promotion de l'abandon de l'excision en encadrant leur refus dans la médicalisation de l'excision.

Depuis l'adoption de ces lois dans les pays africains, certaines voix s'interrogent sur leur efficacité et plusieurs se demandent l'intérêt de la promulgation de lois pour lutter contre une pratique traditionnelle à laquelle un grand nombre de personnes sont attachées. Dans tous les cas, il est documenté que dans la plupart des pays qui ont adopté ces mesures, il existe très peu d'arrestations et de poursuites.

En 1999, les cas de poursuites judiciaires ne sont connus qu'au Burkina Faso (36 cas rapportés), au Ghana (2 cas) et au Sénégal (1 cas). Il faut attendre les années 2010 pour voir d'autres condamnations dans les autres pays. Mais pour l'essentiel, les cas de dénonciations, d'arrestations et de condamnations sont rares et insignifiants au regard de l'ampleur de l'excision dans les pays africains.

Dans la plupart de ces pays, et en dépit des lois adoptées, les gouvernants se sont retrouvés en face d'un équilibre entre l'application de la loi, la sensibilisation des populations et le dialogue avec elles.

Dans le cas du Burkina Faso où l'engagement politique semblait fort, il y aurait eu dans certaines régions des tensions entre les éléments actifs des programmes et la population qu'ils sont censés servir. Au Sénégal, plusieurs femmes et hommes à qui la question a été posée ont vigoureusement confirmé leur intention de poursuivre la pratique secrètement, si besoin est (Kessler Bodiang et al. 2000). Dans ce même pays où l'excision n'est pratiquée que par certains groupes ethniques qui sont déjà en conflit avec le pouvoir central, la promulgation de lois pour l'abandon de cette tradition contribue à exacerber les tensions internes.

Dans tous les cas, on sait depuis très longtemps que les lois ont rarement changé les traditions à très court terme. Et l'on sait aussi que lorsque les lois précèdent les comportements et se donnent pour mandat de modifier des attitudes et des coutumes ancrées, le risque est grand que les pratiques visées sombrent dans la clandestinité avec parfois la bénédiction de certains acteurs de la loi par manque d'information, de formation et de conviction des professionnels et auxiliaires de justice.

PRESENTATION DES RESULTATS

Cette partie du document présente l'analyse des données collectées autour de deux chapitres précédés d'une section qui présente le profil des personnes sondées. Le premier chapitre et le second tentent de répondre aux deux objectifs assignés à la présente recherche.

Dans le premier chapitre, les données sur l'excision sont présentées en tenant compte de la typologie, le lieu d'excision des filles, de leur mère, les lieux de l'excision, l'acteur de l'excision et les coûts de l'excision.

Le second chapitre, lui, porte sur la pertinence, l'efficacité, l'efficience et la durabilité des stratégies de promotion de l'abandon de l'excision. Mais avant, il est utile de présenter les caractéristiques des enquêtés.

A. PROFIL DES ENQUETES

Après épuration des données, il est resté dans la base 1 980 personnes sur 2 090 ciblés dans l'échantillon de départ. La faible qualité de certaines fiches a imposé cette épuration lors de la saisie des données.

Sur les 1 980 sondés, **142 sont des agents de santé**. Dans ces 142, 4 sont des médecins, 18 sont des infirmiers, 68 sont des sages-femmes, 43 sont des agents techniques de santé et 9 ont déclaré qu'ils sont des agents de santé sans aucune précision sur leurs niveaux de qualification. L'enquête a aussi rencontré **39 des exciseuses dites « traditionnelles »**.

Sur les 1 980 sondés, **197 sont des leaders communautaires** (imams, muezzins, chefs coutumiers, etc.). 113 de ces leaders communautaires ont été interrogés en milieu rural et 84 en milieu urbain.

Dans tous les cas, les enquêtés ciblés et rencontrés habitent onze communes (sept urbaines et quinze rurales) de Guinée (Ratoma, Matoto, Forécariah, Télimélé, Mamou, Labé, Pita, Kouroussa, Kankan, Guéckédou, Kissidougou et N'Zérékoré). A l'intérieur de ces communes, les sondés ont été tirés dans quarante six quartiers et/ou districts et auprès de 105 secteurs et/ou villages.

58% des personnes interrogées habitent en milieu rural et 88% sont des femmes. De cet effectif de 1 980 personnes rencontrées, 13% ont moins de 20 ans, 28% ont entre 20 ans et 34 ans, 32% ont entre 35 ans et 49 ans, 18% ont entre 50 ans et 64 ans et 9% ont 65 ans et plus.

32% des sondés n'ont pas été scolarisés, 7% sont alphabétisés et 18% ont fait l'école coranique. 12% ont fréquenté l'école primaire, 15% le collège, 10% le lycée, 5% des études universitaires et 1% une formation professionnelle.

Pour l'essentiel, les sondés sont de religion musulmane (77%) et chrétienne (21%). 1% disent n'appartenir à aucune religion. Les 77% qui se déclarent de religion musulmane, 26% disent

n’appartenir à aucune confrérie et 47% à celle Tijâniyya. Ceux qui se déclarent Ahloussounna Wal Djama (18%) précédent, et de loin, ceux qui se déclarent Wahhabya (7%), Qadiriyya (5%), Malikite (4%) et Chiite (moins de 1%).

De même, les mariés sont les plus nombreux avec 70% des sondés. Ils sont suivis par les célibataires (15%), les veufs/veuves (11%) et 4% de divorcés. La surreprésentation des femmes dans l’échantillon explique la forte présence des ménagères (44%) qui devancent de très loin les agriculteurs/planteurs/pêcheurs (14%), les élèves/étudiants (14%) et des commerçants (9%). Les autres catégories (Fonctionnaire, Employée secteur privé, Chômeur, Ouvrier/Artisan et Retraité) pèsent de 6% pour le premier à 2% pour l’avant dernier et le dernier cités en passant par 5% et 4% pour, respectivement le second et le troisième.

Les sondés rencontrés habitent, pour 52%, dans des maisons individuelles et 30% dans des concessions (ensemble de bâtiments et de chambres à l’intérieur d’une cour) et 17% dans des cases. Dans ces logements, le téléphone et la radio sont les équipements les plus courants.

Dans l’échantillon, 39% des répondants ont déclaré appartenir à la communauté « Peulh » et 27% de celle « Malinké ». Il y a 18% qui se déclarent « Kissien », 8% « Soussou », 6% « Kpèlè » et 2% « Loma ».

Le profil des sondés indique certaines distorsions par rapport à la population guinéenne. L’une de ses distorsions découle de la surreprésentation des femmes (88%) de l’échantillon. Cette distorsion est voulue et acceptée dans cette étude en raison du fait que deux catégories de femmes ont été ciblées en même temps : des femmes qui ont des filles en âge d’excision et des femmes au sein des structures sanitaire (poste de santé, centre de santé, hôpital, clinique et centre hospitalier universitaire).

B. L'EXCISION EN GUINEE : MODIFICATION ET CONTINUITE

Ce chapitre traite de la question de l'excision telle qu'elle apparaît dans les données de la présente évaluation. Les données sur le lieu, la période et l'âge de l'excision des filles, sur leurs mères, sur les acteurs de l'excision et les coûts de l'excision sont abordés successivement.

1) LIEUX, PERIODES ET AGE DE L'EXCISION : MULTIPLES

Un regard sur les données portant sur l'excision montre que l'excision est et demeure une pratique largement répandue. 96% des mères disent être excisées et elles disent avoir 40% de leurs filles excisées. Celles qui ne le sont pas attendent, selon les mères, l'âge et les moyens pour procéder à l'excision.

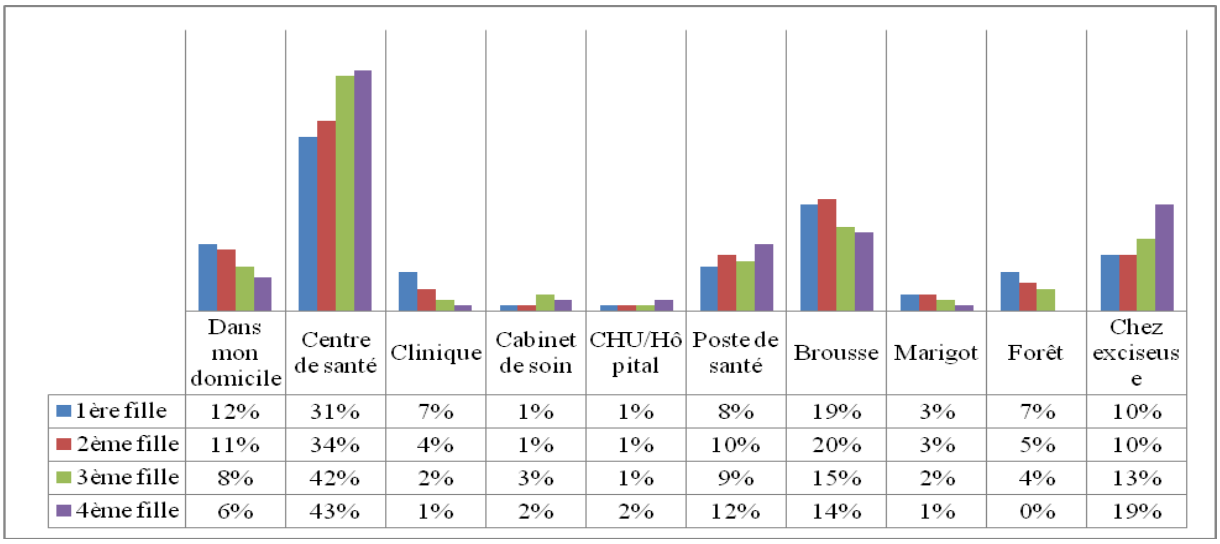
Un regard sur le lieu d'excision des filles de plusieurs filles au sein des mêmes familles montre une tendance de fond : *le principal lieu d'excision de la génération actuelle (moins de 35 ans) est le centre de santé.* Du temps des mères, il n'y avait que 18% (10% de ces 18% qui habitent en milieu urbain et 8% de ces 18% habitent le milieu rural) qui l'ont été dans un centre de santé, 27% en brousse.

Pour les filles les plus âgées (autour de la trentaine), le nombre excisé dans les centres de santé (31%) dépasse significativement la proportion de celles excisées en « brousse » (19%). La proportion de celles excisées au domicile de leurs parents (12%) est proche de celles qui l'ont été au domicile des exciseuses (10%), du poste de santé (8%) et de la forêt (7%).

Les secondes filles dans les familles des sondés ont aussi été excisées d'abord dans les centres de santé (34%), bien loin devant la « brousse » (20%) qui est le double de la proportion des filles excisées dans le domicile parental (11%), au domicile des exciseuses (10%) et au poste de santé (10%).

Les troisièmes filles des familles l'ont été surtout dans les centres de santé (42%) et la brousse (15%) avec un écart de plus en plus marqué. Le domicile des exciseuses suit (13%) et précède le poste de santé (9%) et le domicile parental (8%). La même tendance est observable au niveau des filles les plus jeunes dans les familles où le centre de santé reste le principal lieu d'excision (42%) suivi de très loin par la « brousse » (14%) et le domicile des exciseuses (19%).

Graphique 1 : Comparaison des lieux d'excision de quatre groupes de filles au sein des familles sondées.



	Dans mon domicile	Centre de santé	Clinique	Cabinet de soin	CHU/Hôpital	Poste de santé	Brousse	Marigot	Forêt	Chez exciseuse
1ère fille	12%	31%	7%	1%	1%	8%	19%	3%	7%	10%
2ème fille	11%	34%	4%	1%	1%	10%	20%	3%	5%	10%
3ème fille	8%	42%	2%	3%	1%	9%	15%	2%	4%	13%
4ème fille	6%	43%	1%	2%	2%	12%	14%	1%	0%	19%

Deux données interpellent et demandent des explications : la baisse de la proportion des filles excisées dans le domicile parental (passant de 12% à 6%) et l'accroissement de la proportion des filles excisées dans le domicile des exciseuses (passant de 10% à 19%). Sommes-nous en face d'une mutation du lieu d'excision ou d'une incohérence des données collectées ?

Une analyse plus fine des données permet d'expliquer cette situation par la forte présence dans l'échantillon des populations des zones rurales par rapport à des études antérieures, notamment celle portant sur les déterminants socio-anthropologiques de l'excision en Guinée réalisée par nous en 2015.

En effet, il existe une tendance manifeste des familles sondées qui vivent en milieu rural de faire du domicile des exciseuses le lieu de l'excision et même d'hospitalisation. Dans une telle situation, l'exciseuse n'est pas seulement une opératrice « sanitaire » de l'acte, elle joue aussi le rôle de gardienne de la tradition et en charge de sa diffusion initiatique comme dans les temps anciens.

En milieu rural, l'excision est plus collective qu'individuelle. C'est le point de vue de 59% des sondés qui affirment que l'excision regroupe « plusieurs filles d'une même génération ». Pour 23%, l'excision regroupe « des sœurs d'une même génération » et 18% disent que l'excision concerne chaque fille à part. Cette dernière situation se rencontre en milieu urbain.

Dans les familles où les filles ne sont pas scolarisées, les moments de l'année pendant lesquels l'excision se pratique sont au nombre de quatre : la période de récole (entre novembre et janvier), la période de l'harmattan (de février à avril), pendant la période de labour (entre mai et juillet) et en pleine saison des pluies (vacances scolaires).

De même que le lieu et la période de l'excision sont multiples, les données suggèrent que l'âge de l'excision l'est aussi avec deux groupes d'âges de concentration : entre 7 ans et 10

ans (37% des filles se font excisés) et entre 10 ans et 13 ans (33% autres filles). L'excision qui commence tôt, avant 4 ans ne concerne que 5% des filles. Elle prend une certaine ampleur entre 4 et 7 ans. A partir de 13 ans, l'intensité baisse avec 5% et devient rare au-delà de 16 ans. Les variations entre milieu urbain et celui rural est faible, à l'exception notable du fait que les cas d'excision après 16 ans où l'excision ne concerne que le milieu rural.

Tableau 1 : Age de l'excision en fonction de la zone d'habitation.

	Urbaine	Rurale	TOTAL
Moins de 4	8%	3%	5%
de 4 à moins de 7	19%	19%	19%
de 8 à moins de 10	38%	36%	37%
de 11 à moins de 13	30%	36%	33%
de 14 à moins de 16	6%	4%	5%
Plus de 16 ans	0%	2%	1%
TOTAL	100	100	100

Cette excision collective s'accompagne d'un sentiment d'attente de l'entourage et de la famille. En effet, près de la moitié des sondés (49%) estiment que l'entourage s'attend qu'eux excisent leurs filles. C'est aussi la même proportion que l'on retrouve au sein de la famille.

2) AGENT DE SANTE ET EXCISEUSE : EXCISENT TOUJOURS

Un regard sur la personne qui procède à l'excision en milieu rural et en milieu urbain confirme que le personnel de santé (sage-femme, infirmière, médecin et autres personnels de santé) précède (57%) les exciseuses et les accoucheuses (43%).

On se rend compte que de la première à la quatrième fille, la proportion des filles excisées par les exciseuses traditionnelles en milieu urbain régresse au fil des générations alors qu'elle augmente pour le personnel de santé.

Par exemple, en milieu urbain, la proportion des filles excisées par les sages-femmes progresse, de façon légère, mais continue entre la fille la plus âgée de chaque famille à la plus jeune. Le même phénomène est perceptible dans le cas des médecins qui passent de 12% pour la fille la plus âgée à 16% pour la plus jeune comme agent d'excision.

Tableau 2 : Personne ayant effectué l'excision des quatre filles au sein de chaque famille en fonction de la zone d'habitation.

Personne ayant procédé à l'excision	Urbaine	Rurale	Urbaine	Rurale	Urbaine	Rurale	Urbaine	Rurale
	Fille 1	Fille 1	Fille 2	Fille 2	Fille 3	Fille 3	Fille 4	Fille 4
Exciseuse traditionnelle	32%	58%	29%	54%	31%	42%	30%	43%
Sage-femme/infirmière	49%	30%	50%	34%	51%	45%	52%	44%
Médecin	12%	8%	11%	8%	13%	9%	16%	8%
Autres personnels de la santé	7%	4%	9%	4%	4%	5%	2%	5%
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100	100

Cette médicalisation de l'excision ne protège pas totalement les excisées de complications sanitaire juste après l'acte. 90 familles (54 en milieu rural et 36 en milieu rural) ont indiqué avoir constaté des complications sanitaires sur leurs filles dès après l'excision.

Les mères de ces filles ont répertorié avec précision la liste des complications sanitaires qu'elles mettent en lien direct avec l'excision. Il s'agit, dans l'ordre, des problèmes de santé au moment des menstruations, des saignements et des douleurs lors de l'excision et après, d'autres complications pendant l'excision, de l'anémie, des problèmes lors des rapports sexuels, des problèmes de rétention urinaire et des infections.

Tableau 3 : Liste des complications rencontrées par les familles à la suite de l'excision de leur fille.

Liste des complications après l'excision	**Urbaine**	**Rurale**	**TOTAL**
Des douleurs	10	13	23
Des saignements	6	19	25
Problèmes lors des menstruations	8	20	28
Des complications pendant l'excision	4	4	9
Des problèmes de rétention urinaire	0	3	3
Des infections	2	0	2
Des problèmes pendant les rapports sexuels	2	3	4
De l'anémie	5	1	6
TOTAL	**37**	**63**	**100**

3) TYPE D'EXCISION : MULTIPLE ET EN EVOLUTION

La mutation des acteurs de la pratique de l'excision s'accompagne aussi de changement dans le type d'excision pratiqué de la mère aux filles, des plus âgées des filles aux plus jeunes.

70% des mères des filles rencontrées ont indiqué que le type d'excision pratiqué sur elle à été « d'enlever des chaires de la zone vaginale ». C'est le cas de 72% des mères qui habitent en milieu rural et de 67% pour celles qui habitent en milieu urbain.

Cette proportion est de 61% chez les plus âgées (66% en milieu rural et 56% en milieu urbain). Entre la fille la plus âgée de la famille à la plus jeune, la proportion « d'enlèvement de la chaire de la zone vaginale » est passée de 61% à 41%.

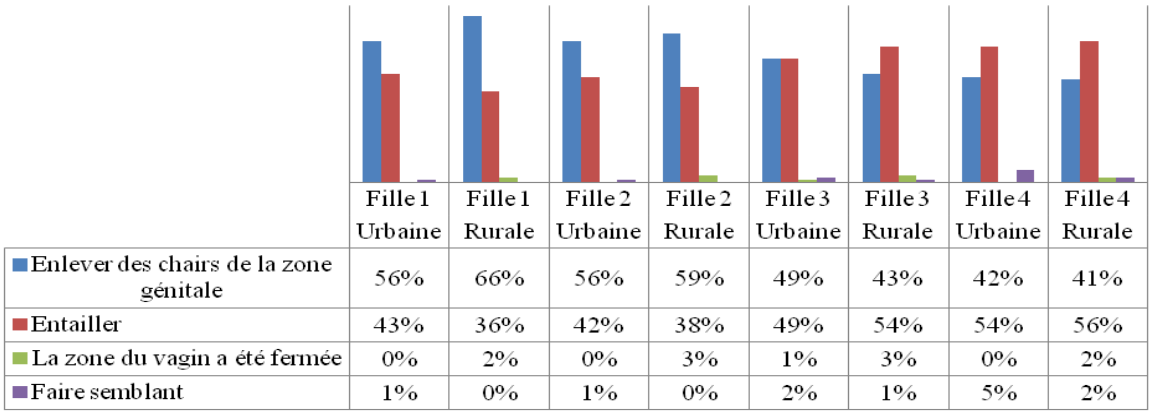
28% des mères affirment que le type d'excision pratiquée sur elle a été le fait « d'entailler » (32% en milieu urbain et 25% en milieu rural). Au niveau de leurs filles, la proportion est passée de 43% en milieu urbain pour les filles les plus âgées à 54% chez les plus jeunes. Inversement, la proportion chez les filles qui habitent en milieu rural est passée de 36% chez les plus âgées à 54% chez les plus jeunes.

A l'époque des mères, personne ne faisait « semblant » et très peu procédait à la « fermeture du vagin ». Le « faire semblant » progresse lentement chez les filles en zone rurale passant de

1% à 2% et un peu plus rapidement en zone urbaine passant de 1% à 2% et la dernière génération excisée à 5%.

Le fait « d'entailler » progresse aussi plus rapidement en milieu rural passant de 36% chez les filles les plus âgées à 56% pour les quatrièmes filles des familles. Enfin, on se rend compte aussi que le fait « faire semblant » est plus urbain que rural, alors que le fait de « fermer le vagin » est exclusivement rural.

Graphique 2 : Type d'excision de quatre groupes de filles au sein des familles sondées en fonction de la zone d'habitation.



	Fille 1 Urbaine	Fille 1 Rurale	Fille 2 Urbaine	Fille 2 Rurale	Fille 3 Urbaine	Fille 3 Rurale	Fille 4 Urbaine	Fille 4 Rurale
Enlever des chairs de la zone génitale	56%	66%	56%	59%	49%	43%	42%	41%
Entailler	43%	36%	42%	38%	49%	54%	54%	56%
La zone du vagin a été fermée	0%	2%	0%	3%	1%	3%	0%	2%
Faire semblant	1%	0%	1%	0%	2%	1%	5%	2%

Ce type pratiqué sur les filles au sein des ménages sondés ne correspond pas, néanmoins, au souhait exprimé par les mères ni des types pratiqués selon le personnel de santé. Dans les préférences des mères, le choix premier est le fait « d'entailler » selon 37%. Le fait de « faire semblant » recueille l'assentiment de 27% des mères. 25% des mères souhaitent « enlever des chairs de la zone génitale » et 11% souhaitent « la fermeture du vagin ».

Si le souhait « d'enlever des chairs de la zone génitale » et « faire semblant » sont sensiblement la même en milieu urbain qu'en milieu rural, le souhait « d'entailler » est aussi proche entre les mères qui habitent en milieu rural (40%) et celles qui habitent en milieu urbain (32%).

La particularité des données provient de la volonté de revenir à une pratique très ancienne (infibulation) et qui pratiquement tend à disparaître. Non seulement 11% des femmes sondées le souhaitent, mais cette proportion est plus forte en milieu urbain avec 14% de ces femmes qui le souhaitent. C'est parmi les femmes des ethnies peulhs et malinkés que l'on rencontre les mères qui souhaitent un retour à cette pratique qui tend à disparaître. Un tel souhait pourrait s'expliquer, probablement, par des expériences familiales liées à des grossesses précoces qui s'expliquent souvent au sein des familles par le besoin sexuel effréné que l'on attribue aux filles non excisées.

Tableau 4 : Type d'excision souhaité par les mères rencontrées en fonction de la zone d'habitation.

Type d'excision souhaité par les mères des filles rencontrées	**Urbaine**	**Rurale**	**TOTAL**
Enlever des chairs de la zone génitale	26%	25%	25
Entailler	32%	40%	36
La zone du vagin a-t-elle été fermée	14%	7%	11
Faire semblant	27%	28%	27
TOTAL	**100**	**100**	**100**

Ces intentions en matière de type d'excision des mères qui ne se reflètent pas sur le type d'excision pratiqué sur les filles demandent des explications. Cet écart entre les souhaits des mères et la réalité des types pratiqués sur leur fille pourrait résulter de l'influence des exciseuses. Il se peut aussi que cet écart trouve son explication dans un environnement socioculturel qui empêche et/ou qui limite la possibilité de transformer un souhait en réalité. La volonté de certaines de revenir à l'infibulation, alors qu'elles mêmes n'ont pas vécu cette pratique pourrait s'expliquer par les difficultés de la gestion sexuelle de leur fille. Elles pourraient s'imaginer qu'une infibulation aurait été un instrument « reposant » pour elles dans la gestion de la sexualité de leur fille.

Lorsque la question sur le type d'excision a été posée au personnel de santé, 47% affirment que le fait « d'entailler » est le type le plus pratiqué. Très loin derrière avec 28% des sondés, le fait « d'enlever des chairs dans la zone vaginale » suit et précède les autres types : « faire semblant » (13%) et l'infibulation (12%).

Les exciseuses semblent davantage pratiquer le fait « d'enlever des chairs dans la zone vaginale » et, dans une moindre mesure, « entailler ». Les sages-femmes « entaillent » plus et par la suite « enlève des chairs dans la zone vaginale ». Elles font aussi « semblant » et de l'infibulation dans les mêmes proportions. Les ATS, infirmier et médecin « entaillent » d'abord et font les autres types dans les mêmes proportions. L'infibulation semble être une technique que les exciseuses ne maîtrisent plus. Lorsque l'infibulation est pratiquée, les données suggèrent qu'elle est le fait du personnel de santé et dans l'ordre, les sages-femmes, les agents techniques de santé et les infirmiers.

4) QUI DECIDE DU TYPE D'EXCISION

La mutation dans la pratique de l'excision est aussi observable sur la personne qui prend la décision sur le type d'excision pratiqué sur les filles. Du temps des mères rencontrées, la décision venait, pour 28% des sondés, de leur mère. Le père ne venait qu'en quatrième position (11%) à égale distance avec le pouvoir des homonymes (11%), bien après les grands-

mères (16%) et les tantes paternelles (15%). Les exciseuses (10%) étaient proches du père dans la capacité de prise de décision.

Les données indiquent aussi, à l'époque de l'excision des mères, la force des mères dans le choix du type d'excision qui était plus importante en milieu urbain (33%) qu'en milieu rural (25%). La même situation d'un plus grand pouvoir dans le choix du type d'excision est observable chez les grands-mères en milieu urbain plus qu'en milieu rural. Par contre, en milieu rural la force des exciseuses était plus importante qu'en milieu urbain.

Lorsqu'arrive le tour des filles, les quatre acteurs majeurs restent toujours d'inégales importances avec la mère d'abord, mais la place du père change quittant la 4ème place pour la seconde et, très loin derrière, les tantes paternelles et les grands-mères suivent davantage en milieu urbain. Les exciseuses gardent leur position surtout en milieu rural et les homonymes baissent dans leur capacité de choisir le type d'excision pratiquée.

Tableau 5 : Qui décide de la forme d'excision des quatre filles au sein de chaque famille en fonction de la zone d'habitation.

Qui a décidé de cette forme d'excision	**Urbaine**	**Rurale**	**Urbaine**	**Rurale**	**Urbaine**	**Rurale**	**Urbaine**	**Rurale**
	Fille 1	*Fille 1*	*Fille 2*	*Fille 2*	*Fille 3*	*Fille 3*	*Fille 4*	*Fille 4*
Père	18%	19%	16%	18%	16%	16%	20%	16%
Mère	47%	35%	43%	35%	44%	34%	42%	32%
Grand-mère	12%	10%	12%	10%	11%	9%	11%	8%
Tantes paternelles	15%	11%	19%	10%	17%	13%	12%	14%
Tantes maternelles	3%	3%	4%	5%	5%	4%	4%	5%
D'autres membres de la famille	1%	1%	1%	1%	2%	2%	5%	3%
Exciseuse traditionnelle	0%	11%	1%	12%	0%	11%	0%	13%
Agent de santé	2%	5%	2%	4%	2%	6%	1%	5%
Homonyme	3%	5%	3%	5%	3%	5%	6%	4%
Autres personnes	0%	1%	0%	1%	0%	1%	0%	0%

Sur le type d'excision, le personnel de santé est formel, très peu de parents (12%) sollicitent un type particulier d'excision. Lorsque des membres de la famille interviennent pour solliciter un type d'excision, ils s'adressent surtout aux sages-femmes.

Les données suggèrent que l'accompagnement des filles dans les lieux d'excision (structures de santé et domicile des exciseuses) se fait par presque tous les membres de la famille. 20% des agents de santé et des exciseuses désignent les « tantes paternelles », les « homonymes suivent avec 18% et précèdent les mères et « d'autres membres de la famille » qui suivent avec 16% dans chaque cas selon le personnel de santé et les exciseuses. Les « grands-mères » (14%) précèdent de peu les « tantes maternelles » (13%). Les pères ferment la marche avec 2% selon le personnel de santé et les exciseuses.

Lorsqu'on regarde exclusivement les affirmations des exciseuses, on voit que les « grands-mères » accompagneraient les filles à l'excision bien avant les mères et les homonymes. Au

niveau du personnel de santé, il semble que les tantes paternelles accompagnent les filles bien avant les homonymes et « d'autres membres de la famille ».

Les contestations d'autres membres de la famille sont rares et ne concernaient selon le personnel de santé et les exciseuses que 3%. Ces contestations s'orientent exclusivement en direction des exciseuses.

5) *COUT DE L'EXCISION*

Alors que le père était le principal contributeur au financement de l'excision pour les filles les plus âgées, on voit se dessiner le retrait du père et une prise en charge financière de la mère. Si pour la fille la plus âgée, les sondés à 40% disent que c'est le père qui a assumé le coût de l'excision, cette proportion retombe à 27% dès la seconde et se stabilise à 26% chez la plus jeune dans les familles.

Le trajet de la mère prend le sens inverse de la courbe du père passant de 30% pour les plus âgées des filles à 45% dès la seconde fille. La même tendance est observable du côté des « homonymes » des filles à exciser. La courbe de la grand-mère, elle, suit celle du père alors que la position des tantes paternelles est stable de la 1ère à la quatrième fille (autour de 12%).

Tableau 6 : Prise en charge des coûts de l'excision au sein des familles pour quatre filles.

Qui a payé ces excisions	Fille 1	Fille 2	Fille 3	Fille 4
Père	40%	27%	27%	26%
Mère	30%	46%	46%	45%
Grand-mère	11%	6%	6%	5%
Tantes paternelles	11%	13%	13%	11%
Tantes maternelles	4%	3%	3%	1%
D'autres membres de la famille	1%	2%	2%	3%
Exciseuse traditionnelle	1%	1%	1%	1%
Agent de santé	0%	0%	0%	0%
Homonyme	2%	3%	3%	7%
Autres personnes	0%	0%	0%	1%

L'excision a un coût. Celui-ci est monétaire et/ou en nature. Pour près de la majorité des sondés (40%), le coût de l'excision serait inférieur à moins de 50 000 GNF. Le tiers des sondés disent avoir déboursé entre 50 000 GNF à 100 000 GNF. 7% des sondés indiquent avoir déboursé plus de 100 000 GNF. 5% des sondés disent avoir utilisé des paiements en nature dans lesquels on rencontre surtout du riz, de la cola (pas les noix symboliques) et de l'huile de palme. Enfin, 3% des sondés se sont acquittés des frais d'excision en combinant de la monnaie avec des produits agricoles (riz, colas et huile de palme.

En dépit du niveau de pauvreté en milieu rural guinéen, l'excision serait plus coûteuse qu'en milieu urbain. Lorsque le paiement est supérieur à 100 000 GNF, la différence est nette entre les familles qui vivent en milieu urbain et en milieu rural (3% des familles en milieu urbain

contre 10% pour celles en milieu rural). C'est aussi surtout en ville que l'on rencontre la plus forte proportion des familles qui ne se souviennent pas du coût de l'excision.

Tableau 7 : Coût de l'excision payé par les familles des sondés en fonction du milieu d'habitation.

Coût de l'excision	**Urbaine**	**Rurale**	**TOTAL**
Moins de 50 000 GNF	36%	44%	40
De 50 000 à 100 000 GNF	26%	32%	29
Plus de 100 000 GNF	3%	10%	7
Paiement en nature (Riz, Cola, Huile, etc.)	1%	8%	5
Argent et Produits (Riz, Cola, Huile, etc.)	4%	2%	3
Ne se souviennent pas	31%	4%	16
TOTAL	**100**	**100**	**100**

C. LES STRATEGIES DE PROMOTION DE L'ABANDON DE L'EXCISION EN GUINEE

Ce chapitre se subdivise en deux sections. La première présente l'organisation qui encadre la mise en œuvre des stratégies de promotion de l'excision et commence par l'organigramme et se poursuit par un tableau récapitulatif des activités menées sur le terrain par les acteurs majeurs de promotion de l'abandon de l'excision. La seconde section, plus longue, analyse la perception des populations sondées sur la mise en œuvre desdites stratégies.

I. LA PROMOTION DE L'ABANDON DE L'EXCISION : UNE EXPERIENCE ANCIENNE ET DES RESULTATS MITIGES

En Guinée, le premier texte interdisant l'excision date de 1965. Sans plus ni moins, c'est finalement à partir de 1990 que le Comité National de Lutte contre la Pratique de l'Excision mis en place élabore une politique de promotion d'abandon de l'excision (1990-2005). Cette politique s'articule autour de 6 axes stratégiques d'intervention qui sont :

1. La sensibilisation (informations sur les risques de l'excision à travers l'IEC) ;
2. La formation ;
3. La recherche ;
4. La réparation des séquelles de l'excision ;
5. La répression ;
6. L'influence par le lobbying.

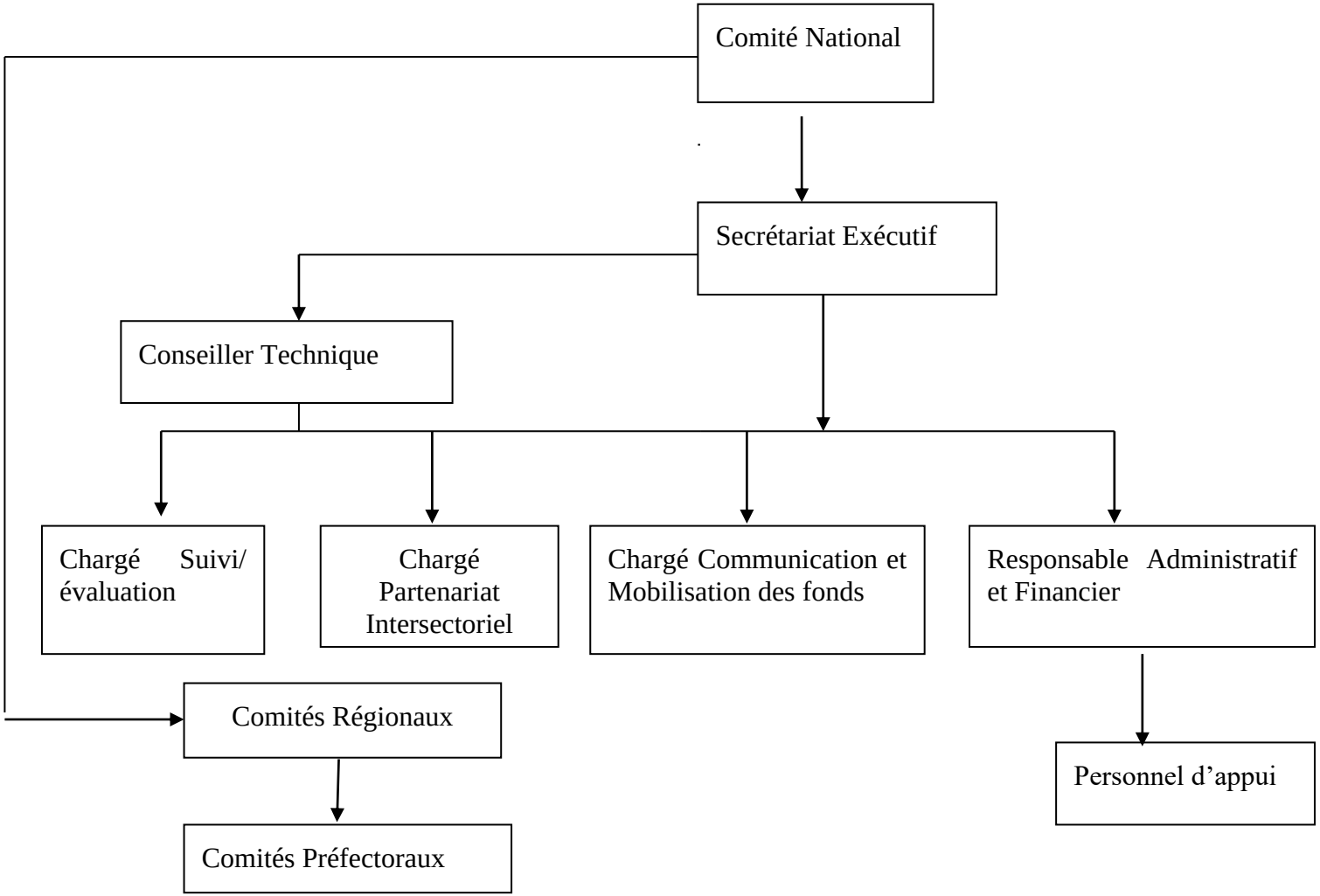
En 2012, sous l'impulsion de l'UNICEF, de l'UNFPA et de la GIZ, un plan d'action, dénommé « *Plan Stratégique National de l'abandon des mutilations génitales féminines 2012-2016, PSN* », assorti d'une feuille de route est élaboré. Ce plan d'action prévoit, pour son opérationnalisation, la mise en place d'un Comité National Multisectoriel de Coordination des Actions de promotion de l'Abandon des Mutilations Génitales Féminines regroupant l'ensemble des acteurs clés (Gouvernement, partenaires techniques et financiers, et société civile) avec une feuille de route de 2013 à 2017.

Ce comité a pour mission de faciliter la mobilisation des ressources pour la mise en œuvre du PSN, de définir les orientations nationales, d'élaborer une stratégie nationale assortie d'une cartographie des interventions, d'initier et valider les études et enquêtes relatives à la promotion de l'abandon de l'excision, suivre et évaluer l'impact des actions menées dans le domaine de l'abandon de la pratique de l'excision.

Ce comité, dans sa mise en œuvre des actions, s'appuie sur un Secrétariat Exécutif qui est une structure technique dont les cadres sont désignés par le Comité National sur une base compétitive.

Ce comité a des structures décentralisées tant au niveau de la région avec les Comités Régionaux pour la promotion de l'Abandon des MGF (CRAMGF) et au niveau préfectoral par les Comités Préfectoraux pour la promotion de l'Abandon des MGF selon le schéma ci-dessous :

ORGANIGRAMME DU COMITE NATIONAL POUR LA PROMOTION DE L'ABANDON DES MUTILATIONS GENITALES FEMININES



Ce dispositif institutionnel est sensé assurer la cohérence des interventions et la synergie des actions des différents acteurs de la promotion de l'abandon de l'excision autour de quatre axes : la coordination, le suivi-évaluation, la communication pour le changement de comportement et le partenariat intersectoriel.

Dans **l'axe 1** (la coordination), la philosophie du PSN insiste sur la nécessité de la mise en place d'un mécanisme de « coordination impliquant l'ensemble des acteurs et intervenants dans la lutte contre les MGF/E et ce à tous les niveaux » (PSN, 17 : 2015). Pour s'assurer de la faisabilité d'un tel mécanisme, il a été décidé de la mise en place non seulement d'un secrétariat permanent et des antennes pour mailler le territoire national.

L'**axe 2** porte sur le suivi évaluation avec la volonté affichée d'élaborer des outils de suivi évaluation comportant « un répertoire des intervenants dans le cadre des MGF, l'organisation des sessions du comité de pilotage, des réunions techniques avec les intervenants, les visites de terrain » (PSN, 21 : 2015). Il est aussi projeter dans le cadre de ce suivi évaluation, la réalisation d'études, d'enquêtes et de recherches action pour documenter *« la prévalence, l'incidence et les déterminants de la persistance de la pratique de l'excision afin de développer des stratégies nouvelles adaptées au contexte nouveau »* (PSN, 21 : 2015).

Le **troisième axe** cible la communication pour le changement de comportement à travers quatre actions : *le plaidoyer, la communication interpersonnelle, la mobilisation sociale et le renforcement des capacités des acteurs.* Dans ce cadre, le PSN prévoit la mise en œuvre de deux stratégies (le dialogue de générations et l'approche communautaire basée sur les droits humains) qui sont considérées par les autorités guinéennes et ses partenaires comme novatrices.

Des activités de formation en direction de plusieurs acteurs de l'excision et l'approche juridique sont sensées complétées le dispositif avec des comités médico-communautaires constitués d'agents de santé, de leaders religieux, d'officiers de police judiciaire et les représentants des organisations à base communautaire et de jeunes filles non excisées pour devenir des pairs éducateurs.

Le quatrième axe de la PSN porte sur le renforcement des capacités individuelles, organisationnelles, institutionnelles et la mise en réseau des différents acteurs de la promotion de l'abandon de l'excision pour s'assurer de la mise en œuvre des procédures standardisées, harmonisées et intégrées des différents et innombrables acteurs.

Parmi les actions menées sur le terrain en Guinée, on peut distinguer sept stratégies :

1) Informations sur les risques sur la santé (IEC) à travers une pluralité de supports (affiches, SMS, théâtres, boîtes à images, réseaux sociaux, etc.) ;
2) Formation des professionnels de la santé ;

3) Reconversion des exciseuses ;
4) Développement des rites alternatifs ;
5) Développement social intégral avec déclarations publiques ;
6) Identification et protection des filles non excisées ;
7) Mesures légales de nature juridique.

Dans le cadre de la présente évaluation, deux aspects ont été observés. Le premier porte sur l'analyse que les sondés portent sur les stratégies mises dans leur zone d'habitation. La seconde porte sur l'analyse de l'opérationnalité de la structure de coordination, de supervision et de contrôle des stratégies de promotion de l'abandon de l'excision.

Ces différentes stratégies ont été mise en œuvre par des ONG nationales, internationales, des services de l'Etat (décentralisés et/ou déconcentrés) dans le cadre de projets, de programmes et autres initiatives.

Sur le terrain, 71% des sondés déclarent connaître l'existence d'ONG intervenant dans la promotion de l'abandon de l'excision dans leur zone d'habitation. La connaissance de l'existence d'ONG dans la zone d'habitation est plus forte en milieu rural qu'en milieu urbain (deux fois plus de sondés en milieu rural qu'en milieu urbain).

Les données suggèrent que ces ONG et autres interviennent depuis très longtemps. Pour 28% des sondés, les ONG interviennent dans leur localité entre 5 ans et 9 ans. 23% datent à deux ans l'existence des ONG de promotion de l'abandon de l'excision, 23% à quatre ans, 15% à trois ans et 8% pour une année.

SYNTHESE DES STATEGIES DE PROMOTION DE L'ABANDON DE L'EXCISION EN GUINEE PAR CERTAINS DES ACTEURS MAJEURS[8]

N°	Acteurs	Nom de la stratégie	Bénéficiaires (groupes cibles)	Portée (localité d'intervention)	Activités menées	Ressources (financière et matérielles)	Partenaires de terrain	Période de mise en œuvre
1	OMS	Stratégie régionale pour l'accélération de l'abandon de l'excision en Afrique	Prestataires de santé, Etudiants des écoles de santé ; Cadres des ministères de la santé et des affaires sociales	National	❖ Elaboration de modules intégrés des prestataires de santé ; ❖ Curricula des écoles de santé ; ❖ Outils de plaidoyer ; ❖ Elaboration du projet conjoint de lutte contre la médicalisation de l'excision ; ❖ Intégration de la prévention et de la prise en charge des complications liées aux mutilations sexuelles féminines dans les programmes d'études en soins infirmiers et soins obstétricaux ❖ Elaboration de modules d'IC pour le changement de comportement ; ❖ Outils de formation de prévention et prise en charge des complications liées MGF	100 000 Dollars	CPTAF, Ministères de la santé et des affaires sociales.	1997
2	PLAN GUINEE	Action communautaire et national	Les filles de tout âge surtout spécifiquement de 2-18 ans ; les OCB ; les ONG, les parents ; les familles, les autorités.	Kissidougou (Fermessadou, Gbangbadou, Manfran, Yombiro) Gueckédou (Bolodou,	Sensibilisation communautaires ; Tables rondes ; Les foras communautaires ; Les rites alternatifs sans excision ; Les dialogues de générations ;	Un budget de **841.943 dollars**. Un véhicule du projet et 6 motos pour les ONG	Gueckedou : AFAF (Association des femmes pour l'avenir des femmes) ; AJKPS (Association des	36 mois (du 1er Décembre 2013 au 30 Novembre 2016).

[8]L'exhaustivité est toujours difficile à atteindre. En dépit de nos efforts, il est possible que certains acteurs ne se retrouvent pas dans ce tableau. Si tel était le cas, c'est par manque d'informations au moment de la collecte des données.

				Nongoa, Tèmessadou et Ouéndé Kènèma)	Les plaidoyers au niveau national ; L'identification des filles non excisées ; Les réunions d'échanges entre filles excisées et non excisées ; La réunion des acteurs intervenants sur les MGF au niveau National.	partenaires en plus du matériel informatique	Jeunes de Kissidougou pour la promotion de la santé)	
3	GIZ	✓ Dialogue de générations, basée sur l'écoute mutuelle et sur le dialogue communautaire	Les adolescents et jeunes (nouvelle génération) Les femmes et les hommes âgés (ancienne génération)	Mamou, Labé, Faranah, Kissidougou, Guéckédou, Conakry.	- Elaboration des modules et supports de dialogue des générations ; - Formation des formateurs ; - Formation des animateurs de dialogues ; - Formation des adolescents et jeunes participant aux dialogues ; - Formation des femmes et des hommes participant aux dialogues ; - Organisation des séances de dialogues des générations dans les communes et quartiers ; - Sensibilisation des jeunes scolaires et non scolaires par l'approche binaire.	Financement assuré par le projet supra régional pour l'abandon des MGF et le PSS	- Les DRS et DPS de la zone d'intervention ; - Les ONG : Fraternité Médicale (FMG) et la CPTAFE nationale à Conakry ; - CPTAFE, AAPF (Association Aide pour la promotion des femmes), - AFFAAV à Faranah ; AJKPS (Association de la Jeunesse de Kissidougou pour la Promotion de la Santé) à Kissidougou ; - FAF (Association des femmes pour l'Avenir des Femmes) à Guéckédou. - Direction Nationale de la Santé, la Division SR, Direction	De 20000 à 2007 De 2010 à 2011
		✓ Démédicalisation des MGF, suite à la mise en place d'un cadre institutionnel (arrêté d'interdiction,	Les agents de santé, les religieux, les officiers de la police judiciaire, de la gendarmerie et la justice	Conakry (Hôpital I.Deen); Mamou (Hôpital Mamou, CSU Sabou, CS Timbo, CSU	• La formation des prestataires des structures de santé intégrées pour la démédicalisation de l'excision ; • La formation de cinq ONG	Financement assuré par le projet supra régional pour l'abandon des MGF et le PSRDF		

		décision ministérielle, code de bonne conduite, charte hospitalière)		Poudrière, CSU Loppè, CS Ourékaba); Pita (Hôpital Pita, CSU Pita, CS Sintaly,CS Timbi Madina); Dalaba(Hôpital Dalaba,CSU Dalaba, CS Ditinn, ,CS Mitty)	locales d'encadrement sur l'approche écoute et dialogue de générations ; • La mise en place et la formation de trois Comités médico-communautaires sur le suivi des principes directeurs et les normes sociales. • La formation des officiers de la police judiciaire, de la Gendarmerie et de la justice sur la connaissance et l'application des textes interdisant la pratique des MGF/E.		Nationale de la Promotion de la Femme et de l'Enfance, le projet conjoint MASPFE-UNFPA-UNICEF, la chaire de Gynécologie Obstétrique de la Faculté de médecine, L'ASFEGUI, la CPTAFE, la DRS de Mamou, l'Hôpital National Ignace Deen, les centres de santé, la gendarmerie et la police de Mamou, la justice, des ONG locales.	
4	PSI	Marketing Sociale (recourt aux principes et aux techniques du marketing dans le but d'amener un public cible à accepter, rejeter, modifier ou délaisser volontairement un comportement dans son intérêt, dans l'intérêt d'un groupe ou dans l'intérêt de l'ensemble de la société)	Les femmes en charge des filles non excisées ; Les Animateurs Communautaires (AC) ; Les leaders Communautaires et Religieux ; Les autorités Administratives ; Les Exciseuses,	Conakry, Kindia, Forécariah	Création d'une marque (la marque Bathè) ; Renforcement de capacités (formation des ONG, Soutien financier) ; Plaidoyer ; Causeries éducatives ; Visites à domiciles ; Mobilisations communautaires ; Sensibilisation par les médias de masse (Radio, TV,) Campagnes d'Affichage ; Diffusion de supports éducatifs et promotionnels	Financement KfW	Des ONG Locales (CPTAFE, CAM, CEGUIFED) ; les Directions de l'Action Sociale Promotion Féminine et Enfance (DRASPFE, DPASPFE) ; les Directions de la Santé (DRS, DPS) ; Les Centres et Postes de Santé (CS, PS) ; Les communicateurs Traditionnels ; Les medias publics	Mars 2014– Juin 2016

							et privés	
5	SABOU-GUINEE	La stratégie est basée sur les droits (droit de l'enfant et des femmes) et aussi sur le dialogue des générations.	**Au niveau central** ➢ Les Juges, magistrats et avocats/ Forces de l'ordre ; ➢ Les leaders religieux ; ➢ Les cadres des affaires sociales ; **Au niveau communautaire** : ➢ Les relais communautaires ; ➢ Les présidentes d'associations et groupements de femmes ➢ Les enfants membres de clubs d'enfants ; ➢ Les AEJT ➢ Les Exciseuses et matrones ; ➢ Les enseignants ; ➢ Les élus locaux ; ➢ Les communicateurs traditionnels	Labé : Kouramangui, Labé centre, Telidjé (secteur de la commune Urbaine) ; Télimélé : Sarekaly, Sinta, Gougoudjé, Cambaya, Koussy et Kaffima. Conakry : DNPE OPROGEM	➢ Organisation des sessions de formation à l'intention des relais communautaires sur l'approche des droits ; ➢ Les techniques de communication appropriées et les droits humains liés aux MGF et les droits humains ; ➢ Organisation des séances de renforcement de capacités à l'intention des femmes membres des groupements Restructuration et reconfiguration des clubs de soutien pour renouveler les bureaux et intégrer les OCB, CLEF et CLP ; ➢ Organisation de séances de sensibilisation ciblant hommes, chefs de villages, jeunes, enfants, femmes etc. au niveau des villages ciblés du projet ; ➢ Organisation des émissions radio avec des panels et des questions réponses téléphoniques ; ➢ Organisation de 4 Rediffusions des spots Approche droit MGF ; ➢ Encadrement des associations de femmes pour leur redynamisation dans les communautés ciblées ; ➢ Séances de plaidoyer	Materielle : Les motos, les boites à image, les mannequins Financière : environ 600. 000.000	National : Ministère de l'action sociale à travers la DNPF, de l'education, de la sécurité et de la justice ; Communautaires : CLPE, CLEF, CPPE Relais communautaires Les associations d'enfants Enfants jeunes et femmes	2010 à 2012

					auprès des Ministères de l'éducation et de l'action sociale pour l'intégration du curriculum dans les curricula scolaires ; ➢ Séances de plaidoyer auprès du Ministère de la sécurité pour l'application de la loi ; ➢ Séances de plaidoyer auprès du Ministère de la justice et de la sécurité pour le jugement des cas de MGF ; ➢ Formation à l'intention des enseignants ; ➢ Réalisation de cours par les enseignants sur l'éducation et droit des enfants dans les écoles ciblées			
6	CPTAFE	Plaidoyer, sensibilisation, reconversion, Initiation de loi, formation et renforcement des capacités de tous les acteurs et Assistance juridiques et médicales aux victimes, Recensement des exciseuses ;	Communautés, leaders religieux, leaders traditionnels, leaders politiques, parlementaires, leaders administratifs, professionnels de santé, professionnels de la loi, médias, hommes, jeunes scolarisés et non scolarisés, exciseuses femmes et groupements de femmes, ONG et autres OSC. Partenaires au Développement Bi et Multilatéraux ;	National	- Plaidoyer à tous les niveaux - Sensibilisation à tous les niveaux - Élaboration de modules de formation - Formation - Dépôt de couteaux - Émissions radiotélévisées - Sensibilisation porte-à-porte - Livres et boîtes à images ; - Mannequins - Films - Théâtre - Activités génératrices de revenus (AGR) pour les	Diverses sources de financements	Gouvernement, Communautés, leaders religieux, leaders traditionnels, leaders politiques, parlementaires, leaders administratifs, professionnels de santé, professionnels de la loi, médias, hommes, jeunes scolarisés et non scolarisés, exciseuses femmes et groupements de femmes, ONG et	1984-2016 (32 ans)

					ex-exciseuses - Animations villageoises à l'occasion des marchés hebdomadaires		autres OSC. Partenaires au Développement Bi et Multilatéraux et autres partenaires techniques et financiers.	
	CEPTAF	Sensibilisation et Plaidoyer	❖ Autorités administratives et communautaires, prestataires de santé, les populations	Kankan	❖ Prise de contacts ❖ Renforcement de capacités des acteurs à tous les niveaux ❖ Sensibilisations des communautés en prenant en compte des fausses rumeurs qui ont conduit à une excision de masse à grande échelle	40000$	UNFPA	2012
7	TOSTAN	Education aux droits humains (inspirer et renforcer les capacités des communautés. L'idée est d'amener à renforcer leurs capacités dans les domaines de la Gouvernance, de l'Education, de la Santé, de l'Environnement et de la croissance Economique (GESEE). peut conduire à un abandon volontaire de l'excision et des mariages des enfants dirigé par la communauté	Adultes (hommes et femmes) et adolescents (garçons et filles)	**Basse Guinée :** 236 villages de Dubréka et Boffa dont 57 villages bénéficiaires directs et 179 villages sensibilisés. **Moyenne Guinée :** 264 villages de Pita et Labé dont 58 villages bénéficiaires directs et 206 villages sensibilisés. **Haute**	1) **Identification et formation des facilitateurs** vivent au sein du village durant les trois années du programme ; 2) **Ouverture des classes** 50 participants répartis en 2 cohortes de 25 participants. Les participants se réunissent 3 fois par semaine durant toute la durée du programme : Kobi et Aawde ; 3) **Installation et formation des Comités de Gestion Communautaire (CGC) ;** 4) Diffusion organisée ; 5) **Adoptions de participants :** 6) **Evénements de**	USAID : 500 000 $ UNICEF : 1 464 059,42 $ + 1 véhicule 4X4 amorti à ce jour Leadership circle : 1 240 814 $ + 1 véhicule 4X4 UNFPA : 386 068 $	USAID UNICEF Leadership circle UNFPA	2003-2011 2006-2016 2013-2017 2015-2017

				Guinée : 345 villages de Faranah, Dabola et Kissidougou dont 118 villages bénéficiaires directs et 227 villages sensibilisés. **Guinée Forestière :** 159 villages de Pita et Labé dont 40 villages bénéficiaires directs et 119 villages sensibilisés. Dans cette dynamique, Tostan a installé, formé et accompagné en Moyenne Guinée (Labé et Pita), en Basse Guinée (Boffa et Dubréka) et en Haute Guinée (Dabola, Faranah et Kissidougou, 333 CVPE et 114 CLEF. Soit 447 organes. ***Total : 1 004***	**sensibilisation ;** 7) **Sensibilisation d'autres communautés :** 8) **Rencontres inter villageoises (RIV) :** 9) **Déclaration publique d'abandon de l'excision et des mariages d'enfants** ; 10) **Emissions de radio ;** 11) Séminaire de partage (avec les ONG intervenant dans les mêmes zones, les autorités gouvernementales, les leaders religieux, les chefs coutumiers et les élus locaux à travers des séminaires d'information et des réunions) ; 12) **Suivi post déclaration (**activités de mobilisation sociale post déclaration pour renforcer les capacités des organes du Système de Protection des Enfants en Guinée (SyPEG), notamment les Comités Villageois pour la Protection de l'Enfant (CVPE) et les Conseils Locaux pour Enfants et Familles (CLEF). Ces activités s'inscrivent dans le cadre de la nouvelle Politique Nationale de Promotion et de Protection des Droits et du Bien-être de l'Enfant en Guinée (PNPDBE).			

				villages dont 273 villages bénéficiaires directs et 731 villages sensibilisés.				
8	Fondation Binta Ann pour les Enfants et les Femmes (FONBALE)		• 14 écoles touchées • 34 quartiers couverts • 536 élèves (filles) touchées. • 2016 familles composées de 738 jeunes filles, 418 jeunes garçons, 590 femmes et 270 hommes ont été sensibilisés ; • 399 filles non excisées identifiées	Conakry/Commune de Ratoma	Projet de Communication et habilitation des communautés et secteurs clés pour l'abandon des MGF/Excision et mariage précoce dans la commune de Ratoma	Ambassade des USA et UNICEF 27.000$		Septembre 2014 à Novembre 2015
9	AFAF	Sensibilisation et implication des pères de famille et exciseuses/femmes de groupement pour la lutte contre les MGF/Excision	•24 zones (marchés, 2 débarcadères et autres) abritant de grand nombre de boutique, kiosque et autres ont été touchées ; •2195 offices (kiosques, bar café et autres) ont été touchés (bien que 1750 offices étaient prévus) ; •11341 personnes, dont 9175 pères de familles et 2166 femmes	Ville de Conakry (5 communes)	Sensibilisation et implication des pères de famille et exciseuses/femmes de groupement pour la lutte contre les MGF/Excision	Ambassade des USA-Guinée 24.107$		Décembre 2015 à Février 2016 (Extension Avril)

			(présentes dans les offices) ont été sensibilisées ; •1772 filles non excisées ont été déclarées par les parents touchés ; •25 structures sanitaires reparties dans les 5 communes ont été touchées ; •4981 femmes enceintes et nourrices sensibilisées ; •2039 accompagnateurs sensibilisés (dont 481 hommes et 1558 femmes) ; •4680 filles non excisées déclarées ; Au total 7020 personnes touchées dont 6539 femmes touchées dans les structures sanitaires					
					Projet de Communication et habilitation des communautés et secteurs clés pour la protection des enfants et l'abandon des MGF/Excision et mariage précoce			
		Sauvons les filles de l'excision"	Membres des structures de protection (CLEF et CLPE) 250 personnes	Préfecture de Guéckédou (CR de Temessadou,	Appui à la redynamisation et à l'orientation des membres des structures de protection des enfants (CLEF)	Plan Allemand à travers Plan International		Février 2014-Novembre 2016 Février 2014-

			pour les 25 soit 10 par structure en moyenne.	Nongoa, Bolodou, Ouéndékènèma et la CU)		Guinée 708 843 726		Novembre 2016
			Agents de santé et accoucheuses traditionnelles, exciseuses (50), les juges (2), policiers (8) et enseignants (41) ; Maires des communes (4), présidents de districts (25), chefs de secteurs (120).	Préfecture de Guéckédou (CR de Temessadou, Nongoa, Bolodou, Ouéndékènèma et la CU)	Formation des acteurs du sectoriel et des élus locaux			
			Femmes, filles et fillettes formées (180)	CR de Nongoa (Districts de Tomandou, de kolian), CR de Bolodou (district de Mafendou)	Organisation des rites alternatifs d'initiation sans excision (formation des filles non excisées			
			Jeunes filles âgées de 10 à 18 ans	CR de Temessadou (district de Mongo)	Réunions d'échanges entre filles excisées et non excisées Réunions d'échanges entre filles excisées et non excisées			
			Toutes les populations des communautés (districts et villages) concernées	CR de Ouende kènèma (Village de Ndéma), CR de Nongoa (districts de Kolian, Tomandou et ouladin),CR de Bolodou (district de Mafendou),	Organisation des cérémonies de déclarations publiques d'abandon des MGF/E			
			Auditeurs de la radio	Cu et toutes les	Emissions radio/table ronde			

			rurale	Sous préfectures de Guéckédou				
			Représentants des villages ayant abandonnés l'excision et ceux en voie d'abandon	CR de Temessadou (district de Mongo)	Foras communautaires (réunions inter villageoises)			
			Les focus groupes de jeunes hommes (20), jeunes filles (20), hommes âgés (20) et femmes âgées (20), total par district (80)	CR de Nongoa (Kolignindo), CR de Ouende (Dogbodou) ; CR de Temessadou (districts de Mongo et de Yomadou Koudoufam)	Organisation des cycles de dialogues des générations			
		Projet d'habilitation communautaire et sectorielle pour l'abandon des MGF/E et mariages d'enfants et forcés Projet d'habilitation communautaire et sectorielle pour l'abandon des MGF/E et mariages d'enfants et forcés	Les juges, sécurité, éducation, la santé (200) soit 20 par préfecture Les juges, sécurité, éducation, la santé (200) soit 20 par préfecture	Les 10 préfectures des régions administratives de Faranah et de N'Zérékoré	Organisation des ateliers Préfectoraux de planification sectorielle	UNICEF		2015-2016
			60 acteurs de la justice, de la santé, de l'éducation et des services de sécurité (gendarmerie et police) et des autorités administratives (préfectorales et régionales)	Les 2 chefs lieux de région (Faranah et N'Zérékoré)	Organisation d'un atelier régional de réflexion intersectorielle avec les acteurs clés			
			1500 membres des structures de protection (CVPE, CLEF et CLPE)	300 villages des 10 préfectures soit 30 villages par préfecture pour	Formation/Orientation des membres des structures de protection sur le sujet des MGF/E et autres VBG ainsi que les autres questions de			

				en moyenne 3 CR couvertes dans chaque préfecture	protection des enfants			
			Familles, leaders religieux et élus, agents de santé, enseignants (26 792) personnes touchées	Familles, leaders religieux et élus, agents de santé, enseignants (26 792) personnes touchées	Organisation des séances de causeries éducatives dans les communautés ciblées et des dialogues communautaires			
			898 filles non excisées et 910 filles non mariées	300 villages des 10 préfectures dans les 2 régions administratives (Faranah et N'Zérékoré)	Identification et protection des filles non excisées et non mariées.			
			54 leaders religieux (musulmans et chrétiens), ¾ musulmans	10 préfectures des 2 régions (Faranah et N'Zérékoré)	Identification et protection des filles non excisées et non mariées.			
			250 chefs de quartiers et chefs de secteurs	CU de Macenta et la CR de Guendembou (Préfecture de Guéckédou)	Organisation de trois (3) journées de réflexion avec les élus locaux et leaders d'opinion sur la loi interdisant et réprimant l'excision et le mariage précoce			
			15 cadres des acteurs régionaux du sectoriel (santé, éducation, justice, sécurité) et quelques cadres de l'administration au niveau régional.	Région administrative de Faranah	Redynamisation du comité régional MGF/E			

		Projet d'appui aux communautés pour l'accélération de l'abandon des MGF/E et mariages d'enfants	Formateurs : 1 par préfecture, Facilitateur : 4 par préfecture, Participants aux consultations par district (40 par district) soit 2160 pour les 54 consultations	Préfecture de Kankan (CR de Karifamorya et de Koumban), préfecture de Siguiri (CR de Banko et de Franwalia), préfecture de Madian (CR de Fralako et de Kinieran)	Organisation des cycles de Dialogue des Générations (DdG),	124200$	UNFPA	2015-2016 avec extension en 2017
			Communautés (populations) des 51 districts qui ont signés des engagements d'abandon des MGF/E Communautés (populations) des 51 districts qui ont signés des engagements d'abandon des MGF/E	51/54 communautés (districts) couvertes dans les 6 CR des 3 préfectures	Soutien à la célébration de l'abandon de l'excision		UNFPA	
			Associations de jeunesses : 25 associations par zone soit 50 structures de jeunesse pour Conakry et Faranah. 100 jeunes leaders (2 par association) soit 50 à Conakry et 50 dans la région administrative de Faranah	5 communes de la ville de Conakry et les 4 préfectures de la région de Faranah	Formation des jeunes des associations et structures de jeunesses sur la prévention des MGF/E			
			Membres des 50 structures de jeunesse avec une moyenne de 20 participants par	5 communes de la ville de Conakry et les 4 préfectures	Suivi des séances de restitution des jeunes leaders dans leurs zones respectives			

			restitution. Total des participants : 1000 jeunes	(CU) de la région de Faranah				
10	Secrétariat Général des affaires religieuses	Plaidoyer et sensibilisation	❖ Leaders Religieux influents, imams et prédicateurs.114 personnes ; ❖ Leaders religieux musulmans et chrétiens 867 personnes ; ❖ Pour 3300 mosquées ; ❖ Les leaders religieux et les pères influents 850 personnes.	Conakry 33 préfectures Conakry et les 33préfectures Régions administratives de Mamou, Faranah, Kankan et Labé.	❖ Débat des Religieux sur la prévention des MGF/E en période d'Ebola ; ❖ Débat interreligieux sur la prévention des MGF /E en Guinée dans le contexte d'épidémie d'Ebola dans les 33 préfectures ; ❖ 4 sermons sur les MGF/E ; ❖ Rencontre restreintes avec les leaders religieux et les pères influents ; ❖ Atelier des leaders religieux des 33 préfectures sur l'abandon des MGF/E et l'appui des pour la conférence Islamique.	95 240 000 GNF 395 000 000 GNF	UNICEF UNICEF UNICEF UNICEF	Novembre et décembre 2014 23 Mai au 26 décembre 2015 Avril, Mai et juin 2016
11	Ministère de l'Action sociale Coordination nationale Ebola	Appui aux efforts de lutte contre Ebola en lien avec les MGF/E et l'utilisation des services de santé de la reproduction par les femmes	❖ Communautés à la base	Macenta et Guéckédou	❖ Enquête et sensibilisation des différentes sensibilités communautaires	25000$	UNFPA	25000$
12	SGAR	Plaidoyer et sensibilisation	❖ Leaders religieux, parlementaires, journalistes femmes leaders, cadres des départements, exciseuses	38 préfectures et communes du pays	❖ Organisation de plateformes de débats ouverts entre les acteurs	35000$	UNFPA	SGAR
13	Assemblée nationale, Secrétariat Général des	Coopération sud sud à travers des voyages d'études et d'échanges d'expériences (Indonésie, Egypte et	❖ Leaders religieux, parlementaires, journalistes femmes leaders, cadres des	Représentants de 8 régions administratives	❖ Voyages d'études et échanges d'expériences en matière de VBG, des MGF/E et de la planification familiale en		UNFPA	

	Affaires religieuses, Ministère de la santé, Ministère de l'action sociale, reseau des journalistes en pop et dév, réseau des parlementaires en Pop et Dév, REFAMP	Tunisie°	départements et UNFPA		Egypte, Tunisie et Indonésie			
14	Ministère de la Santé	Formation du personnel	❖ Le personnel Santé (Praticien de la santé et Sage-femme)	Conakry Forécariah	❖ Célébration de la journée tolérance zéro aux MGF	Non fourni	OMS	De 2012 à 2015
			❖ Sage-femme	Les 8 régions du pays	❖ Formation des prestataires de Santé sur les complications liées aux MGF	Non fourni	ONU-femme	
15	Ministère de la Santé/ Ministère de l'Action Sociale	Formation continue des prestataires de santé	❖ Infirmiers, ATS, sages-femmes notamment les agents de CPN, les aides de santé°	8 régions administratives du pays	❖ Renforcement de capacités des prestataires de santé sur les techniques de prévention et de prise en charge des complications liées aux MGF/E et des VBG ❖ Intégration des services de prévention et de prise en charge des VBG et MGF/E dans 22 hôpitaux préfectoraux (5 régionaux, 16 préfectoraux et 1 communautaire) y compris le renforcement de	550000$	UNFPA	2010-2016

					capacités institutionnelles (kits solaires, informatiques, bureautiques, de dignité et des consommables)			
16	Ministère de la Santé/ Ministères de l'Action Sociale, de la santé et l'enseignement technique et de la formation professionnelle	Formation de base des prestataires de santé	❖ 8 écoles de santé	Conception et adaptation du module de l'OMS	❖ Intégration des MGF dans le programme de formation de 8 écoles de santé à travers la formation des formateurs, la mise à disposition des copies du module et le suivi et évaluation ❖	220000$	UNFPA	2011-2016
17	Ministères de l'Action Sociale, de la Défense nationale et celui de la Sécurité et Protection Civile	Formation des gendarmes et policiers		8 régions administratives du pays	❖ Intégration de la prévention et la prise en charge juridique des VBG et MGF/E dans 27 unités de police et gendarmerie à travers la formation des agents et le renforcement des capacités techniques (Kits bureautiques et informatiques)	75000$	UNFPA	2010-2016
18	CBC World Wide	Réalisation d'une campagne de sensibilisation « protégeons nos files contre l'excision ».	Toute la population guinéenne et spécialement les femmes	Conakry, Dubreka, Labé, Boké, Forecariah, Mamou, Kindia, Guéckédou, Koundara, Boke	❖ L'affichage de panneaux et de spots radio et télé ; ❖ Conception et Affichages de 60 panneaux publicitaires. ❖ La RTG ; Evasion télé, Espace tv ; Espace Fm ; Lynx Fm ; Radio nationale, Nostalgie Fm.	320 000 000 GNF	Ambassade des USA à Conakry Ambassade des USA à Conakry	Une campagne mensuelle Une campagne mensuelle
19	UDID		❖ Jeunes filles **387** ;	Mali (CU) et	❖ Sensibilisation sur la lutte	75.000.000	Ambassade des	Du 22 déc

	(union pour le développement intégré et durable), antenne de Mali		❖ Femmes en âge de procréer : **240**, vielles femmes ; ❖ **148** leaders religieux et **48** élus locaux.	CR Hidayatou, Fougou et Yembéring	contre les MGF ; ❖ Table ronde avec la radio Rurale ; ❖ Emissions inter actives ; ❖ Sensibilisation des matrones et sage femmes des CS et de l'hôpital préfectoral qui sont les principales exciseuses ; ❖ Mise en place de 5 comités de veille.	GNF	USA à Conakry	2015 au 31 mai 2016
20	OSPADEC	Sensibilisation des populations, des encadreurs des écoles, des parents d'élèves, des élèves et jeunes de quartiers de la région de N'Zérékoré sur les MGF/E Débats publics dans les établissements scolaires	❖ Populations, encadreurs des écoles, parents d'élèves, élèves et jeunes des quartiers	Région N'Zérékoré	❖ Formation des animateurs ❖ Tables rondes avec les radios Rurales et communautaires; ❖ Emissions inter actives ; ❖ Sensibilisation des Populations, encadreurs des écoles, parents d'élèves et élèves, les jeunes des quartiers, etc ; ❖ Déclarations publiques dans les établissements scolaires	90000$	UNFPA	2009-2013
21	OCPH/CARITAS	Sensibilisation des fidèles dans les lieux de culte, quartiers, etc.	❖ Fidèles chrétiens, les encadreurs des églises, etc.	N'Zérékoré	❖ Media campaigns and other forms of communication dissemination are organized and implemented to support and publicize FGM/C abandonFormation des animateurs et des responsables des groupes et mouvements d'action catholique en techniques d'animation	30000$	UNFPA	2012-2013

					des causeries éducatives pour la lutte contre les MGF/E ❖ Sensibilisation ou causeries éducatives pour la prise de conscience et de position des populations sur les ravages des MGF/E ❖ Journées de concertation sur des prises de décisions et de déclarations publiques portant sur l'abandon des pratiques des MGF/E ❖ Suivi et supervision des activités du projet			
22	PRONC	Partenariat stratégique avec les jeunes leaders des 8 régions administratives du pays	❖ Les jeunes des 8 régions, les leaders d'opinions et les familles	8 régions administratives du pays	❖ Renforcement de capacités des jeunes leaders sur les techniques de communication ❖ Déploiement dans leurs communautés en tant que relais de communication en faveur de l'accélération de l'abandon des MGF/E et la prévention des VBG ❖ Causeries éducatives dans les communautés avec pour cibles les jeunes, les leaders d'opinion et les			

					familles (8000 jeunes et 400 leaders d'opinions touchés) ❖ Sensibilisation des jeunes à travers les réseaux sociaux avec la création d'une plateforme d'ambassadeurs en faveur de l'abandon des MGF/E			
23	AGBEF	Intégration de services à base communautaires à travers des agents communautaires	❖ Communautés de 1650 villages de Labé, Kankan et N'Zérékoré	1650 villages des régions de Labé, Kankan et N'Zérékoré	❖ Identificateurs des acteurs ❖ Renforcement de capacités ❖ Conception et édition des outils ❖ Sensibilisation des communautaires à travers des agents communautaires (AC) sur les thématiques intégrées notamment les VBG, MGF/E, la PF, le VIH/Sida, l'utilisation des services de santé de la reproduction	400000$	UNFPA	2013-2016
24	Plan International Guinée	Intégration de services à base communautaires à travers des agents communautaires	❖ Communautés de 150 villages de la région de Kindia	Villages de la région de Kindia	❖ Identificateurs des acteurs ❖ Renforcement de capacités ❖ Conception et édition des outils ❖ Sensibilisation des communautaires à travers des agents	100000$	UNFPA	2016

					communautaires (AC) sur les thématiques intégrées notamment les VBG, MGF/E, la PF, le VIH/Sida, l'utilisation des services de santé de la reproduction			

II. STRATEGIES MULTIPLES ET RESULTATS SIMILAIRES : PERPETUATION DES MGF

Lorsqu'on regarde les différentes stratégies développées sur le terrain dans les zones d'enquête, l'on se rend compte que certaines ont été mises en œuvre davantage en milieu rural qu'en milieu urbain. D'autres l'ont été davantage dans certaines préfectures que dans d'autres et enfin une stratégie (*la sensibilisation*) l'a été de la même façon avec la même intensité sur l'ensemble des préfectures concernées par la présente enquête. Le texte qui suit présente ces stratégies et les perceptions que les sondés ont de **la pertinence**, de **l'efficacité**, de **l'efficience** et de **l'impact**.

Pour appréhender ces différents aspects, le texte qui suit aborde successivement les différentes approches dans l'ordre l'IEC qui englobe les affiches, les boîtes à image, les supports éducatifs, les films, le théâtre, les SMS, les visites à domicile, les tables-rondes, les réseaux sociaux[9] et les fora ; la formation des acteurs de l'excision (agents de santé, religieux et autres acteurs) ; les rites alternatifs et les solutions communautaires avec le dialogue des générations et les réunions d'échanges entre filles excisées et non excisées ; le développement social intégral avec déclaration publique ; la reconversion des exciseuses ; la protection des filles non excisées ; l'approche juridique et enfin une tentative d'analyse de l'impact des stratégies.

I. <u>INFORMATIONS SUR LES RISQUES SUR LA SANTE (IEC)</u>

Historiquement, on peut dire que les premières approches expérimentées en Guinée ont été des informations sur les risques sur la santé avec très souvent des supports utilisés lors de certaines campagnes, au niveau du counseiling et lors des consultations prénatales (CPN) et des consultations post-natales (CPON).

Cette orientation n'est pas spécifique à la Guinée. Dans presque tout les pays qui font face à une forte prévalence de l'excision, l'accent à été mis sur la fourniture d'informations sur les risques associés à l'excision sur la santé des femmes, en particulier celle de la santé sexuelle et reproductive. L'idée de base est de considérer qu'une *« meilleure connaissance des effets néfastes sur la santé peut stimuler la réflexion et la pensée critique, conduisant à réduire l'approbation, et finalement, à l'abandon des MGF »* (Elise et al., 2013 : 3).

a) SENSIBILISATION PAR LA RADIO ET LA TV

Dans ce cadre, plusieurs émissions radiophoniques, télévisées et des articles de presse ont été produites. Parallèlement, des ateliers d'informations et de sensibilisation ont assuré des

[9]Malheureusement, lors de la collecte des données nous n'étions pas informé de l'utilisation des réseaux sociaux. De sorte qu'il n'y aura pas d'informations sur ce médium de communication dans la présente recherche.

formations au bénéfice des journalistes et des communicateurs. Ils ont commencé depuis Juin 2008 et se poursuivent par la plupart des intervenants.

Cette stratégie est toujours d'actualité et est utilisée par presque tous les intervenants locaux et internationaux. Parfois, elle est utilisée exclusivement et d'autres fois en association ou en appui à une autre stratégie comme on peut le constater dans le tableau récapitulatif des stratégies utilisées en Guinée.

Il est évident qu'un programme « national » de sensibilisation pour des changements de comportements est difficile et coûteux en raison de la nécessité d'assurer la segmentation de la population en groupes cibles. Il est aussi évident qu'une telle stratégie suppose des informations renouvellées sur les mutations sociales. La question qui reste est moins la connaissance de l'excision, de ses méfaits que de savoir comment transformer cette connaissance en attitude pour abandonner l'excision ? Cette question et d'autres sont abordées dans les lignes qui suivent en présentant et en analysant les propos des sondés.

Ceux des sondés rencontrés qui ont été en contact avec la sensibilisation l'ont été surtout une fois (26% des 55% de ceux qui ont affirmé avoir été sensibilisés). 40% de ces personnes disent aussi avoir été satisfaits des contenus de cette sensibilisation. Ces sondés considèrent aussi que la sensibilisation, comme stratégie d'abandon de l'excision, est efficace (41% d'entre eux), pertinente (38%), mais ni suffisamment durable, ni efficiente. Car dans l'un et l'autre des cas, il n'y a que 12% qui considèrent cette stratégie comme durable et 9% comme efficiente.

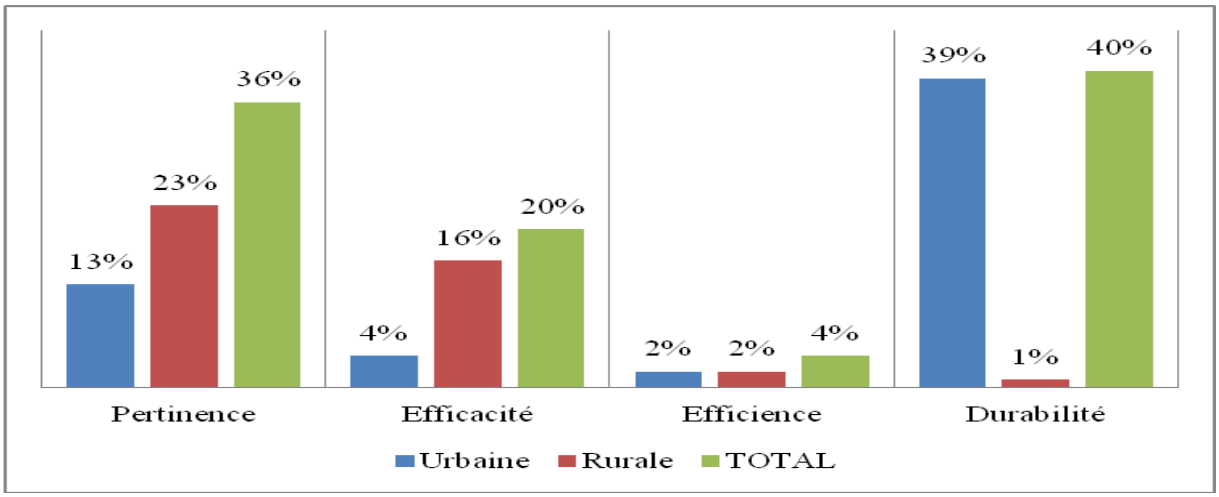
Dans cette sensibilisation, la radio semble être le canal le plus utilisé et le plus apprécié des sondés. Presque tous les sondés (1 504 sur les 1 980 interrogées, soit 76%) affirment avoir écouté, au moins une fois, un message portant sur la nécessité de l'abandon et/ou des méfaits de l'excision.

De cet effectif, 1 423 (96%) disent que c'est une « très bonne initiative » et/ou une « bonne initiative ». Ils sont aussi à 90% « entièrement satisfaits » et/ou « satisfaits » des messages véhiculés. Si 77% considèrent l'initiative de sensibilisation par la radio comme « efficace », ils ne sont que 20% à considérer l'initiative comme pertinente et encore très peu considère cette stratégie comme efficiente (2%) et durable (1%).

Si la Télévision est appréciée dans des proportions proches de la radio dans la sensibilisation pour la promotion de l'abandon de l'excision, les données suggèrent des différences significatives. Par exemple, le niveau de ceux des sondés qui ne sont pas « satisfaits » est plus élevé au niveau de la TV que de la radio. Mais ceux qui ont été sensibilisés à travers la TV considèrent que ce canal a des effets durables selon 40% d'entre eux et pertinents selon 36% d'entre eux. Ils ne sont que 20% à considérer la TV comme « efficace » et surtout « efficiente ».

Ceux des sondés qui vivent en milieu rural ont des opinions très éloignées aussi que ceux qui vivent en milieu urbain. S'ils partagent avec les urbains la faiblesse de la TV dans l'efficience, l'écart est aussi significatif par rapport à la pertinence, l'efficacité et surtout à la durabilité de ce canal dans la sensibilisation. Le lieu d'habitation, absence d'électricité en milieu rural et même la difficulté d'accéder aux images, pourrait expliquer cet écart dans les opinions des deux catégories de sondés.

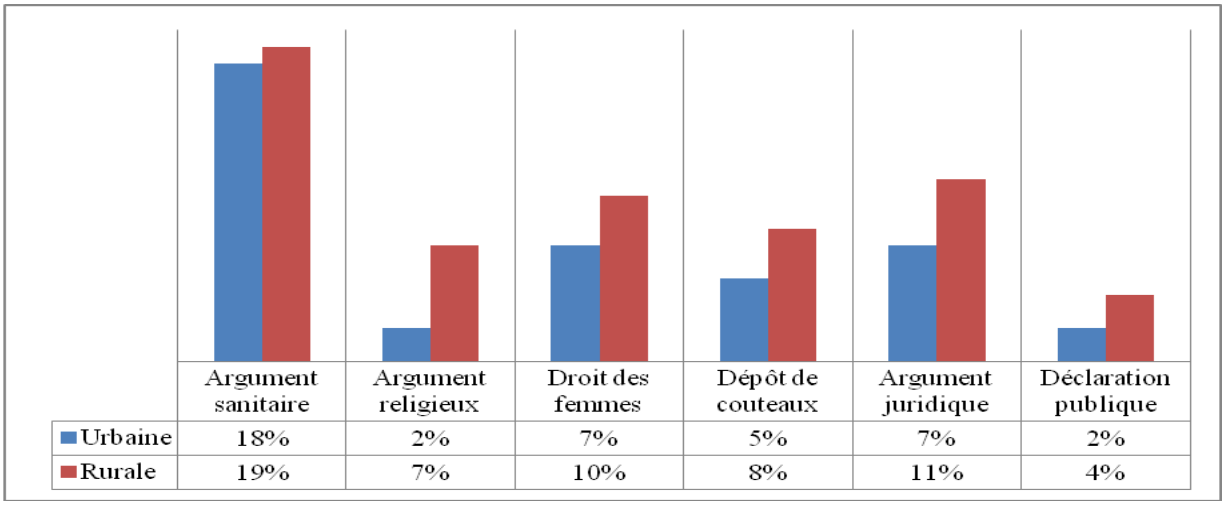
Graphique 3 : L'évaluation de la TV dans la promotion de l'abandon de l'excision en fonction de la zone d'habitation



Les données indiquent que lors de ces sensibilisations, quelque soit le canal utilisé, l'accent est surtout mis sur les arguments sanitaires d'abord et ensuite sur ceux juridiques (l'existence de la loi qui réprime l'excision). Les droits des femmes, au sens de droits humains, suivent et précèdent le fait que des exciseuses aient déposés leurs « couteaux ». Les arguments religieux précèdent les déclarations publiques d'abandon de l'excision.

En fonction de la zone d'habitation, l'on se rend compte des écarts significatifs. Par exemple, les arguments sanitaires sont presque majoritaires dans les zones urbaines (45%). Ils representent le tiers dans les zones rurales. Les écarts sont aussi significatifs dans le cas des arguments religieux (plus du double en milieu rural) et des déclarations publiques d'abandon de l'excision.

Graphique 4 : Les arguments entendus lors des sensibilisations en fonction de la zone d'habitation.



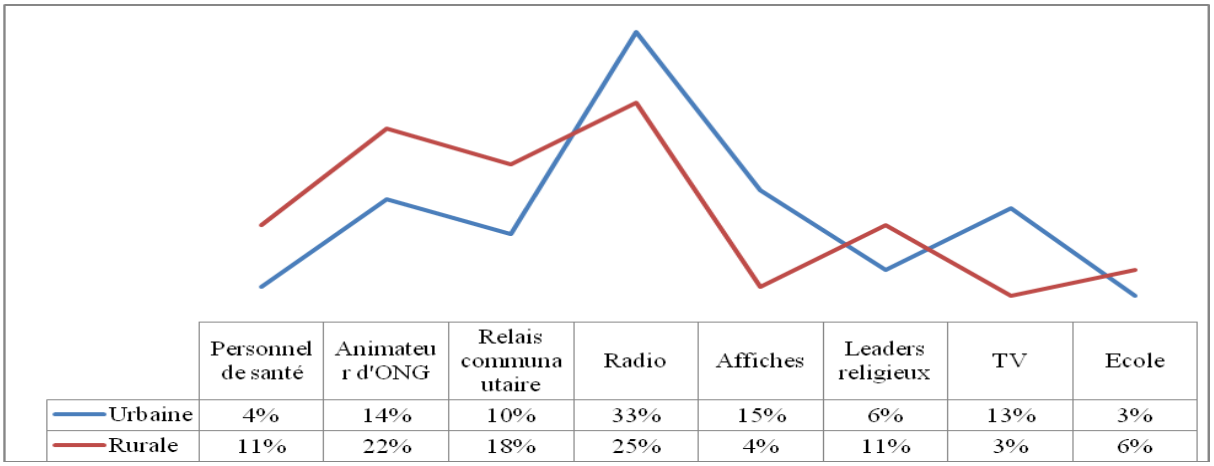
	Argument sanitaire	Argument religieux	Droit des femmes	Dépôt de couteaux	Argument juridique	Déclaration publique
Urbaine	18%	2%	7%	5%	7%	2%
Rurale	19%	7%	10%	8%	11%	4%

Quelques soient les arguments avancés lors des sensibilisations, après la radio (29% des sondés), les animateurs des ONG semblent être les seconds relais (19%). Les animateurs des ONG précèdent d'une courte tête les relais communautaires (15%) et les autres intermédiaires comme les leaders religieux (9%). Le personnel de santé (8%) suit et précèdent la TV (7%) et les enseignants dans les écoles (5%). On peut même dire que les deux canaux qui sont en concurrence sont la radio et les animateurs des ONG.

En dépit de cette présence des ONG sur le terrain, la source principale d'informations sur l'excision provient de la radio (30% des sondés), bien loin devant les membres des ONG/associations (17%) et des relais communautaires (15%). Le poids du personnel de santé (10%), comme sources d'informations, est le même que les religieux. Les affiches avec 7% des sondés précèdent la TV (5%), une situation qui est probablement liée à la faiblesse de la fourniture en électricité. En milieu urbain, les SMS fonctionnent un peu, surtout chez les jeunes.

Les données montrent aussi qu'en milieu rural la radio précède de peu les animateurs des ONG. Ce qui n'est pas exactement le cas en milieu urbain. Dans ce cas, les affiches viennent après la radio et précède de peu les animateurs des ONG.

Graphique 5 : Les canaux utilisés dans la promotion de l'abandon de l'excision en fonction de la zone d'habitation des sondés.



	Personnel de santé	Animateur d'ONG	Relais communautaire	Radio	Affiches	Leaders religieux	TV	Ecole
Urbaine	4%	14%	10%	33%	15%	6%	13%	3%
Rurale	11%	22%	18%	25%	4%	11%	3%	6%

En plus, et parfois en complément ou pour appuyer la sensibilisation, les acteurs de la promotion de l'abandon de l'excision utilisent aussi d'autres supports comme les affiches, les boîtes à image, les films, les théâtres et les supports éducatifs. D'autres stratégies fondées sur la communication de proximité ont aussi été expérimentées. C'est le cas des visites à domicile, des tables-rondes et des foras.

b) AFFICHES

593 sondés disent avoir été en contact avec des affiches destinées à promouvoir l'abandon de l'excision. Les affiches ont été vues dans les 11 préfectures dans des proportions différentes. Conakry apparaît comme l'endroit ou les sondés ont vu le plus grand nombre d'affiches de promotion de l'abandon de l'excision. Conakry est suivi par Guéckédou, Kissidougou et Kankan.

Sur l'ensemble des sondés ayant été en contact avec ces affiches, il n'y que 12 personnes qui condamnent cette initiative. Tous les autres se répartissent entre ceux qui estiment que c'est une « très bonne initiative » et une « bonne initiative ».

Cette appréciation se reflète aussi dans l'évaluation que les sondés font des affiches vues. Pour l'essentiel, les sondés qui ont vu les affiches considèrent qu'elles sont pertinentes, efficaces et même durables.

c) BOITES A IMAGES

Les sondés qui ont été en contact avec la stratégie utilisant les boîtes à images sont peu nombreux (164) et semblent se rencontrés dans très peu de préfectures, à l'exception de Labé.

La proportion des sondés la plus forte se trouve dans la catégorie de ceux qui se disent « partiellement satisfaits ». Pour l'essentiel, les sondés qui ont été en contact avec cette stratégie se répartissent, dans des proportions proches, entre les différents critères de

l'évaluation. Après la pertinence qui recueille la plus forte proportion, l'efficience suit et précède de peu l'efficacité et la durabilité.

d) SUPPORTS EDUCATIFS

Très peu de sondés (191) ont été en contact avec des supports éducatifs. Ceux qui l'ont été ont été rencontrés surtout dans les localités de Gueckédou, Kissidougou, Kankan, Pita et Ratoma.

Les données indiquent une satisfaction réelle des sondés qui ont été sensibilisés à partir des supports éducatifs. 80% des 191 sondés qui affirment avoir été en contact avec des supports éducatifs disent être « entièrement » et/ou « partiellement » satisfaits.

Contrairement aux autres stratégies utilisées dans la promotion de l'abandon de l'excision, les sondés en contact avec les supports éducatifs considèrent que les supports éducatifs sont pertinents et durables. Le caractère durable d'une stratégie apparaît pour la première fois dans les propos des sondés.

e) FILMS

355 sondés disent avoir été sensibilisés à partir de films qui traitent de l'excision. L'exposition à un et/ou à des films semble avoir été le propre dans toutes les préfectures ciblés à l'exception de Pita. Sur les 355 sondés qui disent avoir été sensibilisés à partir de films, seul 25 personnes disent ne pas avoir été satisfaits. Pour les sondés, le et/ou les films sont surtout durables. Il n'existe pas de marge suffisante entre la pertinence et l'efficience, mais une marge importante avec l'efficacité.

f) THEATRE

Le théâtre est une stratégie qui a touché 510 personnes dans presque toutes les préfectures avec une faible situation à Télimélé. Cependant, dans les zones où cette stratégie a été utilisée, la moitié des 510 disent ne pas avoir été satisfaite. Cette situation se reflète dans l'évaluation des sondés qui ne semblent considérer cette stratégie ni pertinente, ni efficace. Ils l'a jugent même très faiblement efficiente et durable.

g) SMS ET RESEAUX SOCIAUX

L'utilisation des SMS concerne 151 sondés qui habitent, pour l'essentiel, dans la commune de Ratoma. L'utilisation des SMS apparaît comme très faible dans toutes les autres préfectures du présent sondage.

La satisfaction est aussi faible, car seul 43 sondés sur les 151 (sensiblement 28%) ont exprimé une satisfaction dans l'utilisation des SMS comme stratégie de promotion de l'abandon de

l'excision. Pourtant, même les sondés qui n'ont pas utilisé les SMS sont majoritairement d'accord pour dire que les SMS sont des stratégies qui pourraient être efficaces, pertinentes et durables dans la promotion de l'abandon de l'excision. Probablement, l'incapacité des uns et des autres à utiliser le SMS et l'analphabétisme des populations expliqueraient ce paradoxe : croire à la capacité des SMS et ne pas l'utiliser.

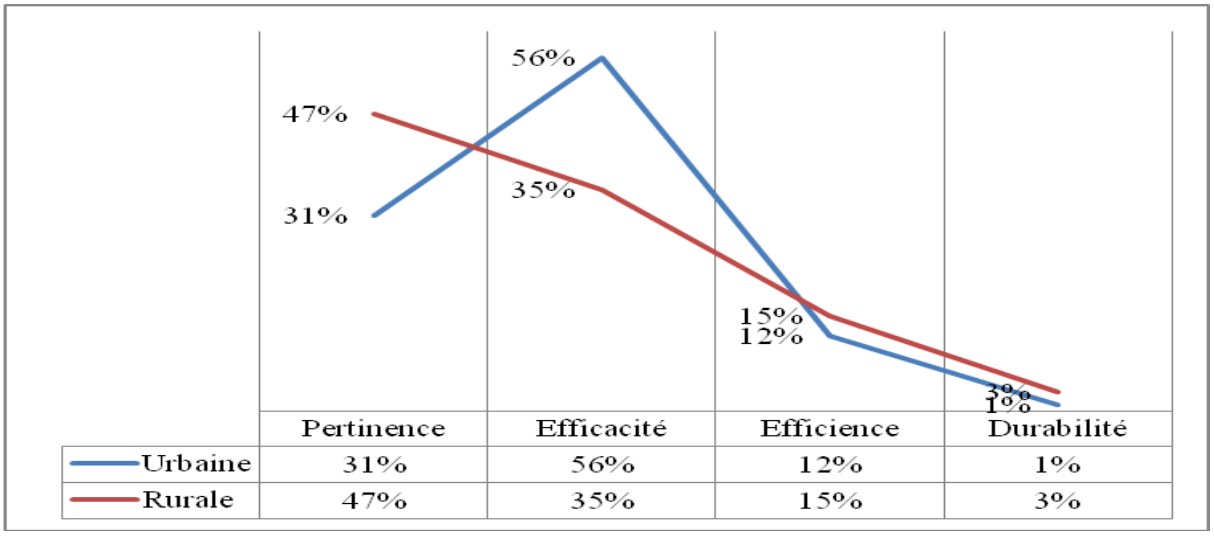
h) VISITES A DOMICILE

En dépit de la forte présence de la sensibilisation dans les stratégies menées sur le terrain, il semble que les visites à domicile sont la stratégie la plus largement présente dans toutes les communes.

En effet, 724 personnes rencontrées (37%) sur les 1 980 sondés affirment avoir eu, entre une fois et trois fois, des visites à domicile des agents de promotion de l'abandon de l'excision. L'écrasante majorité de ceux qui ont eu des visites à domicile dans la promotion de l'abandon de l'excision disent être « entièrement satisfaits » à 81% et « partiellement satisfaits » à 15% du contenu de ces visites à domicile.

Ces visites à domicile sont considérées comme pertinentes par 40% parmi eux (47% en milieu rural et 31% en milieu urbain) et efficace selon 44% parmi eux (56% en milieu urbain et 35% en milieu rural). Très peu parmi les personnes qui ont eu des visites à domicile considèrent cette stratégie comme efficiente et surtout durable.

Graphique 6 : Evaluation de la stratégie des visites à domicile en fonction de la zone d'habitation.



	Pertinence	Efficacité	Efficience	Durabilité
Urbaine	31%	56%	12%	1%
Rurale	47%	35%	15%	3%

Le niveau de satisfaction des visites à domicile pourrait découler du caractère social et donc « humain » de cette stratégie. Le fait de recevoir le promoteur de l'abandon de l'excision dans le cercle familial rend la stratégie plus participative et plus respectueuse de « l'autre », le père et la mère de la fille.

La présence de l'animateur donne un visage et un sens à la question de l'excision et probablement une possibilité d'échanger les angoisses, les réticences et les appréhensions. Dans une société de « contact physique » et de chaleur humaine, la réception du promoteur semble très appréciée.

i) TABLES-RONDES

Il semble que les tables-rondes, comme stratégie d'abandon de l'excision, ont surtout été développées dans les préfectures de Kankan et Guéckédou et un peu moins à Kissidougou. Elles ne concerneraient aussi que peu de personnes, environ 16% des personnes rencontrées lors du sondage, sensiblement 322 sondés. Sur ces 322, 181 n'ont participé qu'à une seule séance de tables-rondes. Cependant, tous les participants à ces tables-rondes, même en très faible nombre, se disent très largement satisfaits à 99%. Ces sondés considèrent cette stratégie pertinente et efficace, mais peu efficiente et durable.

j) FORA

Les foras, comme stratégie de promotion de l'abandon de l'excision, concernent aussi peu de personnes rencontrées sur le terrain, autour de 337 personnes. Lors de la mise en œuvre de cette stratégie aussi, ceux qui n'ont participé qu'à un seul fora sont les plus nombreux (165 sondés).

Cependant, la totalité de ceux qui ont participé à des foras disent avoir été très satisfaits de l'activité. Ils l'ont été davantage en milieu rural qu'en milieu urbain. Ils considèrent que les foras sont pertinents et efficaces. Mais très peu parmi eux considèrent cette stratégie comme efficiente et durable.

Les données suggèrent que les foras ont surtout été développés dans les préfectures de Guéckédou, Kissidougou, Kankan, Labé et Pita. Dans une moindre mesure dans celle de Kouroussa et pas du tout à Conakry. C'est dans les préfectures de Guéckédou, Kissidougou et Kankan que le niveau de satisfaction est le plus élevé. C'est aussi seulement à Guéckédou que l'on rencontre une forte proportion de sondés qui considèrent que cette stratégie est durable. Un regard sur la qualité des animateurs des ONG opérant dans cette localité pourrait expliquer une telle appréciation.

II. FORMATION DES ACTEURS DE L'EXCISION (AGENTS DE SANTE ET AUTRES ACTEURS)

Dès les premières années d'engagement du gouvernement guinéen contre la pratique de l'excision, le personnel de santé a été considéré comme l'un des acteurs qu'il faut mobiliser. Avec l'appui continu de l'OMS, et de l'UNFPA, le personnel de santé a été outillé dans

plusieurs ateliers dès 1997. Pour permettre au personnel de santé de jouer un rôle majeur, l'OMS et l'UNFPA ont appuyé les ministères de la santé, de l'action sociale, de la défense et de la sécurité dans six directions :

- Elaboration de modules intégrés pour les prestataires de santé ;
- Elaboration de curricula sur l'excision pour les écoles de santé ;
- Séminaire sur le plaidoyer contre l'excision pour outiller le personnel de santé ;
- Elaboration du projet conjoint de lutte contre la médicalisation de l'excision ;
- Intégration de la prévention et de la prise en charge des complications liées aux mutilations sexuelles féminines dans les programmes d'études en soins infirmiers et soins obstétricaux ;
- Outils de formation de prévention et de prise en charge des complications liées aux MGF ;
- Elaboration de modules d'IC pour le changement de comportement ;
- Intégration de la prévention précoce des MGF/E dans le paquet de counseiling lors des CPN et CPON des centres de santé à travers les sages-femmes et ATS ;
- Intégration de la prévention et la prise en charge juridique des VBG et MGF/E dans les unités de police (OPROGEM) et de gendarmerie.

Au regard de ces actions, il est possible de noter des efforts significatifs dans la formation et la sensibilisation du personnel médical et paramédical et des élèves en formation dans les écoles de santé.

En 2013, à la suite d'une intense campagne de formation et de sensibilisation des professionnels de santé par le gouvernement et des Agences partenaires du Système des Nations Unies, 250 agents de santé se sont engagés solennellement à abandonner l'excision, et à dénoncer et sanctionner leurs collègues qui les pratiquent.

La campagne a été étendue aux huit écoles de santé du pays, avec l'introduction, depuis 2013, d'un module sur les MGF/E dans le cursus de formation des étudiants en santé. La même année, précisément en mars 2013, le Centre Bernard KOUCHNER a été inauguré par le Président guinéen en compagnie du donateur. Parmi les spécialités de cet hôpital, figure la prise en charge des cas de MGF/E, notamment les opérations de réparation des effets de l'excision.

Avec l'appui technique et financier de l'UNFPA et de USAID, de 2010 à 2016, les hôpitaux régionaux de Kankan et de N'Zérékoré, le centre de formation sociale appliquée Jean Paul II ont assuré la prise en charge intégrée (chirurgicale, médicale et psychosociale) de 80 cas de fistules obstétricales, parmi lesquels 20 ont bénéficié d'une réinsertion socio-économique. En

2015, 150 sages-femmes, infirmières et assistantes médicales à travers le pays, ont été formés sur les moyens de prévention et de prise en charge médicale de l'excision.

La GIZ est aussi un acteur majeur qui a joué et qui joue un rôle auprès du personnel de la santé. Cet organisme d'aide à la coopération allemande a mis en place à partir de 2010 un processus de démédicalisation de l'excision en assurant la formation du personnel de santé, des religieux, les officiers de la police judiciaire, de la gendarmerie et de la justice au travers de quatre activités :

- ✓ La formation des prestataires des structures de santé intégrées pour la démédicalisation de l'excision ;
- ✓ La formation de cinq ONG locales d'encadrement sur l'approche écoute et dialogue de générations ;
- ✓ La mise en place et la formation de trois Comités médico-communautaires sur le suivi des principes directeurs et les normes sociales ;
- ✓ La formation des officiers de la police judiciaire, de la gendarmerie et de la justice sur la connaissance et l'application des textes interdisant la pratique des MGF/E.

Au moment où débute cette évaluation, certaines questions apparaissent pertinentes. Après plusieurs années de formation du personnel de santé, peut-on considérer que l'effectif des personnels de la santé formés a atteint une masse critique ? Le personnel formé utilise-t-il les enseignements acquis lors des consultations prénatales ?

Sur la première question, les données indiquent très clairement que le chiffre des personnels de la santé formés est significatif, environ 57% du personnel rencontré (95 des 167 agents de santé interrogés). 25 de ces 95 ont participé à une formation et 30 ont eu deux formations. 22 ont eu trois formations et 18 ont eu quatre formations. Ces 95 sont plus nombreux en milieu rural (54) qu'en milieu urbain (41).

Si 83% du personnel de santé et des exciseuses rencontrées disent avoir été outillés pour assurer la sensibilisation en matière de promotion de l'abandon de l'excision, ceux qui exercent en milieu urbain (34 des 63%) sont plus nombreux à avoir été outillés pour la prise en charge des complications liées à l'excision.

Très majoritairement (90%), le personnel de santé dit offrir des services pré, post et de prévention contre l'excision. Mais en même temps, 35% admettent que leur hiérarchie est au courant de l'excision au sein de leur structure sanitaire. Dans certains cas, il y a des sanctions prononcées par les chefs. Cependant, lorsqu'il y a des sanctions, celles-ci ne se font ni devant les instances disciplinaires ni ne conduisent à des poursuites judiciaires. On pourrait dire, on sanctionne, mais on reste « entre nous » membre de la corporation.

D’un autre côté, il est possible de dire que plus de la moitié des leaders communautaires (51%, 101 personnes sur les 197) affirment avoir été formés sur l’excision. Ils affirment aussi à 61% que d’autres leaders qu’eux ont été aussi formés sur l’excision. Cette formation semble avoir été plus importante en milieu rural qu’en milieu urbain (71 sur les 101).

120 des 197 leaders communautaires disent avoir reçu des sermons de la ligue religieuse qui découragent la pratique de l’excision. Ceux des leaders qui affirment avoir reçu des sermons de la ligue religieuse leur demandant d’encourager la pratique de l’excision habitent en milieu urbain, en particulier à Conakry.

Le contenu des sermons, en principe, est identique quelque soit le lieu de prière sur l’ensemble du territoire national car envoyé par le Secrétariat Général des Affaires Religieuses. Cette structure étatique ne peut pas, sauf dans des moments de faiblesse du pouvoir central (période de transition), envoyer des sermons qui inciteraient à continuer la pratique de l’excision. Si ces deux éléments s’avèrent exacts, les imams qui prêchent la continuité de l’excision le font sur leur propre initiative.

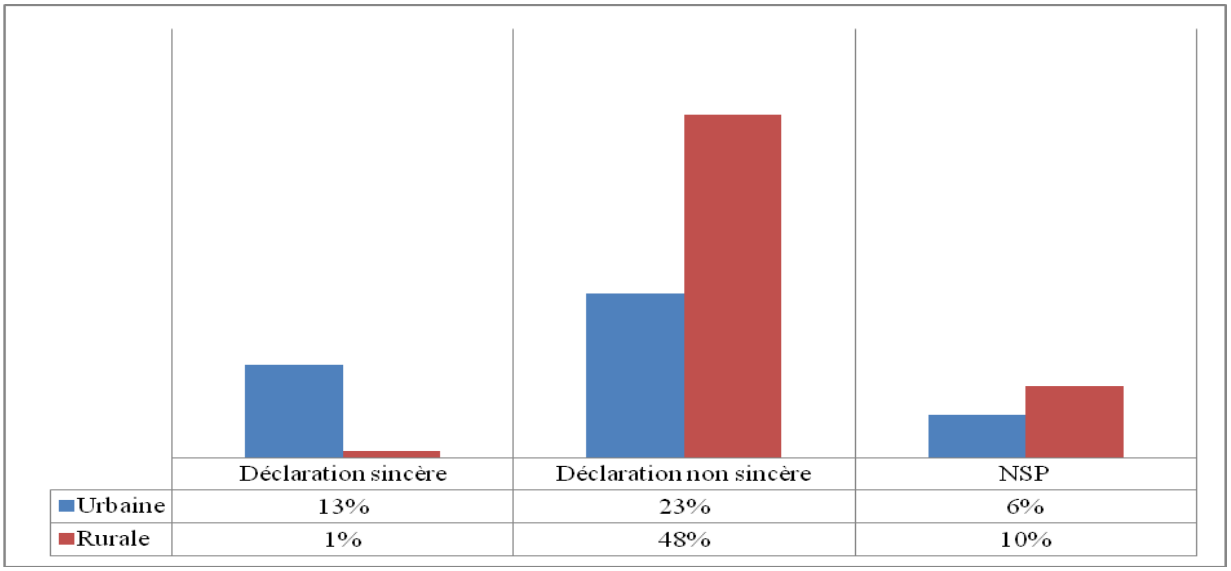
Les leaders communautaires, en particulier ceux religieux, sont souvent sollicités par les populations sur la question de l’excision. Les sondés qui habitent le milieu rural et urbain sollicitent les leaders dans presque les mêmes proportions. Dans les deux zones d’habitation, les mères sont celles qui consultent le plus et loin devant les pères des filles, des grands-mères, des tantes paternelles et des exciseuses.

Lorsque les leaders religieux sont consultés sur la question de l’excision, ils affirment, 72% parmi eux, qu’ils conseillent « d’abandonner ». 19% d’eux-mêmes demandent de « continuer » et 4% conseillent de « couper un peu ». C’est à Conakry que l’on rencontre la plus forte proportion des leaders religieux (16 des 20% qui encouragent la pratique de l’excision) qui suggèrent aux fidèles de « continuer » à pratiquer l’excision.

Les sondés rejettent ces affirmations et déclarent à plus de 64% que les leaders religieux « encouragent » plutôt la pratique de l’excision. Si 14% considèrent que les leaders religieux découragent la pratique de l’excision, il y a 10% qui affirment que les leaders religieux encouragent parfois et découragent à certains moments.

Le problème le plus grave est le fait que les sondés, à 70%, pensent que les déclarations des leaders religieux sur l’abandon de l’excision ne sont pas sincères. La non sincérité des déclarations des religieux est perçue davantage en milieu rural (48% des 70%) qu’en milieu urbain (23% des 70%). Ceux qui estiment les déclarations des religieux sincères (13%) habitent, dans leur écrasante majorité, en milieu urbain.

Graphique 7 : Niveau de sincérité des déclarations des religieux selon les sondés en fonction du lieu d'habitation.



Le plus grave dans cette perception résulte aussi et surtout de la forte méfiance des mères des filles rencontrées lors de ce sondage. En effet, lorsqu'on demande aux autres sondés, en particulier aux mères, leur point de vue sur la sincérité des propos des leaders religieux lorsqu'ils disent demander d'abandonner l'abandon de l'excision, 87% de ces mères de filles affirment que les déclarations des leaders religieux ne sont pas sincères. Elles sont aussi 87% qui considèrent que les leaders religieux ne sont pas favorables à l'abandon de l'excision. Les données indiquent enfin que 71% savent, désormais, que l'islam ne recommande pas l'excision.

III. RITES ALTERNATIFS ET LES SOLUTIONS COMMUNAUTAIRES

Les rites alternatifs initiatiques sont une stratégie qui vise à maintenir les cérémonies qui encadrent les cérémonies de l'excision sans l'effectuer. L'idée est de considérer que les populations sont d'avantages attachées aux rites initiatiques qu'à l'excision elle-même.

L'idée est donc de maintenir les rites avec leurs dimensions symboliques sans aller jusqu'à la pratique de l'excision elle-même, ce qui aurait l'avantage de rassurer les tenants des rites de passage de l'enfance à l'âge adulte qui restent rattachés à cette pratique.

Dans cette stratégie, l'accent est aussi mis sur la possibilité de la démultiplication de l'expérience par les jeunes filles participantes à leurs paires, amies et sœurs. Et pour les parents, de prendre en charge le processus pour proposer des fêtes d'initiation sans excision. Dans le cas de la Guinée, l'hypothèse de base avancée a été de dire que certaines communautés, en particulier en Guinée Forestière, tenaient davantage aux rites qu'à l'excision d'où la pertinence d'une telle stratégie.

C'est dans ce cadre que la GIZ a mis en œuvre un projet dénommé « écoute et le dialogue » sur la question de l'excision en Guinée. Ce projet était sensé permettre de créer un espace de concertation et de dialogue entre les hommes et les femmes pour permettre à chacun d'exprimer son opinion et ses sentiments par rapport à la pratique de l'excision et en proposant à la communauté des alternatives à l'excision. Pour permettre aux acteurs de terrain de mettre en œuvre cette stratégie, la GIZ a élaboré des modules et assuré la formation des ONG locales dans les domaines suivants :

- ✓ Elaboration des modules et supports de dialogue des générations ;
- ✓ Formations des formateurs ;
- ✓ Formation des animateurs de dialogues ;
- ✓ Formation des adolescents et jeunes participants aux dialogues ;
- ✓ Formation des femmes et des hommes participants aux dialogues ;
- ✓ Organisation des séances de dialogues des générations dans les communes et quartiers ;
- ✓ Sensibilisation des jeunes scolaires et non scolaires par l'approche binaire.

En plus de ces actions réalisées dans les préfectures de Faranah, Kissidougou, Guéckédou, Mamou, Labé et dans la capitale (Conakry), la GIZ a aussi initié des formations à l'intention de filles non excisées, en impliquant leurs parents, pour renforcer leur estime de soi et leur permettre de devenir des modèles au sein de leurs communautés. L'espoir étant d'en faire des modèles et de les encourager à refuser l'excision.

Dans les données collectées dans le cadre de cette évaluation, il apparaît que les rites alternatifs sont des activités de promotion de l'abandon de l'excision plus rares que les précédentes. Il semble qu'elles n'ont été réalisées que dans la zone kissienne (Guéckédou et Kissidougou) et en Haute Guinée (surtout Kankan). Cette stratégie apparaît comme rare en Moyenne Guinée (Labé et Pita) et absente à Conakry.

Dans les zones où cette stratégie a été mise en œuvre, il apparaît une satisfaction de ceux et celles qui ont participé à cette activité surtout à Kissidougou et, dans une moindre mesure, à Guéckédou. Ce niveau de satisfaction impact fortement l'évaluation que les sondés ont de cette stratégie. Ainsi, c'est à Kissidougou que l'on rencontre la plus forte proportion des sondés qui considèrent les rites alternatifs comme pertinents. A Gueckédou, les rites alternatifs sont surtout considérés comme efficaces, donc en adéquation avec les pratiques culturelles qui encadrent le processus de l'excision. Mais très peu de sondés considèrent cette stratégie comme efficiente et durable.

D'autres variantes de cette stratégie communautaire existent et ont été expérimentées. C'est le cas des dialogues de génération et des réunions d'échanges entre des filles excisées et celles non excisées.

a) DIALOGUE DE GENERATIONS

Le dialogue de génération est une stratégie plus courante que les trois précédentes (rites alternatifs, fora, tables-rondes). Cette stratégie concerne 399 sondés dans la presque totalité des préfectures ciblées à l'exception de la commune de Ratoma à Conakry, de Télimélé et de N'Zérékoré.

Les sondés qui ont participé à des séances de dialogue de génération sont tous « entièrement satisfaits » ou « partiellement satisfaits ». Pour l'essentiel, ceux qui ont participé à des dialogues de génération considèrent à 44% qu'elles sont pertinentes et 33% disent qu'elles sont efficaces. Très peu parmi les sondés ayant participé à des dialogues de générations estiment que cette stratégie soit efficiente (13%) ou durable (11%).

L'une des difficultés notées par les ONG sur le terrain serait la mobilité des éducateurs formés qui imposent aux ONG un recommencement perpétuel de sélection et de formations des paires éducateurs.

b) REUNIONS D'ECHANGES ENTRE FILLES EXCISEES ET NON EXCISEES

Très peu de sondés (90 personnes) ont participé à des cérémonies d'échanges entre des filles excisées et celles non excisées. Cette stratégie a été notée par des sondés dans la région forestière (Guéckédou, Kissidougou et N'Zérékoré) et de la Haute Guinée (Kankan et Kouroussa). Elle n'a pas été indiquée par des sondés de la Basse et de la Moyenne Guinée.

Ceux des sondés ayant participés à ce type d'échanges sont, pour l'essentiel, satisfaits (49 sur les 90). Ils considèrent aussi cette stratégie comme pertinente, mais ni efficiente, ni efficace ni durable.

IV. DEVELOPPEMENT SOCIAL INTEGRAL AVEC DECLARATIONS PUBLIQUES

L'idée centrale de cette stratégie s'articule autour de l'éducation aux droits humains (inspirer et renforcer les capacités des communautés) d'amener à renforcer leurs capacités dans les domaines de la Gouvernance, de l'Education, de la Santé, de l'Environnement et de la croissance Economique (GESEE). Ce renforcement devrait, à terme, conduire à un abandon volontaire de l'excision et des mariages des enfants.

La première structure qui a expérimenté cette stratégie fut TOSTAN. Depuis, plusieurs autres intervenants utilisent la même stratégie en la raffinant, l'adaptant aux contraintes matérielles et temporelles. C'est le cas de l'UNICEF avec une ONG nationale du nom d'ASD qui opérèrent en Haute Guinée (Kankan et Kouroussa).

TOSTAN, de son côté, a mis en œuvre des stratégies orientées vers les déclarations publiques des communautés dans presque toutes les régions de la Guinée. Les documents de TOSTAN revendiquent une implantation dans 236 villages de Dubréka et Boffa (Basse Guinée) dont 57

villages bénéficiaires directs et 179 villages sensibilisés ; 264 villages de Pita et Labé dont 58 villages bénéficiaires directs et 206 villages sensibilisés, 345 villages de Faranah, Dabola et Kissidougou dont 118 villages bénéficiaires directs et 227 villages sensibilisés et 159 villages dont 40 villages bénéficiaires directs et 119 villages sensibilisés en Guinée Forestière.

La documentation de TOSTAN indique que la Moyenne Guinée aété la première région concernée dès 2006 avec plus de 150 communautés issues de 17 sous-préfectures ont ensemble et publiquement qui ont décidé de mettre fin à l'excision.

Deux ans plus tard (2008), TOSTAN aurait étendu ses activités en Basse Guinée 128 communautés, dans la région de la Basse Guinée, prendront le même type d'engagement. En 2009, TOSTAN va étendre ses activités en Guinée Forestière avec les communautés Kpèlès et Kissis dont 66 villages font faire des déclarations d'abandon de l'excision.

Cette structure a aussi mis en place 333 Comité Villageois de Protection des Enfants et 114 Conseils Locaux pour Enfants et Familles (CLEF). TOSTAN affirme que pendant la période 2003 à 2007, elle a procédé à :

- L'identification et à la formation des facilitateurs vivant au sein des villages ciblés et cela durant les trois années du programme ;
- L'ouverture de salles de classes pour 50 participants répartis en 2 cohortes de 25. Les participants se réunissent 3 fois par semaine durant toute la durée du programme ;
- L'installation et la formation des Comités de Gestion Communautaire (CGC) ;
- Des rencontres inter-villageoises (RIV) par la sensibilisation d'autres communautés ;
- L'organisation de séminaires de partage avec les ONG intervenants dans les mêmes zones, les autorités gouvernementales, les leaders religieux, les chefs coutumiers et les élus locaux à travers des séminaires d'information et des réunions ;
- La réalisation d'émissions de radio et enfin ;
- Déclaration publique d'abandon de l'excision et des mariages d'enfants (la veille de la déclaration, ce panel permet aux communautés déclarantes d'expliquer à la presse, aux autorités et aux partenaires le processus qui les a conduits à la déclaration et le jour suivant est dédiée à l'engagement des communautés pour l'abandon des pratiques néfastes).

Dans le cadre de cette stratégie, la logique a toujours été qu'après la déclaration publique d'abandon de l'excision, l'ONG partenaire considère le processus achevé. Dix ans après les premières déclarations, la présente évaluation regardera la solidité de cet engagement auprès de ceux qui l'avaient déclaré et de ceux qui héritent de cet engagement communautaire.

La stratégie de déclaration d'abandon de l'excision apparaît comme l'une des plus connues par les sondés. Pratiquement, la totalité des sondés ont entendu, au moins une fois, parler de cette

stratégie. 851 des sondés (sensiblement 45%) déclarent avoir été associés, d'une façon ou d'une autre, à cette activité.

L'écrasante majorité de ceux qui ont participé à ce type d'activité se dit satisfaite. Les une et les autres estiment que ceux qui participaient à ces déclarations d'abandons étaient sincères. Cependant, 20% considèrent que cet engagement n'est pas durable et, à la longue, les personnes qui y participent ne respecteront pas leurs engagements.

En effet, pour les 851 sondés qui ont participé à des déclarations d'abandon de l'excision, il n'y a que 6% qui soutiennent que tous les participants respecteront leurs engagements. Pour les sondés, deux moyens peuvent permettre d'assurer le respect des engagements. Il s'agit de continuer le financer les activités génératrices de revenu dans la communauté déclarante et l'installation d'un bureau de suivi au sein des communautés déclarantes de l'abandon de l'excision.

V. RECONVERSION DES EXCISEUSES

La reconversion des exciseuses est l'une des plus vieilles stratégies utilisées en Guinée. L'idée est d'arriver à la reconversion des exciseuses en leur offrant un métier et des avantages économiques en contre partie du dépôt des couteaux lors de cérémonies solennelles et grandioses qui marquent l'aboutissement d'un processus et le début d'un engagement.

C'est dans ce cadre que des ONG comme le Cellule de Coordination sur les Pratiques Traditionnelles Affectant la Santé des Femmes et des Enfants (CEPTAFE) ont décidé d'aider « aux dépôts des couteaux » par les exciseuses et leur reconversion dans plusieurs préfectures du pays dont Kouroussa a été la première en 1999. Dans d'autres parties du pays (2009), 197 communautés dans 47 villages de la région de la Haute Guinée auraient déposé les couteaux d'excision.

Le choix de cette stratégie ne dépend pas seulement d'une orientation idéologique, elle est, dans le cas de la Guinée, le résultat de la prise en considération de la nécessité d'être dans un partenariat avec des acteurs sociaux importants dans la région de la Haute Guinée. En effet, dans cette région, les exciseuses traditionnelles appartiennent à une caste (les forgerons) qui possèdent un poids social important qui résulte de son contrôle du feu et du fer. De la même façon qu'on peut estimer que les rites alternatifs sont plus pertinents en Guinée Forestière, on peut considérer que la reconversion des exciseuses ne peut donner des résultats tangibles que dans des régions ou les exciseuses possèdent un statut social qui pèse dans le fonctionnement sociétal comme la Haute Guinée.

Plusieurs années après la mise en œuvre de cette stratégie, plusieurs interrogations subsistent dont la plus importante est de savoir si les exciseuses traditionnelles, après avoir déposé leurs

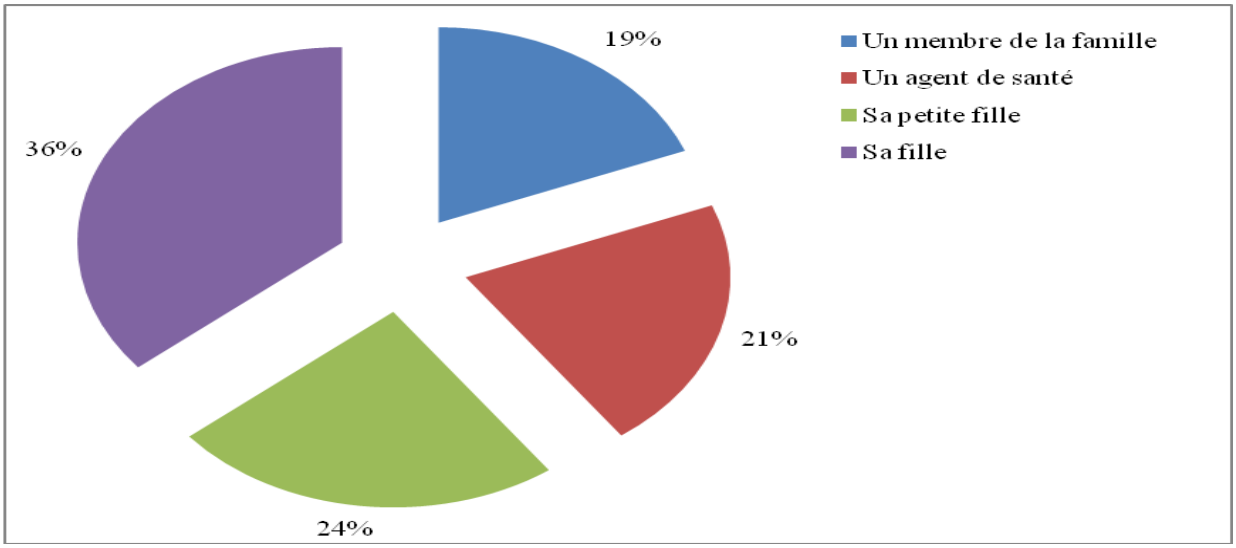
couteaux, ne se sont-elles pas fait remplacer par d'autres non concernées par le dépôt des couteaux ?

L'évaluation réalisée dans le cadre de cette étude suggère une réponse positive à la question posée. C'est vrai que les cérémonies publiques de « dépôt des couteux » de l'excision sont connues par un très grand nombre de sondés. 1 119 des sondés disent avoir été associés, d'une façon ou d'une autre, à des cérémonies de « dépôt de couteaux ». 988 des sondés sur les 1 119 ont assisté à une seule cérémonie de « dépôt de couteux ».

Cette stratégie, en plus d'avoir touché plusieurs des sondés, semble avoir été utilisée largement dans toutes les zones du sondage à l'exception de la commune de Ratoma. Pour l'essentiel, ceux qui ont assisté à de telles cérémonies affirment que c'est une « excellente chose ». Pourtant et en dépit de cette forte exposition, le sentiment de son efficacité est mitigé. En effet, il est rare de rencontrer des sondés qui pensent que toutes les exciseuses et même certaines parmi elles qui ont déclaré « déposer leurs couteaux » l'ont effectivement fait.

Pour le plus grand nombre de sondés (65%), après les cérémonies de « dépôt de couteaux », rares sont les exciseuses qui en ont fait un abandon définitif. Au lendemain des cérémonies, les sondés estiment que les exciseuses sont remplacées par : un membre de la famille, selon 19% des sondés ; un agent de santé selon 21% ; sa petite fille pour 24% des sondés et 36% des sondés estiment qu'elles sont remplacées par leurs propres filles.

Graphique 8 : Ceux qui remplacent les exciseuses après leur « dépôt de couteaux ».

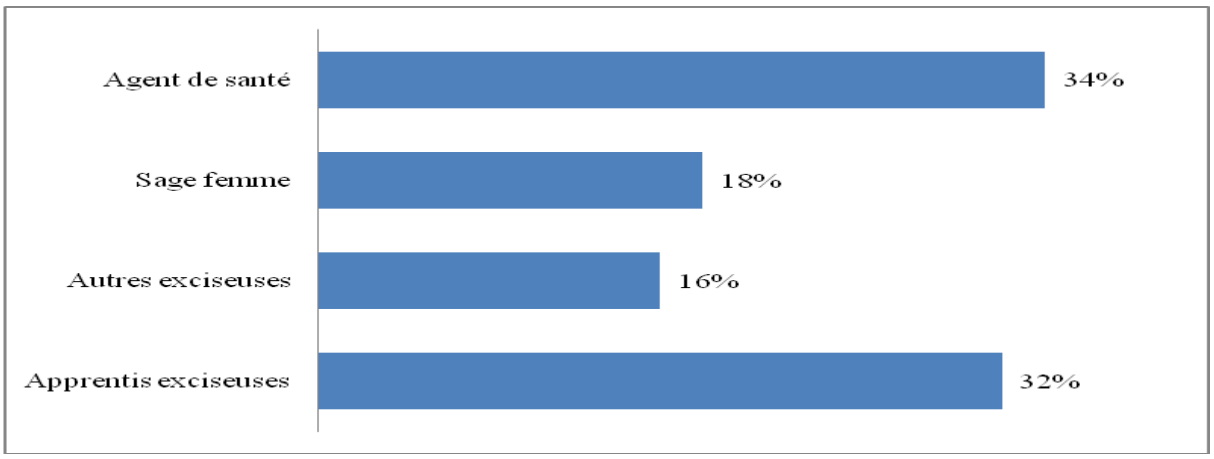


Ces points de vue ne sont pas partagés par les agents de santé. Ceux-ci estiment à 54% que ce dépôt des couteaux est « vrai totalement ». Les 46% restants se partagent entre ceux qui pensent que ce dépôt est « vrai partiellement » (22%), « faux totalement » (8%) et ceux qui disent « Ne pas savoir » (15%).

Pour 76% des agents de santé, le dépôt des couteaux par les exciseuses traditionnelles est « définitif ». Les 24% restants affirment le contraire. Lorsque la question a été posée sur la

substitution des exciseuses traditionnelles, les agents de santé interrogés se partagent en deux blocs : ceux qui indexent le personnel de santé et ceux qui désignent d'autres exciseuses. A titre illustratif, 34% des agents de santé considèrent, eux-mêmes, que ce sont les agents de santé qui ont pris leur place et 18% indexent les sages-femmes. L'autre groupe des agents de santé désignent à 32% des apprentis exciseuses et 16% indiquent d'autres exciseuses.

Graphique 9 : Ceux qui remplacent les exciseuses après leur « dépôt de couteaux » selon les agents de santé.



VI. PROTECTION DES FILLES NON EXCISEES

La toute dernière approche que certaines ONG nationales tentent de mettre en œuvre depuis ces trois dernières années s'articule autour de l'identification et la protection des filles non encore excisées.

Cette approche impliquant l'identification et la formation de filles non excisées serait mise en œuvre en Guinée Forestière par l'ONG Humanitaire pour la Protection de la Femme et de l'Enfant (HPFE), en particulier dans les préfectures de Beyla et de NZérékoré. Depuis 2013, HPFE s'efforce de mettre en place un réseau de filles non excisées formées sur les MGF/E et les risques qui y sont liés, et qui sensibilisent à leur tour leurs paires sur cette question.

Cette valorisation de la jeune fille non excisée est également perceptible en Haute Guinée et dans certaines préfectures de la Guinée Forestière à travers le recensement, le suivi et l'accompagnement de 20563 jeunes filles non excisées par des ONGs partenaires (AFAF, TOSTAN, AGUIS, ASD, etc.) du Programme conjoint UNFPA -UNICEF pour l'accélération de l'abandon des MGF/E.

Les sondés qui ont été en contact avec la stratégie d'identification des filles non excisées et leur protection sont rares (168 personnes, autour de 7% des sondés). De ces 168, 152 (90%), considèrent que les filles identifiées comme non excisées ne le restent pas après cette identification.

Deux raisons majeures ont été avancées pour expliquer l'excision des filles identifiées. La première raison, celle qui recueille la plus forte proportion des sondés, serait les moqueries de l'entourage et des personnes au courant de cette identification. Le rejet de l'entourage serait la seconde raison qui amènerait les filles identifiées à finir par se faire excisées.

Pour l'ensemble des sondés rencontrés, la stratégie d'identification des filles non excisées et leur protection pourrait être pertinente et efficace si les familles elles-mêmes se substituaient aux animateurs des ONG. Mais une telle situation signifie une autre dynamique qui est loin de voir le jour.

Cette stratégie inscrite dans le *PSN* est nouvelle et peut permettre, si elle devient opérationnelle, de réduire la prévalence de l'excision. Les contraintes d'une telle stratégie avec des ONG devenues « gendarme » derrière les portes peut ressembler à une infantilisation des populations. Le risque majeur est de soustraire la jeune fille de la sphère publique pour l'exciser dans la sphère « familiale ». L'autre risque est de ne jamais arriver à une inversion de la tendance par une dynamique endogène des familles.

Dans tous les cas, la mise en œuvre d'une telle stratégie demande à l'Etat un organe de supervision, de coordination et de vérification de la mise en œuvre réelle de celle-ci sur le terrain. Les partenaires techniques et financiers ne peuvent pas faire ce travail de contrôle et de supervision. Et en l'absence de résultats tangibles, les ONG opératrices de terrain risquent de « falsifier » les chiffres pour faire des quantités fictives.

VII. APPROCHE JURIDIQUE

Au cours des quinze dernières années, le Gouvernement guinéen a réalisé des progrès notables sur les plans normatif et institutionnel dans le cadre de la lutte contre l'excision. De nombreux textes législatifs et réglementaires prévoyant et punissant l'excision ont été adoptés.

L'excision fait l'objet d'une interdiction par la Loi L/2008/011/AN du 19 août 2008, portant Code de l'Enfant guinéen, dont l'article 405 invoque spécifiquement les « mutilations génitales féminines », qu'il définit comme *« toute ablation partielle ou totale des organes génitaux externes des fillettes, des jeunes filles ou des femmes et/ou toutes autres opérations concernant ces organes »*, indépendamment de la qualité de la personne qui les pratique et des méthodes traditionnelles ou modernes employées. Le code pénal de 2016 reprend et renforce les mêmes dispositions dans ses articles 258 à 261.

Le Code de l'Enfant guinéen prévoit une peine d'emprisonnement de trois mois à deux ans et une amende de 300.000 à 1.000.000 GNF (environ de 43 à 143 USD), ou l'une de ces deux peines. En vertu des articles 408 et 409, si l'excision entraîne une infirmité, la peine encourue est la réclusion criminelle de cinq à dix ans et une amende de 1.000.000 à 3.000.000 GNF

(environ 143 à 429 USD). Si mort s'en suit, l'auteur encourt la réclusion criminelle de cinq à 20 ans.

Pour permettre l'application de ces dispositions, deux ministères régaliens ont été dans l'obligation de procéder à des renforcements de capacité tant au niveau des ressources humaines que des structures opérationnelles.

Ainsi, le ministère de la Justice a organisé une dizaine d'ateliers et de séminaires de formation à l'intention des magistrats sur les questions de l'excision. Les données disponibles indiquent qu'en 2012, 2013 et 2014, plus de 800 officiers de police judiciaire (gendarmes, policiers et magistrats) ont été sensibilisés à la problématique.

Le Ministère de la Sécurité a aussi, en 2011, restructuré l'Office de Protection du Genre, de l'Enfance et des Mœurs (OPROGEM) et a installé une antenne de cette institution dans les huit régions administratives du pays et dans certains commissariats de police et d'unités de gendarmerie de la capitale et de l'intérieur du pays. Il a été donné mandat à ces nouvelles structures, un traitement des cas de violences faites aux femmes et enfants, y compris l'excision.

C'est dans ce cadre qu'il faut noter la condamnation d'une exciseuse de 80 ans à une peine d'emprisonnement de deux ans avec sursis et au paiement d'une amende de 1.000.000 GNF le 17 juillet 2014 au tribunal de première instance de Mafanco, dans la commune de Matam, à Conakry. Cette exciseuse avait été prise en flagrant délit d'excision d'une jeune fille de 15 ans par l'Association Guinéenne des Assistantes Sociales (AGUIAS).

Dans le Sud de la Guinée, dans les préfectures de Gueckedou (Guinée forestière) et de Faranah (Haute Guinée), deux mères et une exciseuse ont été condamnées à six mois et un an avec sursis et 500.000 GNF[10] d'amende en janvier et juillet 2015. Ces deux cas ont été référés par l'ONG l'Association des Femmes pour l'Avenir des Femmes (AFAF) qui s'est constituée partie civile.

Ces condamnations ont été retentissantes et ont permis de positionner certaines ONG et de confirmer la justesse de la stratégie de la répression. Pourtant, le nombre de procès intenté dans le cas de la pratique de l'excision est faible (16 cas d'interpellations depuis 2014) et les verdicts des tribunaux ont prononcé, pour l'essentiel, des peines de prison avec sursis et à des amendes modiques.

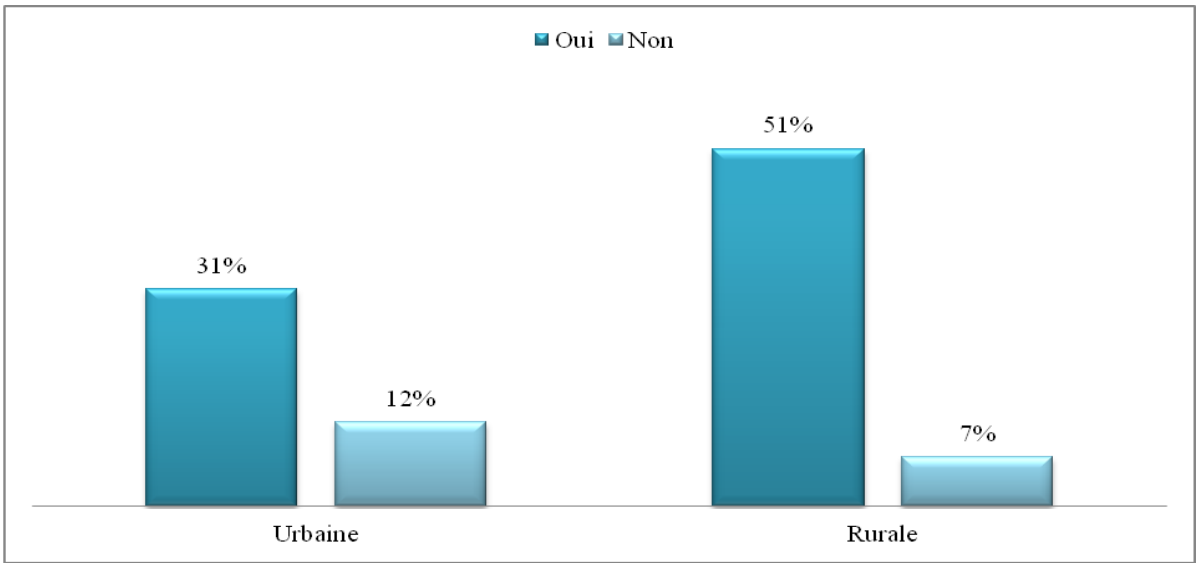
D'un autre côté, le Ministère de l'Action Sociale, de la Promotion Féminine et de l'Enfance a publié en novembre 2010 5 arrêtés sectoriels conjoints d'application de la loi réprimant les MGF parmi lesquels, un arrêté conjoint (Arrêté n°2464) interdisant la pratique de l'excision dans les structures sanitaires publiques et privées de la République de Guinée.

[10]Sensiblement autour de $ 60 USD.

Maintenant, il reste à consolider cette dynamique et s'assurer que les services de répression de l'excision le fassent sans « marchander » le processus de sanctions. L'autre défi, et il est de taille, c'est la réaction des populations à la suite de l'application de la loi sur des leaders locaux et communautaires.

Sur les 1 980 sondés, 1 751 (88%) sont au courant de l'existence de la loi qui interdit et pénalise l'excision. L'existence de cette loi semble, aux yeux de ceux qui habitent le milieu rural, comme dissuasive sur le personnel de la santé.

Graphique 10 : Perception des sondés sur l'existence d'une loi pénalisant l'excision selon la zone d'habitation.[11]



[11]La question posée est : « Pensez-vous que l'existence de la loi est suffisamment dissuasive sur le personnel de la santé dans la pratique de l'excision ? 1=Oui_____2=Non_____3=NSP_____ ».

III. IMPACT DES STRATEGIES

Cette partie porte sur l'analyse de l'impact des stratégies de promotion de l'abandon de l'excision. Cette analyse de l'impact se décompose en deux sections. La première section traite des opinions des personnes rencontrées sur les différentes stratégies dans ses différentes composantes (**la pertinence, l'efficacité, l'efficience et la durabilité**).

La seconde section prend en charge l'analyse de l'impact à travers les comportements observables (type, âge, lieu de l'excision) entre plusieurs générations, essentiellement les grands-parents, les parents et les générations successives (quatre filles dans chaque famille rencontrée).

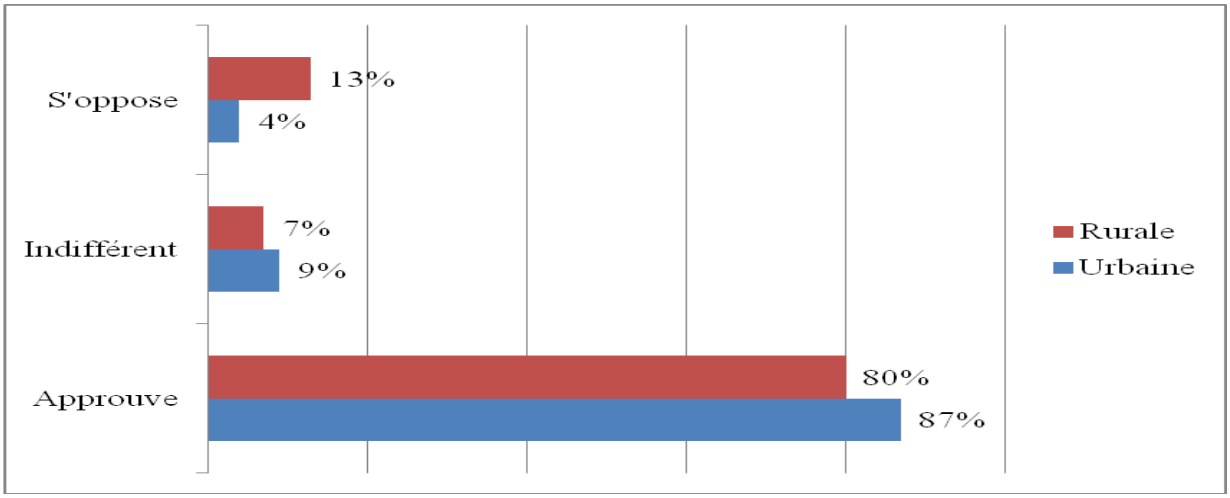
a) IMPACT SUR LES OPINIONS

Les stratégies déroulées sur le terrain ont installé des opinions. L'opinion la plus installée semble être la déconstruction du lien entre religion et excision, car 71% savent, désormais, que l'islam ne recommande pas l'excision.

Néanmoins, et en dépit d'une telle situation, les religieux sont considérés par tous les intervenants comme des acteurs qui pèsent dans la problématique de l'excision. Les religieux ont un effet réel sur la structuration des idées et les comportements des familles dans la pratique de l'excision. Ils possèdent un pouvoir de persuasion et encouragent plutôt, même s'ils disent le contraire lors des entretiens, la pratique de l'excision. Cette opinion est surtout celle des femmes qui sollicitent leurs avis et doutent, par conséquent, de la sincérité de leurs propos lorsqu'ils prônent l'abandon de l'excision.

L'autre opinion installée est le fait d'approuver à 83% les différents messages de promotion de l'abandon de l'excision. On peut dire qu'ils ne sont pas opposés à la promotion de l'abandon de l'excision. Cette approbation des messages sur l'abandon de l'excision est plus forte en milieu urbain (87%) qu'en milieu rural (80%). Les cas de réticence aux campagnes de promotion de l'abandon de l'excision se rencontrent surtout en milieu rural (13%).

Graphique 11 : Position des sondés par rapport aux messages de promotion de l'abandon de l'excision.



Lorsqu'on regarde dans le détail l'opinion que les sondés ont des différentes stratégies, il apparaît qu'en dépit de la forte utilisation de la sensibilisation comme stratégie principale, les sondés ne la désignent pas comme une stratégie appropriée pour conduire à l'abandon de l'excision. C'est comme si, les populations rencontrées ne sont pas opposées aux messages véhiculés, mais ceux-ci ne suffisent pas en eux-mêmes à conduire à l'abandon de l'excision. Certes, les promoteurs d'IEC pourront dire que cette finalité n'a pas pour finalité première de conduire à des changements de comportements, mais à « informer, éduquer et communiquer ». Dans tous les cas, pas plus d'1% des sondés désigne la sensibilisation comme stratégie appropriée pour la promotion de l'abandon de l'excision.

L'utilisation des SMS et les réseaux sociaux est récente et n'a pas touché beaucoup de sondés. Pourtant et en dépit des difficultés de leurs manipulations qui exigent savoir et compétences en langue française, les SMS et les réseaux sociaux apparaissent comme une stratégie qui pourrait être **efficace, pertinente et durable** dans la promotion de l'abandon de l'excision dans certaines circonstances et pour certaines catégories de la population, essentiellement les jeunes, surtout avec le taux de pénétration de la téléphonie mobile qui va en s'accroissant.

Très peu de personnes ont participé à des tables-rondes et à des foras. Pourtant, ces deux stratégies semblent avoir un taux de satisfaction très élevé. Le fait de donner la parole à des personnes qui sont bercées dans une culture de l'oralité pourrait expliquer une telle situation. Il faudra attendre, très certainement, une expérimentation dans la durée pour juger de leurs impacts, même si l'opinion que les sondés ont est favorable.

La reconversion des exciseuses dans d'autres métiers est aussi l'une des plus vieilles stratégies utilisées en Guinée et celles qui est souvent vendue dans les forums d'autant plus que cette stratégie se fait toujours avec des cérémonies publiques, grandioses et médiatiques de « dépôts de couteaux ».

Si cette stratégie est très connue par les sondés, en raison de sa forte médiatisation, les sondés considèrent qu'après les cérémonies de « dépôt des couteaux », rares sont les femmes qui le font définitivement. Le remplacement est souvent automatique par des membres de la famille et surtout les agents de santé.

Ces derniers sont conscients de se substituer aux exciseuses chaque fois que celles-ci déposent leurs coûteux. Cette substitution des exciseuses par des agents de santé permet de gagner en qualité de soins, mais pas en réduction de la prévalence. En réalité, la médicalisation rassure et encourage la pratique qui devient un acte sans risque où avec un risque réduit, sous contrôle.

L'identification et la protection des filles non encore excisées est la toute dernière approche que certaines ONG nationales tentent de mettre en œuvre ces dernières années. Inscrite dans la stratégie du PSN, les données collectées montrent un décalage réel entre les déclarations des ONG porteuses d'une telle action et la réalité du terrain. Pourtant, les personnes rencontrées, surtout celles qui vivent en milieu rural, considèrent cette stratégie comme appropriée.

Néanmoins, pour presque tous les sondés, les filles identifiées comme non excisées ne le restent pas après cette identification en raison des moqueries de l'entourage et des personnes au courant de cette identification et du rejet de l'entourage.

Pour nous, la transformation des ONG en « gendarme » est difficile à envisager. D'autant plus que la véracité des déclarations sur le nombre de filles identifiées et protégées est difficile à prouver en l'absence d'un organe national ayant une base des données actualisées des filles protégées sur une très longue période. Une analyse plus en profondeur de l'expérience actuelle avec un organe indépendant devrait être envisagée avant l'inscription de cette stratégie dans un document de stratégie nationale.

La pénalisation de l'excision est une disposition ancienne qui s'est accélérée ces dernières années. Il semble que l'existence d'une telle loi qui pénalise l'excision est très largement connue. L'existence de cette loi semble, aux yeux de ceux qui habitent surtout le milieu rural, comme dissuasive sur le personnel de la santé. Mais il reste qu'elle le soit aussi sur la population, surtout celle urbaine.

Un service a été créé (l'Office de Protection du Genre, de l'Enfance et des Mœurs, OPROGEM), du personnel de certains ministères a été formé et encouragé à faire appliquer la loi. Certaines condamnations ont eu lieu avec la participation de certaines ONG comme partie civile. Mais le nombre de cas reste faible et les condamnations trop légères pour avoir valeur d'exemples et suffisamment dissuasives.

Enfin, les rites alternatifs sont désignés comme la première stratégie appropriée pour assurer la promotion de l'abandon de l'excision. Ce score des rites initiatiques découle du choix élevé des

sondés qui vivent en milieu rural et surtout en région forestière (Guéckédou, Kissidougou, N'Zérékoré).

Les visites à domicile et le dialogue de générations sont aussi fortement souhaités par les habitants en milieu rural. A l'inverse, les déclarations d'abandon et les tables-rondes sont considérées inappropriées. Les supports éducatifs sont l'unique stratégie qui apparait comme durable selon les sondés. Malheureusement, cette stratégie reste encore très marginale sur le terrain. Les acteurs communautaires et les agents des ONG sont très appréciés par les sondés comme des relais pertinents dans la promotion de l'abandon de l'excision.

b) IMPACT SUR LES ATTITUDES

Un regard sur les pratiques de l'excision montre certains changements que l'on peut justement attribuer aux différentes campagnes menées dans le pays, même s'il est impossible de l'attribuer à une stratégie en particulier.

Si le niveau de prévalence de l'excision chez les mères rencontrées est de 96%, celui-ci est de 40% de filles excisées au moment de l'enquête. Certes, plusieurs mères disent attendre la disponibilité de la fille (les vacances scolaires), l'âge des filles et les moyens pour faire face à l'excision. Mais il est fort probable que la proportion de la dernière génération des filles

Les données indiquent d'autres mutations en rapport au lieu d'excision. Du temps des mères, il n'y avait que 18% qui disent avoir été excisées dans une structure sanitaire. 31% des filles les aînées (autour de la trentaine) rencontrées l'ont été dans les centres de santé et 19% en « brousse ». Le fait d'être excisé dans un centre de santé remonte à 34% pour les cadettes de ces aînés et à 42% pour les benjamines.

En plus du centre de santé, le second endroit de l'excision se trouve être le domicile des parents en milieu urbain et l'habitation des exciseuses en milieu rural. Le fait de transformer le domicile de l'exciseuse en un lieu d'excision et de convalescence perpétue la tradition de la case de l'excision des temps anciens. Ainsi, l'exciseuse apparaît comme une opératrice « sanitaire » de l'acte et gardienne de la tradition et de la diffusion initiatique comme dans les temps anciens.

On se rend compte que de l'aîné à la benjamine, la proportion des filles excisées par les exciseuses traditionnelles en milieu urbain régresse fortement au fil des générations alors qu'elle augmente pour le personnel de santé surtout par les sages-femmes.

Cette médicalisation de l'excision ne protège pas totalement les excisées de complications sanitaire juste après l'acte. 90 familles (54 en milieu rural et 36 en milieu rural) ont indiqué avoir constaté des complications sanitaires sur leurs filles dès après l'excision.

Il reste que les actions de promotion de l'abandon de l'excision ont eu des effets sur l'excision de « masse » en milieu urbain, mais pas encore en milieu rural où l'excision est plus collective qu'individuelle.

Les campagnes sur les méfaits de l'excision ou du moins sur certains types d'excision que d'autres peut expliquer le choix des types les moins sévères. Alors que le type dominant du temps des mères était *« d'enlever des chaires de la zone vaginale »* avec 70% des mères rencontrées, cette proportion descend à 61% chez les aînés avant de se situer à 41% chez les benjamines des familles rencontrées.

Le fait « d'entailler » qui concernait 28% des mères est passé à 43% pour les aînés des filles à 54% pour les benjamines. A l'époque des mères, personne ne faisait « semblant », mais plusieurs procédaient à la « fermeture du vagin ».

Le « faire semblant » progresse lentement chez les filles en zone rurale passant de 1% à 2% et un peu plus rapidement en zone urbaine passant de 1% à la première génération excisée à 5% pour les benjamines. Néanmoins, le fait de « faire semblant » est plus urbain que rural, alors que le fait de « fermer le vagin », lorsqu'elle est pratiquée, est exclusivement rural.

Même s'il est impossible d'attribuer cette situation aux campagnes de promotion de l'abandon de l'excision, on constate aussi le recul du père comme contributeur financier principal de l'excision qui laisse la place à son épouse.

On peut aussi constater des effets des différentes campagnes de promotion de l'abandon de l'excision sur la personne qui prend la décision sur le type d'excision pratiqué sur les filles. Si du temps des mères rencontrées, la décision venait d'abord de leur mère avec des pères qui ne venaient qu'en quatrième position, bien après les homonymes, les grands-mères, les tantes paternelles et les exciseuses, on se rend compte qu'avec les filles de ces femmes la mère reste toujours une actrice majeure, mais le père reprend de l'importance et se positionne juste derrière son épouse.

Il reste évident que les indicateurs de processus (le nombre de personnes mobilisées, informées et/ou sensibilisées, le nombre d'ateliers, etc.) sont relativement bons. Il est aussi possible de dire avec force que des progrès sont réels dans la formation et l'outillage théorique et pratique des acteurs de l'excision (personnel de santé et exciseuses, religieux, auxiliaire de justice, journalistes et autres acteurs). Cependant, ces acteurs n'ont pas encore joué suffisamment leur rôle dans l'abandon de la pratique de l'excision. On peut même dire que les effets boomerang[12] sont importants chez certains acteurs comme le personnel de santé avec une forte médicalisation de l'excision.

[12]Effets non prévus par la stratégie.

Enfin, on peut dire que sur certains aspects les différentes stratégies menées depuis une vingtaine d'années ont permis d'asseoir des **opinions**, mais pas encore des **attitudes** et des **comportements** attendus par les actions menées : la baisse de la prévalence de l'excision.

Il reste donc le gros du chantier, c'est-à-dire assurer *« l'ensemble des changements significatifs et durables dans la vie et l'environnement des personnes et des groupes ayant un lien de causalité direct ou indirect avec les projets menés »*.

CONCLUSION

Nous sommes au terme de la présente évaluation. L'objectif de cette évaluation est la réalisation d'une évaluation des impacts des stratégies de promotion de l'abandon de l'excision déjà mises en œuvre en Guinée en prenant en compte **la pertinence**, **les acteurs impliqués**, **l'efficacité**, **l'efficience** et **l'impact.**

Pour procéder à cette évaluation, plusieurs méthodes et techniques ont été utilisées pour cerner maints paramètres. Dans un premier temps, il a été procédé à une intense recherche documentaire dans deux directions. La première a consisté à rechercher et à synthétiser les stratégies de promotion de l'abandon de l'excision qui ont été expérimentées à travers l'Afrique. Dans un second temps, la recherche documentaire a porté sur les stratégies pensées et menées en Guinée.

Cette recherche documentaire a permis de déterminer les zones d'enquête (préfectures, communes urbaines/rurales, quartiers/secteurs), les intervenants dans ces zones, les stratégies menées, les périodes et la durée de ces interventions.

Après la collecte, le traitement et l'analyse des données deux catégories d'informations apparaissent. La première porte sur la pratique de l'excision (type, acteurs, âges, périodes, conséquences, etc.) et la seconde sur la perception que les sondés ont des stratégies mises en œuvre dans leurs localités.

On le savait, mais il est nécessaire de le répéter, l'excision est une pratique ancienne et ne baisse que très lentement. 96% des femmes ayant des enfants déclarent avoir été excisées. C'est aussi 40% de leurs filles et les autres qui attendent d'atteindre l'âge et les moyens des parents pour l'être.

Les centres de santé apparaissent comme le principal lieu d'excision. Aux dires des mères des jeunes filles rencontrées, il y a un déplacement du lieu d'excision qui est parti de la « brousse » vers les centres de santé qui sont complétés par le domicile des parents en milieu urbain et du domicile de l'exciseuse en milieu rural.

Le processus d'excision reste encore collectif en milieu rural en regroupant « plusieurs filles d'une même génération » et « des sœurs d'une même génération ». En milieu urbain, l'excision s'individualise à l'image la société urbaine dans son ensemble.

Dans l'ensemble, il existe quatre périodes d'excision : la période de récole (entre novembre et janvier), la période de l'harmattan (de février à avril), la période de labour (entre mai et juillet) et la période de plaine saison des pluies (vacances scolaires). Mais chaque fille trouvera son moment en fonction du fait qu'elle soit ou pas scolarisée.

Le lieu d'excision est en déplacement, l'âge est aussi en glissement, même s'il existe deux grandes périodes de concentration de l'âge de l'excision. Il s'agit des tranches d'âges

comprises entre 7 et 10 ans et 10 et 13 ans. A partir de 13 ans, l'intensité baisse avec 5% et devient rare au-delà de 16 ans. Les variations entre milieu urbain et celui rural est faible, à l'exception de l'excision après 16 ans qui ne concerne que le milieu rural.

Le fait « d'enlever des chaires de la zone vaginale » (la pratique la plus sévère après l'infibulation) baisse passant de 70% chez les mères des filles rencontrées à 61% chez les plus âgées. Entre la fille la plus âgée de la famille à la plus jeune, la proportion « d'enlèvement de la chaire de la zone vaginale » est passée de 61% à 41%.

Le fait « d'entailler » est passé de 28% chez les mères à 43% pour les filles les plus âgées à 54% chez les plus jeunes. Le fait de « faire semblant » était inexistant du temps des mères, il commence avec les filles les plus âgées et se développe avec les nouvelles générations. L'infibulation régresse fortement et reste une pratique en milieu rural, mais de façon marginale.

Lorsqu'on regarde les types pratiqués et ceux souhaités par les mères des filles rencontrées, on constate des écarts qui témoignent de la puissance des exciseuses et du personnel de santé dans le choix du type d'excision pratiqué. En effet, le choix premier des mères est le fait « d'entailler ». Ce choix est suivi par le fait de « faire semblant ». Le souhait d'« enlever des chairs de la zone génitale » ne vient qu'en quatrième position et « la fermeture du vagin » en dernière position. Cependant, le souhait dans les communautés peulhs et malinkés de revenir à l'infibulation devrait inquiéter et indiquer des problèmes dans la gestion de la sexualité des adolescents.

La mutation dans la pratique de l'excision est aussi observable sur la personne qui prend la décision sur le type d'excision pratiqué sur les filles. La mère a toujours été et reste encore celle qui détermine le type d'excision de ses filles.

Mais si dans un passé relativement lointain, la position du père était loin derrière les grands-mères et les tantes paternelles, il n'en est pas de même avec la génération actuelle où le père redevient la personne qui intervient dans le type d'excision infligée à ses filles.

Ce mouvement, s'il se confirme, ramène le père au centre du dispositif de l'excision qui fait de lui non seulement celui qui a l'autorité de s'opposer à l'excision, mais aussi celui qui détermine, à côté de son épouse, le type a infligé à ses filles.

Le père et la mère n'apparaissent pas comme ceux qui accompagnent les filles dans les structures sanitaires. Dans cette tâche, les « tantes paternelles » et les « homonymes sont les plus actives et précèdent les mères.

Alors que le père était le principal contributeur au financement de l'excision pour les filles les plus âgées, on voit se dessiner le retrait du père et une prise en charge financière de la mère.

L'excision a un coût. Celui-ci est monétaire et/ou en nature. L'excision coûte davantage en milieu rural qu'en milieu urbain.

Sur l'évaluation des stratégies, à proprement parler, il est possible d'affirmer qu'elles sont plurielles en termes de **principes**, de **règles**, de **bases et de mode opérationnelles**, d'**effets** et d'**enseignements**.

Un regard sur les stratégies de promotion de l'abandon de l'excision, telles qu'elles apparaissent dans les propos des sondés, indique *la sensibilisation*, au sens de l'information sur les risques de l'excision à travers l'IEC, comme la stratégie la plus connue par près de la moitié des sondés.

Les visites à domicile sont la seconde stratégie avancée avant les tables-rondes, l'identification des filles non excisées, les déclarations d'abandon de l'excision, les foras, les dialogues de générations qui pèsent du même poids que les affiches les rites alternatifs fermant la marche.

Certaines de ces stratégies ont été rencontrées d'avantage dans certaines zones que dans d'autres, dans certaines préfectures que dans d'autres. A titre illustratif, on peut dire que les *visites à domicile* et les *tables rondes* l'ont été davantage en milieu rural qu'en milieu urbain. Les *rites alternatifs* ne l'ont été qu'en milieu rural et les *déclarations publiques d'abandon* de l'excision l'ont été surtout, mais pas exclusivement, en milieu rural. *L'identification des filles non excisées*, pour assurer leur protection, et les *affiches* l'ont été surtout en milieu urbain.

Les préfectures de *Kankan, Labé, Télimélé, Kouroussa, Guéckédou et Kissidougou* semblent être celles dans lesquelles il y a eu plus de pluralité de stratégies développées. C'est aussi dans ces préfectures que la participation des populations a semblé être la plus significative, surtout pour celles qui vivent en milieu rural.

Enfin, on peut dire que les concepteurs de ces différentes stratégies semblent s'appuyer sur des résultats de recherches réalisées à un moment donné, dans un contexte donné avec une validité limitée dans le temps et l'espace. Malheureusement et dans la plupart des cas en Guinée, il est possible de dire, à partir de la synthèse des stratégies observées et évaluées à partir des sondés, que plusieurs des intervenants et des acteurs de terrain locaux ne font pas la distinction entre la philosophie et les implications des différentes stratégies.

Etant donné que ces stratégies découlent d'études et proposent des actions pour surmonter une contrainte rencontrée, il aurait fallu que l'expérimentation de chacune d'elle soit précédée par des études pour vérifier la conformité entre le modèle théorique et la réalité socio-anthropologique.

Même si le choix de ces stratégies dans chaque localité de la Guinée découle de recherches socio-anthropologiques, on est en droit d'être étonné du faible renouvellement de la recherche après la mise en œuvre desdites stratégies. Par exemple, les données collectées indiquent très

clairement que les sondés ne croient pas à la durabilité des engagements, longtemps après les déclarations publiques d'abandon de l'excision. On sait aussi que les rites alternatifs ne sont pas figés, qu'ils sont dynamiques même si l'œil extérieur a l'impression qu'ils restent les mêmes dans le temps. De même, le déplacement de l'âge de l'excision, surtout en milieu urbain, met en cause les rites eux-mêmes. Enfin, dans le cas de la Guinée, des doutes sont permis eu égard à la pluralité des stratégies développées et la pluralité des intervenants dans certaines préfectures.

Dans tous les cas, après plus d'une trentaine d'années de stratégies avec de maigres résultats, il est temps d'expérimenter à petite échelle une stratégie, documenter les résultats avant de généraliser son utilisation.

Il faut aussi prendre en compte les avis de plusieurs chercheurs qui font valoir la nécessité d'inscrire un processus de recherche dynamique pour accompagner la mise en œuvre des stratégies sur le terrain à travers quatre étapes :

1) Réaliser des recherches de base (quantitatives et qualitatives) ;
2) Intégrer le suivi dans le processus de mise en œuvre ;
3) Gagner des nouvelles informations par le biais des recherches opérationnelles ;
4) Réaliser une évaluation en bonne et due forme basée sur des indicateurs de référence.

BIBLIOGRAPHIE

ABDEL SALAM S. A., 1999, « Comprehensive approach for communication about female genital mutilation in Egypt. », PP: 317-330, in Male and Female Circumcision, Frederick C. Deniston, Frederick Mansfield Hodges and Marilyn Eayre Malon, University of Washington, USA,

ASKEW I., 2005, « Methodological Issues in Measuring the Impact of Interventions Against Female Genital Excision », Culture, Health & Sexuality 7, no 5, PP. 463-477.

Association des Femmes pour l'Avenir des Femmes de Guéckédou (AFAF), Cellule de Lutte contre les MGF/VIH-SIDA et GTZ/INTACT, 2005, « L'élimination des Mutilations génitales féminines en Afrique : Rapport de fin de formation sur le Grand Dialogue des Générations organisé à Guéckédou-Centre, Conakry, Guinée.

BARRY Alpha Amadou Bano, 2015, « Les déterminants socio-anthropologiques de l'excision en Guinée », Unicef, Conakry, Guinée.

BODIANG Claudia Kessler, 2002, « La lutte contre les mutilations génitales féminines », Universum Verlagsanstalt, 65175 Wiesbaden, Allemagne.

BODIANG Claudia Kessler. et al. 2000 ; « L'Excision dans la région de Kolda au Sénégal : perceptions, attitudes et pratiques », Projet sénégalo-allemand FANKANTA, GTZ, Dakar, Sénégal.

BOENDER et al., 2004, « The 'So What ?' Report : A Look at Whether Integrating a Gender Focus Into Programs Makes a Difference to Outcomes", Washington, USA.

CHEGE J., ASKEW I. et LIKU J., 2001, « An Assessment of the Alternative Rites Approach for Encouraging Abandonment of FGE in Kenya », Population Council, Washington, DC.

CISSE Youssouf et DIOKHANE Cheikh Mbacké, 2013, « Étude d´impact de la mise en œuvre du Dialogue de Génération dans la Préfecture de Guéckédou en Guinée 2003–2012 », GIZ (Deutsche Gesellschaft Für Internationale Zusammenarbeit).

CISSÉ Youssouf, 2012, « Formation pour l'accompagnement des partenaires de la GIZ en Guinée », Rapport de formation, Conakry, Guinée.

CISSÉ Youssouf, septembre 2012, « Capitalisation de l'expérience de la GIZ en Guinée sur l'abandon des Mutilations Génitales Féminines (MGF) », Conakry, Guinée.

Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides (CGRA/Belgique), Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA/France) et Office fédéral des migrations (ODM/Suisse), 2012, « Rapport de mission en République de Guinée, 29 octobre-19 novembre 2011 », Coopération Belgique-France-Suisse, Bruxelles, Belgique.

DENNISTON G. C. et al., 1999, « Male and Female Circumcision. Medical, Legal and Ethical considerations in Pediatric Practice », New York, USA.

DIGGES Diana, 1999, « Circumcisors circumvent the law. The death of an eleven year old girl illustrates the complicity of the medical profession in Female Genital Mutilation », Cairo Times, Egypte.

DIOP N. et al., 1998, « Étude de l'efficacité de la formation de personnel socio-sanitaire dans l'éducation des clientes sur l'excision », Population Council, Bamako, Mali.

Document de plaidoyer, 2009, « La volonté politique au centre de l'action pour atteindre la tolérance zéro aux MGF/E », Conakry, Guinée.

FELDMAN-JACOBS Charlotte et RYNIAK Sarah, 2007, « L'abandon des mutilations génitales féminines et de l'excision », Population Reference Bureau (PRB), Washington, USA.

GIZ Guinée, « Plan D'Action Opérationnel PSRDF mai 2011-juin 2013 ».

GIZ, 2011, « Le Dialogue des générations, un grand pas vers l'abandon des MGF », Eschborn, Allemagne.

Haut commissariat des nations-Unies aux droits de l'homme, 2016, « Rapport sur les droits humains et la pratique des mutilations génitales féminines/excision en Guinée », Conakry, Guinée.

HOSKEN F. P. The Hosken, 1993, « Genital and Sexual Mutilation of Females », Quatrième édition, mise à jour, Lexington.

LANIER Guinther, 2010, « Théorie de la convention/norme sociale », UNICEF.

MASPFE, 2012, « Plan Stratégique National de l'Abandon des Mutilations Génitales Féminines 2012-2016 », (Version préliminaire).

MASPFE, 2009, « Plan d'action harmonisé de lutte pour l'élimination des MGF/E »., Conakry, Guinée

Ministère du Plan, 2005, « Enquête Démographique et Sociale de Guinée, EDSG III », Conakry, Guinée.

Ministère du Plan, 2007, « Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté en Guinée (DSRP2 2007-2010) », Conakry, Guinée.

Organisation Mondiale de la Santé, 1996, « Female Genital Mutilation : Report of a Technical Working Group », OMS, Genève.

Organisation Mondiale de la Santé, 2001, « Female Genital Mutilation : Policy Guidelines for Nurses and Midwives », OMS, Genève.

Organisation Mondiale de la Santé, 2006, « Female Genital Mutilation and Obstetric Outcome : WHO Collaborative Prospective Study in Six African Countries », The Lancet 367 : 1835-1841.

Organisation Mondiale de la Santé, 2008, « Éliminer les mutilations génitales féminines : Déclaration inter institutions », OMS, Genève.

Organisation Mondiale de la Santé, 2008, « Éliminer les mutilations génitales féminines », Paris, France.

Organisation mondiale de la santé, 2010, « Stratégie mondiale visant à empêcher le personnel de santé de pratiquer des mutilations sexuelles féminines », OMS, ONUSIDA, PNUD, UNFPA, UNHCR, CNICEF.

Organisation Mondiale de la Santé, mai 2008, « Mutilations génitales féminines, Aide-mémoire n° 241 », OMS, Genève.

Plan International 2011, « Étude diagnostique de base sur les MGF/E dans les régions administratives de Faranah et de Nzérékoré », Rapport final.

Plan International, juillet 2006, « Tradition et Droits - l'Excision en Afrique de l'Ouest », Bureau Régional de l'Afrique de l'Ouest, Dakar.

Population Council, 1998, « Évaluation de la stratégie de reconversion des exciseuses pour l'éradication de MGF au Mali », Bamako.

Population Reference Bureau (PRB), 2005, « Abandon des mutilations génitales féminines/Excision : Informations en provenance du monde entier », sur CD-ROM, PRB, Washington, DC.

Population Reference Bureau (PRB), 2008, « Mutilation génitale féminine/excision : Données et tendances », PRB.

Population Services International (PSI), Août 2009, « Enquête TRaC de base sur la pratique l'excision [sic!] en Guinée. TRaC : Tracking Results Continuously. Round 1 », Rapport final, Conakry, Guinée.

Projet ESPOIR, 2011, « Etude TRaC 2 sur les pratiques des mutilations génitales féminines (MGF)/excision en Guinée », Pathfinder, PSI, Tostan.

Projet Espoir, Août 2011, « Étude Trac2 sur les pratiques des MGF/E en Guinée », Rapport classique final.

Projet Espoir, Juin 2011, « Séminaire-atelier sur l'élaboration du Plan Stratégique National d'Abandon des MGF/E 2012-2016 en Guinée », Rapport du séminaire-atelier.

ROSENBROCK Christine, 2014, « Promouvoir l'Abandon des Mutilations Génitales Féminines en Guinée », GIZ, Guinée.

ROSENBROCK Christine, juin 2012, « Évaluation des Mutilations Génitales Féminines en Guinée ; évaluations des Expériences et Leçons » ; pour le compte du projet supranational « Abandon de l'excision » de la GIZ, Rapport final, Hambourg.

SEMDE Abdoulaye et al., 2010, « Enquête trac pour le suivi et l'évaluation de l'abandon de la pratique des mutilations génitales féminines (MGF) dans les régions du centre-est, de l'est, du plateau central, des hauts-bassins et du sud-ouest », KFW et PSI ; Burkina Faso.

TOUGOURI Julien et al., 2008, « Enquête TRaC de base pour le suivi et l'évaluation de l'abandon de la pratique des mutilations génitales féminines ».

UNICEF, Centre de recherche Innocenti, 2005, « Changer une convention sociale néfaste : la pratique de l'excision/mutilation génitale féminine », réimpression en mai 2008, Florence, encadré 7, p. 26.

UNICEF, Innocenti Digest, 2005, « Changing A Harmful Social Convention : Female Genital Mutilation/Excision », UNICEF, Florence, Italie.

UNICEF, July 2013, « Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview of exploration of the dynamics of change », New York.

UNICEF, Novembre 2005, « Female Genital Mutilation/Cutting: A Statistical Exploration ».

YODER P. Stanley et KHAN Shane, mars 2008, « Numbers of Women Circumcise in Africa: The Production of a Total », ORC Macro, Calverton, MD.

YODER P. Stanley, ABDERRAHIM N. et ZHUZHUNI A., septembre 2004, « Female Genital Cutting in the Demographic and Health Surveys : A Critical and Comparative Analysis », DHS Comparative, Reports N° 7, ORC Macro, Calverton, MD.

ANNEXE

QUESTIONNAIRE D'EVALUATION DES PROGRAMMES DE PROMOTION DE L'ABANDON DE L'EXCISION

République de Guinée
Travail-Justice-Solidarité

unicef
unissons-nous pour les enfants

Numéro du questionnaire [__|___|__]___]
Préfecture _____ [___]
Commune Urbaine /CR _____ [__|__]
Quartier/District_____ [__|__]
Nom et Prénoms de l'Enquêteur_____
Date de l'enquête [__|__][__|__][__|__]

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

6) Confidentialité et Consentement

Vos réponses seront tenues strictement confidentielles. Votre nom ne sera pas inscrit sur le questionnaire, et aucun lien ne pourra être fait entre ce que vous me dites et votre nom. Vous n'êtes pas obligé(e) de répondre à une question à laquelle vous ne voulez pas répondre. Votre participation est volontaire.
Le remplissage de ce questionnaire durera à peu près 60 minutes. Je souhaite que vous acceptiez de participer à cette étude.

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

_____ _____
Signature de l'enquêteur Date

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

I. *VOLET DESTINE AUX **FILLES ET AUX FEMMES***

1) Vous avez **combien de filles** de 3 mois et plus ? _____
2) Parmi ces filles, **combien** ont été excisées ? *(Si aucune n'est excisée, poser la question suivante. Si, par contre, elles le sont, poser la 4ème question)* _____
3) **Pourquoi** n'ont-elles pas été excisées ou pourquoi celles qui ne le sont pas ne l'ont pas encore été ?
……..……..……..……
4) A quel **endroit** ont-elles été excisées ? *(Si elles n'ont pas été excisées au même endroit, vous noterez devant le lieu de l'excision le rang de la fille dans la famille. Par exemple, l'aîné aura le numéro 1 et la 4ème fille, le numéro 4)* 1=Dans mon domicile____2=Centre de santé____3=Clinique___4=Cabinet de soin___5=CHU/Hôpital____6=Poste de santé____7=Brousse____8=Marigot___9=Forêt_____10=Chez exciseuse____
5) A **quel âge** chacune a-t-elle été excisée ? 1=|__||__|2=|__||__|3=|__||__|4=|__||__|
6) **Par qui** ont-elles été excisées ? 1=Exciseuse traditionnelle |__||__| 2=Accoucheuse traditionnelle |__||__| 3=Autres traditionnels |__||__| 4=Sage femmes/infirmière |__||__| 4=Médecin |__||__| 5=Autres personnels de la santé |__||__| 6=Ne se souviens pas |__||__|
7) Quel est **le type d'excision** pratiquée sur chacune de vos filles ? **(Ne pas lire les réponses suggérées)** *(amener la répondante à vous dire ce qui a été fait exactement)(Notez pour chaque fille son type d'excision et son numéro dans la famille. Par exemple, l'aîné aura le numéro 1 et la 4ème fille, le numéro 4) 1*=Enlever des chairs de la zone génitale |__||__| 2=Entailler *(blesser légèrement)* les parties génitales sans rien enlever |__||__| 3=La zone du vagin a-t-elle été fermée |__||__| 4=Faire semblant (amener la fille chez l'agent de santé/exciseuse, mais ne rien faire et organiser une cérémonie comme pour une excision réelle) |__||__| 5=NSP/Refus de répondre
8) **Qui a décidé** de cette forme d'excision pour chacune de vos filles ? *(Il est possible que la réponse soit multiple)* 1=Père |__||__| 2=Mère |__||__| 3=Grand-mère |__||__| 4=Tantes paternelles |__||__| 5=Tantes maternelles |__||__| 6=D'autres membres de la famille |__||__| 7=Exciseuse traditionnelle|__||__| 8=Agent de santé |__||__| 9=Homonyme |__||__| 10=Autres personnes |__||__|
9) **Qui a payé** ces excisions ? *(Notez pour chaque fille son type d'excision et son numéro dans la famille. Par exemple, l'aîné aura le numéro 1 et la 4ème fille, le numéro 4)* 1=Père|__||__|2=Mère|__||__|3=Grand-mère|__||__|4=Tantes paternelles|__||__|5=Tantes maternelles|__||__|6=D'autres membres de la famille |__||__|7=Exciseuse traditionnelle|__||__|8=Agent de santé|__||__|9=Homonyme|__||__|10=Autres personnes|__||__|
10) Vous avez payé **combien** ou quoi pour chaque excision ? _____
11) Après l'excision, une ou plusieurs de vos filles ont-elles souffert d'une **complication sanitaire (n'importe laquelle)** ? 1= Oui_____ 2=Non_____ 3=Ne sait pas_____
12) Si Oui, de **quelles complications** il s'agit ? *(Il est possible que la réponse soit multiple) 1*=Des douleurs |__||__|2=Des saignements|__||__|3=Problèmes lors des menstruations|__||__|4=Des complications pendant l'excision|__||__|5=Des Problèmes pendant l'accouchement|__||__|6=Stérilité|__||__|7=Des problèmes de rétention urinaire|__||__|8=Des infections|__||__|9=Des problèmes pendant les rapports sexuels|__||__|10=De l'anémie|__||__|11=Des problèmes psychiques|__||__|12=Décès de la fille|__||__|
13) Vous-mêmes, **avez-vous été excisés** ? 1=Oui_____2=Non_____3=NSP/Refus de répondre_____
14) Si Oui, à **quel âge** ?_____
15) Si Oui, à **quel endroit** (lieu) avez-vous été excisé ? 1=Dans le domicile de mes parents_____2=Centre de santé_____3=Clinique_____4=Cabinet de soin_____5=CHU/Hôpital_____6=Poste de santé_____7=Brousse_____8=Marigot_____9=Forêt_____
16) Quelle est **le type d'excision** que vous avez subi ? *(Amener la répondante à vous dire ce qui a été fait exactement) 1*=Enlever des chairs de la zone génitale_____ 2=Entailler *(blesser légèrement)* les parties génitales sans rien enlever_____ 3=La zone du vagin a-t-elle été fermée_____4=Faire semblant (amener la fille chez l'agent de santé/exciseuse, mais ne rien faire et organiser une cérémonie comme pour une excision réelle) _____
17) **Qui avait décidé** pour vous de cette forme d'excision ? *(Il est possible que la réponse soit multiple) 1*=Père_____ 2=Mère_____ 3=Grand-mère_____ 4=Tantes paternelles_____ 5=Tantes maternelles_____ 6=D'autres membres de la famille_____ 7=Exciseuse _____ 8=Agent de santé_____ 9=Homonyme_____ 10=Autres personnes_____
18) De toutes ces formes, quel est **votre préférence** et par ordre ? **(Réponses ordonnées)** 1=Enlever des chairs de la zone génitale_____ 2=Entailler *(blesser légèrement)* les parties génitales sans rien enlever_____ 3=La zone du vagin a-t-elle été fermée_____ 4=Faire semblant (amener la fille chez l'agent de santé/exciseuse, mais ne rien faire et organiser une cérémonie comme pour une excision réelle) _____ 5=Ne veut plus exciser_____
19) Pour votre (vos) fille(s) non encore excisée(s), avez-vous **l'intention de l'exciser** (de les exciser) ? 1=Oui_____ 2=Non_____ 3=Pas de réponse_____

II. *VOLET DESTINE AUX* **AGENTS DE SANTE/EXCISEUSES**

20) Vous exercez votre activité professionnelle dans quelle structure ? 1=Clinique_____ 2=Poste de santé_____ 3=Centre de Santé_____ 4=Hôpital_____ 5=CHU_____ 6=A domicile_____
21) Quelle est votre **statut professionnel** ? 1=Médecin gynécologue/généraliste/Santé publique_____ 2=Infirmier d'Etat_____ 3=Sage-femme_____4=ATS_____ 5=Agents de santé communautaires_____ 6=Exciseuse actuelle/ancienne_____
22) Avez-vous reçu une **formation sur l'excision** ? 1=Oui_____ 2=Non_____ 3=Ne sait pas_____
23) Si Oui, vous avez suivi combien de séminaires et/ou ateliers sur l'excision ? 1=Une fois_____ 2=2 fois_____ 3=3 fois_____ 4=4 fois et plus_____
24) Pouvez-vous affirmer, comme prestataire de santé, être suffisamment outillé pour assurer : *La sensibilisation des populations pour dissuader l'excision ?* 1=Oui_____ 2=Non_____ 3=Pas de réponse_____
25) Pouvez-vous affirmer, comme **prestataire de santé**, être suffisamment outillé pour assurer : *La prise en charge des complications liées à l'excision ?* 1=Oui_____ 2=Non_____ 3=Pas de réponse_____
26) Dans votre structure, il y eu combien de filles, **sensiblement**, excisées cette année *(Janvier 2016 à Décembre 2016)* ? _____
27) L'année précédente, il y a eu combien, **approximativement**, de filles excisées dans votre structure *(Janvier à Décembre 2015)* ? _____
28) Quels sont **les types d'excision** qui se font dans votre structure **(par ordre d'importance)** ? 1=Enlever des chairs de la zone génitale_____ 2=Entailler *(blesser légèrement)* les parties génitales sans rien enlever_____ 3=La zone du vagin a-t-elle été fermée_____ 4=Faire semblant (amener la fille chez l'agent de santé/exciseuse, mais ne rien faire et organiser une cérémonie comme pour une excision réelle) _____ 5=Rien de tut ca/Pas d'excision_____
29) Les personnes qui amènent leurs filles dans votre structure sanitaire/lieu d'excision, vous demandent-elles expressément de pratiquer une forme particulière d'excision ? 1=Oui_____ 2=Non_____ 3=Pas de réponse_____
30) Lequel des membres de la famille accompagnent habituellement leurs filles dans votre structure sanitaire/Lieu pour faire l'excision ? *(Il est possible que la réponse soit multiple) 1*=Père_____ 2=Mère_____3=Grand-mère_____4=Tantes paternelles_____5=Tantes maternelles_____6=D'autres membres de la famille_____7=Exciseuse_____8=Agent de santé_____9=Homonyme_____10=Autres personnes_____
31) Arrive-t-il que d'autres membres de la famille viennent contester une demande d'excision exprimée par un premier parent ? 1=Oui_____2=Non_____3=Pas de réponse_____
32) Avez-vous reçu dans votre structure des patientes avec des complications liées à l'excision ? 1=Oui_____2=Non_____3=Pas de réponse_____
33) Lors des accouchements, avez-vous constaté des complications qui proviennent de l'excision ? 1=Oui_____ 2=Non_____ 3=Pas de réponse_____
34) Dans les services offerts dans votre structure de santé, offrez-vous dans les services pré, post natale et des actions de prévention contre l'excision ? 1=Oui_____2=Non_____3=Pas de réponse_____
35) Les autorités de votre structure sanitaire sont-elles au courant de la pratique de l'excision dans votre structure sanitaire ? 1=Oui_____2=Non_____3=Pas de réponse_____
36) Si Oui, du personnel a-t-il été ? *(Il est possible que la réponse soit multiple)* 1=Sanctionné (mise à pied, blâmer, etc.) _____ 2=Poursuivi devant les instances disciplinaires_____ 3=Poursuivi devant les autorités judiciaires_____
37) Certains affirment que plusieurs exciseuses ont déposé leurs couteaux ? 1=Vrai, totalement_____ 2=Vrai, partiellement_____ 3=Faux, totalement_____ 4=Ne sais pas_____
38) Si vrai (totalement et/ou partiellement), pouvez-vous dire que celles qui ont déposé l'ont fait ? 1=Définitivement_____2=Pendant un certain temps_____3=Pas du tout_____4=Ne sais pas_____
39) Si définitivement, pendant un certain temps, ces exciseuses ont-elles été remplacées par ? *(Il est possible que la réponse soit multiple)* 1=Des apprentis exciseuses_____2=D'autres exciseuses_____3=Des sages-femmes_____4=Des agents de santé_____
40) *Savez-vous qu'il existe une loi qui interdit la pratique de l'excision ? 1=Oui_____2=Non_____ 3=NSP_____*
41) Pensez-vous que l'existence de la loi est suffisamment dissuasive sur le personnel de la santé dans la pratique de l'excision ? 1=Oui_____2=Non_____3=NSP_____

III. *VOLET DESTINE AUX* **LEADERS COMMUNAUTAIRES/RELIGIEUX**

42) Avez-vous été formé sur l'excision ? 1=Oui_____ 2=Non_____ 3=Pas de réponse_____
43) Si Oui, cette formation a duré combien de temps ? _____ (mois)
44) Si Oui, en quelle année avez-vous été formé ? _____
45) D'autres collègues (leaders/imams) à vous ont-ils été formés sur l'excision ? 1=Oui_____ 2=Non_____ 3=Pas de réponse_____
46) Avez-vous reçu des sermons de la Ligue Islamique qui vous demande d'encourager **vos fidèles à arrêter** la pratique de l'excision ? 1=Oui_____ 2=Non_____ 3=Pas de réponse_____
47) Si Oui, à quelle période **(approximativement)** avez-vous reçu ces sermons de la Ligue Islamique ? _____

48) Avez-vous reçu aussi d'autres sermons de la Ligue Islamique pour encourager **vos fidèles à continuer** la pratique de l'excision ? 1=Oui_____ 2=Non_____ 3=Pas de réponse_____
49) Si Oui, à quelle période **(approximativement)** avez-vous reçu ces sermons de la Ligue Islamique ? _____
50) Vos fidèles sollicitent-ils auprès de vous des avis sur l'excision ? 1=Oui_____ 2=Non_____ 3=Pas de réponse_____
51) Si Oui, qui sont ceux/celles qui viennent vous consulter ? *(Il est possible que la réponse soit multiple)* 1=Père_____ 2=Mère_____ 3=Grand-mère_____ 4=Tantes paternelles_____ 5=Tantes maternelles_____ 6=D'autres membres de la famille_____ 7=Exciseuse_____ 8=Sage-femme_____ 9=Autres agents de santé_____ 10=Autres personnes_____
52) Que leur conseillez-vous le plus souvent ? 1=Abandonner la pratique de l'excision_____ 2=Continuer à pratiquer l'excision_____ 3=De faire comme ils veulent_____ 4=De couper un peu_____ 5=Vous dites que vous n'avez pas d'avis ou ne voulez pas intervenir sur le sujet_____ 6=Refus de répondre_____
53) Vous appartenez à quelle confrérie religieuse ? 1=Qadiriyya_____ 2=Tijâniyya_____ 3=Wahhabya_____ 4=Ahloussounna Wal Djama_____ 5=Malikite_____ 6=Chiite_____ 7=Catholique_____ 8=Témoins de Jéowah_____ 9=Protestants_____ 10=Anglicans_____ 11=Sans religion_____ 12=Autres religieux_____

IV. *CONNAISSANCE D'UN PROGRAMME DE PROMOTION DE L'ABANDON DE L'EXCISION* **(VOLET COMMUN A TOUS LES ENQUETES, CERTAINES QUESTIONS NE S'APPLIQUENT PAS AUX IMAMS ET FEMMES)**

54) Existe-t-il dans votre localité des associations (ONG) ou des organisations communautaires engagées dans la promotion de l'abandon de l'excision ? 1=Oui_____ 2=Non_____ 3=Pas de réponse_____
55) Si Oui, pouvez-vous citer quelques unes ? …….
56) Par qui avez-vous été au courant de l'existence d'une association (ONG) ou d'organisation de promotion de l'abandon de l'excision ? *(Il est possible que la réponse soit multiple) 1*=Personnel des structures sanitaires_____ 2=ONGs/Association locales_____ 3=Autorité religieuse_____ 4=Relais communautaires_____ 5=Radio_____ 6=TV_____ 7=SMS_____ 8=Affiche_____ 8=Autre précisez_____
57) Depuis quand connaissez-vous **(pour la première fois)** ce programme/projet de promotion de l'abandon de l'excision ? 1=Il y a 20 ans_____ 2=Entre 10 ans et 19 ans_____ 3=Entre 5 ans et 10 ans_____ 4=Il y a 4 ans_____ 5=Il y a 3 ans_____ 6=Il y a 2 ans_____ 7=Cette année_____
58) Quels **types d'activités** ces associations ou organisations mènent et/ou ont mené dans votre localité ? *(Il est possible que la réponse soit multiple) 1*=Sensibilisations communautaires_____ 2=Tables rondes_____ 3=Foras communautaires_____ 4=Rites alternatifs sans excision_____ 5=Dialogues de générations_____ 6=Déclaration d'abandon de l'excision_____ 7=Visites à domicile_____ 8=Emissions de TV_____ 9=Affiches (panneaux publicitaires) _____ 10=Identification des filles non excisées_____ 11=Supports éducatifs et promotionnels_____ 12=Emissions radiophoniques_____ 13=Livres et boîtes à images_____ 14=Films_____ 15=SMS_____ 16=Théâtres_____ 17=Les réunions d'échanges entre filles excisées et non excisées_____ 18=Activités génératrices de revenus (AGR) pour les ex exciseuses avec dépôt des couteaux_____
59) Quelles sont **les activités** auxquelles vous avez été associées ? *(Il est possible que la réponse soit multiple) 1*=Sensibilisations communautaires_____ 2=Tables rondes_____ 3=Foras communautaires_____ 4=Rites alternatifs sans excision_____ 5=Dialogues de générations_____ 6=Déclaration d'abandon de l'excision_____ 7=Visites à domicile_____ 8=Emissions de TV_____ 9=Affiches (panneaux publicitaires) _____ 10=Identification des filles non excisées_____ 11=Supports éducatifs et promotionnels_____ 12=Emissions radiophoniques_____ 13=Livres et boîtes à images_____ 14=Films_____ 15=SMS_____ 16=Théâtres_____ 17=Les réunions d'échanges entre filles excisées et non excisées_____ 18=Activités génératrices de revenus (AGR) pour les ex exciseuses avec dépôt des couteaux____ 19=Aucune activité___
60) Qu'avez-vous entendu dire par ces projets/programmes dans les activités menées ? *(Il est possible que la réponse soit multiple) 1*=Des arguments sanitaires (effets néfastes sur la santé) _____ 2=Des arguments religieux_____ 3=Des messages centrés sur le droit humain des femmes_____ 4=Dépôt des couteaux par les exciseuses_____ 5=Des arguments relatifs à la loi sur l'excision qui interdit la pratique_____ 6=Déclaration publique d'abandon de l'excision_____ 7=Autre_____
61) Par quels canaux **(porteurs des messages)** le/s projets a-t-il communiqué avec la population de votre localité sur l'abandon de l'excision ? *(Il est possible que la réponse soit multiple) 1*=Personnel de Centre de santé/Hôpitaux____2=Animateurs d'ONGs____3=Relais communautaires_____4=Radio____5=Affiche____6=Imams/chefs religieux____7=TV____8=Ecole____9=Autres____
62) Maintenant nous allons regarder en direction de chacune des activités : Premièrement, avez-vous participé aux campagnes de **sensibilisation communautaire** en rapport avec l'abandon de l'excision ? 1=Oui, une fois_____2=Oui, 2 fois_____3=Oui, 3 fois_____4=Oui, 4 fois et plus_____5=Non, jamais_____
63) Etiez-vous satisfait de ce qui a été dit/fait lors de ces campagnes de sensibilisation communautaire ? 1=Oui, entièrement satisfait_____ 2=Oui, Partiellement satisfait_____ 3=Non pas satisfait_____ 4=Autre _____

64) Pensez-vous que ces sensibilisations communautaires sont : *(Il est possible que la réponse soit multiple)* 1=Pertinente pour faire abandonner l'excision au sein de votre communauté_____ 2=Efficace pour faire abandonner l'excision au sein de votre communauté_____ 3=La plus économique pour faire abandonner l'excision au sein de votre communauté_____ 4=Ceux qui ont arrêté l'excision ne risquent plus de le refaire_____
65) Avez-vous participé à une ou à des **tables rondes** sur l'abandon de l'Excision ? 1=Oui, une fois_____ 2=Oui, 2 fois_____ 3=Oui, 3 fois_____ 4=Oui, 4 fois et plus_____ 5=Non, jamais_____
66) Etiez-vous satisfait de ce qui a été dit/fait lors de ces Tables rondes ? 1=Oui, entièrement satisfait_____ 2=Oui, Partiellement satisfait_____ 3=Non pas satisfait_____ 4=Autre _____
67) Pensez-vous que ces **Tables rondes** sont : *(Il est possible que la réponse soit multiple)* 1=Pertinente pour faire abandonner l'excision au sein de votre communauté_____ 2=Efficace pour faire abandonner l'excision au sein de votre communauté_____ 3=La plus économique pour faire abandonner l'excision au sein de votre communauté_____ 4=Ceux qui ont arrêté l'excision ne risquent plus de le refaire_____
68) Avez-vous participé à une ou des **Foras communautaires** sur l'abandon de l'excision ? 1=Oui, une fois_____ 2=Oui, 2 fois_____ 3=Oui, 3 fois_____ 4=Oui, 4 fois et plus_____ 5=Non, jamais_____
69) Etiez-vous **satisfait** de ce qui a été dit/fait lors de ces Foras communautaires ? 1=Oui, entièrement satisfait_____ 2=Oui, Partiellement satisfait_____ 3=Non pas satisfait_____ 4=Autre _____
70) Pensez-vous que ces **Foras Communautaires** sont : *(Il est possible que la réponse soit multiple)* 1=Pertinente pour faire abandonner l'excision au sein de votre communauté_____2=Efficace pour faire abandonner l'excision au sein de votre communauté_____3=La plus économique pour faire abandonner l'excision au sein de votre communauté_____4=Ceux qui ont arrêté l'excision ne risquent plus de le refaire_____
71) Avez-vous participé à une ou des **Rites alternatifs** sans excision ? 1=Oui, une fois_____ 2=Oui, 2 fois_____ 3=Oui, 3 fois_____ 4=Oui, 4 fois et plus_____ 5=Non, jamais_____
72) Etiez-vous satisfait de ce qui a été dit/fait lors de ces Rites alternatifs ? 1=Oui, entièrement satisfait_____ 2=Oui, Partiellement satisfait_____3=Non pas satisfait_____4=Autre _____
73) Pensez-vous que ces **Rites alternatifs** sont : *(Il est possible que la réponse soit multiple)* 1=Pertinente pour faire abandonner l'excision au sein de votre communauté_____2=Efficace pour faire abandonner l'excision au sein de votre communauté_____3=La plus économique pour faire abandonner l'excision au sein de votre communauté_____4=Ceux qui ont arrêté l'excision ne risquent plus de le refaire_____
74) Avez-vous participé à une ou des **Dialogues de générations ?** 1=Oui, une fois_____2=Oui, 2 fois_____ 3=Oui, 3 fois_____4=Oui, 4 fois et plus_____5=Non, jamais_____
75) Etiez-vous satisfait de ce qui a été dit/fait lors des dialogues de générations ? 1=Oui, entièrement satisfait_____2=Oui, Partiellement satisfait_____3=Non pas satisfait_____4=Autre _____
76) Pensez-vous que ces **Dialogues de générations** sont : *(Il est possible que la réponse soit multiple)* 1=Pertinente pour faire abandonner l'excision au sein de votre communauté_____2=Efficace pour faire abandonner l'excision au sein de votre communauté_____3=La plus économique pour faire abandonner l'excision au sein de votre communauté_____4=Ceux qui ont arrêté l'excision ne risquent plus de le refaire_____
77) Savez-vous si votre localité à procéder à une **déclaration publique d'abandon de l'excision ?** 1=Oui_____2=Non_____3=Pas de réponse/Ne sais pas_____
78) Si Oui, avez-vous participé à cette cérémonie ? 1=Oui_____ 2=Non_____
79) Etiez-vous satisfait de ce qui a été dit/fait lors de ces **Déclarations publiques d'abandon de l'excision ?** 1=Oui, entièrement satisfait_____2=Oui, Partiellement satisfait_____3=Non pas satisfait_____4=Autre _____
80) Pensez-vous que ceux qui faisaient ces **Déclarations publiques** étaient tous sincères pour abandonner l'excision ? 1=Oui_____2=Non_____3=Pas de réponse/Ne sais pas_____
81) Si Oui, pensez-vous que ceux qui participaient à ces cérémonies de **Déclarations publiques d'abandon de l'excision** ont gardé la même opinion après cette déclaration ? 1=Oui_____2=Non_____3=Pas de réponse/Ne sais pas_____
82) Si Oui, pensez-vous que ceux qui ont participé à ces cérémonies ont respecté leur engagement ? 1=Oui, tous_____ 2=Oui, pour certains_____ 3=Non, personne_____ 4=NSP
83) Si Oui et/ou Non, que faut-il faire, selon vous, pour que **les personnes respectent leur engagement après la cérémonie** de déclaration d'abandon de l'excision ? *(Il est possible que la réponse soit multiple) 1*=Continuer à financer des activités de la communauté_____2=Mettre en place un bureau pour mettre en œuvre l'engagement_____3=Affecter et/ou recruter un agent permanent de suivi de la mise en œuvre de l'engagement_____4=Refaire le serment chaque cinq ans_____5=Autres choses_____
84) Avez-vous participé à l'identification ou avez-vous fait **identifier vos filles non excisées** ? 1=Oui, une fois_____2=Oui, 2 fois_____3=Oui, 3 fois_____4=Oui, 4 fois et plus_____5=Non, jamais_____
85) Quel est le nom de l'ONG, organisme communautaire/structure qui a faciliter cette identification avec vous ? _____/_____/_____/_____

86) Savez-vous si ces filles identifiées comme non excisées le sont toujours à l'heure actuelle ? 1=Oui, toutes_____2=Oui, pour certaines_____3=Non, aucune_____4=NSP_____
87) Si **Oui**, pensez vous que ces filles non excisées ont fait l'objet de : 1=Moqueries, railleries_____2=Rejet dans votre communauté_____3=Valorisation (apprécier)_____4=Ça n'intéresse personne_____5=Les gens ne savent pas l'existence de ces filles_____6=NSP_____
88) Pensez-vous que ces **identifications des filles non excisées** sont : *(Il est possible que la réponse soit multiple)* 1=Pertinente pour faire abandonner l'excision au sein de votre communauté_____2=Efficace pour faire abandonner l'excision au sein de votre communauté_____3=La plus économique pour faire abandonner l'excision au sein de votre communauté_____4=Ceux qui ont arrêté l'excision ne risquent plus de le refaire_____
89) Avez-vous eu une ou **des Visites à domicile des acteurs de la promotion de l'abandon de l'excision** ? 1=Oui, une fois_____2=Oui, 2 fois_____3=Oui, 3 fois_____4=Oui, 4 fois et plus_____5=Non, jamais_____
90) Etiez-vous satisfait de ce qui a été dit/fait lors de ces Visites à domicile des acteurs de la promotion de l'abandon de l'excision ? 1=Oui, entièrement satisfait_____2=Oui, Partiellement satisfait_____3=Non pas satisfait_____4=Autre___
91) Pensez-vous que ces **Visites à domicile des acteurs de la promotion de l'abandon de l'excision** sont : *(Il est possible que la réponse soit multiple)* 1=Pertinente pour faire abandonner l'excision au sein de votre communauté_____2=Efficace pour faire abandonner l'excision au sein de votre communauté_____3=La plus économique pour faire abandonner l'excision au sein de votre communauté_____4=Ceux qui ont arrêté l'excision ne risquent plus de le refaire_____
92) Avez-vous écouté, au moins une fois, une **émission radiophonique portant sur l'abandon de l'excision** ? 1=Oui, plusieurs fois_____2=Oui, un peu_____3=Non, aucune_____4=NSP_____
93) Si Oui, que pensez-vous des **Emissions radiophoniques** portant sur l'abandon de l'excision que vous avez écouté ? 1=Une très bonne initiative_____2=Une bonne initiative_____3=Une très mauvaise initiative_____ 4=Une mauvaise initiative_____
94) Si **une très et/ou bonne initiative**, étiez-vous satisfait de ce qui a été dit lors de ces Emissions radiophoniques portant sur l'abandon de l'excision que vous avez écouté ? 1=Oui, totalement_____2=Oui, en partie_____ 3=Non, pas du tout_____
95) Pensez-vous que ces **émissions radiophoniques portant sur l'abandon de l'excision** sont : *(Il est possible que la réponse soit multiple)* 1=Pertinente pour faire abandonner l'excision au sein de votre communauté_____2=Efficace pour faire abandonner l'excision au sein de votre communauté_____ 3=La plus économique pour faire abandonner l'excision au sein de votre communauté_____4=Ceux qui ont arrêté l'excision ne risquent plus de le refaire_____
96) Que pensez-vous des **Emissions TV** portant sur l'abandon de l'excision que vous avez vu ? 1=Une très bonne initiative_____2=Une bonne initiative_____3=Une très mauvaise initiative_____4=Une mauvaise initiative_____
97) Etiez-vous satisfait de ce qui a été dit lors des Emissions TV portant sur l'abandon de l'excision ? 1=Oui, entièrement satisfait_____ 2=Oui, Partiellement satisfait_____ 3=Non, pas satisfait_____
98) Pensez-vous que ces **émissions TV portant sur l'abandon de l'excision** sont : *(Il est possible que la réponse soit multiple)* 1=Pertinente pour faire abandonner l'excision au sein de votre communauté_____ 2=Efficace pour faire abandonner l'excision au sein de votre communauté_____ 3=La plus économique pour faire abandonner l'excision au sein de votre communauté_____ 4=Ceux qui ont arrêté l'excision ne risquent plus de le refaire_____
99) Avez-vous vu dans votre localité des **Affiches (panneaux publicitaires)** portant sur l'abandon de l'excision ? 1=Oui, une fois_____ 2=Oui, 2 fois_____ 3=Oui, 3 fois_____ 4= Oui, 4 fois et plus_____ 5=Non, jamais_____
100) Si Oui, que pensez-vous des **Affiches (panneaux publicitaires)** portant sur l'abandon de l'excision que vous avez vu ? 1=Une très bonne initiative_____ 2=Une bonne initiative_____ 3=Une très mauvaise initiative_____ 4=Une mauvaise initiative_____
101) Etiez-vous satisfait de ce que vous avez vu sur les affiches portant sur l'abandon de l'excision ? 1=Oui, entièrement satisfait_____ 2=Oui, Partiellement satisfait_____ 3=Non pas satisfait_____ 4=Autre _____
102) Pensez-vous que ces **Affiches (panneaux publicitaires)** portant sur l'abandon de l'excision que vous avez vu sont : *(Il est possible que la réponse soit multiple)* 1=Pertinente pour faire abandonner l'excision au sein de votre communauté_____ 2=Efficace pour faire abandonner l'excision au sein de votre communauté_____ 3=La plus économique pour faire abandonner l'excision au sein de votre communauté_____ 4=Ceux qui ont arrêté l'excision ne risquent plus de le refaire_____
103) Avez-vous vu des **Supports éducatifs et promotionnels** portant sur l'abandon de l'excision ? 1=Oui, une fois_____ 2=Oui, 2 fois_____ 3=Oui, 3 fois_____ 4= Oui, 4 fois et plus_____ 5=Non, jamais_____
104) Si Oui, étiez-vous satisfait de ce que vous avez vu/entendu sur les supports éducatifs portant sur l'abandon de l'excision ? 1=Oui, entièrement satisfait_____ 2=Oui, Partiellement satisfait_____ 3=Non pas satisfait_____ 4=Autre ___
105) Pensez-vous que ces **Supports éducatifs et promotionnels** portant sur l'abandon de l'excision que vous avez vu sont : *(Il est possible que la réponse soit multiple)* 1=Pertinente pour faire abandonner l'excision au

sein de votre communauté_____ 2=Efficace pour faire abandonner l'excision au sein de votre communauté_____ 3=La plus économique pour faire abandonner l'excision au sein de votre communauté_____ 4=Ceux qui ont arrêté l'excision ne risquent plus de le refaire_____

106) Avez-vous participé à une activité avec des **Livres et boîtes à images** portant sur l'abandon de l'excision ? 1=Oui, une fois_____ 2=Oui, 2 fois_____ 3=Oui, 3 fois_____ 4=Oui, 4 fois et plus_____ 5=Non, jamais_____

107) Etiez-vous satisfait de ce que vous avez vu/entendu sur les livres et boîtes à images portant sur l'abandon de l'excision ? 1=Oui, entièrement satisfait_____ 2=Oui, Partiellement satisfait_____ 3=Non pas satisfait_____ 4=Autre ___

108) Pensez-vous que ces **Livres et boîtes à images** portant sur l'abandon de l'excision que vous avez vu sont : *(Il est possible que la réponse soit multiple)* 1=Pertinente pour faire abandonner l'excision au sein de votre communauté_____ 2=Efficace pour faire abandonner l'excision au sein de votre communauté_____ 3=La plus économique pour faire abandonner l'excision au sein de votre communauté_____ 4=Ceux qui ont arrêté l'excision ne risquent plus de le refaire_____

109) Avez-vous déjà vu des **Films** portant sur l'abandon de l'excision ? 1=Oui, une fois_____ 2=Oui, 2 fois_____ 3=Oui, 3 fois_____ 4=Oui, 4 fois et plus_____ 5=Non, jamais_____

110) Etiez-vous satisfait de ce que vous avez vu/entendu sur les films portant sur l'abandon de l'excision ? 1=Oui, entièrement satisfait_____ 2=Oui, Partiellement satisfait_____ 3=Non pas satisfait_____ 4=Autre _____

111) Pensez-vous que ces **Films** portant sur l'abandon de l'excision que vous avez vu sont : *(Il est possible que la réponse soit multiple)* 1=Pertinente pour faire abandonner l'excision au sein de votre communauté_____ 2=Efficace pour faire abandonner l'excision au sein de votre communauté_____ 3=La plus économique pour faire abandonner l'excision au sein de votre communauté_____ 4=Ceux qui ont arrêté l'excision ne risquent plus de le refaire_____

112) Avez-vous déjà **reçu** des **SMS** pour des questions liées à l'abandon de l'excision ? 1=Oui, une fois_____ 2=Oui, 2 fois_____ 3=Oui, 3 fois_____ 4= Oui, 4 fois et plus_____ 5=Non, jamais_____

113) Si Oui, étiez-vous satisfait de cette utilisation de SMS portant sur l'abandon de l'excision ? 1=Oui, entièrement satisfait_____ 2=Oui, Partiellement satisfait_____ 3=Non pas satisfait_____ 4=Autre _____

114) Pensez-vous que ces **SMS** portant sur l'abandon de l'excision que vous avez vu sont : *(Il est possible que la réponse soit multiple)* 1=Pertinente pour faire abandonner l'excision au sein de votre communauté_____ 2=Efficace pour faire abandonner l'excision au sein de votre communauté_____ 3=La plus économique pour faire abandonner l'excision au sein de votre communauté_____ 4=Ceux qui ont arrêté l'excision ne risquent plus de le refaire_____

115) Avez-vous déjà assisté à la représentation de **pièces de Théâtres** portant sur l'abandon de l'excision ? 1=Oui, une fois_____ 2=Oui, 2 fois_____ 3=Oui, 3 fois_____ 4= Oui, 4 fois et plus_____ 5=Non, jamais_____

116) Si Oui, que pensez-vous des pièces de Théâtres portant sur l'abandon de l'excision ? 1=Oui, entièrement satisfait_____ 2=Oui, Partiellement satisfait_____ 3=Non pas satisfait_____ 4=Autre _____

117) Pensez-vous que ces **Pièces de Théâtres** portant sur l'abandon de l'excision que vous avez vu sont : *(Il est possible que la réponse soit multiple)* 1=Pertinente pour faire abandonner l'excision au sein de votre communauté_____ 2=Efficace pour faire abandonner l'excision au sein de votre communauté_____ 3=La plus économique pour faire abandonner l'excision au sein de votre communauté_____ 4=Ceux qui ont arrêté l'excision ne risquent plus de le refaire_____

118) Avez-vous participé à des **réunions d'échanges entre filles excisées et non excisées ?** 1=Oui, une fois_____ 2=Oui, 2 fois_____ 3=Oui, 3 fois_____ 4= Oui, 4 fois et plus_____ 5=Non, jamais_____

119) Si Oui, que pensez-vous de ces réunions d'échanges entre filles excisées et non excisées ? 1=Oui, entièrement satisfait_____ 2=Oui, Partiellement satisfait_____ 3=Non pas satisfait_____ 4=Autre _____

120) Pensez-vous que ces **réunions d'échanges entre filles** portant sur l'abandon de l'excision que vous avez vu sont : *(Il est possible que la réponse soit multiple)* 1=Pertinente pour faire abandonner l'excision au sein de votre communauté_____ 2=Efficace pour faire abandonner l'excision au sein de votre communauté_____ 3=La plus économique pour faire abandonner l'excision au sein de votre communauté_____ 4=Ceux qui ont arrêté l'excision ne risquent plus de le refaire_____

121) Avez-vous participé à des **Activités génératrices de revenus (AGR) pour les exciseuses** afin qu'elles déposent leurs couteaux ? 1=Oui, une fois_____ 2=Oui, 2 fois_____ 3=Oui, 3 fois_____ 4= Oui, 4 fois et plus_____ 5=Non, jamais_____

122) Si **Oui ou Non**, que pensez-vous des **Activités génératrices de revenus (AGR) pour les exciseuses** afin qu'elles déposent leurs couteaux ? 1=C'est une excellence chose_____ 2= Cela ne sert à rien_____ 3= Pas d'opinion_____

123) Pensez-vous que les exciseuses qui ont bénéficié de ces projets ont abandonné l'excision ? 1= Oui, toutes_____ 2= Oui, certaines_____ 3= Oui, pour un certain temps_____ 4= Non, personne_____ 5= Ne sais pas_____

124) Pensez-vous qu'après le dépôt de couteau des exciseuses dans votre localité, voisinage/connaissance, d'autres ont repris l'activité d'excision ? *(Il est possible que la réponse soit multiple)* (1= Oui, sa fille_____ 2=Oui, sa petite-fille_____ 3=Oui, une femme de la famille de l'exciseuse_____ 4= Oui, un agent de santé_____ 5=Oui, une autre exciseuse_____

125) Pensez-vous que ces **Activités génératrices de revenus (AGR) pour les exciseuses** sont : *(Il est possible que la réponse soit multiple)* 1**=**Pertinente pour faire abandonner l'excision au sein de votre communauté_____ 2=Efficace pour faire abandonner l'excision au sein de votre communauté_____ 3=La plus économique pour faire abandonner l'excision au sein de votre communauté_____ 4=Ceux qui ont arrêté l'excision ne risquent plus de le refaire_____

126) Connaissez-vous le numéro gratuit 116 ? 1=Oui_____ 2=Non_____

127) Si Oui, il sert à quoi ?

…………………………………………..……………………………………..……………………………
……………..……………………………………………..………………………………………..……………S
i Oui, avez-vous utilisez le 116 ? 1=Oui, une fois_____ 2=Oui, 2 fois_____ 3=Oui, 3 fois_____ 4=Oui, 4 fois et plus_____ 5=Non, jamais_____

128) Si Oui, peut-on connaître les raisons de cet appel ? *(Ne lisez pas. Les réponses pourraient être multiples) 1*=Alerte pour des cas d'excision_____ 2=Violences conjugales_____3=Viols_____ 4=Mariages forcés et précoces_____ 5=Grossesse non désirée_____ 6=Enfants abandonnés_____ 7=Demande d'assistance_____ 8=Demande de renseignement sur le 116_____ 9=Autres (indiqué) ________________

129) **De façon générale**, comment la population perçoit-elle les messages de promotion de l'abandon de l'excision ? 1=Approuve_____ 2=Indifférent_____ 3=S'oppose_____ 4=Ne sait pas_____

130) Pensez-vous que **les stratégies** de promotion de l'abandon de l'excision menées jusqu'à présent dans votre localité sont appropriées pour convaincre la population à abandonner l'excision ? 1=Oui_____ 2=Non_____ 3=NSP_____

131) Si **Non**, en quoi ces activités ne sont pas appropriées ?

………………………………………..…………………………………………..………………………
…………………..……………………………………………..……………………………………………..…P
armi **ces activités**, quelles sont les plus appréciées dans votre communauté ? *(notez seulement les numéros)*

|__||__||__||__||__||__||__||__| (**Voir les modalités de Q58**)

132) Parmi ces activités, quelles sont les plus décriées par votre communauté ? (notez seulement les numéros)

|__||__||__||__||__||__||__||__| (**Voir les modalités de Q58**)

133) Pour vous, quelles sont **les canaux** les plus appropriés pour promouvoir l'abandon de l'excision ? *(Il est possible que la réponse soit multiple) 1*=Relais communautaires_____2=Causeries_____3=SMS_____ 4=Agent de santé_____5=Accoucheuses villageoises_____6=Radio_____6=Télévision_____ 7=Autre______________________

134) Si Radio, quels sont les heures de la semaine où vous écoutez la radio ? *(Il est possible que la réponse soit multiple) 1*=Très tôt le matin (avant 8 heures)_____2=Entre 8 heures et 10 heures_____3=Entre 10 heures et 12 heures_____ 4=Entre 12 heures et 14 heures_____5=Entre 14 heures et 16 heures_____ 6=Entre 16 heures et 18 heures_____7=Entre 18 heures et 20 heures_____8=Entre 20 heures et 22 heures_____ 9=Entre 22 heures et minuit_____10=Après minuit_____

135) Si TV, quels sont les heures de la semaine où vous regarder la TV ? *(Il est possible que la réponse soit multiple) 1*=Très tôt le matin (avant 8 heures)_____2=Entre 8 heures et 10 heures_____3=Entre 10 heures et 12 heures_____4=Entre 12 heures et 14 heures_____5=Entre 14 heures et 16 heures_____6=Entre 16 heures et 18 heures_____7=Entre 18 heures et 20 heures_____8=Entre 20 heures et 22 heures_____9=Entre 22 heures et minuit_____10=Après minuit_____

136) Etes-vous au courant de la déclaration faite par les imams et les leaders religieux pour demander aux populations l'abandon de l'excision ? *(Ne pas poser la question aux leaders religieux)* 1=Oui_____2=Non_____3=NSP_____

137) Que pensez-vous de ces déclarations ? *(Ne pas poser la question aux leaders religieux) 1*=Déclaration sincère_____ 2=Déclaration non sincère_____ 3=Refus de répondre_____

138) Connaissez-vous la position de vos autorités religieuses sur l'excision ? *(Ne pas poser la question aux leaders religieux) 1*=Encourage la pratique_____2=Décourage la pratique_____3=Sont indifférents à la pratique_____4=Encouragent parfois et Découragent d'autres fois_____5=Ne sais pas_____

139) Lorsque vous-mêmes ou un membre de votre communauté demande conseil aux imams sur la pratique de l'excision, que conseillent-ils habituellement ? *(Ne pas poser la question aux leaders religieux) 1*=Abandonner la pratique de l'excision_____2=Continuer à pratiquer l'excision_____3=Faire comme ils veulent_____4=Couper un peu_____5=Ils disent ne pas avoir d'avis ou ne veulent pas intervenir sur le sujet_____5=Refus de répondre_____

140) Existe-t-il localement des leaders religieux favorables à l'abandon de l'excision ? *(Ne pas poser la question aux leaders religieux)* 1=Oui_____2=Non_____3=NSP_____

141) Ces leaders sont de quelle confrérie ? *(Il est possible que la réponse soit multiple) (Ne pas poser la question aux leaders religieux) 1*=Qadiriyya_____2=Tijâniyya_____3=Wahhabya_____4=Ahloussounna

Wal Djama_____5=Malikite_____6=Chiite_____7=Catholique_____8=Témoins de Jéowah_____9=Protestants_____10=Anglicans_____10=Sans religion_____11=Autres religions_____

142) Pensez-vous que si les imams/prêtres et les marabouts conseillent d'arrêter la pratique de l'excision, les familles de votre localité vont obéir ? 1=Oui, toutes les familles_____2=Oui, seulement quelques familles_____3=Non_____4=NSP_____

143) Dans les sermons, que disent les imams sur l'excision ? **(Ne parler que de ce que vous avez entendu)**
……..……..……
……..……..……

144) Pensez-vous que l'excision est recommandée par la religion musulmane ? (Ne pas poser la question aux leaders religieux) 1=Oui_____2=Non_____3=NSP_____

145) Pensez-vous que l'existence de la loi est suffisamment dissuasive sur ceux qui ont l'intention d'exciser ou de faire exciser ? 1=Oui_____2=Non_____3=NSP_____

146) A quel âge **environ et en Général**, pratique-t-on l'excision dans votre localité ? _____/_____

147) A quelle période de l'année se pratique **le plus** l'excision dans votre localité ? *(Il est possible que la réponse soit multiple) 1*=Période de récolte (novembre-janvier)_____2=Période de l'activité agricole (mars-avril-mai) _____3=Période des pluies (mi-mai à Août)_____4=Harmattan et mousson (décembre à février) _____5=Vacance scolaire_____6=Congé scolaire_____7=Saison des pluies_____8=Saison sèche_____

148) Lorsque l'excision se fait dans votre localité, celle-ci se fait avec : 1=Plusieurs filles de la même génération_____ 2=Des sœurs au sein de la même famille_____ 3=Chaque fille à part_____ 4=Indifféremment par lot de toutes les filles dont dispose la famille_____

149) Y-a-t-il des familles dans votre localité qui ne pratiquent pas l'excision ? 1=Oui_____ 2=Non_____ 3=NSP_____

150) Si Oui, quel est, environ, l'effectif approximatif de ces familles ?_____

151) Si Oui, depuis quand ces familles ne pratiquent pas l'excision ?_____

152) Si Oui, ces familles qui ne pratiquent pas l'excision tentent-elles de le cacher? 1=Oui_____2=Non_____3=NSP_____

153) Connaissez-vous des familles dans votre quartier/village qui font semblant de pratiquer l'excision de leur fille, mais ne le font pas ? 1=Oui_____2=Non_____3=NSP_____

V. *CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUES DE L'ENQUETEE*

154) Quel âge avez-vous ?____/____/_____/_____/

155) Quel est votre niveau d'instruction ? 1=Aucun_____2=Primaire_____3=Collège_____4=Lycée_____5=Université_____6=Ecole coranique/Medersa_____7=Alphabétisation_____8=Professionel_____

156) A quel groupe ethnique appartenez-vous ? _____

157) Quelle est votre religion ? 1=Musulman_____2=Chrétien_____3=Animiste_____4=Sans religion_____

158) Si musulman, vous appartenez à quelle confrérie ? *1*=Qadiriyya_____2=Tijâniyya_____3=Wahhabya_____4=Ahloussounna Wal Djama_____5=Malikite_____6=Chiite_____7=N'appartient à aucune confrérie_____

159) Quel est votre statut matrimonial ? 1=Célibataire_____2=Marié_____3=Veuve_____4=Divorcée_____5=Union libre_____

160) Quelle est votre occupation actuelle ? 1=Chômeur/Sans activité_____2=Elève/étudiant (e) _____ 3=Agriculteur/Eleveur/Pêcheur_____4=Employée secteur privé_____5=Fonctionnaire (secteur public) _____6=Commerçant/Entrepreneur_____7=Ouvrier/Artisan_____8=Retraité_____9=Ménagère_____10=Autres (à préciser)_____

161) Dans votre ménage y-a-t-il ? *(Il est possible que la réponse soit multiple)* 1=Electricité_____2=Radio_____3=Télévision_____4=Téléphone_____5=Eau courante (SEG, puits amélioré/forage)_____6=Bicyclette_____7=Motocyclette/Mobylette_____8=Voiture_____8=Camion_____9=Charette_____

162) Quel est le type d'habitation de votre ménage ? 1=Case_____2=Maison individuelle_____ 3=Maison à plusieurs appartements_____4=Immeuble individuel_____5=Immeuble à plusieurs appartements_____ 6=Baraque/Conteneur_____7=Autre_____

163) Combien de pièces séparées y-a-t-il dans votre logement ? _____

164) Quel est le statut d'occupation du logement ? 1=Propriété familiale_____2=Propriété individuelle_____3=Location_____4=Location-vente_____5=Logé par l'employeur_____6=Loger gratuitement_____7=Autre_____

165) Combien de filles avez-vous ? *(Ne poser pas cette question aux mères du groupe I)*_____

166) Vos filles ont-elles été excisées ? *(Ne poser pas cette question aux mères du groupe I)* 1=Oui_____2=Non_____3=NSP_____

167) Si Oui, qui a décidé de l'excision ? *(Il est possible que la réponse soit multiple) (Ne poser pas cette question aux mères du groupe I)* 1=Père_____2=Mère_____3=Grand-mère_____4=Tantes paternelles_____5=Tantes maternelles_____6=D'autres membres de la famille _____7=Exciseuse_____8=Agent de santé_____9=Homonyme_____10=Autres personnes_____

168) Si Non, avez-vous l'intention de l'exciser (de les exciser**)** *(Ne poser pas cette question aux mères du groupe I)* 1=Oui_____2=Non_____3=NSP_____

169) Pensez-vous que les personnes de votre entourage, c'est-à-dire de votre famille et de votre communauté, s'attendent à ce que vous excisiez votre fille ? 1=Oui_____2=Non_____3=NSP_____

170) Pensez-vous que les autres parents de votre entourage, c'est-à-dire de votre famille et de votre communauté, exciseront leurs filles ? 1=Oui_____2=Non_____3=NSP_____

MERCI POUR VOTRE COLLABORATION