



HAL
open science

Acteurs et rhétoriques autour d'une mutation sociale : Pratiques de l'infibulation et de l'excision à Djibouti.

Véronique Petit

► **To cite this version:**

Véronique Petit. Acteurs et rhétoriques autour d'une mutation sociale : Pratiques de l'infibulation et de l'excision à Djibouti.. colloque AISLF : Sociologie des mutations, mutations des sociétés., 2010, Brazzaville, Congo-Brazzaville. hal-00840324

HAL Id: hal-00840324

<https://hal.science/hal-00840324>

Submitted on 2 Jul 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Acteurs et rhétoriques autour d'une mutation sociale : Pratiques de l'infibulation et de l'excision à Djibouti.

Version du 6 mai 2010

Véronique Petit¹

1- Problématique : problème de population et politique de population

Les mutilations génitales féminines (MGF) sont selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) « des interventions qui altèrent ou lèsent intentionnellement les organes génitaux externes de la femme pour des raisons non médicales ». La production de statistiques sur ces pratiques, le combat des associations féministes en Occident et dans certains pays en développement, l'émergence du concept de la santé de la reproduction lors de la conférence internationale sur la population du Caire en 1994, l'évolution du droit international visant à protéger les femmes et les enfants ont contribué à faire de la question des MGF un « problème » de population dans de nombreuses sociétés. Si cette pratique ne se limite pas au continent africain, et si elle n'est pas l'apanage du monde musulman, la question des MGF se pose de manière particulièrement cruciale en Afrique de l'Est (voir carte 1). En effet, dans la région de la Corne de l'Afrique cette pratique touche plus des trois quarts de la population féminine. A Djibouti, elle concerne quasiment l'ensemble de la population féminine puisque selon une enquête démographique réalisée en 2002, 98% des femmes âgées de 15 à 49 ans (Enquête PAPPAM, DISED) ont déclaré avoir subi une forme de mutilation génitale, dont presque les trois quarts l'infibulation. La généralisation de cette pratique, y compris dans sa forme la plus sévère, le fait qu'elle soit perçue comme une coutume ancestrale, qu'elle soit rattachée à l'islam dans le contexte djiboutien, ont eu pour conséquence de rendre tout changement dans ce domaine difficilement envisageable. Les observateurs (les partenaires en développement, les chercheurs en sciences sociales, les institutions productrices de données sociodémographiques) considéraient jusqu'à récemment que cette norme demanderait beaucoup de temps pour être remise en cause, voire pour être éliminée.

Les réflexions et les analyses présentées dans cet article sont le produit d'une recherche conduite en 2006-2007 à la demande du Ministère djiboutien de la santé. Cette initiative ministérielle a été soutenue par deux agences des Nations unies, le FNUAP puis l'UNICEF, qui ont financé cette recherche socio-anthropologique. Ce travail devait apporter des éléments d'informations afin d'éclairer les institutions nationales et internationales dans l'élaboration de la stratégie nationale de lutte contre l'infibulation et l'excision. L'objectif central était d'analyser le processus de décision à l'intérieur des familles qui conduisait soit à la reproduction de la pratique dominante (l'infibulation), soit à l'abandon de toute pratique mutilante, soit à l'adoption d'une pratique moins mutilante que l'infibulation (passage infibulation à excision, ou de l'excision à une forme plus légère). Il s'agissait d'identifier les différents acteurs impliqués dans le processus de décision, de comprendre leurs motivations, leurs changements de comportements ou d'attitudes.

Enfin il était également convenu d'interroger la réalité de l'absence des hommes dans ce processus et le rôle qu'ils jouent au sein des familles. En effet, l'infibulation et l'excision sont présentées de manière unanime comme constituant une « affaire de femmes ». Dans le rapport établi à l'intention des commanditaires de cette recherche [Petit et Carillon, 2007], puis dans un article paru en 2009 [Carillon et Petit, 2009], avec Séverine Carillon nous avons déconstruit cette assertion et la manière dont elle avait été endossée par les chercheurs dans un premier temps, puis par les partenaires en développement. Du point de vue des politiques de population, cet adossement au sens commun avait eu notamment pour conséquence de centrer les actions de sensibilisation et les recherches sur les femmes sans s'interroger sur les positions et le rôle des hommes, sans les prendre en compte dans les programmes de sensibilisation. Dans cet article, nous nous proposons d'aborder la question de l'efficacité des politiques de population sous un autre angle,

¹ Maître de Conférences en démographie, UMR 196 CEPED – Paris Descartes-INED-IRD
veronique.petit@parisdescartes.fr

l'impossibilité, d'obtenir des données sociodémographiques sur certains types de comportements ou d'attitudes selon l'appartenance ethnique puisqu'il faut éviter de mettre en exergue les spécificités des différentes composantes de la nation en construction. C'est notamment le cas de la question qui nous préoccupe. Alors que les entretiens et les récits révèlent des traditions ethniques spécifiques par rapport aux mutilations, il n'a pas été possible de l'enquête d'aborder ces questions de spécificités socioculturelles dans un contexte politique dominé par la volonté d'unification nationale. Par exemple, lors des incidents à la frontière avec l'Erythrée, les sentiments de fierté, de nationalisme sont très vite exacerbés et mobilisés par le gouvernement

La population regroupe plusieurs groupes ethniques (Afars, Issas, Somalis, Arabes), les langues officielles du pays sont le français et l'arabe. Le somali et l'afar sont les langues nationales. Djibouti est une société profondément marquée par la religion, comme en témoigne son statut de république islamique et l'influence du Ministère des Affaires religieuses concernant la législation sociale et familiale. 98% de la population djiboutienne se déclare musulmane de rite sunnite. Ces populations, nomades à l'origine, se sont progressivement sédentarisées au cours du XXe siècle. Ce processus s'explique par la construction du chemin de fer et de l'extension de la capitale qui va concentrer, outre les ressources politiques et administratives, l'essentiel de l'essor économique. La ville de Djibouti regroupe aujourd'hui environ 70% de la population totale du pays. Outre la population nationale, l'Etat djiboutien accueille des réfugiés venus des pays environnants en proie à une forte instabilité politique ainsi qu'à des conflits armés. Ils proviennent principalement de la Somalie, de l'Erythrée, du Soudan, du Yémen et d'Ethiopie. Faute d'un recensement récent, les estimations concernant l'effectif de la population varient significativement. En 2005, les chiffres circulant varient entre 500.000 et 804 000 personnes. Plus récemment en 2008, le PNUD² proposait 620.000 habitants et l'UNICEF³ 849.000. Du point de vue de la dynamique démographique, l'immigration contribue pour moitié au taux d'accroissement de la population (6% annuel). Ces flux de réfugiés constituent de plus en plus en raison de leur nombre et de la situation socioéconomique interne un problème pour l'Etat djiboutien.

En effet, en dépit d'une situation géostratégique, Djibouti possède en effet une façade maritime longue de 370 kilomètres qui donnant sur la Mer Rouge et le Golfe d'Aden le place à l'entrée de la Mer Rouge au carrefour des routes maritimes, cet Etat se distingue par un faible niveau de développement humain. Si l'on se réfère aux données du PNUD, près des trois quarts de la population vivent en dessous du seuil de pauvreté. La comparaison des résultats des enquêtes sur les dépenses des ménages entre 1996 et 2002 indique une aggravation de la pauvreté et des inégalités. 74% des Djiboutiens vivent en dessous du seuil de pauvreté relative en 2002, contre 45% en 1996. Selon le *Rapport Mondial sur le Développement Humain* de 2004, Djibouti est classé 148ème rang sur 177 pays. L'insuffisance du développement se traduit notamment par un faible niveau de l'alphabétisation et de la scolarisation et par les indicateurs sanitaires négatifs : une faible espérance de vie (environ 50 ans) et une mortalité infantile très élevée (114°/00).

Sa position géographique dans une région instable lui vaut la présence militaire de la France et celle des Etats Unis d'Amérique, chacun de ces pays ayant négocié l'installation d'une base militaire en échange d'une rétribution annuelle qui constitue une rente pour ce pays. Ce soutien politique et militaire offre à Djibouti une stabilité unique dans un contexte régional tendu. Celle-ci a permis au cours des dernières années un accroissement des activités commerciales et bancaires, Djibouti cherchant à s'imposer comme place financière régionale. Par contre le secteur primaire reste peu développé. L'accroissement du commerce se traduit par l'extension du port et par la création d'un terminal pétrolier qui permet l'acheminement du pétrole depuis le Tchad, par la création d'une Zone franche commerciale et industrielle. Les retombées de ces initiatives ont cependant un impact limité en terme d'emplois et de réduction de la pauvreté. Dépourvu de matières premières et caractérisé par une agriculture lacunaire, ce pays demeure dépendant d'un approvisionnement en provenance des pays voisins. Enfin pour clore sur ce chapitre, l'activité économique est fortement entravée par la consommation quotidienne et essentiellement masculine de khat. Les conséquences sociales (violences au sein des familles), sanitaires (dépendance, accidents) et économiques (ralentissement de la productivité, captation des ressources des ménages) de cette pratique poussent depuis peu l'Etat et ses partenaires en développement à la pointer du doigt. Elle devient un autre enjeu, une autre « *pratique néfaste* » à faire reculer au nom de la productivité et de la santé...

² Source : <http://www.dj.undp.org/abtdj.html> consulté le 8 avril 2010.

³ Source : http://www.unicef.org/french/infobycountry/djibouti_statistics.html consulté le 8 avril 2010.

3- Acteurs et rhétoriques

Voyons en retraçant l'histoire de la mobilisation en faveur de la lutte contre les MGF, quels ont été les types d'argumentaires mobilisés, quels ont été leurs degrés d'efficacité et leurs limites. En effet, « Le changement, ce n'est pas seulement des forces historiques et macro sociales, c'est aussi l'interaction des stratégies multiples de très nombreux acteurs » [Mendras et Forsé, 1983 : 11]. Cependant avant de voir comment les acteurs impliqués dans la lutte contre les MGF, il importe de s'interroger sur la désignation même de l'objet de ce combat.

3.1. Une demande institutionnelle complexe : des ambiguïtés révélatrices

La demande qui nous avait été faite était en fait plus complexe qu'elle ne pouvait l'apparaître au premier abord car les différentes institutions engagées ne partageaient pas au moment de l'enquête les mêmes positionnements idéologiques, les mêmes registres argumentaires pour justifier la lutte contre ces pratiques, pour légitimer la nécessité de les éliminer. Ces différences d'approches se traduisaient notamment par l'emploi d'acronymes ou de termes particuliers afin de désigner ces pratiques.

C'est ainsi que l'UNICEF utilisait dans les documents qu'elle produisait ou dans les débats auxquels se représentaient prenait part l'acronyme de E/MGF, c'est-à-dire « Excision/Mutilations Génitales Féminines ». Le fait de mettre en avant l'excision et de la distinguer des autres formes de mutilations génitales traduisait l'idée selon laquelle il ne s'agissait pas pour cette agence des Nations unies d'être dans une position maximaliste en prônant une politique ayant pour objectif un abandon total des MGF. Pour l'UNICEF, il n'était pas question en effet de promouvoir une rupture radicale, mais de défendre un changement construit en accord avec les populations et en respectant les spécificités culturelles des communautés concernées. Sa conception du développement est donc plus liée à celle d'évolution ou de changement social qu'à celle plus brutale de mutation. Elle repose sur l'idée que le changement doit être dans une certaine mesure compatible avec le système de valeurs pour être acceptable par les populations et donc pour être accepté. Si l'on reprend le vocabulaire de l'UNICEF, toute innovation dans les pratiques doit faire l'objet d'une « convention sociale » pour reprendre la ligne de conduite défendue à l'époque et expérimentée dans d'autres pays [Digest Innocenti, 2005]. Cette position a été critiquée dans la mesure où elle s'inscrit dans la perspective d'un certain relativisme culturel, et qu'elle soulève la question de l'identification des acteurs décidant dans la société concernée des termes de cette convention sociale. En clair, quelle est la place réservée aux femmes dans ce processus ? Face à la dureté et à la violence que représente l'infibulation, l'excision apparaissait comme constituant une solution de compromis acceptable par les deux parties (UNICEF et communautés). La population djiboutienne se voyait reconnaître le droit de poursuivre une pratique ancestrale apparaissant comme essentielle car structurante de l'organisation sociale, tandis que l'UNICEF en cas de succès pourrait se prévaloir d'avoir contribué à éliminer une pratique source de mortalité et de morbidité, pratique apparaissant aux yeux de l'extérieur (Occident, féministes, défenseurs des droits humains) comme dégradante, humiliante et violente à l'encontre des femmes. Le passage de l'infibulation à l'excision constituait dans cette démarche une première étape préalable à une seconde, où l'objectif serait de glisser de l'excision à une forme encore plus légère ou à un arrêt de cette pratique.

De son côté, le FNUAP faisait référence aux « MGF » sans distinguer en aucune manière tel ou tel type de mutilations génitales féminines. Cette agence dont le slogan est « *la cause des femmes* » et l'objectif central la défense des droits des femmes en matière de santé de la reproduction adoptait ainsi une posture nettement plus radicale en cherchant à orienter la politique nationale de lutte contre les MGF en cours de construction, vers une stratégie dont l'objectif était clair et dépourvu d'ambiguïtés : l'éradication de l'ensemble des mutilations. Il convient donc de souligner que ces deux agences du Système des Nations unies ne parlaient pas d'une voix identique et elles ne s'appuyaient pas sur le même registre argumentaire. Enfin, du côté des institutions nationales, le Ministère de la santé notamment parlait de « *pratiques néfastes* », mais sans jamais désigner explicitement à quoi ces « *pratiques néfastes* » faisaient précisément référence et quels types de comportements entraient sous cette désignation.

Loin d'être anecdotiques ces différences terminologiques posent d'entrée une série de questions cruciales alors qu'il s'agit d'élaborer une politique de population : comment agir sur des pratiques si les acteurs institutionnels impliqués dans le changement social ni ne les conçoivent, ni ne les désignent de manière identique ? Derrière cette disparité de points de vue se dissimule la question de l'efficacité de la politique de lutte contre les MGF, car en effet comment construire une politique cohérente lorsqu'il n'y a pas

de consensus sur l'objet désigné du changement ? Enfin derrière la pluralité des désignations usitées se pose la question de ce que l'on définit comme étant une mutilation génitale féminine. En effet, en fonction des pratiques que l'on fera entrer ou non dans cette catégorie très large, on construira différemment le type d'argumentation justifiant leur abandon.

3.2. « Pratiques néfastes », versus tradition

La lutte contre les « mutilations génitales féminines » si l'on reprend la terminologie de l'OMS a été lancée au début des années 1980 à l'intérieur de la société civile féminine djiboutienne grâce à l'Union nationale des femmes djiboutiennes (UNFD). L'initiative de ces femmes a été réalisée en dehors de toute pression internationale. Cependant les femmes qui entrent dans cette mouvance associative sont pour l'essentiel des femmes éduquées. Elles ont poursuivi leurs études secondaires ou supérieures en France, car à cette époque l'Etat djiboutien ne disposait pas d'instituts supérieurs de formation et d'université. Ces femmes dites « pionnières » ont donc pendant plusieurs années durant leur jeunesse expérimenté un modèle de société caractérisé par des relations de genre plus égalitaires et une plus grande autonomie des individus. L'UNFD engage la lutte en s'élevant avant tout contre la pratique de l'infibulation. En effet, celle-ci constitue un traumatisme physique et psychique profond pour les fillettes au moment de l'intervention, traumatisme qui sera réactivé tout au long de leur vie génésique en raison des conséquences physiologiques qu'elles subiront avec leur cohorte de souffrances et douleurs.

Suite à l'initiative de l'UNFD, l'Etat créé en 1984 un Comité national de lutte contre les pratiques néfastes, le CNLPS, sans que l'excision et l'infibulation soient explicitement désignées comme « pratiques néfastes ». Ce comité va développer des actions en matière de sensibilisation auprès des femmes, des acteurs politiques, des exciseuses et des leaders religieux. Un « *Programme National de Lutte contre les MGF* » est lancé en 1998 avec pour objectif de mobiliser des fonds au niveau des agences tant nationales qu'internationales pour l'élimination de l'excision et de l'infibulation à Djibouti. Le Ministère de la Santé développe en 1999 un projet spécifique ayant pour but l'élimination de toutes les pratiques néfastes dans le cadre du Programme National de Maternité Sans Risque. La « *Stratégie Nationale pour l'Abandon de l'Excision et de l'Infibulation* » (SNAEI) est élaborée en 2006 afin d'abandonner l'excision et l'infibulation. Cette stratégie nationale recourra à une argumentation moderne s'appuyant sur les notions de respect de l'intégrité physique et de promotion de la santé des femmes. Dans ce cadre, un plan d'action national quinquennal est mis en place [Petit et Carillon, 2007 : 7-8]. En 2008, une nouvelle étape sera franchie grâce à l'obtention d'un consensus autour de la nécessité d'éliminer l'ensemble des MGF.

Lorsqu'on interroge les hommes et les femmes sur les raisons qui légitiment selon eux l'infibulation ou l'excision, l'argument généralement avancé est celui de rendre les fillettes mariables. La famille doit disposer de filles pouvant entrer dans l'échange matrimonial en confortant l'honneur de la famille. « *Nos filles ne pourront jamais être mariées si elles ne sont pas excisées* » (F15). Celles-ci doivent arriver vierges au mariage, elles doivent être ouvertes par leur mari la nuit de nocce. Tandis que les femmes doivent prouver leur virginité, les hommes de leur côté doivent affirmer leur virilité. Il convient de souligner que si l'infibulation est une épreuve pour la fillette, l'ouverture du sexe de l'épouse constitue un acte redouté par les jeunes époux car les chairs cicatrisées se sont soudées et elles rendent la pénétration aléatoire. Le mariage constitue une étape essentielle dans la vie d'une femme, c'est grâce au mariage qu'elle accédera au statut d'épouse puis de mère. Par conséquent le mariage est l'affaire de la famille : « *C'était un bout de viande qu'il fallait enlever. Il fallait le faire rapidement avant que je grandisse pour trouver...tu sais ce que disaient nos parents? Pour trouver 'un bon mari' ! Pour avoir un bon mari, pour être intégrée, être une bonne mère, une bonne épouse* » (F2). C'est aux femmes de la famille qu'il revient le rôle d'éduquer leurs filles et de les préparer au mariage. Une jeune femme qui n'est pas infibulée est aussitôt suspectée d'avoir eu des relations pré nuptiales : « *C'était honteux de trouver à notre époque une fille qui n'était pas cousue. Parce que les gens de notre époque, surtout les hommes, lorsque cette fille elle va se marier et si la fille elle n'est pas cousue, elle était considérée comme une putain... il fallait que les toutes les filles soient cousues et infibulées pour qu'on ne puisse pas dire 'c'est une putain* » (F5). Cette représentation est confirmée par un homme : « *L'histoire qu'on raconte sur les filles, si elles sont pas excisées, elles deviennent des filles faciles* » (H3). Il s'agit également de contrôler la sexualité des femmes qui est présentée comme étant « débordante ». L'infibulation et l'excision doivent amoindrir les pulsions féminines et elles contribuent ainsi à éviter toute relation sexuelle pré et hors mariage. H5 affirme ainsi, « *le rôle de l'incision (...) c'est une question de retarder l'orgasme de la fille. C'est-à-dire en principe si elle n'est pas excisée, vers les vingt ans, elle peut*

avoir des pulsions, des désirs très intenses et tout ça... l'idée est d'atténuer le désir sexuel » (H5). Cette idée est reprise par H4 : « *L'argument pour les hommes, c'est le fait de dire : 'ta fille est infibulée, donc il n'y a pas de risque de coucher de gauche, de droite. Dans une société où le sexe est tabou, une femme est considérée comme pas sérieuse si elle est pas excisée* ».

Cette désignation de l'excision et de l'infibulation en tant que « *pratiques néfastes* » les renvoie du côté des coutumes anciennes qu'un Etat moderne se doit d'abandonner. Associer ces pratiques à une tradition, à un héritage, a eu pour conséquence de concentrer l'action en matière de sensibilisation et de recherche sur les femmes. Les femmes sont dès lors identifiées comme les agents de transmission d'une pratique désormais stigmatisée par l'Etat. Ce n'est pas un hasard si la première enquête sociologique sur le sujet est réalisée en 1999 auprès des exciseuses, puis, si les suivantes se focalisent sur les femmes. En quelque sorte, celles-ci apparaissent comme étant responsables de ce qui leur arrive soit en tant que genre, soit en tant qu'individu disposant de compétences particulières. Un père de famille affirme par exemple : « *C'est la femme qui est responsable de la fille et c'est elle qui est responsable du mal. C'est elle qui a le pouvoir de décider d'exciser la fille* » (H2). Les femmes sont présentées par les hommes comme les actrices de leurs propres souffrances et c'est donc elles qui doivent agir en premier lieu afin de faire évoluer leur situation : « *C'est aux femmes de passer à l'acte* » (H6).

Si la manière de désigner les mutilations génitales féminines n'est pas homogène, il existe néanmoins un consensus social, politique et institutionnel pour affirmer que les MGF constituent une « *affaire de femmes* ». En effet l'ensemble des acteurs reprend et adhère à l'assertion commune selon laquelle les MGF constituent « *une affaire de femmes* ». Au niveau de la population Djiboutienne, sauf exception, cette affirmation est reprise, partagée, réaffirmée par les femmes et les hommes que nous avons interrogés. Cependant il est difficile de dater ce positionnement tant il paraît « naturel » à chaque genre. Cette revendication identitaire (« *une affaire de femmes* ») permet aux femmes de s'affirmer comme les détentrices de cette lutte en tant que victimes et de s'affirmer sur la scène politique. Elle permet inversement aux hommes de s'exclure de cette question qui émerge sur la scène sociale et d'éviter toute implication individuelle ou collective. La majorité des hommes justifient leur non intervention dans le processus de décision par le respect qu'ils doivent aux femmes de leur famille et en raison de leur aspiration à maintenir l'ordre social et familial. La crainte de la déviance est extrêmement forte dans une société attachée au respect de l'apparence [Carillon et Petit, 2009]. Ce discours a été également repris par les institutions internationales et nationales. Cette rhétorique entre parfaitement en synergie par exemple avec le slogan du FNUAP « *la cause des femmes* », les chargé(e)s de programmes dans ces institutions sont uniquement des femmes, cette lutte est devenue leur « chose », leur « cause », et de fait les institutions et les femmes qui les incarnent excluent les hommes de cette question dont elles cherchent paradoxalement à faire une question de société dans le même temps.

Contrairement à la circoncision, les MGF ne donnent lieu à aucune festivité et réjouissance sur la scène sociale, elles se déroulent dans l'espace domestique. La relation homme/femme est pensée comme naturelle car elle repose sur une inégalité biologique relevant d'un ordre divin et d'un ordre social hérité. Les MGF contribuent donc à la naturalisation des rapports de genre inégalitaires. Face à ce nouvel opprobre, nos interlocutrices nous rappellent que l'infibulation la plus sévère est qualifiée de « *pharaonique* ». Cette référence à une origine étrangère -égyptienne- est censée face à des chercheuses occidentales les dédouaner de leur implication dans ce rituel. C'est d'une manière de dire que cette tradition vient de l'extérieur, qu'elle a peut-être été imposée dans un lointain passé à cette population.

Dans les premiers temps de la lutte contre les MGF, les seuls hommes visés par les politiques de sensibilisation mises en œuvre le sont en raison de leur position de pouvoir dans la société. Ils appartiennent à la sphère du pouvoir politique (députés), soit à celle de la sphère religieuse. Ils sont sensibilisés à cette question en raison de l'influence qu'on leur prête sur le reste de la société, mais à aucun moment ils ne sont interpellés en tant qu'individus représentant un genre, en tant que père de famille, de conjoint par exemple. La dimension individuelle n'est nullement évoquée puisqu'il s'agit d'une coutume. La responsabilité individuelle ne serait être engagée, car on s'y conforme sous le poids de la tradition, de la communauté, de l'entourage familial. Certains pères de famille se replient derrière la pression sociale et la pression familiale incarnée par les femmes, pour expliquer leur incapacité à protéger leur fille : « *Je n'ai pas voulu que mes filles soient excisées, mais il y a quand même la contrainte culturelle, une pesanteur culturelle... sa grand-mère, ma belle-mère et puis même sa tante paternelle qui vivent avec moi maintenant étaient vraiment*

gênées, elles n'étaient pas d'accord, moi j'ai du céder... ». De plus, il s'agit d'un comportement collectif où les hommes sont supposés ne pas intervenir, n'avoir rien à dire, n'en rien penser, puisqu'il s'agit « question de femmes ».

Les hommes interrogés en présentant la coutume comme une tradition sociale ancrée dans un héritage ancestral justifient leur absence du débat et des actions de sensibilisation. La présence d'hommes dans les associations est marginale, dans les ministères « cette cause » semble être l'apanage des femmes, et cette répartition des rôles se retrouve dans les agences internationales où les chargé(e)s de programmes relatifs aux MGF sont, sauf exception, des femmes. Du point de vue des hommes, cette inégalité est constitutive de l'organisation sociale et elle ne doit pas être remise en cause. Les partenaires en développement ne leur ont jamais demandé leur avis sur la question des MGF, alors pourquoi désormais vouloir les impliquer ? De manière assez adroite et stratégique, ils cherchent à rester extérieurs à une pratique en désignant la lutte contre les MGF comme un espace de liberté pour les femmes : « *Dans une société comme Djibouti, où la société considère que c'est un domaine réservé de la femme, je ne vois pas pourquoi j'ôterais ça à ma femme si vraiment elle veut occuper tout son espace* » (H4). Affirmant ainsi respecter les femmes, ils les piègent ainsi que les institutions qui voudraient aujourd'hui les impliquer dans leurs programmes d'actions après les avoir marginalisés au nom d'une problématique strictement féminine. Enfin, ils cherchent à dédramatiser et banaliser l'infibulation et l'excision en les présentant comme des pratiques « banales », « *quelque chose de naturel dont on ne parle pas* ».

3.3. Les MGF, une pratique religieuse ?

La pratique des MGF est également fréquemment justifiée lorsqu'on interroge des femmes et des hommes par un argument religieux. Cette justification religieuse se superpose partiellement à celle de la tradition, les deux étant indissolublement liées. Afin d'expliquer cette pratique, une partie de la population se réfère au coran ou à la *sunna* et évoque en particulier deux *hadiths* supposés expliciter la position du Prophète sur cette pratique. Ce dernier aurait dit de l'excision qu'elle « *est le mérite des filles* », et voyant un exciseuse opérer il aurait ajouté : « *lorsque tu effectues une excision, garde toi bien de tout enlever. La femme demeurera épanouie et le mari en tirera plus de plaisir* ». Soulignons un glissement révélateur des ambiguïtés : alors que la pratique la plus répandue dans les générations des femmes interrogées est l'infibulation, la référence religieuse s'applique à l'excision.

Les hommes et les femmes déclarent agir au nom de la religion : « *Je l'ai fait parce que nous sommes des personnes qui connaissent la religion. Nous, on nous a appris qu'il fallait faire ça* » (F5). Ils pensent sincèrement se comporter de leur mieux, c'est-à-dire en bon croyant ou bonne croyante : « *C'est quelque chose qui va les rendre... qui ne va pas leur causer du tort, de couper un peu, et qui va même nous soulager car on a accompli notre mission vis-à-vis du coran* » (H5). Ils se conforment à leurs croyances en appliquant ce qu'ils pensent être les recommandations de l'islam : « *Tout le monde pensait que c'était écrit dans le Coran* » (F14), d'autant plus que cette injonction est véhiculée par certains imans. D'autre part, dans le cas des femmes, il faut rappeler que celles-ci, sauf exception, n'ont pas été longtemps scolarisées et qu'elles n'ont pas reçu un enseignement religieux poussé. Elles ne disposent pas des outils conceptuels pour discuter des interprétations du Coran, d'autant qu'elles sont placées dans une position de subordination face à une autorité religieuse. A l'injonction d'être une bonne mère ou une bonne tante qui préparent correctement les filles de la famille à leur mariage, se superpose l'injonction d'être une bonne croyante, d'être une bonne musulmane. Injonction très forte dans un Etat où l'islam est la religion officielle et où le Ministère des affaires religieuses régit en large partie ce qui relève des affaires familiales.

Si au niveau de la population, il règne encore une certaine confusion sur la position officielle des religieux à Djibouti, les acteurs impliqués dans la lutte ont clairement choisi de dissocier religion et MGF. Au niveau national et régional des conférences ont été organisées par l'UNICEF et l'OMS afin d'affirmer que les MGF ne constituent pas un acte religieux. Ainsi dès 1988, l'UNFD, l'OMS et l'UNICEF organisent une conférence nationale sur « *la circoncision féminine n'est pas un acte religieux* », l'épouse du Président djiboutien y assiste en personne. En 2005, une conférence sous-régionale s'intitule « *Pour un consensus politique et religieux pour l'élimination des MGF* ». L'année suivante, l'université Al Azhar du Caire prononce une fatwa condamnant les mutilations génitales féminines, qualifiées de *crime contre l'espèce humaine*. Elles sont accusées de porter atteinte aux valeurs de l'islam. L'université Al Azhar constitue un repère religieux de très haute importance car Djibouti est culturellement influencé et attiré par le monde arabo-musulman (l'Egypte, le Yémen et la péninsule arabique en particulier). Les Djiboutiens définissent

souvent leur identité en s'opposant à l'Afrique noire et en réaffirmant leurs liens avec le monde arabe.

Si aujourd'hui, les instances religieuses sunnites djiboutiennes sous la pression de l'Etat affirment que les MGF ne constituent pas un acte religieux, outre que localement certains imams continuent d'affirmer le contraire, un autre fait contribue à entretenir la confusion. Le type le plus léger de MGF est nommé *sunna*, c'est une incision dont l'objectif est de faire couler le sang. Ce terme renvoie explicitement au contexte religieux puisque ce terme est une référence centrale dans l'univers musulman. La *sunna* est après le Coran la seconde source législative de l'islam. *Sunna* signifie en arabe « règle de conduite ». Elle désigne, selon Roger Arnaldez, « les pratiques suivies par le Prophète, et plus généralement les enseignements et les exemples qu'il a donné. La *sunna* est transmise sous forme de récits et d'informations qui portent le nom de *hadiths* et de *khabar* » [Arnaldez, 1992 : 830-832]. Les Sunnites affirment que « tout ce dont la connaissance est nécessaire aux croyants (...) est contenu dans le Coran et la *Sunna*, ceux-ci sont tenus d'y chercher et d'y trouver, par un effort incessant (*idjtihad*), les solutions à tous les problèmes qui se posent, toujours nouveaux, aux sociétés humaines. Le musulman a pour obligation d'ajouter foi aux recueils d'*hadiths* reconnus authentiques par la tradition à laquelle il se rattache⁴. Le sunnisme s'est montré particulièrement soucieux d'établir l'authenticité des hadiths sur lesquels il s'appuie et a développé une science du hadith qui donna lieu à une littérature abondante. Selon les commentateurs l'excision a été désignée soit comme une recommandation pour les femmes, et dans ce cas elle est considérée comme constituant un honneur, un geste noble ou une action méritoire (*makrumah*), soit comme une obligation⁵. Les Sunnites, qui sont désignés en arabe comme les hommes de la *sunna* et de la communauté (*ahl al-sunna wa'l-djama'a*), sont attentifs à l'idée de consensus et de compromis. Toujours selon Arnaldez, le sunnisme n'est ni un système, ni une doctrine, mais il est « en fait, et selon les circonstances, une attitude de perpétuel compromis ». Cette attitude lui procure « souplesse dogmatique et réalisme politique » et elle explique peut-être l'attitude des imams à Djibouti qui prêchent aujourd'hui l'abandon de la pratique des MGF. Si le compromis est une attitude qui peut être positivement interprété dans une perspective de changement, il convient cependant de ne pas la surinterpréter car son corollaire est une très forte pression afin d'éviter les divergences (*ikhtilafat*) trop profondes au sein de la communauté. L'*ikhtilafat* apparaît comme le « mal radical » qu'il convient de combattre : « les gens de la Sunna ont le devoir d'éviter et de tenir à l'écart (...) tous ceux qui cherchent à semer la division dans la communauté » [Ibn Batta cité par Arnaldez].

Cette forme de mutilation revêtue des habits de la tradition religieuse apparaît donc comme étant légitime et elle n'entre pas par conséquent aux yeux d'une partie de la population dans la catégorie des MGF à combattre. L'autre conséquence de cette dénomination est qu'en renvoyant les MGF dans la sphère du religieux, elle légitime les imams à intervenir dans le débat social et politique. Un des hommes que nous avons interrogés nous rappelle que : « *Dans le changement d'une société, les hommes ont un rôle à jouer en tant que religieux, c'est-à-dire les hommes qui prêchent dans les mosquées, qui prêchent à la télévision...* » (H3). Cet homme souligne que dans la société djiboutienne, quelque soit ses composantes ethniques, l'islam demeure un pilier structurant d'une organisation sociale fortement intégrée. Les religieux sont légitimés à intervenir dans le débat par la population, par les institutions nationales et par les agences internationales. Ce sont les seuls hommes à prendre position et à être écoutés, non pas en tant père ou conjoint, mais en tant que porteur d'une prescription, d'un dogme, d'une autorité morale. Seuls hommes à apparaître dans une question présentée comme une « *question de femmes* ». Selon Françoise Héritier « le discours symbolique légitime toujours le pouvoir masculin (...). Dans tous les cas, l'homme est la mesure naturelle de toutes choses, il crée l'ordre social » [Héritier, 1996 : 224].

3.4. La rhétorique de la modernité : droit et santé

Aiguillonné par l'UNFD, épaulé par les agences des Nations unies, l'Etat djiboutien va

⁴ Le chiisme et sunnisme divergent sur les recueils de hadiths qu'ils reconnaissent. Alors que sunnisme et chiisme reconnaissent le même Coran, ils s'opposent sur des recueils de hadiths différents.) Ils se sont constitués au 9ème siècle. Il y a plusieurs recueils canoniques de hadiths, qui se sont imposés petit à petit dans la communauté musulmane par consensus, puisqu'il n'y a pas d'autorité dogmatique centrale en islam comme dans le catholicisme. Ces recueils sont au nombre de six pour le sunnisme et de quatre pour le chiisme.

Source : site internet de Ralph STEHLY, Professeur d'histoire des religions, Université Marc Bloch, Strasbourg consulté le 14 avril 2010. <http://stehly.chez-alice.fr/nouvelle31.htm>

⁵ Source : site internet de Ralph STEHLY, Professeur d'histoire des religions, Université Marc Bloch, Strasbourg consulté le 14 avril 2010. <http://stehly.chez-alice.fr/nouvelle31.htm>

progressivement mobiliser un nouveau type de rhétorique. En 1995, l'Etat modifie le Code civil et introduit l'Article 333 qui désigne les MGF comme une violence faites aux femmes, violences qui sont dès lors sanctionnables par la loi. « *La violence imposée par les MGF est passible de cinq ans d'emprisonnement et d'une amende de un million de francs djiboutien* ». Cet article se réfère aussi à l'article 16 de la Constitution qui condamne « *toutes les formes de tortures, d'abus ou de traitements inhumains cruels et humiliants contre les êtres humains* ». Cet article introduit une rupture symbolique puisqu'il substitue à la norme héritée de l'histoire, une nouvelle norme imposée par le droit et synonyme de modernité. Cependant si cet article est connu de tous à Djibouti, il demeure dénué d'efficacité. En effet, sa formulation et son adéquation avec la réalité socioculturelle posent une série de problèmes. D'une part, il ne définit pas précisément ce que recouvre la catégorie MGF : quelles sont les pratiques dissimulées derrière ce terme générique ? Est-ce que cela concerne uniquement l'infibulation ? Quand est-il de l'excision et de la *sunna* ? D'autre part, il reste inappliqué car inapplicable. Il n'est pas envisageable pour une femme de se retourner contre sa famille et d'accuser ses parents en déposant une plainte au tribunal. Si une femme agissait de la sorte, elle jetterait la honte, le discrédit et le déshonneur sur sa famille. Elle s'exclurait de fait et serait marginalisée au sein même de sa famille et de sa communauté. « *Dans chaque famille, il y en a qui s'adonne à cette pratique, qui perpétue cette pratique. Donc (...) si on commence à poursuivre, ça ne va plus s'arrêter (...) Le procureur, s'il poursuit quelqu'un, demain, ça peut être sa tante (...) C'est peut-être cette chaîne-là qui fait peur à tout le monde (...) Tous, ils nous ont blessé, fait du mal, mais en même temps, on est lié par le sang, par la chair. (...) En poursuivant quelqu'un, on poursuit tout le monde* » (F4). Aucun procès n'a jamais eu lieu sur la base de cette loi. Elle est quotidiennement bafouée en toute quiétude.

Parallèlement dans les années 1990 et 2000 l'État djiboutien ratifie une série de conventions internationales sur les droits de la femme⁶, les droits des enfants⁷, adhérant ainsi au discours universaliste porté par les agences des Nations unies. Il ratifie notamment en 2005 le Protocole de Maputo qui élargit les droits des femmes (droit à la vie, droit à la dignité, à l'éducation, à l'intégrité et à la sécurité physique, à la protection politique, économique et sociale des droits de la santé de la reproduction). Les MGF sont alors considérées comme une violation des droits des fillettes et des femmes. Elles sont conçues comme le reflet d'une inégalité profonde entre les sexes et elles constituent une forme extrême de discrimination à l'égard des femmes. Etant pratiquées sur des mineures, elles constituent une violation des droits de l'enfant. Ces pratiques violent également les droits à la santé, à la sécurité et à l'intégrité physique, le droit d'être à l'abri de la torture et de traitements cruels, inhumains ou dégradants, ainsi que le droit à la vie car elles ont des conséquences mortelles. Cet ancrage de nouveau type d'argumentaire conduit en 2004 au lancement du projet « *Information, Education et communication en faveur de l'élimination des MGF* », des ateliers de plaidoyer, des campagnes de sensibilisation, des conférences, sont alors organisés et largement médiatisés.

Parallèlement à l'argumentaire du droit, la lutte contre les MGF s'appuie également de plus en plus largement sur un argumentaire relevant de la santé. Cette rhétorique est construite par l'OMS et elle est relayée par le FNUAP, l'UNICEF et le Ministère de la santé. Selon l'OMS, les mutilations sexuelles féminines recouvrent « *toutes les interventions incluant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toute autre lésion des organes génitaux féminins qui sont pratiquées pour des raisons non médicales* »⁸. Cette argumentation va à l'encontre de l'idée traditionnelle selon laquelle l'excision aurait une valeur prophylactique contre les maladies vénériennes. Dans la constitution des imaginaires et des représentations, laideur, saleté et impureté se confondent comme l'attestent les témoignages suivants : « *Ce clitoris ce n'est pas sain, c'est sale, c'est comme ça que les grands-mères elles voyaient les choses, elles ne voient pas ça en mal. Le fait d'exciser les filles, c'est quelque chose de bien* » (F3) ; « *Les hommes étaient persuadés quand on excise la fille, qu'on la nettoyait en fait !* » (F2) ; « *La fille à qui on ne fait pas de mutilation, c'est pas très joli* » (F10). « *Je voyais ma propre fille qui avait son clitoris,*

⁶ La Convention relative à l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes est entrée en vigueur le 13 janvier 1984. Elle stipule dans son article 2 que : « *Les Etats parties s'engagent à prendre toutes les mesures appropriées, y compris les dispositions législatives, pour modifier ou abroger toute loi, disposition réglementaire, coutume ou pratique qui constitue une discrimination à l'égard des femmes* ».

⁷ La Convention internationale sur les droits de l'enfant est entrée en vigueur le 6 septembre 1990. Elle mentionne dans son article 24 que : « *Les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et prennent toutes les mesures efficaces appropriées en vue d'abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants* ». Cette convention a été ratifiée par le gouvernement djiboutien en 1990.

⁸ Source : OMS : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/fr/index.html> consulté le 8 avril 2010.

je voyais qu'elle n'était pas belle » (F15).

L'OMS distingue quatre types de mutilations : le type 1 renvoie à la *sunna* (pincement, saignement), le type 2 à l'excision (excision du clitoris et excision partielle ou totale des petites lèvres), le type 3 à l'infibulation (excision totale et suture) ; le type 4 englobe les autres formes de mutilations (toutes les autres interventions néfastes au niveau des organes génitaux féminins à des fins non médicales, par exemple, piquer, percer, inciser, racler et cautériser les organes génitaux). L'OMS insiste sur les conséquences de ces pratiques. Elle distingue les complications immédiates (tétanos, septicémie, ulcération génitales et des tissus voisins, rétention urinaire), des complications à plus long terme (infections récidivantes de la vessie et des voies urinaires ; kystes ; stérilité, complications lors de l'accouchement, décès des nouveaux-nés). Ces mutilations ont des conséquences sévères, parfois dramatiques, en terme de morbidité et de mortalité, même si la surmortalité maternelle due aux MGF est par exemple difficile à mesurer. Selon une étude de 2005 de l'OMS, les MGF accroissent la mortalité des nouveaux-nés. Conscient des conséquences morbides des MGF, le Ministère de la santé déclare en 1997 que celles-ci constituent « *une priorité en santé publique* » et il lance en 1999 le Programme national de maternité sans risque.

Cette approche des MGF en terme de santé a des retombées importantes en matière de recherche puisque une série d'enquêtes est réalisée afin de mesurer précisément la prévalence des différents types de MGF dans la population féminine selon les générations afin d'établir les conséquences de ces mutilations sur la vie génésique des femmes. En 2002, l'Enquête sur la fréquence, les complications et les stratégies d'interventions liées aux MGF (Ministère de la santé, UNICEF) établie la corrélation entre MGF et complications obstétriques, gynécologiques, complications néonatales. En 2002, l'Enquête PAFAM (Programme Arabe sur la Santé de la Famille) menée par DISED constitue la première tentative afin de mesurer la prévalence des MGF auprès des femmes âgées de 15 à 49 ans. Presque 98% des femmes déclarent avoir subi une MGF, dont 75,5% l'infibulation. On observe une transformation dans la répartition des types de mutilations avec une diminution progressive de l'infibulation pour les plus jeunes et une augmentation corollaire de la *sunna*. Il n'y a pas eu de diminution observable de la prévalence des MGF entre 1952 (génération des femmes de 50 ans) et 1987 (dernière génération étudiée dans l'enquête) mais un lent glissement de la forme la plus sévère de mutilation vers la plus légère (voir tableau 1). L'enquête PAFAM, mesure également l'état de l'opinion féminine vis-à-vis des MGF. Une part importante des femmes juge que les MGF sont « *inutiles* ». Ces femmes sont même majoritaires dans certains groupes d'âge par rapport à celles qui jugent les MGF « *nécessaires et importantes* » (voir tableau 2). Une différence significative existe entre les femmes du district de Djibouti et celles des districts de l'intérieur : les premières sont 52,1% à penser que la pratique doit être arrêtée contre seulement 23,9% pour les secondes [Belbéoch, 2006 : 8].

Tableau 1. Répartition de la prévalence des MGF selon le type et l'âge à Djibouti en % (Belbéoch, 2006 : 8)

	Aucune	Type I (sunna)	Type II (excision)	Type III (infibulation)	N
15 à 19 ans	0.0	20.0	15.0	65.0	40
20 à 24 ans	3.2	18.6	19.1	59.0	188
25 à 29 ans	2.0	12.3	18.5	66.7	351
30 à 34 ans	2.9	8.0	12.5	76.5	311
35 à 39 ans	1.9	8.5	12.0	77.5	316
40 à 44 ans	2.7	6.1	14.1	76.8	263
45 à 49 ans	1.3	9.4	11.3	78.1	160
Ensemble	2.3	10.4	14.7	72.5	1629

Source : enquête PAFEM, 2002, DISED.

Tableau 2. Répartition des opinions des femmes sur la continuation de la pratique de la MGF selon l'âge à Djibouti en % (Belbéoch, 2006 : 8)

	Continuer la pratique	Arrêter la pratique	Ne sait pas	N
15 à 19 ans	41.9	46.5	11.6	43
20 à 24 ans	38.7	55.0	6.3	191
25 à 29 ans	40.2	53.6	6.2	373
30 à 34 ans	40.1	51.5	8.4	342
35 à 39 ans	39.5	53.1	7.4	339
40 à 44 ans	42.1	53.0	4.9	285
45 à 49 ans	51.4	44.5	4.1	173
Ensemble	41.4	52.1	6.5	1746

Source : Source : enquête PAFEM, 2002, DISED.

En 2005-2006, développant une approche innovante le CEPED⁹ (Université Paris Descartes) et ses partenaires (UNFPA, Ministère de la santé, Ministère de l'Éducation) lancent une enquête clinique sur les enfants. L'idée est de mesurer le niveau de prévalence des différents types de MGF à partir d'un examen clinique et non sur la base des déclarations des femmes interrogées. Il est probable qu'un effet de sur déclaration ne soit pas totalement à exclure : les femmes face à un enquêteur ou à une enquêtrice issu de leur société auront du mal à déclarer un comportement jugé déviant, à avouer ne pas être excisée ou à avoir évité cette opération à leurs filles. L'enquête de santé en milieu scolaire est menée auprès de garçons et de fillettes en classe de CM2 (échantillon d'écoles et de classes sur un échantillon des districts de Djibouti). L'examen clinique de l'appareil génital est inclus dans une visite médicale couvrant l'ensemble des aspects classiques du suivi de la santé des enfants. L'examen permettant de voir si une fillette a subi une MGF est intégré à un dispositif général, par conséquent il n'apparaît comme un point spécifique de la visite médicale afin d'éviter de présenter cette pratique comme « un problème » et de la stigmatiser. Dans cette même logique stratégique, la visite médicale concerne aussi bien les filles que les garçons et elle est réalisée par des médecins djiboutiens. Les parents doivent donner leur accord et si l'enfant est malade ils reçoivent alors gratuitement des médicaments de la part des médecins. Hormis un problème dans une école, l'ensemble des parents et des enseignants a fortement adhéré à ce suivi médical, exprimant au passage une demande sociale en matière de médecine scolaire préventive [Belbéoch, 2006].

Que révèle cette enquête ? D'une part, un glissement de la pratique la plus dure (infibulation) vers les pratiques plus légères (excision, sunna), la norme n'est plus dans cette génération montante l'infibulation, mais l'excision. D'autre part, en milieu urbain presque un cinquième des filles arrivant en CM2 (17,7%) n'ont pas été du tout touchées, ce qui constitue une rupture majeure (voir tableau 3). Ce résultat est probant selon Olivier Belbéoch. En effet, l'âge des fillettes concernées rend ces chiffres quasi définitifs car la pratique de la MGF après douze ans révolus est très marginale [Belbéoch, 2006]. Cependant lorsqu'on interroge les femmes, on constate que si les faits sont là, cette rupture radicale de comportements implique de pouvoir ou d'être en position sociale, économique, intellectuelle de résister aux pressions et aux doutes intérieurs. Lors des entretiens semi directifs des femmes nous ont rapporté que certaines fillettes de leur entourage avaient demandé à leur mère ou à leur tante de « *se faire couper* » lorsqu'elles avaient constaté qu'elles ne ressemblaient pas complètement à leurs camarades de classe. Parallèlement d'autres femmes ayant réussi à protéger leur fille, nous avouent s'interroger sur la pertinence de leur choix lorsque leur enfant grandit car leur décision devient irrévocable. Elles disent alors se demander si elles ne devraient pas la faire exciser avant qu'elle ne soit trop âgée, car elles redoutent de voir leur enfant devenir difficile à marier et l'objet du quant dira-t-on.

Tableau 3. Prévalence des MGF en % (Enquête pilote de santé en milieu scolaire)

Prévalence des MGF	CM2 Djibouti ville	CM2 Districts	Ensemble
Type 1 (sunna)	8,5	19,4	11,1
Type 2 (excision)	25,5	56,5	32,8
Type 3 (infibulation)	27,7	14,1	24,5
Refus, NSP	20,6	7,1	17,4
Pas de MGF	17,7	2,9	14,2
Total	100	100	100

Source : Belbéoch, 2006.

L'abandon d'une pratique peut être ferme et décisif, mais les observations et les entretiens révèlent qu'en réalité les femmes et les hommes qui s'engagent dans ce processus passent fréquemment par des phases de remises en question et d'atermoiements. Nous avons pu constater par exemple qu'au sein d'une même fratrie, l'ensemble des soeurs pouvait ne pas avoir subi le même type de mutilation. Ce cas montre bien que ce qui peut apparaître au niveau macro social comme une mutation significative, peut se révéler au niveau microsociologique comme un processus familial plus chaotique et moins linéaire. Crozier et Friedberg soulignent que le « changement n'est pas une étape logique dans une évolution ou un progrès, ni un meilleur modèle d'organisation parce que plus rationnel, il est d'abord la transformation d'un système d'action. Pour qu'il y ait changement, il faut que le système tout entier se transforme, que les acteurs mettent en pratique de nouvelles relations et de nouvelles formes de contrôle social, qu'ils fassent l'apprentissage de nouveaux jeux,

⁹ Cette recherche a été dirigée par Olivier Belbéoch, démographe de l'EA Populations & Interdisciplinarité (POPINTER, Université Paris Descartes), cette équipe a été intégrée à l'UMR 196 CEPED en 2008.

et pas seulement de nouvelles règles » [Crozier et Friedberg, 1977].

La mutation qui s'opère à Djibouti concernant la pratique des MGF ne peut pas être dissociée d'autres ruptures profondes qu'ont connues ces populations depuis quelques décennies. Autrefois majoritairement nomades, les différents groupes ethniques sont aujourd'hui presque totalement sédentarisés et très majoritairement urbanisés. Ce changement de mode de vie a des conséquences notamment dans l'organisation familiale et résidentielle. Au fil des générations, les jeunes couples prennent plus d'autonomie. Une femme âgée nous affirmait par exemple qu'aujourd'hui la parole des vieilles femmes n'était plus respectée à l'intérieur des familles, les jeunes s'ils saluait leurs aînées avec respect, n'accordaient plus de valeur à leurs jugements et à leurs expériences. D'autre part, si les femmes ne participent que de manière marginale aux prises de décision, si elles sont encore l'objet de disparités comme le révèlent les indicateurs sociodémographiques, les autorités politiques mettent en place un cadre juridique plus favorable (promulgation du Code de la famille, quota de femmes au sein du Parlement et des Conseils régionaux, élaboration d'une stratégie nationale d'intégration de la femme Djiboutienne dans le développement). Si l'instauration de ces nouvelles normes juridiques et politiques n'implique pas forcément un changement rapide des comportements, elle contribue face aux pesanteurs coutumières et traditionnelles, à faire basculer des segments de la population dans un autre cadre de références à différents rythmes selon les groupes sociaux, selon la capacité des individus à jouer et à se réaliser au sein de l'organisation familiale et sociale.

Si la question de l'application des lois reste en suspens (article 333), l'argumentaire relevant de la santé semble avoir un réel impact. Il touche d'une part directement les femmes quelques soient leurs générations ou leurs conditions sociales car elles ont toutes fait l'expérience des souffrances physiques et psychiques provoquées par les mutilation génitales féminines. D'autre part, ce type d'argument ébranle également les hommes, qui sont progressivement désignés par les politiques d'action, les médias, comme étant responsables de la santé de leur famille et de leurs filles et femmes. Cela devient une question d'honneur pour le chef de famille et pour les communautés. Garantir la santé des fillettes et des femmes semble devenir un comportement valorisé. La question de la médicalisation des MGF est révélatrice d'une prise de conscience progressive et complexe. Certaines familles ont révélé lors de l'enquête anthropologique avoir demandé à ce que leurs fillettes soient opérées dans un contexte hospitalier. Différents témoignages laissent croire que certains médecins ou infirmiers ont pu accepter cette pratique bien qu'elle soit interdite par la loi. D'autre part, des femmes issues de milieux aisés et souvent instruites, ont demandé à leur fiancé avant la cérémonie du mariage à être désinfibulées chirurgicalement dans des cliniques spécialisées et ce parfois à l'étranger (Egypte). Ces deux situations, mêmes marginales, sont rendues possibles par le dialogue et la confiance au sein du couple et par la compromission de figures d'autorités masculines : conjoint, fiancé, père, représentant du corps médical. Ceux-ci ont fait le choix de prendre en compte la souffrance de leurs filles ou futures épouses et le risque morbide qu'elles encourent en acceptant de les placer dans un contexte sanitaire moderne plus sécurisé (anesthésie, asepsie). Sans régler la question de l'abandon des MGF, ces comportements permettent de laisser penser que l'imposition de la violence ne laisse pas indifférents hommes et femmes, et que les frontières entre rite, violence et symbolique peuvent fluctuer. Le rite se vidant de son sens au regard de nouveaux critères (droit, santé), son contenu devient de moindre importance.

D'autre part, la société djiboutienne est une société ouverte à de multiples influences extérieures en raison de son histoire et de sa position géographique. Si elle reste tournée vers la France, elle est fortement imprégnée de références au monde arabo-musulman et elle se tourne également vers les pays de l'océan indien. Lorsque nous interrogeons les femmes et les hommes sur leur histoire familiale, il n'était pas rare de voir apparaître des unions mixtes entre groupes ethniques, voire des unions avec des individus provenant d'autres pays (Yémen, Ethiopie...) au fil des générations évoquées. Cette pluralité dans les origines des lignages fait que concernant les MGF, plusieurs traditions peuvent être présentes dans une même famille. Les hommes et les femmes pour de multiples raisons (commerce, étude, mariage, relations familiales) circulent et sont en contact avec d'autres cultures qu'ils ne manquent de mettre en perspective avec la leur. « *J'ai découvert que ça ne se passait pas comme ça dans toutes les sociétés, dans toutes les cultures et qu'il y avait des cultures qui étaient étonnées de nous voir faire ce genre de choses, alors que pour nous, c'était normal (...). J'ai pris conscience de l'anormalité de ces pratiques en France et que j'ai changé d'opinion en France* » (H3.)

4- Discussion

Sans entrer dans un débat sur la définition des mutations sociales et de leur distinction du changement social, nous considérerons les mutations sociales comme une forme de changement social, impliquant une temporalité identifiable, une certaine rapidité au regard des représentations que la société elle-même et les observateurs peuvent se faire de l'objet du changement considéré, sous la forme d'un changement profond et irréversible. L'idée de changement dépend également du système culturel, des imaginaires et des idéologies qui lui sont associées. La « capacité de changement » que les sociologues, les anthropologues, les démographes, les hommes politiques, les membres de cette société ou ces élites, attribuent aux sociétés n'est pas en effet indépendante de leurs représentations de la société en cause (on parlera de société traditionnelle, de société paysanne, de blocage inhérent à la société, du poids de la religion, etc.) ou des catégories sociales sur lesquelles ces acteurs souhaitent influencer (les jeunes, les femmes, les adolescents, les migrants, etc.). « L'opposition entre cultures progressives et cultures inertes semble ainsi résulter, d'abord, d'une différence de localisation. [...] Car, dès notre naissance, l'entourage fait pénétrer en nous, par mille démarches conscientes et inconscientes, un système complexe de références consistant en jugements de valeur, motivations, centres d'intérêt, y compris la vue réflexive que l'éducation nous impose du devenir historique de notre civilisation. [...] Chaque fois que nous sommes portés à qualifier une culture humaine d'inerte ou de stationnaire, nous devons donc nous demander si cet immobilisme apparent ne résulte pas de l'ignorance où nous sommes de ses intérêts véritables, conscients ou inconscients » [Lévi-Strauss, 1952].

Les idées de développement et de progrès sont en particulier profondément ancrées dans la culture occidentale [Lash, 2006 ; Taguieff, 2004 ; Rist, 2001]. Le système des Nations unies en raison de ses origines historiques est également porteur de cet héritage : il s'agit de promouvoir un avenir meilleur, de travailler pour le bien de l'Humanité, en réglant un certain nombre de questions qui sont perçues par ces institutions comme des problèmes entravant le développement. Le développement et le changement sont synonymes de progrès. Ces questions (fécondité, éducation, droit des femmes, MGF, etc.) sont d'ailleurs fréquemment présentées comme des « problèmes » en matière de population ou de santé. Cette approche est contestable et elle d'ailleurs a été contestée. Le FNUAP, par exemple, a été l'objet de certaines critiques, créé à la fin des années 1960 afin de soutenir les programmes visant à réduire la fécondité dans les pays en développement, il est associé à une forme de néo malthusianisme. Dans le cas de la lutte contre les MGF, nous avons vu que le fait de mobiliser la rhétorique du droit et de la santé correspond bien à un discours associant développement et modernité. D'ailleurs lors de l'enquête, nous avons été interpellées en tant que jeunes chercheuses françaises, lors de la négociation du terrain et des entretiens nous avons dû nous justifier, éclairer notre positionnement de chercheuses. Les personnes interrogées, sachant pour certaines d'entre elles que les MGF étaient interdites en France et que des exciseuses avaient fait l'objet de procès, mettaient en doute notre capacité de compréhension et d'empathie, nous mettant dans l'obligation de nous défendre « *d'être là pour juger* ».

Qualifier un changement de mutation implique de pouvoir saisir le moment où s'opère la rupture et de disposer d'indicateurs permettant de caractériser le changement qui affecte le phénomène social en question. Cette question méthodologique n'est pas anodine, car les populations ou les sous groupes porteurs du changement peuvent chercher à dissimuler leur modification de comportements. La pluralité des approches méthodologiques et disciplinaires doit constituer une stratégie de recherche car chaque discipline et chaque approche a son point aveugle. La démographie a par exemple des difficultés à entrer dans une démarche explicative du fait de sa nature (statistique appliquée) et de son histoire (fournir des indicateurs). Elle est encore largement centrée sur les questions de mesures et de constructions d'indices. Cependant cette focalisation sur la mesure peut constituer un avantage dans le sens où elle permet de révéler des comportements sous estimés ou jugés comme impensables. Ceci présuppose évidemment de disposer des catégories d'observation adéquates. C'est ainsi par exemple que les démographes ont révélé l'ampleur de la masculinisation du sexe ratio dans certains pays d'Asie, alors que ce phénomène était largement mésestimé par les anthropologues en dépit de ses conséquences sociales liées sur la dot, les unions matrimoniales, le statut de la femme, les violences exercées à l'encontre des femmes... La mesure des MGF, et en particulier le fait qu'un cinquième des fillettes n'aient pas été touchées, a remis en question l'idée que faire reculer cette pratique serait très difficile et très long. Une fois le processus entamé il apparaît alors comme irréversible.

La seconde implication qu'il nous semble important de retenir, c'est qu'il convient d'être méfiant quant à l'assignation a priori des acteurs du changement. Les chercheurs en sciences sociales se doivent de rester

circonspects face aux catégories et aux notions qui leur sont proposées dans le cadre de la recherche appliquée par les institutions et les bailleurs de fonds, tout autant que par la reprise du sens commun. En ce qui concerne les questions de santé de la reproduction (contrôle de la fécondité, santé maternelle, MST-VIH), le système des agences des Nations unies a longtemps focalisé son attention et ses objectifs sur les femmes. Depuis quelques années, les migrants internationaux font l'objet du même traitement, ils apparaissent de plus en plus comme les acteurs assignés du développement dans les politiques de co-développement ou dans les politiques migratoires. La légitimité et l'efficacité de ces choix mériteraient d'être davantage interrogées. Si assigner à une catégorie sociale ou démographique, la fonction et la responsabilité d'être porteuse du changement sociale, suppose une certaine forme de reconnaissance, de soutien politique (en termes de droits par exemple), de visibilité, c'est aussi parallèlement jeter le discrédit sur d'autres catégories d'acteurs ou d'autres stratégies. En (sur)valorisant les migrants internationaux, les acteurs du développement contribuent à reléguer la scolarisation au second rang.

Le choix de ces « populations cibles » repose sur une suite d'erreurs sociologiques. La première a été d'appréhender des questions comme les MGF, la fécondité, la santé comme des questions de genre et non pas comme des questions de société. Cette approche a rapidement montré ses limites et décideurs et chercheurs ont été contraints de réintégrer les hommes dans leurs analyses et leurs programmes [Autrepart, 2009]. Lors des entretiens, certaines femmes ont revendiqué le soutien des hommes en raison du poids de l'homme dans les décisions d'ordre familial. Les hommes interrogés ont de leur côté insisté sur la nécessité de les considérer au regard de la réalité sociale. Par exemple, H4 « (...) si vous vous battez seule, vous n'irez pas jusqu'au bout... Parce que c'est toujours nous [les hommes], qui avons le pouvoir de décision dans ce pays (...) faire des conférences entre femmes ne fera pas avancer votre cause. Convaincre les femmes c'est une chose, mais il faut surtout convaincre les hommes ». Notre interlocuteur poursuit sur le même thème : « A Djibouti, on dira : 'C'est avant tout une femme'. La société djiboutienne... Des femmes qui sont à des postes hautement qualifiés, ce n'est pas pour autant que les hommes les considèrent, qu'elles ont une légitimité (...) Une femme qui a réussi socialement pourra imposer ses idées, mais encore faut-il qu'en face, il y ait des hommes qui comprennent et qui acceptent, ce qui n'est pas forcément le cas à Djibouti. Les hommes sont très machistes dans cette société. La femme peut réussir mais c'est une femme ». En effet s'appuyer sur les femmes, les jeunes, c'est faire reposer une politique de population ou de développement, sur des catégories en position de domination dans l'organisation sociale. Si l'on peut considérer qu'il est légitime pour des institutions dont l'idéologie repose sur la défense des droits de l'Homme de promouvoir ce type de renforcement (*empowerment*), cette attitude comporte une sorte de naïveté ou relève d'une forme d'incantation. Dans le cas des MGF à Djibouti, les campagnes de sensibilisation et d'information en se focalisant sur les femmes ont atteint leurs limites, car la marge de pensée et d'action des femmes se construit et évolue au gré des interactions avec l'autre genre.

5- Bibliographie

- ARNALDEZ Roger, [1992], article « sunnisme » in *Encyclopaedia Universalis*, tome 21. Paris, pp. 830-832.
- AUTREPART, [2009], numéro consacré à « Régulation des Naissances et santé sexuelle : où sont les hommes ? », n°52.
- BAJOS N. et FERRAND M., [2004], « La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine ? », *Sciences sociales et santé* : 3, 22 : 117-140.
- BALANDIER Georges, [1981], *Sens et puissance : les dynamiques sociales*. Paris, PUF.
- BELBEOCH O., CHARBIT Y. et HOUSSEIN S.H. [2008], *La population de Djibouti, recherches sociodémographiques*. Paris, L'Harmattan.
- BELBEOCH O., [2006], *La médecine scolaire à Djibouti, Enquête pilote 2005-2006*. Paris, POPINTER-UNFPA 24 p.
- BOUHDIBA A., [2003], *La sexualité en islam*. Paris, PUF (1^{ère} édition 1975).
- BOURDIEU P., [1998], *La domination masculine*, Paris, Seuil.
- CARILLON S. et V. PETIT, [2009], La pratique des mutilations génitales féminines à Djibouti : une 'affaire de femmes' entre les mains des hommes, *Autrepart* n°50, pp.13-30.
- CARILLON S. et V. PETIT, [2008], Décider de la pratique des mutilations génitales féminines, in *La population de Djibouti*, sous la direction d'O. Belbéoch, Y. Charbit et S. Hussein. Paris, L'Harmattan, pp.

83-123.

- COUCHARD F., [1994], *Le fantasme de séduction dans la culture musulmane. Mythes et représentations sociales*, Paris, PUF.
- CROZIER M. et E FRIEDBERG, [1977], *L'acteur et le système*. Paris, Le Seuil.
- Dictionnaire de l'islam, religion et civilisation*, 1997, Paris, Albin Michel, Encyclopaedia Universalis
- DIGEST INNOCENTI, [2005], *Changer une convention sociale néfaste : la pratique de l'excision/mutilation génitale féminine*, UNICEF.
- DIRECTION DE LA STATISTIQUE ET DES ETUDES DEMOGRAPHIQUES, [2004], *Enquête djiboutienne sur la santé de la famille*, PAFAM, Rapport principal. Djibouti.
- DIRECTION DE LA STATISTIQUE ET DES ETUDES DEMOGRAPHIQUES, Ministère de la Santé, [2006], *Enquête Djiboutienne à Indicateurs Multiples*, Rapport préliminaire, Djibouti.
- ERLICH M., [1986], *La femme blessée : essai sur les mutilations sexuelles*, Paris, L'Harmattan.
- GARDET Louis, [1982]. *L'Islam, religion et communauté*, Desclée de Brouwer.
- HERITIER F., [1996], *Masculin/féminin, la pensée de la différence*, Paris, Odile Jacob.
- LASH Christopher, [2006], *Le seul et vrai paradis : une histoire de l'idéologie du progrès et de ses critiques*. Paris, Flammarion.
- LEVI-STRAUSS C., [1952], *Race et histoire*, *Race et histoire*, Paris, UNESCO.
- MINISTERE DE LA PROMOTION DE LA FEMME, [2006], *Stratégie Nationale pour l'abandon de toutes formes d'excision*.
- PETIT V. et S. CARILLON, [2007], *Société, familles et individus face à une « question de femmes »*. Déconstruire et analyser les décisions relatives à la pratique des MGF à Djibouti. Paris, POPINTER, Rapport à l'intention de l'UNFPA, UNICEF, Ministère de la santé.
- PNUD, [2007], *Rapport mondial sur le développement humain 2006*.
- RIST Gilbert, [2001], *Le développement. Histoire d'une croyance occidentale*. Paris, presses de Sciences Po.
- TAGUIEFF Pierre-André, [2004], *Le Sens du progrès. Une approche historique et philosophique*, Paris, Flammarion collection « Champs ».
- TOURAINÉ Alain, [1992], *Qu'est-ce que le développement ? L'Année sociologique*, vol42, pp. 47-83.
- SPURK J., [2007], *Du caractère social*. Paris, édition Parangon/Vs.